

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA

SILVIA THOMAS ANTUNES

**ANÁLISE DO IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DA
GESTÃO DO ACESSO DO PACIENTE DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE, COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA
CARDÍACA ELETIVA NO HOSPITAL PUC-
CAMPINAS DE 2013 A 2019**

CAMPINAS

2021

SILVIA THOMAS ANTUNES

**ANÁLISE DO IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DA
GESTÃO DO ACESSO DO PACIENTE DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE, COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA
CARDÍACA ELETIVA NO HOSPITAL PUC-
CAMPINAS DE 2013 A 2019**

Dissertação para Defesa de Mestrado
Apresentado ao Programa de Pós-
Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da
Saúde do Centro de Ciências da Vida –
PUC-Campinas, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Ciências
da Saúde.

Orientador: Prof(a) Dr(a) Elisa Donalísio
Teixeira Mendes

PUC-CAMPINAS

2021

CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE
SILVIA THOMAS ANTUNES

ANÁLISE DO IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DO ACESSO DO
PACIENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA
CARDÍACA ELETIVA NO HOSPITAL PUC-CAMPINAS DE 2013 A 2019

Dissertação defendida e aprovada em 25 de fevereiro de
2021 pela Comissão Examinadora



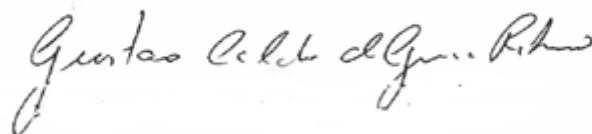
Profª Drª Elisa Donalísio Teixeira Mendes
Orientadora da Dissertação e Presidente da Comissão
Examinadora
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

DocuSigned by:



C4079D26A3024C8A

Profª Drª Viviana Aparecida de Lima
Pontifícia Universidade Católica de Campinas



Prof Dr Gustavo Calado de Aguiar Ribeiro
Hospital Vera Cruz

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Rizziolli Pires CRB 8/6920
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

617.412
A636a

Antunes, Sílvia Thomas

Análise do impacto da implantação da gestão do acesso do paciente do Sistema Único de Saúde, com indicação de cirurgia cardíaca eletiva no Hospital Puc-Campinas de 2013 a 2019 / Sílvia Thomas Antunes. - Campinas: PUC-Campinas, 2021.

58 f.: il.

Orientador: Elisa Donalísio Teixeira Mendes.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2021.

Inclui bibliografia.

1. Coração - Cirurgia. 2. Hospitais - Administração. 3. Cirurgia eletiva. I. Mendes, Elisa Donalísio Teixeira. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDD - 22. ed. 617.412

AGRADECIMENTOS

Ao Coordenador Médico Silvio Augusto Ciquini, que me incentivou e motivou para ingressar nessa jornada de aprendizado e desenvolvimento profissional e pessoal.

A minha família que apesar da distância sempre me apoiou e me incentivou a realização dos meus sonhos.

A minha orientadora que mesmo com todos os desafios, sempre teve determinação e paciência com o meu processo de aprendizado, possibilitando que esse sonho se concretizasse.

Aos professores, funcionários e alunos do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, que compartilharam as experiências vivenciadas contribuindo para o meu aprendizado neste período, sempre me apoiando e me incentivando.

Agradeço a equipe de Cirurgia Cardíaca do Hospital PUC-Campinas, que apoiaram e viabilizaram este estudo, principalmente ao Coordenador do Departamento de Cirurgia Cardíaca do Hospital PUC-Campinas Professor Dr Gustavo Calado de Aguiar Ribeiro pela parceria com o processo de desenvolvimento deste estudo.

Aos funcionários do Hospital PUC-Campinas que me auxiliaram nas coletas de dados em todas as fases deste estudo, principalmente ao Joaquim Ferreira Neves Junior, Rafaela Amadio Miguel, Angélica Vicente Alves e Alessandra Bustillo Marques.

RESUMO

ANTUNES, Silvia Thomas. *Análise do impacto da implantação da gestão do acesso do paciente do Sistema Único de Saúde, com indicação de cirurgia cardíaca eletiva no Hospital PUC-Campinas de 2013 a 2019*. 2021. 57f. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2021.

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCVs) estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. No Brasil um terço total dos óbitos são por doenças cardiovasculares, destacando-se as doenças cerebrovasculares, hipertensivas e isquêmicas do coração. A cirurgia cardíaca é uma das opções de tratamento das DCVs, que tem obtido bons resultados e contribuído para aumento da expectativa e de qualidade de vida dos pacientes. O Sistema Único de Saúde (SUS), abrange essa necessidade, porém para o atendimento adequado deste perfil de pacientes na rede pública, é fundamental uma gestão eficaz do acesso aos recursos disponíveis, como vaga cirúrgica, leito de internação e de terapia intensiva, bem como a otimização de tais recursos em tempo oportuno. Desta forma, a presente pesquisa teve o objetivo de analisar o impacto da implantação de um programa de gestão de acesso no desfecho clínico dos pacientes que realizaram cirurgia cardiovascular eletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Métodos: Foi realizada uma análise 3 anos antes e 4 anos após (2013-2019) a implantação deste programa de gestão de fluxo hospitalar e de fila de espera cirúrgica. Este departamento manejou a fila das cirurgias eletivas do SUS, otimizou vagas intensivas e de enfermaria. As variáveis avaliadas foram clínicas e de desfecho, como tempo de internação, tempo de espera na fila cirúrgica, taxa de infecção hospitalar, associada ao procedimento no período.

Resultados: A análise demonstrou redução significativa nos tempos de espera na fila, tendência de redução da média de permanência hospitalar e tendência de aumento de número de cirurgias realizadas.

Conclusão: Este estudo avaliou um impacto positivo e relevante relacionado a uma mudança de processo no gerenciamento e gestão do acesso, efetivamente otimizando recursos públicos já disponíveis, sendo possível mudar o prognóstico de pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares.

Palavras-chave: cirurgia cardiovascular, gestão hospitalar, cirurgia cardíaca, espera para cirurgia

ABSTRACT

ANTUNES; Silvia Thomas: *Implantation of adequate management of waiting for hospitalization and elective cardiac surgery in the public health system at PUC-Campinas Hospital of 2013 to 2019*. 2021.57f. Master Dissertation - Postgraduate Program: Stricto Sensu of Health Sciences, Pontifical Catholic University of Campinas, Campinas, 2021.

Introduction: The cardiovascular diseases are among the main causes of morbidity and mortality in the world. In Brazil it responds for 30% of all deaths and the cardiac surgery is one of the treatments options, with good results contributing to improvement in quality and life expectancy. Therefore, it is essential to define an efficient management of these patients' access to hospital beds, surgical staff, and intensive care beds. Especially in public health systems, optimize the delay in hospitalization and surgery can improve prognostic in these cardiac surgery patients. The objective of the study is to analyze the impacts of an efficient management of this demand, in the prognosis, surgical queue waiting time length of hospitalization and incidence of surgical site infection of the patient in need of revascularization surgery in the public health system, between 2013 - 2019.

Method: A retrospective and observational study of patients requiring elective cardiac surgery was conducted between 2013 and 2019. The study was conducted through comparative analysis 3 years before and 4 years after the institution of a hospital beds management department, implemented in January of 2016. This department began managing the waiting for elective cardiac surgery in primary care, organizing the hospital beds of ICU and surgical availability. The waiting time for the procedure, length of hospitalization, incidence of surgical site infection, before and after the implantation was evaluated. Analyzes were performed through secondary data and medical records.

Results: This study demonstrated a significative reduction queue waiting time for cardiac surgery, reduction length hospitalization and tendency of increasing surgery performed at the public health system patients. **Conclusion:** This study evaluated the positive and relevant impact related to a change in management effectively optimizing public resources already available, making it possible to change the prognosis of patients who need cardiovascular surgical procedures.

Key-words: surgery cardiovascular, management, cardiac surgery, waiting surgery

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Total de cirurgias cardíacas e cirurgias eletivas realizadas pelo SUS no Hospital PUC-Campinas nos anos de 2013-2019.23
- Gráfico 2.** Média anual de cirurgias cardíacas eletivas realizadas no SUS no Hospital PUC-Campinas, nos momentos pré (2013-2015) e pós-implantação (2016-2019).....24
- Gráfico 3.** Média permanência em dias na fila de espera, a partir da data de indicação eletiva cirúrgica, por ano de realização no SUS no Hospital PUC-Campinas, nos anos de 2013-2019.....24
- Gráfico 4.** Média de permanência hospitalar mensal dos pacientes submetidos a cirurgia eletiva realizadas no SUS no Hospital PUC-Campinas nos anos de 2013-2019.....29

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Características Clínicas e Epidemiológicas dos Pacientes Submetidos a Cirurgia Cardíaca Eletiva, pelo SUS, no período de 2013-2019, no Hospital PUC-Campinas.26
- Tabela 2.** Características Clínicas e Epidemiológicas dos Pacientes Submetidos a Cirurgia Cardíaca Eletiva nos momentos pré (2013-2015) e pós-implantação (2016-2019).27
- Tabela 3.** Características Clínicas e Epidemiológicas dos Pacientes Submetidos a Cirurgia Cardíaca Eletiva nos momentos pré (2013-2015) e pós-implantação (2017-2019) - Excluído ano de 2016, considerando-o um ano de transição. ..28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária a Saúde
CROSS	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
DCVs	Doenças Cardiovasculares
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISC	Infecção do Sítio Cirúrgico
RASs	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	O Sistema Único de Saúde	10
1.2	Gestão de Acesso.....	12
1.3	Justificativa	17
2	OBJETIVOS	18
2.1	Geral	18
2.2	Específicos.....	18
3	MÉTODOS.....	19
3.1	Desenho do estudo.....	19
3.2	Períodos Estudados	19
3.3	Local do estudo.....	19
3.4	Coleta de dados.....	20
3.5	População de estudo e critérios de inclusão e exclusão dos pacientes	20
3.6	Implantação	20
3.7	Comitê de Ética em Pesquisa.....	21
3.8	Variáveis do estudo	22
3.9	Análise Estatística.....	22
4	RESULTADOS	23
5	DISCUSSÃO:	30
6	CONCLUSÕES.....	34
7	REFERÊNCIAS	35
8	ANEXOS.....	Erro! Indicador não definido.
	ANEXO 1 - Protocolo Gestão de Leitos	40
	ANEXO 2 – Parecer consubstanciado do CEP	54

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira torna-se cada vez mais evidente com a redução gradativa das taxas de mortalidade e diminuição nas taxas de natalidade, levando a um índice significativo de pessoas vivendo com 60 anos de idade ou mais (MIRANDA et al., 2016).

As doenças cardiovasculares (DCVs) têm sido a maior causa de morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos e têm crescido substancialmente nos países subdesenvolvidos, além de representar elevados custos sociais e econômicos. A faixa etária acometida por doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e doenças hipertensivas compreende uma idade produtiva (entre 35 e 64 anos), sendo que quando não causam a morte, podem levar a sequelas, desencadeando grandes danos ao indivíduo, familiares e à própria sociedade (UMANN et al., 2011).

Estudos sobre custos com saúde globais apontam que dentre as doenças não transmissíveis, as doenças cardiovasculares representam entre 12 e 16,6% do total de gastos com saúde nacionais, sendo que as demais doenças não transmissíveis somam em torno de 0,7 e 7,4% (MUKA et al., 2015).

Já foram mostrados na literatura, que os principais fatores de risco para DCVs (hipertensão, dislipidemia, obesidade, estilo de vida sedentário, tabagismo, diabetes e história familiar) aumentam a probabilidade de desenvolvimento principalmente da doença arterial coronariana (PRÉCOMA et al., 2019). Em um estudo realizado entre os anos de 1990 e 2013 sobre as principais causas de mortalidade no mundo, evidenciou-se que as doenças cardiovasculares (DCVs) foram responsáveis por quase 1 terço de todas as mortes globais (NAGHAVI et al., 2015). No Brasil é responsável por um terço dos óbitos, que poderiam ser parcialmente evitados com ações de prevenção e acesso adequado e oportuno aos recursos de tratamento disponíveis no sistema de saúde (ISHITANI et al., 2006).

Dentre as opções de tratamento das DCVs, a cirurgia cardíaca tem apresentado bons resultados e contribuído para o aumento da expectativa e melhoria da qualidade de vida dos pacientes acometidos (FERREIRA et al., 2012). Os principais tipos de cirurgia cardíaca são as corretoras (congenitas - fechamento de canal arterial, de defeito de septo atrial e ventricular), as reconstrutoras

(adquiridas - a revascularização do miocárdio, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide) e as substitutivas (trocas valvares e transplantes) (GALDEANO; ROSSI; NOBRE; IGNÁCIO, 2003). O tipo mais comum de cirurgia cardíaca reconstrutora e também a mais estudada de todos os tempos é a revascularização do miocárdio, e tem o objetivo de aliviar a angina/sintoma anginoso e dispneia, além de preservar a função do miocárdio e evitar a morte súbita, proporcionando melhor estado funcional e prognóstico do paciente (BRAUNWALD, 1999). A revascularização do miocárdio tem evidenciado nos estudos científicos que é uma importante opção de terapia para correção de doença arterial coronariana, propiciando melhor prognóstico em relação a terapias medicamentosas e intervencionistas, principalmente nos pacientes mais graves (GOMES, 2012).

De acordo com Neves et al. (2015) para os pacientes com doenças cardiovasculares com indicação de tratamento cirúrgico, o tempo para realização da cirurgia é crucial para definição do desfecho dos casos.

Para o atendimento qualificado deste complexo perfil de pacientes, faz-se necessário a organização de todos os níveis de atenção à saúde. A regulação em saúde no SUS faz parte deste processo, utilizada como ferramenta para organizar o acesso aos serviços de saúde, garantindo os princípios e diretrizes do SUS de universalidade, integralidade assistencial, desde a atenção primária até a especializada, no tempo e no lugar certo.

1.1 O Sistema Único de Saúde

A história do cuidado na saúde no Brasil teve início com as ações de filantropia por instituições e médicos que praticavam a caridade. Em meados do século XX, o Estado tinha poucas ações para o cuidado na saúde, intervindo somente diante de epidemias com ações de vacinação e saneamento e em algumas doenças específicas como doença mental, hanseníase, tuberculose, dentre outras. No ano de 1923 foi instaurada a Lei Elói Chaves na qual ofertava um sistema de saúde somente para os trabalhadores, através de fundos de pensão e institutos de aposentaria do setor privado, o grande instituto INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) fundado em 1966, com a fusão dos fundos de pensão e institutos. Porém antes da criação do INPS, durante a ditadura militar em 1964, iniciou-se um movimento para a criação de um sistema de saúde,

onde a saúde seria um direito de todos e dever do Estado, com integralidade e universalidade. Esse movimento ganhou força ao longo dos anos, com a inserção dos movimentos populares. A igreja e as faculdades de medicina também desempenharam um papel importante nesse processo, sendo que estas últimas necessitavam de locais para que os alunos pudessem realizar a prática da medicina além do ambiente hospitalar, em unidades de cuidados básicos, mais próximos à comunidade.

Em 1970 houve o surgimento dos partidos/ políticos progressistas, que iam contra a ditadura e defendiam que os governos deveriam desenvolver ações voltadas para o social, dentre elas a saúde como direito de todos, com foco na população menos favorecida da sociedade, com apoio de algumas universidades. Neste período também havia um intenso movimento global para fortalecimento da atenção primária à saúde, o qual foi adotado por muitos municípios em todo o Brasil. Todo esse movimento ao longo dos anos foi denominado de Movimento de Reforma Sanitária e validada pela Constituição Federal em 1988, instituído pelas leis 8.080 e 8.142, definindo saúde como direito de todos e dever do Estado, culminando finalmente na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. O SUS tem três princípios doutrinários que definem sua estrutura, sendo eles:

Universalidade – Direito de acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços para o cuidado em saúde, sem discriminações relacionadas a origem, etnia, gênero, idade ou quaisquer outras características da população.

Equidade: Pode ser definida como senso de justiça, onde cada indivíduo é atendido conforme suas necessidades de saúde imparcialmente. Reconhece as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, direcionando o atendimento conforme a necessidade com critérios combinados que definem a priorização dos casos.

Integralidade: Atendimento à população com ações não apenas curativas, mas com enfoque que contemple o indivíduo em todos os níveis de atenção à saúde conforme a complexidade (atenção básica, secundária e terciária), considerando o contexto social, familiar e cultural para as práticas de saúde, com ações de prevenção e promoção à Saúde de forma individual ou coletiva (CARVALHO, 2013).

O SUS também define claramente diretrizes organizativas, que são:

Regionalização e Hierarquização: Onde os serviços de uma determinada região geográfica, são organizados e disponibilizados conforme as características epidemiológicas desta população, onde os recursos são alocados de forma hierarquizada, desde a atenção básica até a especializada, conforme a necessidade de saúde de cada indivíduo, e interface entre os níveis de atenção.

Descentralização: A responsabilidade e o poder são distribuídos entre as esferas Federais, Estaduais e Municipais. Dando aos Municípios condições gerenciais, financeiras, administrativas e técnicas, com autonomia para a tomada de decisão conforme a necessidade de saúde da sua população, com participação da sociedade nestas decisões.

Participação Popular: Conselhos e Conferências de Saúde, onde a população participa das estratégias e tomadas de decisão em saúde, sendo também um fiscalizador das ações adotadas (BRASIL, 2000).

Dentre as funções do SUS, está a função regulatória, a qual deve estabelecer como devem funcionar os serviços públicos e privados, unidades de saúde, como deve ser o acesso da população aos sistemas de saúde pública e muitas outras atribuições (CARVALHO, 2013).

1.2 Gestão de Acesso

Para construção de um modelo regulatório equânime (LOUVISON et al., 2008) deve-se realizar a análise situacional (perfil entre oferta e demanda), desenhar fluxos assistenciais, racionalização de uso dos recursos, com protocolos de acesso entre atenção básica, atenção especializada, hospitalar e de emergência, com fiscalizações e monitoramento das ações. Deve-se esgotar a competência da atenção básica, de forma que esta seja fortalecida através de ações de matriciamento onde duas ou mais equipes de saúde num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógica e terapêutica.

É importante acolher a necessidade com olhar nos protocolos de acesso e na demanda, com foco nas prioridades e pensar nas linhas de cuidado e gestão da clínica valorizando a articulação de saberes em equipe. Cabe também à regulação compartilhar poder e agir com transparência, educando os

profissionais envolvidos e as organizações (FORTES; CARVALHO; LOUVISON, 2015).

De Medeiros (2015) descreve o conceito de matriciamento como o encontro operativo de dois sistemas, sendo o primeiro composto pela equipe, serviços e profissionais, o segundo seriam as suas incógnitas, os problemas, processos e relações de trabalho a partir de diferentes posições, o encontro destes sistemas denominam o termo matricial, onde o trabalho opera de forma colaborativa.

Conforme exposto pela Organização Mundial da Saúde em 2000, a regulação tem a função da governança dos serviços de saúde, e é dever do Estado utilizá-la como órgão norteador para distribuição de recursos, bens e serviços de saúde (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

O processo regulatório é uma ferramenta potente de gestão dos sistemas de saúde e pode equalizar a desigualdade relacional entre os serviços públicos e privados de atenção a saúde, além de propiciar a avaliação das necessidades da população nas demandas e ofertas dos serviços, evitando distorções nesse processo. Apesar dos avanços da operacionalização da regulação assistencial, ainda se percebe em todo o Brasil, o acesso não equânime e desigual aos recursos dos sistemas de saúde, quando noticiados os problemas de saúde pública existentes (VILARINS; SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012).

Na vigente Política de Atenção à Saúde no SUS, são consideradas 3 tipos de regulação, segue abaixo definições conforme Brasil (2007):

Regulação da atenção à saúde: tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.

Regulação assistencial: definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles.

Regulação do acesso: estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida ou da disponibilidade de recursos financeiros.

Neste contexto, anos após a implantação da regulação, nos anos 2000, verificou-se que a atenção básica (AB) foi excluída desses sistemas, que permeavam apenas a média e alta complexidade de atenção à saúde, resultando

em baixa resolutividade dos processos. Sabendo que a AB é a principal norteadora do cuidado em redes de atenção, ela foi em 2006 incluída no processo de regulação, passando a articular-se com as atividades de auditoria, controle e avaliação dos serviços públicos e privados, como exemplo nos Conselhos Municipais de Saúde.

Apesar de toda essa estruturação da regulação no SUS, na prática ainda se observa baixa resolutividade da assistência no geral. Isso ocorre principalmente pela necessidade da articulação do cuidado em redes, onde os níveis de atenção estejam integrados e observem as constantes transformações nas necessidades da população. Na Espanha, por exemplo, o governo instituiu um catálogo com definição de tempos máximos nas filas de espera para os recursos do sistema público de saúde em 2003, controlados através da internet, no entanto após a crise econômica de 2012, o governo espanhol tem estabelecido políticas de privatização dos sistemas e políticas de copagamentos (CAVALCANTI; CRUZ; PADILHA, 2018).

No Brasil conforme artigo 199 da Constituição Federal, a saúde está livre a iniciativa privada, tanto para a atuação dos profissionais de saúde e funcionamento de serviços privados, quanto para complementação na capacidade de atendimento do SUS, auxiliando nas demandas das quais o sistema público possui limitações. Essa complementação não significa substituir o público pelo privado, mas contribuir para o atendimento das demandas de saúde, quando o estatal não for suficiente, parceria na qual poderá ser feita através de contratos de direito público ou convênios com as instituições privadas, priorizando-se as instituições sem fins lucrativos ou as filantrópicas (CARVALHO, 2013).

Porém mesmo com a possibilidade de se estabelecer parcerias para o atendimento das demandas no SUS com o setor privado, no que tange ao atendimento das filas cirúrgicas, não há políticas para adoção de tempos de espera aceitáveis nas filas. Além da AB ainda ser muito desvalorizada e carecer de ferramentas para interlocução com a atenção especializada (secundária, terciária), o que impacta diretamente nos serviços de saúde gerando sobrecarga e baixa resolutividade. Essa falta de integralidade é, um dos principais dificultadores para a regulação adequada dos recursos disponíveis no SUS (CAVALCANTI; CRUZ; PADILHA, 2018).

A governança regional das redes de atenção à saúde precisa ser fortalecida, com um sistema integrado, onde os níveis de atenção se conversem e exista um fluxo contínuo de comunicação. É importante que não haja hierarquia, onde o hospital seja considerado mais importante que a atenção primária. Todos os níveis devem ser valorizados conforme sua missão de atuação (MENDES, 2012).

É necessário também considerar as transições demográficas como o envelhecimento populacional, que incorporam maior prevalência de doenças crônicas não infecciosas, como as cardiovasculares, sendo que em 1930 as doenças infecciosas correspondiam a 46% das mortes, esse valor decresceu para 5% em 2000, já em contrapartida as doenças cardiovasculares que eram de 12% do total de mortes em 1930, correspondem em 2009 por quase 30% da totalidade de óbitos. Assim como incorporar a transição tecnológica, que cria melhorias na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. (MENDES, 2012).

Para oferecer um cuidado de saúde integral, nos níveis primário, secundário e terciário, é preciso estabelecer um pacto na rede assistencial com a integração de todos os recursos disponíveis, com fluxos que garantam o acesso aos recursos necessários para a assistência ao usuário, evitando atrasos e perdas que custem descontinuação do seguimento. (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O maior desafio nos sistemas de saúde é um processo regulatório não somente focado na organização das filas de espera e fluxos assistenciais, mas no atendimento das necessidades dos usuários de forma integral, viabilizando o cuidado em redes de atenção (FREIRE et al., 2020).

Para Mendes (2012), a implantação das RASs (Redes de Atenção à Saúde), seria uma alternativa interessante para os problemas do SUS relacionados às incoerências entre as situações de saúde e sistemas de atenção à saúde. São conjuntos de serviços de saúde que trabalham de forma colaborativa e cooperativa, com a mesma missão, no entanto são interdependentes, sem relação hierárquica, mas se articulando entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Intercambiam constantemente seus recursos, de forma a ofertar uma atenção a saúde integral, conforme as necessidades de determinada região, com ações de prevenção, promoção, curativas, reabilitadoras e paliativas à saúde, funcionando sob coordenação da APS (Atenção Primária a Saúde). As RASs têm papel fundamental para o atendimento das condições de saúde em tempo

oportuno com a otimização dos recursos disponíveis, evitando desperdícios financeiros, com o objetivo principal de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e a qualidade de vida dos usuários, com foco em eficiência na utilização dos recursos e equidade em saúde.

Estima-se que cerca de 3 milhões de brasileiros aguardem em filas de espera para realização de algum tipo de cirurgia eletiva no SUS, e na maior parte dos casos os pacientes permanecem por anos nas filas sem nenhuma previsão de realização do procedimento. Tal cenário é justificado pelos gestores por falta de recursos econômicos, de pessoal e de hospitais. Entretanto na maioria das vezes, faltam na verdade políticas públicas adequadas, e uma boa gestão dos recursos existentes (MAZZUCCHI et al., 2014).

Dentre as ferramentas para medir e controlar a eficiência das organizações, estão os indicadores de desempenho, que permitem aos gestores medir, avaliar e controlar os resultados de um serviço, porém as informações precisam ser confiáveis para auxiliarem no processo decisório. Dentre os indicadores mais utilizados estão a média de permanência das internações que permite avaliar a resolutividade das instituições hospitalares, sendo considerado um dos indicadores mais importantes, ainda porque reflete financeiramente na receita e no custo hospitalar (ESTEVES, 1999).

Para Raffa, Malik e Pinochet (2017) a gestão dos leitos nas organizações é estratégica, envolve não somente a estrutura administrativa, mas requer investimento em equipe qualificada, capaz de gerir os principais indicadores de resultados, sendo estes a redução da média de permanência, aumento no giro do leito e redução do tempo de intervalo de substituição do leito.

Borges et al. (2020), aponta o enfermeiro como profissional fundamental para compor uma equipe de gestão de leitos eficiente, visto a pressão crescente sobre os sistemas de saúde e a escassez de recursos disponíveis. Apesar da decisão de internação do paciente ser do médico, cabe ao enfermeiro ter a visão sistêmica da capacidade de leitos, valorizando desta forma a atuação desse profissional.

Uma eficiente gestão hospitalar no setor público ou privado, prepara as instituições com processos estruturados, com práticas de qualidade e melhoria contínua de desfecho, que apoiam a excelência e a humanização da saúde, resultando em melhor assistência prestada ao paciente. (BONATO, 2011).

1.3 Justificativa

As doenças cardiovasculares são extremamente prevalentes, limitantes e incapacitantes para uma grande parte da população. A realização do tratamento cirúrgico torna-se essencial quando indicado, e quando realizado em tempo adequado, impacta na morbimortalidade da doença.

O SUS já tem as políticas reguladoras e de integração dos níveis de assistência e estrutura para oferecer esta tecnologia. Porém por ser insuficiente é necessário otimizar os recursos disponíveis, organizando o acesso em tempo oportuno e qualificar o processo regulatório.

O impacto da otimização do acesso é pouco avaliado na literatura, especialmente nos pacientes cirúrgicos. A importância deste estudo é avaliar o impacto real de uma gestão de recursos otimizada em inúmeros indicadores clínicos e de qualidade do hospital.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar impacto no acesso e tempo de espera na fila de pacientes do SUS, submetidos à cirurgia cardiovascular, antes e depois da implantação de um processo de gestão do acesso de pacientes otimizado.

2.2 Específicos

Comparar variáveis associadas ao fluxo de atendimento destes pacientes antes e depois da implantação:

- Média de permanência hospitalar em enfermaria e em unidade de terapia intensiva coronariana.
- Média mensal e anual do número de cirurgias realizadas.
- Índices de infecção de sítio cirúrgico e custo da internação nos dois períodos.
- Mortalidade em 90 dias nos dois períodos.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico retrospectivo observacional dos pacientes que tiveram indicação de cirurgia cardiovascular e realizaram o procedimento cirúrgico eletivamente nos anos de 2013 - 2019.

Foi realizada uma análise comparativa, do tipo “antes e depois” da implantação que a gestão do hospital realizou no acesso do paciente pelos níveis de atendimento do SUS, em relação à várias variáveis clínicas e de desfecho.

3.2 Períodos Estudados

O período de janeiro de 2013 até 2015 foi definido como período pré-implantação e o período de 2016 até dezembro de 2019, como o período pós-implantação.

Como a implantação foi iniciada em fevereiro de 2016, consideramos avaliar também os desfechos excluindo esse ano de implantação. Sabendo que uma política hospitalar para ser incorporada, necessita de um tempo de adaptação, para que realmente se estabeleça. Nessa avaliação que considera o ano de 2016 um período de “*wash-out*”, o período pré fica definido como os três anos de 2013-2015 e do período pós-implantação outros 3 anos (de 2017 a 2019).

3.3 Local do estudo

Hospital PUC-Campinas, um serviço filantrópico e Universitário com total de 339 leitos, sendo destes 204 SUS:

- 13 leitos SUS de Unidade de Terapia Intensiva Adulto.
- 04 leitos SUS de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana.

É referência em procedimentos de alta complexidade e a única referência em cardiologia e cirurgia cardiovascular no Município de Campinas. Além disso, integra a Rede de Urgência e Emergência do Estado de São Paulo (RUE).

3.4 Coleta de dados

Serão avaliados os prontuários de todos os pacientes que realizaram cirurgia cardíaca eletivamente de 2013 a 2019, e esta busca será realizada através do sistema de prontuário eletrônico para todas as variáveis e prontuário físico apenas para avaliação dos índices de infecções, através dos dados da Central de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital PUC-Campinas.

3.5 População de estudo e critérios de inclusão e exclusão dos pacientes

Critério de inclusão: Pacientes adultos, maiores de 16 anos, que realizaram cirurgia cardíaca eletiva no Hospital PUC-Campinas no período de 2013 a 2019 pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

Definição cirurgia cardíaca eletiva: Cirurgia agendada ambulatorialmente sem caráter de urgência.

Critério de exclusão: Prontuários com registros incompletos, cirurgias de urgência.

3.6 Implantação

Em Janeiro de 2016, foi adotada na Instituição a função de Coordenador do Gerenciamento de Leitos e Gestão de Acesso, com as atribuições de otimizar os indicadores de giro de leito, reduzir média de permanência hospitalar, e aumentar a taxa de ocupação institucionais e com autonomia total na gestão das internações, através da aplicação do protocolo de gestão de leitos (em anexo - anexo 1, com estabelecimento de critérios de priorização para ocupação dos leitos, conforme contingências para cenários de superlotação dos pronto socorros.

As ações realizadas são:

- Realização de visitas diárias nas unidades de internação para avaliação dos casos internados visando otimizar processos que possibilitem a desospitalização, tais como: sinalização para priorização dos exames de imagem e diagnóstico para pacientes com potencial desfecho de alta hospitalar.

- Otimização do tempo para a avaliação de especialidades (contato com os coordenadores médicos das equipes).
- Acionamento do serviço de atendimento domiciliar (SAD) para os casos passíveis de desospitalização com continuidade do tratamento no domicílio.
- Interface com as centrais reguladoras de serviços de saúde para transferência dos casos de menor complexidade para outras unidades de saúde.
- Contrarreferência dos casos já resolvidos, porém com alguma necessidade clínica de manutenção da internação (exemplo: término de antibioticoterapia, desmame de oxigenoterapia, dentre outras).
- Recebimento de casos que necessitam dos recursos da alta complexidade de outras instituições de saúde com controle através do sistema de informação da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo (CROSS).

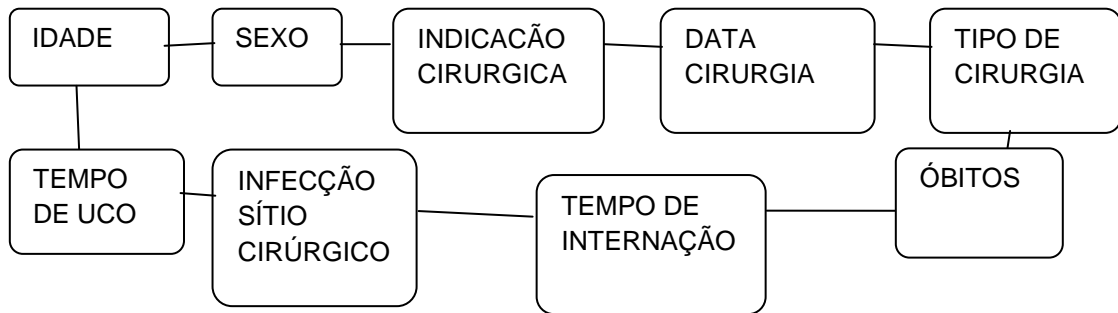
Além disso, em fevereiro de 2016, foi inserida a especialidade da cirurgia cardíaca no processo de gerenciamento de leitos e na gestão de acesso ambulatorial, com controle da fila cirúrgica reprimida, na qual os pacientes após consulta ambulatorial com indicação de cirurgia cardíaca, são inseridos em planilhas de controle pela especialidade, a qual é compartilhada com a equipe da gestão de acesso, onde os casos são convocados para cirurgia conforme critérios clínicos de priorização (critérios definidos em conjunto com a especialidade). É realizada a classificação em cores que representam diferentes riscos, podendo convocar para exame/avaliações pendentes, já com a previsão de data cirúrgica acordada com a equipe.

3.7 Comitê de Ética em Pesquisa

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, nº do parecer: CAAE: 23253019.8.0000.5481 (Anexo 2).

3.8 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo coletadas nos prontuários, nos momentos pré e pós-implantação são: idade, sexo, data da indicação cirúrgica, data de realização da cirurgia, tipo de cirurgia, tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, se apresentou ou não infecção de sítio cirúrgico, tempo de internação em dias, data da alta hospitalar e óbito em 90 dias.



3.9 Análise Estatística

Será construída planilha de dados no Excel versão 15.41, e as análises estatísticas serão realizadas através do programa Epi.Info versão 7.2.2.6.

As variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas serão avaliadas nos períodos pré e pós-intervenção. As variáveis categóricas serão apresentadas em proporções (%) e comparados pelo teste *qui-quadrado* e as contínuas (média e desvio padrão) com o teste *T-student*. O nível de significância estatística considerado será de 5% ($p < 0,05$).

4 RESULTADOS

No período estudado (2013-2019), foram analisadas 865 cirurgias cardíacas eletivas realizadas pelo SUS no Hospital da PUC-Campinas. A tabela 1 descreve as principais características dessa população, sendo que a idade média foi de 64 anos e 65% eram do sexo masculino. A principal cirurgia realizada foi a revascularização do miocárdio.

O total de cirurgias cardíacas e cirurgias cardíacas eletivas realizado mensalmente, está descrito no gráfico 1, onde observa-se uma tendência a um aumento quantitativo mensal. No gráfico 2 essa tendência fica mais clara, quando avaliamos média anual de cirurgias cardíacas eletivas divididas nos períodos pré e pós implantação.

Gráfico 1. Total de cirurgias cardíacas e cirurgias eletivas realizadas pelo SUS no Hospital PUC-Campinas nos anos de 2013-2019.

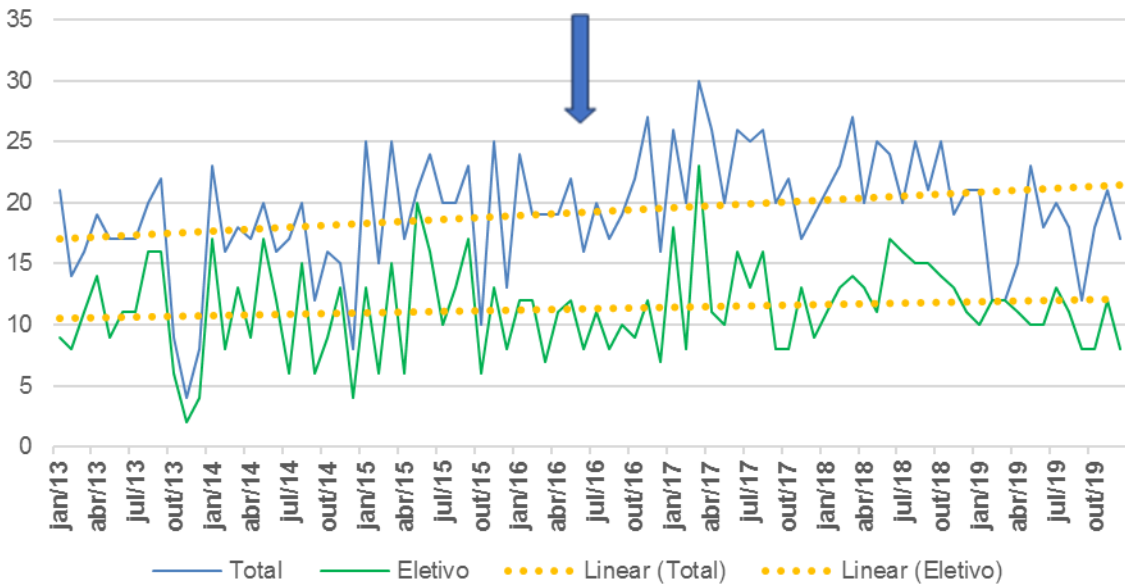
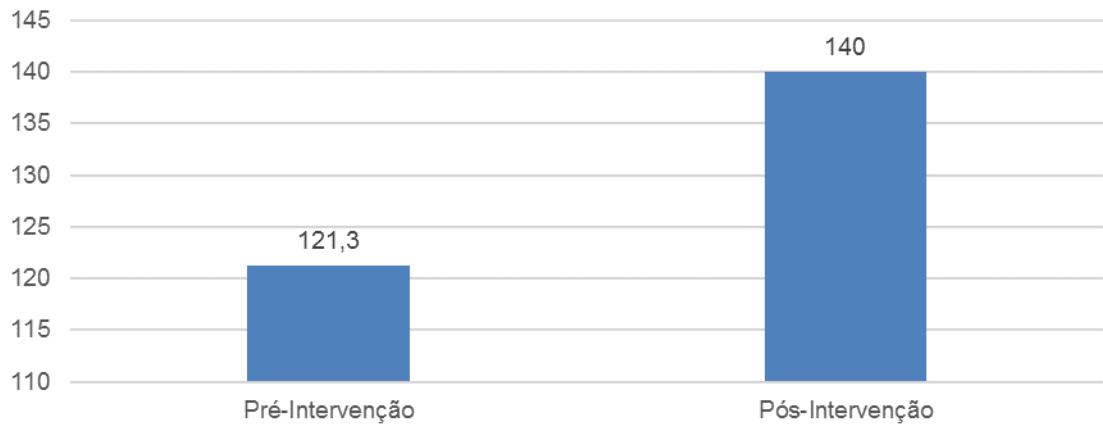


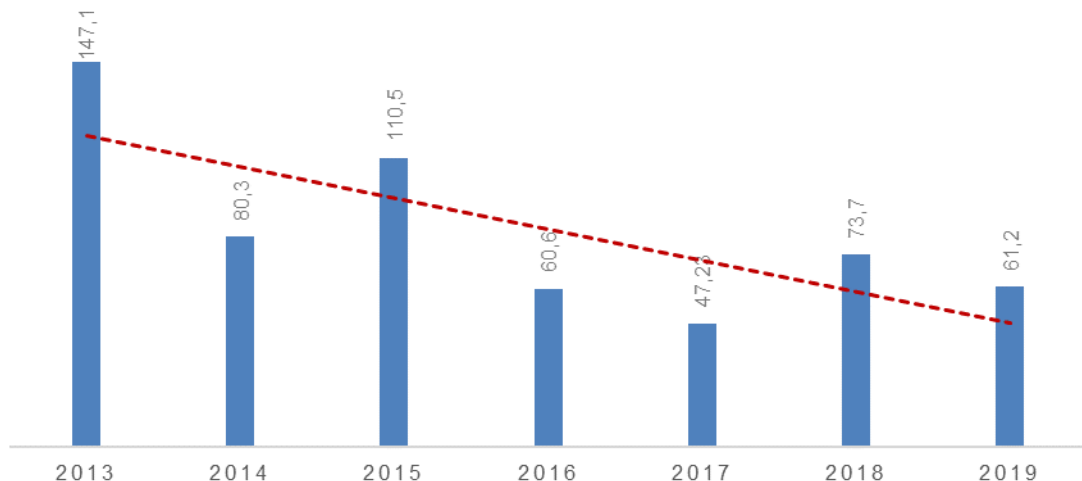
Gráfico 2. Média anual de cirurgias cardíacas eletivas realizadas no SUS no Hospital PUC-Campinas, nos momentos pré (2013-2015) e pós-implantação (2016-2019).



Na tabela 2, comparando as variáveis nos momentos pré (2013-2015) e pós-implantação (2016-2019), vemos que a idade média dos pacientes do período pré foi significativamente maior do que no período pós-implantação ($p: 0,001$), sem diferença relacionada ao gênero nos dois períodos.

O tempo na fila de espera cirúrgica descreve o tempo percorrido a partir do dia da indicação cirúrgica até a realização operatória, e foi em média de 76 dias, porém chegou até 1.923 dias, o que significa 5 anos de fila. Este parâmetro teve uma redução significativa após o início da implantação. No período pré o tempo médio foi de 97,5 dias e no período pós caiu quase pela metade (52,5 dias) com p significativo ($<0,001$). Esta redução está graficamente representada abaixo (gráfico 3).

Gráfico 3. Média permanência em dias na fila de espera, a partir da data de indicação eletiva cirúrgica, por ano de realização no SUS no Hospital PUC-Campinas, nos anos de 2013-2019.



A taxa de infecção do sítio cirúrgico (ISC), é calculada com o número de infecções que preenchem critérios da ANVISA, sobre o total de cirurgias realizadas. Em todo período a taxa de ISC foi de 11,3%. No momento pré-implantação a taxa foi 14,9% e no pós de 8,7%. Apesar de ter caído pela metade, não teve diferença significativa ($p:0,5$) (BRASIL, 2019).

No total foram 33 óbitos (3,8%) em 3 meses pós operatório (90 dias), e a taxa nos dois períodos foi semelhante, sem diferença significativa (Tabela 2).

Como a implantação foi iniciada em fevereiro de 2016, consideramos avaliar os desfechos excluindo esse ano inicial. Sabendo que uma política hospitalar para ser incorporada, necessita de um tempo de adaptação, para que realmente se estabeleça. Nessa avaliação que considera o ano de 2016 um período de “wash-out”, o período pré fica definido como os três anos de 2013-2015 e do período pós-implantação outros 3 anos (de 2017 a 2019) está descrita na tabela 3. Esta análise em separado está descrita na tabela 3 e confirmou a mesma redução importante no tempo de fila ($p<0,001$) e ainda demonstrou diminuição significativa na média de permanência hospitalar ($p:0,01$). O gráfico 4 demonstra essa redução de forma mais clara no período pós-implantação.

Tabela 1. Características Clínicas e Epidemiológicas dos Pacientes Submetidos a Cirurgia Cardíaca Eletiva, pelo SUS, no período de 2013-2019, no Hospital PUC-Campinas.

	N (%)
Idade Média em anos (variação)	64,6 (17-93)
Sexo Masculino	569 (65,7)
Tipo de Cirurgia	
Revascularização	615 (71,3)
Valvuloplastia/Troca	155 (18)
CIA/CIV	29 (3,5)
Outras	63 (7,3)
Tempo de Permanência na fila de espera em dias	89,8
Média (variação)	(0- 1923)
Tempo entre a Internação e a cirurgia	2,9
Média (variação)	(0-30)
Tempo de internação em dias	11
Média (variação)	(3-71)
Tempo de Internação na UCO em dias	4
Média (variação)	(0-58)
Tempo entre a alta da UCO e a alta hospitalar	4
Média (variação)	(0-49)
Taxa de Infecção do Sítio Cirúrgico do período (%)	11,6
Óbito em 90 dias	33 (3,8)
Total cirurgias realizadas	865 (100)

UCO: Unidade Coronariana, Infecção de Sítio Cirúrgico: Dados reportados pela comissão de controle de infecção hospitalar; Outras: tumor cardíaco, aorta ascendente, cirurgias múltiplas.

Tabela 2. Características Clínicas e Epidemiológicas dos Pacientes Submetidos a Cirurgia Cardíaca Eletiva nos momentos pré (2013-2015) e pós-implantação (2016-2019).

	Pré- implantação	Pós- implantação	OR (IC)	P*
Idade Média em anos (variação)	66,5 (19-93)	63,2 (17-89)	-	0,001
Sexo Masculino	233 (62,8%)	336 (68,2%)	1,2 (0,9- 1,7)	0,1
Tipo de Cirurgia				
Revascularização	254	361	1,2 (0,9-1,7)	0,13
Valvuloplastia/Troca	74	81		
CIA/CIV	15	14	-	
Outras	25	38		
Tempo médio de Permanência na fila de espera em dias Média (variação)	97,5 (0-1923)	52,5 (0-960)	-	<0,001
Tempo de internação em dias Média (variação)	10,5 (3-60)	11,4 (3-71)	-	0,1
Taxa de Infecção do Sítio Cirúrgico**	14,6	8,6	-	0,5
Óbito em 90 dias	12 (3,2)	21 (4,3)	1,3 (0,6-2,7)	0,45
Total cirurgias realizadas	371 (42,9%)	494 (57,1%)	-	-

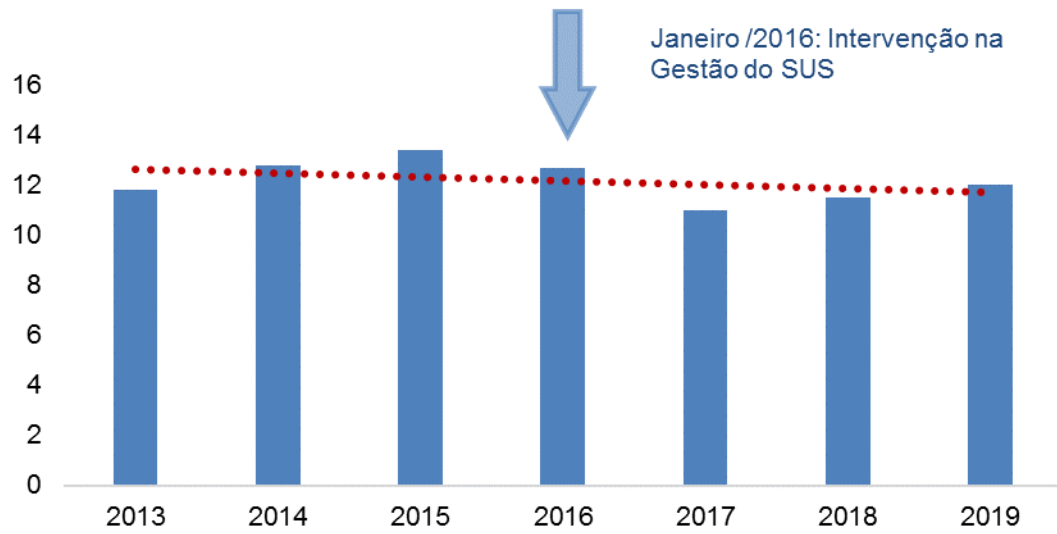
*P: qui-quadrado em variáveis dicotômicas e *Teste t* em contínuas.

Tabela 3. Características Clínicas e Epidemiológicas dos Pacientes Submetidos a Cirurgia Cardíaca Eletiva nos momentos pré (2013-2015) e pós-implantação (2017-2019) - Excluído ano de 2016, considerando-o um ano de transição.

**P*: qui-quadrado em variáveis dicotômicas e *Teste t* em contínuas.

	Pré-implantação	Pós-implantação	OR (IC)	<i>P</i>*
Idade Média em anos (variação)	66,5 (19-93)	62,5 (17-86)	-	<0,001
Sexo Masculino	233 (62,8)	254 (67)	1,2 (0,9- 1,6)	0,2
Tipo de Cirurgia				
Revascularização	254 (68,4)	279 (73,6)	1,2 (0,9-1,7)	0,11
Valvuloplastia/Troca	72	60		
CIA/CIV	15	11		
Outras	28	29		
Tempo médio de Permanência na fila de espera em dias Média (variação)	96,9 (0-1923)	58 (0-96)	-	0,001
Tempo de internação em dias Média (variação)	12,6 (3-52)	11 (3-71)	-	0,01
Taxa de Infecção do Sítio Cirúrgico**	14,9	5,7	-	0,3
Óbito em 90 dias	12 (3,2)	17 (4,5)	1,3 (0,6-2,9)	0,38
Total cirurgias realizadas	371 (42,9%)	494 (57,1%)	-	-

Gráfico 4. Média de permanência hospitalar mensal dos pacientes submetidos a cirurgia eletiva realizadas no SUS no Hospital PUC-Campinas nos anos de 2013-2019.



5 DISCUSSÃO:

Este estudo avaliou um número significativo de cirurgias cardíacas realizado no SUS em 7 anos. Na amostra estudada a revascularização do miocárdio foi o tipo de cirurgia eletiva mais prevalente, sendo esse dado compatível com outros serviços públicos. Em 2009, avaliando cirurgias cardiovasculares no SUS em 191 hospitais, foi visto que a revascularização do miocárdio representou 77% do total de cirurgias realizadas (PIEGAS; BITTAR; HADDAD, 2009).

Em estudo com 202 pacientes comparando a revascularização miocárdica versus o implante de *stent* por cateterismo, a revascularização foi mais eficaz em relação a redução da angina, menores índices de reinternações por problemas cardíacos e melhora da qualidade de vida (IGLEZIAS et al., 2014).

A idade média dos pacientes foi de 64 anos e o sexo masculino foi o mais prevalente. Observou-se também que a idade média no período pré implantação foi maior que no período pós com significância estatística, fato que pode estar relacionado a menor tempo na fila de espera para cirurgia no período pós implantação da gestão do fluxo do paciente. Em estudo realizado com 230 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca eletiva, houve também predominância do sexo masculino a idade média dos pacientes foi superior a 65 anos de idade (LOPES et al., 2019). Já em outro estudo evidenciou-se que pacientes submetidos a cirurgia cardíaca com idade igual ou superior a 70 anos tem maiores chances de letalidade e complicações no pós-operatório (DA ROCHA et al., 2012).

Este trabalho demonstrou tendência no aumento de número de cirurgias realizadas no período pós implantação, principalmente quando analisados média anual de cirurgias nos períodos pré e pós. Essa tendência também foi encontrada em estudo que avaliou a implantação de regulação de leitos. Obteve redução significativa no número de cancelamentos de cirurgias eletivas por falta de leito, tendo o planejamento prévio e inteiração com o centro-cirúrgico como fatores determinantes para esse impacto de otimização dos recursos (RODRIGUES; JULIANI, 2015).

Outro estudo que avaliou o acesso a cirurgia cardiovascular no território brasileiro, considerando taxas padronizadas pelo sistema SIH (Sistema de Internação Hospitalar) /SUS, avaliou a realização de angioplastia e

revascularização do miocárdio por 100 mil habitantes no período de 2002 a 2010. Os dados demonstraram tendência de crescimento do número de internações para angioplastia (em 2002 era de 27,2, e em 2010 39/100 mil). A região sul do país teve as maiores taxas, chegando a 70/100mil habitantes. Em contrapartida as cirurgias de revascularização do miocárdio tiveram tendência de queda, passando de 20 para 15/100 mil habitantes no período. (VIACAVA et al., 2012).

Em relação ao tempo de espera na fila para realização de cirurgia cardíaca eletiva (definido tempo de espera entre a primeira consulta com especialista até a realização da cirurgia), nosso estudo evidenciou redução estatisticamente significativa, onde antes da implantação dessa gestão, o tempo médio de espera na fila era de 97,5 dias e após caiu para 52, 5 dias. Liu et al. (2011) apresentaram dados de um estudo realizado em 11 hospitais de Ontário Canadá, sobre como o cateterismo cardíaco pode influenciar nos tempos de espera para cirurgia cardíaca, evidenciou que a realização do cateterismo precoce tem impacto significativo para redução de tempo de espera nas filas para cirurgia cardíaca, demonstrando necessidade de gestão adequada dos recursos, com foco na priorização dos casos conforme gravidade.

Estudo escocês propõe definição do tempo de espera na fila cirúrgica, como o tempo decorrido a partir da primeira consulta ambulatorial com o cirurgião, até o momento da cirurgia. No estudo deles a mediana foi de 109 dias. Em nosso estudo, também optamos por utilizar esta definição de espera cirúrgica, por ser mais fidedigna ao tempo real de espera, a partir da indicação operatória (LÉGARÉ; LI; BUTH, 2010).

Mais recentemente também a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardiorácica e Vascular mudou a definição dos tempos de espera para cirurgia, especificamente para as doenças isquêmicas coronarianas e a estenose aórtica grave. Começaram a mensurar 3 tempos distintos: o tempo de referenciamento da primeira consulta até a consulta com especialista, tempo de diagnóstico até inclusão na fila e finalmente tempo da inclusão na fila até a cirurgia. Com isso, tem-se indicadores de qualidade do serviço mais fidedignos e o diagnóstico das falhas mais apurado. Recomendou o limite de espera de 6 semanas para pacientes muito prioritários (sintomatologia grave) e 10 semanas para os prioritários (sintomatologia leve a moderada) (NEVES et al., 2015).

Estudo observacional prospectivo realizado por Sobolev, et al. (2013) avaliou ocorrência de óbitos e necessidade de cirurgia de emergência, ocorridos durante a espera em filas para cirurgia de revascularização do miocárdio dentre 12.030 pacientes no Canadá. Foi demonstrado que cerca de 500 (4%) pacientes apresentaram 1 evento adverso enquanto esperavam por cirurgia planejada, somando 104 óbitos, sendo que 382 foram submetidos a cirurgia de emergência por piora das condições clínicas enquanto aguardavam.

Em revisão publicada em 2020, foram avaliados 49 estudos, sendo a maioria retrospectivos, em diversos países no mundo sobre tempos de espera diversos (consultas ambulatoriais gerais, com especialistas, tempo de espera para cirurgias eletivas, tempos de espera em pronto socorro, dentre outros). Foi evidenciado que as principais consequências dos tempos de espera prolongados estão associados resultados clínicos piores, aumento dos custos e insatisfação geral com o sistema de saúde (MCINTYRE; CHOW, 2020).

Na sub-análise dos resultados sem o ano de 2016, quando foi implantado o projeto de gestão, observamos a manutenção da redução significativa nos tempos de espera na fila e observou-se também redução significativa no tempo de internação hospitalar ($p < 0,01$) em mais de 1 dia após a implantação (pré= 12,6 dias e pós 11,5 dias). Em estudo realizado com 63.272 pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio em 175 hospitais, atendidos pelo SUS, a média de permanência hospitalar foi de 12 dias (PIEGAS; BITTAR; HADDAD, 2009). Em outro estudo retrospectivo com 1447 pacientes, relacionado a fatores associados a mortalidade em pacientes que realizaram revascularização do miocárdio, os autores evidenciaram que os maiores tempos de internação hospitalar tiveram relação direta com óbito e choque séptico (KOERICH; LANZONI; ERDMANN, 2016).

Revisão sistemática de 2014, avaliou 21 estudos, de 1998 a 2012 mostrando que o aumento no tempo de internação hospitalar esteve relacionado com a demora na realização de procedimentos cirúrgicos eletivos. Relata também que a redução de 1 dia no tempo de internação, em hospital com 300 leitos, equivale em média 49 novos leitos vagos. (CEBALLOS-ACEVEDO; VELÁSQUEZ-RESTREPO; JAÉN-POSADA, 2014).

Houve redução importante nas taxas de infecção hospitalar, essa redução é multifatorial, porém certamente uma cirurgia eletiva, com paciente mais

compensado e menos grave, tem menos risco de infecção. A redução da média de permanência hospitalar, a diminuição dos tempos de espera na fila pode ter contribuído para essa redução. Em estudo caso controle com 1975 pacientes submetidos a revascularização do miocárdio, 114 desenvolveram infecção esternal profunda ou mediastinite (5,8), contribuindo para o aumento da mortalidade a longo prazo nessa população estudada (DE MORAES et al., 2012).

Neste estudo a mortalidade foi de 3,8% em 90 dias, sem diferença significativa nos dois períodos, avaliamos limitações relacionadas a essa análise, pois além de ser retrospectivo, não foi possível avaliar as características clínicas dos pacientes no pré operatório, bem como EuroScore para avaliação de risco cirúrgico e gravidade do caso devido a falta de registro em prontuários. Em estudo realizado em centro de referência para cirurgia cardiovascular no Sul do Brasil com 364 pacientes nos anos de 2011 a 2012 submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio (59,9% do total de pacientes), cirurgias valvares (33% dos pacientes) e cirurgias múltiplas (7,1%), demonstrou mortalidade de 14,2%, superior a mortalidade esperada pelo EuroScore era de 5,7 – 7,4% (MONTEIRO; MOREIRA, 2015). Outro estudo avaliou retrospectivamente 3.301 pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular, excluindo transplantes cardíacos de 2012 a 2018, sendo que mortalidade em 30 dias ficou em 3,9% (GUILLET et al., 2020).

6 CONCLUSÕES

Este estudo avaliou um impacto positivo e relevante relacionado a uma mudança de processo no gerenciamento e gestão do acesso, efetivamente otimizando recursos públicos já disponíveis, sendo possível mudar o prognóstico de pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares.

7 REFERÊNCIAS

- BERNARDES, E. H. *Princípios do Sistema Único de Saúde: concepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade do Estado de Minas*. 2005. 191f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.35, n.5, p.319-331, 2011.
- BORGES, F. et al. Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.73, n.4, p.e20190349, 2020. Available from: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020000400170&script=sci_abstract&tlng=en>. Cited: 21 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-dosus>>. Acesso em: 8 mar. 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde: coleção progestores - para entender a gestão do SUS / 2007**. v.10. Brasília: CONASS, 2007. 174p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 03/2019**. Compilação dos Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília, DF, 31 jan., 2019.
- BRAUNWALD, E. *Tratado de Medicina Cardiovascular*. 5. ed. São Paulo: Rocca, 1999. v.2.
- CARROLL, R. J. et al. International comparison of waiting times for selected cardiovascular procedures. **Journal of the American College of Cardiology**, v.25, n.3, p.557–563, 1995. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7860896/>>. Cited: 13 jan. 2021. [https://doi.org/10.1016/0735-1097\(94\)00442-S](https://doi.org/10.1016/0735-1097(94)00442-S).
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.27, n.78, p.7–26, 2013.
- CAVALCANTI, R. P.; CRUZ, D.F.; PADILHA, W.W.N. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v.22, n.2, p. 181-188, 2018.
- CEBALLOS-ACEVEDO, T. M.; VELÁSQUEZ-RESTREPO, P. A.; JAÉN-POSADA, J. S. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v.13, n.27, p. 268–289, 2014. Disponible: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a17.pdf>>. Acceso en: 21 enero. 2021.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo de gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ Abrasco, 2003.

DA ROCHA, A. S. C. et al. A idade influencia os desfechos em pacientes com idade igual ou superior a 70 anos submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica isolada. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v.27, n.1, p.45–51, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2021. <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20120008>.

DE MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1165–1184, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401165&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400007>.

DE MORAES, A. A. I. et al. Mortalidade de longo prazo de infecção profunda da ferida esternal após cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 3, p. 377–382, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 15 jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20120065>.

ESTEVES, M. J. V. *Fatores do processo de assistência médico-hospitalar que causam o incremento da permanência do paciente no hospital*. 1999. 345f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Caracas – Venezuela, 1999.

FERREIRA, L. L. et al. Noninvasive mechanical ventilation in the postoperative cardiac surgery period: update of the literature. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v.27, n.3, p.446–452, 2012. Available from: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1678-9741.20120074>>. Cited: 13 may 2019.

FORTES, P. A. de C.; CARVALHO, R. R. P.; LOUVISON, M. C. P. Economic crisis and counter-reform of universal health care systems: Spanish case. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.49, p.34, 2015. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26083942>>. Cited: 16 apr. 2019.

FREIRE, M. P. et al. Regulation of care in care networks: The importance of new technological arrangements. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.29, n.3, e190682, p.1–9, 2020. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000300303&lng=en&nrm=iso>. Cited: 16 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190682>.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L.A.; NOBRE, L. F.; IGNÁCIO, D.S. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2003.

GOMES, W. J. Cirurgia de revascularização miocárdica com e sem circulação extracorpórea. O cirurgião cardíaco deve dominar ambas as técnicas. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v.27, n.2, p.v- viii, 2012.

GUILLET, L. et al. Comparison of the additive, logistic european system for cardiac operative risk (EuroSCORE) with the EuroSCORE 2 to predict mortality in high-risk cardiac surgery. **Annals of Cardiac Anaesthesia**, v. 23, n. 3, p.277-282, 2020.

IGLEZIAS, J. C. R. et al. Surgical myocardial revascularization versus stents. **Medical Express**, São Paulo, v.1, n.6, p.341–345, 2014. Available from: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/MedicalExpress.2014.06.09>>. Cited: 15 jan. 2021. <http://www.dx.doi.org/10.5935/MedicalExpress.2014.06.09>.

ISHITANI, L. H. et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4, p.684–691, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500019&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 7 maio. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500019>.

KOERICH, C.; LANZONI, G. M.M.; ERDMANN, A. L. Fatores associados à mortalidade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24, e2748, p.1-9, 2016. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 15 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0708.2748>.

LÉGARÉ, J. F.; LI, D.; BUTH, K. J. How established wait time benchmarks significantly underestimate total wait times for cardiac surgery. **Canadian Journal of Cardiology**, Canadá, v.26, n.1, p.17-21, 2010. Doi: 10.1016 / s0828-282x (10) 70337-8.

LIU, J.; TAO, L.; XIAO, B. Discovering the impact of preceding units' characteristics on the wait time of cardiac surgery unit from statistic data. **PLOS ONE**, Califórnia, v.6, n.7, e21959, 2011. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021959>.

LOPES, R. O. P. et al. Complications in immediate postoperative recovery from elective cardiac surgery: a cross-sectional study based on Roy's theory. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v.IV, n.22, p.23–32, 2019. Available from: <<https://doi.org/10.12707/RIV19042>>. Cited: 16 jan. 2021.

LOUVISON, M. C. P. et al. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in São Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.4, p.733–40, 2008. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18709246>>. Cited: 4 may. 2019. Doi: 10.1590/s0034-89102008000400021. PMID: 18709246.

MAZZUCCHI, A. et al. **O ministério público diante da falta de efetividade das listas de espera de cirurgias eletivas no SUS.** [s.l.], [s.n.], [2014?]. Disponível em:

<http://www.escolasuperior.mppr.mp.br/arquivos/File/Teses_2015/AngeloMazzucchiSantanaFerreira_outros_listas_de_espera_de_cirurgias_eletivas_pelo_sus.pdf>.

Acesso em: 28 jun. 2019.

MCINTYRE, D.; CHOW, C. K. *'Inquiry (United States)*. [s.l.]:SAGE Publications Inc., 2020.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, s.l., s.n., 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 14 maio. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.507–519, 2016. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&tlng=en>. From: 14 may. 2019. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MONTEIRO, G. M.; MOREIRA, D. M. Mortality in Cardiac Surgeries in a Tertiary Care Hospital of South Brazil. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 28, n. 3, p. 200–205, 2015. Doi: 10.5935/2359-4802.20150029.

MUKA, T. et al. The global impact of non-communicable diseases on healthcare spending and national income: a systematic review. **European Journal of Epidemiology**, v.30, n.4, p.251-277, 2015. Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25595318/>>. Cited: 27 oct. 2020. Doi: 10.1007/s10654-014-9984-2.

NAGHAVI, M. et al. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, Seattle, v.385, n.9963, p.117–171, 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/>

NEVES, J. et al. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cárdio-Torácica e Vascular e da Sociedade Portuguesa de Cardiologia sobre tempos de espera para cirurgia cardíaca. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, Lisboa, v.34, n.11, p.683–689, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26481182>>. Acesso em: 4 maio. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2015.07.003>.

PIEGAS, L. S.; BITTAR, O. J. N. V.; HADDAD, N. Cirugía de revascularización miocárdica. Resultados del Sistema Único de Salud, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.93,n.5, p.543-548, 2009. Disponible: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n5/es_a18v93n5.pdf>. Acceso en: 17 enero. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009001100018>.

PRÉCOMA, D. B. et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.113, n.4, p.787–891, 2019. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7020870/>>. Cited: 16 jan. 2021. <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>

RAFFA, C.; MALIK, A. M.; PINOCHET, L. H. C. Análise das variáveis do ambiente interno no gerenciamento de leitos em organizações hospitalares privadas: Aplicação do software NVIVO. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v.14, n.4, p.19-39, 2017. Disponível em: <<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/4427>>. Acesso em: 11 jul. 2019. <https://doi.org/10.21450/rahis.v14i4.4427>.

RODRIGUES, L. C. R.; JULIANI, C. M.C. M. Impact of implementing an Internal Bed Regulation Committee on administrative and care indicators at a teaching hospital. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v.13, n.1, p.96–102, 2015. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Cited: 16 jan. 2021. [https://doi.org/10.1590/S1679-45082015GS3235 S0140-6736\(14\)61682-2](https://doi.org/10.1590/S1679-45082015GS3235 S0140-6736(14)61682-2).

SOBOLEV, B. G. et al. The occurrence of adverse events in relation to time after registration for coronary artery bypass surgery: A population-based observational study. **Journal of Cardiothoracic Surgery**, v.8, n.1, 2013. <https://doi.org/10.1186/1749-8090-8-74>.

UMANN, J. et al. Enfermagem perioperatória em cirurgia cardíaca: revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.15, n.2, p.275–281, 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/36>>. Acesso em: 7 maio. 2019.


VIACAVA, F. et al. Diferenças regionais no acesso a cirurgia cardiovascular no Brasil, 2002 -2010. **Ciencia e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2963–2969, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100013>.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

VIEIRA, E. W. R. *Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais*. 2010. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

8 ANEXOS

ANEXO 1 - Protocolo Gestão de Leitos

	Procedimento Operacional Padronizado	Nº 3.1-011
	Atenção ao Paciente / Cliente	Revisão: 01
	Atendimento ao Cliente	Data: 06/01/2020
Gestão de Leitos		Página: 013 de 1

OBJETIVO

Buscar a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima, dentro dos critérios definidos pela instituição, visando à diminuição do tempo de espera para internação e garantindo a satisfação dos usuários e clientes médicos.

REFERÊNCIA

Manual Brasileiro de Acreditação – ONA, 2014

http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/patient_flow

Benchmarking com instituições de referência: Hospital Samaritano/SP e São Camilo/SP

Manual de Implantação e Implementação NIR Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados - Ministério da Saúde – 2017

EXECUTOR

Coordenação de Enfermagem, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Recepcionistas (atuam no gerenciamento de leitos).

PROCEDIMENTOS

1. Estabelecer contato com enfermeiros das seguintes unidades:

- Recuperação Pós Anestésica (RPA)
- Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)
- Pronto Socorro Adulto (PSA)
- Pronto Atendimento de Convênios (PA Conv.) e
- Visualizar planilha de internação eletiva no Sistema da Qualidade, no início de cada plantão, e registrar em planilha própria (disponibilizada na cadeia de gestão) as

transferências internas e internações necessárias para solicitação de vagas e ocupação de leitos;

2. Solicitar vagas e disponibilizar leitos junto aos enfermeiros das Unidades de Internação clínica, cirúrgica SUS e Convênios, PSA e PA Conv, UTIs e RPA, acompanhando painel de leitos no Sistema MV, contato telefônico e, quando necessário, deslocar-se até as unidades para comunicar aos enfermeiros e/ou médicos sobre solicitações de transferências e/ou internações solicitadas;
3. Analisar solicitações de vagas priorizando transferências internas dos pacientes SUS que aguardam na RPA, posteriormente, nas UTIs, PSA e Internação Eletiva, considerando taxa de ocupação das unidades e demanda das mesmas. Nos casos de pacientes de Convênios Privados e Particulares, priorizar Internações Eletivas Cirúrgicas e UTIs, Eletivo Clínico e internações via PA de Convênios;

3.1 .Critérios para transferência de pacientes da RPA para Unidades de Internação:

- Disponibilização de leito por especialidade e sexo;
- Tempo de permanência do paciente na RPA;
- Criticidade do caso (avaliação técnica entre Enfermeiros e Médicos);

3.2 . Critérios de transferência de pacientes das UTI (Adulto, UCO, Pediátrica e Neonatal) para Unidades de Internação SUS e Convênios:

- Disponibilidade de leito por especialidade, sexo, idade ou acomodação (quando convênios privados e particulares);
- Tempo de permanência aguardando transferência para Unidade de Internação;
- Enfermeiro avalia necessidade de recursos para admissão na unidade (ex: berços na pediatria, isolamento);

PLANO DE CONTINGÊNCIA SUS:

Acionar Plano de Contingência quando ocupação da UTI Neonatal acima de 16 RNs regulados e UTI Pediátrica com 5 pacientes regulados e pacientes com necessidade de cuidados intensivos no PSI ou enfermaria, Unidade de Internação 8 com ocupação total e 4 puérperas no Centro Obstétrico sem leitos;

- Realizar solicitação de transferência via Sistema Cross das Gestantes de Alto Risco e pacientes com necessidade de UTI NEO, Pediátrica e/ou leito de obstetrícia;
- Comunicar a Central Municipal de Regulação (CMR), via contato telefônico, via Sistema Cross e por email para priorização das Transferências solicitadas devido ocupação da

unidade e registrar contato telefônico realizado (nome do profissional e horário em que foi encaminhado);

- Encaminhar alerta para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), realizar contato telefônico, para ciência quanto a ocupação da unidade e registrar contato realizado (nome profissional e horário em que foi comunicado);

3.3 . Critérios para transferência de pacientes do PS para Unidades de Internação:

- Disponibilização de leito por especialidade, sexo e idade;
- Dias de permanência do paciente internado no PS;
- Enfermeiro avalia criticidade do caso associado à disponibilização de equipamentos de suporte à vida e recursos para admissão (ex: berços na pediatria, painel de O2 e isolamento);
- Priorização dos pacientes das linhas de cuidado oncológica e cardiológica;
- Paciente com programação ou possibilidade de intervenção cirúrgica (PSA e PSI) ou início de terapia antineoplásica - avaliação do Enfermeiro junto à equipe médica, se necessário;
- Paciente Adulto que demanda internação na unidade de urgência e emergência deverá solicitar vaga via sistema Cross (para internação no HMCP, transferência de vaga secundária ou UTI) – médico deverá inserir ficha de regulação e o caso será atualizado diariamente até a regulação do leito, por equipe urgência e emergência durante dias úteis e aos finais de semana e feriados o técnico de enfermagem do gerenciamento de leitos realizará a atualização baseado nas informações da evolução médica do prontuário eletrônico do Sistema MV (as fichas com mais de 48 horas sem atualização, serão encerradas pela CMR como E2, ou seja, glosa da internação);
- Paciente Pediátrico que demanda internação deverá solicitar vaga via Sistema Cross, considerando leitos regulados da Unidade Pediátrica e UTI pediátrica, bem como vaga secundária e vaga de UTI externa.

PLANO DE CONTINGÊNCIA:

*Acionar **Plano de Contingência** quando ocupação do PSA estiver **maior que 150% (30 pacientes, considerando 20 leitos cadastrados no PSA)** e quando **ocupação do PSI for maior que 250% (10 pacientes, considerando 4 leitos cadastrados no PSI)**;*

- Verificar disponibilidade de vagas priorizando transferência dos pacientes internados no PS pela especialidade;
- Realizar interação com Centro Cirúrgico para admissão de pacientes cirúrgicos do PSA, confirmando junto ao enfermeiro e/ou médico a complexidade dos casos para alocação após procedimento cirúrgico;

- Comunicar CMR via contato telefônico, via Sistema Cross ou email para priorização das Transferências solicitadas devido ocupação da unidade, registrando contato realizado (nome do profissional e horário em que foi comunicado);
- Encaminhar alerta para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), realizar contato telefônico, para ciência quanto a ocupação da unidade, registrando contato realizado (nome do profissional e horário em que foi comunicado);
- Em último caso, realiza-se análise das cirurgias programadas (dia que antecede a cirurgia e/ou no dia da cirurgia, e análise clínica da complexidade da cirurgia) comunicando a equipe da gestão de acesso a qual fará interlocução com equipe médica das especialidades sobre cancelamento, via telefone, bem como Gerências e Direções quanto às cirurgias canceladas. Enfermeiro realiza acolhimento e dispensa por falta de vaga confirmando reagendamento do procedimento cirúrgico via gestão de acesso. Serviço social realiza dispensa aos finais de semana e feriados;

3.4 . Critérios para transferência de pacientes do PA Conv. para Unidades de Internação Convênios:

- Documentações autorizadas;
- Tipo de acomodação, sexo, idade e especialidade;
 - ✓ Recepção verifica documentação (autorizações) para internação e registra a solicitação da internação em planilha de controle a qual é compartilhada com Gerenciamento de Leitos o qual disponibiliza o leito na Unidade de Internação e comunica Recepção e/ou PA Conv leito disponível para internação ou, caso não existam leitos disponíveis para internação, Gerenciamento de Leitos comunica PA Conv, que aciona Serviço Social para solicitação de transferência para outro serviço;

3.5 . Critérios para transferência de pacientes das Unidades de Urgência e Emergência/ Unidades Internação para UTIs (solicitação realizada via Sistema CROSS com formalização/discussão do caso com equipe médica):

- ✓ *Critérios clínicos para transferência para UTI Adulto:*

Pacientes clínicos/cirúrgicos com necessidade de UTI das Unidades de Urgência e Emergência deverão ser inseridos no sistema CROSS para solicitação de vaga e formalização via impresso próprio/discussão do caso junto a equipe médica. Para pacientes das Unidades de Internação, somente deverão ser inseridos no CROSS quando não houver disponibilidade de leito em nosso hospital;

PRIORIDADE 1	Pacientes instáveis (MEWS >6 pontos), Ventilação mecânica (prognóstico),
---------------------	--

	Necessidade real de drogas vasoativas e ou choque e Sepsis
PRIORIDADE 2	Pacientes que precisam de monitorização constante e potencial, Necessidade de intervenção imediata: Doença orgânica crônica com agravo agudo ou submetido a cirurgia de grande porte, Insuficiência coronária aguda, Descompensação Metabólica severa – cetoacidose grave Coma hiperosmolar, AVCH / AVCI ou HSA, Cirurgia do trauma grave, FAB e FAF graves
PRIORIDADE 3	<p>Pacientes instáveis com doença de base ou estados funcional. Prévio que diminuam a probabilidade de recuperação, Pacientes com câncer metastático e complicações infecciosas, DPOC e ICC Graves, Insuficiência Hepática ou Renal avançadas com agravo agudo reversível.</p> <p>Pacientes com baixa capacidade funcional prévia (Escore de Karnofsky < 30) com agravo agudo reversível - Escore de Karnofsky:</p> <p><i>100-Normal nenhuma queixa, sem evidencia de doenças</i></p> <p><i>90-Capaz de executar atividade normal, sinais/sintomas de doenças</i></p> <p><i>80-Capaz de executar atividade normal com esforço, alguns sinais/sintomas de doença</i></p> <p><i>70-Incapaz de executar atividade normal, capaz de auto-cuidado</i></p> <p><i>60-Requer auxílio ocasional, mas cuida da maioria das necessidades próprias</i></p> <p><i>50-Requer auxílio considerável e freqüente cuidado médico</i></p> <p><i>40-Requer cuidado especial e auxílio incapacitado</i></p> <p><i>30-Hospitalizado, severamente incapacitado, embora morte não iminente</i></p> <p><i>20-Tratamento de suporte ativo requerido, muito doente</i></p> <p><i>10-Processos fatais que progridem rapidamente, moribundos</i></p>
PRIORIDADE 4	<p>Pacientes sem indicação ou com indicação fútil: Estado vegetativo persistente (Crônico),</p> <p>Doença terminal, irreversível com previsão de morte iminente, Conscientes que recusam o tratamento, Em morte encefálica e não doadores, Situação clínica de baixo risco reconhecido.</p>

✓ ***Critérios clínicos para transferência Unidade Coronária (UCO):***

Pacientes clínicos/cirúrgicos com necessidade de UCO das Unidades de Urgência e Emergência são inseridos no sistema CROSS para solicitação de vaga e formalização via impresso próprio/ discussão do caso junto a equipe médica. Para pacientes das Unidades de Internação, somente deverão ser inseridos no CROSS quando não houver disponibilidade de leito em nosso hospital;

Indicação 1: Pacientes com patologias cardiovasculares, principalmente IAM com supradesnivelamento ST (devidamente incluído no protocolo) com instabilidade hemodinâmica (score MEWS > 6 pontos), necessitando monitorização intensiva e cuidados críticos (Ventilação mecânica, drogas vasoativas, balão intra-aórtico). Todos os pacientes em pós operatório imediato de cirurgia cardíaca dada a necessidade de suporte intensivo.

Indicação 2: Pacientes com patologias cardiovasculares, principalmente IAM com supradesnivelamento ST (devidamente incluído no protocolo), não necessariamente em instabilidade hemodinâmica, porém com necessidade de monitorização intensiva (potencial necessidade de intervenção de emergência), dada patologia de base.

Indicação 3: Pacientes com patologias cardiovasculares criticamente doentes com probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base.

Indicação 4: Pacientes geralmente não apropriados para admissão na UCO. A admissão deve ser feita em base individual, em circunstâncias não usuais e ao discernimento do coordenador clínico. Geralmente são pacientes de duas categorias: a) Benefícios mínimos com os cuidados intensivos e b) Doença terminal ou irreversível.

- ✓ Critérios para admissão de pacientes cirúrgicos eletivos SUS e Convênios nas UTI's (As vagas serão reservadas nas UTI's conforme o MAPA Cirúrgico pelo Enfermeiro Gerenciamento de Leitos diariamente, com discussão clínica dos casos com médico Intensivista e enfermeiro:

PRIORIDADE 1: Pacientes Oncológicos;

PRIORIDADE 2: Pacientes de Alta Complexidade (Convênio com o SUS);

PRIORIDADE 3: Pacientes com Cirurgias Canceladas por Falta de Vaga de UTI (Cancelamento Prévio);

3.6 . Critérios para internação eletiva SUS:

- Documentações devidamente preenchidas;

- Inserir ficha (módulo Regulação de Urgência), quando paciente com vaga disponibilizada (exceto procedimentos ambulatoriais e Leito Dia).
- Disponibilização de leito por especialidade, sexo e verificação de recursos para admissão na Unidade de Internação (berço, isolamento...).
- Tempo de permanência aguardando internação e idade;
- Pacientes com programação cirúrgica eletiva;
 - ✓ Gestão de Acesso encaminha para Gerenciamento de Leitos a AIH (Autorização de Internação Hospitalar) ou quando procedimento ambulatorial a carta para procedimento, dos pacientes com solicitação de internação eletiva, conferindo o preenchimento e a codificação do procedimento a ser realizado, Gerenciamento de Leitos realiza segunda conferência, protocola em caderno próprio transcrevendo todos os dados da AIH/carta ambulatorial inclusive codificação dos procedimentos e encaminha documentação para a Recepção e devida internação;
 - ✓ Gerenciamento de Leitos avalia planilha de pacientes colonizados, diariamente, para casos de internações eletivas que precisam manter isolamento;
- Pacientes com programação de internação clínica;
 - ✓ Médico deverá realizar a formalização da solicitação via Gerenciamento de Leitos;
 - ✓ Gerenciamento de Leitos insere o paciente em planilha de controle de internação clínica;
 - ✓ Serão priorizados pacientes oncológicos (necessidade clínica de quimioterapia internados), e/ou suspeita oncológica;
 - ✓ Coordenação avalia diariamente as solicitações, o cenário institucional, realiza interface com serviço de faturamento quando necessário, e quando há possibilidade da internação clínica, realiza contato com o médico solicitante, o qual convoca o paciente para internação e realiza o preenchimento da AIH com todos os dados do paciente;
 - ✓ Gerenciamento de Leitos insere a ficha no CROSS conforme dados da AIH e solicita autorização da internação no leito;

3.7 . Critérios para internação eletiva Convênios:

- Documentações autorizadas;
- Tipo de acomodação, sexo, idade, especialidade e verificação de recursos para admissão na Unidade de Internação (berço, isolamento e etc.).

- ✓ Recepção verifica documentação (autorizações) para internação entregue pelo paciente ou pela Central de Guias da Instituição (HMCP) .
 - ✓ Recepção alimenta planilha de pacientes aguardando internação **ou** comunica Gerenciamento de Leitos sobre necessidade de vaga .
 - ✓ Gerenciamento de Leitos avalia planilha de pacientes colonizados, diariamente, para casos de internações eletivas que precisam manter isolamento durante internação. Caso paciente esteja no Mapa Cirúrgico, essa verificação será realizada no momento da Pré Internação (POP Pré Internação); Após as 22:00 hrs até as 6:00 hrs a confirmação de vaga e verificação de isolamento deverá ser realizada pela recepção de Convênio.
 - ✓ Gerenciamento de Leitos comunica disponibilidade de leito reservado, autoriza internação em leito extra e possibilidades de vaga conforme demanda sinalizada em planilha de internação;
 - ✓ Recepção comunica unidade de internação para realizar o transporte do paciente até a unidade. Nos casos de troca de horário de procedimento agendado, o Centro Cirúrgico comunicará a Recepção sobre necessidade de priorizar internação e o transporte do Centro Cirúrgico busca paciente direto na Recepção. Nesses casos, a Recepção deverá comunicar o Gerenciamento de Leitos para previsão ou disponibilização de vaga para paciente ou internação em leito extra.
4. Nos casos de internações de Urgência o médico deverá preencher a solicitação de vagas à CMR no Sistema Cross (módulo de urgência), o Gerenciamento de Leitos verificará a vaga, então informará na ficha no Sistema Cross (o leito e o médico que assumiu o paciente juntamente com o número do CRM).
- O gerenciamento aguarda a avaliação da CMR e após a finalização da ficha no sistema (realizado pelo médico regulador da CMR) o gerenciamento libera a entrada do paciente;
 - Nos casos de solicitação de transferência de outro hospital para o HMCP: A CMR (Central Municipal de Regulação), entra em contato com o Gerenciamento de Leitos encaminhando a ficha via módulo receptor do CROSS ou via email, para avaliação de especialidades o Gerenciamento de Leitos entra em contato via telefone com as equipes médicas que se deslocam até o Gerenciamento para formalização das respostas, para solicitações de leito de UTI's, o funcionário do Gerenciamento de Leitos desloca-se até as unidades para entregar a fichas CROSS para enfermeiros e/ou médicos e aguarda resposta;
 - A ficha é avaliada pelo médico da unidade que responde a solicitação: na indisponibilidade de leito e/ou justificativa clínica a qual impossibilita o recebimento do caso, o médico nega o caso, formalizando a resposta na ficha e o Gerenciamento de

Leitos rejeita o caso no CROSS, quando o caso for aceito, o Gerenciamento de Leitos registra o aceite no módulo receptor. A CMR entra em contato com a unidade que irá realizar a transferência e este é encaminhado ao HMCP, pacientes Pediátricos são transferidos para o PSI do HMCP antes de entrar para a unidade. Os pacientes Adultos são transferidos para a unidade de internação em Leito já disponibilizado, via Recepção de Internação, o Gerenciamento de Leitos deverá avisar o setor correspondente que receberá o paciente;

5. Receber os censos das unidades (UTIs e PSs) realizar conferência, diariamente, período da manhã e tarde e encaminhar por email para Coordenação;
6. Conferir o mapa cirúrgico com 48 horas e 24 horas de antecedência do procedimento agendado verificando se pacientes já estão internados (pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS - não internados, seguir verificação de AIH e confirmar com Gestão de Acesso possíveis divergências e realizar a pré internação dos pacientes não internados, criando um pré cadastro aos mesmos no sistema MV, após contato com pacientes, quando convênios privados e particulares (POP Pré Internação)
7. Prestar orientações e informações diversas durante a pré internação dos pacientes/clientes via telefônica, a fim de adequar documentações e/ou orientações necessárias para o processo de internação, conforme [POP 3.1-010 – Pré-Internação](#);
8. Verificar junto à Central de Guias de Convênios (Unimed via RES-Registro Eletrônico em Saúde/ outros convênios via Central de Guias) e se os procedimentos cirúrgicos agendados para o dia seguinte estão autorizados ou com o paciente, quando esse estiver em posse da guia do convênio (encaminha via e-mail), estabelecendo contato com o médico para definição/conduita nos casos em que o procedimento não estiver autorizado. Caso a guia do convênio não esteja autorizada, verificar com o médico se o procedimento será cancelado no mapa cirúrgico e no centro cirúrgico, comunicando o enfermeiro desse setor e registrando no mapa a quem foi comunicado, conforme [POP 3.1-010 – Pré-Internação](#);
9. Realizar carta de reserva para os pacientes dos convênios para o dia seguinte e entregar para enfermeiro da unidade para que o mesmo efetive a reserva de acordo com a acomodação de cada paciente/cliente e encaminhe no dia seguinte para Gerenciamento de Leitos;
10. Informar às Unidades de Internação os leitos em que serão encaminhados os clientes-pacientes, com o nome, especialidade e HD;
11. Informar ao Setor de Internação (recepção), os leitos em que serão encaminhados os clientes-pacientes, com o nome, especialidade e HD;
12. Preencher diariamente planilha de ocupação das unidades no período da manhã e tarde e planilha de internação com justificativa de dispensa por falta de vaga;

EXECUTOR

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

PROCEDIMENTO

1. Estabelecer contato com enfermeiros das unidades solicitando vagas para internação eletiva e/ou transferência interna;
2. Realizar interação com Serviço de Higiene e Limpeza comunicando a necessidade de priorização da limpeza terminal quando impactar no tempo de espera para transferência e/ou internação dos pacientes;
3. Solicitar reparos e manutenção ao Serviço de Engenharia e Manutenção Hospitalar, via Ordem de Serviço no sistema MV, sempre que esse processo interferir na admissão do paciente em tempo hábil, garantindo assistência com segurança e qualidade;
4. Interagir com Serviço Social para otimizar remoção de pacientes para alta hospitalar, quando impactar na otimização e ocupação dos leitos;
5. Realizar procedimentos de enfermagem dentro de suas competências legais e sob supervisão do Enfermeiro;
6. Zelar pelo bem estar dos pacientes/clientes;

EXECUTOR

Enfermeiro

PROCEDIMENTO

1. Realizar avaliação técnica quanto as prioridades de transferência e/ou internações e direcionar equipe;
2. Avaliar diariamente a taxa de ocupação do PSA para tomada de decisão quanto ao Plano de Contingência, descrito acima;
3. Realizar interface com equipe médica/enfermeiros quanto as previsões de alta das Unidades de Internação e UTI's;
4. Na ausência da Coordenação realizar visita diária nas Unidades com enfermeiro e/ou médicos, analisando permanência dos pacientes, abordando pendências e previsão de alta dos pacientes, atuando junto ao mesmo para resolução e efetivação da alta hospitalar ou transferências;
5. Verificar isolamentos (Precauções) das unidades e realizar interação junto ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar analisando possibilidade de pacientes em coorte frente a demanda de internação;
6. Conferir Mapa Cirúrgico avaliando ocupação das Unidades para viabilizar os primeiros horários cirúrgicos;

7. Realizar interface com Central Municipal de Regulação (CMR) e CROSS São Paulo para viabilizar transferência de pacientes secundários, frente ocupação das unidades, e outras solicitações de transferência para encaminhamento à outros centros de referência, com acompanhamento diário sobre status do caso;
8. Avaliar tecnicamente as solicitações de internação de pacientes que realizarão procedimentos cardiológicos (Angioplastia e Marcapasso), considerando que são admitidos de outras instituições, verificando possibilidade de vagas com tomada de decisão frente realização de mutirões e estabelecer contato com Serviço de Hemodinâmica para confirmar necessidade de cada paciente quanto a isolamento e monitorização;
9. Quando necessário dispensa por falta de vaga como contingência frente a ocupação, estabelecer contato com equipe da Gestão de Acesso e se necessário com equipe médica para alinhamento de comunicação;
10. Realizar supervisão dos processos relacionados a ocupação dos leitos, disponibilidade de vagas para transferências e internações, solicitações de vagas reguladas e pré internação;
11. Encaminhar email diário para os serviços de remoção de Convênios/Particulares, ofertando leitos de enfermaria/ UTI's;
12. Realizar busca ativa diária na planilha da Central de Guias de outros convênios os quais constam com procedimento cirúrgico autorizado, realizando contato telefônico ou por email com médicos/secretária/pacientes para agilização do agendamento da cirurgia, e interface com Enfermeiro do agendamento cirúrgico;
13. Alimentar e Analisar indicadores institucionais em conjunto com Coordenação: Taxa de Ocupação, Giro de leito, Tempo de espera internações eletivas SUS, Dispensa por falta de vaga, Dispensa por falta de vaga/ especialidade, Tempo entre dispensa por falta de vaga e internação, tempo médio de espera para transporte (remoção), Indicador para Secretaria Municipal de Saúde e Acompanha tempo de espera do paciente na RPA, Motivo de Cancelamento Cirúrgico e Média de permanência das unidades e Grau de Complexidade dos pacientes internados.

EXECUTOR

Enfermeiro Coordenador

PROCEDIMENTO

1. Avaliar diariamente o cenário Institucional e as prioridades de transferência e/ou internações e direcionar equipe
2. Realizar visitas diárias beira leito com os Enfermeiros/Médicos das Unidades de Internação e UTI's com discussão clínica dos casos, prováveis altas e abordagem para possíveis intervenções que otimizem a desospitalização segura e o giro do leito, como

acionamento de Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), Serviço Social, priorização de exames de imagem, avaliação de especialidades ou equipe multidisciplinar, bem como discussão de pacientes elegíveis para contra-referência para os serviços de saúde de origem ou transferências de casos de menor complexidade para outras unidades de saúde;

3. Coordenar equipe da Gestão de Acesso para garantir o cumprimento das metas do convênio com o SUS e realizar acompanhamento diário da produção SUS e intervenções quando necessário com os Coordenadores médicos das especialidades;
4. Realizar interface com Coordenação da Central Municipal de Regulação, DRS, SAMU e CROSS São Paulo diante dos cenários de contingência das Unidades de Urgência e Emergência/UTI's, com discussão técnica dos casos passíveis de transferência para outras unidades de saúde, bem como para desvio de casos para outros hospitais, formalizando as ações por email para Direção de Enfermagem e Gerência;
5. Realizar intervenções para aumento da produção de internações de convênio/particulares, como captação de clientes externos e garantir absorção das solicitações de transferências externas para enfermarias/ UTI's;
6. Analisar os Indicadores estratégicos da unidade;

DISTRIBUIÇÃO

Unidades de Internação, Unidades de Urgência e Emergência, Unidades de Terapia Intensiva e Gerenciamento de Leitos.

AUTORIDADE E RESPONSABILIDADE

A autoridade sobre o procedimento descrito fica a cargo da Gerência e Coordenação do Gerenciamento de Leitos, sendo de responsabilidade de todos os Profissionais envolvidos a execução do mesmo.

CONTROLE DE REVISÃO			
9	DATA	Revisão	10 MOTIVO
	18/07/2013	00	Edição do Documento
	03/11/2014	01	Priorização das transferências das unidades de urgência para as unidades de internação conforme o critério de início de terapia

		antineoplásica
--	--	----------------

<p>Elaborado: Ana Paula da Silva Pereira Daniel COREN: 098904</p> <p>Danielle Fabiana Cucolo COREN: 124408</p>	<p>Data: 02/08/2013</p> <p>Data: 24/07/2013</p>
<p>Revisado: Danielle Fabiana Cucolo COREN: 124408</p>	<p>Data: 24/02/2015</p>
<p>Autorizado: Aguinaldo Pereira Catanocce CRM: 109253 (Diretor Técnico)</p> <p>Ana Luiza Ferreira Meres COREN: 42473 (Diretora de Enfermagem)</p> <p>Nilton Crepaldi Vicente CRM: 48717 (Diretor Clinico)</p> <p>Geane Cristina S. Bueno (Diretoria Administrativa)</p>	<p>Data: 24/02/2015</p> <p>Data: 19/02/2015</p> <p>Data: 02/03/2015</p> <p>Data: 27/02/2015</p>
<p>Aprovado: Mirana Volpi G. Pereira (Coordenadora do Serviço da Qualidade)</p>	<p>Data: 23/02/2015</p>

Anexo 2 – Parecer consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 3.663.083

Oferecer um instrumento para análise e discussão sobre a gestão do fluxo do paciente e os impactos evidenciados no estudo para propor melhorias no acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem redigido e apresenta relevância científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados pela pesquisadora.

Recomendações:

Alterar no item avaliação do riscos e benefícios a frase: "Riscos mínimos de perder informação e confidencialidade". Pelo fato de o pesquisador ter apresentado carta garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados, não se justifica tal afirmação.

Sugiro alterar para: os riscos são mínimos tendo em vista que não haverá contato direto com o paciente e não há proposta de intervenção.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1405522.pdf	01/10/2019 15:10:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Mestrado_final.docx	01/10/2019 15:06:13	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516

Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571

UF: SP **Município:** CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777

Fax: (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise dos impactos de uma intervenção na gestão do fluxo do paciente com indicação de cirurgia cardíaca eletiva do Hospital Puc -Campinas de 2014 a 2018.

Pesquisador: SILVIA THOMAS ANTUNES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23253019.8.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.663.083

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo que utilizará informações dos pacientes que tiveram indicação de cirurgia cardiovascular e realizaram o procedimento cirúrgico eletivamente nos anos de 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018. Será realizada uma análise comparativa, do tipo "antes e depois" da intervenção que a gestão do hospital realizou no fluxo do paciente pelos níveis de atendimento do SUS, em relação a tempo de espera na fila para procedimento, média de permanência de internação, taxa de infecção de sítio cirúrgico, taxa de mortalidade e custo da internação nos dois períodos. Serão excluídos prontuários com registros incompletos.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os impactos em mortalidade de uma intervenção realizada em fevereiro de 2016 no processo de gestão do fluxo do paciente submetido a cirurgia cardiovascular eletiva em um Hospital Universitário de Campinas nos anos de 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos de perder informação e confidencialidade.

Benefícios:

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 3.663.083

Investigador	Projeto_Mestrado_final.docx	01/10/2019 15:06:13	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/10/2019 12:35:29	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
Outros	Carta_CEP.pdf	12/09/2019 22:06:45	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
Outros	Carta_prospeq.pdf	12/09/2019 22:06:15	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
Outros	Carta_Autoriz_Prontuarios.pdf	12/09/2019 22:03:51	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_Dispenza_TCLE.pdf	12/09/2019 21:59:45	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
Outros	Carta_Superintendencia.pdf	05/08/2019 15:17:12	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso.pdf	05/08/2019 15:16:17	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
Outros	Carta_Presidente.pdf	05/08/2019 15:15:30	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
Orçamento	Declaracao_de_custos.pdf	05/08/2019 15:14:25	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
Outros	Decl_Ciencia_Inst_Cop.pdf	05/08/2019 15:05:40	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
Outros	Declaracao_Coordenador.pdf	05/08/2019 15:03:56	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Infraest.pdf	05/08/2019 14:59:59	SILVIA THOMAS ANTUNES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 25 de Outubro de 2019

Assinado por:
Mário Edvin GreTERS
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br