

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP
CURSO GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RAFAEL DA ROSA TIBES

**A FUNCIONALIDADE DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) EM UM
HOSPITAL GERAL DO MEIO OESTE DE SANTA CATARINA**

**CAÇADOR
2019**

RAFAEL DA ROSA TIBES

**A FUNCIONAILIDADE DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) EM UM
HOSPITAL GERAL DO MEIO OESTE DE SANTA CATARINA**

Trabalho de conclusão de curso como exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem do curso de enfermagem ministrado pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, sob orientação da Prof. Esp. Sarah Cristina Chiesa Massoco.

**CAÇADOR
2019**

**A FUNCIONAILIDADE DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) EM UM
HOSPITAL GERAL DO MEIO OESTE DE SANTA CATARINA**

RAFAEL DA ROSA TIBES

Este Trabalho de Conclusão de Curso, foi submetida (o) ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título (Grau) de:

Bacharel em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em __/__/__atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e Coordenação do Curso de Enfermagem

Rosemari de Oliveira

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Sarah Cristina Chiesa Massoco

Lorete Braun

Maria Aparecida Tavares

RESUMO

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma ferramenta estratégica do Sistema Único de Saúde (SUS), voltada para área da saúde hospitalar. Visto que as ofertas de serviços de saúde estão ficando cada vez mais desequilibrada entre a oferta de leitos e a demanda por busca de atendimentos pelos usuários. Com base nesses dados foi criado um modelo de gestão que atribui com ênfase a gestão hospitalar, com intuito de diminuir o tempo médio de permanência de usuários internados, gerenciar e mapear os leitos disponíveis nas unidades realocando de forma correta em tempo hábil, atendimento específico e otimização de recursos hospitalar através do NIR. Este busca atrelar as necessidades do usuário, em sua totalidade procurando subsidiar o atendimento do usuário como um todo oferecendo assistência especializada, como referência e contra referência. Diante das necessidades deve ser implantado um sistema de gestão mais eficiente e pode-se dizer que dentre os profissionais da saúde o que tem em seu perfil de gestão é o Enfermeiro, surgindo à necessidade de verificar qual é o funcionamento do NIR. Foi realizado por meio da metodologia da pesquisa estudo exploratório, descritivo, comparativo e retrospectivo em um hospital geral no período de janeiro 2017 a julho de 2018. Os resultados foram comparados com as recomendações descritas pelo Ministério da Saúde, assim como foram analisados através do modelo proposto Avedis Donabedian. Optou-se por analisar os dados que foram recomendados pelo Ministério da Saúde e implantados pela amostra como conformidade e não conformidade refere-se a processos, fluxos ou resultados implantados na instituição.

Palavras chaves: leitos, gestão, enfermeiro, processos, Núcleo Interno de Regulação.

ABSTRACT

The Internal Nucleus of Regulation (NIR) is a strategic tool of the Unified Health System (SUS), focused on the area of hospital health. Since health service offerings are becoming increasingly unbalanced between bedding and the demand for seeking care by users. Based on these data, a management model was created that emphasizes hospital management, aiming at reducing the average time spent inpatients, managing and mapping the available beds in the units, relocating correctly in a timely manner, specific care, and optimization of hospital resources through the NIR. This seeks to meet the needs of the patient, in its totality seeking to subsidize the care of the patient as a whole offering specialized assistance, as a reference and against reference. A more efficient management system can be implemented in the face of needs and it can be said that among the health professionals what is in their management profile is the Nurse, arising from the need to verify the NIR's functioning. A descriptive, comparative and retrospective study was conducted through a research methodology in a general hospital from January 2017 to July 2018. The results were compared with the recommendations described by the Ministry of Health, as well as analyzed through the model proposed Avedis Donabedian. We opted to analyze the data that were recommended by the Ministry of Health and implanted by the sample as compliance and non-compliance refers to processes, flows or results not yet implemented in the institution.

Key words: beds, management, nurses, processes, Internal Regulation Nucleus.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Avaliação dos processos classificados de acordo com a teoria e recomendados pelo Ministério da Saúde .(Processos).....	26
Gráfico 2: Avaliação das recomendações pelo Ministério da Saúde em comparação ao NIR de estudo.....	24
Gráfico 3: Análise do Enfermeiro no NIR conforme a gestão e as recomendações do Ministério da Saúde.	25
Gráfico 4: Análise da funcionalidade do NIR em comparação aos processos regulados de acordo com os relatórios disponíveis de 2017 e 2018.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NIR	Núcleo Interno de Regulação
RAS	Rede de Atenção à Saúde
UNIARP	Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
SUS	Sistema Único de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
SISREG	Solicitação e Agendamento de Consultas e Procedimentos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SPDATA	Serviço de Processamento de Dados
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
MS	Ministério de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIH	Autorização de Internação Hospitalar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
2.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	8
2.2 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR).....	11
2.3 ESTRUTURA DE RECURSOS HUMANOS.....	13
2.4 PAPEL DO ENFERMEIRO	16
2.5 PAPEL DO MÉDICO.....	18
2.6 PAPEL DA ASSISTENTE SOCIAL.....	18
2.7 PAPEL D ASSISTENTE ADIMINISTRATIVO.....	19
2.8 METODOLOGIA	19
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERENCIAS.....	32
APÊNDICE.....	37

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde são organizados de forma a assegurar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim torna-se necessário a compreensão das estratégias de organização dos níveis de atenção à saúde.

A portaria nº 3390 de 2013, define sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS através das diretrizes para os componentes hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). No artigo nº5 inciso XIV descreve que:

Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os usuários internados, quando necessário (BRASIL, 2013, p. 1).

Dentre as unidades hospitalares, pode-se classificar através do porte pelo número de leitos, pela especialidade ou ainda sua importância em uma região, definidas Portas Hospitalares de Urgência e Emergência: serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas (BRASIL, 2013, p. 1).

Segundo Soares (2017), a gestão eficiente da capacidade instalada vem se apresentando como questão estratégica para superar a superlotação hospitalar, problema observado em diversos países por todo o mundo. A necessidade de verificar a funcionalidade e o conhecimento estratégico que o profissional Enfermeiro deverá atentar-se não apenas para efetivação da assistência requerida para cada usuário, mas como também no nível de gestão e administração dos leitos hospitalares como também compreender a rede de serviços disponíveis.

A Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação, promover o delineamento do perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizando consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR (BRASIL, 2017, p. 7).

Com base das definições propostas pelo Ministério da Saúde (MS) sendo uma normativa de organização de serviços hospitalares, com seu início em 2013, no entanto com sua consolidação de 2017, é notório o conhecimento deste “elo” entre as unidades hospitalares e a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O NIR trata-se de unidade técnico-administrativa a fim de monitorar todo o processo em decorrência da internação hospitalar que o usuário necessite, seja intra-hospitalar, extra-hospitalar até sua alta.

Pode-se dizer que dentre os profissionais da saúde o que tem em seu perfil de gestão é o Enfermeiro, surgindo à necessidade de verificar qual é funcionamento do NIR em um hospital geral no meio oeste de Santa Catarina?

Esta temática é assunto de gestão hospitalar atual, sendo suas referências bibliográficas ainda em desenvolvimento. Além de difundir sobre esta ferramenta e sobre as organizações dos serviços em nível de região disponíveis pelo SUS, tornar-se primordial para uma assistência a saúde promovendo acesso e direito ao usuário.

A implantação do NIR em um hospital trata-se do cumprimento de normativas e diretrizes de recomendação atuais em gestão hospitalar. No entanto é possível propor implementações dos processos e estruturas, a fim de promover melhora no desenvolvimento das atividades e monitoramento dos processos de cada usuário.

Nesta pesquisa foi proposto a comparação dos processos em curso, rotinas, estruturas e processos com as recomendações atuais do MS através do Manual de Implantação e Implementação do NIR sendo possível a verificação das lacunas assim como promover os dados para embasamento de novos núcleos em outras instituições.

Onde foi avaliado a funcionalidade do Núcleo Interno de Regulação instituído em um hospital geral com avaliação da estrutura, processos e resultados; definido o funcionamento do NIR assim como os membros que compõe a equipe multidisciplinar; e descrição sobre a legislação vigente e avaliação na efetividade os processos de regulações da demanda interna.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O acesso aos cuidados em saúde é um direito de todos os cidadãos. Direito assegurado pela Lei nº. 8080 de 1990 e pela Constituição Federal de 1988:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990, p. 1).

O conceito de saúde, como um direito à cidadania, foi expresso na Constituição Brasileira de 1988, seção II, nos artigos 196, 197, 198 e 199. Estes abordaram o conceito de saúde na perspectiva política, econômica e social. Ampliou-se o direito do cidadão à saúde do direito previdenciário, e foi dada relevância pública aos serviços de saúde como descritos no artigo 196:

A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante medidas políticas, sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998, p. 1).

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988, é um sistema que não veio para suceder o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) descrever nem tampouco o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ele é um novo sistema de saúde que está em construção (BRASIL, 1990, p. 1).

Iniciou com seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais, mas não está claro qual seria a classificação do princípio da participação popular (CECIM et al, 2004, p. 1).

A saúde é subdividida em diferentes níveis de atendimento, primário, secundário e terciário, seguindo como em todo território nacional os princípios empregados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém ainda tem que avançar na

área da saúde, visto que não está funcionando adequadamente, devido à demanda de usuários do SUS ser maior que a oferta ofertada. A comunicação entre os serviços ofertados pelo SUS está falha, seja pela não compreensão da importância da articulação entre os diferentes setores de saúde para um melhor atendimento da população, pela falta de fiscalização e incentivo da gerência e administração ou pela ausência de uma forma de comunicação mais fácil, como a de prontuários eletrônicos que poderiam integrar os diferentes níveis de saúde. O SUS funciona como uma rede que deve estar integrada entre todos os níveis de atendimento para subsidiar suporte ao usuário desde a atenção primária até os serviços mais complexos para que não haja interrupções no tratamento do usuário. Respeitando uma pirâmide de atendimento, para não sobre carregar outros serviços, sendo a porta de entrada é o serviço primário de saúde, seguido pelos serviços secundários e terciários. Essa hierarquia é mantida porque se faz necessária para a organização segundo níveis de complexidade que se interligam e se comunicam de forma a manter o vínculo com o usuário (CALISTRO, 2014, p. 11).

Podemos exemplificar a relação entre um serviço terciário e um primário conforme os pensamentos de Novaes (1990), que afirma: um dos objetivos dos sistemas locais de saúde é atender as necessidades individuais e familiares, integrando disciplinas e estabelecer o equilíbrio da assistência dentro e fora do hospital (serviço terciário). Para que o usuário não pereça no caminho os setores devem funcionar interligados e dando continuidade dos serviços um ao outro, dessa forma o cliente não fica ligado apenas a uma instituição e sim a um conjunto de serviços de saúde. Sendo essa relação realizada principalmente pelas guias de referência e contra referência que deveriam ser trocadas entre esses serviços de saúde, visando sempre o bem-estar da população assistida (CALISTRO, 2014, p. 12).

A organização e o funcionamento adequado do sistema de referência e contra referência são os pontos chave para desencadear e dar assistência de forma integral para seus usuários. Para que o fluxo ocorra de uma forma efetiva deve-se persistir na integração entre as instituições (serviços primário, secundário e terciário) e entre os profissionais da saúde (CALISTRO, 2014, p. 12).

Na atenção básica as expectativas são a resposta para os casos que não foram solucionados com o atendimento médico da unidade básica e precisaram ser

encaminhados para as diferentes especialidades. Referenciar um usuário implica em transferi-lo para outro estabelecimento que forneça atendimento especializado a partir do Centro de Saúde.

No entanto, a comunicação deve ocorrer também no sentido contrário, ou seja, através da contra referência desse caso, ocorrendo assim uma dinâmica constante no sistema. Para que o processo funcione de forma correta deve conter normas claras para estabelecer fluxos de referência e contra referência, sendo o objetivo garantir atendimento de forma integral de acordo com a necessidade de cada usuário. Evitando dessa forma, erros nos serviços prestados ao usuário. Nesse meio não pode haver hierarquia entre os diferentes serviços SUS, e sim uma gestão organizada na horizontal, pois todos são importantes e necessários para os objetivos propostos. Sendo assim, respeita-se a importância de cada serviço e orienta os usuários adequadamente a qual serviço deve recorrer, reforçando sempre que a porta de entrada é no serviço primário (CALISTRO, 2014, p. 12).

O SUS foi criado sob o princípio da universalização, com o propósito de “saúde para todos”, conforme previsto na Lei 8.080 de 19/09/1990 e 8.142 de 28/12/1990, Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2004, p. 1).

Esta lei dispõe sobre a organização, o funcionamento e a regulamentação dos serviços para a promoção e recuperação da saúde. Foram criadas também as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, adaptando-se a legislação no âmbito estadual e municipal (BRASIL, 2004, p. 1).

É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos – atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros (BRASIL, 1990, p. 1).

O SUS é baseado em preceitos constitucionais e a sua construção se norteia pelos princípios doutrinários e assim sendo, podemos dizer que ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e

municipal. Assim sendo, o SUS não pode ser visto como um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviço e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990, p.1).

Modelo de gestão Kanban

Kanban é uma palavra de origem japonesa que significa literalmente registro, sinal visível ou placa visível. O sistema kanban foi implantado primeiramente em uma indústria e tinha como objetivo controlar o movimento de materiais para recolocar aqueles mandados para o próximo centro de trabalho, usando apenas post-its. O sistema Kanban nas unidades hospitalares pode ser entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais. Através desta ferramenta pode-se identificar o paciente, a equipe responsável, indicar o tempo médio de permanência, localizar o paciente dentro da instituição entre outros. Nesse sentido, existem poucas ferramentas que possam auxiliar na qualificação do gerenciamento do fluxo do paciente em observação/internação e ao mesmo tempo fornecer indicadores de gestão fica evidente que a reclassificação de risco e o sistema kanban são tecnologias de intervenção que disparam mudanças no modo de operar os processos de trabalho, alinhando os modelos de atenção e de gestão (HEISLER, 2012, p.7).

2.2 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

Art. 3º Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013, p. 9).

A organização do NIR deve se estruturar de acordo com as diretrizes do Programa SOS Emergência, celebrado a partir da Portaria 1663 de 2012, que é uma ação estratégica prioritária para a implementação do Componente Hospitalar da

Rede de Urgência e Emergência, realizada em conjunto com os Estados, Distrito Federal e Municípios para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do SUS nas maiores e mais complexas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência do sistema.

A regulação pode ser entendida como a ação regulatória ordenadora e orientadora dos fluxos assistenciais, também sendo responsável pelo mecanismo de relação, entre gestão e os vários serviços de saúde, e pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (RODRIGUES; JULIANI, 2015, p. 97).

Para que o NIR seja implantado em uma instituição ele deve ser entendido como projeto importante e permanente dentro do planejamento estratégico das unidades hospitalares, tendo em vista que os hospitais são instituições complexas e com rotinas e culturas organizacionais que necessitam ser aprimoradas para melhorar qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Sendo então competido ao NIR as Seguintes atribuições:

1. Permitir o total conhecimento da necessidade e oferta dos leitos, por especialidades e patologias;
2. Compete ao NIR auxiliar nas discussões tanto internas, como externas (na rede de atenção à saúde), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados;
3. Diminuir a utilização dos leitos hospitalares, para redução da Taxa de Ocupação, Tempo Médio de Permanência, nos diversos setores do hospital.
4. Verificar o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de gestão da clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
5. É dever do núcleo ser a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação;
6. Gerencia os fluxos de acesso aos serviços e as informações no ambiente hospitalar;
7. Gerenciar os recursos existentes para que sejam utilizados de forma correta para que aconteça a rotatividade além de apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar;
8. Realiza a articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar;
9. Cabe ao NIR promover o cuidado integral ao usuário dos serviços hospitalares visando o atendimento mais adequado às suas necessidades;
10. Subsidiar as equipes na definição de critérios para internação e alta;
11. Auxilia às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência;
12. Incentiva o Cuidado Horizontal dentro da instituição;
13. Ajuda a direção do hospital para a tomada de decisão internamente;
14. Promove tecnicamente, com dados de monitoramento na proposição e atualização de protocolos de diretrizes clínicas e terapêuticas e administrativos (BRASIL, 2017, p. 9).

Na grande maioria dos hospitais se têm mantido o tempo médio de permanência dos usuários muito alta, tendo um feedback negativo sobrecarregando o setor de emergência (BRASIL, 2017, p. 23).

Para que ocorra uma melhora dos índices de permanência necessita ser trabalhado o aprimoramento dos fatores apontados a cima.

Nessa perspectiva, é importante um olhar para dentro da instituição com vistas à diminuição das médias de permanência e adoção de processo de cuidado (BRASIL, 2017, p. 28).

Torna-se também indispensável à pactuação de protocolos entre os profissionais da equipe de forma multiprofissional, a fim de padronizar a metodologia de investigação diagnóstica e das condutas terapêuticas em todos os setores da unidade hospitalar, o que diminui gastos desnecessários, evita a duplicação ou superposição de exames, proporciona mais agilidade ao tratamento, previne a substituição precoce de drogas e diminui a ocorrência de complicações evitáveis e iatrogênicas nos usuários (BRASIL, 2017, p. 18).

É de suma importância à possibilidade de tornar os processos informatizados, por meio de prontuários eletrônicos e a disponibilização, na rede interna, dos resultados de exames, o que garante agilidade e redução de custos (BRASIL, 2017, p. 23).

O NIR deve conter em sua equipe profissionais de boa comunicação pois a boa relação entre os setores torna mais fácil e deixa mais clara a definição de critérios de acesso a estas áreas e diminui a disputa por recursos, muitas vezes escassos. O objetivo de todo o trabalho do NIR é beneficiar o maior número possível de usuários, aumentando a oferta não só pela qualificação do acesso, mas também das indicações de transferências entre instituições (BRASIL, 2017, p. 21).

2.3 ESTRUTURAS DE RECURSOS HUMANOS

O NIR deve ser organizado de acordo com cada instituição. No entanto cada instituição tem demanda diferenciada, porém recomenda-se que funcione 24 horas sete dias por semana e tenha uma estrutura mínima composta por médico, enfermeiro e assistente social. Com essa equipe já se pode dar início aos trabalhos,

podendo ser alterada conforme a necessidade durante a implantação (BRASIL, 2017, p. 11).

Apesar da variabilidade nas ações do NIR entre as instituições, existem três grupos de atividades fundamentais para otimizar o uso da capacidade do hospital.

São elas:

[...] Práticas de Regulação: entende-se por práticas de regulação as atividades transversais de regulação do acesso realizadas pelo NIR, de forma articulada com os pontos de atenção e as Centrais de Regulação com o intuito de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar. [...] Articulação com a RAS: o NIR deve ser o mediador de conversas com as Centrais de Regulação Hospitalar e com outras instituições da rede (Unidades Básicas de Saúde - UBS, Unidades de Pronto Atendimento - UPA, hospitais etc.). [...] Monitoramento: Realizar avaliação de indicadores, do fluxo do usuário e de casos de permanência prolongada (BRASIL, 2017, p. 12).

Figura 1: Pilares do Núcleo Interno de Regulação



Fonte: (BRASIL, 2017).

O NIR por sua vez deve possuir o mapa de leitos hospitalar e deve ter controle dos usuários que entram pela emergência do hospital, trabalhando em conjunto ininterruptamente para que a gestão de leitos seja efetiva. Essas equipes, trabalhando em conjunto e utilizando as ferramentas da Gestão resulta em maior número de rotatividade, e menor tempo de internação hospitalar com isso a ocorrência de infecção hospitalar também diminui junto com os gastos hospitalares (SCI MED., 2017, p. 5).

Os hospitais possuem perfil de complexidade muito variável, conforme os recursos diagnósticos e terapêuticos de que dispõem. Normalmente, não estão aptos a tratar todas as condições dos usuários que procuram atendimento espontaneamente na sua principal porta de entrada, o setor da Emergência (BRASIL, 2017, p.15).

O NIR deverá desenvolver uma boa comunicação com a Central de Regulação, pois um dos problemas mais encontrados pelas e as centrais de regulação, são sobre repasse das informações de forma clara objetiva e direta, o NIR deve filtrar essas informações e repassar de forma mais clara e objetiva possível. Para que o processo de transferência ocorra em tempo hábil (BRASIL, 2017, p.13).

O relacionamento direto com o NIR de outros hospitais é uma atividade importante que precisa ser desenvolvida para a troca de experiências, bem como a criação e alinhamento de fluxos específicos. Mais do que isso, dessas relações podem surgir parcerias para compartilhamento de recursos diagnósticos e

terapêuticos. Como exemplo, vamos considerar dois hospitais gerais com limitações de recursos para exames diagnósticos (BRASIL, 2017, p. 22).

Para suprir algumas necessidades os hospitais podem encontrar soluções em conjunto através dos núcleos para esperas prolongadas de transferência, alienando fluxos de usuário (BRASIL, 2017, p. 22).

A projeção dos processos e controle executados pelo serviço de regulação A precisa mensurar o resultado de suas ações (efetividade e eficiência). É necessário ser mensurado, a fim de viabilizar a identificados dos indicadores de resolução dos encaminhamentos e necessidade de cada usuário, assim a mensuração dos indicadores é a ferramenta utilizada para esta análise de processos e resultados.

Podemos dividir os indicadores relevantes para o NIR em dois grupos principais: os de processo e os de resultado, sendo: indicadores de processos, tempo para efetivação da internação, tempo para efetivação da alta hospitalar, processo de informações, tempo para higienização do leito, tempo do intervalo cirúrgico, usuários – dia, taxa de ocupação de leitos, número de internações, número de consultas, número de cirurgias, taxa de ocupação de sala cirúrgica, tempo de permanência, taxa de usuários residentes no hospital (acima de 90 dias), índice de renovação (giro de leitos), substituição de leitos e giro de salas cirúrgicas (BRASIL, 2017, p. 24).

A rotina do núcleo dependerá da instituição, porém considera em ter controle total sobre os leitos para centralizar a forma de atender à demanda de novas admissões e de transferências internas entre as unidades (BRASIL, 2017, p. 28).

Descreve-se como processos do núcleo: coordenar o trabalho de regulação intra-hospitalar, controlar diariamente a disponibilidade de leitos, monitorar o tempo médio de permanência, constituir a interface junto a Central de Regulação, monitorar o fluxo de informações, organizar e acompanhar indicadores e a emissão de relatórios mensais (BRASIL, 2017, p. 29).

2.4 PAPEL DO ENFERMEIRO

Destacamos neste núcleo o papel do enfermeiro operacional, onde sua principal função é a de gerenciar em tempo real os leitos livres, autorizar ou negatizar as novas admissões das reservas solicitadas, trocas e os bloqueios necessários conforme a demanda e disponibilidades. Acompanhando diariamente o

censo hospitalar é possível alocar corretamente os usuários, e não sobrecarregar os promovendo o uso mais eficiente dos leitos disponíveis (BRASIL, 2017, p. 40).

A realização de round multidisciplinar é importante para alinhar toda a equipe acerca das situações e ações necessárias, definindo tarefas específicas que deverão ser executadas até o dia seguinte. No round diário, onde o enfermeiro operacional discutirá com o médico coordenador e/ou médicos reguladores os casos de transferência externa e internações prolongadas, definindo planos de ação para esses usuários (BRASIL, 2017, p. 29).

Conforme o Decreto 94.406/87, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, assegura competências legais para atuação do Enfermeiro no NIR:

Art. 8º Ao Enfermeiro incumbe:

I - Privativamente:

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

[...]

h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante de equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

[...]

i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

[...]

p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do usuário nos diferentes níveis de atenção à saúde;

q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde; [...] (BRASIL, 1986, p. 1).

Diante do exposto e de acordo com a legislação citada, entendemos que o profissional Enfermeiro está habilitado para atuar na coordenação do processo de gerenciamento de leitos, tendo em vista sua competência técnica e gerencial.

Conforme o modelo de Avedis Donabedian (1988), que criou a Tríade Donabedian ou modelo de Donabedian é um modelo conceitual que fornece um enquadramento para examinar os serviços de saúde e avaliação de qualidade dos cuidados de saúde. O acesso aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção responder às necessidades de saúde de uma população, sejam elas

sócio organizacional, que inclui características da oferta de serviços, e a geográfica que se relaciona ao espaço, medida pela distância e tempo de locomoção.

De acordo com o modelo, as informações sobre a qualidade dos cuidados podem ser extraídas três categorias: "estrutura", "processo" e "resultados". Estrutura descreve o contexto em que os cuidados são prestados, incluindo os edifícios do hospital, pessoal, financiamento e equipamento. Processo denota as transações entre usuários e fornecedores em todo o fornecimento de cuidados de saúde. Por fim, os resultados referem-se aos efeitos dos cuidados de saúde no estado de saúde dos usuários e populações.

2.5 PAPEL DO MÉDICO

O médico ligado ao NIR tem como sua função principal ser a referência para discussão de aceite de pacientes externos, além de atualizar o censo de novas admissões ou transferências para outro hospital (BRASIL, 2017, p. 28).

No início do plantão deverá acompanhar na avaliação dos pacientes, para identificar as possíveis transferências a outros setores da unidade hospitalar e/ou retaguarda e também para outras instituições pactuadas ao RAS. Deve verificar as pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e buscar junto a sua equipe a resolução. Atua como intermediário a equipe assistencial na busca e disponibilização de leitos de internação para os pacientes que se encontram de alta da UTI. (BRASIL, 2017, p. 39).

2.6 PAPEL DA ASSISTENTE SOCIAL

Tem como objetivo Abordar e orientar usuários e familiares no processo de transferências internas e externas, coletar assinatura do paciente ou seu responsável no Termo de Consentimento para posterior transferência e subsidiar no esclarecimento de toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à transferência, explicando sobre o funcionamento e normas do Hospital que será realizado a transferência. Realizar investigação social do paciente, nos casos pertinentes. Auxiliar no cuidado da saúde do indivíduo em sua totalidade Bio-Psico-Social-Espiritual (BRASIL, 2017, p. 41).

2.7 PAPEL DO ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

No início do plantão deve se atentar para situação dos leitos de sua instituição que estão disponíveis para o dia repassando para o enfermeiro e médico regulador do NIR, alimentando os sistemas de informações sobre tais dados, conforme o caso entregar para os médicos reguladores/auditores cópias de relatórios de pacientes internados. Alimentar a planilha de dados no computador dos pacientes transferidos para outro hospital no dia anterior com as seguintes informações: Nome do paciente Data de nascimento, Nome da mãe do paciente, Número do prontuário, Especialidade médica, Nome do médico assistencial, Total de pacientes que foram transferidos diariamente, total de pacientes que voltaram para o Hospital de origem diariamente especificando o motivo do retorno. Conferir o mapa cirúrgico se tem algum dos usuários em monitoramento, para procedimentos cirúrgicos, no dia seguinte. Organizar a documentação e o prontuário do paciente que irá ser transferidos no dia, documentação cuja essa é: Relatório Médico com o Termo de Consentimento, Cópia dos exames laboratoriais do dia, Cópia dos laudos dos exames de imagem e filmes dos exames de imagem mais recentes, Cópia da prescrição do dia, Cópia da evolução de enfermagem (BRASIL, 2017, p. 42).

2.8 METODOLOGIA

Nesta pesquisa a metodologia utilizada foi de estudo observacional descritivo retrospectivo com foco na avaliação da funcionalidade do NIR implantado em um hospital geral no ano 2017, tem por metodologia de pesquisa: estudo exploratório, descritivo, comparativo e retrospectivo. Sendo como fonte de dados a estrutura descrita, processos e resultados do núcleo com base no modelo proposto por Avedis Donabedian de qualificação de serviços de saúde.

A amostra de pesquisa definida foi o NIR de um hospital geral do Meio Oeste de Santa Catarina da região da pesquisa que foi implantado no primeiro semestre de 2017 com a coordenação do profissional enfermeiro, avaliados e auditados como

fonte de dados os relatórios, impressos, descrição das demandas de atendimentos e documentos referente a estrutura, processos e resultados.

Os dados obtidos (demandas, documentos referentes a estrutura, processos e resultados) foram extraídos de relatórios administrativos fornecidos pelo NIR, com a autorização da Instituição conforme conta em anexo, mantido os preceitos éticos da pesquisa com autorização do Comitê de Ética e Pesquisa 08963018.0.0000.5593. Os relatórios utilizados para a pesquisa serão os emitidos nos meses de janeiro a dezembro de 2017, no entanto ampliou-se o tempo de documentos de análise até o período de julho de 2018.

2.9 ANÁLISE DE DADOS

2.9.1 Avaliação de Processos, Fluxos e Resultados do NIR no 2017 à 2018.

Descrição	Recomendação Ministério da Saúde	Amostra da pesquisa	Avaliação de análise de dados	Processos de gestão
1- Funcionamento do NIR	24 h	8:00 às 12:00 e 13:30 às 17:00 (segunda à sexta)	Não conformidade	Processo
2- Médico diarista	24h	Plantonista da emergência Médico assistência Médico Regulador	Não conformidade	Processo
3- Enfermeiro (a) diarista	24h	8 às 12:00 e 13:30 às 17:00 (segunda à sexta)	Não conformidade	Processo
4- Assistente social diarista	24h	07h às 13 13-19 (seg à sexta)	Não conformidade	Processo
5- Monitoramento dos usuários desde sua chegada à instituição, durante o processo de internação, movimentação interna e externa até	Relatórios e indicadores	Relatórios mensais. Controle de processos via regulação de leitos.	Conformidade	Resultados

a alta hospitalar.

<p>6- Conforme pactuação entre os serviços que realiza processos de regulação interna e possui interface externa com outros serviços, por meio da regulação hospitalar ou onde não houver.</p>	<p>Estabelece comunicação com a central reguladora, que gerencia a macro região e outros núcleos de regulação.</p>	<p>Comunicação estabelecida pelos meios e-mail e solicitação via SISREG</p>	<p>Conformidade</p>	<p>Fluxo</p>
<p>7- É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção do Hospital</p>	<p>Designação de implantação de NIR</p>	<p>Publicação interna de portaria do NIR 2017 e 2018</p>	<p>Conformidade</p>	<p>Processo</p>
<p>8- Enfermeiro: No início do plantão o enfermeiro do NIR deverá apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos usuários nas observações, a qual deverá ocorrer diariamente e verificar os dados do monitoramento do Kanban, para verificar a viabilidade de serem transferidos para enfermarias, leitos de</p>	<p>Controle, regulação de leitos e processos de encaminhamentos</p>	<p>Enfermeiro realiza a busca ativa dos usuários e processos, no entanto não implantado o método kanban</p>	<p>Não conformidade</p>	<p>Processo</p>

retaguarda, UTI e/ou mesmo de alta para casa ou Serviço de Atenção Domiciliar.

9- Enfermeiro: Atendimento para Processo de Conformidade Fluxo
Interage com a processos de transferência
equipe regulação e realizado pela
multidisciplinar transferências com equipe
assistencial, para participação multidisciplinar,
aperfeiçoar o efetiva da equipe assim como
processo de multidisciplinar atenção básica
transferência. ou de alta
 complexidade.

10- Enfermeiro: Integrar a rede de Solicitação Conformidade Processo
Realiza interface regulação e para
entre a Regulação e a encaminhamentos transferência e
equipe da do usuário. internação via
emergência e após a SISREG.
avaliação médica,
determinar
conjuntamente os
usuários elegíveis
para ocupação de
leitos internos e
externos.

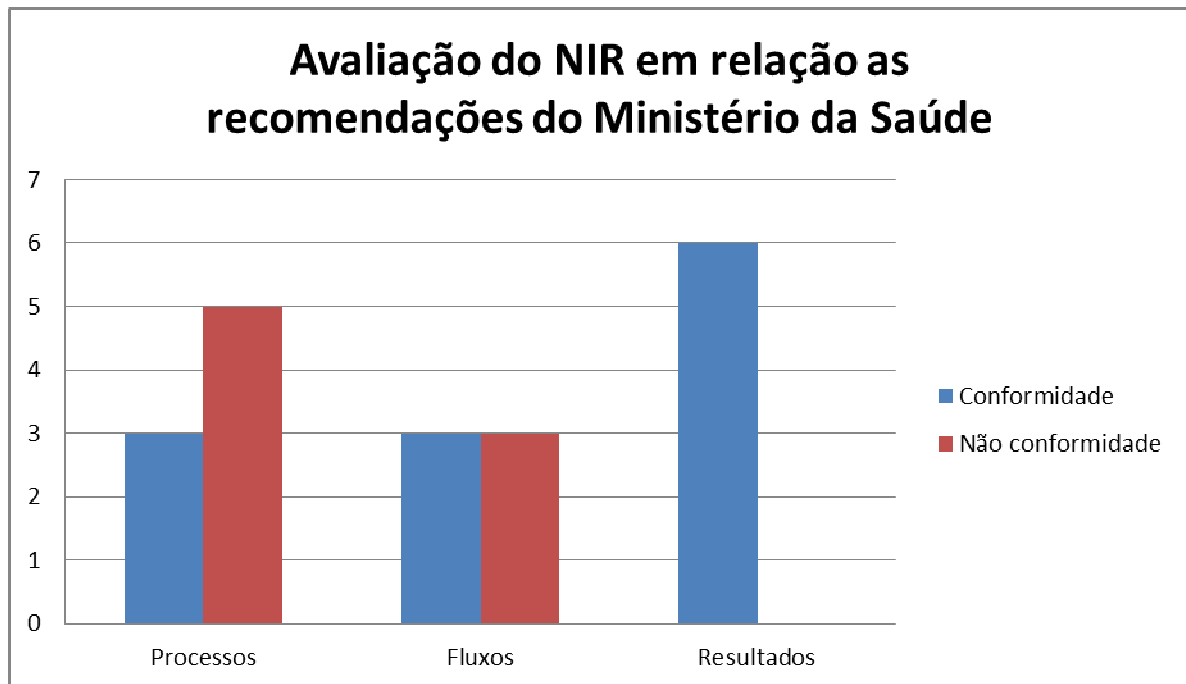
11- Enfermeiro: Na definição, Integração de Conformidade Processo
Auxilia a equipe do avaliação e controle de
NIR. priorização dos processo de
 usuários na solicitação de
 ocupação dos transferência,
 leitos disponíveis via SISREG.
 internamente e
 externamente,

	conforme contato com a regulação, e nos casos que não houver regulação com a unidade que possua leitos disponíveis.			
12- Enfermeiro: Realiza busca ativa de leitos disponíveis no sistema informatizado ou em visita aos setores da unidade hospitalar.	Busca ativa com classificação de nível de urgência e emergência de transferências e internações.	Busca ativa através do sistema SPDATA e controle pela solicitação junto ao SIREG.	Conformidade	Fluxo
13- Enfermeiro: Adequa os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino/masculino).	Otimização de leitos e controle de permanência.	Mapeamento dos leitos conforme descrição junto ao CNES.	Conformidade	Processo
14- Enfermeiro: Monitora os leitos atentando para o Tempo Médio de Permanência	Metodologia Kanban	Processo ainda não implantado	Não conformidade	Fluxo
15- Enfermeiro: Identifica e notifica mediante relatório mensal os entraves pertinentes ao processo de	Relatórios mensais, com descrição os processos e encaminhamentos.	Apresentação de relatórios mensais em períodos aleatórios.	Não conformidade	Resultados

transferência e atuação do NIR.				
16- Enfermeiro: Alimenta a planilha dos indicadores, conforme levantamento realizado pelo Kanban, a fim de proporcionar dados para a tomada de decisão da Alta Liderança.	Kanban ainda não implantado na instituição.	Não implantado	Não conformidade	Fluxo
17- Enfermeiro: Atua diretamente no monitoramento do Kanban apoiando a equipe assistencial na avaliação dos dados e no apoio à busca de soluções para a oferta dos serviços necessários aos usuários.	Kanban ainda não implantado na instituição.	Não implantado	Não conformidade	Fluxo
18- Enfermeiro: Contribui com o desenvolvimento do NIR	Exerce papel de gestor do NIR.	Papel de regulador do NIR.	Conformidade	Resultado
19- Enfermeiro: Participa de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.	Reuniões conforme calendário.	Cronograma prévio para convocação dos membros do NIR.	Conformidade	Resultado

Na avaliação da funcionalidade do NIR percebe-se que a amostra demonstra os seguintes dados quando classificados de acordo com a teoria de gestão de serviços de saúde em processos, fluxos e resultados e no cumprimento das recomendações pelo Ministério da Saúde conformidade ou não conformidade. Avaliados 19 itens descritos por: Processos (n: 9) destes 3 conformidades e 5 não conformidades; Fluxos (n:6) destes 3 conformidades e 3 não conformidades; e Resultados (n: 4) destes 4 conformidades.

Gráfico 1: Avaliação dos processos classificados de acordo com a teoria e recomendados pelo Ministério da Saúde.



Fonte: (TIBES, 2019).

Em relação aos processos definidos observa-se a necessidade de implementação do NIR visto que se destacam a não conformidade em relação aos recursos humanos e o horário de equipe de assistência para a realização dos encaminhamentos e processos de regulação dos usuários. Ainda destacamos que a recomendação do método Kanban é uma ferramenta para o monitoramento do tempo de permanência dos usuários, otimizando o fluxo e promovendo a rotatividade

dos leitos de internação e conseqüente promovendo a ampliação da oferta de assistência.

No referente aos fluxos destacamos a igualdade em processos de conformidade e não conformidade, no entanto ainda há lacunas que implicam na funcionalidade do NIR, visto a necessidade de definição dos fluxos dos usuários, onde não estão definidos os fluxos internos intra-hospitalar quando na macrorregional como instrumento de definição de regulação das solicitações e encaminhamentos dos usuários.

Os resultados observam-se em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde, reafirmando que o núcleo tem papel prioritário na gestão dos leitos, serviços e otimização da assistência efetiva e eficiente aos usuários da unidade hospitalar, assim como para o estabelecimento e fortalecimento da rede de urgência e emergência como referencia e contra referência.

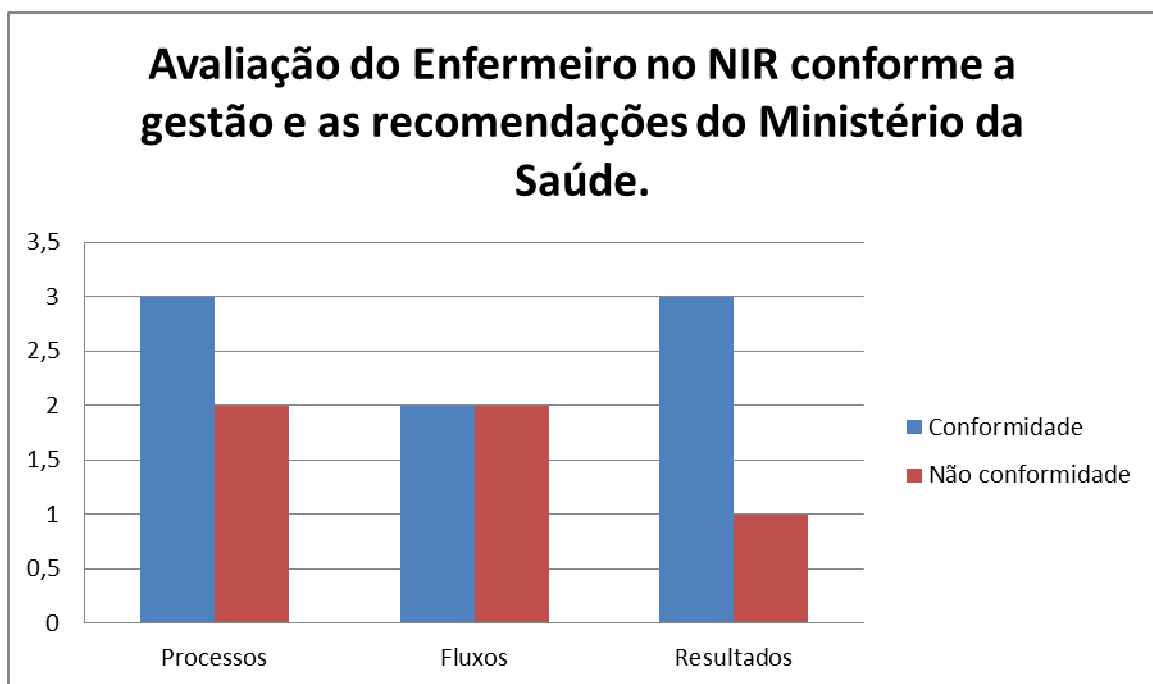
Gráfico 2: Avaliação das recomendações pelo Ministério da Saúde em comparação ao NIR de estudo.



Fonte: (TIBES, 2019).

As recomendações do Ministério da Saúde através do Manual de Implantação do Núcleo Interno de Regulação de Leitos em 2017 tiveram por objetivo normatizar e regulamentar os núcleos junto às instituições hospitalares. Destaca-se como um órgão que pode ser gerenciado pelo enfermeiro por sua formação acadêmica, no entanto na amostra ainda há lacunas acentuadas nas não conformidades, acarretando em não eficiência dos processos como implicando nas regulações dos processos. Dentre as percepções em relação aos recursos humanos a defasagem visto que a recomendação é de funcionamento por 24 horas com a presença do enfermeiro também nesse período além do enfermeiro diarista.

Gráfico 3: Análise do Enfermeiro no NIR conforme a gestão e as recomendações do Ministério da Saúde.

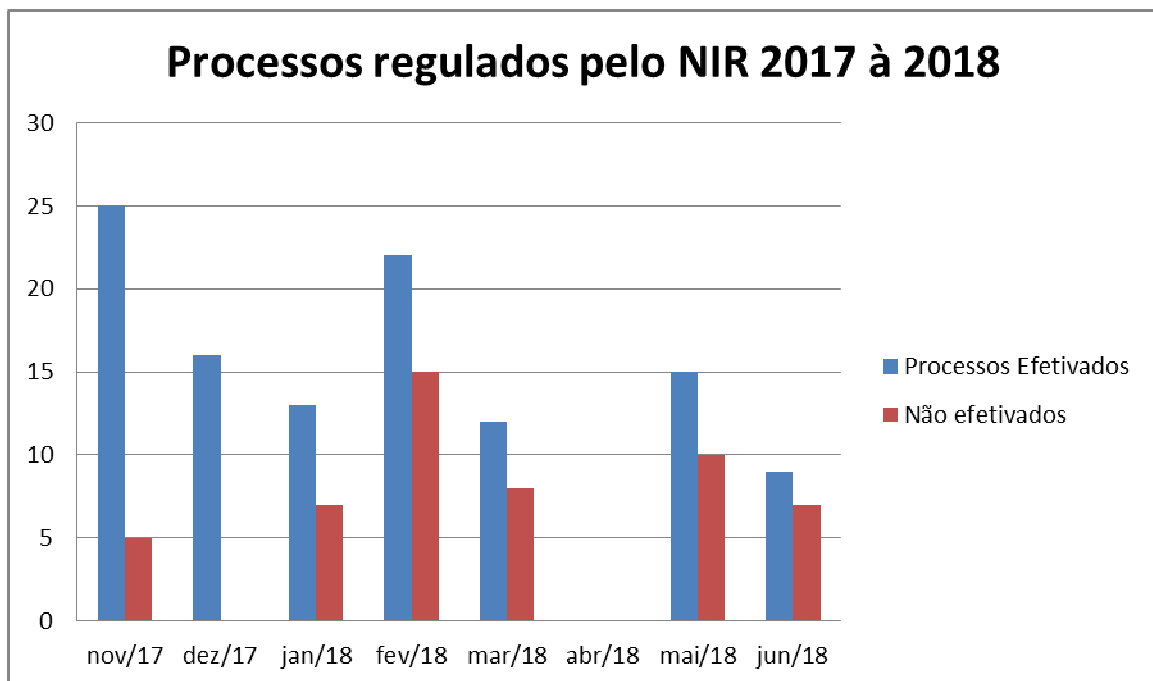


Fonte: (TIBES, 2019).

Na avaliação do papel do Enfermeiro junto ao NIR, dentre as classificações de acordo com Donabedian (1988) em processos, fluxos e resultados e as recomendações específicas ao profissional pelo Ministério da Saúde obteve-se: Processos (n:5) destes 3 conformidade e 2 não conformidade; Fluxos (n: 4) destes 2 conformidade e 2 não conformidade; e Resultados (n:4) sendo 3 conformidade e 1 não conformidade. Assim torna-se evidente a importância deste profissional para a

funcionalidade junto à instituição hospitalar. Destacamos sua importância: atendimento para processos de regulação e transferências com participação efetiva da equipe multidisciplinar, na definição, avaliação e priorização dos usuários na ocupação dos leitos disponíveis internamente e externamente, conforme contato com a regulação, e nos casos que não houver regulação com a unidade que possua leitos disponíveis e busca ativa com classificação de nível de urgência e emergência de transferências e internações. Porém como necessidade de implantação ainda do Kanban como ferramenta de gestão de leito e eficiência de assistência hospitalar.

Gráfico 4: Análise da funcionalidade do NIR em comparação aos processos regulados de acordo com os relatórios disponíveis de 2017 e 2018.



Fonte: (TIBES, 2019). * ausência de relatório (abr/18).

A implantação do NIR na instituição hospitalar pode ser considerada como uma ferramenta de gestão, visto que na avaliação dos dados da pesquisa demonstrou que os processos (n: 112) em sua maioria foram efetivados, além disso, possibilitou a definição dos encaminhamentos para: exames complementares, UTI adulto, UTI pediátrica, oncologia, cardiologia, tratamento fora de domicilio (TFD), repatriamento, obstetrícia, clínica geral, clínica pediátrica, psiquiatria, hemodiálise, cirurgia

pediátrica, cirurgia Geral, leitos de retaguarda, transferência não efetivas/ recusas / óbito, atendimento de alta complexidade em ortopedia.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como um modelo de gestão o NIR, pode impactar em uma melhor qualidade no atendimento dos usuários, não deixando os mesmos desassistidos. Nesse sentido analisamos o que é preconizado pelo Ministério da Saúde de 2017 para implantação de um NIR e comparamos com o que foram encontrados em um hospital geral do meio Oeste de Santa Catarina, seguindo o modelo proposto por *Avedis Donabedian* de acordo com o modelo, as informações sobre a qualidade dos cuidados podem ser extraídas três categorias: "estrutura", "processo" e "resultados".

Os dados para o processo foram obtidos e extraídos de relatórios administrativos fornecidos pelo NIR. No processo foram avaliadas as conformidades diante do que estão preconizados pelo MS, recursos humanos, usuários regulados

Através de análise e tabulação de dados fica evidente que o NIR está parcialmente implantado devido não estar totalmente em concordância com o proposto.

Conforme análises de documentos foram encontrados: fluxo de transferência de usuário intra-hospitalar e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), fluxo de transferência de usuário SUS, fluxo de usuário ambulatorial, cronograma de reuniões do NIR, *check list* para o transporte do SAMU, relação de Membros do NIR, formulário de AIH, atas de reuniões do NIR, fluxo interno de usuários para psiquiatria, fluxo interno para internação, laudo de Tratamento fora de domicílio (TFD), protocolo de referência do hospital, protocolo de queimado, referencias credenciadas ao SUS.

Podemos destacar o papel do enfermeiro operacional, onde sua principal função é a de gerenciar em tempo real os leitos livres, autorizar ou negatizar as novas admissões das reservas solicitadas, trocas e os bloqueios necessários conforme a demanda e disponibilidades. Acompanhando diariamente o censo hospitalar é possível alocar corretamente os usuários, e não sobrecarregar os promovendo o uso mais eficiente dos leitos disponíveis.

REFERENCIAS

AGUIAR, Andréia Paula de Oliveira. **Implementação de tecnologia para o gerenciamento de leitos em maternidade de ensino**. 2017. 134 f. Mestrado Profissional em Gestão de Saúde – Centro de Ciência da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

AMAZONAS. Complexo Regulador Amazonas. **Regulamento operacional da central de regulação de internações hospitalares do Amazonas**. Manaus: 2013. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/regulacao/adm/imgeditor/file/arquivos_reg/imagens/REGULAMENTO%20OPERACIONAL%20CENTRAL%20DE%20LEITOS_VERSAO%2003_07_13.pdf> Acesso em: 22 abr. 2019.

ANSCHAU, Fernando et al. Avaliação de intervenções de gestão da clínica na qualificação do cuidado e na oferta de leitos em um hospital público de grande porte. **Scientia Medica**. Porto Alegre/RS, 2017, 27(2): ID26575.

BRASIL. 2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Brasília, 2017. 57 p : il. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_implementacao_hospitais_gerais_especializados.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

BRASIL. **Orientação fundamentada**. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%20079_1.pdf> Acesso em: 29 set. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 3390** de 30 de Dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospital (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único e Saúde (SUS). Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 09 set. 2018.

CALISTRO, Fernando Cesar Ferreira. **Processo de referência e contra referência na unidade de saúde Parque Recreio, Equipe 35, Município de Contagem**. 2014. 30 f. TCC – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde Familiar. Universidade Federal de Minas Gerais, Contagem/MG.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Orientação Fundamentada nº 079/2016**. Câmara Técnica. Assunto: Núcleo Interno de Regulação (NIR). São Paulo, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Orientação Fundamentada nº 093/2016**. Câmara Técnica. Assunto: CROSS. São Paulo, 2016.

FARIA, Elizabeth de et al. **Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica.** Disponível em: <file:///C:/Users/nir001/Downloads/arq_ptg_6_1_1462%20(2).pdf.> Acesso em: 22 set. 2018.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22(1): 119-140, 2012.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Chamada para remanejamento institucional:** Núcleo Interno de Regulação/NIR. Cargo: Enfermeiro. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/portalarh/download.asp?arq=arq_ptg_6_1_1462.pdf> Acesso em 22 mai. 2019.

HEISLER, Paulo Alexandre. **Aplicação da metodologia kanban como ferramenta adaptada para gestão de leitos na emergência.** Porto Alegre, 201. Revista, Fundação Oswaldo Cruz. 25p.

LOPES, Juliano. **Os passos que antecedem a uma internação hospitalar junto ao núcleo interno de regulação e central de leitos do hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição.** 2016. 17 f. Relatório de Conclusão de Curso Técnico em Registro e Informações em Saúde do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. Porto Alegre/RS.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Conceito de Saúde.** Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/conceito-de-saude/43939>. Acesso em: 22 set. 2018.

RODRIGUES, Luciane Cristine Ribeiro. **A regulação no contexto hospitalar enquanto ferramenta gerencial:** a compreensão dos profissionais envolvidos. 2013. 141 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu.

RODRIGUES, Luciane Cristine Ribeiro; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti. Resultado da implantação de um Núcleo Interno de regulação de leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino. **Revista Einstein.** 2015; 13(1):96-102.

SOARES, Vinicius Sabedot. Análise dos Núcleos Internos de Regulação hospitalares de uma capital. **Revista Einstein.** 2017. p. 15(3):339-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n3/pt_1679-4508-eins-15-03-0339.pdf.> Acesso em 09 set. 2018.

SPROVIERI, Sandra Regina Schwarzwälder et al. **Programa SOS Emergências:** um olhar para a gestão e a experiência para qualificar a emergência. RAS _ Vol. 16,

No 63 – Abr-Jun, 2014. Disponível em:
<file:///C:/Users/nir001/Downloads/RAS_63_51-60.pdf.> Acesso em: 06 out. 2018

TRÍADE DONABEDIANA - Comunidade de Práticas. Disponível em:
<https://cursos.atencaobasica.org.br/sites/default/files/avedis_donabian_0.pdf>
Acesso em: 28 mai. 2019.

DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES
ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado, A Funcionalidade do Núcleo Interno de Regulação (NIR) em um Hospital Geral de Médio Porte de Santa Catarina declararam estar cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Em relação à pesquisa supracitada, informamos que o acesso dos pesquisadores ao local da pesquisa e a manipulação dos dados de [Promulgações Médicas, Arquivo de laudos Médicos, Livro de Registros; entre outras], será autorizado somente após a emissão do PARECER DE APROVAÇÃO do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIARP. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Local/Setor onde a pesquisa será realizada: Núcleo Interno de Regulação (NIR)

Por ser verdade, firmo a presente.

Caçador (SC), 27 de 09 de 2018


Ass: Pesquisador responsável (Orientador)


Ass: do responsável pela Instituição (de origem)


Ass: Responsável de outra instituição

Nome: Elizabeth de Fatima Lima
Cargo: Diretora Geral
Instituição: Hospital Mico
Número de Telefone: 3561-2811

ELIZABETH DE FATIMA LIMA
Diretora Geral
Associação Franco Brasileira
HOSPITAL MICO

APÊNDICE

USUÁRIOS REGULADO

RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES DO NÚCLEO DE REGULAÇÃO DE LEITOS

Usuários regulados no mês de outubro e novembro de 2017.

Total de 30 usuários.

Motivo de transferência: TFD, UTI adulto, UTI pediátrica, Oncologia, cardiologia, endoscopia, repatriamento, colonoscopia.

Encaminhamento efetivado: 25.

Não efetivos: 5.

Usuários regulados no mês de dezembro de 2017.

Total de: 16 usuários.

Motivo de transferência: repatriamento, obstetrícia, clínica cirúrgica, oncologia, psiquiatria, UTI adulto, TFD.

Encaminhados efetivados: não foi possível coleta devido não ter esse dado no relatório.

Não efetivados: não foi possível a coleta também.

Usuários regulados no mês de janeiro e fevereiro de 2018

Total de: 20 usuários.

Motivos de transferências: TFD, obstetrícias, neonatais, oncologia, hematologia, hemodiálise, repatriamentos.

Encaminhamento efetivado: 13.

Não efetivos: 7.

Usuários regulados no mês de março de 2018.

Total de 36 usuários

Motivos de pedido de transferência: psiquiatria, obstetrícia, oncologia, pediatria, cardiologia, transplante, repatriamento, UTI, HIV, urologia, eletivas SUS, cirurgia Geral.

Encaminhamentos efetivos: 22

Não efetivos: 15

Usuários regulados no mês de abril não foi encontrado relatório.

Usuários regulados no mês de maio.

Total 20 usuários

Motivos de pedido de transferência: UTI neonatal, UTI adulto, repatriamento, TFD.

Encaminhamentos efetivos: 12

NÃO EFETIVOS: 8

Usuários regulados no mês de junho.

Total de 25 usuários

Motivos de pedido de transferência: oncologia, UTI neonatal, UTI pediátrica, UTI adulto, clínica geral.

Encaminhamentos efetivos: 15

Não efetivos: 10

Usuários regulados no mês de julho

Total de 16 usuários.

Motivos de pedido de transferência: Hemodiálise, Psiquiatria, TFD, oncologia, Pediatria, UTI adulto, UTI pediátrica, UTI neonatal.

Encaminhamentos efetivos:9

Não efetivos: 7