



Universidade de São Paulo  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP  
Programa de Pós-Graduação em Gestão das Organizações de Saúde

Danilo Carvalho Oliveira

**Análise de implantação do componente hospitalar da rede de urgências  
e emergências – RUE**

Ribeirão Preto – SP

Dezembro/2017



Universidade de São Paulo  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP  
Programa de Pós-Graduação em Gestão das Organizações de Saúde

Danilo Carvalho Oliveira

**Análise de implantação do componente hospitalar da rede de urgências  
e emergências – RUE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como um requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão das Organizações de Saúde: Ciências.

Orientador (a): Prof. Dr. Antônio Pazin Filho

Ribeirão Preto – SP

Dezembro/2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE.

## FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central do Campus Administrativo de Ribeirão Preto / USP**

Oliveira, Danilo Carvalho

**Análise de implantação do componente hospitalar da rede de urgências e emergências – RUE.** Ribeirão Preto - SP, 2017.

41 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Gestão.

Orientador: Antônio Pazin Filho.

1. Medicina de Emergência/Organização & administração; 2. Sistema Único de Saúde; 3. Avaliação de Programas e instrumentos de pesquisa;

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Danilo Carvalho Oliveira**

### **Análise de implantação do componente hospitalar da rede de urgências e emergências – RUE**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão das Organizações de Saúde.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia e em todos os momentos”*

*“Dedico este trabalho a minha família (meu pai, mãe, irmãos e sobrinhos), razão da minha existência e que sempre me mostram que posso ir além quando nem eu mesmo acredito”*

*“Aos meus amigos Jorge Eduardo, Laumir Mallmann “ Lau”, Claudia Canabrava “ Claudinha” e Miguelina Alencar “Lina” os quais os elegi para em nome deles representar todos os meus amigos, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. ”*

*“Ao Curso de Mestrado em Gestão das Organizações em Saúde, e às pessoas com quem convivi nesses espaços ao longo desses anos. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com amigos nesses espaços foram a melhor experiência da minha formação acadêmica, em especial minhas amigas Sayanne Montenegro e Cristina e Meu orientador e amigo Pazin Filho, obrigado por existirem. ”*

## **AGRADECIMENTOS**

*“Ao Prof. Antônio Pazin Filho, uma das pessoas mais inteligentes e humanizadas que tive o privilégio de conhecer. Obrigado pelos artigos sugeridos, textos traduzidos, orientações, paciência, dedicação e acima de tudo disposição em aprendermos junto algo tão novo trabalhado, assim como seu grande desprendimento em ajudar-me. O meu mais sincero muito obrigado”*

*“Agradeço a FMRP e ao HC- RP por ser o grande palco desta conquista e realização deste sonho. ”*

*Agradeço aos Hospitais da RUE, Gestores e ao Departamento Regional de Saúde – DRS de Ribeirão Preto em especial ao Ronaldo e Sônia pelo apoio incondicional em todas as etapas deste trabalho.*

## **ABREVIATURAS**

<b>CONEP</b>	Comissão
<b>CROSS</b>	Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde
<b>DRS</b>	Departamento Regional de Saúde
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NAQH</b>	Núcleo de Acesso a Qualidade Hospitalar
<b>NIR</b>	Núcleo Interno de Regulação
<b>PNH</b>	Programa Nacional de Humanização
<b>PNHOSP</b>	Programa Nacional de Atenção Hospitalar
<b>RUE</b>	Rede de Urgência e Emergência
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SWOT</b>	Strengths Weaknesses Opportunities Threats
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Matriz Avaliativa do Componente Hospitalar da RUE Eixo Porta de Entrada	<b>23</b>
<b>Tabela 2</b>	Matriz Avaliativa do Componente Hospitalar da RUE Eixo Retaguarda Clínica	<b>26</b>
<b>Tabela 3</b>	Matriz Avaliativa do Componente Hospitalar da RUE Eixo Leitos de Terapia Intensiva	<b>28</b>
<b>Tabela 4</b>	Hospitais contemplados pela Portaria GM/MS nº 71/2014 da Regional de Ribeirão Preto e eixos pactuados por hospital.	<b>31</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Análise SWOT	<b>32</b>
-----------------	--------------	-----------



## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1: APRESENTAÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 2: ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS_RUE</b>	<b>11</b>
<b>RESUMO/ ABSTRACT</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>MÉTODOS</b>	<b>14</b>
População e amostra	<b>15</b>
Coleta e Análise dos dados	<b>15</b>
Aspectos Éticos	<b>16</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>16</b>
Grau de Implantação	<b>16</b>
Análise dos aspectos contextuais	<b>19</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>21</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>33</b>

## **CAPÍTULO 1**

### **APRESENTAÇÃO**

Eis-me aqui, fazendo a apresentação de minha dissertação. Conforme disposto no parágrafo 3, artigo 7 da Portaria Normativa publicada no DOU de número 7, de 22 de junho de 2009, que trata dos produtos originários de Programa de Mestrado Profissional da FMRP-USP, fiz a escolha por produzir um artigo científico já submetido à Revista de Saúde Pública em Dezembro/2017. Fiz a escolha pelo artigo pra que este possa ser lido e que o seu conteúdo seja repassado de geração a geração e que o conhecimento não se fixe, mas se espalhe.

O leitor encontrará ao longo das páginas desta dissertação uma validação para nossa realidade assistencial de um conteúdo já aplicado e validado em países desenvolvidos. Uma das características mais marcantes no trabalho desenvolvido é sua fina sensibilidade aos valores e percepção da especificidade do setor em relação às redes de atenção à saúde, assim como a coerência entre a visão de mundo, Brasil, Estado e Município. A experiência dos pesquisadores oferece um vislumbre, que persegue a superação dos estreitos limites do sanitarismo científico.

É prazeroso e surpreendente constataros quanta coisa se descortina ao longo dos tempos pela temática da integralidade do cuidado, humanização da assistência e implantação das redes de atenção a saúde. Igualmente constatamos o quão importante é a perspectiva da melhoria do acesso e qualidade da assistência prestada no Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo consegue nos mostrar, não apenas a variedade e complexidade dos fatores contextuais que envolve a implantação da Rede de Urgências e Emergências-RUE. Quando pensamos em mudanças assistenciais e de paradigmas somos obrigados a pensar em como a gestão de recursos humanos e de insumos e a avaliação dos serviços de saúde podem afetar na qualidade e aplicabilidade da assistência prestada. Essas informações nos levam a pensar sobre outras realidades que conhecemos e a nos perguntar como se dá a implantação das Redes de Atenção a Saúde no SUS. Portanto resolvemos pesquisar o sobre a Análise de Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências-RUE.

## CAPÍTULO 2

### ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS\_RUE

#### ANALYSIS OF IMPLEMENTATION OF THE HOSPITAL COMPONENT OF THE URGENCY AND EMERGENCY NETWORK\_RUE

OLIVEIRA, Danilo Carvalho; CANABRAVA, Claudia Marques; MONTENEGRO, Sayanne PAZIN-FILHO, Antônio.

#### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências- RUE na Região de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo e propor uma matriz avaliativa. **Método:** Trata-se de um estudo avaliativo de análise de implantação do tipo I com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado na Regional de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo. Os 7 hospitais pesquisados foram aqueles contemplados no Plano de Ação Regional da RUE - PAR daquela região. Para coleta e análise de dados, foram elaboradas a matriz avaliativa, a matriz SWOT e realizadas entrevistas semi-estruturadas em eixos temáticos. **Resultados:** O eixo das portas de entrada atingiu nível satisfatório (entre 70,8 e 83,8%) e os eixos de enfermagem clínica de retaguarda e de leitos de terapia intensiva atingiram grau pleno de implantação (>90%). Destaca-se que a classificação de risco não foi implantada satisfatoriamente, e que alguns conceitos e atribuições precisam ser melhor apresentados e fomentados, tais como o Núcleo Interno de Regulação, o Núcleo de Acesso a Qualidade Hospitalar e o kanban. Dentre os fatores contextuais que mais ameaçam a implantação da RUE estão as dificuldades de regulação assistencial e a insuficiência de leitos de retaguarda e longa permanência. **Considerações Finais:** Os principais aspectos observados foram a implantação do cuidado multiprofissional e a comunicação inter-hospitalar por meio do Núcleo Interno de Regulação, os quais, ainda que com limitações, contribuíram na integração em rede e

na integralidade da assistência, fundamentais ao enfrentamento da fragmentação do cuidado, desafio maior das urgências e emergências no SUS.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the implantation of the Hospital Component of the Emergency and Emergency Network - RUE in the Ribeirão Preto Region of the State of São Paulo and propose an evaluative matrix . **Method:** This is an evaluative study of type I implantation with quantitative and qualitative approach, carried out in the Ribeirão Preto Region of the State of São Paulo. The 7 hospitals surveyed were those included in the RUE - PAIR Regional Action Plan for that region. For data collection and analysis, the evaluation matrix, the SWOT matrix, and semi-structured interviews were elaborated in thematic axes. **Results:** The axis of the entrance doors reached a satisfactory level (between 70.8 and 83.8%) and the axes of the clinical ward of the ward and of beds of intensive care reached a full degree of implantation (> 90%). It should be emphasized that the risk classification was not satisfactorily implemented, and that some concepts and attributions need to be better presented and encouraged, such as the Internal Regulation Nucleus - NIR, the Hospital Quality Access Center – NAQH and KANBAN. Among the contextual factors that most threaten the implementation of RUE are the difficulties of care regulation and the lack of back beds and long stay. **Final Considerations:** The main aspects observed were the implementation of multi-professional care and inter-hospital communication through the Internal Regulation Nucleus, which, although with limitations, contributed to the network integration and integral care, fragmentation of care, greater challenge of urgencies and emergencies in the SUS.

**Descritores:** Medicina de Emergência/Organização & administração; Sistema Único de Saúde; Avaliação de Programas e instrumentos de pesquisa; Hospitais

**Key Words:** Emergency Medicine/organization & administration; Unified Health System; Evaluation of Research Programs and Tools; Hospitals

**Palabras clave:** Medicina de Emergencia /organización & administración; Sistema Único de Salud; Evaluación de Programas e Instrumentos de Investigación ; Hospitales

## INTRODUÇÃO

Mesmo com todos os avanços alcançados nos últimos anos no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda persiste um modelo de atenção à saúde fragmentado e que não consegue prover a integralidade no cuidado em consonância com as necessidades de saúde da população.<sup>1</sup>

No que tange a urgência e emergência, esta desarmonia no SUS apresenta grande visibilidade para a população, sendo alvo de inúmeros questionamentos e críticas, devido, principalmente, ao aumento da demanda nos serviços de emergência, à dificuldade de acesso, à superlotação das emergências, à não padronização de atendimento pelos profissionais de saúde que atuam nesse perfil assistencial, ao comprometimento da qualidade do cuidado e ao aumento do risco de morbimortalidade.<sup>2,3,4</sup>

A adoção de modelos pautados na rede de atenção à saúde tem se mostrado uma potente estratégia para combater a fragmentação do modelo de saúde vigente, segundo evidências científicas internacionais.<sup>1</sup>

A proposta da organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção à saúde não é recente, tendo sido proposta no Brasil em 1920 pelo relatório Dawson e utilizada desde o movimento da reforma sanitária até a instituição do SUS, quando previu a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 198 que *as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada*. Tais conceitos são reafirmados com a promulgação da Lei 8080 de 1990 que acrescenta, enquanto princípio, a integralidade da assistência, como mecanismo de articulação e continuidade de ações e serviços de saúde, portanto resultado esperado no enfrentamento da fragmentação do cuidado.<sup>5,6,7</sup>

A implementação das redes de atenção no SUS iniciou a partir do ano de 2010 quando o Ministério da Saúde (MS) instituiu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, entendida como *arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*. A partir de então, o MS, em parceria com estados e municípios, passou a trabalhar a adesão, construção e implantação das redes de atenção à saúde, elegendo algumas redes temáticas como

pioneiras neste processo, dentre as quais se destacam: as redes de urgência e emergência, cegueira, psicossocial, da pessoa com deficiência e oncológica.<sup>8</sup>

Nesse contexto, foi criada a Rede de Atenção às Urgências - RUE com o objetivo de articular e integrar todos os equipamentos de saúde a fim de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde.<sup>9</sup>

Dentre os componentes da RUE destaca-se, em portaria específica, a organização do componente hospitalar - HOSP\_RUE/SUS que pretendeu ampliar e qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência, as enfermarias clínicas de retaguarda e os leitos de terapia intensiva.<sup>10</sup>

Por ser recente o processo de implantação da Rede de Urgência e Emergência-RUE no Brasil não existem estudos avaliativos robustos sobre a implantação da referida rede. Neste sentido o estudo tem por objetivo analisar a Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências- RUE na Região de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo e propor uma matriz avaliativa.<sup>11,12</sup>

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo avaliativo de análise de implantação tipo 1 que pretende aferir o grau de implantação da intervenção e seus determinantes contextuais, com abordagens quantitativas e qualitativas.<sup>13,14</sup>

Para sua realização foram construídas três matrizes avaliativas e uma matriz SWOT que permitiram aferir o grau de implantação e os fatores contextuais, respectivamente.

As matrizes de avaliação da implantação do HOSP\_RUE/SUS estão pautadas nas diretrizes normativas do programa e organizadas segundo seus eixos: portas de entrada hospitalares de urgência, enfermarias clínicas de retaguarda e os leitos de terapia intensiva. Para cada um destes eixos foram identificados e ponderados os produtos de implantação esperados e relacionadas as respectivas fontes de verificação (Tabelas 1, 2, 3).

A pontuação atribuída foi proposta pelos investigadores de forma arbitrária, pois não há normativas para o desenvolvimento destes instrumentos e nem experiências ou relatos prévios que pudessem servir de base. Os valores atribuídos a cada quesito levaram em conta a ênfase dada em portaria, atribuindo-se valores que pudessem ser somados a um total de 100, de forma a tornar o instrumento facilmente aplicável. Não foram atribuídos valores intermediários para cada eixo, pois o intuito foi desenvolver um instrumento de fácil aplicação e o acompanhamento da fase I de implantação, sendo que nesta fase, só se considera a implantação plena dos quesitos para finalidade de fomento.

Para cada item, procurou-se atribuir um documento comprobatório para que o grau de implantação atribuído pudesse ser validado adequadamente, para garantir a redução da variabilidade intra e inter-observador, e para sua reaplicação, caso o modelo venha a ser adotado.

A análise global do grau de implantação foi a média aritmética de cada caso, calculado em estatística simples por meio do programa Excel 2010, e, agrupada em cinco níveis: não implantado ( $\leq 20\%$ ), insatisfatório (entre  $> 20\%$  e  $\leq 40\%$ ), intermediário (entre  $> 40\%$  e  $\leq 60\%$ ), satisfatório ( $> 60\%$  e  $\leq 80\%$ ) e pleno (acima de  $80\%$ ).

Já para análise contextual, a matriz SWOT permitiu relacionar as Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats) presentes no ambiente externo com as Forças (Strengths) e Fraquezas (Weaknesses) mapeadas no ambiente interno de cada organização hospitalar avaliada.<sup>16</sup>

## **População e amostra**

Propõe-se avaliar o grau de implantação da 13ª Rede Regional de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo, Região de Ribeirão Preto, composta por 26 municípios e população de 1.357.165 mil habitantes<sup>1, 11</sup>

O estudo teve como unidades de análise os sete hospitais contemplados pela Portaria GM nº 71, de 09 de janeiro de 2014, que aprovou a Etapa VI do Plano de Ação

---

<sup>1</sup> Censo do IBGE de 2016

da Rede de Atenção às Urgências do Estado de São Paulo e Municípios - PAR RUE RRAS 13, detalhados na Tabela 4.<sup>12</sup>

### **Coleta e Análise dos dados**

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2017, a partir de entrevistas semiestruturadas aos gestores das respectivas unidades hospitalares a serem pesquisadas e realizadas *in loco* pelo pesquisador responsável. Para estas entrevistas três questões principais foram realizadas, a saber: Quais os principais resultados observados com a implantação da RUE? Dentre os fatores contextuais que influenciaram no processo de implantação quais foram às forças/fraquezas e oportunidades/ameaças encontradas? Quais seriam as mudanças no processo de implantação da RUE que considera serem necessárias?

Utilizou-se da técnica de história oral para a coleta de dados e, da técnica de análise de conteúdo para a análise dos relatos dos gestores entrevistados, em especial, a análise temática de Bardin (1977).<sup>25</sup>

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, sendo realizada a correção do português e, para obter um texto para análise, utilizaram-se as regras de transcrição de Preti (2003). Posteriormente, organizados seus conteúdos às categorias temáticas para o estudo e apresentadas numa matriz SWOT (Figura 1).

### **Aspectos Éticos**

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE: 68607517.7.0000.5440) sob o parecer nº2.140.400. Foi feita assinatura do TCLE pelo gestor das unidades hospitalares pesquisadas a fim de seguir todos os passos da RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 - CONEP.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Grau de implantação**

Os sete hospitais integrantes da pesquisa foram analisados em relação aos eixos da RUE para os quais houve pactuação no Plano de Ação Regional, a saber: porta de



entrada hospitais E e F; enfermarias clínicas de retaguarda hospitais D e F; e, leitos de terapia intensiva os hospitais A, B, C, E, F G, exceto D.

Na estimativa do grau de implantação no eixo porta de entrada o hospital E obteve uma pontuação de 70,8 pontos e o hospital F de 83,8 pontos, perfazendo uma média de 77,83 pontos, o que caracteriza uma implantação satisfatória conforme parâmetros adotados neste estudo.

No eixo de enfermarias clínicas de retaguarda, o hospital D obteve uma pontuação de 95 e a unidade F atingiu 94,75 pontos totalizando uma média de 94,9 pontos, atingindo nível pleno de implantação.

Já no eixo correspondente aos leitos de terapia intensiva que possuía seis hospitais integrantes obtivemos os seguintes resultados: A (89,2), B (89,2), C (88,5), E (95,0), F (90,0) e G (97,7), totalizando uma média de 91,57 pontos sendo considerado plenamente implantado.

Observa-se que há um equilíbrio entre hospitais de subgrupos por eixo, ou seja, para a maioria dos casos o resultado individual não alterou o nível de grau de implantação atingido pela média aritmética dos hospitais. O único caso em que isso não ocorreu foi para o eixo porta de entrada, e o produto responsável por esta singularidade foi exatamente aquele que tratou do acolhimento com classificação de risco.

Apesar de serem hospitais cujo atendimento é por demanda referenciada, ambos os hospitais do eixo de porta de entrada de urgência não possuíam equipe de acolhimento; o hospital E não dispunha de classificação de risco e não alcançou pontuação neste produto; já o hospital F embora possuísse protocolo, não realizava o seu gerenciamento, tendo, portanto, alcançado 50% da nota final deste produto.

O acolhimento com classificação de risco é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização-PNH. A RUE afirma que *o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.*<sup>9</sup>

Por outro lado, e apesar de desejável, o impacto da classificação de risco em serviços de urgência *porta fechada* ou *referenciados* ainda não está elucidado na

literatura, haja vista que estes modelos foram propostos para unidades *porta aberta* ou *não-referenciadas* e em realidades distintas da brasileira, com objetivo de estimar o tempo que o paciente pode esperar até ser atendido, priorizando os casos mais graves.<sup>18,19,20,21,22</sup>

Estudos da eficácia da regulação médica na Regional de Ribeirão Preto apontam que hospitais no seu processo de transição de porta aberta para referenciada, constituíram um modelo de acolhimento inicial pelo profissional de enfermagem aos pacientes que chegam por demanda espontânea. Os pacientes graves são encaminhados para atendimento no pronto socorro e atendidos de acordo com a prioridade indicada na classificação de risco. Aqueles que não necessitam de atendimento imediato são orientados e encaminhados para um serviço de saúde de sua região adstrita.<sup>23</sup>

Considera-se então uma falha importante ao dispensar a necessidade de avaliação médica. E, deve-se atentar que a instituição de classificação de risco em unidades referenciadas pode ser um retrocesso na cultura de implantação de regulação médica, prevista inclusive na Política Nacional de Regulação.

Estas considerações podem levar ao paradoxo observado no presente trabalho, no qual as unidades hospitalares empenhadas em adaptar-se aos requisitos legais do programa não atingiram pontuação máxima no produto de classificação de risco, do instrumento desenvolvido para esta pesquisa, por não cumprirem este ponto, apesar de serem hospitais porta fechada e estarem inseridos num contexto em que a regulação do acesso e a contratualização de serviços está melhor estruturada.

Outro requisito do eixo porta de entrada hospitalar que manteve a pontuação média do grau de implantação com menor nota quando comparado aos demais eixos foi à instituição do Núcleo de Acesso a Qualidade Hospitalar – NAQH, por ambos os hospitais.

O NAQH é conceituado pela Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP<sup>2</sup> como o núcleo multiprofissional cuja finalidade é a garantia da qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências na forma da Portaria GM/MS nº 2395/2011, que instituiu o componente hospitalar da

---

<sup>2</sup> Portaria GM/MS nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)

RUE. Em ambas as instituições pesquisadas para este eixo embora existam atos constitutivos do NAQH o mesmo não estava em funcionamento.

Neste ponto deve ser comentado que a PNHOSP propõe a criação dos NAQH e dos Núcleos Internos de Regulação - NIR, mas ainda está em curso a regulamentação de como estes núcleos devam exercer suas atividades, podendo em algumas instituições estarem sobrepostas.

No eixo enfermagem clínica de retaguarda e leitos de terapia intensiva tivemos um grau de implantação plenamente satisfatório com cumprimento de quase todos os requisitos constantes na matriz de avaliação exceto a implantação da ferramenta Kanban, considerada pelo MS uma das ferramentas da gestão da clínica.

No presente estudo, o Kanban está implantado apenas em duas unidades, merecendo destaque a ferramenta informatizada desenvolvida pela Unidade de Emergência do hospital E.

Sabe-se que o Kanban foi originado do modelo Japonês criado por Taichi Ohno no ano de 1953 como parte do Sistema Toyota de Produção. Dentre seus objetivos na indústria podemos destacar a comunicação visual, eliminar e ou minimizar desperdícios e atingir o *just in time*.<sup>24</sup>

No Brasil a utilização desta ferramenta na gestão hospitalar é recente e iniciada no final da década de 90. Foi amplamente divulgada com o Programa SOS Emergências do Ministério da Saúde, integrante da RUE, que adotou esta ferramenta para todos os 31 hospitais integrantes do programa.<sup>25</sup>

Na gestão hospitalar o Kanban é entendido como uma ferramenta de monitoramento do tempo de permanência sinalizado por meio de cores, que contribui para a melhoria do fluxo assistencial, maior resolutividade dos casos internados e promoção do gerenciamento efetivo do leito. Neste método são registrados os tempos de permanência, as possíveis motivações desta permanência e realizado o monitoramento das pendências para subsidiar a tomada de decisão.<sup>24,25</sup>

Um dos exemplos que podemos citar é o do Hospital Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha (Campo Limpo) no município de São Paulo que ao fazer uso do Kanban reduziu pela metade o tempo médio de permanência de pacientes entre 2014 e 2015, que

passou de 13 dias, em 2014, para 6,3 dias em 2015 - queda de 51,53%. No departamento de neurologia, o tempo de permanência passou de 14,7 dias para 5,4 dias. E, na ortopedia, em fevereiro de 2015, a média era de 9,1 dias, indo para 5,5 dias em fevereiro de 2016<sup>3</sup>.

Assim sendo, considera-se que a integração do processo de implantação do Kanban integrado a dados administrativos e de apoio à decisão médica (prontuário eletrônico), além de dados da regulação médica, poderão prover indicadores de fluxo assistencial para a adequada construção das linhas de cuidado em urgência e emergência.

### **Análise dos aspectos contextuais**

Quanto aos pontos fortes de implantação da RUE destacam-se a estruturação da equipe multiprofissional e a criação de vínculo entre municípios através do NIR. No que se refere às fraquezas na implantação da RUE, 90% dos gestores entrevistados realçaram questões relacionadas à estrutura predial. Outra fraqueza apresentada pelos gestores entrevistados foi a fragmentação da regulação médica entre o Município-sede (Ribeirão Preto) e o Estado (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS). Apesar de iniciativas para sua unificação, apenas recentemente este processo está sendo concretizado.

A despeito da iniciativa de instalação de leitos de longa permanência em hospitais de pequeno porte com impacto considerável no aumento de vagas oferecidas pela instância terciária para áreas de estrangulamento do sistema, como a Neurologia e Terapia Intensiva, a questão da insuficiência de leitos de retaguarda ganhou destaque enquanto ameaça à implantação da RUE, e provocou menor rotatividade de leitos frente à demanda assistencial referenciada para urgências e emergências.<sup>26</sup>

As oportunidades foram diversas, mas a qualificação da comunicação interhospitalar fomentadas pelo NIR apareceram em 100% das entrevistas. Destaca-se

---

3

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/autarquia\\_hospitalar\\_municipal/noticias/?p=216252](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/autarquia_hospitalar_municipal/noticias/?p=216252)

neste aspecto as iniciativas de matriciamento, cooperação técnica e de fomento à gestão em rede.<sup>27</sup>

Vale ressaltar que os resultados do presente estudo estão relacionados aos fatores contextuais que são presentes na região de Ribeirão Preto dos quais sobressaem: i) contratualização efetiva com o gestor estadual e municipal pautada em metas norteadas pelas diretrizes do Ministério da Saúde e Secretária Estadual de Saúde - SES de São Paulo; ii) auditoria contratual presente e sistemática que acompanha as metas pactuadas nos respectivos contratos; iii) dedicação do Grupo Condutor da Rede de Urgências e Emergências conduzido pelo Departamento Regional de Saúde - DRS; iv) o programa Santas Casas Sustentáveis da SES SP; e v) o sistema informatizado de Regulação do Estado que é disponibilizado para todos os municípios.

Deve ser salientado que o desenvolvimento inédito e específico de um instrumento para avaliar a implantação do componente hospitalar da RUE em consonância com as normativas vigentes é uma contribuição importante deste estudo, e, se aplicado em diferentes regiões do país pode oferecer maiores contribuições ao desenvolvimento do programa avaliado, bem como possibilitar a validação do próprio instrumento.

Conhecendo-se a heterogeneidade da realidade brasileira, é possível que ao se aplicar este instrumento para outras regionais, o instrumento produza resultados muito inferiores aos obtidos, demonstrando ser elevada especificidade, quando maior sensibilidade poderia ser necessária em regiões menos desenvolvidas, o que pode ser considerado uma limitação. No entanto, ele foi desenvolvido com base na Portaria que regulamenta o componente hospitalar da RUE e é objetivo promover acompanhamento da implantação numa mesma unidade hospitalar ou regional de saúde.

Concluindo, o grau de implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências – RUE na região de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo foi implantado satisfatoriamente no eixo de porta de entrada de urgência e plenamente implantado nos eixos de enfermaria clínica de retaguarda e de leitos de Terapia Intensiva. Os fatores contextuais presentes na região foram de grande estímulo para o resultado obtido no estudo e os principais aspectos observados com a implantação dos dispositivos do componente hospitalar da RUE foram a implantação do cuidado

multiprofissional e a comunicação inter-hospitalar por meio do Núcleo Interno de Regulação, os quais, ainda que com limitações, contribuíram na integração em rede e na integralidade da assistência, fundamentais ao enfrentamento da fragmentação do cuidado, desafio maior das urgências e emergências no SUS.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. MENDES, EV. Redes de Atenção à Saúde. Caderno Saúde Pública.15(5), p. 2297- 3905, 2010.
2. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Série Técnica Rede Integradas de Atenção a Saúde: Rede de Atenção a Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais Estudo de Caso. Unidade Técnica de Gestão do Conhecimento e Comunicação da OPAS/OMS – Representação do Brasil, 2011.
3. CARRET, MLV; FASSA, AG; PANIZ, VMV; SOARES, PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil Ciênc. saúde coletiva vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011.
4. CARRET, MLV; FASSA, ACG; DOMINGUES, MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad. Saúde Pública, Jan 2009.
5. ARRUDA, C et.al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. Esc. Anna Nery vol.19 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2015
6. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
7. BRASIL, Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF): Seção 1: 018055, 1990.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)> Acesso em 21 set 2017.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção as Urgências e institui a Rede de Atenção as Urgências no Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em 21 set 2017.

10. BRASIL, Portaria 2.395 de 11 de Outubro de 2011. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIBNOVEMBRO7REUNIAO/componentehospitalardeurgencia.pdf>. Acesso em: 21 set 2017.
11. BRASIL, Plano de Ação da RUE Ribeirão Preto –SP. Disponível em: <http://www.nephrp.com.br/assets/pdf/atencaohospitalar/grupo-condutor-da-rede.pdf>. Acessado em 21 set 2017.
12. BRASIL, Portaria GM 71 de 09 de Janeiro de 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0071\\_09\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0071_09_01_2014.html). Acessado em: 21 set 2017.
13. DENIS, JL; CHAMPAGNE, F. Análise de Implantação. HARTZ, ZMA. org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1, 1997.
14. VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D.R. & HASSEN, Ma. De N. A.: Metodologias Qualitativa e Quantitativa in \_\_\_\_ Pesquisa Qualitativa em Saúde – Uma Introdução ao Tema, Cap 3, pp33-44. Tomo Editorial, 2000;
15. CHIAVENATO, I; SAPIRO, A. Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações. 1. ed. 13º tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
16. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977
17. PETRI, D. Análise de Textos Oraís. 6. Ed. São Paulo: Humanitas, 2003
18. Swedish Council on Health Technology Assessment. Triage Methods and Patient Flow Processes in Emergency Departments: A Systematic Review [Internet]. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU); 2010 Apr. PMID:28876773
19. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A, Asplund K, Castrén M, Farrohknia N. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011 Jul 19;19:43. doi: 10.1186/1757-7241-19-43. Review. PMID:21771339
20. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, Asplund K, Göransson KE. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011 Jun 30;19:42. doi: 10.1186/1757-7241-19-42. Review. PMID:21718476
21. Ming T, Lai A, Lau PM. Can Team Triage Improve Patient Flow in the Emergency Department? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adv Emerg Nurs J.* 2016 Jul-Sep;38(3):233-50. doi: 10.1097/TME.000000000000113. Review. PMID:27482995
22. Elder E, Johnston AN, Crilly J. Review article: systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency

department. *Emerg Med Australas*. 2015 Oct;27(5):394-404. doi: 10.1111/1742-6723.12446. Epub 2015 Jul 23. Review. PMID: 26206428.

23. PAZIN et.al., Emergency medical coordination using a web platform: a pilot study. *Rev Saúde Pública* 2010;44(6)
24. MOURA, RA. *Kanban: a simplicidade do controle da produção*. 4 ed. São Paulo :Imam, 1996.
25. SPROVIERI, SRS et.al. Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde. *RAS \_ Vol. 16, No 63 – Abr-Jun, 2014*.
26. PAZIN et.al., Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências, *Rev Saúde Pública*;49:83, 2015.
27. Organização Panamericana de Saúde. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas* . Washington: OPAS; 2010.



**Tabela 1: Matriz Avaliativa do Componente Hospitalar da RUE Eixo Porta de Entrada:**

OBJETIVOS DE IMPLANTAÇÃO	PRODUTOS DA IMPLANTAÇÃO		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONDERAÇÃO
QUALIFICAR AS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA	Acolhimento com classificação de risco	Identificação do paciente em ambiente específico e segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte	Visita - Mecanismos de identificação dos pacientes classificados	12
		Adoção de protocolo de classificação de risco com gerenciamento dos tempos preconizados	Documental: Estratificação dos dados da classificação com o perfil de acordo com protocolo adotado.	13
		<b>SUBTOTAL</b>		
	Mecanismos de gestão da clínica	Protocolos clínico-assistenciais implantados (Protocolos IAM, AVC e Trauma) de acordo com a tipologia do hospital	Documental e Entrevista - protocolo elaborado e gerenciamento de indicadores dos respectivos protocolos	6
		Equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos implantada	Documental - Escala da equipe de referência contratada	6
		Equipe multiprofissional de forma horizontal compatível com o porte	Documental - Escala - nº E especialidades de profissionais contratados	6
		Kanban implantado	Visita - Quadro Kanban	6

	Núcleo Interno de Regulação – NIR implantado	Documental e Entrevista: núcleo implantado/normativa interna de funcionamento; escala de trabalho e atividades desenvolvidas	6
	SUBTOTAL		30
Inserção em rede e governança ampliada	Implantação da retaguarda às urgências de outros pontos de atenção de menor complexidade em sua região a partir do fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias	Documental e Dados secundários - "contratualização/pactuação"; SIA e SIHSUS para outros municípios	12
	Fluxos de referência e contrarreferência com SAMU 192, UPA e com outros serviços da RAS	Documental e Entrevista - "contratualização/pactuação"; relação SAMU e NIR/Regulação Hospitalar	6
	Submissão da Porta de Entrada à Central Regional de Regulação de Urgência	Documental e entrevista - "contratualização/pactuação"; relação Central de Regulação e NIR/Regulação Hospitalar	6
	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)	Documental e Entrevista: núcleo implantado/normativa interna de funcionamento; escala de trabalho e atividades desenvolvidas.	6
	SUBTOTAL		30

	Procedimentos administrativos (regulação e RH) implantados	Reorganização dos fluxos e processos de trabalho com equipes multiprofissionais horizontais e utilizando-se de prontuário único	Documental e Entrevista	7
		Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes	Documental: análise do plano de educação permanente e ou cronograma de atividades voltadas a qualificação da unidade	8
		SUBTOTAL		15
	TOTAL		100	

**Tabela 2: Matriz Avaliativa do Componente Hospitalar da RUE Eixo Retaguarda Clínica:**

OBJETIVOS DE IMPLANTAÇÃO	PRODUTOS DA IMPLANTAÇÃO		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONDERAÇÃO
AMPLIAR E QUALIFICAR ENFERMIARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA	Mecanismos de gestão da clínica implantados	Protocolos clínico-assistenciais implantados	Documental e entrevista - protocolo elaborado e padronização de conduta clínica (exames solicitados etc)	10
		Kanban implantado	Visita - Quadro Kanban	5
		Equipe multiprofissional horizontal e compatível com o porte	Documental - Escala - nº de profissionais contratados	10
		Taxa de Ocupação para no mínimo 85%	Dados secundários: SIHSUS	5
		Tempo médio de permanência de no máximo 10 dias	Dados secundários: SIHSUS	5
		<b>SUBTOTAL</b>		
	Inserção em Rede e governança ampliada	Articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando couber	Entrevista	15
		Regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos	Entrevista	10
		Submissão da enfermaria clínica à	Entrevista / Análise documental	15

	auditoria do gestor local		
	SUBTOTAL		40
Procedimentos administrativos (assistenciais, regulação e RH) implantados	Realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos	Entrevista / Visista in loco	15
	Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes	Documental: análise do plano de educação permanente e ou cronograma de atividades voltadas a qualificação da unidade	10
	SUBTOTAL		25
TOTAL			100

**Tabela 3: Matriz Avaliativa do Componente Hospitalar da RUE Eixo Leitos de Terapia Intensiva:**

OBJETIVOS DE IMPLANTAÇÃO	PRODUTOS DA IMPLANTAÇÃO		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONDERAÇÃO
QUALIFICAR UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	Mecanismos de gestão da clínica implantados	Protocolos clínico-assistenciais implantados	Documental e entrevista - protocolo elaborado e padronização de conduta clínica (exames solicitados etc)	10
		Kanban implantado	Visita - Quadro Kanban	10
		Equipe multiprofissional horizontal e compatível com o porte	Documental - Escala - nº de profissionais contratados	10
		Taxa de Ocupação média mensal de 90%	Dados secundários: SIHSUS	10
		<b>SUBTOTAL</b>		
	Inserção em Rede e governança ampliada	Submissão da UTI à auditoria do gestor local	Entrevista / Análise documental	20
		Regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos	Entrevista	20
		<b>SUBTOTAL</b>		
	Procedimentos administrativos (assistenciais,	Realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos	Entrevista / Visita in loco	10

	regulação e RH) implantados	Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes	Cursos de capacitação desenvolvidos após implantação da RUE	10
			SUBTOTAL	20
			TOTAL	100

**Tabela 4: Hospitais contemplados pela Portaria GM/MS n° 71/2014 da Regional de Ribeirão Preto e eixos pactuados por hospital.**

<b>Município</b>	<b>Estabelecimento</b>	<b>Porta de Entrada</b>	<b>Enfermaria de Retaguarda</b>	<b>Leitos de Terapia Intensiva</b>
Batatais	A			5
Monte Alto	B			4
	C			6
Ribeirão Preto	D		20	
	E	X		51
	F	X	10	12
Sertãozinho	G			5

Fonte: Portaria GM/MS n° 71 de 09 de janeiro de 2014.



**Figura 1: Análise SWOT**



## APENDICE

### ENTREVISTAS NA INTEGRA COM GESTORES DA RUE

#### 1. Perguntas

- No processo de implantação da RUE o que vocês atribuem como força e fraqueza - internas, oportunidade e ameaças encontradas – externo.

**(Santa Casa de Sertãozinho)** – Nossa maior força é ter uma equipe muito centrada. Em especial a equipe de enfermagem e administrativa. Outra força é o vínculo com o município, o NIR tem uma abertura para marcar consultas no município, este contato é muito bom, já para os outros municípios não funciona. Outro ponto forte é que fazemos reuniões de equipe por equipe para explicar sobre os campos, protocolos, mas é constante a resistência. A equipe multiprofissional (psicologia, fonoaudiologia, Terapia ocupacional, assistente social, nutrição, fisioterapia, medicina, enfermagem). Nas UTIs temos equipes horizontais. A fraqueza para implantação foi quanto as orientações dos NIR, pois as UTIs caminham tranquilamente, no NIR a equipe administrativa é focada, porém a resistência maior é medica. Portanto a ameaça externa por ser referência de outros municípios, a gente percebe a dificuldade técnica dos outros municípios, um exemplo é referente a alta qualificada, alguns municípios desconhecem. Internamente uma ameaça, foi que tivemos que fazer uma adaptação de enfermagem no NIR, descentraliza poder, devido um corpo clínico muito heterogêneo, temos muitos médicos mais antigos que sempre fizeram assim, são mais resistentes a mudanças, porém tem alguns mais novos que aderem com mais facilidade. A Estrutura/ espaço é uma fraqueza, temos um projeto de ampliação na Secretaria Estadual, dobraremos leitos, ampliação de UTI geral, precisaríamos de espaço para atender melhor, o prédio tem 121 anos, a estrutura é antiga, com limitações de crescimento. No projeto novo a UTI passa de 9 para 20 leitos. Nossa taxa de ocupação é acima de 100%, onde 6 leitos são SUS, 3 de convenio e um leito de retaguarda para o que precisar. Percebemos que os municípios menores na crise reduziram atendimento, um exemplo foi a maternidade de Pontal fechou, mas a logística não foi refeita, o transporte sanitário por exemplo demora muito para fazer a transferência do paciente, devido esse problema de logística, o que torna-se uma fraqueza.

**(Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto)** – Nossa principal força é a equipe, tem-se uma competência técnica grande, além da densidade tecnologia razoável, precisou-se de alguns ajustes, mas cumprimos o propósito da RUE, a equipe multiprofissional foi ampliada. Fraqueza: a equipe ainda trabalhava fragmentado, o componente multiprofissional não era adequado. O prédio é antigo, sendo necessárias adaptações, não gerida conforme fluxo. Temos um projeto de mudança para atender melhor o fluxo e as logísticas com mais tranquilidade, mas as equipes ficam próximas e isso se torna uma força, discutir casos olhando olho no olho. A gestão sempre foi favorável à

implantação, ajudou no pensar dessa rede, inseriu-se como um dos atores. Ameaças externas, o componente político, um conflito muito presente, além de os municípios, com momentos difíceis do ponto de vista econômico, sendo “jogados” pacientes que não são do perfil do HC no HC. Outra ameaça externa é o entendimento dos municípios quanto às complexidades, já conseguimos os leitos de longa permanência, mas ainda não temos componentes para receber este paciente. O componente econômico é presente, com fechamentos de leitos, fragilidade de todos os municípios. “Discurso clássico: o paciente tá internado, a alta você que se vire”, portanto a des-hospitalização é um problema, porém está sendo trabalhada pela equipe de humanização e do NIR, com reavaliação pelo SAD em pelo menos 10 dias pós-alta, mas não acontece. Temos ainda uma grande concentração de pacientes secundários e depois se torna urgência e fica na rede. Não temos protocolo de alta responsável definido, temos um KIT alta no sistema HC (Médico dá alta, com guias de referência e contra referência, onde a enfermeira auxilia na alta e nos relatórios junto com outros profissionais, porém os agendamentos pelo HC acontecem, mas pela rede não), para mim toda alta é responsável, mas o KIT alta ainda não resolve tudo para o paciente e nem é uniforme, portanto estamos tentando uniformizar. A resolutividade da rede ainda deixa a desejar, principalmente em termos de atenção básica, portanto pacientes acabam tendo complicação em curto tempo, portanto o AME seria uma estratégia organizadora de rede, devido ficar um vácuo grande entre atenção básica e hospital terciário. **Outra ameaça era a comunicação com a gestão anterior de saúde, onde via o HC como adversário e não com aliado na atenção ao paciente, hoje temos uma comunicação melhor e uma pactuação melhor.** De oportunidade externa foi à oportunidade dos atores sentarem e discutirem sobre a RUE, construiu-se um grande pacto e cada um entendeu as dificuldades do outro. A RUE ajudou no custeio, modernização dos equipamentos com este recurso, gerenciamento de protocolos, quando há uma obrigação de se cumprir. Redesenhando o mapa da Rede que ainda é muito antigo, tem sido cobrança constante junto a DRS. O investimento maior no SAD (serviço de Atenção domiciliar), um serviço com trabalho muito bonito e tecnicamente bem executado, como uma oportunidade. Estamos com projeto via rede RUTE/telemedicina com os hospitais da rede para atendimento mais rápido e preciso do paciente, isto possibilita muitos treinamentos em termos de Cardiologia e Neurologia inicialmente. Visitas nas instituições de retaguarda e aos pacientes reabilitados, muito enriquecedor.

**(Santa Casa de Monte Alto)** – Quando a RUE chegou nossa UTI estava montada, uma estrutura muito boa, então pedimos habilitação de leitos, então esta habilitação foi importantíssima. A equipe é uma força, a estrutura é uma força também. Uma fraqueza é a alta complexidade que não conseguimos dar seguimento e andamento, portanto sentimos muito bloqueados. O SAMU é uma ameaça devido tempo de espera para procedimentos em Ribeirão Preto, mas tem muitas limitações, assim como tecnicamente para manejo do paciente. O contato com a rede é muito bom, pactuamos agora a contra referência, para que o paciente já saia agendado, foi pactuado na Conferência Municipal de Saúde. Com a DRS também não temos dificuldades nas conversas, mas temos dificuldades estruturais, onde eles não conseguem cumprir nossas necessidades, um

exemplo já chegamos a ficar com paciente dialítico 2 meses na UTI por falta de onde poder encaminhar. A equipe é bem aderente a protocolos, fazemos a visita multidisciplinar (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, farmacêutica e fisioterapia) e estamos funcionando numa visão horizontal, em tempos há deslizes, mas por conta de formação. Fazemos treinamentos em loco sobre os protocolos, além de treinar as outras categorias, de forma isolada. Temos uma estratégia de fazer treinamentos dinâmicos, chamando a adesão, realístico. Temos uma equipe de líderes de enfermagem que trabalha as questões. Os cursos são documentados. De suporte diagnóstico temos tudo e mais atualmente ressonância.

**(Santa Casa de Ribeirão Preto)** – Inicialmente a adesão a rede foi para nós uma oportunidade muito grande não só de investimento financeiro, mas intelectual, a integração da área médica e as demais profissões se fez. As equipes de saúde estão muito preparadas, uma administração confiante nas suas equipes hoje tem equipes multiprofissionais e usamos protocolos, somos bem orientados e discutimos frequentemente. Uma força foi o apoio de todos. Um corpo clínico mais envolvido com o SUS, valorizando mis o SUS. A vaga zero está mais estruturada, as pessoas são mais conscientes e se comunicam mais referente à vaga zero, com intercâmbio e comunicação efetiva. A rotatividade melhorou muito, o Kanban auxiliou muito, hoje vemos e estamos sempre atentos para tempo de permanência do paciente. Fraquezas: fisicamente a unidade que atende emergências é ruim, algumas equipes se desfizeram, mas estamos tentando refazê-las. Não termos área de queimados é uma fraqueza, a falta de informações durante a implantação. A falta do investimento, o dinheiro iria chegar, mas não chegou, portanto fizemos frente a recursos próprios. Oportunidades, aderência à rede, estruturação interna para receber a rede, além de oportunidade de conhecer todo o sistema através do NIR. Os médicos estão querendo participar, querem ser vinculados ao corpo clínico. Ameaças: Não consigo ver ameaças, mas de forma estratégia, seria trazer mais pacientes de urgência, sendo que temos mais leitos eletivos. Uma ameaça são os leitos de retaguarda que ainda são escassos. Temos ainda dificuldade de devolver o paciente para rede, apesar de termos uma atenção básica estruturada em detrimento de outros, ainda falta gerencia de fluxo. Não temos referência da rede para encaminhar, a capacidade instalada da rede deixa a desejar.

**(Santa Casa de Batatais)** – Forças: Estamos à frente da UTI há 11 anos, então identificamos como força é sem dúvida a ótima interação multiprofissional foi essa interação que temos conseguido ter resultados extremamente favoráveis, uma humanização mais presente. Uso de protocolos deixou a equipe mais segura, mas confiante, além de trazer uma satisfação positiva. Conseguimos ter uma boa relação à administração, não tivemos respostas negativas, viabilizando atendimento, um exemplo é ter um ECO beira leito. Aquisição de novos equipamentos para facilitar a assistência. Menor rotatividade de equipes. Treinamentos para alta qualificada, temos uma equipe de reabilitação, ajudando-nos a deshospitalização e redução da taxa de reinternação. Fazemos horizontalidade, temos um cuidado horizontal otimizado, fazemos visita multiprofissional 3 vezes na semana com registros. Temos Educação Continuada, com

enfermeira exclusiva, com atividades para além da enfermagem, temos parceria do educa SUS em 2013. De suporte diagnóstico só não temos ressonância e hemodinâmica (regulada via CROS), mas somos bem equipados quanto a isso. Fraquezas: A ambiência ainda dificulta nossa atuação, um hospital antigo, outra fraqueza é a dificuldade de fazer educação médica continuada intrahospitalar ainda é baixa. Oportunidade maior foi de auto crescimento da instituição e melhoria de qualidade na assistência. Ameaças: O feedback de pacientes complexo atendidos pelo HC ainda é bem escasso, dificuldade na contra - referência, não estando ainda bem estabelecida.

**(Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto)** – Forças: Alocação adequada dos pacientes, mesmo com demanda maior que a oferta de leitos. Equipamentos a mais do que portaria pede. Equipe multiprofissional (Médico, diarista, enfermagem, fisioterapia, psicólogo, nutricionista e farmacêutico), visitas diárias, início de implantação do PTS, temos um cuidado horizontal. Os protocolos existem e são seguidos. São feitas atividades de educação permanente, onde da enfermagem é mais forte, mas estamos dando andamento para equipe multiprofissional. A estrutura da UTI é boa. Temos todo suporte diagnóstico. Fraqueza, temos nove leitos para o SUS, porém não atende à demanda. O Kanban ainda não está implantado, mas está em processo. Oportunidade: constituição do NIR, agora temos equipe exclusiva que compõe o núcleo. O diálogo com os outros hospitais melhorou muito, principalmente frente à regulação municipal. Todos os NIR estão no grupo. Ameaça: temos uma dificuldade de devolver o paciente para rede, de fazer a alta responsável, o sistema de contra- referência é informatizado, a equipe médica é resistente a referência. Um sistema único de regulação, pois as duas não se comunicam. A dificuldade de regular.

**(Hospital Santa Lydia)** – Forças: equilíbrio financeiro, considerando perfil do hospital por pacientes mais idosos, os gastos são bem amovidos, portanto tivemos um ajuste destas contas. Atendimento focado em um perfil de paciente, no nosso caso paciente idoso, de clínica médica e pacientes infectados. A equipe começou a entender melhor o sistema SUS. Participar de uma rede. Temos equipe multiprofissional atuante. Fazemos alta responsável e qualificada (categorização conforme prognóstico do paciente) e conversamos bem com a rede e om SAD, foi um trabalho pioneiro, somos guiados sempre por protocolos. Fraquezas: Muito poucos, a equipe pode complementar, congruir as equipes ainda é muito difícil, devido perfila anterior de hospital particular, hoje 90% do hospital é SUS. 97% de ocupação, com médica de permanência de 5 – 7 dias, mas depois de uma mudança de equipe passamos par 8 -9 dias. Na alta hospitalar ainda temos dificuldade em termos de onde mandar este paciente, porem nosso paciente tem uma resolução mais completa, devido equipe multiprofissional. Nosso diálogo é através da regulação. Oportunidades: referente às altas. Ameaças: número de pacientes, o volume aumentou e a capacidade instalada é fixa. As exigências são maiores, mas o sistema não absorve. Tem coisas da rede que está sendo feito no hospital, portanto deixa o hospital cheio. Ter duas regulações é ruim, se o sistema é único, a regulação tem que ser única.

- Na sua perspectiva, sobre o processo de implantação da RUE, se vocês fossem repensar, o que faria ser diferente? O que melhoraria?

**(Santa Casa de Sertãozinho)** - Na região, eles deixaram a Santa Casa de Ribeirão Preto como porta da RUE e Sertãozinho ficou com UTI, mas recebem-se muito pacientes de Ribeirão Preto via CROSS, portanto um elo quebrado. Sabemos que de 21 – 25% dos pacientes é de fora, o recurso fica só na porta, portanto descentralizar esse recurso melhoraria seria uma estratégia viável. Sempre fomos convidados para as discussões da implantação, participaram ativamente do processo.

**(Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto)** – Pergunta difícil. Aplicação de cálculos, e não de necessidades, leito, população, é bem matemático e não capacidade instalada, portanto acho que a coisa se baseou muito na alta complexidade, talvez o balanço feito de forma não igualitária. No desenho da RUE precisaria de algo intermediário, entre a Atenção Básica e a Alta complexidade. Ação intersetorial dentro da rede. No desenho da RUE, fala apenas da saúde, mas tem outros participantes, como o DETRAN, Meio ambiente. Só temos duas portas de entrada, foi algo bem feito, mas em tudo temos algo que precisa melhorar. Alguns poucos hospitais da RUE funcionam bem, porém em sua maioria não funciona, falta equipamentos, portanto faltaram-se consórcios entre municípios. A RUE funciona bem quando tivermos uma entrada e saúde de baixa e média complexidade boa.

**(Santa Casa de Monte Alto)** – Pensaria diferente a alta complexidade e do SAMU, descentralizar, pois está tudo em Ribeirão Preto. Abrir novos credenciamentos de alta complexidade e a questão da longa permanência.

**(Santa Casa de Ribeirão Preto)** – Mais leitos de longa permanência para Ribeirão Preto, a fim de desafogar os hospitais e deixar a família tranquila.

**(Santa Casa de Batatais)** - Suporte financeiro da RUE para nós ainda é escasso, para outros serviços podem não ter esta dificuldade. Achamos que deve investir em quem faz, devendo direcionar melhor. Temos uma demanda alta na emergência, precisam-se reestruturar os hospitais de origem, sem necessidade de utilizar a regulação, a horizontalidade dever ser real, delinear bem as complexidades. Os leitos de longa permanência nas cidades vizinhas a fim de receber os pacientes. As linhas de cuidado ainda não funcionam efetivamente.

**(Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto)** – As cidades da região têm suporte, mas não atende os pacientes. Deixar uma regulação única. Reforçar a rede primária, tem pouca resolutividade. A UPA reguça bem, tem um cunho educativo, mas dá uma sensação que alguns postos forcem regulação para tirar paciente do posto. Nos elencaríamos como porta.

**(Hospital Santa Lydia)** – Montamos um plano conforme necessidades, projeto enviado em 2011 e aprovado em 2013, mas as necessidades mudam, portanto, a revisão de tetos tem que ser avaliados. Reuniões da própria rede e depois fazer um sumário para discutir

com gestores federais. Teríamos que ter leitos de longa permanência, temos dificuldades de tirar o paciente de dentro do hospital devido distância dos leitos de longa permanência.

- Enquanto política, quais os principais resultados que a RUE trouxe para vocês, algo que vocês não tinham e a partir dela passaram a ter.

**(Santa Casa de Sertãozinho)** – Melhoramos as discussões, uma proximidade regional maior, discussão de dificuldades, somos membros ativos das reuniões do NIR, inclusive o NIR foi um ganho. A RUE organizou os processos, ficou mais profissional, menos informal. Com a força da RUE tem-se um apoio de implantação e de organização de serviço muito maior. Temos NIR, NAQ, alta responsável, NSP, Centro Integrado de Humanização, além da RUE temos a PNAS, então o plano de gestão engloba todos os gargalos através das políticas. Observamos que as políticas são pactuadas/inseridas, mas não existe uma fiscalização, portanto dever-se-ia ligar verba a metas, como suspeitas de perdas caso não se cumpra metas. Cobrança de indicadores, prazos. Isto delimita e temos força para deixar os hospitais mais livres, reforçando a cultura do FAZER, fitou-se o exemplo do programa Santa Casa Sustentável, metas, indicadores e isso refletia em investimento.

O nosso NIR conversa com os outros NIR nas chegadas e nas saídas de paciente, temos grupos de Wats App, tivemos um subgrupo para fazer o plano de contingência regional, o grupo condutor é atuante. Sempre trocamos pacientes com o HC, média e alta complexidade, então o entendimento está bem interessante. Os indicadores, monitoramos os da UTI, com desvio padrão, é um documento que trabalhamos mensalmente, ao longo do tempo descentralizou-se, aumentou-se a demanda. A média de permanência é menos que 7, a rotatividade gira em torno de 7 – 8 dias, temos 120 leitos, uma média de 950 internações mês/hospital. O município audita semanalmente com auditoria de contas, temos a reunião do planto operativo sentamos a cada 3 meses, reuniões marcadas do ano inteiro e discutimos as metas a serem alcançadas e os indicadores, membros do conselho de saúde, estado e município, auditoria contábil (discutido DRE) e assistencial. Quanto à fiscalização, fazemos prestação de contas, temos no site a transparência. Leitos regulados via CROSS, NAQ e UPA, com discussão de implantação de um único sistema, o CROSS ver a região, mas não o município.

Nosso suporte diagnóstico só não engloba ressonância, porém fazemos através de convenio. A Educação Permanente, temos um setor de treinamento, temos a integração (entrada) e reintegração (anualmente com revisões), os funcionários que retornam das férias, tem que passar por reintegração. Mensalmente tem a EP, 4 temas que estão em alta, treinamentos de 15 minutos em todos os setores, temos um planejamento anual para treinamento nas alas, sempre embasado na assistência e nos indicadores, sempre da equipe multiprofissional e temos os treinamentos externos.

Nosso KANBAN - a enfermeira do setor tem o seu senso, ela faz o acompanhamento diário, se tiver dentro do prazo, deu 6 dias já fica amarelo se deu 7 dias já coloca a bola vermelha e na reunião relata para os médicos a coloração de cada paciente. O serviço de estatística passa uma parcial diária para o NIR dos pacientes internados, daí depois da visita da enfermeira há um contato sobre posicionamento referente aos pacientes, de forma individualizada, portanto começa-se a fazer a programação do paciente antes de chegar ao tempo máximo de internação.

**(Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto)** – A RUE sistematizou. A forma de construção foi muito bem discutida. Melhorou desde o NIR, Visita multiprofissional, Alta, Humanização e todos os mecanismos envolvidos, maior interação entre profissionais e entre instituição. A RUE pede a visita multiprofissional, uma lógica de passagem pelos profissionais. A educação permanente é ativa com formação realística, faz um diagnóstico das necessidades da nossa realidade e não trazidas de congresso, temos que investir no trabalhador, a RUE trouxe uma mudança de cultura. O NIR trabalha 12 horas, temos médico e enfermeiro, e funcionamos aos fins de semana, as pessoas conhecem o NIR e agora solicitam. Já temos uma tela com KANBAN pra monitorizar, temos trabalhado com pacientes mais complexos, mas ainda não conseguimos estimar tempos de permanência na sala de urgência, na prática nos enxergamos, mas precisamos ver isto via sistema e indicadores. A DRS faz uma reunião mensal dos NIR e tem Watts App para se comunicarem. Hoje a equipe conversa internamente e com os integrantes da rede, ainda em construção. A RUE mudou comportamento, onde antes só existiam médico e enfermeiro, após a RUE existem ativamente outros membros da equipe para proporcionar um cuidado horizontal.

O NAC, temos uma portaria, montamos o NAQ, mas o NIR não participa. Temos um participante do NAC nas reuniões do colegiado. Sabemos que o NAQ ideal seria mais amplo, o NAC para enxergar a rede e não só a instituição onde está instalado. Tem representante do HC campus, CTIs e o representante da EU. Ainda está andando, mas não 100% ativo, estamos em processo de formação.

A CROSS e Regulação Municipal regulam nossos leitos, tem uma promessa de unificação em termos de regulação e sistema. O prontuário do paciente é único. Quanto à classificação de risco, somos porta referenciada e não fazemos ainda classificação de risco. Foi feito um regulamento da sala de urgência, que está aprovado, mas não trabalhamos ainda a classificação de risco. Temos uma demanda em média 2.500 pacientes mês, regulados temos 1.900 internação mês. Hoje o enfermeiro faz uma classificação, do ponto de vista de espaço, mas não conforme Manchester e nem MS, com médias de atendimento, tempo resposta bem baixo.

Uma das oportunidades de melhoria seria uma dinâmica de classificação de risco, está dentro do nosso projeto de gestão. Houve uma época queria-se comprar um programa de triagem que joga os dados e sai à classificação, porém não substituí o treinamento das pessoas para classificar. Está trabalhando com o MEWS adaptado para Manchester, com um KanBan e a cultura vai acontecer, vamos poder determinar tempos de



atendimento. Os protocolos, do ponto de vista clínico, seguimos uns 30 – 40 protocolos. Outra coisa é protocolo da ANVISA, junto a certificação da CQH e outros protocolos de processos de trabalho que estamos modificando, exemplo dos BIPAPS, da passagem de traqueostomias, entre outros.

**(Santa Casa de Monte Alto)** - Sustentabilidade financeira para manter a UTI.

**(Santa Casa de Ribeirão Preto)** – Acessibilidade, um contato maior na rede, o profissional ficou mais acolhido, saímos do marasmo. A triagem, a classificação de risco. Agora somos acordados sobre leis. O NIR trouxe uma melhor rotatividade de leitos, através do NIR passamos a nos policiar mais sobre a alta do paciente, paciente entra no hospital e já pensamos na alta. O vínculo do NIR proporciona maior acessibilidade à equipe médica, as visitas multiprofissionais. Temos um grupo de Watts App com os outros NIR, da região e da cidade, comunicamos para melhor adequação do paciente, fazemos priorizações, analisamos aspectos referentes a exames, atendimento contínuo na unidade. Temos um documento onde evoluímos os pacientes encaminhados, para propor um indicador. Com o NIR, precisamos rever processos, tivemos que sair da visão médica para visão multiprofissional. Temos a alta responsável e temos além da equipe multiprofissional temos apoio da educação continuada. Nós fazemos longa permanência, o problema a falta de vaga em Ribeirão Preto, temos sempre devolutivas de cuidados e interações.

**(Santa Casa de Batatais)** – Equipe multiprofissional foi um grande avanço. O contato com outros hospitais, em termos de referência, temos serviços mais resolutivos. A comunicação com os outros hospitais ainda é deficiente, mas melhorou bastante depois da RUE, com a DRS a interação é muito boa, nos auxiliam muito. Nosso NIR atua para 3 leitos, não temos para todas as áreas, ainda estamos com estudos, nosso projeto piloto está avançando, mas vemos que tem desconhecimento, mesmo assim temos uma segurança maior e uma aproximação maior com outros municípios e DRS através do grupo do Wats App, que facilitou muito o atendimento. A UPA para o hospital foi bom, tem uma função meio boa, mas tem dificuldade das especialidades atenderem no hospital. A efetivação do sobre aviso melhorou.

**(Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto)** – Qualificação dos leitos da UTI, reforma na instituição, adequação do parque tecnológico, tudo isso em termos de UTI, solicitamos incentivo de porta. Adequação a equipe multiprofissional, mais cursos, implantação de PTS. Implantação do NIR sem dúvida foi sucesso, mesmo não sendo porta, o NIR deixou a gente mapear o hospital, trazendo melhor resolutividade.

**(Hospital Santa Lydia)** – A rede começou a se falar, o paciente não é do município, ele é da rede. Familiarizamo-nos mais entre os entes da rede. A discussão clínica, o plano terapêutico, a integração da equipe. Temos o NIR e este nos ajuda muito com tempos de permanência de pacientes, ouvir as necessidades do acompanhante para alta.