

**CLÁUDIA EMÍLIA LANG**

**MODELO DE GESTÃO ASSISTENCIAL PARA A REDE EBSE  
BASEADO NA COGESTÃO, NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO,  
KANBAN E PAINEL DE INDICADORES**

NATAL/RN

2018

**CLÁUDIA EMÍLIA LANG**

**MODELO DE GESTÃO ASSISTENCIAL PARA A REDE EBSERH  
BASEADO NA COGESTÃO, NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO,  
KANBAN E PAINEL DE INDICADORES**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Hélio Roberto Hékis, Dr.

NATAL/RN

2018

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Lang, Cláudia Emília.

Modelo de gestão assistencial para a Rede EBSERH baseado na cogestão, núcleo interno de regulação, Kanban e painel de indicadores / Cláudia Emília Lang. - 2018.

116f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde. Natal, RN, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Hélio Roberto Hékis.

Coorientador: Prof. Dr. Custódio Leopoldino Guerra Neto.

1. Gestão hospitalar - Dissertação. 2. Gestão colegiada - Dissertação. 3. Kanban - Dissertação. 4. Regulação em saúde - Dissertação. 5. Painel de indicadores - Dissertação. 6. Núcleo Interno de Regulação - Dissertação. I. Hékis, Hélio Roberto. II. Guerra Neto, Custódio Leopoldino. III. Título.

RN/UF/BSCCS

CDU 614.4:658

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE

MODELO DE GESTÃO ASSISTENCIAL PARA A REDE EBSEH BASEADO NA COGESTÃO, NÚCLEO  
INTERNO DE REGULAÇÃO, KANBAN E PAINEL DE INDICADORES

por

**CLÁUDIA EMÍLIA LANG**

ARTIGO SUBMETIDO AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E  
INOVAÇÃO EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE

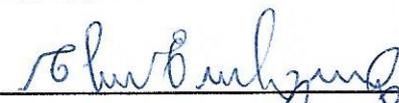
**MESTRE EM GESTÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE**

**Novembro, 2018**

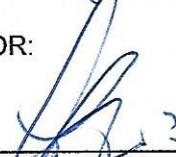
© 2018 CLÁUDIA EMÍLIA LANG  
TODOS DIREITOS RESERVADOS.

A autora aqui designada concede ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte permissão para reproduzir, distribuir, comunicar ao público, em papel ou meio eletrônico, esta obra, no todo ou em parte, nos termos da Lei.

Assinatura da Autora:

  
\_\_\_\_\_

APROVADO POR:

  
\_\_\_\_\_

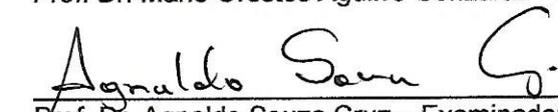
Prof. Dr. Hélio Roberto Hekis - Presidente

  
\_\_\_\_\_

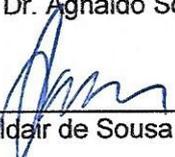
Prof. Dr. Custódio Leopoldino de Brito Guerra Neto – Examinador Interno ao Programa

  
\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Mario Orestes Aguirre Gonzalez – Examinador Externo ao programa

  
\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Agnaldo Souza Cruz – Examinador Externo à Instituição

  
\_\_\_\_\_

Dr. Aldair de Sousa Paiva – Examinador Externo à Instituição



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE**

## **DEDICATÓRIA**

À minha família, base de toda minha vida,  
fonte de amor infinito e do apoio necessário  
para enfrentar este desafio tão importante na  
minha vida profissional.



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela minha vida, que eu considero uma grande oportunidade de crescer e evoluir como pessoa.

Ao meu querido orientador, Professor Hélio Roberto Hékis, pessoa de muita luz, que me conduziu nessa trajetória com muita serenidade e sabedoria.

À Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares por ter viabilizado este mestrado profissional aos seus colaboradores, através de uma instituição de grande competência como a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, buscando a excelência dos seus serviços através da qualificação dos seus funcionários.

A todos os meus amigos e colegas do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, em Campo Grande – MS, assim como da sede da Ebserh em Brasília, principalmente da Diretoria de Atenção à Saúde, pelo grande apoio e troca de experiências durante esse período do mestrado.

A todos os professores da Pós Graduação em Gestão e Inovação em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por compartilhar conosco todo o seu conhecimento e amizade.

E, por fim, agradeço a oportunidade do conhecer pessoas maravilhosas, que agora considero grandes amigos, que são todos os outros alunos do mestrado, cujas experiências de vida e na profissão, tornaram nossos momentos juntos tão ricos e inesquecíveis.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE**

## RESUMO

**Introdução:** A gestão hospitalar vem ganhando cada vez mais importância devido à ampliação dos sistemas de saúde e o aumento da complexidade da organização dos serviços hospitalares. Entretanto, ao longo de sua história, os hospitais públicos brasileiros, incluindo os universitários, foram conduzidos por uma gestão pouco qualificada, inclusive na área assistencial, onde se trabalha de forma individualizada, com pouca interação entre os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente. No Brasil, os hospitais universitários têm importância fundamental na evolução do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como na formação de recursos humanos atuantes nas práticas profissionais, no desenvolvimento de pesquisas e na incorporação de novas tecnologias para a saúde coletiva. Para melhorar a gestão dos Hospitais Universitários Federais, o Ministério da Educação (MEC) criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), instaurando metas de desempenho, prazos e indicadores, além de investir em recursos humanos, infraestrutura e tecnologia. **Objetivos:** Apresentar proposta de intervenção que consiste em difundir o passo a passo de um modelo de Gestão Assistencial para os hospitais universitários conveniados à rede Ebserh, baseado na cogestão e dispositivos como o Kanban, NIR (Núcleo Interno de Regulação) e painel de Indicadores. **Materiais e Métodos:** Pesquisa aplicada, qualitativa, num contexto de revisão bibliográfica do tipo Revisão Narrativa, com proposta de intervenção. A população da pesquisa de campo é o conjunto de hospitais universitários da rede Ebserh e, a amostra é o hospital de origem da autora, onde esses dispositivos de gestão assistencial já foram implantados. Já a população da pesquisa teórica, foi definida através da coleta de dados e se baseou na pesquisa de bibliografia sobre os temas selecionados e de experiências já vivenciadas por outros hospitais. **Resultados:** Foram levantados 07 artigos sobre gestão hospitalar, 23 artigos e 03 livros sobre o tema de cogestão/gestão participativa, 07 artigos sobre a utilização da ferramenta Kanban em ambiente hospitalar, 11 artigos sobre a regulação intra-hospitalar de leitos e 10 sobre o uso de indicadores na gestão hospitalar. Destes, foram selecionados 21 para embasamento da proposta de intervenção. **Produto:** Modelo de Gestão Assistencial a ser implantado nos hospitais universitários da Rede Ebserh, que servirá como embrião ao desenvolvimento de uma assistência cada vez mais profissionalizada e qualificada. **Conclusão:** Observamos a pouca qualificação da gestão da assistência em saúde no serviço público brasileiro, refletido no baixo número de publicações sobre o tema, assim como a falta de capacitação dos colaboradores da área assistencial sobre a gestão dos seus processos de trabalho. Concluímos que a implementação de um Modelo de Gestão Assistencial para os hospitais universitários da Rede Ebserh, baseado na cogestão e em dispositivos básicos de gestão assistencial, proporcionaria uma qualificação da assistência baseada em inovação e evidência científica, trazendo qualidade e eficiência, além de proporcionar uma posição de destaque entre os hospitais públicos brasileiros.

**Palavras-chave:** Gestão hospitalar. Gestão colegiada. Sistema Kanban. Regulação em saúde. Núcleo Interno de Regulação. Indicadores de saúde.



## ABSTRACT

**Introduction:** Hospital management has been gaining more and more importance due to the expansion of health systems and the complexity of the organization of hospital services. However, throughout its history, Brazilian public hospitals, including university ones, were conducted to oppose a low qualified management, including in the area of care, where they work in an individualized manner, with little interaction among the professionals involved in patient care. In Brazil, university hospitals have a fundamental importance in the evolution of Health Unic System (SUS), as well as in the training of human resources active in professional practices, in the development of research and in the incorporation of new technologies for collective health. To improve the management of federal university hospitals, Ministry of Education (MEC) created the Brazilian Hospital Services Company (Ebserh), setting performance targets, deadlines and indicators, as well as investing in human resources, infrastructure and technology. **Objectives:** To present a proposal for intervention that consists of disseminating the step-by-step model of an Assistive Management model for the university hospitals that are part of the Ebserh network based on co-management and devices such as Kanban, NIR (Internal Regulation Nucleus) and Indicators panel. **Materials and Methods:** Applied research, qualitative, in a context of bibliographic review of the Narrative Review type, with intervention proposal. The population of the field research is the set of university hospitals of the Ebserh network, and the sample is the hospital of origin of the author, where these healthcare management devices have already been implanted. The population of the theoretical research was defined through the collection of data and was based on the research of bibliography on the selected themes and of experiences already experienced by other hospitals. **Results:** A total of 07 articles on hospital management, 23 articles and 03 books on the subject of co-management / participatory management, 07 articles on the use of the Kanban tool in a hospital environment, 11 articles on in-hospital bed regulation and 10 articles on hospital management were collected use of indicators in hospital management. Of these, 21 were selected for the basis of the intervention proposal. **Product:** Assistance Management Model to be implemented in university hospitals of the Ebserh Network, which will serve as an embryo for the development of an increasingly professional and qualified assistance. **Conclusion:** We observed the poor qualification of health care management in the Brazilian public service, reflected in the low number of publications on the subject, as well as the lack of training of healthcare workers on the management of their work processes. We conclude that the implementation of a Management Model for Ebserh University Hospitals, based on co-management and basic care management devices, would provide a qualification of assistance based on innovation and scientific evidence, bringing quality and efficiency, as well as providing a position among Brazilian public hospitals.

**Keywords:** Hospital management. Collegiate management. Kanban System. Health regulation. Internal Core of Regulation. Health indicators.



## LISTA DE FIGURAS

### LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura e Apresentação da Dissertação.....	20
Figura 2 – Distribuição das Instituições Federais de Ensino e HUs no Brasil.....	25
Figura 3 – Visão Geral da Implantação da Unidade de Produção (UP).....	32
Figura 4 – Eficiência e Eficácia na utilização do Kanban.....	35
Figura 5 – Kanban: Sistema de cores para o Tempo Médio de Permanência Hospitalar.....	36
Figura 6 – Kanban utilizado na Unidade de Produção da Pediatria do HUMAP/UFMS.....	37
Figura 7 – Dimensões da Atuação da Regulação.....	40
Figura 8 – Visão Geral da Implantação do NIR.....	43
Figura 9 – Painel de Indicadores Assistenciais Básicos.....	46
Figura 10 – Ferramentas de Gestão e a Qualificação da Assistência.....	49
Figura 11 – Caracterização da Pesquisa.....	50
Figura 12 – Fluxo da Metodologia da Revisão Bibliográfica.....	53
Figura 13 – Modelo de Gestão Assistencial – Resultados Esperados.....	60
Figura 14 – Premissas do Modelo de Gestão Assistencial.....	62
Figura 15 – Dispositivos do Modelo de Gestão Assistencial.....	65
Figura 16 – Detalhamento da Implantação da Unidade de Produção.....	69
Figura 17 – Visão Prática da Unidade de Produção (UP).....	70
Figura 18 – Implementação do NIR.....	73
Figura 19 – Visão Geral da Implantação do NIR.....	75
Figura 20 – Exemplo de Kanban.....	76
Figura 21 – Detalhamento da Implantação do Kanban.....	78
Figura 22 – Visão Geral da Implantação do Kanban.....	79
Figura 23 – Detalhamento da Implantação do Painel de Indicadores.....	81
Figura 24 – Modelo de Gráfico criado com Indicadores.....	83
Figura 25 – Visão Geral da Implantação do Painel de Bordo/Indicadores.....	83



## **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

### **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Premissas e Objetivos da Unidade de Produção.....	30
Quadro 2 – Tipos e exemplos de Unidade de Produção.....	31/67
Quadro 3 – Ficha do Indicador Hospitalar.....	44
Quadro 4 – Modelo de Gestão Assistencial.....	63

### **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Características dos Estudos da Pesquisa Bibliográfica.....	55
---	----



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE**

**LISTA DE SIGLAS**

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas  
AGHU – Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários  
CR – Central de Regulação  
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensações  
GAD – Gerência Administrativa  
GAS – Gerência de Atenção à Saúde  
HE – Hospital de Ensino  
HU – Hospital Universitário  
HUF – Hospital Universitário Federal  
HUMAP – Hospital Universitário Maria aparecida Pedrossian  
IFES – Instituições Federais de Ensino Superior  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
IPCSL – Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial  
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
MEC – Ministério da Educação  
MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
MS – Ministério da Saúde  
NIR – Núcleo Interno de Regulação  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-americana da Saúde  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNHOSP – Política Nacional de Assistência Hospitalar  
POP – Procedimento Operacional Padrão  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
REHUF – Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE**

SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SRAS – Setor de Regulação e Avaliação em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TMP – Tempo Médio de Permanência

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

UMA – Unidade de Monitoramento e Avaliação

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UP – Unidade de Produção

UPIA – Unidade de Processamento de Informação Assistencial

URA – Unidade de Regulação Ambulatorial

UTI – Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>I.</b>	<b>RESUMO.....</b>	<b>6</b>
<b>II.</b>	<b>ABSTRACT.....</b>	<b>7</b>
<b>III.</b>	<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>8</b>
<b>IV.</b>	<b>LISTA DE QUADROS E TABELAS.....</b>	<b>9</b>
<b>V.</b>	<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>10</b>
<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	14
1.2	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	16
1.3	OBJETIVOS.....	17
1.3.1	Objetivo Geral.....	17
1.3.2	Objetivos Específicos.....	17
1.4	JUSTIFICATIVA.....	18
1.5	ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	19
<b>2.</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>21</b>
2.1	OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E A EBSEERH.....	21
2.2	COGESTÃO.....	25
2.3	UNIDADES DE PRODUÇÃO.....	29
2.4	KANBAN.....	32
2.5	NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR).....	38
2.6	PAINEL DE INDICADORES.....	43
<b>3.</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>50</b>
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	50
3.2	POPULAÇÃO, AMOSTRA, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	52
3.3	PROCEDIMENTO DA PESQUISA.....	52
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
4.1	MODELO DE GESTÃO ASSISTENCIAL – EBSEERH.....	59
4.1.1	Premissas do modelo.....	60
4.1.2	Indicadores de desempenho.....	61
4.1.3	Implantação do modelo.....	64
4.1.4	Equipe de referência para o modelo.....	65
4.2	UNIDADES DE PRODUÇÃO.....	66
4.2.1	Definição.....	66
4.2.2	Funções.....	67
4.2.3	Equipe responsável.....	67
4.2.4	Resultados esperados.....	67



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE**

4.2.5	Passo a passo para a implantação das UPs assistenciais e de apoio técnico.....	68
4.2.6	Reunião do colegiado ampliado das unidades de produção...	69
4.2.7	Atribuições das unidades de produção.....	69
4.3	NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO.....	71
4.3.1	Definição.....	71
4.3.2	Funções.....	71
4.3.3	Equipe responsável.....	71
4.3.4	Resultados esperados.....	72
4.3.5	Atribuições.....	72
4.3.6	Passo a passo para a implantação do NIR.....	73
4.3.7	Interação do NIR com os outros dispositivos do modelo de gestão.....	74
4.4	KANBAN.....	75
4.4.1	Definição.....	75
4.4.2	Funções.....	75
4.4.3	Passo a passo para a implantação do Kanban.....	76
4.4.4	Resultados esperados.....	78
4.5	PAINEL DE BORDO.....	79
4.5.1	Definição.....	79
4.5.2	Objetivos da implantação do painel de bordo.....	79
4.5.3	Passo a passo para a implantação do painel de bordo.....	80
4.5.4	Resultados esperados.....	81
4.5.5	Relação dos indicadores do painel de bordo geral.....	81
4.5.6	Recomendações.....	82
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
	REFERÊNCIAS.....	86
	APÊNDICE – FICHAS DOS INDICADORES.....	90

## 1. INTRODUÇÃO

Inicialmente, iremos discorrer sobre a contextualização do tema da pesquisa, ou seja, a prática de gestão na assistência hospitalar, utilizando ferramentas específicas e permeadas pela cogestão. Além disso, faremos a definição do problema central da pesquisa, seus objetivos (geral e específicos), justificativa e, por fim, uma descrição sucinta da estrutura da dissertação.

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

O assunto gestão hospitalar vem sendo muito discutido pelos estudiosos da área, em face da ampliação dos sistemas de saúde e o aumento da complexidade da organização dos serviços hospitalares. Desse modo, é fortalecida a importância de uma maior cobertura de atendimento, otimização dos recursos utilizados e a qualidade da assistência prestada. Fatores como o envelhecimento populacional, o surgimento de novas doenças, a crescente conscientização da população para os fatores de risco à saúde e a inserção de ferramentas de informação à prática assistencial, conduzem a remodelagem dos desafios intrínsecos à gestão das organizações prestadoras de serviços de saúde, em nível mundial.

Para o Ministério da Saúde, o hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica, consiste em proporcionar à população assistência médica sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Ao longo de sua história, os hospitais públicos brasileiros, incluindo os universitários, foram conduzidos por uma gestão hospitalar pouco qualificada, uma vez que até pouco tempo estas instituições adotavam, mas não se enquadravam nos modelos teóricos das organizações clássicas descritas por Monteiro e Etzioni (1999)

e, também, não se encontravam estudos mais detalhados de suas peculiaridades e modelos de gestão.

Cecílio (1999) publicou, no final do século XX, vários artigos sobre a gestão dos hospitais públicos brasileiros e enfatizou a importância do processo de mudança dessas instituições para garantir o seu real papel no SUS do Brasil, como polo de educação permanente, formador e provedor de uma assistência de qualidade, bem inserido na rede de atenção aos cidadãos.

O tema da gestão, especialmente o da excelência e qualidade do cuidado nos hospitais, tem assumido um papel cada vez maior na agenda dos gestores, profissionais de saúde e usuários. Neste contexto, intensificam-se os estudos e as iniciativas de adoção de diretrizes e protocolos clínicos, de acreditação hospitalar, de definição de padrões e busca de maior segurança para os pacientes, entre outras medidas cuja finalidade é a qualificação da assistência hospitalar. Do mesmo modo, na última década, temas como a integralidade da assistência, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, o acolhimento e a humanização dos serviços de saúde vêm ocupando uma posição de crescente destaque nas discussões setoriais no país (AZEVEDO et al, 2017).

Devido à necessidade do desenvolvimento, cada vez mais rápido, de tratamentos para as diversas doenças, espera-se que os profissionais de saúde superem as limitações e realizem inovações nas técnicas e abordagens terapêuticas. Nesse sentido, os Hospitais Universitários – HUs contribuem na formação de recursos humanos atuantes nas práticas profissionais, no desenvolvimento de pesquisas e na incorporação de novas tecnologias para a saúde coletiva. Essas instituições também colaboram no desenvolvimento de atividades de ensino, extensão e assistência à saúde.

No Brasil, os HUs têm importância fundamental na evolução do Sistema Único de Saúde - SUS e em diversas áreas que favorecem a melhoria das condições de saúde da população. Apesar da alta relevância social dessas organizações, isto não as impossibilitou de passar por diversas crises de funcionamento. As instalações físicas precárias, o quadro insuficiente de servidores e a subutilização da capacidade instalada para alta complexidade são fatores que restringem a oferta de serviços à comunidade.

A administração dos HUs é vinculada a universidade correlata do Ministério da Educação – MEC, e presta serviços assistenciais ao SUS, por convênio. Como forma de equacionar o problema da precarização da força de trabalho com contratos irregulares, permitir autonomia financeira e vislumbrando a perspectiva de captação de recursos próprios, foi criada através da Lei Federal 12.550 de 15/12/2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, uma nova figura jurídica para gerenciar os hospitais universitários, especialmente os federais, instaurando metas de desempenho, prazos e indicadores (OLIVEIRA, 2014; PALHARES e CUNHA, 2014).

## 1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Os hospitais universitários da Rede Ebserh atendem a milhares de brasileiros todos os meses, e assim como em outras realidades no Brasil, passam por mudanças como: readaptação às estruturas curriculares dos cursos da área da saúde; incorporação de novas tecnologias no processo de ensino aprendizagem; além de terem a necessidade de adotar recursos organizacionais e financeiros para atender as demandas acadêmicas e a prestação de serviços à Rede de Atenção à Saúde (XIMENES et al., 2013).

Os planos de reestruturação dos hospitais universitários preveem medidas de recuperação da infraestrutura física e tecnológica, bem como a recomposição do quadro de pessoal. Dessa forma, o principal propósito desse novo modelo de gestão hospitalar proposto pela Ebserh é trazer ganhos para a assistência aos pacientes do SUS, prestando serviços de excelência com boa estrutura e equipe de pessoal suficiente para dar melhores condições de se fazer ensino, pesquisa e extensão.

Nesse contexto geral de modelo de gestão hospitalar, está a gestão da assistência ao paciente em si, algo que no Brasil ainda é muito pouco organizado, principalmente nos hospitais públicos. A equipe de assistência, dentre suas várias categorias (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros), trabalha de forma individualizada, com pouca interação entre si, ainda que o paciente seja atendido por todos. Ainda não existe uma cultura institucional

onde os profissionais da assistência discutem abertamente suas metas, seus resultados e indicadores. Apesar de já existirem várias ferramentas de gestão da clínica disponíveis para melhoria da eficiência e da eficácia, elas ainda são usadas de maneira fragmentada na rede pública e em serviços diferentes do mesmo hospital, sem sistematização. Diante do exposto, surge o seguinte questionamento:

***Até que ponto um modelo de gestão assistencial baseado em estratégias de cogestão e dispositivos como o kanban, núcleo interno de regulação e painel de indicadores, poderia possibilitar melhoria da qualidade na prestação dos serviços ofertados pelos hospitais universitários da rede Ebserh?***

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Apresentar proposta de intervenção que consiste em descrever o passo a passo de um Modelo de Gestão Assistencial para os hospitais universitários conveniados à rede Ebserh, baseado na cogestão e dispositivos como o Kanban, NIR (Núcleo Interno de Regulação) e painel de Indicadores.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Conceituar e descrever como implantar as Unidades de Produção (finalísticas e de apoio) em toda a área assistencial do hospital, estimulando a cogestão;
- Ressaltar a importância do Núcleo Interno de Regulação para melhorar a gestão de leitos, descrevendo as etapas para a sua implantação;
- Definir a ferramenta Kanban e descrever as etapas de implantação nas unidades de internação para controle da média de permanência hospitalar;
- Estabelecer o Painel de Bordo/Indicadores para monitoramento e avaliação dos principais indicadores de assistência do hospital, como ferramenta imprescindível para a boa gestão do mesmo.

## 1.4 JUSTIFICATIVA

Este modelo de Gestão Assistencial tem três aspectos relevantes. O primeiro é que esta proposta de intervenção atende a um dos objetivos do Mestrado Profissional que é a formulação de projetos voltados à responder os problemas identificados na prática profissional, bem como avaliar o impacto desta intervenção para o SUS.

O segundo aspecto a que se refere é de possibilitar uma mudança de paradigma na assistência em saúde nos hospitais universitários da Ebserh, pois proporcionará uma gestão compartilhada, ampliando o fluxo comunicativo e a deliberação horizontal com conseqüente motivação da equipe de saúde e melhora na qualidade da assistência. A cogestão exige a co-responsabilização, com maior participação dos membros da equipe e melhor entendimento da importância do seu trabalho para a sua unidade.

Esta questão é relevante porque o modelo de gestão hospitalar atual é hegemônico e tradicional, ou seja, com baixa responsabilização e vínculo com os usuários; o paciente não é visto como sujeito do seu processo de recuperação; as enfermarias e ambulatórios são pouco resolutivos; há pouca integração do hospital no sistema de saúde; e não há gestão compartilhada ou cogestão.

O modelo hegemônico atual é centrado em procedimentos que utilizam tecnologias duras, dividido por profissões e o usuário é sempre objeto. A divisão do trabalho ocorre por profissões, entre médicos por especialidade e procedimentos, entre enfermeiros por nível de formação e por tarefas/procedimentos. Há uma centralização excessiva, com baixa autonomia administrativa, objetivos de curto prazo por falta de planejamento, descontinuidade dos projetos de gestão e com várias linhas de autoridade (gerencial; profissional) dificultando a coordenação.

Dessa forma, há tendência à segmentação, isolamento das categorias profissionais e constituição de objetivos particulares, ocorrendo dicotomia entre áreas fim e meio, com objetivos diferenciados e dificuldade de coordenação, além de graus diferenciados de democracia na equipe.

Além disso, os dispositivos que compõe o modelo se propõe a auxiliar a equipe assistencial a tornar o seu trabalho mais eficiente e motivador, que são o método

Kanban para controle da média de permanência dos pacientes no hospital, o Núcleo Interno de Regulação para o gerenciamento de leitos e diálogo entre as unidades de internação e a regulação externa ao hospital, além do uso do Painel de Indicadores na área assistencial, permitindo que a qualificação da assistência evolua para um patamar mais profissionalizado, buscando eficiência e eficácia dos hospitais públicos brasileiros.

E por fim, permitirá uma educação permanente à equipe assistencial na área de gestão, já que este tema ainda é muito pouco abordado nos cursos de graduação e especialização em saúde. Os profissionais assistenciais serão estimulados a entender as ferramentas e processos de gestão e como isso irá afetar na qualidade do seu trabalho.

## 1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Este estudo está estruturado em 5 (cinco) capítulos. No presente capítulo, foi apresentada a exposição do tema, contextualizada com a definição do problema, os objetivos, a justificativa e a estrutura da dissertação. O capítulo 2 aborda o referencial teórico. O capítulo 3 discorre acerca dos procedimentos e recortes metodológicos desta pesquisa, expondo informações a respeito da caracterização da pesquisa, e de como a proposta de intervenção foi estruturada, de forma que cada hospital da rede Ebserh consiga implantá-la da forma adequada. O capítulo 4 refere-se ao modelo de gestão assistencial propriamente dito, com termos de referência construídos para cada ferramenta, de acordo com referências bibliográficas atualizadas. No capítulo 5 serão apresentadas as considerações finais em relação a este estudo e as sugestões para futuras pesquisas nessa área. Para finalizar, as referências bibliográficas são apresentadas, em sequência. A estrutura descrita encontra-se representada na Figura 1.

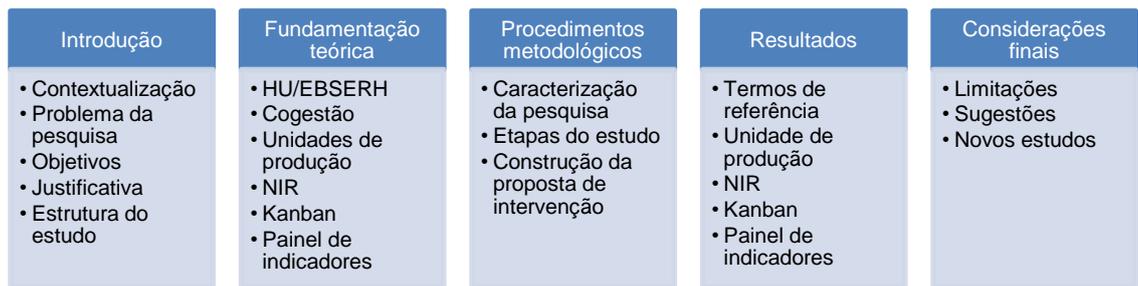


Figura 1- Estrutura e Apresentação da Dissertação

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo abordaremos toda a fundamentação teórica relacionada aos temas principais, que são os HUFs e a Ebserh, a cogestão, as Unidades de Produção, o Kanban, o Núcleo Interno de Regulação e o Painel de Indicadores. Além das questões conceituais, abordaremos várias experiências na área da saúde envolvendo essas ferramentas e dessa forma embasaremos a nossa proposta de intervenção.

### 2.1 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E A EBSERH

Historicamente, o modelo de Hospital Universitário (HU) foi aquele onde o hospital era usado somente como um campo de treinamento técnico, principalmente das equipes médicas, sem vínculo nenhum com o sistema de saúde, com gestão não profissionalizada e submetida ao mérito acadêmico, significando que os docentes mais graduados eram os mais influentes. Até a década de 80, os hospitais universitários tinham a única missão de serem hospitais-escola, sendo totalmente custeados pelo Ministério da Educação. O foco do atendimento eram pessoas não registradas no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Nessa época, só aqueles que tinham carteira de trabalho assinada eram atendidos pela Previdência (TORO, 2005).

Com o passar dos anos, os hospitais universitários passaram a vivenciar problemas que já se refletiam em âmbito nacional, que vinham se agravando desde a década de 1970, e no início dos anos 2000 começou a comprometer o pleno funcionamento da maioria dos Hospitais de Ensino (HE) no país. Além da questão financeira, outros elementos críticos de caráter estrutural, organizativo e de gestão foram identificados.

Observou-se, então, ser indispensável o desenvolvimento de políticas específicas para o setor que considerassem suas peculiaridades assistenciais, de ensino e de pesquisa, e contemplassem os hospitais de ensino junto aos sistemas de saúde locais, com vistas à sua inserção definitiva e adequada ao SUS, respeitando as particularidades desses hospitais, uma parcela importante do gasto total com a saúde,

por utilizarem alta tecnologia e desenvolverem ensino e pesquisa, mas que ao mesmo tempo corrigissem discrepâncias, uma vez que seu peso na despesa com saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento, evidenciando uma relação não eficiente entre custos e resultados (MEDICI, 2001).

Diante desse cenário, o governo instituiu por meio da Portaria Interministerial MS-MEC-MCT-MPOG nº 562, de 12 de maio de 2003, a Comissão Interinstitucional dos Hospitais de Ensino, composta por representantes de instituições governamentais e da sociedade civil, a fim de avaliar e diagnosticar a situação desses hospitais no país visando a reorientação e reformulação da política para a saúde quanto à revisão dos critérios e do processo de certificação dos hospitais como HE, bem como a modalidade de financiamento a que fariam jus as instituições certificadas como hospitais de ensino (CALDAS, 2008).

Essa comissão criou as bases para a publicação dos requisitos para a certificação por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004 e para o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006, de 27 de maio de 2004 e Portaria MS nº 1.702, de 17 de agosto de 2004).

Os hospitais de ensino foram estimulados a aderir ao processo de contratualização, uma ferramenta de compromisso entre os hospitais e o gestor do SUS, onde é redefinido seu papel na rede de serviços, sua qualificação e suas ações para o desenvolvimento nas áreas da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde. Estabelece-se, assim, uma nova forma de remuneração baseada no cumprimento de metas quantitativas e qualitativas definidas e negociadas, nas áreas em questão (LAMPERT, 2013).

A certificação e a contratualização, duas ferramentas de gestão por objetivos, foram criadas para sanear o peso econômico, o maior da crise dos HE, com o objetivo de aperfeiçoar o gerenciamento dessas instituições e a distribuição de recursos proporcionais à produção de cada hospital (BARROS, 2013).

A certificação e a contratualização trouxeram melhorias organizacionais aos hospitais universitários, mas que não foram suficientes para solucionar os problemas do modelo de gestão, como por exemplo, pouca flexibilidade e agilidade. Além disso, a autonomia desses hospitais vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior

(IFES) não sofreu alteração com essa reforma inicial (DALLORA e FORSTER, 2008; BARROS (2013).

Os gestores das instituições hospitalares de ensino, insatisfeitos com a falta de flexibilidade, agilidade e autonomia para exercer suas funções buscaram negociar junto ao Ministério da Educação (MEC) e ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) maior autonomia gerencial na tomada de decisão e na administração de seus recursos. Após várias discussões e negociações políticas, os Hospitais Universitários, por meio da Portaria MPOG nº 04, de 29 de abril de 2008 tornaram-se unidades orçamentárias independentes das universidades às quais são vinculados, havendo assim, uma redução no controle normativo e uma elevação na responsabilização dos gestores desses hospitais.

Com essa nova formatação e os avanços nas discussões sobre o modelo de gestão dessas instituições, o programa de reestruturação passa a ser chamado de Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), publicado em 27 de janeiro de 2010, por meio do Decreto nº 7.082. O referido instrumento dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais.

Desde então, foram adotadas medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das unidades, com a modernização do parque tecnológico, a revisão do financiamento da rede, com aumento progressivo do orçamento destinado às instituições, a melhoria dos processos de gestão, a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde (EBSERH, 2018).

Com a finalidade de dar prosseguimento ao processo de recuperação dos Hospitais Universitários Federais foi criada, em 2011, por meio da Lei nº 12.550, a Ebserh, uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação. Com isso, a empresa passa a ser o órgão do MEC responsável pela gestão do Programa de Reestruturação e que, por meio de contrato firmado com as universidades federais que assim optarem, atuará no sentido de modernizar a gestão dos hospitais universitários federais, preservando e reforçando o papel estratégico desempenhado

por essas unidades de centros de formação de profissionais na área da saúde e de prestação de assistência à saúde da população integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (EBSERH, 2018).

As competências da Ebserh estão expressas no Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011, no artigo 9º, e são 06 (seis) ao total, que seguem: (1) Administração das unidades hospitalares, prestando serviço de assistência médico hospitalar, ambulatorial, diagnóstico e terapêutico aos cidadãos, integralmente disponibilizados ao SUS; (2) Prestação de serviços aos HUF e às instituições públicas congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, em concordância com as diretrizes do Poder Executivo; (3) Apoio em execuções de planos de ensino e pesquisa dos HUF, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS; (4) Serviços de apoio na geração do conhecimento em pesquisas básicas clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições públicas congêneres; (5) Prestação de serviços de apoio na gestão dos HUs e HUFs, com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; (6) Realização de outras atividades inerentes às suas finalidades (OLIVEIRA, 2014).

Atualmente, a rede de hospitais universitários federais é constituída por 50 hospitais federais vinculados a 35 universidades federais. Dentre estes hospitais, 40 optaram por assinar o contrato de gestão com a Ebserh (80%). Dada a manifestação da universidade pela contratação, inicia-se o processo de caracterização do hospital, com o dimensionamento dos serviços e mapeamento da necessidade de contratação de pessoal para realização do concurso público posteriormente. Depois da assinatura do contrato entre a universidade federal e a Ebserh, são concluídos o trabalho de dimensionamento do quadro de pessoal e o plano de reestruturação da Unidade (EBSERH, 2018).

Na figura 2 é possível visualizar as Instituições Federais de Ensino – IFES e a Empresa Pública (marcador azul) com (marcadores verdes) e sem (marcadores vermelhos) contrato com a Ebserh. Algumas IFES possuem mais de um hospital universitário, circunstância denotada na figura em parênteses, indicando o número de hospitais vinculados. Em janeiro de 2018 houve a adesão do HU da Universidade Federal de Uberlândia, atingindo assim, 40 hospitais na rede.

## IFES COM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

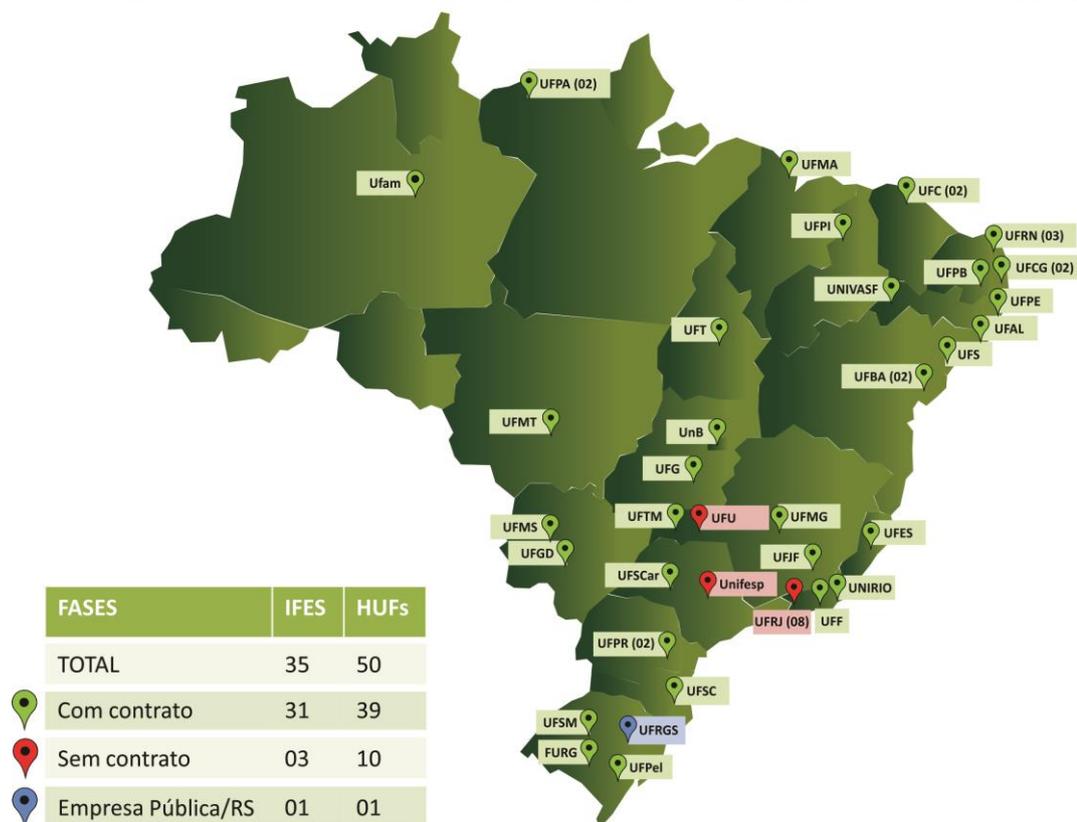


Figura 2. Distribuição das Instituições Federais de Ensino e HUs no Brasil

Fonte: EBSERH, 2018.

### 2.2 COGESTÃO

Cecílio publicou, no final do século XX (1999), vários artigos sobre a gestão dos hospitais públicos brasileiros e enfatizou a importância do processo de mudança dessas instituições para garantir o seu real papel no SUS do Brasil, como polo de educação permanente, formador e provedor de uma assistência de qualidade, bem inserido na rede de atenção aos cidadãos.

Esse autor enumera alguns pontos sobre as estruturas hospitalares brasileiras, importantes para a recuperação de sua eficiência:

- Reposicionamento do hospital na rede do SUS como ponto de assistência ao cidadão, enfatizando a prioridade da atenção básica, promoção e prevenção de saúde;

- Implantação da boa prática, medicina baseada em evidência, controlada com protocolos clínicos e processos operacionais padrão, ao invés da autonomia do médico e condutas personalizadas;
- Garantia da integralidade da atenção;
- Avaliação formal da assistência hospitalar ao invés da excelência individual do prestador de serviço;
- Medicina tecnológica centrada no paciente e não centrada nos procedimentos;
- Trabalho multidisciplinar em equipe e não intercorporacional;
- Ênfase nas atividades assistenciais sem perder o valor do ensino e da pesquisa nas instituições;
- Ênfase na eficácia/efetividade; e
- Uma organização formal, mas com espaços públicos de discussão transparentes e abertos às diferenças entre os trabalhadores.

Cronologicamente, a Política Nacional de Humanização (PNH-2004) foi a primeira área do Ministério da Saúde a utilizar os termos cogestão e apoio em suas formulações. O documento intitulado “A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS” apresentou seus princípios:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;

5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços de gestão na construção de autonomia e protagonismos de sujeitos e coletivos.

Segundo Pereira e Campos (2014), a partir da PNH de 2004, o método da Roda ou da Cogestão, bem como do apoio institucional, passaram a fazer parte das políticas do Ministério da Saúde, tanto dentro da instituição, como também difundida para estados, municípios, hospitais e instituições de saúde em geral.

Massuda e Campos (2010) descrevem uma experiência que ocorreu durante um curso de especialização em gestão hospitalar, oferecido pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social e pela direção do Hospital de Clínicas da UNICAMP, a docentes, profissionais da assistência e da administração, além de coordenadores de serviços do hospital, baseado no método Paideia (cogestão). Este estudo demonstrou evidências de que não somente é possível, mas fundamental, investir na mudança das práticas dos profissionais, inclusive dos médicos e docentes. Principalmente em se tratando de hospitais universitários, em que o gestor muitas vezes não tem governo sobre espaços de produção assistencial, onde atuam profissionais com importantes graus de autonomia no exercício de seu trabalho, e sendo os docentes peças-chave da organização.

Esses autores demonstraram que é possível ter maior capacidade de produzir mudanças nos hospitais universitários a partir da combinação entre diretrizes e projetos macropolíticos, utilização de ferramentas de gestão voltadas para padronização e controle de qualidade assistencial, mas, sobretudo, investindo na produção de intervenções que considerem aspectos micropolíticos de cada realidade, buscando envolver os sujeitos na análise e na mudança de suas práticas. Por fim, é possível afirmar que uma das principais potencialidades do método da cogestão no hospital é sua concepção política e pedagógica, que aproxima gestão e clínica.

Neste sentido, Bernardes et al (2007), avaliaram quase dez anos de adoção do modelo colegiado de gestão em um hospital público do estado do Rio de Janeiro, com enfoque na experiência da equipe de enfermagem. Concluíram que houve melhora no processo de comunicação entre as várias unidades do hospital, além do aumento na capacidade de tomada de decisão nas unidades de trabalho para problemas internos ao hospital.

Por outro lado, a baixa participação do pessoal de enfermagem de nível médio nos espaços colegiados reproduz a hierarquia na equipe de enfermagem, na medida em que o poder de decisão fica ainda concentrado no enfermeiro. Há pouca identificação da categoria médica na proposta de cogestão, permanecendo alheio ao processo e gerando conflitos com outras categorias, principalmente quando o médico assume cargo de chefia devido a sua postura hegemônica. E, por fim, o colegiado geral de gestão do hospital é subutilizado, permanecendo ainda no campo teórico e, o modelo de gestão participativo foi parcialmente implantado. (BERNARDES et al 2007).

A implantação do modelo de gestão colegiada e descentralizada, em unidades funcionais, em um hospital público do município de Ribeirão Preto, SP, segundo a visão da equipe de enfermagem e da assistente técnica de saúde, foi relatada por Bernardes et al (2011). A instituição adotou a descentralização de sua estrutura administrativa a partir de 1999, mediante a aplicação da gestão compartilhada, o que possibilitou algumas melhorias internas, com repercussão positiva na assistência prestada ao usuário. A implantação verticalizada do processo parece ter prejudicado a adesão dos trabalhadores, embora a gestão colegiada tenha intensificado a comunicação, o compartilhamento do poder e da decisão. O estudo aponta, apesar dos avanços em relação à qualificação da assistência, que muito há que se fazer para se concretizar essa proposta gerencial inovadora.

Em outro estudo, Bernardes et al (2012), concluem que modelos de gestão inovadores que tenham como premissa a descentralização da tomada de decisão e intensificação da comunicação incentivam a motivação, a responsabilização, o aumento da satisfação do pessoal, além de contribuir para melhorar a qualidade do atendimento.

Segundo Campos (1998), um grande desafio para os gestores atuais na área da saúde é como combinar democratização institucional com capacidade operacional e, portanto, com algum grau de centralização vertical, sem o qual os estabelecimentos se perderiam em discussões intermináveis ou em particularismos. Além disso, o gestor deveria propiciar independência e autonomia para cada equipe, sem que se perca o sentido de rede de compromissos, sem que se perca a noção de sistema, ou sem que seja comprometida a diretriz da integralidade da atenção. Importante ainda, é assegurar um diálogo entre usuários e técnicos, diminuir em alguns graus a

alienação ou a burocratização atualmente verificada entre os servidores públicos, além de motivá-los, ampliando sua capacidade de reflexão e autoestima, articulando autonomia e criatividade com responsabilidade profissional.

Ainda segundo Campos (1998), o Método da Cogestão, Paidéia ou Método da Roda, busca assegurar o cumprimento do objetivo primário de cada organização - produzir saúde, educar, etc.; e por outro, ao mesmo tempo, permitir e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal.

Este formato de contratualização do trabalho é muito importante para garantir o compromisso de todos, desenvolver o valor da equipe e as corresponsabilidades de cada um, singularidade específica do trabalho em saúde. Como cita Mehry (2002), a assistência em saúde é “um trabalho vivo”.

### 2.3 UNIDADES DE PRODUÇÃO

Segundo Campos (1998), um primeiro passo para a implantação da cogestão ou gestão compartilhada, é a criação das Unidades de Produção. Todos os profissionais envolvidos com um mesmo tipo de trabalho, com um determinado produto ou objetivo identificável, passariam a compor uma Unidade de Produção, ou seja, cada um destes novos departamentos ou serviços seriam compostos por uma Equipe multiprofissional.

Esta Unidade tem como objetivo elaborar um Projeto de Trabalho e, para isto operaria segundo um princípio de funcionamento, ao mesmo tempo, democrático mas também produtor de compromissos e de responsabilidades muito bem definidas. Este colegiado estaria encarregado de elaborar diretrizes, metas e programas de trabalho; avaliando-os periodicamente. Transcrever estas metas em indicadores e fazer com que estes indicadores funcionassem como analisadores do trabalho, abrindo vislumbres críticos sobre o modo anterior de operar.

Cada Unidade de Produção teria um único Coordenador e elaboraria um Projeto de Trabalho. Para isto operariam segundo um princípio de funcionamento, ao mesmo tempo, democrático mas também produtor de compromissos e de

responsabilidades muito bem definidas. Todos os participantes destes coletivos multiprofissionais comporiam um Colegiado para cada uma destas Unidades de Produção.

O colegiado deverá ser composto por um representante de cada categoria profissional que trabalha na Unidade e eleito por seus pares. Esse colegiado será encarregado de elaborar diretrizes, metas e programas de trabalho; avaliando-os periodicamente. Ao Coordenador caberia o papel de direção executiva, implementando decisões do Colegiado da Unidade e tomando decisões imprevistas, conforme a dinâmica dos acontecimentos, mas sempre apoiando-se em diretrizes anteriormente definidas pelo coletivo. Outra função do dirigente (Coordenador) seria funcionar como um dos elos de comunicação com o exterior, estabelecer contatos com outras Unidades, com a direção-geral do serviço, com usuários, etc. No quadro 1 estão relacionadas as premissas e objetivos da Unidade de Produção.

Quadro 1 – Premissas e Objetivos da Unidade de Produção

<b>PREMISSAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Gestão colegiada e compartilhada</li> <li>2- Gestão descentralizada e horizontalizada</li> <li>3- Protagonismo de todos os profissionais envolvidos no processo do cuidado</li> <li>4- Patrocínio da governança do hospital</li> </ul>
<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Transformar as práticas de gestão</li> <li>2- Reduzir a fragmentação das ações</li> <li>3- Propiciar maior eficiência e eficácia na produção das linhas de cuidado</li> <li>4- Maior articulação entre diferentes profissões e especialidades</li> <li>5- Visão ampliada do profissional sobre a finalidade do seu trabalho</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Ainda segundo Campos (1998), existem três tipos de Unidade de Produção, conforme a sua composição e finalidade (assistencial, apoio técnico e apoio administrativo), como observado no Quadro 2.

Quadro 2 - Tipos e Exemplos de Unidades de Produção

<b>TIPOS</b>	<b>EXEMPLOS</b>
Assistencial ou finalística	UP centro cirúrgico UP clínica médica UP UTI adulto UP Materno-infantil UP urgência e emergência
Apoio técnico	UP laboratório UP diagnóstico por imagem UP farmácia UP nutrição
Apoio administrativo	UP compras e licitações UP almoxarifado UP orçamento e finanças UP tecnologia da informação

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Dentro da proposta da Unidade de Produção, podemos definir entre suas competências, a elaboração do planejamento da UP dentro da sua capacidade produtiva; organizar o processo de trabalho, motivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional, a resolução de problemas e conflitos; identificar as necessidades de educação permanente/continuada; promover a comunicação com as demais Unidades de Produção e, finalmente, compartilhar as informações e ações desenvolvidas em reuniões semanais e mensais (Colegiado Ampliado).

As reuniões do Colegiado Ampliado, são reuniões mensais entre a Governança e todas as Unidades de Produção. O Kanban das Unidades de Internação pode ser um disparador para as reuniões, nas quais poderão ser discutidos vários aspectos da gestão hospitalar e da assistência. A participação da Governança (Superintendente, Gerentes, Chefes de Divisão e de Setores) tem fundamental importância na reunião do Colegiado Ampliado.

Na Figura 3, podemos observar uma visão geral da implantação da Unidade de Produção, após instituídos os passos de sua criação.



Figura 3 - Visão Geral da Implantação da Unidade de Produção (UP)

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

## 2.4 KANBAN

O Kanban é uma técnica de controle visual desenvolvido nas fábricas japonesas da Toyota na década de 50 e que, no âmbito hospitalar, foi transformado em uma ferramenta ou dispositivo de gestão da clínica que indica e monitora, através de cores, o tempo de permanência dos pacientes internados nos leitos das unidades de atendimento hospitalar (MASSARO e MASSARO, 2017).

Esta ferramenta foi instituída na área da saúde a partir da necessidade de desafogar a superlotação em serviços de urgência e emergência, lotação esta que impacta fortemente a gestão da clínica e a qualidade assistencial no âmbito hospitalar, e vem sendo adotada em conjunto com outras medidas para minimizar estes problemas, além de promover a segurança dos pacientes (TOUSSAINT e GERARD, 2012).

Segundo Heisler (2012), o objetivo principal da ferramenta no serviço de saúde é avaliar a gestão de leitos no processo de internação hospitalar, considerando a média de permanência de pacientes na unidade e a disponibilidade para atender a demanda.

Podemos definir a Gestão da Clínica (MENDES, 2011) como o conjunto de tecnologias de microgestão que tem por objetivo a provisão de uma atenção à saúde de qualidade, centrada nas pessoas, efetiva e segura, além de eficiente, oportuna, equitativa e ofertada de forma humanizada. Existem várias ferramentas de gestão da

clínica com potencial para gerar resultados positivos na qualificação assistencial, dentre elas o sistema Kanban.

O sistema Kanban foi desenvolvido na década de 1950 nas fábricas japonesas para controle da produção cujo objetivo é minimizar os estoques de material em processo, produzindo em pequenos lotes somente o necessário e no tempo certo, sinalizando através de cartões coloridos. Com o tempo, este sistema foi difundido em outras áreas, inclusive na saúde, tanto na área de controle de estoque de suprimentos quanto o acompanhamento dos tempos médios de permanência (TMP) e a permanência dos pacientes de cada serviço/unidade hospitalar. (PERSONA e BATTINI, 2008; HEISLER, 2012),

Neste contexto, Aguilar-Escobar *et al.* (2015) descrevem a experiência exitosa da implantação do sistema Kanban em um hospital universitário da Espanha, para controle de insumos nas unidades assistenciais, de acordo com a visão da equipe de enfermagem. Os resultados mostram um alto nível de satisfação com cada aspecto do Kanban e a existência de diferenças individuais segundo centro de trabalho, unidade de enfermagem, categoria profissional, antiguidade, idade e capacitação no sistema Kanban, relacionadas ao rendimento do sistema logístico em seu conjunto.

Já Mattos (2016), diz que é uma ferramenta de gestão administrativa diária, usada tanto na forma tradicional Kanban de cartões, como na forma eletrônica (e-Kanban) que opera em conjunto com os sistemas computacionais, ambos de gestão visual. Oferece e transforma radicalmente a gestão do dia a dia da programação de serviço, dando agilidade, flexibilidade e baixo custo à instituição. Prevê o dimensionamento de pessoal bem como os insumos e materiais necessários ao seu funcionamento.

Esta ferramenta foi instituída na área assistencial dos hospitais a partir da necessidade de desafogar a superlotação em serviços de urgência e emergência, lotação esta que impacta fortemente a gestão clínica e a qualidade assistencial no âmbito hospitalar, e vem sendo adotada em conjunto com outras medidas para minimizar estes problemas, além de promover a segurança dos pacientes. O objetivo principal da ferramenta no serviço de saúde é avaliar a gestão de leitos no processo de internação hospitalar, considerando a média de permanência de pacientes na unidade e a disponibilidade para atender a demanda. (MATTOS, 2016).

Ainda segundo Mattos (2016), a adesão da ferramenta Kanban nos serviços de pronto atendimento e emergências hospitalares no estado do Rio de Janeiro se deu a partir da Portaria nº 2.395/2011, no intuito de organizar o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do SUS e gerenciar e avaliar a qualificação dos cuidados prestados. Sua aplicabilidade no contexto de cuidados com a saúde se nota por sua habilidade de atacar de maneira eficaz as deficiências presentes e considerar as iniciativas de melhoria, promovendo ganhos na qualidade, segurança, eficiência e adequação dos serviços prestados, produzindo efeitos transformadores nas unidades onde se encontram aplicados, com elevação da qualidade dos serviços oferecidos. Sua aplicação na gestão administrativa de leitos é uma inovação e reforça a nova forma de gestão que vem sendo aplicada nos últimos dez anos no âmbito hospitalar.

Já Sousa et al (2017), descrevem a implementação da metodologia Kanban, associada ao protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco de pacientes, como ferramenta de gestão de leitos e gestão do fluxo de pacientes em um pronto socorro de hospital privado no Brasil, objetivando reduzir o tempo de espera, as filas e o tempo de internação desses pacientes.

Portanto, o Kanban é uma nova forma de avaliar o processo de internação no SUS, gerando indicadores que norteiem o desenvolvimento dos trabalhos institucionais, tanto no campo da pesquisa quanto no da assistência. Consiste, assim, num corpo de conhecimento capaz de eliminar desperdícios continuamente, e solucionar problemas de maneira sistemática, implicando em repensar a maneira de liderar, gerenciar e desenvolver pessoas, aproveitando seu potencial.

O Tempo Médio de Permanência é um Indicador de qualidade assistencial, portanto, é muito importante para a gestão hospitalar pois mede a **eficiência** e a **eficácia** da gestão. Uma atividade pode ser desempenhada com **eficácia**, porém sem **eficiência** e vice-versa (Figura 4).

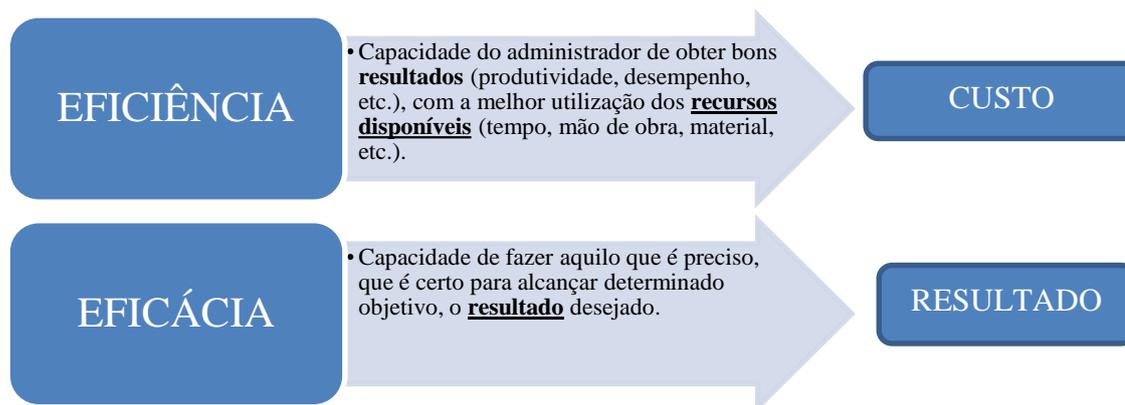


Figura 4 – Eficiência e Eficácia na Utilização do Kanban

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Tempo Médio de Permanência acompanhado pelo Kanban, reflete **financeiramente** na **receita** e no **custo** hospitalar, sendo fundamental o monitoramento e a otimização do mesmo.

O impacto na receita ocorre porque a Tabela SUS estabelece limites de permanência para cada procedimento realizado. Quando o paciente ultrapassa o limite de diárias estabelecidas, o hospital pode não receber compensação financeira. Isso causa efeito nos custos, já que cada dia de internação além do autorizado na Tabela SUS, vai gerar um custo a mais para o hospital, que não estava previsto na sua receita.

A importância do Kanban como ferramenta de gestão assistencial está na possibilidade de enfrentamento de um dos maiores desafios para os sistemas de saúde: adequar a capacidade de oferta às necessidades de saúde da população. Além da necessidade de diminuir o tempo de permanência associada a melhorar o cuidado e aumentar o giro do leito.

Com a ferramenta, pode-se identificar o paciente, identificar a equipe responsável, localizar o paciente, indicar o tempo de permanência, entre outros. (HEISLER, 2012)

O principal ganho do monitoramento do tempo de permanência de um paciente em uma determinada unidade é o potencial, através da visualização (KANBAN), de disparar a necessidade de identificar a(s) causa(s) que determina(m) a demora e

intervir sobre essa(s). Essa visualização é definida por cores, de acordo com a Figura 5.

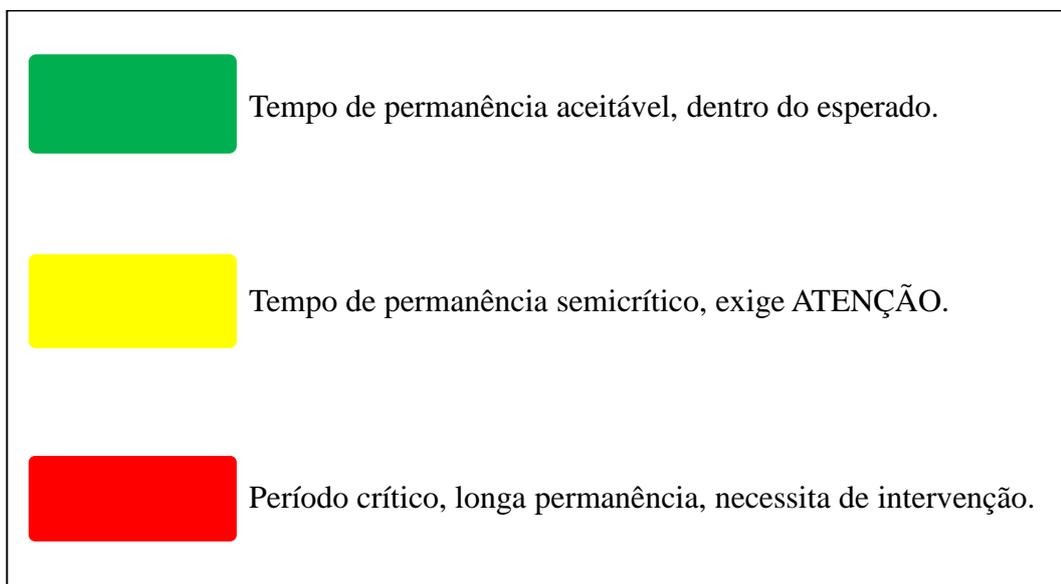


Figura 5 - KANBAN – Sistema de Cores para o Tempo de Permanência Hospitalar

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Existem várias formas de se implantar o Kanban, como por exemplo, painéis (de registro manual ou eletrônico), placas à beira do leito, na prescrição eletrônica, na intranet do hospital, em planilhas do tipo Excel ou similar, etc.

O Kanban para monitoramento do Tempo de Permanência de pacientes internados em hospitais, deve ter os seguintes dados básicos: leito, nome do paciente, idade, data da admissão, necessidades em saúde identificadas pela equipe, número de dias de internação, nível do Kanban, causa para Kanban vermelho e legenda do tempo de permanência. Na Figura 6 podemos observar um painel de Kanban em unidade de internação de um hospital.

LEITO	NOME	IDADE	CLÍNICA	MÉDICO	DATA ADMISSÃO	Nº DIAS	PENDÊNCIAS	KANBAN
113 A	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
113 B	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
113 C	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
113 D	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
113 E	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
113 F	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
114 A	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
114 B	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
114 C	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
114 D	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
114 E	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
114 F	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
114 G	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
114 H	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
114 I	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde
114 J	YAGO ENZO DE ALMEIDA	6m	CLÍNICA	DR. CARLOS	11/01/20	8		Verde

O preenchimento do quadro é função do Enfermeiro responsável e servirá para avaliação situacional e tomada de DECISÃO MULTIPROFISSIONAL a respeito de cada caso.

LEGENDA (TEMPO DE PERMANÊNCIA):  
 Verde = ATÉ 6 DIAS  
 Amarelo = 7 DIAS  
 Vermelho = > 7 DIAS

Figura 6 - Kanban utilizado na Unidade de Produção da Pediatria do HUMAP

Fonte: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP/UFMS)

Para a implantar o Kanban no hospital, a governança da área assistencial deverá definir um Grupo Condutor composto por profissionais que tenham ascensão sobre as equipes das unidades de internação. O Grupo Condutor deverá convocar os membros de cada Unidade de Internação para reuniões (1 grupo de cada vez). Nessas reuniões, o Grupo Condutor irá apresentar a ferramenta Kanban de forma que a equipe de cada Unidade de Internação incorpore seus conceitos e valores.

Cada Unidade de Internação deverá definir, internamente, os parâmetros do seu Kanban, ou seja, quantos dias de internação corresponderão a cada cor do Kanban (verde, amarelo e vermelho). Sugere-se que seja respeitada a realidade atual do hospital (levantamento do tempo de permanência nos últimos 6 meses), mas buscando evidências científicas que servirão de parâmetros a serem atingidos (MASSARO e MASSARO, 2017).

Nas reuniões semanais das Unidades de Produção Assistenciais para análise de desempenho, fluxos e processos, deve-se analisar o Kanban também, pois ele é o principal DISPARADOR de discussões nas reuniões do Colegiado Ampliado (reuniões mensais).

O Kanban precisa ser implantado em **TODAS** as Unidades de Internação e, inclusive nos Serviços de Urgência e Emergência, sendo que o Grupo Condutor

deverá conduzir a implantação do Kanban em todas as Unidades de Internação do hospital, no menor tempo possível.

Após a implantação do Kanban, os resultados esperados são os seguintes:

- ✓ Controle do tempo de permanência no leito de cada paciente em todas as Unidades de Internação e nos Serviços de Urgência e Emergência;
- ✓ Visão global dos pacientes da Unidade por todos os membros da equipe multiprofissional;
- ✓ Melhora do fluxo dos pacientes;
- ✓ Melhoria da gestão da clínica e fortalecimento da cogestão no hospital.
- ✓ Melhoria da eficiência e da eficácia relacionadas ao tempo médio de permanência dos pacientes no hospital, com otimização dos custos.

Portanto, após a definição do tempo de permanência e construção de um painel com as informações dos pacientes, haverá a promoção do controle visual das internações através de uma sistemática de cores, o que permitirá à equipe analisar o tempo de permanência de cada paciente no leito, promovendo intervenções quando necessário.

## 2.5 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

Conforme a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considera-se o Núcleo Interno de Regulação (NIR) como a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que a instituição representa no âmbito do SUS, além de realizar gerenciamento de leitos, que se constitui num dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição

representa no âmbito do SUS e disponibiliza consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário. A regulação pode ser entendida como a ação regulatória ordenadora e orientadora dos fluxos assistenciais, também sendo responsável pelo mecanismo de relação entre gestão e os vários serviços de saúde, e pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

Segundo a Portaria GM/MS Nº 1.559, de 01/08/2008, as dimensões de atuação da Regulação são as seguintes:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a

regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

De acordo com a Portaria citada, as dimensões da atuação da Regulação em Saúde iniciam de uma forma bem ampliada através da regulação do sistema de saúde do país como um todo, seguindo para a regulação da atenção à saúde (níveis estaduais e municipais), chegando na dimensão da regulação do acesso dentro da rede local de saúde. Finalizando esse fluxo temos a regulação intra-hospitalar de leitos que faz a gestão da oferta e sua relação com a RAS (Figura 7).

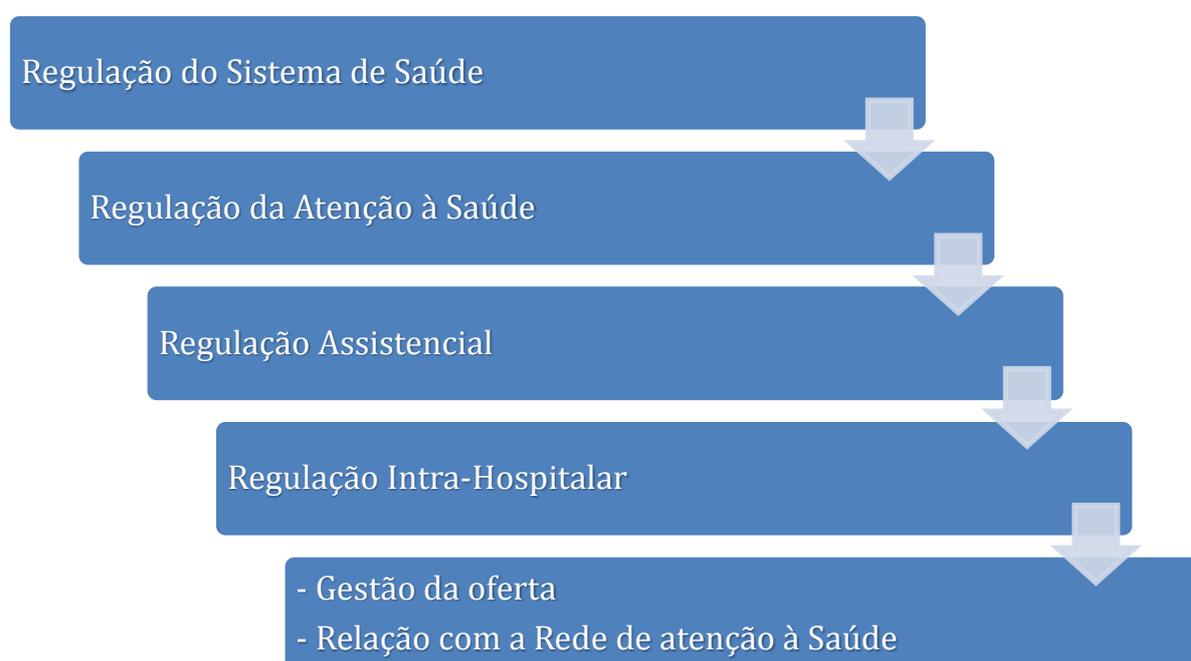


Figura 7 - Dimensões da Atuação da Regulação

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) tem papel fundamental no gerenciamento dos leitos e deverá ser de acordo com as necessidades do paciente, os protocolos estabelecidos e respeitando o perfil assistencial e a capacidade instalada da unidade. É uma ferramenta de gestão que deve trabalhar de forma colegiada, respeitando a pactuação com os chefes de serviços e os protocolos estabelecidos.

O NIR, no contexto hospitalar, possuiu as seguintes atribuições (PNHOSP, 2013):

- ✓ Fortalecer o processo de regulação;

- ✓ Atuar como interface entre as Centrais de Regulação (CR) e as unidades de saúde;
- ✓ Interagir com as equipes da unidade e das CR para a resolução de situações não previstas na pactuação;
- ✓ Disponibilizar a situação dos leitos hospitalares sob regulação em tempo real para as CR, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- ✓ Centralizar o trabalho da regulação no nível institucional;
- ✓ Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;
- ✓ Fornecer subsídios para a Direção Assistencial para que ocorra o adequado gerenciamento dos leitos;
- ✓ Sinalizar para a Direção e para as CR as contingências locais que possam comprometer a regulação;
- ✓ Acompanhar indicadores gerenciais;
- ✓ Monitorar motivos de retardo na ocupação e desocupação de leitos;
- ✓ Participar e subsidiar com informações estratégicas a reunião mensal, que reúne todos os coordenadores das Unidades de Produção e Linhas de Cuidado do hospital (Colegiado Ampliado).
- ✓ Apoiar as unidades/setores na implantação do Kanban, com vistas ao gerenciamento dos leitos e desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Quanto ao Kanban, o NIR poderá:

- ✓ Apoiar os setores assistenciais em sua implantação;
- ✓ Observar se foram definidos os níveis de permanência para cada coorte de usuários (parametrização conforme a realidade de cada Unidade de Internação);
- ✓ Articular o desenvolvimento do Procedimento Operacional Padrão (POP) de registro/atualização do KANBAN;

- ✓ Verificar se a ferramenta de registro KANBAN contempla as informações necessárias;
- ✓ Atentar para o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular para os pacientes com KANBAN vermelho;
- ✓ Identificar a existência de equipes de referência para o acompanhamento dos pacientes no KANBAN;
- ✓ Promover metodologia de acompanhamento do KANBAN das diversas unidades de forma geral (MAPA DE LEITOS).

Ainda em 2009, Bittencourt e Hortale publicaram uma revisão sistemática com o objetivo de apresentar e discutir as intervenções voltadas para solucionar o problema de superlotação dos serviços de emergência hospitalar, percebendo esse fenômeno como evidência, dentre outras, de baixa efetividade organizacional. Das intervenções analisadas, destacam-se o gerente de leitos, a coordenação de altas da emergência, prontuários eletrônicos, equipes de alto desempenho clínico, laboratório-satélite, indicadores de saturação operacional, censo de vagas e demandas, encaminhamento rápido para sala de observação clínica, busca ativa de pacientes internados na emergência, coordenação de alta hospitalar, pré-alta, sala de alta, cancelamento de internações eletivas e redistribuição de cirurgias eletivas. Muitas dessas intervenções hoje, fazem parte das atribuições do Núcleo Interno de Regulação.

Rodrigues e Juliani (2015) comparam indicadores hospitalares antes e após a implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos em um hospital de referência. Os indicadores apresentaram-se melhores após a implantação do Núcleo Interno de Regulação, sendo que as melhorias foram sentidas pelos sujeitos envolvidos no processo. Concluíram ainda que há necessidade de continuidade das ações regulatórias, em especial em um sistema de saúde abrangente e complexo, como é o Sistema Único de Saúde na realidade brasileira.

Já Soares (2017) avaliou a composição dos Núcleos Internos de Regulação instituídos em hospitais de uma capital brasileira, cujas principais motivações para sua criação foram as questões legais (Portaria MS nº 3.390 de 30/12/2013) e a superlotação no setor de emergência. Os indicadores mais monitorados foram a taxa de ocupação e o tempo médio de permanência, e os resultados mais observados

foram reduções neste último. O principal objetivo do NIR foi promover o uso eficiente dos leitos e, para isso, precisou controlar a lotação hospitalar em níveis que permitissem giro de leitos adequado e seguro para os pacientes. E, por fim, concluíram que os Núcleos Internos de Regulação foram uma ferramenta gerencial com grande potencial e resultados promissores nas experiências avaliadas.

A implantação do Núcleo Interno de Regulação no hospital, permitirá o gerenciamento da disponibilidade de leitos, fornecendo essas informações para as equipes internas do hospital e para a Central de Regulação do município, além de subsidiar a elaboração e acompanhamento de indicadores gerenciais de regulação assistencial (Figura 8).



Figura 8 - Visão Geral da Implantação do NIR

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

## 2.6 PAINEL DE INDICADORES

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2008), a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis.

A gestão de serviços de saúde é uma prática administrativa complexa em função da amplitude desse campo e da necessidade de conciliar interesses

individuais, corporativos e coletivos nem sempre convergentes. Nesse contexto, a avaliação necessita ter características particulares para poder cumprir com o seu papel. Utilidade, oportunidade, factibilidade, confiabilidade, objetividade e direcionalidade constituem o conjunto de princípios que deve ancorar essa avaliação. Uma avaliação que conduza a decisões que garantam não somente a sua eficiência e eficácia, mas também a sua implementação (TANAKA e TAMAKI, 2012).

Indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte (BITTAR, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1981), na escolha de um indicador deve ser levada em consideração a sua validade (medir efetivamente o que pretende medir), a sua fiabilidade (apresentar o mesmo resultado mesmo que seja utilizado por pessoas ou em circunstâncias diferentes), a sua sensibilidade (capacidade de captar mudanças na situação ou no objeto estudado), e sua especificidade (refletir mudanças apenas no objeto que está sendo estudado).

Cada indicador deverá ser caracterizado na matriz (Ficha do Indicador) pela sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fonte de dados (Rede Interagencial de Informação para a Saúde, 2008). No quadro 3 estão relacionados todos os itens do indicador e seu significado.

Quadro 3 - Ficha do Indicador Hospitalar

ITEM	SIGNIFICADO
Nome do indicador	Identifica o indicador
Fórmula	Indica os dados que devem ser coletados para calcular o resultado final e como esse cálculo é formado. Geralmente, um dos dados constitui o numerador e o outro o denominador, formando uma divisão simples que mensura o desempenho do hospital na perspectiva descrita.
Responsável	Dita a área ou profissional responsável pela coleta dos dados apontados.
Finalidade do indicador	Descreve o tipo de indicador e como ele acompanha, avalia, decide, interfere ou muda o rumo de um conjunto de atividades visando atingir determinado objetivo.
Fonte	Estabelece onde o dado é gerado e deixa claro como operar sua coleta.
Unidade de medida	Define qual é a unidade matemática do termo, como por exemplo: número ou razão.
Coleta de dados	Dita se a coleta de dados é dada através de um sistema ou de forma manual.
Periodicidade	Diz de quanto em quanto tempo os dados devem ser coletados novamente para que o indicador seja atualizado.

Termos	Funciona como um dicionário para os dados usados na fórmula de cálculo, descrevendo detalhadamente o que caracteriza cada dado.
Fontes dos termos	Aponta os normativos e órgãos de referência que foram responsáveis por dizer o que cada dado significa e porque ele é relevante no contexto hospitalar.

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

O Painel de Bordo é um painel de controle de indicadores, sistematicamente selecionados, utilizado como instrumento indispensável para avaliação do planejamento estratégico e como ferramenta de monitoramento do desempenho do hospital.

Segundo Tamaki (2012), definir medidas de avaliação e monitoramento de processos de gestão de sistemas de saúde, propriamente ditos, é uma tarefa complexa, no entanto sua operacionalização no cotidiano da gestão requer, muitas vezes, indicadores que, apesar de simplificar os processos, permitem sua incorporação no apoio à gestão e viabilizam sua adoção como instrumento de trabalho na gestão.

Outro ponto importante para o painel (TAMAKI, 2012) é o número pequeno de indicadores, no sentido de captar o maior escopo quanto possível das dimensões buscadas ou que tratassem de algum aspecto essencial, crítico ou capaz de captar o maior número de possibilidades de expressão dos problemas de gestão no interior de cada uma das dimensões. Nesta escolha, um atributo essencial é a governabilidade do aspecto que o indicador expressa, o que significa que o gestor deve acompanhar fatos sobre os quais tenha capacidade e recursos para transformar as situações identificadas que não estejam ocorrendo de acordo com os objetivos definidos pelos gestores.

Desta forma, no processo de construção de um painel de monitoramento e avaliação da gestão assistencial no âmbito hospitalar, esta autora sugere a escolha de indicadores que sejam básicos, simples e cujos valores possam ser obtidos de fontes seguras. Seria um primeiro passo para implantar a cultura do monitoramento e avaliação dentro da equipe assistencial. À medida que a mesma ganhe maturidade na gestão, este painel (Figura 9) pode ser ampliado com indicadores mais complexos.



Figura 9 - Painel de Indicadores Assistenciais Básicos

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

O Painel de Bordo ou Painel de Indicadores tem os seguintes objetivos:

- ✓ Apresentar de forma detalhada por meio de indicadores, os resultados dos processos realizados dentro da instituição, possibilitando análise crítica e a realização de correções e melhorias.
- ✓ Servir como ferramenta de controle, buscando identificar a curto, médio e longo prazo as tendências favoráveis e desfavoráveis de cada Unidade de Produção.
- ✓ Promover a integração e a disseminação das informações para as equipes assistenciais de forma simples e objetiva, possibilitando a troca de informações e comunicação entre todas as Unidades do Hospital.
- ✓ Medir o desempenho da Organização.

O Painel deverá ser exposto em lugares estratégicos do hospital, com fácil acesso e boa visibilidade, possibilitando o envolvimento de toda a equipe na análise e discussões dos resultados (Gestão à Vista). O ideal que o hospital tenha um Painel de Indicadores gerais do hospital e, cada Unidade de Produção, deverá elaborar o seu painel específico, que também deverá ser exposto no setor.

A utilização frequente do Painel de Indicadores pela equipe assistencial do hospital, tem como resultados esperados:

- ✓ Propiciar uma visão global dos pacientes e da unidade por todos os membros da equipe multiprofissional;
- ✓ Promover análise crítica dos indicadores, subsidiando a tomada de decisão;
- ✓ Melhorar a gestão da clínica e fortalecer a Cogestão no Hospital;

Sobre a questão dos indicadores, Machado et al (2013) publicaram uma revisão sistemática que buscou revisar a literatura sobre estudos de avaliação da qualidade hospitalar no Brasil e analisar as principais abordagens, metodologias e indicadores utilizados. Concluíram que predominou o uso de fontes de dados secundárias com análise das dimensões efetividade, adequação, segurança e eficiência, destacando-se a aplicação da taxa de mortalidade, taxa de adequação, taxa de eventos adversos e tempo de permanência, assim como, os métodos que controlam diferenças de risco dos pacientes foram majoritariamente aplicados.

Já Vignochi et al (2014) analisaram como gestores de serviços hospitalares utilizam indicadores de desempenho para realizar a gestão estratégica de recursos sob a ótica da gestão do conhecimento baseada em evidências. Observaram que gestores do hospital público usam indicadores como fonte de gerenciamento de recursos escassos e gestores do hospital filantrópico usam indicadores como fonte de informações para a sustentabilidade econômica e assistencial. Concluíram ainda que o compartilhamento de informações é essencial para a aplicação do sistema de indicadores; o uso de indicadores no hospital público privilegia o desenvolvimento do conhecimento e o uso de indicadores no hospital filantrópico tem ênfase na gestão da qualidade.

Por fim, Anschau et al (2017), descrevem os resultados alcançados com indicadores de desempenho hospitalar e na oferta de leitos com a estratégia de incorporação da Gestão da Clínica no processo assistencial da unidade de retaguarda de um hospital de grande porte no Rio Grande do Sul. A equipe de gestão assistencial adotou como ferramentas da Gestão da Clínica a implantação de equipes de referência multiprofissionais e de rounds multidisciplinares, a instituição do sistema Kanban para monitoramento do tempo médio de permanência; a introdução do Projeto Terapêutico Singular por ocasião do ingresso do paciente no hospital (setor de emergência); e a regulação interna dos leitos pelo Núcleo Interno de Regulação.

Os indicadores hospitalares número de internações, tempo médio de permanência, resolubilidade, taxa de mortalidade e índice de rotatividade foram comparados entre os anos 2015 (antes da implementação da estratégia Gestão da Clínica) e 2016 (após a implementação da estratégia). Concluíram que houve aumento no número de internações de 1395 para 1537 ao ano. Ocorreram 1240 altas para o domicílio (média de 104 ao mês), mostrando um aumento de 101,9% em relação ao período anterior. Também foi observada diminuição no número de transferências internas (entre a unidade de retaguarda e outros setores do hospital), aumento no índice de rotatividade de 51,6 para 56,9, diminuição no tempo médio de permanência de 7,2 dias para 6,6 dias e diminuição na taxa de mortalidade de 3,5 para 0,7 ( $p < 0.05$ ).

Na Figura 10 podemos observar como a combinação de ferramentas de gestão assistencial, permeadas pela cogestão, poderão proporcionar a qualificação da assistência nos Hospitais Universitários Federais.

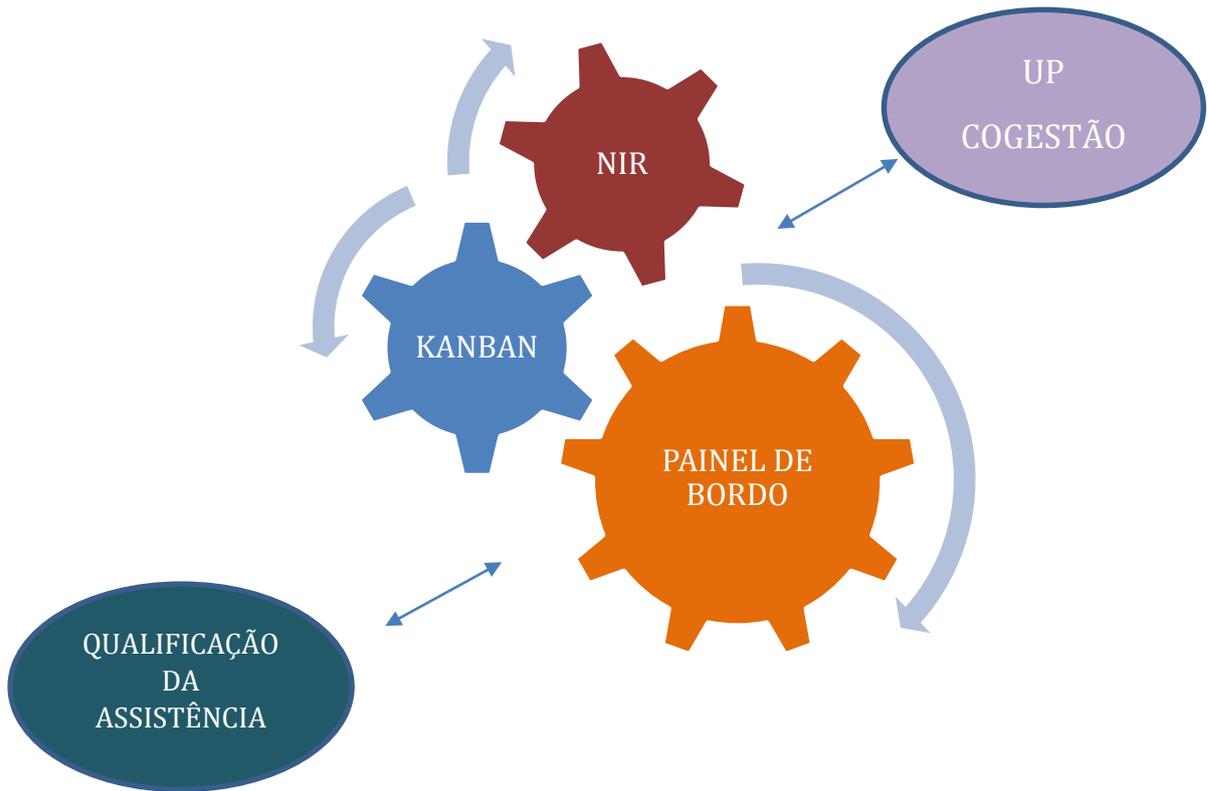


Figura 10 – Ferramentas de Gestão e a Qualificação da Assistência

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

No próximo capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados nesta dissertação, bem como o procedimento da pesquisa em si.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, serão apresentados conceitos relacionados à caracterização da pesquisa, população e amostra, instrumentos de coleta de dados utilizados, assim como o método utilizado para realizar esta pesquisa.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa pode ser classificada levando-se em consideração quatro perspectivas, são elas: Natureza, Abordagem, Objetivos e Procedimentos técnicos. Cada uma dessas perspectivas subdivide-se em outras classificações. Pode-se mostrar, de uma maneira resumida, a estrutura de classificação dessa pesquisa, que está exposta de acordo com a Figura 11, onde as áreas em destaque representam as abordagens de pesquisa que serão utilizadas neste estudo, sendo que as demais áreas não se encaixam no escopo da pesquisa.

CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA			
Natureza da Pesquisa - Básica <b>- Aplicada</b>	Abordagem do Problema <b>- Qualitativa</b> - Quantitativa	Objetivos da Pesquisa <b>- Exploratória</b> - Descritiva - Explicativa	Procedimentos Técnicos <b>- Bibliografia</b> - Documental - Estudo de Caso - Experimental <b>- Intervenção</b>

Figura 11 – Caracterização da Pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

A natureza da pesquisa é aplicada, devido ao seu interesse prático, tendo em vista a proposta de Intervenção deste trabalho ser baseada em dispositivos de gestão para tornar os hospitais universitários federais mais eficientes e eficazes na área assistencial. Dessa forma, é ressaltado por Silva e Menezes (2005) que a pesquisa

aplicada tem por finalidade gerar conhecimentos para a aplicação prática e direcionados à solução de problemas específicos.

A pesquisa é considerada Qualitativa quanto à abordagem do problema, tendo em vista que a pesquisa qualitativa é um método de investigação científica que se foca no caráter subjetivo do objeto analisado, estudando as suas particularidades e experiências individuais, por exemplo (SILVA e MENEZES, 2005). Neste estudo, dispositivos de gestão assistencial foram selecionados, com todo o respaldo teórico já publicado, assim como experiências individuais de várias instituições hospitalares.

Com base nos objetivos da pesquisa, o estudo é enquadrado como pesquisa exploratória. O autor Andrade (2004) elucida que esse tipo de pesquisa visa oferecer maiores informações acerca do assunto que se vai investigar; facilitar o escopo do tema da pesquisa; nortear a fixação dos objetivos e a formulação de hipóteses ou desvendar um novo tipo de enfoque para o assunto.

Com relação aos procedimentos técnicos de pesquisa, a mesma se insere num contexto de revisão de bibliografia do tipo Revisão Narrativa, com proposta de intervenção.

Segundo Vosgerau (2014), a revisão bibliográfica do tipo revisão narrativa, permite estabelecer relações com produções anteriores, identificando temáticas recorrentes, apontando novas perspectivas, consolidando uma área de conhecimento e constituindo-se orientações de práticas pedagógicas para a definição dos parâmetros de formação de profissionais para atuarem na área.

A Proposta de Intervenção, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade. Nesse tipo de pesquisa, a prática é compreendida como práxis. Tanto pesquisador como pesquisados estão diretamente envolvidos em uma perspectiva de mudança (CAMPOS, 2011).

De acordo com Thiollent (2005), a Pesquisa-Ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os

participantes representativos da situação estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

### 3.2 POPULAÇÃO, AMOSTRA, COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A população é o conjunto de elementos que se deseja investigar e que apresentam pelo menos uma característica em comum. Já a amostra é a seleção de uma porção ou parcela da população, de forma a ser o mais representativo possível (MOURA, 2014). Desta forma, a população da pesquisa de campo é o conjunto de hospitais universitários da rede Ebserh e, a amostra é o hospital de origem da autora, onde esses dispositivos de gestão assistencial já foram implantados. Já a população da pesquisa teórica, foi definida através da coleta de dados e se baseou na pesquisa de bibliografia sobre os temas selecionados e de experiências já vivenciadas por outros hospitais.

### 3.3 PROCEDIMENTO DA PESQUISA

O tema estudado foi *Cogestão e Ferramentas de Gestão Assistencial na área da Saúde*. Após definição do tema, realizou-se as seguintes etapas componentes da pesquisa bibliográfica que podem ser observadas na Figura 12.

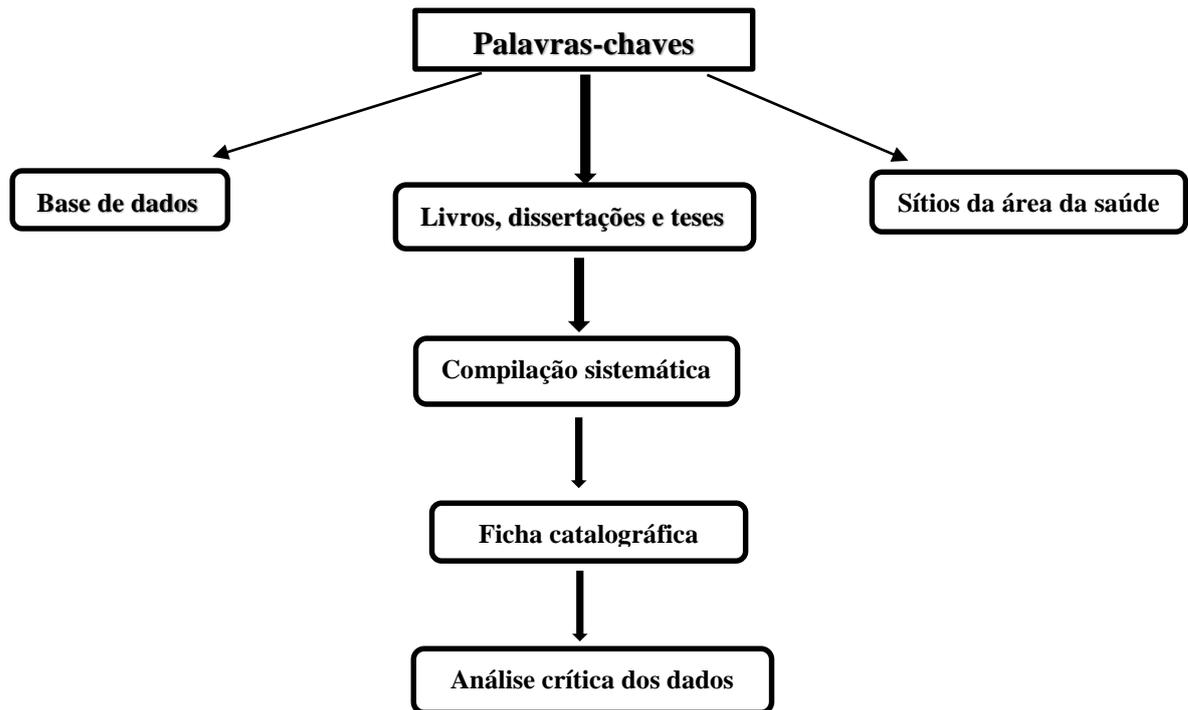


Figura 12: Fluxo da Metodologia de Revisão Bibliográfica

Fonte: Elaborado pela Autora, 2018.

Definição das palavras-chaves: gestão em saúde, gestão hospitalar, cogestão, gestão colegiada, método Paideia, ocupação de leitos, gestão de leitos, sistema Kanban, regulação em saúde, Núcleo Interno de Regulação e indicadores de saúde.

Busca, nas bases de dados SCOPUS, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), além de busca de livros, dissertações e teses dos autores que são referência nos assuntos estudados. Realizou-se um levantamento pelo sumário dos assuntos abordados nessas obras e pela verificação da bibliografia incluída ao final de cada obra levantada, para identificação de outras possíveis referências.

E por fim, busca em sítios da área da saúde, OMS (Organização Mundial da Saúde), OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), MS (Ministério da Saúde), Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), etc.

A partir daí foi feita a compilação sistemática do material identificado, separando-os segundo a natureza da publicação (livros, artigos em revistas,

publicações ou sítios na internet, bem como a transcrição dos dados em ficha catalográfica para permitir a ordenação do assunto e possibilitar seleção dos dados. Os dados coletados foram organizados de acordo com o título, resumo, ano de publicação, objetivo do artigo, área de conhecimento, palavras-chaves, país, tipo de estudo, autor, endereço eletrônico do autor e/ou periódico;

Em seguida, foi realizada uma análise crítica dos dados considerando essas informações. Os dados encontrados foram organizados com o auxílio do programa computacional EXCEL e transcritos em uma tabela em MS-WORD. A análise dos dados foi realizada por meio da leitura exaustiva, com vista à crítica externa – crítica do texto, da autenticidade e da providência – da crítica interna – crítica do valor interno do conteúdo, que aprecia a obra e forma juízo sobre a autoridade do autor, o valor que representa o trabalho e as ideias nele contidas (LAKATOS e MARKONI, 2001).

Durante as pesquisas nas bases de dados, foram levantados 07 artigos sobre gestão hospitalar, 23 artigos e 03 livros sobre o tema de cogestão/gestão participativa, 07 artigos sobre a utilização da ferramenta Kanban em ambiente hospitalar, 11 artigos sobre a regulação intra-hospitalar de leitos e 10 sobre o uso de indicadores na gestão hospitalar. Destes, foram selecionados 21 (Tabela 1) para embasamento da proposta de intervenção.

Os critérios utilizados para seleção dos artigos foram relacionados à época da publicação (procuramos selecionar os mais atuais), análise conceitual das ferramentas de gestão, aplicabilidade das ferramentas em hospitais públicos e, aqueles que continham uma combinação das várias ferramentas. As principais características dos artigos estão dispostas nas colunas da tabela e são: título, autores, ano de publicação, periódico e metodologia.

Os autores são diversos, visto o número de ferramentas de gestão assistencial estudadas mas, mesmo assim, observamos que Gastão Wagner de Sousa Campos e Andrea Bernardes foram os mais utilizados.

Com relação à metodologia dos artigos utilizados, o mais comum foi o Estudo de caso com 08 artigos, seguido pela Proposta de Intervenção com 04 artigos e apenas duas revisões sistemáticas, o que demonstra que o tema ainda é muito menos estudado do que deveria, visto a sua importância para a área da saúde.

Conforme pode ser visualizado na Tabela 1, o estudo que mais se aproxima das características e objetivos da presente pesquisa é do autor Anschau et al (2017), que consiste na avaliação do resultado de intervenções de Gestão da Clínica (NIR, Kanban, indicadores, entre outros) na qualificação do cuidado e na oferta de leitos em um hospital público de grande porte.

Nº	Título	Autores e Ano	Periódico	Tema	Metodologia
1	Autonomia <i>Versus</i> Controle Dos Trabalhadores: A Gestão Do Poder No Hospital	Cecílio, 1999	Ciência & Saúde Coletiva	Gestão hospitalar	Método analítico conceitual
2	Racionalização E Construção De Sentido Na Gestão Do Cuidado: Uma Experiência De Mudança Em Um Hospital Do SUS	Azevedo et al, 2017	Ciência & Saúde Coletiva	Gestão hospitalar	Estudo de caso
3	Reflexões Bioéticas Sobre A Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares (EBSERH)	Palhares & Cunha, 2014	Revista Latino-americana de Bioética	Gestão hospitalar	Método analítico conceitual
4	Modelos De Gestão Na Administração Pública Brasileira: Reformas Vivenciadas Pelos Hospitais Universitários Federais	Barros, 2013	Revista Dos Mestrados Profissionais	Gestão hospitalar	Pesquisa bibliográfica e proposta de intervenção
5	O Apoio Institucional No Sistema Único De Saúde (SUS): Os Dilemas Da Integração Interfederativa E Da Cogestão	Pereira & Campos, 2014	Interface: Communication, Health, Education	Cogestão	Pesquisa Qualitativa
6	El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade	Massuda & Campos, 2010	Salud Colectiva	Cogestão	Proposta de Intervenção

	Estadual de Campinas (HC-Unicamp)				
7	Os Ruídos Encontrados Na Construção De Um Modelo Democrático E Participativo De Gestão Hospitalar	Bernardes et al, 2007	Ciência & Saúde Coletiva	Cogestão	Estudo de Caso Histórico Organizacional Qualitativo
8	Modelo De Gestão Colegiada E Descentralizada Em Hospital Público: A Ótica Da Equipe De Enfermagem	Bernardes et al, 2011	Revista Latino-Americana De Enfermagem	Cogestão	Estudo de Caso Histórico Organizacional Qualitativo
9	Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público	Bernardes et al, 2012	Revista Latino-americana de Enfermagem	Cogestão	Estudo de Caso Histórico Organizacional Qualitativo
10	O ANTI-TAYLOR: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso	Campos, 1998	Cadernos de Saúde Pública	Cogestão	Proposta de Intervenção
11	Gestão do Fluxo de Pacientes em Internações Relacionadas ao Pronto-Socorro: Aplicação da Metodologia Kanban	SOUSA, 2017	Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde	Kanban	Pesquisa exploratória qualitativa (estudo de caso)
12	Hospital efficiency management: the just-in-time and Kanban technique	PERSONA e BATTINI, 2008	Int. J. Healthcare Technology and Management	Kanban	Estudo de caso
13	Hospital kanban system implementation: Evaluating satisfaction of nursing personnel	Aguilar-Escobar et al, 2015	Investigaciones Europeas de Direccion y Economia de la Empresa	Kanban	Estudo de caso

14	Aplicação da ferramenta Kanban no processo de internação de uma unidade hospitalar pediátrica	Mattos, 2016	Dissertação de mestrado	Kanban	Pesquisa participante descritiva
15	O Uso do KANBAN na Gestão do Cuidado: Superando Limites	MASSARO & MASSARO, 2017	Revista de Administração em Saúde	Kanban	Proposta de intervenção
16	Intervenções Para Solucionar A Superlotação Nos Serviços De Emergência Hospitalar: Uma Revisão Sistemática	Bittencourt & Hortale, 2009	Caderno de Saúde Pública	NIR	Revisão sistemática
17	Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino	Rodrigues e Juliani, 2015	Einstein	NIR	Pesquisa avaliativa, exploratória, descritiva e transversal, de natureza quantitativa
18	Análise dos Núcleos Internos de Regulação hospitalares de uma capital	Soares, 2017	Einstein	NIR	Estudo transversal e descritivo
19	Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática	Machado et al, 2013	Caderno de Saúde Pública	Indicadores	Revisão sistemática
20	Como Gestores Hospitalares Utilizam Indicadores De Desempenho?	Vignochi et al, 2014	Revista de Administração de Empresas	Indicadores	Pesquisa qualitativa
21	Avaliação de intervenções de Gestão da Clínica na qualificação do cuidado e na oferta de leitos em um hospital público de grande porte	Anschau et al, 2017	Scientia Medica	Indicadores	Intervenção

Tabela 1- Características dos estudos da pesquisa bibliográfica

Fonte: elaborado pela autora, 2018.

A partir desse embasamento conceitual e análise de outros estudos já realizados sobre o tema, além da experiência prática desta autora na implantação das ferramentas aqui selecionadas em seu hospital de origem, foi elaborada uma descrição detalhada de como implantar os dispositivos de gestão assistencial selecionados para o modelo.

Portanto, a construção do modelo de gestão assistencial baseado nos quatro dispositivos utilizados nesta proposta de intervenção, foi baseada na ideia de indicar o passo a passo necessário para que a equipe assistencial, efetivamente, possa implantar as ferramentas indicadas e fazer o melhor uso possível das mesmas para a qualificação do trabalho assistencial, sendo que isso é demonstrado no capítulo seguinte, referente aos Resultados.

## 4 RESULTADOS

Como produto final desta dissertação, apresentamos um Modelo de Gestão Assistencial a ser implantado nos hospitais universitários da Rede Ebserh, que servirá como embrião ao desenvolvimento de uma assistência cada vez mais profissionalizada e qualificada, além de abrir caminho para a implantação de outras ferramentas de gestão da clínica, já que estas são a base para o início do processo.

Este Modelo de Gestão Assistencial é um guia constituído por uma descrição de cada uma das ferramentas propostas, de forma clara e objetiva, para que as equipes assistenciais dos hospitais tenham acesso às definições conceituais e, o mais importante, o passo a passo de como implantá-las. A grande maioria dos artigos e livros sobre gestão assistencial e as várias ferramentas disponíveis, discorre mais sobre as questões conceituais e relatos de casos. Com esse modelo, objetivamos levar à equipe assistencial, bem como à equipe de governança do mesmo, as etapas práticas para sua implantação, além das possíveis dificuldades que serão encontradas.

### 4.1 MODELO DE GESTÃO ASSISTENCIAL – EBSERH

Este Modelo de Gestão Assistencial tem como objetivo a qualificação da gestão dos Hospitais Universitários Federais da Rede Ebserh por meio da implantação de dispositivos de gestão hospitalar com escopo na área assistencial.

O modelo é baseado em parâmetros de referência acadêmicos e experiências exitosas, sendo que formatou-se o método de forma organizada, a fim de facilitar a implantação desses dispositivos de gestão na rede de Hospitais Universitários Federais.

O método que será apresentado ao longo desse modelo abrange uma série de preceitos da gestão integrada centrada no paciente e visa a melhoria gradual da gestão hospitalar nos âmbitos de serviços prestados, experiência de pacientes e eficiência na utilização de recursos, de modo a oferecer melhor campo de prática para o ensino, a pesquisa, a extensão e a inovação.

Para isso, serão tratadas aqui: a definição de premissas básicas e diretrizes para gestão hospitalar assistencial; o detalhamento dos dispositivos disponíveis para melhoria dessa gestão; os resultados esperados (Figura 13) com a aplicação desses dispositivos; e a maneira como eles podem ser monitorados através de indicadores.

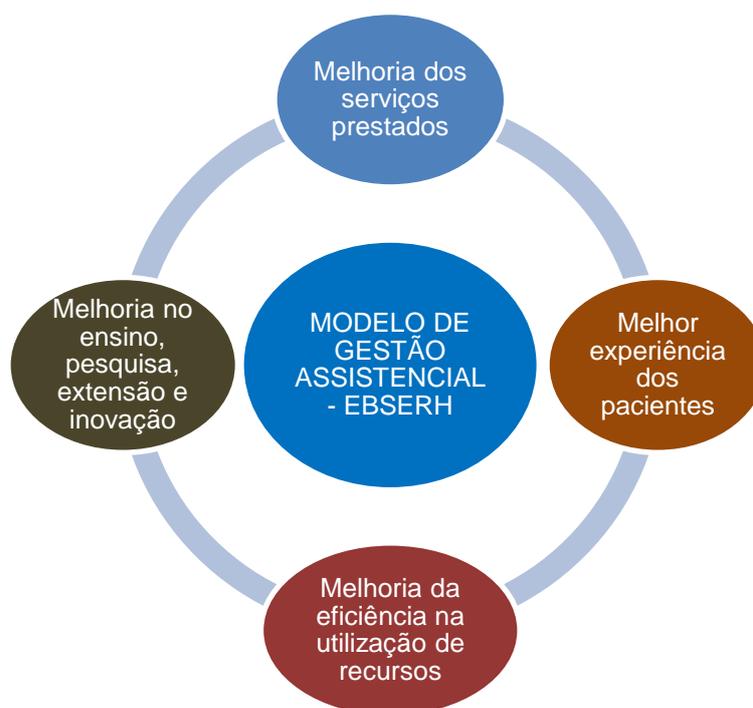


Figura 13 – Modelo de Gestão Assistencial – Resultados esperados

Fonte: elaborado pela autora, 2018.

#### 4.1.1 Premissas do modelo

O Modelo de Gestão Assistencial busca otimizar a gestão do cuidado, por meio de dispositivos que coloquem em prática o cuidado centrado no usuário. O amadurecimento de processo de gestão do cuidado passa pela implantação de dispositivos básicos que poderão ser complementados futuramente, de acordo com a melhoria observada e o amadurecimento da equipe na área de gestão.

No Modelo, relacionam-se objetivos com estratégias, metas e as devidas ações para alcançá-las. Para isso, ele se sustenta em dois pilares essenciais e indissociáveis que permeiam o dia a dia do hospital, buscando atingir a otimização de resultados de

resolutividade, experiência de pacientes e utilização de recursos. Estes pilares estão abaixo descritos:

- ✓ **PILAR DA GESTÃO HOSPITALAR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO À SAÚDE:** engloba todas as atividades de suporte para a oferta do cuidado no âmbito de atenção à saúde.
- ✓ **PILAR DA GESTÃO DA CLÍNICA:** Engloba todas as atividades vinculadas ao uso do conjunto de tecnologias de micro gestão com vistas a qualificar a prestação de assistência à saúde.

Por meio da mensuração dos resultados vinculados aos pilares citados, medidos por indicadores estabelecidos pela estratégia hospitalar, torna-se necessário o acompanhamento de dados e informações entendidos como pertinentes.

Com isso, pode-se avaliar o desempenho da gestão hospitalar vinculado às estratégias traçadas. Para isso, faz-se necessário o monitoramento de indicadores de desempenho com vistas a mensurar os resultados obtidos, indicando se as ações estão sendo executadas conforme o planejado, e subsidiando a definição das ações necessárias para o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

#### **4.1.2 Indicadores de desempenho**

Indicadores de desempenho tem como diretrizes a eficácia, a eficiência e a efetividade. Por meio da eficácia é possível mensurar se foi feito o que é preciso para o alcance do objetivo esperado, escolhendo os melhores meios e oferecendo o serviço adequado a realidade do contexto. A eficácia sintetiza o cálculo do resultado efetivo esperado para resolutividade. Como exemplo desta categoria, pode-se citar o número de consultas hospitalares e a taxa de mortalidade institucional. A eficiência mensura a capacidade do gestor de obter bons resultados utilizando a menor quantidade de recursos possíveis ou de fazer mais utilizando a mesma quantidade de recursos disponíveis, tais quais tempo, matéria-prima, infraestrutura e mão de obra. Como exemplo desta categoria, pode-se citar a taxa de ocupação de leitos e o índice de renovação de leitos. A efetividade, por fim, presume que as diretrizes anteriores

busquem atuar de maneira mútua, sempre almejando assertividade no desempenho desejado com uma execução que otimize os recursos para se chegar a esse resultado.

O Modelo de Gestão busca, como principal resultado, melhorar a assistência ao paciente de forma significativa e, para isso, é necessário que seja implementado a Gestão Integrada ou Compartilhada. Ele busca sistematizar a comunicação entre diversas áreas do hospital, objetivando o desdobramento de metas e resultados de forma transversal à organização, sendo ao mesmo tempo capaz de monitorar o andamento das mesmas e de atuar em sua melhoria contínua.

A gestão integrada proporciona uma visão unificada de todos os setores e aumenta a agilidade de identificação de problemas e incoerências, facilitando o processo de tomada de decisões para obtenção de resultados de maior valor estratégico (Figura 14).

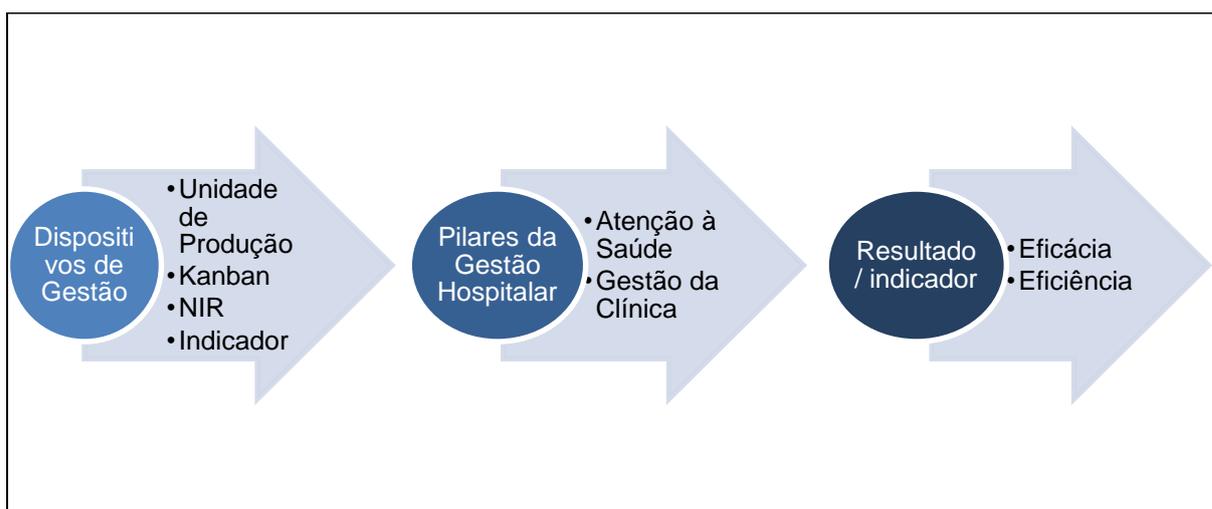


Figura 14 – Premissas do Modelo de Gestão Assistencial

Fonte: elaborado pela autora, 2018.

A partir dos pilares essenciais à assistência, concretizou-se o Modelo de Gestão Assistencial da Ebserh. Por meio dele, é possível segmentar claramente as responsabilidades associadas à prática do cuidado à saúde. Assim, definiu-se unidades individuais que se relacionam ao longo de todo o atendimento clínico hospitalar (Quadro 4).

Quadro 4 – Modelo de Gestão Assistencial

MODELO DE GESTÃO ASSISTENCIAL	PILAR DA ATENÇÃO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO À SAÚDE	PILAR DA GESTÃO DA CLÍNICA
RESPONSABILIDADES	•Trata de questões relacionadas às atividades de suporte à operação hospitalar, provendo sustentação ao pilar de gestão clínica nas interfaces com usuários.	•Trata de questões relacionadas às atividades de micro gestão da clínica, provendo uma interface contínua no cuidado provido ao paciente no decorrer de seu itinerário hospitalar.
EXEMPLOS	•Como exemplo do escopo englobado pela gestão hospitalar, pode-se citar: cogestão de colegiados multidisciplinares, regulação de acesso, gestão de metas contratualizadas, gestão de dados e informações, etc.	•Como exemplo do escopo englobado pela gestão clínica, pode-se citar: atenção humanizada, integralidade de cuidado, efetividade clínica, etc.

Fonte: elaborado pela autora, 2018.

Deve-se notar que, englobando esses pilares e superando as responsabilidades individuais, o Modelo de Gestão Assistencial constitui colegiados gestores multidisciplinares, que juntam profissionais de diferentes atuações, a fim de dar maior qualidade e capacidade de resolução de problemas aos processos decisórios do hospital. Isso permite que questões pequenas que poderiam gerar problemas substanciais para resolutividade sejam endereçadas no seu ponto de origem. Como exemplo, levando em conta um eventual problema de atraso de cirurgias: se cirurgias não começam dentro de seu prazo devido, isso poderia ser uma questão não relacionada a sala de cirurgia em si, e sim às demais atividades de suporte ao processo assistencial. É função de fóruns conjuntos facilitar a identificação de problemas dessa natureza.

Desta forma, uma vez que a pauta dessas reuniões colegiadas seja motivada por informações relevantes derivadas da coleta de indicadores de desempenho hospitalar e de situações práticas do cotidiano que precisam ser melhoradas, elas permitem que o hospital gere aprendizados relevantes para o dia a dia da Atenção à Saúde.

A coleta de indicadores, implantada pelos dispositivos da gestão hospitalar, gera informações relevantes relativas à própria instituição e à Rede de Atenção à Saúde em que o hospital se insere. Isso acontece conforme eles atuam na jornada de pacientes pela oferta de cuidado. A partir da consolidação do histórico desses indicadores e da identificação da recorrência de pontos críticos, possíveis através de análises gráficas e contextuais dos indicadores definidos, pode-se gerar soluções estruturantes para o hospital como um todo, que impactam diretamente na gestão e no cuidado, seja em termos de resolutividade ou de melhoria da experiência dos pacientes.

As soluções estruturantes, por sua vez, retroalimentam os pilares da gestão hospitalar. Assim que definidas ações corretivas para problemas identificados, elas ocasionam mudanças perenes no dia a dia assistencial, melhorando a jornada de novos pacientes. Desta forma, essas soluções alimentam todo o ciclo de dispositivos de forma transversal, garantindo resultados melhores e mais sustentáveis para o hospital.

A seguir, haverá o detalhamento do processo de implantação e as funcionalidades dos dispositivos previamente citados, permitindo que cada hospital tenha clareza de como montar seu próprio conjunto de dispositivos de gestão hospitalar e entendendo como e quando acessá-los a fim de aumentar sua capacidade de entregar melhores níveis de assistência para seus pacientes.

#### **4.1.3 Implantação do modelo**

O Modelo de Gestão Assistencial está ancorado em dois eixos estruturantes. O primeiro tem como objetivo implantar uma gestão colegiada, democrática e compartilhada – o método da Cogestão, por meio da implantação das Unidades de Produção Assistenciais. O segundo eixo terá como ênfase o gerenciamento clínico,

ao otimizar a gestão do cuidado por meio da utilização de dispositivos de gestão hospitalar, colocando o paciente como finalidade central do cuidado.

O Modelo de Gestão ora proposto (Figura 15), será apresentado e estruturado inicialmente com a implantação ou fortalecimento do Núcleo Interno de Regulação (NIR), com a implementação da sistemática do Kanban, com a identificação e implantação das Unidades de Produção Assistenciais e com a criação de um Painel de Indicadores comum a todos os HUF.

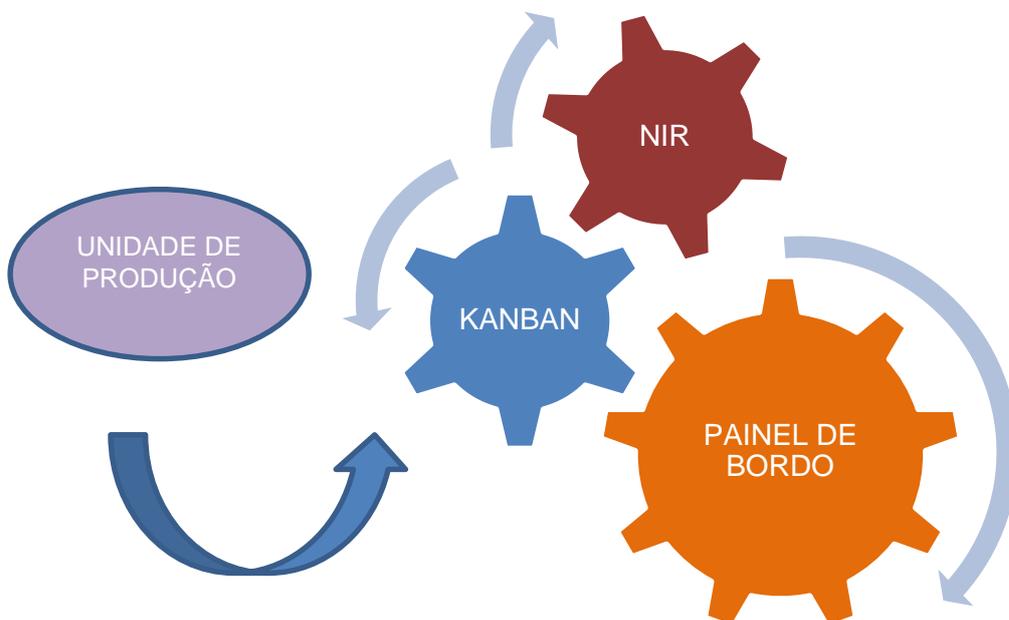


Figura 15 – Dispositivos do Modelo de Gestão Assistencial

Fonte: elaborado pela autora, 2018.

#### 4.1.4 Equipe de referência para o modelo

A formação de uma Equipe de Referência para a gestão e operacionalização do Modelo, é fundamental para sua concretização na realidade dos hospitais. Ela se constitui como uma instância colegiada deliberativa composta por atores estratégicos, indicados pela Gerência de Atenção à Saúde do HU e tem as seguintes responsabilidades:

- ✓ Elaborar, acompanhar e monitorar o plano de ação de implementação de dispositivos;
- ✓ Apoiar as equipes assistenciais e administrativas na incorporação e aplicação dos dispositivos envolvidos no Modelo de Gestão;
- ✓ Gerar engajamento sobre a implementação do Modelo por meio da definição de periodicidade de reuniões, registro de atas e divulgação de informações;

Com a Equipe de Referência para o Modelo formalizada e divulgada, iniciam-se os trabalhos relativos à implementação do Modelo de forma qualificada. Além disso, passa também a ser papel da equipe engajar os colaboradores na implantação dos dispositivos, sistematizando e institucionalizando as atividades desdobradas dos mesmos, garantindo que o Modelo de Gestão Assistencial consiga atingir seus objetivos.

A seguir, serão apresentados detalhadamente cada um dos quatro dispositivos que fazem parte do Modelo de Gestão Assistencial.

## 4.2 UNIDADES DE PRODUÇÃO

### 4.2.1 Definição

É um agrupamento de serviços e/ou unidades dentro de um mesmo espaço de gestão, segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade. As Unidades de Produção (UP) são caracterizadas por serem interdisciplinares e multiprofissionais, constituídas por uma equipe com perfis pessoais e técnicos adequados para as atividades das mesmas. Elas quebram paradigmas de hierarquia, horizontalizando a gestão por meio de um rearranjo institucional visando a cogestão.

### **4.2.2 Funções**

- Organizar o processo de trabalho, motivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a resolução de problemas e conflitos;
- Ampliar o fluxo comunicativo e a deliberação horizontal nos hospitais;
- Elaborar o Planejamento da Unidade de Produção;
- Identificar as necessidades de Educação Permanente/Continuada;
- Compartilhar as informações e ações desenvolvidas nas reuniões semanais e no colegiado ampliado.

### **4.2.3 Equipe responsável**

- Coordenador eleito;
- Chefe da Unidade definido pela Governança;
- Um representante de cada categoria profissional do Serviço/Unidade.

### **4.2.4 Resultados esperados**

- Melhoria no fluxo comunicativo e comunicação horizontal entre os profissionais;
- Maior efetividade na resolução de problemas e conflitos com dimensões plurais;
- Maior organização do processo de trabalho e geração de transformações nas práticas diárias;
- Mais motivação e integração da equipe multiprofissional.

No Quadro 2 estão exemplificados os tipos de Unidades de Produção que poderão ser implantadas no hospital.

Quadro 2 - Tipos e Exemplos de Unidades de Produção

TIPOS	EXEMPLOS
Assistencial ou finalística	UP centro cirúrgico UP clínica médica UP UTI adulto UP Materno-infantil UP urgência e emergência
Apoio técnico	UP laboratório UP diagnóstico por imagem UP farmácia UP nutrição
Apoio administrativo	UP compras e licitações UP almoxarifado UP orçamento e finanças UP tecnologia da informação

Fonte: elaborado pela autora, 2018.

#### 4.2.5 Passo a passo para implantação das unidades de produção assistenciais (finalísticas) e de apoio técnico

- A Equipe de Referência para a implantação do Modelo no HUF deve assumir a responsabilidade de implantar as Unidades de Produção em reuniões individuais;
- Nessas reuniões, devem participar o Chefe da Unidade (membro nato) e um representante de cada categoria profissional envolvida com a produção da Unidade.  
**Exemplo:** Unidade de Produção da UTI – participam Chefe da Unidade, representante dos médicos plantonistas, dos residentes, da enfermagem, dos técnicos de enfermagem, dos fisioterapeutas, dos farmacêuticos, da área administrativa e de outras categorias profissionais envolvidas;
- Cada Unidade de Produção, depois de instalada, deve eleger um coordenador, que pode ser o próprio Chefe da Unidade ou outro membro, para que possa conduzir as reuniões da UP;
- Cada categoria profissional que trabalha na UP deve eleger um representante que irá participar das reuniões semanais;
- Cada UP deve montar o seu Painel de Bordo com os indicadores escolhidos pela equipe para que possam monitorar o desempenho de sua Unidade, tais como: Tempo de Permanência, Taxa de Mortalidade, Taxa de Infecção, Taxa de ocupação e outros indicadores específicos de cada Unidade.

- As Unidades de Produção devem se reunir semanalmente para discutir seus fluxos e processos e analisar o seu Painel de Bordo. As reuniões devem ser objetivas, ter pauta previamente definida e ter duração de uma a duas horas no máximo.
- O Coordenador do colegiado da UP deverá participar da reunião mensal do Colegiado Ampliado do hospital.

O detalhamento da implantação das Unidades de Produção pode ser observado na Figura 16.

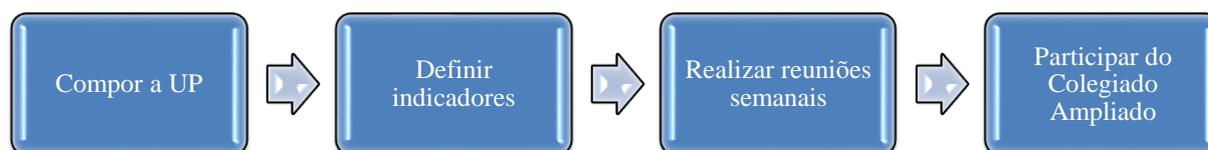


Figura 16 – Detalhamento da Implantação da UP

Fonte: elaborado pela autora, 2018.

#### 4.2.6 Reunião do colegiado ampliado das unidades de produção

- É uma reunião entre a Governança e todas as Unidades de Produção Assistenciais e de Apoio Técnico, a ser realizada **mensalmente**;
- O Kanban das Unidades de Internação é um **disparador** para as reuniões, nas quais poderão ser discutidos vários aspectos da gestão hospitalar no Colegiado Ampliado do HUF, entre eles, a assistência (fluxos, protocolos, indicadores, etc.), os equipamentos, as compras/licitações, os contratos, a cadeia de suprimentos, o orçamento e as finanças.
- A participação da Governança (Superintendente, Gerentes, Chefes de Divisão e de Setores) tem fundamental importância na reunião do Colegiado Ampliado. Recomenda-se no máximo dois representantes de cada colegiado das UP.

#### 4.2.7 Atribuições das unidades de produção: assuntos a serem discutidos nas reuniões

- Identificação dos produtos gerados na Unidade de Produção;
- Gestão da relação das UP no hospital (identificar pontos críticos da cadeia de relações; promover comunicação lateral com outras UPs);
- Vigilância da ocupação e da permanência (uso do KANBAN);
- Gestão de pessoal (verificar necessidade de educação permanente/continuada; processo de avaliação de desempenho);
- Gestão de materiais (principais insumos; fornecedores internos; padronizações; controle de gastos; controle de estoque);
- Gestão de processos (normas técnicas e rotinas; padronização da informação);
- Avaliação dos resultados da UP através da análise dos Indicadores, com exposição dos mesmos (Gestão à Vista) em local visível a toda a equipe, pacientes e familiares.

Em termos práticos, as UPs se configuram como reuniões periódicas com participação de várias categorias profissionais incumbidas de uma mesma entrega assistencial, sendo responsável por gerir atividades e indicadores clínicos e administrativos de desempenho relacionados à unidade de serviço de forma autônoma, descentralizada, horizontalizada, visando à transformação das práticas assistenciais e de gestão. Um exemplo de um primeiro mês de implementação da UP está descrito abaixo (Figura 17):

SEMANA 01	SEMANA 02	SEMANA 03	SEMANA 04
<p>• <b>PARTICIPANTES:</b> Coordenador, membros multiprofissionais e chefe nato</p> <p><b>PAUTAS:</b> Definição de regramento da Unidade de Produção; eleição de coordenador da UP</p>	<p>• <b>PARTICIPANTES:</b> Coordenador, membros multiprofissionais e chefe nato</p> <p>• <b>PAUTAS:</b> Definição de indicadores de produção assistencial da UP e demais indicadores de acompanhamento da unidade</p>	<p>• <b>PARTICIPANTES:</b> Coordenador, membros multiprofissionais e chefe nato</p> <p>• <b>PAUTAS:</b> Ocupação e permanência (KANBAN); Produtos gerados da UP; Avaliação dos resultados e indicadores; Identificação da relação da UP com clientes e fornecedores; Gestão de pessoal; Gestão de materiais; Gestão de processos; Vigilância do cuidado; entres outras</p>	<p>• <b>PARTICIPANTES:</b> Coordenador e chefe nato de todas as UPs</p> <p>• <b>PAUTAS :</b> Indicadores das UPs; problemáticas advindas de disparadores; pauta críticas identificadas na reuniões de UPs ao longo do mês</p>

Figura 17 - Visão Prática da Unidade de Produção (UP)

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

## 4.3 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

### 4.3.1 Definição

O Núcleo Interno de Regulação é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Dessa forma, é possível ofertar a assistência mais adequada a cada paciente. Para isso, ele atua na disponibilização de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e leitos de internação. O NIR segue critérios pré-estabelecidos para o atendimento de pacientes e tem relações intra-hospitalares (para casos de disponibilidade no próprio hospital) e extra hospitalares para casos externos, envolvendo o contra-referenciamento de pacientes internados.

### 4.3.2 Funções

- Realizar a gestão de oferta de leitos, consultas, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, além de cirurgias;
- Apoiar a gestão do cuidado assistencial por intermédio de ações que buscam ordenar e facilitar o acesso às ações e serviços definidos pela clínica.

### 4.3.3 Equipe responsável

- Um médico no período da manhã de segunda a sexta feira;
- Um médico para o período da tarde de segunda a sexta feira;
- Um enfermeiro em todos os períodos, inclusive à noite e nos fins de semana;
- Um assistente administrativo em horário comercial.

#### **4.3.4 Resultados esperados**

- Centralização do trabalho da regulação no nível institucional e fornecimento de subsídios para adequado gerenciamento de leitos;
- Disponibilização da situação dos leitos hospitalares em tempo real;
- Acompanhamento contínuo da elaboração de relatórios de indicadores gerenciais envolvendo a regulação do acesso hospitalar.

#### **4.3.5 Atribuições**

- Atuar como interface entre as Centrais de Regulação (CR) e as unidades de saúde;
- Disponibilizar a situação dos leitos hospitalares sob regulação em tempo real para as CR, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- Centralizar o trabalho da regulação no nível institucional;
- Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;
- Fornecer subsídios para a Direção Assistencial para o adequado gerenciamento dos leitos;
- Sinalizar para a Direção e para as CR as contingências locais que possam comprometer a regulação;
- Acompanhar indicadores gerenciais;
- Monitorar motivos de retardo na ocupação e desocupação de leitos;
- Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;
- Avaliar resultados e buscar melhorias.

Na Figura 18 pode ser observado de forma esquemática, as etapas da implementação do Núcleo Interno de Regulação.

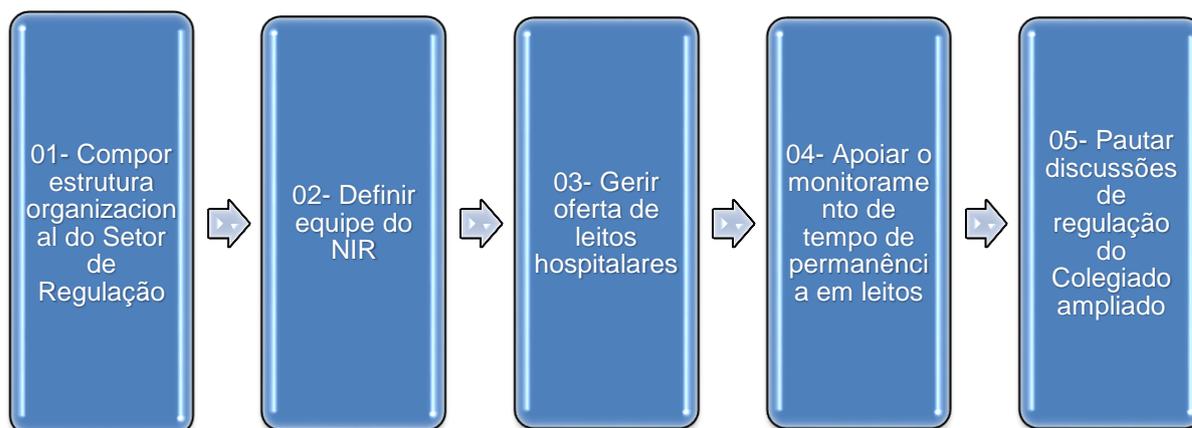


Figura 18 - Implementação do NIR

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

#### 4.3.6 Passo a passo para a implantação do NIR

- ✓ Compor estrutura organizacional do Setor de Regulação: O Setor de regulação e avaliação em Saúde deve integrar suas ações para que o profissional certo esteja disponível no momento certo com equipamentos e tratamentos adequados às necessidades do paciente. Esse setor pode ser composto pela Unidade de Monitoramento e avaliação (UMA), pela Unidade de Processamento da Informação Assistencial (UPIA) e pela Unidade de Regulação Assistencial (URA) ou Núcleo Interno de Regulação (NIR). O NIR deve compor a primeira dimensão desse Setor, realizando a gestão da oferta intra-hospitalar e a relação com a Rede de Atenção à Saúde;
- ✓ Definir equipe do NIR: Com a estrutura do NIR formalmente determinada, torna-se necessário definir os responsáveis pela gestão da oferta de leitos hospitalares conforme a composição mínima da equipe;
- ✓ Gerir oferta de leitos hospitalares: O gerenciamento dos leitos deve ser adaptado de acordo com os protocolos, considerando a necessidade de cada paciente e gerenciando de forma contínua a capacidade instalada de cada unidade para cada perfil assistencial;
- ✓ Apoiar o monitoramento do Tempo de Permanência de Leitos: O NIR deve apoiar a implantação do Kanban, garantindo que os insumos necessários

para o funcionamento do dispositivo estejam de acordo com a realidade de cada Unidade de Internação. A partir da implementação do monitoramento do tempo de permanência de leitos do hospital, a gestão da oferta de cuidado, direcionada pelo NIR, deve ter acesso às informações advindas do Kanban, e deve ser insumo para atualização de leitos;

- ✓ Pautar discussões de regulação no Colegiado ampliado: A partir disso, passa a ser rotineiro a identificação de questões relevantes vinculadas à oferta interna do cuidado e ao contra-referenciamento externo, que devem ser levadas ao Colegiado Ampliado sempre que pertinente.

#### **4.3.7 Interação do NIR com os outros dispositivos do modelo de gestão**

O NIR/URA apoia, juntamente com a Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e Divisões, reuniões **mensais** com todos os coordenadores das Unidades de Produção e Linhas de Cuidado do hospital. Denomina-se esse fórum **Colegiado Ampliado das Unidades de Produção** do HUF.

A partir da análise do Kanban das Unidades de Produção Assistenciais (internação), devidamente alimentado diariamente pela equipe de enfermagem, os integrantes desse Colegiado Ampliado poderão conhecer a realidade do HUF, não só por meio de análise de casos clínicos como também, por meio da análise das causas do Kanban vermelho (longa permanência), que pode ocorrer por problemas ou entraves extra clínicos, como falta de órtese/prótese, quebra de equipamento para exame, dentre outras.

O NIR poderá promover metodologia de acompanhamento do Kanban das diversas unidades de forma geral (**Mapa de Leitos**).

O NIR irá identificar os casos clínicos relevantes para os processos de gestão junto às Unidades de Internação, que possuam Kanban vermelho, para compor a pauta do Colegiado Ampliado (**disparador**);

Portanto, a implantação do Núcleo Interno de Regulação no hospital, permitirá o gerenciamento da disponibilidade de leitos, fornecendo essas informações para as equipes internas do hospital e para a Central de Regulação do município, além de subsidiar a elaboração e acompanhamento de indicadores gerenciais de regulação assistencial (Figura 19).



Figura 19 - Visão Geral da Implantação do NIR

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

## 4.4 KANBAN

### 4.4.1 Definição

Kanban é um termo de origem japonesa e significa literalmente “cartão, anotação visível, sinal, símbolo ou painel. No âmbito hospitalar, é uma ferramenta básica de gestão que indica e monitora o tempo de permanência em leito dos pacientes internados. É uma forma de controle visual físico ou eletrônico, caracterizado por cores.

### 4.4.2 Funções

- ✓ Quantificar e sinalizar o tempo de permanência dos pacientes nas Unidades de Internação, podendo ser estendidos para os Serviços de Urgência e Emergência;
- ✓ Diagnosticar, monitorar e avaliar os motivos de aumento de permanência dos pacientes nas Unidades de Internação e nos Serviços de Urgência e emergência;
- ✓ Promover a integração e a disseminação das informações para as equipes assistenciais de forma simples e objetiva.
- ✓ Configurar-se como um DISPARADOR para aprimorar a gestão hospitalar e a gestão da clínica. Um Kanban vermelho de causa clínica pode deflagrar um Projeto Terapêutico Singular (PTS), por exemplo. Da mesma forma, se a longa permanência for de causa não médica (falta de um medicamento, quebra de

um equipamento, espera de leito de UTI para o pós-operatório), sua análise favorecerá a busca de soluções para os eventuais problemas que provocaram o Kanban vermelho.

Na Figura 20 podemos observar um exemplo esquemático de um painel de Kanban numa enfermaria de internação clínica.

CLÍNICA MÉDICA					
Leito	Nome do Paciente	Idade	CID	Dias de Internação (Permanência)	Situação Kanban
C1 - A	M.M.T	68	K 720	14 DIAS	
C1 - B	M.A.F	72	I 509	06 DIAS	
C1 - C	C.A.G	26	O 479	04 DIAS	
C1 - D	M.L.S	69	S 068	02 DIAS	
C2 - A	M.L	85	I 214	15 DIAS	
C2 - B	O.L.C	46	C 80	47 DIAS	
C2 - C	E.S	31	E 148	04 DIAS	
C2 - D	P.F.C	57	N 10	03 DIAS	
C3 - A	R.O.A.A	33	J 371	01 DIA	
C3 - B	A.J.R	67	I 64	35 DIAS	

LEGENDA:  Tempo aceitável  
 Tempo limite  
 Tempo ultrapassado

Figura 20 – Exemplo de Kanban

Fonte: NEGRI e CAMPOS, disponível em <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2012.pdf>

#### 4.4.3 Passo a passo para implantar o Kanban

- ✓ A GAS definirá o **Grupo Condutor** para implantação do Kanban com definição de responsável;
- ✓ Esse **Grupo Condutor** da GAS deverá convocar para reuniões os membros de cada Unidade de Internação do hospital (uma equipe de cada vez);
- ✓ Nessas reuniões, o **Grupo Condutor** irá apresentar a ferramenta Kanban de forma que a equipe de cada Unidade de Internação incorpore totalmente

seus conceitos e valores, assim como a importância de sua implantação para a gestão da clínica do hospital;

- ✓ Cada Unidade de Internação deverá definir internamente os parâmetros do seu Kanban, isto é, quantos dias de internação corresponderão ao Kanban verde, amarelo e vermelho, respectivamente. Sugerimos que seja respeitada a realidade atual do HUF, mas buscando evidências científicas que servirão de parâmetros a serem atingidos (MASSARO & MASSARO, 2017). Existem referências do Kanban “ideal”. Entretanto, sugere-se que seja realizado um levantamento das internações dos últimos 6 meses, a fim de se identificar o perfil epidemiológico dos pacientes;
- ✓ Considerando que as Unidades de Produção Assistenciais devem se reunir semanalmente para analisar seu desempenho, fluxos e processos, deverão também analisar seu Kanban, a fim de estabelecerem metas para aumentar a eficácia e a eficiência do tratamento e, com isso, **reduzir** o tempo de permanência dos pacientes internados na Unidade;
- ✓ Quando o Kanban for apresentado nas reuniões do Colegiado Ampliado, esse poderá ser o DISPARADOR de discussões, análises e formulação de intervenções que irão otimizar a gestão da clínica, como também, a gestão hospitalar como um todo (cadeia de suprimentos, central de equipamentos, fluxos e processos, dentre outros);
- ✓ O Kanban deverá ser alimentado diariamente, uma ou duas vezes por dia, preferencialmente pelo enfermeiro da Unidade ou por outro membro da equipe escolhido pelo grupo. Manter o Kanban em dia tem fundamental importância para viabilizar o trabalho do NIR/URA;
- ✓ O **Grupo Condutor** da GAS deverá conduzir a implantação do Kanban em todas as Unidades de Internação do HUF no menor tempo possível.

Na Figura 21, o detalhamento da implantação do Kanban está descrito de forma esquemática.

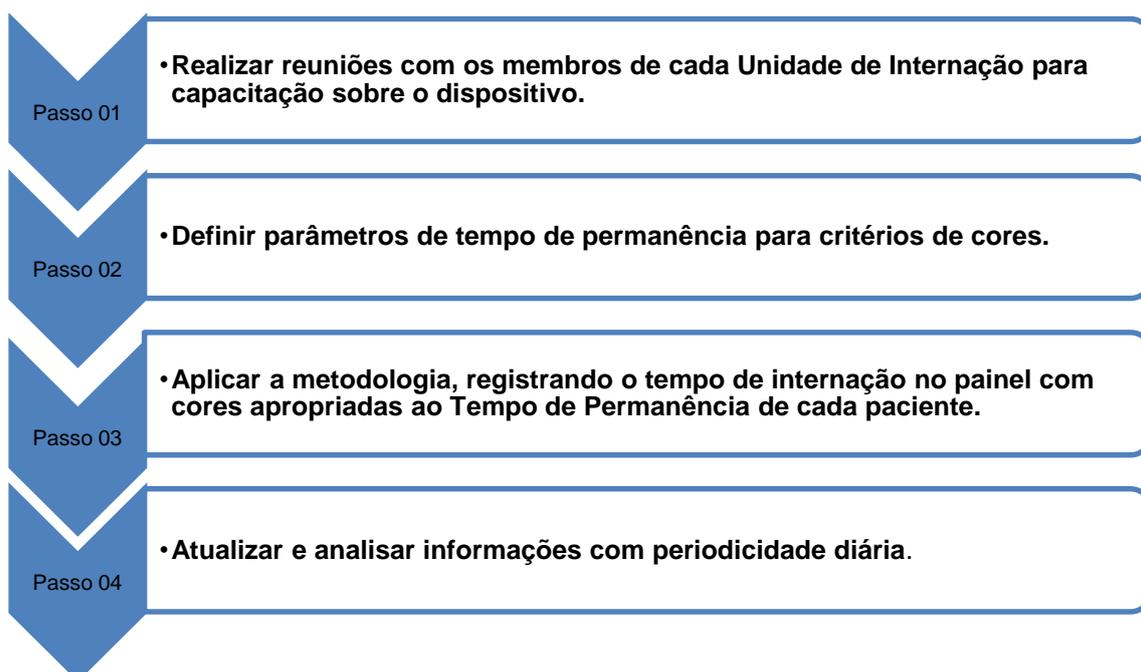


Figura 21 - Detalhamento da Implantação do Kanban

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

#### 4.4.4 Resultados esperados

- ✓ Promover o controle do tempo de permanência no leito de cada paciente em todas as Unidades de Internação e nos Serviços de Urgência e Emergência;
- ✓ Ter uma visão global dos pacientes da Unidade por todos os membros da equipe multiprofissional;
- ✓ Melhorar o fluxo dos pacientes nas Unidades de Internação e nos Serviços de Urgência e Emergência;
- ✓ Melhorar a gestão da clínica e fortalecer a cogestão no hospital.
- ✓ Diminuição de gastos financeiros vinculados a custos de internação.

De forma esquemática, a Figura 22 ilustra uma visão geral da implantação do Kanban, com seus passos principais.

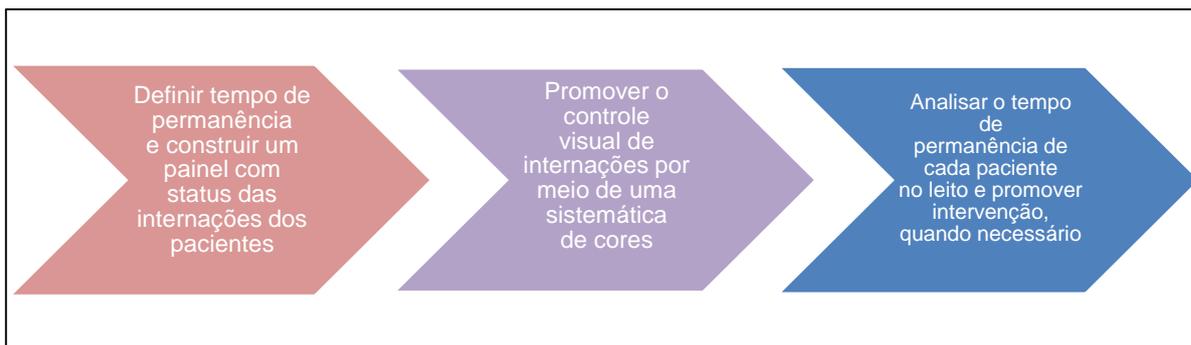


Figura 22 - Visão Geral da Implantação do Kanban

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

## 4.5 PAINEL DE BORDO

### 4.5.1 Definição

É uma ferramenta visual que consolida um conjunto de indicadores previamente selecionados de forma colegiada que visam demonstrar o desempenho geral do hospital no âmbito da Atenção Hospitalar. Eles tem acompanhamento periódico mensal e servem de pauta para discussões de cunho estratégico e operacional.

### 4.5.2 Objetivos da implantação do painel de bordo

- ✓ Apresentar de forma detalhada, por meio de indicadores, os resultados dos processos realizados dentro da instituição, possibilitando análise crítica e ações de melhoria;
- ✓ Servir como ferramenta de controle, buscando identificar a curto, médio e longo prazo as tendências favoráveis e desfavoráveis de cada Unidade de Produção;
- ✓ Promover a integração e a disseminação das informações para as equipes assistenciais de forma simples e objetiva, possibilitando a troca de informações e comunicação entre todas as Unidades do Hospital;

- ✓ Medir o desempenho da Organização.

#### **4.5.3 Passo a passo para implantar o painel de bordo**

- ✓ Todas as Unidades de Produção deverão utilizar o PAINEL DE BORDO;
- ✓ Deverão ser definidos os responsáveis dos HUF pelo preenchimento e acompanhamento dos indicadores que irão compor o Painel de Bordo do HUF (composto pelos 16 indicadores);
- ✓ Deverão ser definidos os responsáveis pelo preenchimento e acompanhamento dos indicadores específicos de cada unidade de produção;
- ✓ Os dados deverão ser disponibilizados pelas Unidades de Produção até o dia 10 (dez) de cada mês, para alimentação das planilhas e atualização do Painel de Bordo;
- ✓ A área responsável pela alimentação do Painel de Bordo Geral do HUF deverá inserir os dados no sistema até o 15º dia de cada mês subsequente;
- ✓ Cada Unidade de Produção também terá seu "Painel de Bordo", que contará com indicadores diferenciados daqueles apontados no Painel Geral do hospital;
- ✓ Caberá as Unidades de Produção definir os seus indicadores específicos, de acordo com o seu perfil assistencial;
- ✓ As Unidades de Produção deverão fazer reuniões mensais com o intuito de discutir os Indicadores contidos no Painel de Bordo e traçar planos de ação de acordo com os problemas evidenciados;
- ✓ O Painel será exposto em lugares estratégicos do hospital, com fácil acesso e boa visibilidade. Sua instalação possibilitará a análise e discussão dos resultados pela gestão do hospital e colegiados das Unidades de Produção, buscando o envolvimento de toda equipe (Gestão à Vista).

Na Figura 23, é possível observar de forma esquemática o detalhamento da implantação do painel de indicadores.

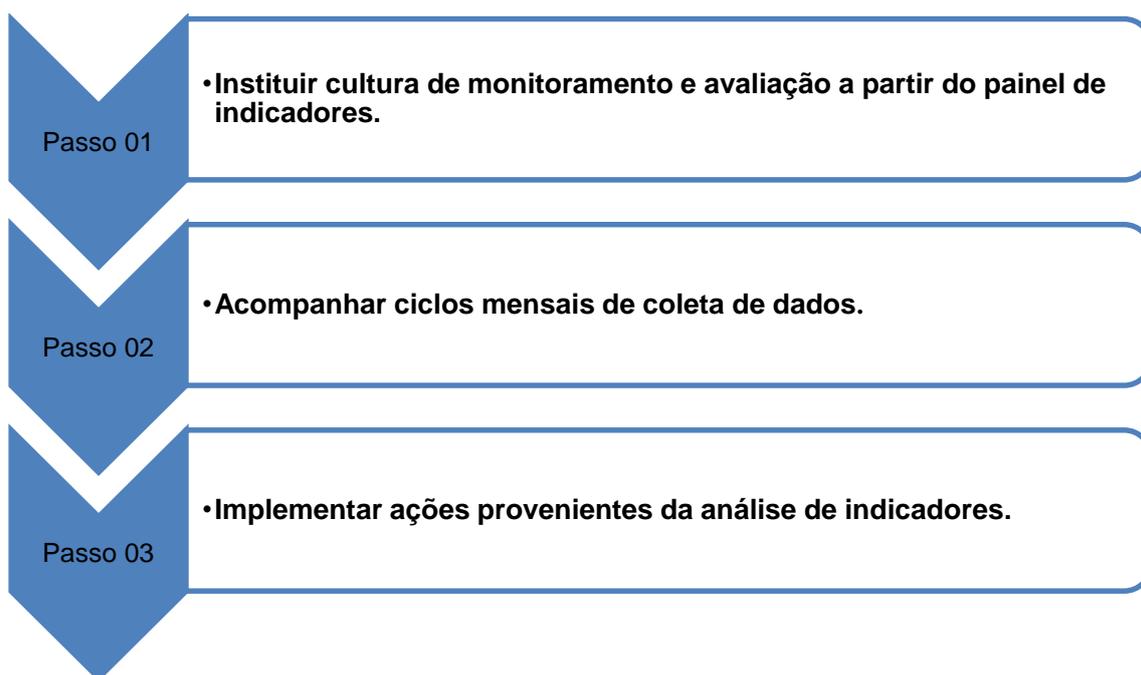


Figura 23 - Detalhamento da Implantação do Painel de Indicadores

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

#### 4.5.4 Resultados esperados

- ✓ Melhorar a gestão da clínica e fortalecer a cogestão no hospital;
- ✓ Promover análise crítica dos indicadores, subsidiando a tomada de decisão;
- ✓ Propiciar uma visão global dos pacientes e da unidade por todos os membros da equipe multiprofissional.

#### 4.5.5 Relação dos indicadores do painel de bordo geral

O Painel de Bordo Geral será composto pelos seguintes indicadores (fichas no Apêndice):

1. Taxa de Ocupação Hospitalar;
2. Tempo Médio de Permanência Hospitalar;
3. Tempo Médio de Permanência – Leitos Clínicos;
4. Tempo Médio de Permanência – Leitos Cirúrgicos;

5. Número de Consultas/ Mês;
6. Número de Cirurgias/ Mês;
7. Número de Exames de Diagnóstico por Imagem;
8. Taxa de Cesarianas;
9. Índice de Renovação/ Giro de Rotatividade;
10. Taxa de Mortalidade Institucional;
11. Taxa de Desempenho da Produção Assistencial de Média Complexidade Contratualizada com o Gestor do SUS;
12. Taxa de Desempenho da Produção Assistencial de Alta Complexidade Contratualizada com o Gestor do SUS;
13. Taxa de Desempenho da Produção Assistencial de Alta Complexidade e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) Contratualizada com o Gestor do SUS;
14. Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Pacientes Internados em Unidades de Terapia Intensiva;
15. Densidade de Incidência de Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter Vesical de Demora em Pacientes Internados em Unidades de Terapia Intensiva;
16. Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL) com confirmação microbiológica, em pacientes em uso de cateter venoso central, internados em Unidades de Terapia Intensiva.

#### **4.5.6 Recomendações**

- ✓ Haverá um Painel de Bordo Geral de cada um dos HUF;
- ✓ Haverá um Painel de Bordo (específico) de cada Unidade de Produção do HUF que ficará disponível para visualização da GAS e das UP;
- ✓ As fichas dos indicadores que comporão o Painel de Bordo Geral serão disponibilizadas (apêndice) e cada HUF deverá utilizá-las para preenchimento do Painel;
- ✓ Enquanto o Painel de Bordo (específico) de cada Unidade de Produção não estiver disponível, esta deverá utilizar planilhas para registro de seus indicadores;

- ✓ A partir do acompanhamento dos indicadores, a equipe poderá construir gráficos para melhor visualização dos resultados, como observado na Figura 24.

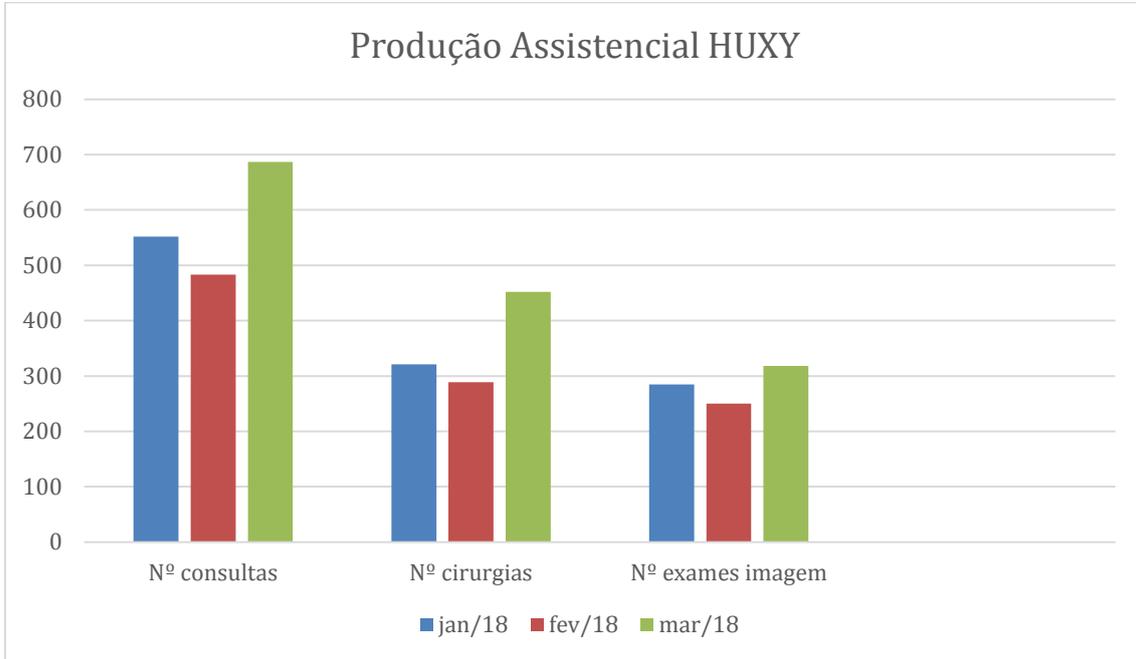


Figura 24 - Modelo de Gráfico Criado com os Indicadores

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Dessa forma, o hospital cria uma cultura de análise dos seus resultados, estabelecendo uma visão crítica, objetivando uma assistência de qualidade. Na Figura 25 podemos observar a implantação do Painel de Bordo de uma maneira geral.



Figura 25 - Visão Geral da Implantação do Painel de Bordo

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Na sequência serão apresentadas as considerações finais deste estudo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todas as dificuldades atuais do sistema público de saúde no Brasil, é necessário que se inove na forma de gerir os hospitais públicos, não só na parte administrativa propriamente dita, mas na parte assistencial também, unindo a clínica com a gestão.

Uma forma de conseguirmos inovar na área assistencial dos hospitais é modificar os processos de trabalho da equipe envolvida no atendimento ao paciente, utilizando-se dispositivos e ferramentas já descritos na literatura.

Na pesquisa bibliográfica, pudemos demonstrar que, através da cogestão, é possível assegurar o cumprimento do objetivo primário de cada organização - produzir saúde, educar, etc.; e ao mesmo tempo, permitir e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, conseqüentemente, de realização profissional e pessoal. A partir do momento que o colaborador faz parte do processo de discussão, elaboração de um plano de trabalho, implantação e avaliação dos resultados, ele se sentirá efetivamente fazendo parte da instituição, tornando-se mais motivado e corresponsável pelas mudanças implantadas.

Por outro lado, a utilização de dispositivos de gestão por parte da equipe assistencial do hospital, que sempre se manteve à parte das questões gerenciais, torna seu trabalho mais visível e valorizado. Os colaboradores passam a perceber como o seu trabalho está sendo desenvolvido, sua eficiência, eficácia e se, realmente, está fazendo diferença na assistência ao paciente. A Gestão da Clínica aproxima áreas técnicas assistenciais às áreas estratégico-gerenciais, fortalecendo dessa maneira o próprio processo de gestão que busca a qualidade institucional. Portanto, a implantação de dispositivos básicos de gestão nos hospitais, como o Kanban, Núcleo Interno de Regulação e avaliação de indicadores, permeados pela cogestão, garante o início da qualificação da assistência e amadurecimento da equipe para a implantação de outras ferramentas complementares.

Entretanto, para que esses resultados efetivamente sejam alcançados, é recomendado que a alta governança do hospital se envolva nesse processo, garantindo o apoio institucional, imprescindível em situações de mudança de cultura que interfiram diretamente no dia a dia de trabalho da equipe assistencial.

A limitação para o sucesso na implantação deste Modelo de Gestão Assistencial está na capacidade da equipe que irá conduzir as mudanças, de mobilizar os colaboradores que serão diretamente afetados na sua rotina. As mudanças afetam os processos de trabalho das equipes e, praticamente, não há custo financeiro ou necessidade de uma infraestrutura diferenciada.

Após a implantação deste Modelo de Gestão Assistencial nos hospitais universitários da Ebserh, é necessário um monitoramento para avaliar o grau de implantação dos dispositivos propostos e dos resultados obtidos, confirmando ou não a hipótese de melhoria da qualificação da assistência com essa proposta de intervenção.

Por fim, concluímos que a implementação de um Modelo de Gestão Assistencial para os hospitais universitários da Rede Ebserh, baseado na cogestão e em dispositivos básicos de gestão assistencial, poderá proporcionar uma qualificação da assistência baseada em inovação e evidência científica, trazendo qualidade e eficiência, principalmente em situação de restrição financeira que o Sistema Único de Saúde vem enfrentando a tanto tempo, além de proporcionar uma posição de destaque entre os hospitais públicos brasileiros.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR-ESCOBAR, V. G.; BOURQUE, S.; GODINO-GALLEGO, N. Hospital kanban system implementation: Evaluating satisfaction of nursing personnel. **Investigaciones Europeas de Direccion y Economia de la Empresa**, v. 21, n. 3, p. 101–110, 2015.

AMARAL, MA. O Método Apoio como Instrumento de Mudança no Hospital Público. 2012. 260 F. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2012.

ANDRADE, MM. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 6.Ed. São Paulo: Atlas, 2004.

ANSCHAU, F et al: Avaliação de intervenções de Gestão da Clínica na qualificação do cuidado e na oferta de leitos em um hospital público de grande porte. **Scientia Medica**. 2017;27(2):ID26575.

AZEVEDO, CS et al. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS, **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6):1991-2002, 2017.

BARROS, RT. Modelos de gestão na administração pública brasileira: reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. **Revista dos Mestrados Profissionais**, Recife, n.1, v.2, p. 252-280, jan-jun 2013.

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciênc.saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 861–870, 2007.

BERNARDES, A. et al. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1003–1010, 2011.

BERNARDES, A. et al. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público 1. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 6, 2012.

BITTAR, OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Rev. adm. saúde**, v. 6, n. 22, p. 15-18, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização [relatório]**. Brasília (DF): MS; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão de todas as esferas do SUS**. Brasil: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. **Organiza o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do Sistema**

**Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 out. 2011. Seção 1, p.79-82.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para organização do componente da rede de atenção à saúde (RAS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014.

CALDAS, BN. O papel do dirigente hospitalar: a percepção dos diretores de hospitais universitários vinculados às instituições federais do ensino superior. 1995. 141 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2008.

CAMPOS, GWS. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, 1998.

CAMPOS, GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3033-3040, 2011.

CECÍLIO, LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):315-329, 1999.

DALLORA, M.E.L.; FORTERS, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, n.41, v.2, p. 135-142, 2008.

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, disponível em: <http://EBSERH.mec.gov.br/hospitais-universitarios/rede-federal>

HEISLER, PA. Aplicação da Metodologia Kanban como ferramenta adaptada para gestão de leitos na emergência [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

LAKATOS, EM; MARCONI, MA. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2001.

LAMPERT, JB et al. Hospitais de ensino: a trama da crise. **Revista brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, n.37, v.2, p.155-156, 2013.

MACHADO, JP et al. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, 2013.

MASSARO, IAC; MASSARO, A. O uso do KANBAN na gestão do cuidado: superando limites. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17(66), jan-mar, 2017

MASSUDA, A.; CAMPOS, GWS . El método de soporte Paideia en el hospital: la experiencia del Hospital de Clínicas de la Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp). **Salud colectiva**, v. 6, n. 2, p. 163–180, 2010.

MATTOS, CM. Aplicação da ferramenta Kanban no processo de internação de uma unidade hospitalar pediátrica. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, 2016.

MEDICI, AC. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, n.47, v.2, p. 149-156, 2001.

MENDES, EV. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, EE. Saúde: A cartografia do Trabalho vivo. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MONTEIRO, IP. **Hospital, uma organização de profissionais**. Análise Psicológica, 1999:317-325. ETZIONI, A. Análise comparativa das organizações complexas, sobre o poder, o engajamento e seus modelos correlatos apud Monteiro IP. Rio de Janeiro: Zahar Editores. Hospital, uma organização de profissionais. Análise Psicológica, 1999, 2: 317-325.

MOURA, LCMA. Ambiente de inovação no Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde – LAIS/UFRN: mapeamento, interações e gerenciamento. Dissertação (Mestrado) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: 2015.

OLIVEIRA, G. A. A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS): **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa – 2ª ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

PALHARES, D.; CUNHA, A. C R. Reflexões bioéticas sobre a empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH). **Revista Latinoamericana de Bioética** [online], v. 14, n. 1, p. 122-129, 2014.

PEREIRA, N; CAMPOS, GWS. O apoio institucional no sistema Único de Saúde (SUS): Os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 18, p. 895-908, 2014.

PERSONA, A; BATTINI, D. Hospital efficiency management: the just-in-time and Kanban technique. **Int. J. Healthcare Technology and Management**, Vol. 9, No. 4, 2008.

RODRIGUES, LCR; JULIANI, CMCM. Impacto f implementing na Internal Bed Regulation Committee na administrative care indicators at a teaching hospital. **Einstein** (São Paulo, Brazil), v. 13, n.1, p. 96-102, 2015.

SILVA, EL; MENEZES, EM. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**.

4. Ed. rev. Atualizada. Florianópolis: UFSC, 2005.

SOARES, VS. Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern Barzilian city. **Einstein**, (São Paulo, Brazil), v. 15, n. 3, p. 339-343, 2017.

SOUSA, PR et al. Gestão do Fluxo de Pacientes em Internações Relacionadas ao Pronto-Socorro: Aplicação da Metodologia Kanban. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Vol. 14, n.1, p. 1-18, 2017.

TANAKA, OY; TAMAKI, EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TORO, IFC. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. **Serviço Social & Saúde Campinas**. V.4 n. 4 p. 1-156. Maio, 2005.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

TOUSSAINT J, GERARD RA, ADAMS E. **Uma Transformação na saúde: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador**. Porto Alegre: Bookman; 2012.

VIGNOCHI, L et al. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? **RAE – Revista de Administração de Empresas – FGV/EAESP**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 496-509, 2014.

VOSGERAU, DS e ROMANOWSKI, JP. Estudos de Revisão: Implicações Conceituais e Metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health programme evaluation**. Geneva: World Health Organization (WHO); 1981.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

TAMAKI, E et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):839-849, 2012.

XIMENES, MFFM et al. **Plano de Ensino, Pesquisa e Extensão para os Hospitais Universitários da Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. Ministério da Educação. Natal/RN, 2013.

## APÊNDICE

Fichas dos indicadores sugeridos para o Painel de Indicadores geral dos HUF:

### Ficha do Indicador

**Atualização indicador: 29/05/2018**

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR</b>		
Identificador do indicador	<b>A definir</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Processo
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	Média de 85%
Objetivo Estratégico	<b>Avaliar o desempenho hospitalar relacionado a ocupação dos leitos hospitalares</b>		
Finalidade do Indicador	Avalia o grau de utilização dos leitos ativos no hospital. Mede o perfil de utilização e a gestão de leitos, a qual aumenta a oferta de leitos para o Sistema Único de Saúde, se for realizada de forma eficiente. O leito hospitalar deve ser visto como um recurso caro e complexo, por isso a importância de sua utilização de maneira racional. A taxa de ocupação hospitalar está relacionada ao intervalo de substituição e a média de permanência. Deve-se observar os parâmetros instituídos pela Legislação Vigente do SUS.		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	A definir		
Área	A definir	Telefone	A definir
E-mail	<a href="#">A definir</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	$(N^{\circ} \text{ de pacientes-dia no período} / N^{\circ} \text{ de leitos-dia operacionais no período}) \times 100$		

Termos	<p>Taxa de Ocupação Hospitalar: Relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia ativos em determinado período. Para o cálculo da taxa de ocupação deverão ser considerados os leitos de internação, incluindo os leitos bloqueados, mas devem ser excluídos os leitos extras.</p> <p>Paciente-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando no hospital a cada dia. O número de pacientes-dia será a somatória de pacientes-dia de cada dia no período considerado. Ou utilizar o tempo de permanência no período analisado. O dia da saída só será computado se a saída do paciente ocorrer no mesmo dia da Internação.</p> <p>Leitos-dia ativos: unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar. O número de leitos-dia ativos em determinado período é a somatória de leitos-dia ativos de cada dia no período considerado. Não considerar os leitos extras.</p>		
Fontes dos termos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brasil. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais. Taxa de Ocupação Operacional Geral [internet]. [acessado em 27/02/2017]. Disponível em: <a href="http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf">http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf</a></li> <li>2. Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2ª ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32p.</li> <li>3. CQH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. 3º Caderno de Indicadores CQH-2009 / Programa CQH - São Paulo: APM/CREMESP, 2009. 92 p.</li> <li>4. EBSEH: Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares; e</li> <li>5. PT. SAS/MS nº 312, de 2 de maio de 2002.</li> <li>6. PT. GM/MS nº 1631 de 01 de outubro de 2016</li> <li>7. Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de Dezembro de 2013.</li> <li>8. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011.</li> </ol>		
Fonte	SCNES/MS e SIH/SUS/MS	Unidade de Medição	Percentual (%)
Coleta de dados	Sistema	Periodicidade	Mensal

## Ficha de Indicador

Atualização indicador: 29/05/2018

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR</b>		
Identificador do indicador	<b>A definir</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Processo
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	Menor Melhor
Objetivo Estratégico	<b>Avaliar o desempenho hospitalar relacionado a gestão de leitos.</b>		
Finalidade do Indicador	<p>Avaliar o tempo que em média um paciente permanece internado no hospital. Está relacionado a boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. O leito hospitalar deve ser gerenciado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a está disponível para os indivíduos que necessitam deste recurso para recuperação da saúde.</p> <p>Observar os parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015.</p>		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	A definir		
Área	A definir	Telefone	A definir
E-mail	<a href="#">A definir</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	$(N^{\circ} \text{ de pacientes-dia no período} / N^{\circ} \text{ de saídas no período})$		
Termos	<p><b>Média de Permanência Geral:</b> Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanencem internados no hospital.</p> <p><b>Nº de pacientes-dia:</b> unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando no hospital a cada dia. O número de pacientes-dia será o somatório de pacientes-dia de cada dia no período considerado. Ou utilizar o tempo de permanência no período analisado.</p> <p>O dia da saída só será computado se a saída do paciente ocorrer no mesmo dia da Internação.</p> <p><b>Nº de saídas no período:</b> Nº de saídas hospitalares registradas no período de um mês. Somatória do número de altas (independente do motivo de alta), óbitos e transferências externas ocorridas no hospital no período de um mês.</p>		
Fontes dos termos	1. EBSERH: Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares; 2. PT. SAS/MS nº 312, de 2 de maio de 2002; 3. PT. GM/MS nº 1631 de 01 de outubro de 2015;		
Fonte	SCNES/MS, SIH/SUS/MS	Unidade	Razão
Coleta de dados	Sistema	Periodicidade	Mensal

## Ficha do Indicador

Atualização indicador: 29/05/2018

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA - LEITOS CLÍNICOS</b>		
Identificador do indicador	<b>A definir</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Processo
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	Menor Melhor
Objetivo Estratégico	<b>Avaliar o desempenho hospitalar relacionado a gestão de leitos.</b>		
Finalidade do Indicador	Avaliar o tempo que, em média, um paciente permanece internado no hospital em leitos da clínica médica. Está relacionado a boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. O leito hospitalar deve ser gerenciado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a está disponível para os indivíduos que necessitam deste recurso para recuperação da saúde. Observar os parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015.		
Histórico de Homologação			
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	A definir		
Área	A definir	Telefone	A definir
E-mail	<a href="#">A definir</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	(Total de pacientes-dia internados em leitos de clínica médica no período / Número de saídas hospitalares de pacientes da clínica médica no período)		

Termos	<p><b>Paciente-dia:</b> unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia. O número de pacientes-dia no mês será o somatório de pacientes-dia que estão pernoitando nos leitos de clínica médica de cada dia do mês. Ou utilizar o tempo de permanência em leitos clínicos no período analisado.</p> <p><b>Saída:</b> é a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares. Termos equivalentes: egresso hospitalar, paciente egresso.</p> <p><b>Alta:</b> ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado</p> <p><b>Evasão:</b> é a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.</p> <p><b>Desistência de tratamento:</b> É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente. Alta a pedido foi considerada sinônimo de desistência do tratamento.</p> <p><b>Transferência externa:</b> Mudança de um paciente de um hospital para outro.</p> <p><b>Observação:</b> As transferências internas não são consideradas saídas para o cálculo das estatísticas hospitalares, de forma a evitar a contabilização da saída de um mesmo paciente duas vezes.</p> <p><b>Óbito hospitalar:</b> É aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não. Os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados óbitos hospitalares.</p>		
Fontes dos termos	<p>1. Brasil. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais. Média de Permanência geral [internet]. [acessado em 21/02/2017]. Disponível em: <a href="http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf">http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf</a></p> <p>2. Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2ª ed. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32p. 3.</p> <p>Portaria GM nº 3.410, de 30 de Dezembro de 2013.</p> <p>4. Portaria GM nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011.</p> <p>5. Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015.</p>		
Fonte	SCNES/MS, SIH/SUS/MS	Unidade de Medição	Razão
Coleta de dados	Sistema	Periodicidade	Mensal

### Ficha do Indicador

Atualização indicador: 29/05/2018

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA - LEITOS CIRÚRGICOS</b>		
Identificador do indicador	<b>A definir</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Processo
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	Menor Melhor
Objetivo Estratégico	<b>Avaliar o desempenho hospitalar relacionado a gestão de leitos.</b>		
Finalidade do Indicador	Avaliar o tempo em que, em média, um paciente permanece internado no hospital na clínica cirúrgica. Está relacionado a boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. O leito hospitalar deve ser gerenciado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitam deste recurso para recuperação da saúde. Observar os parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1º de outubro de 2015.		
Histórico de Homologação			
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	A definir		
Área	A definir	Telefone	A definir
E-mail	<a href="#">A definir</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	$\left( \frac{\text{Total de pacientes-dia internados em leitos cirúrgicos no período}}{\text{Número de saídas hospitalares de pacientes de leitos cirúrgicos no período}} \right)$		
Termos	<p><b>Paciente-dia:</b> unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando no hospital em cada dia. O número de pacientes-dia no mês será o somatório de pacientes-dia que estão pernoitando nos leitos cirúrgicos de cada dia do mês. Ou utilizar o tempo de permanência em leitos cirúrgicos no período analisado.</p> <p><b>Saída:</b> é a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares. Termos equivalentes: egresso hospitalar, paciente egresso.</p> <p><b>Alta:</b> ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado</p> <p><b>Evasão:</b> é a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.</p> <p><b>Desistência de tratamento:</b> É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente. Alta a pedido foi considerada sinônimo de desistência</p>		

	do tratamento.		
	<p><b>Transferência externa:</b> Mudança de um paciente de um hospital para outro.</p> <p><b>Observação:</b> As transferências internas não são consideradas saídas para o cálculo das estatísticas hospitalares, de forma a evitar a contabilização da saída de um mesmo paciente duas vezes.</p> <p><b>Óbito hospitalar:</b> É aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não. Os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados óbitos hospitalares.</p>		
Fontes dos termos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brasil. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais. Média de Permanência geral [internet]. [acessado em 21/02/2017]. Disponível em: <a href="http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf">http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf</a></li> <li>2. Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2ª ed. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32p.</li> <li>3. Portaria GM nº 3.410, de 30 de Dezembro de 2013.</li> <li>4. Portaria GM nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011.</li> <li>5. Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1º de outubro de 2015.</li> </ol>		
Fonte	SCNES/MS, SIH/SUS/MS	Unidade de Medição	Razão
Coleta de dados	Sistema	Periodicidade	Mensal

## Ficha de Indicador

Atualização indicador: 29/05/2018

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>NÚMERO DE CONSULTAS</b>		
Identificador do indicador	<b>A definir</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Processo
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	Maior Melhor
Objetivo Estratégico	<b>Viabilizar a integralidade na Atenção Hospitalar</b>		
Finalidade do Indicador	Subsidiar o processo de planejamento, contratualização e de regulação assistencial. Verificar o comportamento do número de consultas realizadas mês a mês pela Rede Ebserh.		
Histórico de Homologação	Criado em 03/10/2015 pela DAS. Revisto em 07/12/2016, decorrente do Memorando nº 604/DAS, de 04/11/2016, e pactuação estabelecida em reunião realizada em 06/12/16 entre a DAS (Diretora substituta Daniely Heloise Toledo) e CGE/DVPE.		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	A definir		
Área	A definir	Telefone	A definir
E-mail	<a href="#">A definir</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	Número de consultas médicas e multiprofissionais (eletivas e de urgência) apresentadas no mês		
Termos	Consultas ambulatoriais (médicas e de outros profissionais de nível superior), em caráter eletivo e de urgência, <u>apresentadas</u> pelo HUF no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, segundo mês de processamento. <b>Obs:</b> Os dados de produção ambulatorial do SIA/SUS são disponibilizados pelo DATASUS/MS, em média, com atraso de 3 meses da realização do procedimento.		
Fontes dos termos	1. MS - Manual SIA/SUS; Tabela de Procedimentos, medicamentos e OPM do SUS-SIGTAP/MS		
Fonte	SIA/SUS/MS	Unidade	Número Inteiro
Coleta de dados	Sistema	Periodicidade	Mensal

## Ficha do Indicador

Atualização indicador: 29/05/2018

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	Número de Cirurgias/mês		
Identificador do indicador	A definir	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Processo
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	
Objetivo Estratégico	Avaliar a oferta de cirurgias na Rede Ebserh		
Finalidade do Indicador	Acompanhar os procedimentos cirúrgicos ofertados pelo hospital no mês. Verificar o comportamento do número de cirurgias realizadas mês a mês pela Rede Ebserh.		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	A definir		
Área	A definir	Telefone	A definir
E-mail	<a href="#">A definir</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	Número de cirurgias realizadas no hospital, apresentadas no mês.		
Termos	<b>Número de cirurgias realizadas:</b> Preencher o número total de cirurgias do mês efetuadas em ambiente cirúrgico (Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e Unidade de Cirurgia Ambulatorial).		
Fontes dos termos	1. CQH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Manual de Indicadores IRA. 2014. [internet]. [acessado em: 21 de fevereiro de 2017]. Disponível em: <a href="http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=1067&amp;p_nanexo=558">http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=1067&amp;p_nanexo=558</a> .		
Fonte	SIH/SUS/MS	Unidade de Medição	Número Inteiro
Coleta de dados	Sistema	Periodicidade	Mensal

## Ficha do Indicador

Atualização indicador: 29/05/2018

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>NÚMERO DE EXAMES DE IMAGEM</b>		
Identificador do indicador	<b>A definir</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Processo
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	
Objetivo Estratégico	<b>Acompanhar o número de exames de diagnóstico por imagem realizados pelo hospital durante o período</b>		
Finalidade do Indicador	Avalia a oferta de exames de diagnóstico de imagem aos usuários do Sistema Único de Saúde pelo hospital. O número de exames de diagnóstico por imagem realizados deve ser comparado ao número de pacientes atendidos pela instituição no mesmo período. Uma análise mais aprofundada pode relacionar o número de solicitações médicas com o número de exames realizados.		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	A definir		
Área	A definir	Telefone	A definir
E-mail	<a href="#">A definir</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	Número de exames de imagem realizadas no hospital, apresentados no mês.		
Termos	<b>Número de exames de diagnóstico por imagem:</b> É o número total de exames de diagnóstico por imagem realizados em pacientes internados, pacientes ambulatoriais e do pronto-socorro, independentemente do local da realização. Alguns exemplos de exames diagnósticos por imagem são: tomografia computadorizada, ressonância magnética, radiografia, mamografia, ultrassonografia etc. Não considerar procedimentos, por exemplo: endoscopia, colonoscopia etc.		
Fontes dos termos	1.CQH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. 3º Caderno de Indicadores CQH-2009 / Programa CQH - São Paulo: APM/CREMESP, 2009. 92 p.		
Fonte	SIA/SUS/MS	Unidade de Medição	Número inteiro
Coleta de dados	Sistema	Periodicidade	Mensal

## Ficha do Indicador

Atualização indicador: 03/05/2017

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>TAXA DE CÉSAREAS</b>		
Identificador do indicador	<b>A definir</b>	Eixo	Atenção
Área	DAS	Tipo	Resulta
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	Menor M
Objetivo Estratégico	<b>Avaliar a qualidade da assistência ao parto.</b>		
Finalidade do Indicador	Permite estimar a ocorrência de partos cesáreos em relação ao total de partos realizados em uma determinada operadora no período considerado. É um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto. Considerar que o aumento excessivo de partos cesáreos, acima do padrão de 15% estabelecido pela Organização Mundial de Saúde - OMS, pode refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto vaginal.		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Janeiro a Fevereiro/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	A definir		
Área	A definir	Telefone	A definir
E-mail	<a href="#">A definir</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	$(\text{Número de cesáreas} / \text{Total de partos}) \times 100$		
Termos	<p><b>Número de cesáreas:</b> É o número total de cesáreas em um período. O número de cesáreas não poderá ser superior ao número de partos.</p> <p><b>Parto cesáreo:</b> É o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do feto pelo concepto do útero materno durante o trabalho de parto.</p> <p><b>Total de partos:</b> É a soma de todos os partos ocorridos em um período: normais, com fórceps.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não considerar aborto (nascidos com menos de 500 gramas ou com menos de 20 semanas).</li> </ul>		
Fontes dos termos	<p>1. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Ficha técnica dos indicadores do Programa de Qualificação em Saúde Suplementar. [Internet]. [acessado em: 22 de maio de 2017]. Disponível em: <a href="http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_sau">http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_sau</a></p> <p>2. CQH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Programa CQH compromisso com a Qualidade Hospitalar. 3º caderno de indicadores CQH – 2009. São Paulo.</p>		

Fonte	SIH/SUS/MS	Unidade de Medição	Percent
Coleta de dados	Sistema	Periodicidade	Mensal

### Ficha do Indicador

**Atualização indicador: 29/05/2018**

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>ÍNDICE DE RENOVAÇÃO/GIRO DE ROTATIVIDADE</b>		
Identificador do indicador	<b>A definir</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Processo
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	Maior Melhor
Objetivo Estratégico	<b>Viabilizar a integralidade na Atenção Hospitalar</b>		
Finalidade do Indicador	É um indicador hospitalar de produtividade. Representa utilização do leito hospitalar durante o período considerado. Observa a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima dentro dos critérios definidos pela instituição.		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	A definir		
Área	A definir	Telefone	A definir
E-mail	<a href="#">A definir</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	Número de saídas no período/Número de leitos hospitalares no período		

Termos	<p><b>Saída:</b> é a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares. Termos equivalentes: egresso hospitalar, paciente egresso.</p> <p><b>Número de leitos:</b> São os leitos disponíveis diariamente para a internação, ou seja, com os quais o hospital está efetivamente operando com os pacientes, sendo controlados pelo setor de Internação.</p> <p>É o número total de cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro do hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital. Na prática, calcula-se pela média de leitos operacionais no período<sup>3</sup>.</p> <p>Não considerar: Leitos de observação, recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços de recém-nascidos saudáveis, leitos de pré-parto e parto e bloqueado por motivos transitórios (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal)<sup>3</sup>.</p> <p>Leito operacional: É o leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.</p> <p>Nota técnica: Inclui o leito extra que estiver sendo utilizado.</p>		
Fontes dos termos	<p>1. SIMPOI. Gerenciamento de Leitos Hospitalares. [internet]. [acessado em 22 de fevereiro de 2017]. Disponível em:  <a href="http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T00186_PSN53109.pdf">http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T00186_PSN53109.pdf</a></p> <p>2. Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2ª ed. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32p.</p> <p>3. CQH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Manual de Indicadores IRA. 2014. [internet]. [acessado em: 22 de fevereiro de 2017]. Disponível em:  <a href="http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=1067&amp;p_nanexo=558">http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=1067&amp;p_nanexo=558</a>.</p>		
Fonte	SIH/SUS/MS	Unidade de Medição	Razão
Coleta de dados	Sistema	Periodicidade	Mensal

## Ficha do Indicador

Atualização indicador: 29/05/2018

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL		
Identificador do indicador	A definir	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Resultado
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	Quanto menor, melhor
Objetivo Estratégico	<b>Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação</b>		
Finalidade do Indicador	Monitoramento da qualidade da assistência com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado à saúde. É desejável que o hospital apresente baixas taxas de mortalidade institucional. Na presença de altas taxas, além da qualidade da assistência, devem ser avaliados o conjunto de serviços disponibilizados e os distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos.		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	A definir		
Área	A definir	Telefone	A definir
E-mail	<a href="#">A definir</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	$(\text{Número de óbitos} \geq 24\text{h do início da admissão hospitalar do paciente} / \text{Número de saídas hospitalares no período}) \times 100$		

Termos	<p><b>Óbito Institucional:</b> É aquele que ocorre após decorridas pelo menos 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente. Exclui os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de internação hospitalar.</p> <p>Em decorrência do aumento da resoluvidade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e conseqüente responsabilidade do hospital seja efetivada.</p> <p><b>Saída:</b> é a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares.</p> <p>Alta: ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado</p> <p>Evasão: é a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.</p> <p>Desistência de tratamento: É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente. Alta a pedido foi considerada sinônimo de desistência do tratamento.</p> <p>Transferência externa: Mudança de um paciente de um hospital para outro.</p> <p>Observação: As transferências internas não são consideradas saídas para o cálculo das estatísticas hospitalares, de forma a evitar a contabilização da saída de um mesmo paciente duas vezes.</p>		
Fontes dos termos	<p>1. Brasil. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais. Taxa de Mortalidade Institucional [internet]. [acessado em 27/02/2017]. Disponível em: <a href="http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf">http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf</a></p> <p>2. Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2ª ed. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32p.</p> <p>3.CQH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. 3º Caderno de Indicadores CQH-2009 / Programa CQH - São Paulo: APM/CREMESP, 2009. 92 p.</p>		
Fonte	VIGIHOSP	Unidade de Medição	Percentual (%)
Coleta de dados	Sistema	Periodicidade	Mensal

Atualização indicador: 29/05/2018

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL		
Identificador do indicador	A definir	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Resultado
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	Quanto menor, melhor
Objetivo Estratégico	<b>Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação</b>		
Finalidade do Indicador	Monitoramento da qualidade da assistência com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado à saúde. É desejável que o hospital apresente baixas taxas de mortalidade institucional. Na presença de altas taxas, além da qualidade da assistência, devem ser avaliados o conjunto de serviços disponibilizados e os distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos.		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	A definir		
Área	A definir	Telefone	A definir
E-mail	<a href="#">A definir</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	(Número de óbitos ≥ 24h do início da admissão hospitalar do paciente/Número de saídas hospitalares no período) x 100		

Termos	<p><b>Óbito Institucional:</b> É aquele que ocorre após decorridas pelo menos 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente. Exclui os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de internação hospitalar.</p> <p>Em decorrência do aumento da resoluvidade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e conseqüente responsabilidade do hospital seja efetivada.</p> <p><b>Saída:</b> é a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares.</p> <p>Alta: ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado, melhorado ou com seu estado de saúde inalterado</p> <p>Evasão: é a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.</p> <p>Desistência de tratamento: É a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente. Alta a pedido foi considerada sinônimo de desistência do tratamento.</p> <p>Transferência externa: Mudança de um paciente de um hospital para outro.</p> <p>Observação: As transferências internas não são consideradas saídas para o cálculo das estatísticas hospitalares, de forma a evitar a contabilização da saída de um mesmo paciente duas vezes.</p>		
Fontes dos termos	<p>1. Brasil. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores Hospitalares Essenciais. Taxa de Mortalidade Institucional [internet]. [acessado em 27/02/2017]. Disponível em: <a href="http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf">http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf</a></p> <p>2. Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2ª ed. 2.ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32p.</p> <p>3.CQH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. 3º Caderno de Indicadores CQH-2009 / Programa CQH - São Paulo: APM/CREMESP, 2009. 92 p.</p>		
Fonte	VIGIHOSP	Unidade de Medição	Percentual (%)
Coleta de dados	Sistema	Periodicidade	Mensal

Ficha do Indicador			
<b>Atualização indicador: 29/05/2018</b>			
1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>TAXA DE DESEMPENHO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DE ALTA COMPLEXIDADE CONTRATUALIZADA COM O GESTOR DO SUS</b>		
Identificador do indicador	<b>SCH_02</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Processo
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	Quanto maior, melhor
Objetivo Estratégico	<b>Melhorar o desempenho da contratualização SUS</b>		
Finalidade do Indicador	<p>Monitorar o desempenho do hospital, sob o aspecto financeiro, relativo à produção assistencial de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, tendo como referência o valor contratualizado com o gestor do SUS no âmbito do componente pós-fixado da programação orçamentária do instrumento formal de contratualização;</p> <p>Indicativo de necessidade de ajustes no instrumento formal de contratualização relativa às metas (quantitativas) e valores contratuais; subsidiar intervenções oportunas com vistas ao atingimento das metas e, conseqüentemente, a manutenção ou ampliação da receita financeira;</p> <p>Marcador da capacidade do hospital em captar o volume de recursos financeiros do componente pós fixado do instrumento formal de contratualização ("contrato SUS"); evitar perda de receita no âmbito do componente pós-fixado;</p> <p>Orientar quanto à eventual necessidade de adequação da oferta de serviços;</p> <p>Subsidiar a governança do hospital e/ou da EBSE RH Sede quanto à tomada de decisões, dentre outras finalidades gerenciais.</p>		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	Serviço de Contratualização Hospitalar/CRACH/DAS/EBSE RH		
Área	SCH/CRACH/DAS/EBSE RH	Telefone	(61)3255-8925
E-mail	<a href="mailto:contratualizacaosus@ebserh.gov.br">contratualizacaosus@ebserh.gov.br</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	(Produção financeira de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, aprovada pelo gestor do SUS no mês / Valor relativo à alta complexidade ambulatorial e hospitalar, previsto no componente pós-fixado do instrumento formal de contratualização no mês em análise) x 100		

Termos	<p><b>Produção financeira de alta complexidade ambulatorial e hospitalar aprovada pelo gestor do SUS no mês:</b> corresponde à produção financeira, em reais (R\$), aprovada no processamento pelo gestor do SUS, obtida nos bancos de dados oficiais do SUS (SIA e SIH), relativo ao período em análise. Os dados podem ser obtidos pelo HU junto ao gestor local do SUS, após o processamento (mensal), ou obtê-los na base de dados nacional disponibilizada pelo DATASUS/MS mensalmente; neste último caso, haverá a necessidade de tabulação pelo TABWIN. A sede também pode obter o dado no Sistema de Gerenciamento Financeiro (SIGSERF).</p> <p><b>Valor relativo à alta complexidade ambulatorial e hospitalar, previsto no componente pós-fixado do instrumento formal de contratualização, válido no mês:</b> corresponde ao valor em reais (R\$) estabelecido na programação orçamentária do instrumento formal de contratualização no âmbito do componente pós-fixado, relativo à alta complexidade ambulatorial e hospitalar, cujo financiamento dá-se pelo MAC, fonte federal, repassado pelo FNS/MS.</p> <p><b>TABWIN:</b> é um tabulador de dados desenvolvido pelo DATASUS/MS, de uso gratuito e de domínio público, para permitir às equipes técnicas do SUS a realização de tabulações rápidas a partir das bases de dados dos sistemas de informação do SUS.</p> <p><b>SIGSERF:</b> Sistema de Gerenciamento Financeiro, gerenciado pelo DRAC/SAS/MS que autoriza os pagamentos ao FNS/MS.</p>		
Fontes dos termos	1. Serviço de Contratualização Hospitalar/CRACH/DAS/EBSERH		
Fonte	SIA, SIH, SIGSERF e Instrumento Formal de Contratualização ("Contrato SUS")	Unidade de Medição	Percentual (%)
Coleta de dados	Manual	Periodicidade	Mensal
<b>Considerações Gerais</b>			
<p>* A apuração será mensal, porém, o dado informado corresponderá à última competência disponibilizada nos bancos de dados oficiais do SUS: - nos casos do TABWIN e SIGSERF, normalmente, ocorre com pelo menos dois meses de atraso em relação ao mês de coleta da informação.</p> <p>* Importa lembrar que a lógica de repasse do componente pós-fixado está associada à produção financeira, ou seja, o hospital recebe pelo que efetivamente produziu e foi aprovado pelo gestor do SUS.</p> <p>* O presente indicador não se aplica aos hospitais cujo financiamento seja sob a modalidade de orçamentação global, para estes a análise de desempenho deverá considerar o aspecto físico da produção e não o financeiro. Portanto, estes hospitais serão objeto de monitoramento específico a ser desenvolvido posteriormente.</p>			

<b>Ficha do Indicador</b>			
<b>Atualização indicador: 29/05/2018</b>			
<b>1. Dados Gerais do Indicador</b>			
Nome do indicador	<b>TAXA DE DESEMPENHO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DE FAEC CONTRATUALIZADA COM O GESTOR DO SUS</b>		
Identificador do indicador	<b>SCH_03</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Processo
Nível do Indicador	Estratégico	Parâmetro	Quanto maior, melhor
Objetivo Estratégico	<b>Melhorar o desempenho da contratualização SUS</b>		
Finalidade do Indicador	<p>Monitorar o desempenho do hospital, sob o aspecto financeiro, relativo à produção assistencial dos procedimentos financiados pelo FAEC, tendo como referência o valor contratualizado com o gestor do SUS no âmbito do componente pós-fixado da programação orçamentária do instrumento formal de contratualização;</p> <p>Indicativo de necessidade de ajustes no instrumento formal de contratualização relativa às metas (quantitativas) e valores contratuais;</p> <p>Subsidiar intervenções oportunas com vistas ao atingimento das metas e, conseqüentemente, a manutenção ou ampliação da receita financeira;</p> <p>Marcador da capacidade do hospital em captar o volume de recursos financeiros do componente pós-fixado do instrumento formal de contratualização ("contrato SUS");</p> <p>Evitar perda de receita no âmbito do componente pós-fixado;</p> <p>Orientar quanto à eventual necessidade de adequação da oferta de serviços;</p> <p>Subsidiar a governança do hospital e/ou da EBSERH Sede quanto à tomada de decisões, dentre outras finalidades gerenciais.</p>		

Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
<b>2. Dados Gerais sobre o Responsável</b>			
Responsável	Serviço de Contratualização Hospitalar/CRACH/DAS/EBSERH		
Área	SCH/CRACH/DAS/EBSERH	Telefone	(61)3255-8925
E-mail	<a href="mailto:contratualizacaosus@ebserh.gov.br">contratualizacaosus@ebserh.gov.br</a>		
<b>3. Dados sobre a coleta do indicador</b>			
Fórmula	(Produção financeira dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo FAEC, aprovada pelo gestor do SUS no mês / Valor relativo ao FAEC, previsto no componente pós-fixado do instrumento formal de contratualização no mês em análise) x 100		

Termos	<p><b>Produção financeira dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares financiados pelo FAEC, aprovada pelo gestor do SUS no mês:</b> corresponde à produção financeira, em reais (R\$), aprovada no processamento pelo gestor do SUS, obtida nos bancos de dados oficiais do SUS (SIA e SIH), relativo ao período em análise. Os dados podem ser obtidos pelo HU junto ao gestor local do SUS, após o processamento (mensal), ou obtê-los na base de dados nacional disponibilizada pelo DATASUS/MS mensalmente; neste último caso haverá a necessidade de tabulação pelo TABWIN. A sede também pode obter o dado no Sistema de Gerenciamento Financeiro (SISGERF).</p> <p><b>Valor relativo ao FAEC, previsto no componente pós-fixado do instrumento formal de contratualização no mês em análise:</b> corresponde ao valor em reais (R\$) estabelecido na programação orçamentária do instrumento formal de contratualização, relativo ao FAEC, fonte federal, repassados pelo FNS/MS.</p> <p><b>TABWIN:</b> é um tabulador de dados desenvolvido pelo DATASUS/MS, de uso gratuito e de domínio público, para permitir às equipes técnicas do SUS a realização de tabulações rápidas a partir das bases de dados dos sistemas de informação do SUS.</p> <p><b>SISGERF:</b> Sistema de Gerenciamento Financeiro, gerenciado pelo DRAC/SAS/MS que autoriza os pagamentos ao FNS/MS.</p>		
Fontes dos termos	1. Serviço de Contratualização Hospitalar/CRACH/DAS/EBSERH		
Fonte	SIA, SIH, SISGERF e Instrumento Formal de Contratualização ("Contrato SUS")	Unidade de Medição	Percentual (%)
Coleta de dados	Manual	Periodicidade	Mensal
<b>Considerações Gerais</b>			

- \* A apuração será mensal, porém, o dado informado corresponderá à última competência disponibilizada nos bancos de dados oficiais do SUS:
- nos casos do TABWIN e SIGSERF, normalmente, ocorre com pelo menos dois meses de atraso em relação ao mês de coleta da informação.
  - \* No caso dos procedimentos financiados pelo FAEC, previstos no cálculo do indicador, todos deverão ser considerados independentemente da sua complexidade, sejam de média, alta ou não se aplica.
  - \* Importa lembrar que a lógica de repasse do componente pós-fixado está associada à produção financeira, ou seja, o hospital recebe pelo que efetivamente produziu e foi aprovado pelo gestor do SUS.
  - \* O presente indicador não se aplica aos hospitais cujo financiamento seja sob a modalidade de orçamentação global, para estes a análise de desempenho deverá considerar o aspecto físico da produção e não o financeiro. Portanto, estes hospitais serão objeto de monitoramento específico a ser desenvolvido posteriormente.

### Ficha do Indicador

Atualização indicador: 29/05/2018

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA</b>		
Identificador do indicador	<b>A definir</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Processo
Nível do Indicador	Estratégico	Estilo	Quanto menor, melhor
Objetivo Estratégico	<b>Avaliar a qualidade da assistência à saúde</b>		
Finalidade do Indicador	Este indicador sinaliza o número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) associando ao número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia. Monitora a prevenção e controle de PAV para a melhoria contínua dos processos de trabalho. A pneumonia associada a ventilação é uma das principais causas de morbidade e mortalidade na UTI.		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	Serviço de Gestão da Qualidade		
Área	SGQ/CGC/DAS/EBSERH	Telefone	61 3255-8535
E-mail	<a href="mailto:vigilancia.sede@ebserh.gov.br">vigilancia.sede@ebserh.gov.br</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	Número de pneumonias associadas à ventilação mecânica / Número de dias de ventilação mecânica X 1000		

Termos	<p><b>Critérios diagnósticos de ITU na Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Anvisa, 2013.</b></p> <p><b>Pneumonia associada à Ventilação Mecânica:</b> infecção diagnosticada após 48 horas de ventilação mecânica até a sua suspensão. Para o cálculo das Pneumonias Associadas à Ventilação Mecânica, deve-se utilizar o sistema de vigilância epidemiológica de busca ativa que identifica as infecções segundo critérios diagnósticos padronizados.</p>		
Fontes dos termos	<p>1. Proqualis. Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em unidades de terapia intensiva [Internet]. Rio de Janeiro; 2014. [acessado em 08 de março de 2017]. Disponível em: <a href="http://proqualis.net/indicadores/densidade-de-incid%C3%Aancia-de-pneumonia-associada-%C3%A0-ventila%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nica-em-pacientes#.U-pJpaNh7JR">http://proqualis.net/indicadores/densidade-de-incid%C3%Aancia-de-pneumonia-associada-%C3%A0-ventila%C3%A7%C3%A3o-mec%C3%A2nica-em-pacientes#.U-pJpaNh7JR</a>.</p> <p>2. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Anvisa, 2013.</p>		
Fonte	Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente	Unidade de Medição	Razão
Coleta de dados	Sistema de Informações Gerenciais	Periodicidade	Mensal

## Ficha do Indicador

Atualização indicador: 29/05/2018

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A CATETER VESICAL DE DEMORA EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI</b>		
Identificador do indicador	<b>A definir</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Resultado
Nível do Indicador	Estratégico	Estilo	Menor Melhor
Objetivo Estratégico	<b>Avaliar a qualidade da assistência à saúde</b>		
Finalidade do Indicador	Estima a incidência de infecção sintomática do trato urinário relacionada a cateter vesical de demora no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção (uso do cateter).		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	Serviço de Gestão da Qualidade		
Área	SGQ/CGC/DAS/EBSERH	Telefone	61 3255-8535
E-mail	<a href="mailto:vigilancia.sede@ebserh.gov.br">vigilancia.sede@ebserh.gov.br</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	Número de Infecções de Trato Urinário sintomáticas relacionadas a cateter vesical de demora / Número de cateter vesical de demora-dias X 1000		
Termos	<p><b>Critérios diagnósticos de ITU na Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Anvisa, 2013.</b></p> <p><b>ITU</b> (Infecção do Trato urinário) relacionado à assistência à saúde: qualquer infecção ITU relacionada a procedimento urológico; e ITU não relacionada a procedimento urológico diagnosticada após a admissão em serviço de saúde e para a qual não são observadas quaisquer evidências clínicas e não está em seu período de incubação no momento da admissão.</p>		
Fontes dos termos	1. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Anvisa, 2013.		
Fonte	Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente	Unidade de Medição	Razão
Coleta de dados	Sistema de Informações Gerenciais	Periodicidade	Mensal

## Ficha do Indicador

Atualização indicador: 29/05/2018

1. Dados Gerais do Indicador			
Nome do indicador	<b>DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA LABORATORIAL (com confirmação microbiológica) - IPCSL, EM PACIENTES EM USO DE CATETER VENOSO CENTRAL, INTERNADOS EM UTI</b>		
Identificador do indicador	<b>A definir</b>	Eixo	Atenção à Saúde
Área	DAS	Tipo	Resultado
Nível do Indicador	Estratégico	Estilo	Menor Melhor
Objetivo Estratégico	<b>Avaliar a qualidade da assistência à saúde</b>		
Finalidade do Indicador	Este indicador sinaliza casos de infecções hospitalares causadas por acessos ou cateteres intravenosos com confirmação microbiológica. A infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associa-se a aumento no tempo de internação, na mortalidade e nos custos relacionados à assistência. Em pacientes internados em terapia intensiva, a mortalidade por IPCS pode atingir até 69%.		
Histórico de Homologação	Validado no curso de aperfeiçoamento e qualificação - Modelo de Gestão DAS (Jan e Fev/2017).		
2. Dados Gerais sobre o Responsável			
Responsável	Serviço de Gestão da Qualidade		
Área	SGQ/CGC/DAS/EBSERH	Telefone	61 3255-8535
E-mail	<a href="mailto:vigilancia.sede@ebserh.gov.br">vigilancia.sede@ebserh.gov.br</a>		
3. Dados sobre a coleta do indicador			
Fórmula	Número de casos novos de IPCSL no período/Cateter venoso central-dia no período X 1000		
Termos	<p><b>IPCSL (Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial):</b> para definição de caso, consultar os critérios diagnósticos na Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Anvisa, 2013).</p> <p><b>CVC (Cateter Venoso Central):</b> inclui cateteres posicionados no sistema circulatório central, incluindo os seguintes vasos: artérias pulmonares, aorta ascendente, artérias coronárias, artéria carótida primitiva, artéria carótida interna, artéria carótida externa, artérias cerebrais, tronco braquiocefálico, veias cardíacas, veias pulmonares, veia cava superior e veia cava inferior. Para o diagnóstico de IPCS associada a CVC, o cateter deve estar presente no momento do diagnóstico. Os cateteres como PICC (cateter central de inserção periférica), flebotomia e cateteres umbilicais (venosos ou arteriais) serão computados como CVC (NAGEH, 2014).</p>		
Fontes dos termos	<ol style="list-style-type: none"> <li>Indicadores Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Anvisa, 2010.</li> <li>Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Anvisa, 2013.</li> <li>Manual de Indicadores IRAS. NAGEH IRAS, CQH – Compromisso com a qualidade hospitalar, 2014.</li> <li>Proqualis (<a href="http://proqualis.net/indicadores/densidade-de-">http://proqualis.net/indicadores/densidade-de-</a></li> </ol>		

	incid%3%Aancia-de-infec%3%A7%3%A3o-prim%3%A1ria-de-corrente-sangu%3%ADnea-ipcs-em-pacientes-e-0 ).		
Fonte	Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente	Unidade de Medição	Razão
Coleta de dados	Sistema de Informações Gerenciais	Periodicidade	Mensal