



**ALBERT EINSTEIN**  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



## **A Gestão do Negócio e o Papel do Enfermeiro**

**Excelência e Eficiência Operacional: Fluxo do Paciente,  
Otimização de Custos**

**Claudia Laselva**

**SIEN– São Paulo\_ SP**

**Maio 2014**

## Objetivos da Enfermagem:

### Proporcionar Valor na Assistência ao Paciente

- garantir excelência na experiência do paciente;
- garantir qualidade e segurança na assistência ao paciente;
- contribuir para a sustentabilidade financeira da instituição;

### Objetivos da Reestruturação:

- reconstruir a infraestrutura operacional da enfermagem, alinhada à estratégia da organização;
- garantir a concretização dos objetivos da enfermagem.

Reconstrução em fases...

.....simultâneas

O caminho para a excelência!!!

- Garantir uma força de trabalho de enfermagem altamente qualificada.
- Formar lideranças de enfermagem capacitadas e alinhadas para a estratégia da organização e para os objetivos da enfermagem.
- Criar uma organização de enfermagem altamente produtiva.
- Transformar a assistência ao paciente.

## I. Garantir uma força de trabalho de enfermagem altamente qualificada.

**Construir uma efetiva infraestrutura de enfermagem**

- compreender e atuar sobre os diversos níveis de engajamento da equipe de enfermagem da linha de frente,
- avaliar criticamente a estratégia de recrutamento e seleção da equipe de enfermagem,
- fortalecer e ampliar a estratégia de capacitação de profissionais recém formados.

**Entregar resultados consistentes em relação aos objetivos organizacionais**

- desenvolver as habilidades de julgamento clínico do enfermeiro,
- criar uma cultura de accountability por resultados na enfermagem,
- proporcionar oportunidades de desenvolvimento profissional.

**Participar ativamente na condução da estratégia e da operação da organização.**

- promover a participação ativa da enfermagem no desenvolvimento de sua prática profissional,
- fortalecer a colaboração entre pares e interdisciplinar,
- criar um modelo atrativo para enfermeiros.

## II. Formar lideranças de enfermagem capacitadas e alinhadas para a estratégia da organização e para os objetivos da enfermagem.

**Construir uma efetiva infraestrutura de enfermagem.**

- capacitar lideranças de enfermagem para foco na estratégia, não somente na operação;
- alinhar o planejamento da enfermagem e inserir no plano estratégico de negócios das unidades e do HIAE,
- formar grupo de trabalho das lideranças de enfermagem do HIAE para compartilhamento de problemas, planos e gestão integrada de resultados.

**Entregar resultados consistentes em relação aos objetivos organizacionais**

- fortalecer o papel das lideranças de enfermagem,
- desenvolver dashboards de indicadores representativos para a enfermagem,
- cultivar uma cultura de desenvolvimento de líderes

**Participar ativamente na condução da estratégia e da operação da organização.**

- manter alinhamento da enfermagem ao planejamento estratégico da organização,
- gerenciamento contínuo dos modelos de gestão e assistencial,
- desenvolver modelos inovadores de prestação de cuidados

## III. Criar uma organização de enfermagem altamente produtiva.

**Construir uma efetiva infraestrutura de enfermagem.**

- construir equipes de cuidados eficazes e eficientes,
- avaliar o papel da enfermagem na melhoria do fluxo de pacientes,
- alinhar conhecimentos e disseminar informações sobre fluxo do paciente.

**Entregar resultados consistentes em relação aos objetivos organizacionais**

- redefinir a necessidade de pessoal frente à demanda de pacientes e ao modelo assistencial,
- realizar benchmarking da produtividade de enfermagem,
- reduzir as atividades que consomem tempo e não trazem valor agregado à beira do leito.

**Participar ativamente na condução da estratégia e da operação da organização.**

- redesenhar os processos de enfermagem,
- identificar as melhorias de eficiência considerando o cenário de mudança,
- inovar na adoção de modelos assistenciais em áreas de pacientes internados.

## IV. Transformar a assistência ao paciente.

**Construir uma efetiva infraestrutura de enfermagem.**

- identificar os indicadores chaves para a gestão da enfermagem e do cuidado de enfermagem,
- incentivar a notificação de eventos adversos,
- identificar os fatores críticos de melhoria na experiência do paciente

**Entregar resultados consistentes em relação aos objetivos organizacionais**

- fortalecer a prática de enfermagem baseada em evidências,
- desenvolver estratégias para evitar eventos adversos sensíveis à atividade de enfermagem,
- disseminar a cultura de prioridades críticas de qualidade para a linha de frente .

**Participar ativamente na condução da estratégia e da operação da organização.**

- alcançar um desempenho de zero defeito em indicadores de qualidade sensíveis à atividade de enfermagem,
- promover o reconhecimento da enfermagem na propriedade compartilhada pelos resultados dos pacientes,
- prestar assistência centrada no paciente

## Objetivos Estratégicos da Enfermagem para Garantir a Margem Operacional

<b>Pilares</b>	<b>Principais Objetivos de Enfermagem</b>
Serviço	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fortalecer a colaboração interdisciplinar</li><li>• Posicionar a enfermagem como um forte parceiro para TI</li></ul>
Qualidade	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atingir taxa zero de complicações evitáveis</li><li>• Evitar reinternações desnecessárias</li><li>• Incorporar a avaliação de riscos no fluxo de trabalho</li></ul>
Finanças	<ul style="list-style-type: none"><li>• Melhorar o desempenho em indicadores relacionados a pagamento, a resultados financeiros</li><li>• Flexione pessoal com a demanda real</li><li>• Evitar utilização desnecessária do hospital</li></ul>
Pessoas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inovar no modelo de pessoal de enfermagem para o ambiente hospitalar</li><li>• Conduzir a responsabilidade individual para as metas organizacionais</li></ul>
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concretizar o papel dos enfermeiros nos ambulatorios</li><li>• Conduzir a responsabilidade individual para as metas organizacionais</li></ul>

E muito mais para construir...

Um modelo  
sustentável para  
enfermagem...

Vamos construir,  
implantar e, tem  
que ser agora!!!

# Programa Fluxo do Paciente

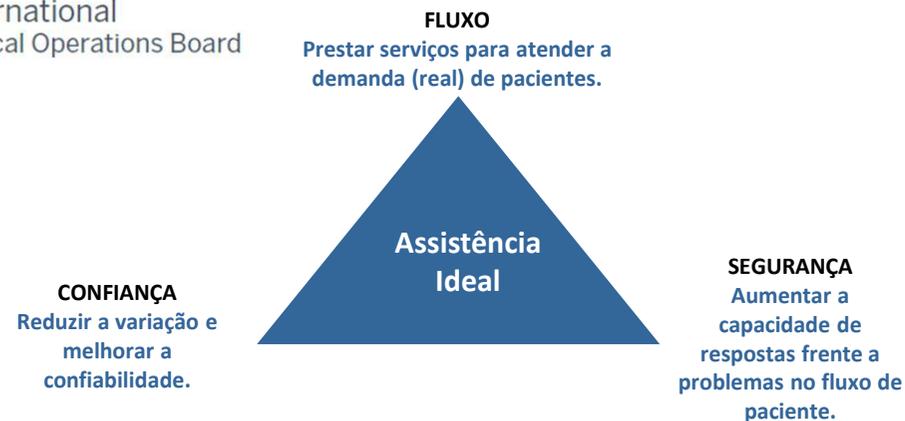


“O termo fluxo descreve o movimento progressivo de produtos, informações e pessoas através de uma sequência de processos, considerando o movimento sem interrupções e/ou gargalos. Na saúde, representa o movimento de pacientes, informações ou equipamentos entre os departamentos como parte da via de cuidado ao paciente <sup>(1)</sup>”.

“A gestão do fluxo de pacientes é uma forma de melhorar os serviços de saúde. A adaptação da relação entre capacidade e demanda, aumenta a segurança do paciente e é essencial para assegurar que os pacientes recebam o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa, durante todo o tempo <sup>(2)</sup>”.



International  
Clinical Operations Board



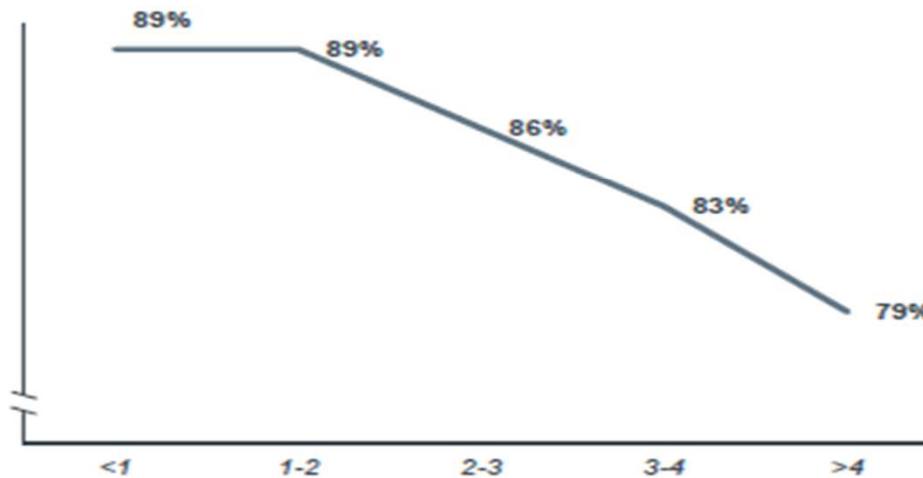
(1) NHS – Institute for Innovation and Improvement - [http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/patient\\_flow.html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/patient_flow.html)  
(2) IHI – Institute for Healthcare Improvement - <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/MatchCapacityandDemand.aspx>

# Eficiência operacional está diretamente associada à satisfação e segurança do paciente

## Patient Satisfaction Linked to Efficiency

### Patient Satisfaction by Hours in ED<sup>1</sup>

n = 1,501,672 patients at 1,893 US hospitals



### Longer Stay Puts Patients at Greater Risk

**85%**

Maximum hospital capacity level before patient safety is put at risk

**18%**

Risk of infection with hospital admission

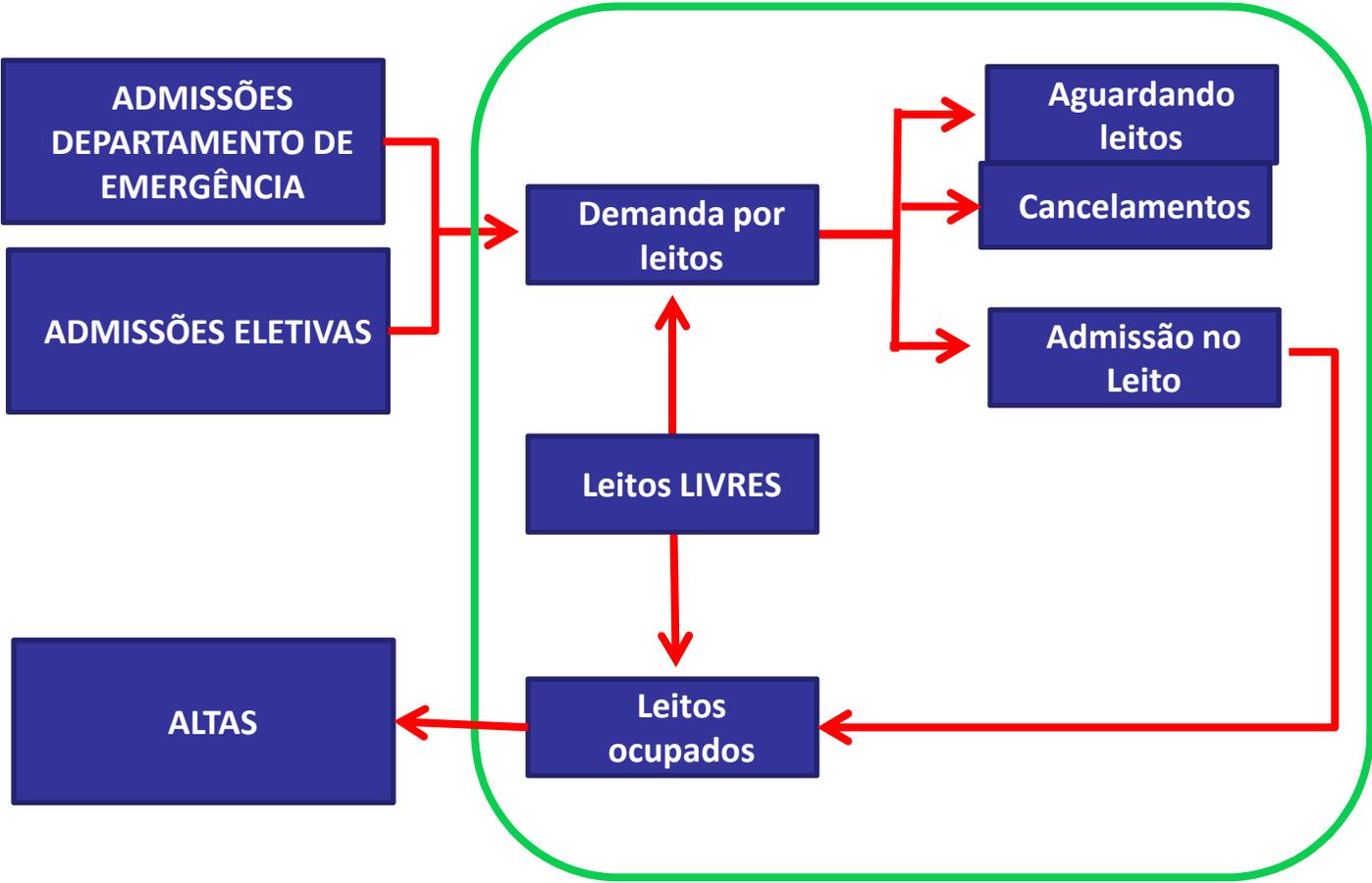
**2%**

Infection risk increase with each additional night in hospital

<sup>1</sup> Emergency Department.

Source: Dr Foster, "Fit for the Future? Dr Foster Hospital Guide 2012," [drfosterintelligence.co.uk](http://drfosterintelligence.co.uk); Hauck K and Zhao X, "How Dangerous is a Day in Hospital? A Model of Adverse Events and Length of Stay for Medical Patients," *Medical Care*, December 2011, Vol. 49, Iss. 12; World Health Organization; Rev Panam Salud Publica; Pan American Health Organization; Advisory Board interviews and analysis.

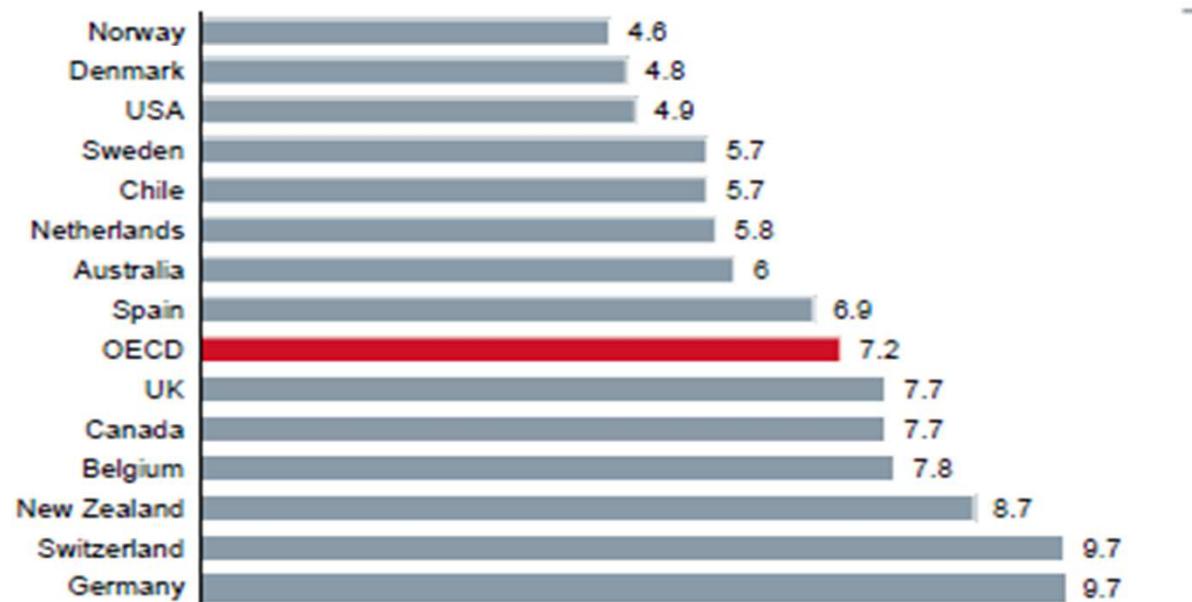
# Link entre Gerenciamento dos Leitos e Fluxo do Paciente



# TMP é uma medida de eficiência: quão eficientemente uso meus leitos

## More Efficient Bed Use Could Provide Breathing Room

### OECD<sup>1</sup> Member Average Acute Length of Stay<sup>2</sup>



Variation of 5.1 days represents significant opportunity for most hospitals

1) Organisation for Economic Co-operation and Development.  
2) The OECD calculates average length of stay (ALOS) by dividing the number of days stayed (from the date of admission in a hospital or other inpatient institution) by the number of discharges during the year. It includes deaths in hospitals, but excludes same-day separations. Cited country data all exclude same-day separations in calculating ALOS.

Source: Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD health data, frequently requested data, London: OECD, 2012; Dr Foster Intelligence, "75 for the Future" Dr Foster Hospital Guide 2012; Advisory Board interviews and analysis.

## Seeing Potential from Lower LOS

*“Effective” Beds Gained from Reducing Length of Stay<sup>1</sup>*

Hospital Size / LOS Reduction	200 beds	300 beds	400 beds	500 beds	600 beds
<b>0.25 day</b>	8	12	16	20	25
<b>0.50 day</b>	16	25	33	41	49
<b>0.75 day</b>	25	37	49	61	74
<b>1.00 day</b>	33	49	65	82	98
<b>1.25 days</b>	41	61	82	102	123
<b>1.50 days</b>	49	74	98	123	147

For the average 300-bed hospital, reducing LOS by one day can be the equivalent of adding 49 new beds to the facility

<sup>1</sup> Assumes 85 percent occupancy rate and 5.2 days ALOS.

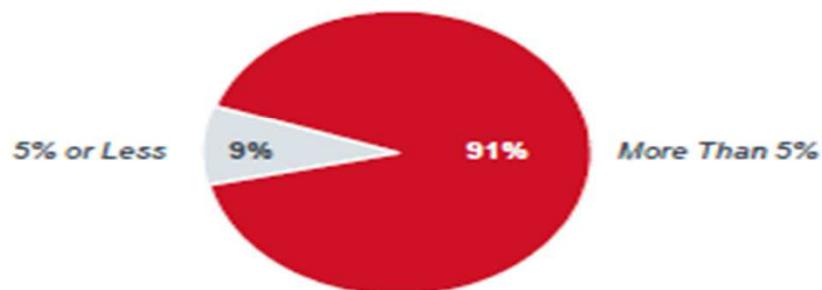
2010 Advisory Board International

A maioria dos entrevistados consideraram que mais de 5% dos leitos dia do hospital eram ocupados em justificativa clínica e 29% declararam que pelo menos um em cada cinco leitos seria desnecessário.

## Patients Staying Longer than Medically Necessary

### Acute Inpatient Bed Days Occupied by Patients No Longer Needing Acute Care<sup>1</sup>

n = 332 International hospital executives and clinicians



#### Widespread Room for Improvement

"Overall, it is very unusual to encounter trusts that do not still have internal opportunities around improving processes in ways that will have a positive impact on length of stay and capacity pressures."

*NHS Executive, UK*



#### Inconsistent Criteria for Discharge

"When I go around the wards, often I find people sitting in beds reading a paper, perfectly fine, just sitting there, waiting, based on somebody's view that they aren't ready to go or because they don't have somewhere to go."

*Chief Operations Officer  
Public hospital, Australia*

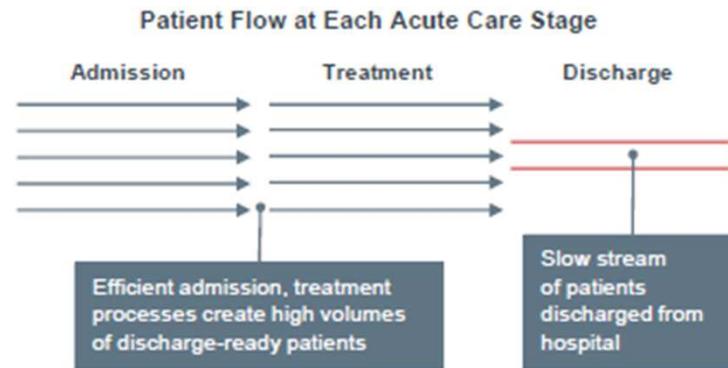
1) Responses to the question "In your opinion, are more than 5% of acute inpatient bed days occupied by patients who no longer need acute care?"  
2) CAD.

Source: 2012 Clinical Operations Board Survey on Transitions; The Independent, "Delays' cost NHS £324m," 30 April 2012, [www.independent.co.uk](http://www.independent.co.uk); "Patient-focused funding starts to pay off for NROH," published 11/15/2011, [www.canada.com](http://www.canada.com); Advisory Board interviews and analysis.

Quando os pacientes não são preparados para a alta eles permanecem internados, mesmo quando clinicamente aptos para sair. Consequências: atraso nas admissões de emergência, cancelamento de procedimentos eletivos e “desaceleração” do hospital

Com efeito: gargalos na alta determinam perda de toda e qualquer eficiência do hospital.

### Improvements Earlier in Patient Stay for Naught if Discharge Delayed



Source: Johnson M, Capasso V, "Improving Patient Flow Through a Better Discharge Process," *Journal of Healthcare Management*, March/April 2012; 57, 2; IGO Scotland, "Delayed Discharges in NHS Scotland: Figures from October 2012 Census," available at <http://www.igoScotland.org>; Advisory Board interview and analysis.

**“**

**Discharge the Essential Element to Maximise Capacity**

“As the last step in the value stream, discharge is a significant constraint on patient flow, because newly admitted patients cannot move into a bed until a bed is available for them. Thus, the discharge process becomes the flow regulator, and efficiency of the discharge process can have significant impact on overall patient flow. Often the discharge process is considered an extra step, outside of the patient care plan, when in fact it is a critical element of patient care.”

*Michelle Johnson and Vin Capasso  
Journal of Healthcare Management*

**Significant Drain on Resources**

122,000

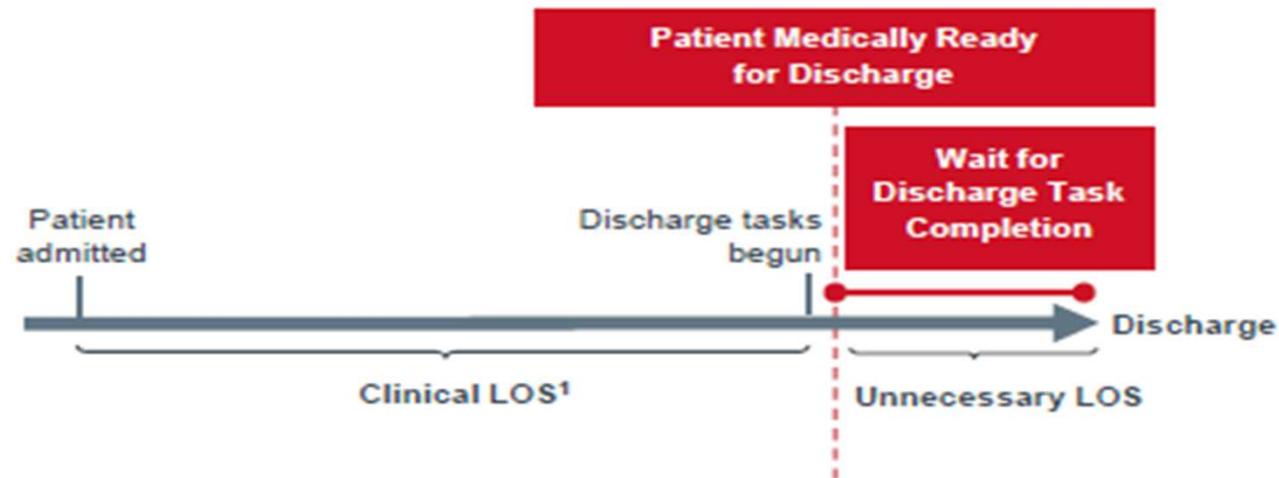
Bed days lost in Scotland due to delayed discharges from July to September 2012

Source: Johnson M, Capasso V, "Improving Patient Flow Through a Better Discharge Process," *Journal of Healthcare Management*, March/April 2012; 57, 2; IGO Scotland, "Delayed Discharges in NHS Scotland: Figures from October 2012 Census," available at <http://www.igoScotland.org>; Advisory Board interview and analysis.

Em uma internação a preparação para a alta só começa quando o paciente já está medicamente apto a deixar o hospital. Tarefas demoradas, como educar pacientes, reconciliar medicação, etc...demoram a ocorrer e, causam atrasos.

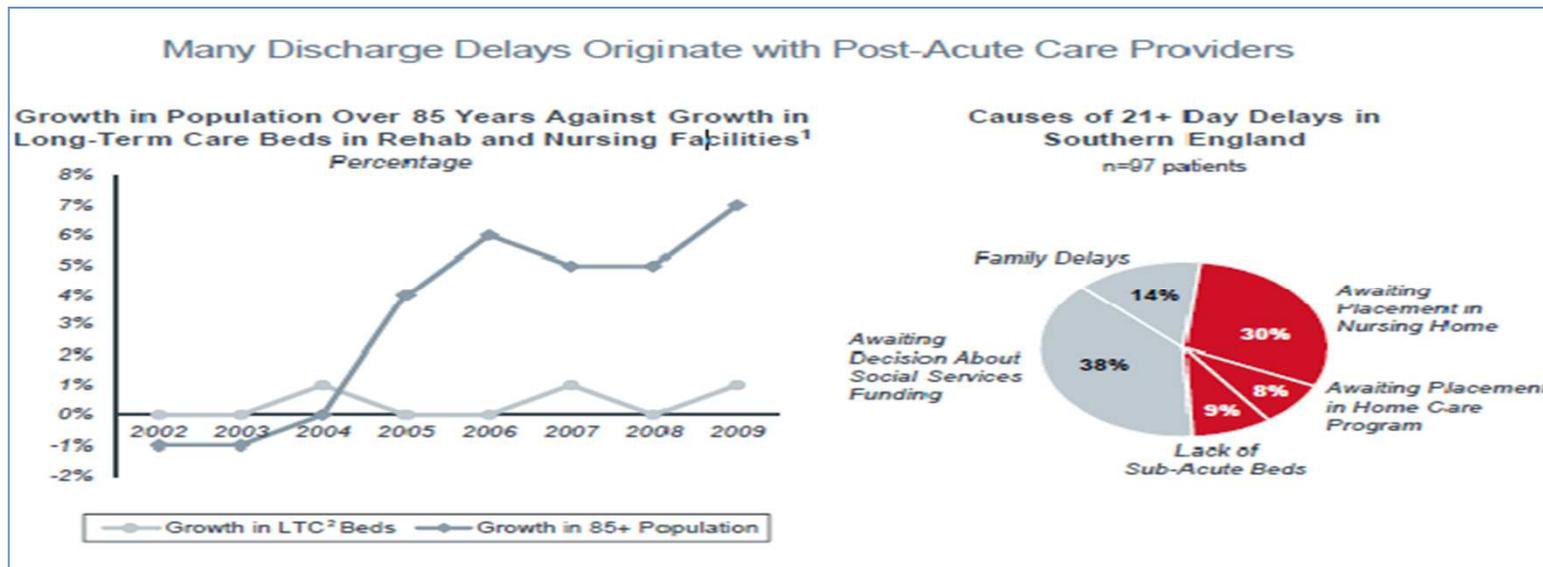
## Planning for Discharge at End of Stay Inevitably Causes Delays

### Typical Patient Journey



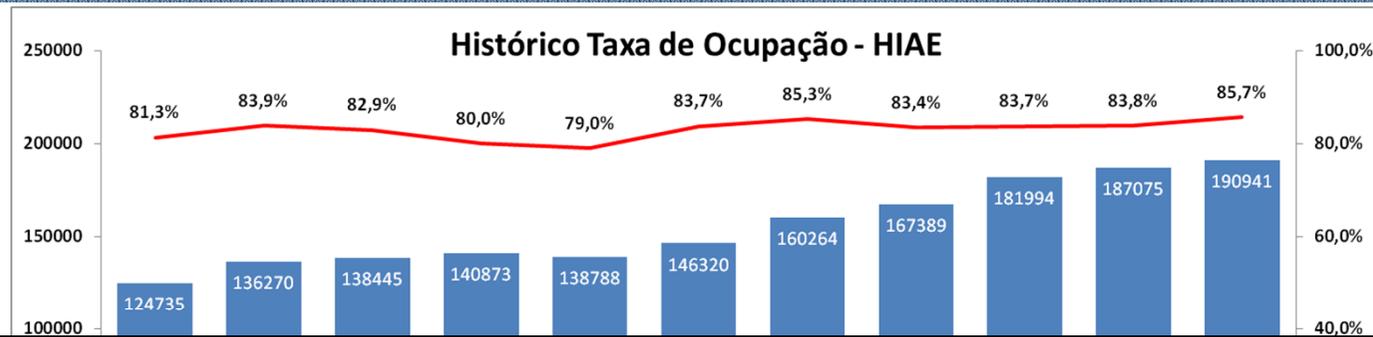
Este esquema é simplificado: estamos iniciando tarefas de preparação para a alta desde o início da estadia do paciente.

Nem todos os atrasos são internos. Atenção à falta de suporte para cuidados pós-agudos e aprovação do financiamento para os cuidados pós-agudos



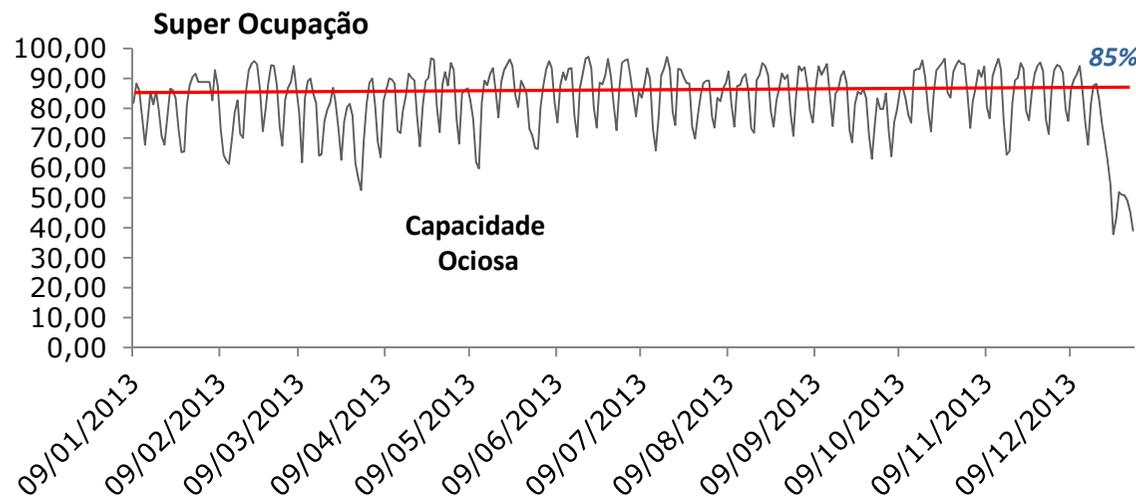
# Programa Fluxo do Paciente

## Relação Capacidade x Demanda



### Alternativas:

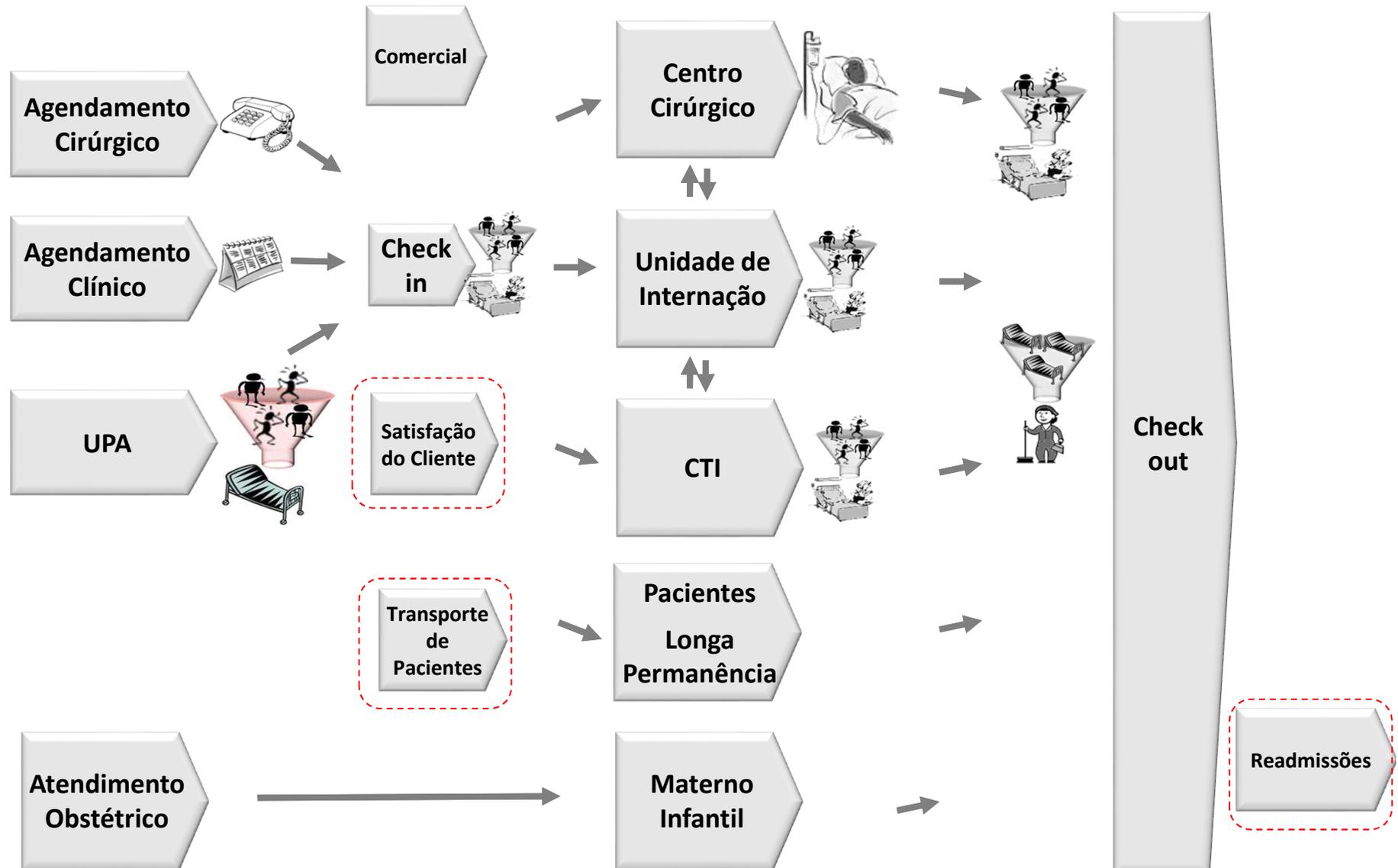
- **Expansão da Capacidade Instalada e Incremento de Recursos no Sistema**
- **Expansão da Capacidade Virtual = Eficiência Operacional**



### Ineficiência Operacional que Impactam o TMP Hospitalar

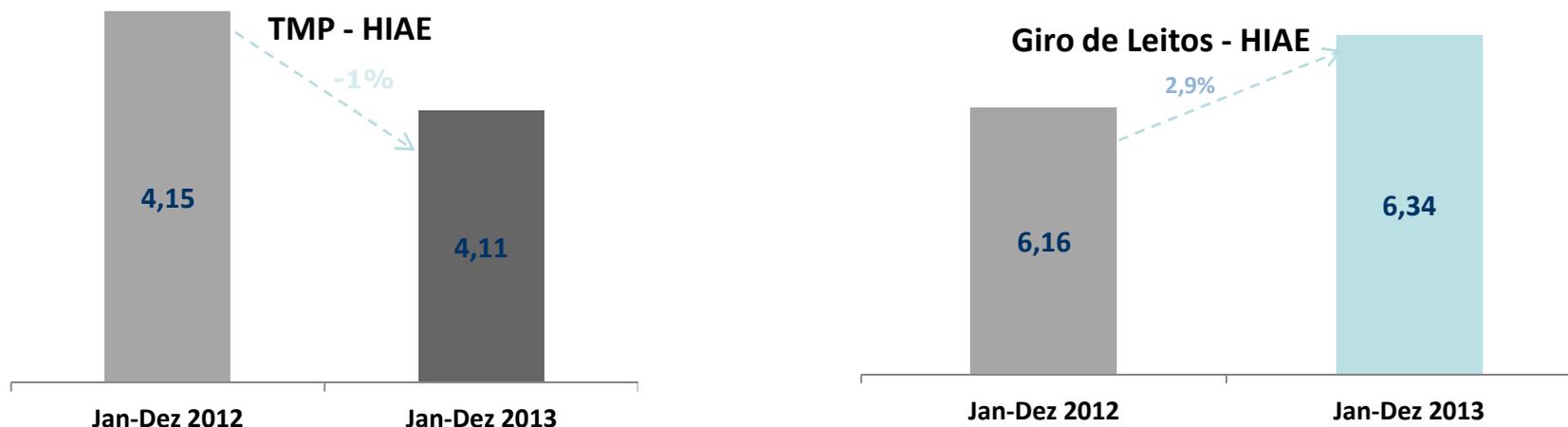
- 1 Ocupação inadequada dos leitos (20 – 30%)
- 2 Estrutura em Silos → Dificulta uma abordagem mais sistêmica do fluxo do paciente no hospital
- 3 Falta de práticas padronizadas de alta hospitalar

# Programa Fluxo do Paciente



# Relatório Anual Programa Fluxo do Paciente

## Indicadores Gerais HIAE- Morumbi



Em 2013 como resultado do empenho das equipes envolvidas no programa buscando a eficiência operacional, comparando ao ano anterior reduzimos em 1% o TMP (4,15 – 4,11 dias), aumentamos o Giro de Leitos em 2,9% (6,16 – 6,34), permitindo o crescimento em 3,2% das saídas hospitalares (48.482 – 50.051) mesmo com o decréscimo de 0,2% (223.301 – 222.856) no número de leitos-dia disponíveis.

Indicadores HIAE - Morumbi	Jan a Dez/12	Jan a Dez/13	Var. %
Taxa de Ocupação	83,8%	85,7%	2,3%
Tempo Médio de Permanência	4,15	4,11	-1,0%
Índice de Giro (Sem Transferências)	6,16	6,34	2,9%
Índice de Giro (Com Transferências)	6,16	6,34	2,9%
Taxa de Alta Complexidade (Tabela Einstein - Pagantes)	21,2%	25,5%	20,6%
Paciente-dia	187.075	190.941	2,1%
Saídas	48.482	50.051	3,2%
Saídas (Pagantes)	46.760	48.257	3,2%
Saídas Alta Complexidade (Tabela Einstein - Pagantes)	9.904	10.549	6,5%
Leitos Operacionais	615	617	0,3%
Leito-dia	223.301	222.856	-0,2%

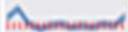
# Relatório Anual Programa Fluxo do Paciente

## Índice do Fluxo do Paciente

O índice geral do Programa Fluxo do Paciente obteve 101% no desempenho anual, a composição contempla indicadores de desempenho de todas as áreas, com destaque para o giro de leito, previsibilidade de alta, tempo de atendimento pacientes 4 e 5 UPA e transferência do CTI para CMC.

Indicador	Real 2012	Meta 2013	jan/13	fev/13	mar/13	abr/13	mai/13	jun/13	jul/13	ago/13	set/13	out/13	nov/13	dez/13	2013	
Giro de leito	6,16	6,23	5,82	5,75	6,42	6,36	6,60	6,32	6,61	6,79	6,39	6,68	6,50	5,89	6,39	●
Cirurgia ambulatorial	14%	30%	6%	21%	29%	33%	28%	26%	37%	47%	33%	32%	50%	34%	31%	●
% de cirurgias realizadas CC5ª e I4 - 2a e 3a	30%	35%	31%	28%	26%	37%	30%	29%	32%	30%	33%	30%	28%	32%	30%	●
Índice de previsibilidade de alta (lançamento e assertividade)	72%	77%	79%	81%	85%	90%	91%	91%	94%	92%	92%	94%	92%	93%	89%	●
% de leitos ocupados LP > 100 dias	5,4%	4,5%	5,2%	5,0%	5,0%	4,7%	4,0%	4,2%	4,3%	4,0%	3,4%	2,9%	3,6%	4,5%	4,2%	●
TMP pacientes cirúrgicos não PGs (alta e baixa)	3,97	3,75	4,14	3,76	3,93	3,28	3,64	3,81	4,20	3,51	3,69	3,46	3,81	3,85	3,58	●
TMP pacientes clínicos com permanência até 15 dias	3,32	3,15	3,35	3,35	3,25	3,29	3,49	3,43	3,44	3,38	3,36	3,43	3,41	3,34	3,38	●
TMP - HIAE (global)	4,15	4,08	4,41	4,07	3,95	4,18	4,10	4,22	4,18	4,00	3,99	4,08	4,03	4,10	4,11	●
TM atendimento pacientes 4 e 5 (senha até alta)	1:16	1:12	1:14	1:12	0:59	1:41	1:37	1:07	1:04	1:04	0:53	0:50	0:46	0:50	1:08	●
TM espera leito - UPA	1:06	1:00	0:51	1:04	0:40	1:09	1:19	1:13	1:22	1:06	1:08	1:21	1:07	0:56	1:07	●
TM de espera leito + transferência - CTI para CMC	7:00	5:00	3:37	4:05	2:58	3:00	3:07	3:15	2:29	3:37	3:49	4:08	4:42	3:23	3:32	●
% de leitos com espera para início da higiene > 0:30 (alertas amarelo e vermelho)	51%	45%	60%	43%	40%	61%	47%	42%	44%	45%	54%	43%	44%	53%	48%	●
TM para internação (senha até leito)	0:50	0:45	0:46	0:47	0:47	0:43	0:49	0:54	0:54	0:49	0:44	0:46	0:47	0:44	0:48	●
% de check in com tempo de internação > 0:45	17%	14%	25%	25%	11%	13%	25%	30%	31%	22%	25%	27%	27%	20%	24%	●
<b>Índice</b>		<b>100%</b>	<b>70%</b>	<b>83%</b>	<b>119%</b>	<b>99%</b>	<b>93%</b>	<b>90%</b>	<b>99%</b>	<b>120%</b>	<b>110%</b>	<b>115%</b>	<b>114%</b>	<b>102%</b>	<b>101%</b>	●

# Índice de Segurança do Paciente

Segurança do Paciente		2011	2012	jan/13	fev/13	mar/13	abr/13	mai/13	jun/13	jul/13	ago/13	set/13	out/13	nov/13	dez/13	2013	Mta 2013	
Infecção de corrente sanguínea associada à CVC		1,30	0,79	0,88	0,92	0,88	0,67	1,10	0,62	0,56	0,21	1,11	1,27	1,01	0,48	0,81	●	0,60
Infecção de trato urinário associada a Cateter Vesical		3,10	1,45	2,94	2,09	3,62	1,19	1,16	1,83	0,56	1,23	2,05	0,00	0,00	1,35	1,47	●	1,30
Taxa de infecção em Cirurgia Limpa		0,21	0,17	0,09	0,12	0,12	0,04	0,14	0,17	0,06	0,13	0,24	0,16	0,10	0,05	0,12	●	0,14
Taxa de Glicemia < 60 mg/dl		0,83	0,70	0,41	0,57	0,55	0,55	0,52	0,50	0,61	0,60	0,55	0,52	0,48	0,62	0,54	●	0,60
Taxa de EAG catastrófico		1,35	1,65	0,86	0,00	1,47	0,00	0,00	0,77	0,79	2,08	1,45	1,37	0,74	1,59	0,93	●	1,45
Taxa de queda com Dano Grave e Moderado		0,85	1,22	0,90	0,00	0,76	0,69	0,71	0,00	1,64	0,00	0,00	0,00	0,76	2,48	0,65	●	0,80
Razão de Erros de Medicação para cada Near Miss		0,88	1,09	1,21	1,93	0,71	0,26	0,50	0,64	0,37	0,57	0,41	0,62	0,53	1,31	0,53	●	0,58
Razão de Erros de Outros Eventos para cada Near Miss		1,98	1,60	2,10	2,40	2,49	0,52	0,46	0,75	1,15	2,67	1,19	1,26	1,26	0,73	1,05	●	1,59
Taxa de mortalidade em sepse grave/choque séptico		22,0	14,6	11,1	13,3	22,2	10,0	10,0	16,7	11,1	7,3	4,1	5,3	10,0	5,1	8,2	●	14,5
Tempo Porta-Balão - Minutos (Cardio)		86,0	83,0	109,0	87,0	62,0	81,0	78,0	-	70,0	-	92,0	67,0	77,0	66,0	82,0	●	78,0
Tempo Porta-Agulha - Minutos (Neuro)		N.D.	76,0	54,0	94,5	-	-	-	48,5	54,0	47,0	95,5	-	40,0	-	61,4	●	60,0
Taxa de infecção em Cirurgia Limpa - ATQ+ATJ (Locomotor)		1,35	0,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,78	4,00	0,00	0,67	●	0,55
Índice		-	-	93%	99%	81%	128%	114%	112%	123%	112%	103%	100%	111%	100%	107%	●	100,00

# Relatório Anual Programa Fluxo do Paciente

## Satisfação do Cliente

Iniciamos o acompanhamento de indicadores norteadores da satisfação do cliente com aspectos relacionados a esperas e gargalos no fluxo de atendimento, assim como a registros espontâneos de avaliação do atendimento.

Em relação aos registros espontâneos de avaliação reduzimos em 17% (2,18 – 1,80) a relação de reclamações por 1.000 pacientes-dia e aumentamos em 14% (12,41 – 14,41) a relação de elogios por 1.000 pacientes-dia.

Reclamações/1.000 pacientes-dia



Elogios/1.000 pacientes-dia

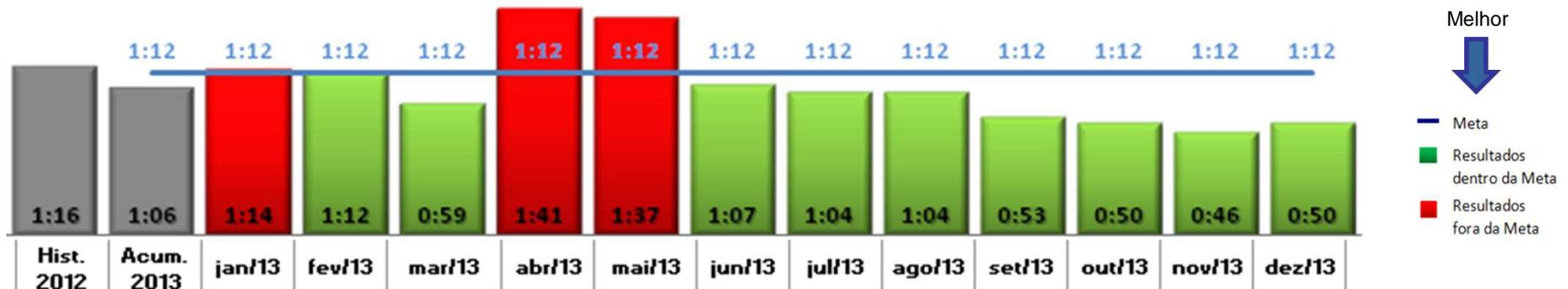


# Relatório Anual Programa Fluxo do Paciente

## UPA Morumbi

A importante redução no tempo de permanência dos pacientes 4 e 5 (Super Track) destacando a eficiência nos intervalos senha-triagem e triagem-médico, permitiu ao pronto atendimento Morumbi comportar 3,3% a mais atendimentos (121.741 – 2012 / 125.924 – 2013) com a mesma estrutura física, e apesar deste volume alcançaram 48% de redução na relação de queixas por motivo de espera no pronto atendimento (1,71 – 0,89 queixas motivo espera por 1.000 passagens).

Indicador de tempo de atendimento dos pacientes 4 e 5 (retirada de senha até alta)



Indicador de queixas por motivo de espera pacientes UPA/1000 passagens



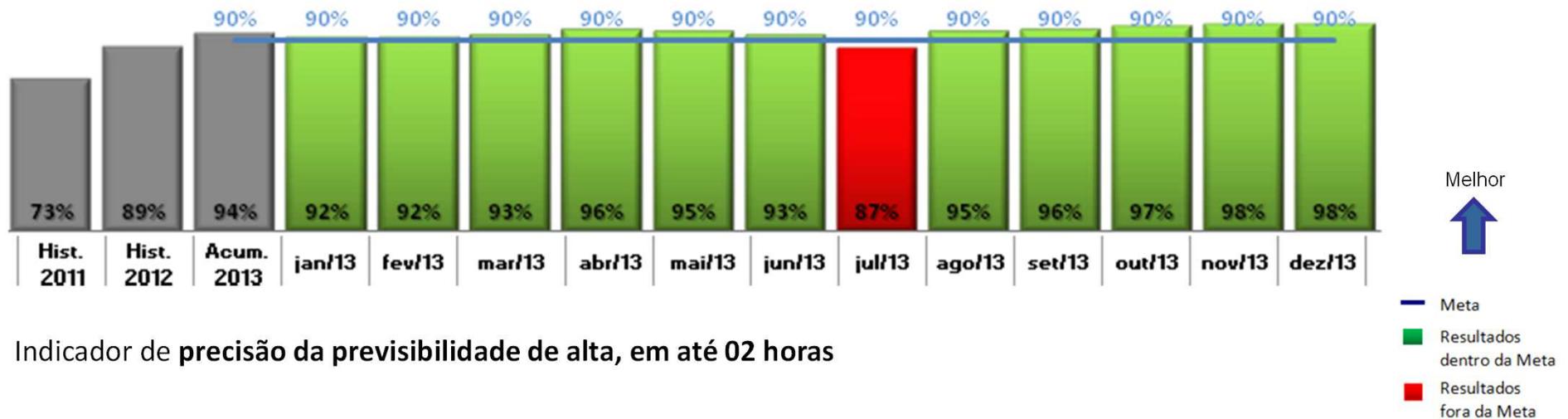
# Relatório Anual Programa Fluxo do Paciente

## Pacientes Internados

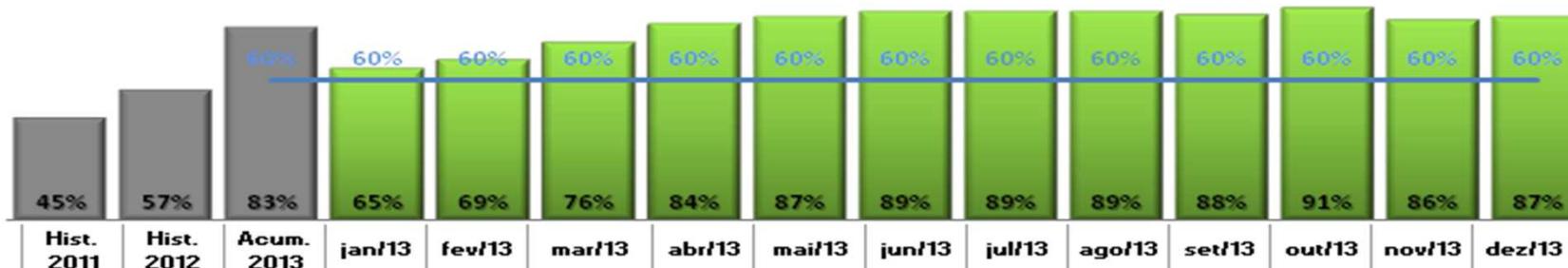
O destaque em Pacientes Internados é para o processo de planejamento para alta hospitalar. Incluindo os procedimentos ambulatoriais e day clinic a redução no TMP foi de 3,1% (2,77 – 2,69) com expressivo aumento 5,0% na utilização dos leitos (giro de 8,94 – 9,39), mesmo com a redução de 4,9% na quantidade de leitos-dia disponíveis (114.930 – 109.278).

As ações de alinhamento com o corpo clínico e pacientes quanto à programação para a alta hospitalar aumentaram a assertividade da previsão da data e horário de alta (com margem de 02 horas) em 46% (57% - 83% de assertividade), o que contribuiu para a gestão do fluxo.

Indicador de lançamento da previsão de alta



Indicador de precisão da previsibilidade de alta, em até 02 horas

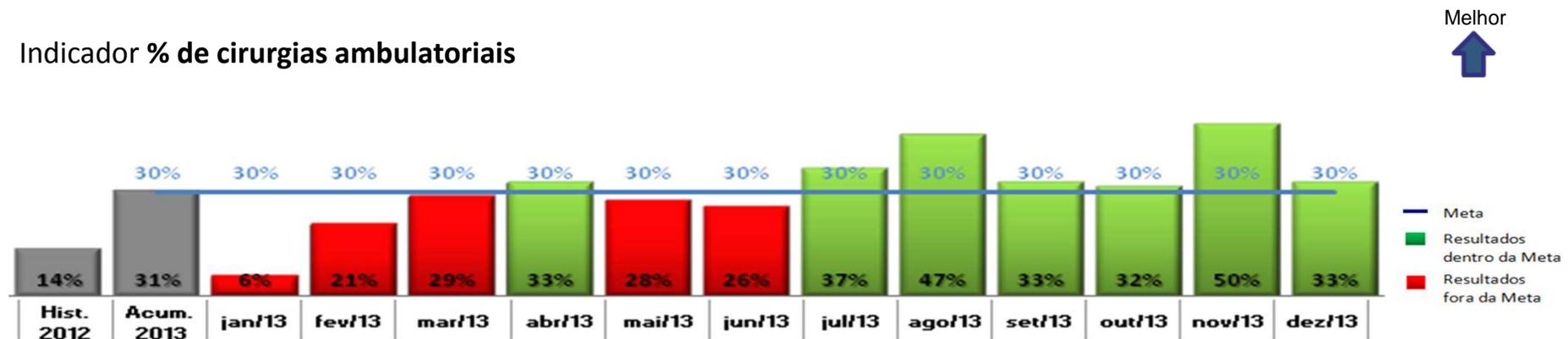


# Relatório Anual Programa Fluxo do Paciente

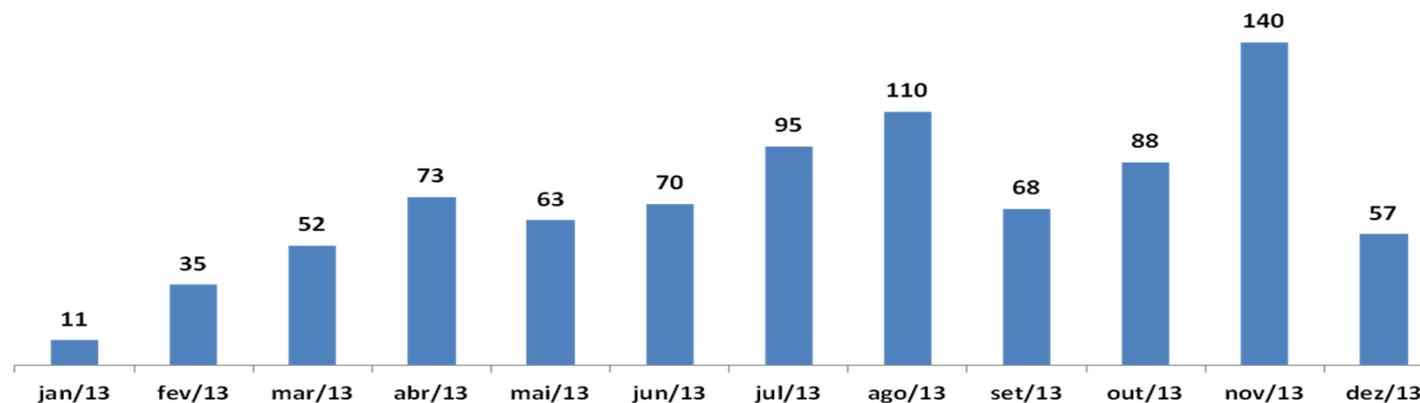
## Centro Cirúrgico

Um marco para a área foi a realização de procedimentos em nível ambulatorial, seguindo critérios de classificação e elegibilidade. Foram realizados 862 procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em 2013, 31% do total de procedimentos elegíveis. A reforma da estrutura física foi recentemente aprovada e possibilitará a liberação de aproximadamente 200 leitos-dia por mês, aumentando a possibilidade de realização destes procedimentos.

Indicador % de cirurgias ambulatoriais



Nº de Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais - CC I4



# Relatório Anual Programa Fluxo do Paciente

## CTI - A

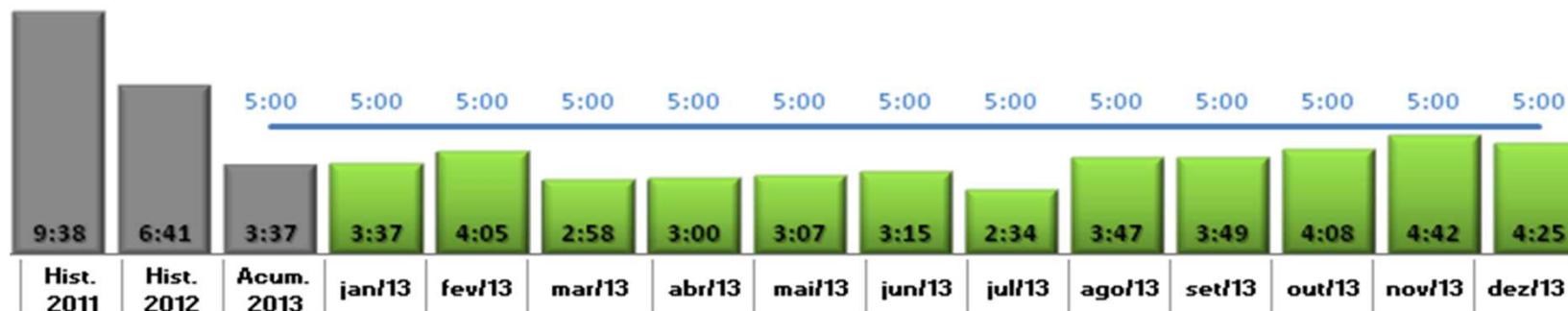
A redução em 46% (6:41 – 3:37) do intervalo entre o paciente receber alta do CTI e ser efetivamente transferido para um leito na CMC, otimizou a disponibilidade dos leitos críticos na instituição. A construção de um fluxo de unidades de retaguarda para as especialidades e de abordagem dos médicos envolvidos contribuiu para o cenário.

Melhor



- Meta
- Resultados dentro da Meta
- Resultados fora da Meta

Indicador de Tempo médio de espera do paciente, com alta, no CTI para CMC

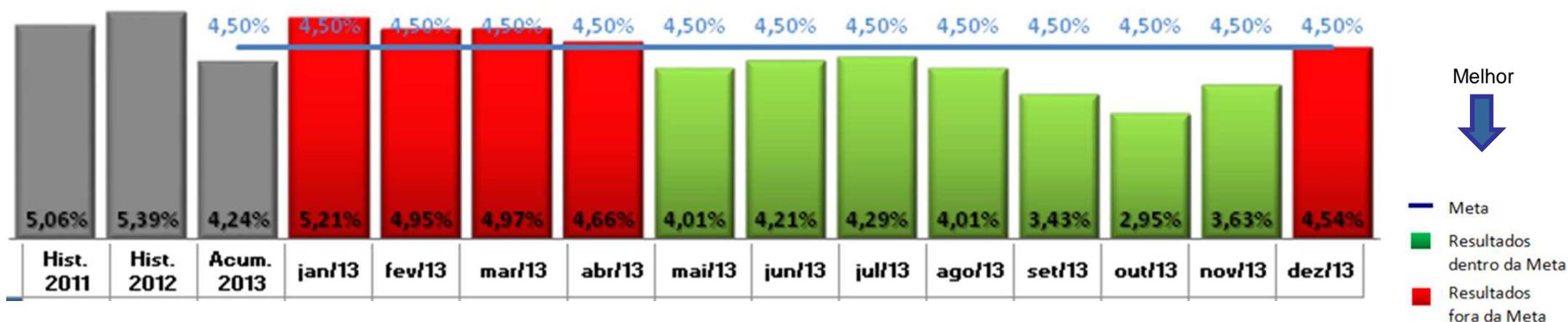


# Relatório Anual Programa Fluxo do Paciente

## Longa Permanência

O estabelecimento de critérios de avaliação de risco objetivando a identificação de pacientes com potencial risco para longa permanência e as ações do GPC (Grupo de discussões de pacientes crônicos) foram determinantes para a redução em 21% (5,39% - 4,24%) na ocupação de leitos por pacientes com permanência acima de 100 dias de internação.

Indicador % de leitos ocupados por pacientes com Longa Permanência (> 100 dias)



Indicador % de leitos ocupados por pacientes com Longa Permanência (> 100 dias)

(excluindo CTI Neo e Não elegíveis)



## Prática 1 – Alta visibilidade da data da ALTA / Envolvimento do Paciente e Familiar

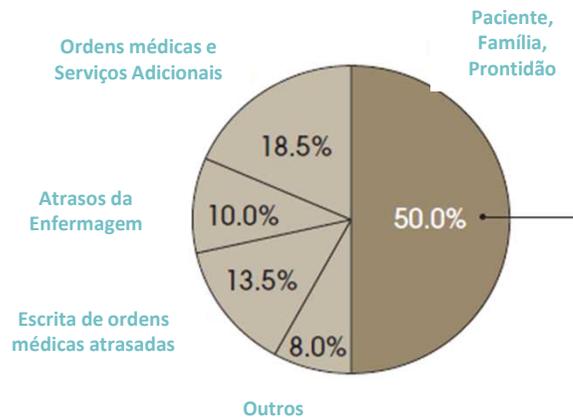
Embora muitos hospitais têm um evidente para o paciente ou me



International  
Clinical Operations Board

r, a informação não está sempre

### Razões para atraso da Alta Hospitalar



#### Fatores chaves para o atraso do paciente

- Falta de conhecimento sobre as etapas e tempos programados para alta.
- Falta de transporte.
- Falta de cuidador.

### Agenda / Programação



Your Estimated Discharge Day: 4/21  
Your Estimated Time: 5:00 p.m.

#### Detalhes da Estratégia

- Define o tempo estimado de permanência e a data da alta, o mais cedo possível.
- Permite a coordenação com a equipe multidisciplinar, família e paciente.
- Metas claras para a conclusão de cuidados.

# Painel informativo no quarto do paciente

**ALBERT EINSTEIN**  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

09, 04

Programação para alta hospitalar:  
11, 04 - 6ª feira - às 8h

Nome da funcionária de turno:  Manhã  Tarde  Noite  
 Enfermeiro: Mara  Ana  Paula  
 T.E.C. DE ENFERMAGEM:

**PARA EVITAR QUEIDAS:**

Sair da cama / poltrona somente com o acompanhamento da enfermagem:  
 sim  não

Usar banheiro somente com o acompanhamento da enfermagem:  
 sim  não

Comer somente acompanhado:  
 sim  não

Por favor, cuide de sua segurança! siga as orientações.

**PLANO PARA O DIA / ATIVIDADES**

- treino para aplicação insulínica
- avaliação do vascular à tarde
- controle glicêmico

**PLANO PARA ALTA / OBJETIVOS EDUCACIONAIS**

• dieta	sim
• sinais hipoglic. sim	sim
• glicemia capilar sim	sim
• aplicação insulínica não	

QUEM: paciente

Atividade alimentar:

Após o início de alimentação chamar a enfermagem para verificar a glicemia:  sim  não

Orientação para alimentação:

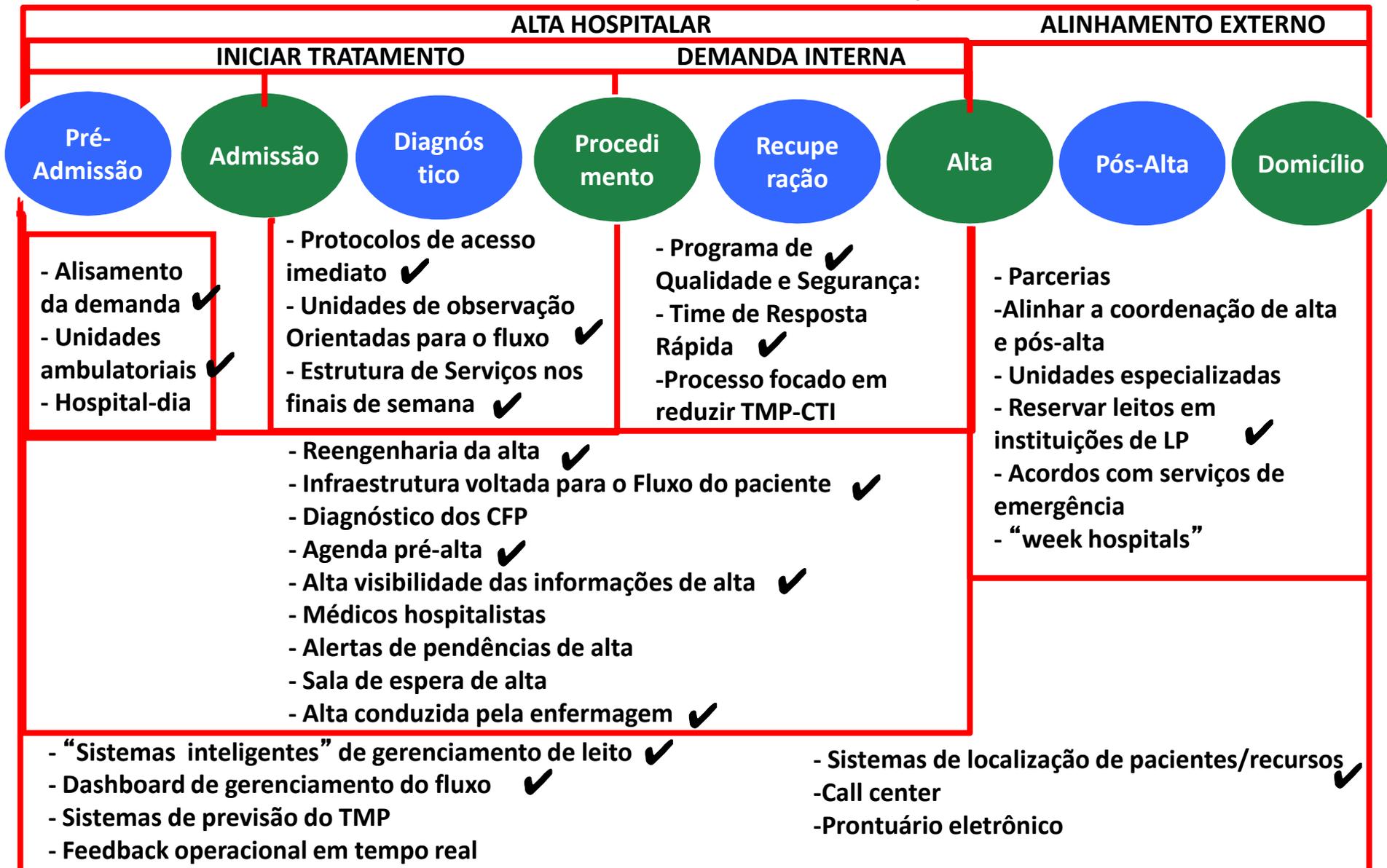
Recall de voz: 71926

Exames e preparo:  
 Bioquímica 6h jejum

VISITA HORÁRIA DE ENFERMAGEM  
 Última visita da equipe: 14h 30  
 Próxima visita da equipe: 15h 30

# BENCHMARKING HIAE x LITERATURA

## VISIBILIDADE DOS RECURSOS E DA INFORMAÇÃO



A capacidade virtual pode ser usada para melhorar o acesso ao tratamento de pacientes adicionais, reduzir custo, reduzir headcount operacional, gerar receita adicional por volumes crescentes de pacientes mais complexos.



### Facilidade de Acesso

- Reduz TMP
- Aumenta giro de leitos
- Melhoria na gestão do cuidado no tempo adequado para um maior volume de pacientes de maior complexidade



### Satisfação e Retenção de Pessoas

- Engajamento da equipe, melhoria da satisfação interna
- Maior satisfação dos médicos
- Melhoria da cultura departamental, trabalho em equipe



### Melhoria da Qualidade e Segurança do paciente

- Redução de eventos adversos
- Diminuição da taxa de mortalidade
- Maior satisfação do paciente



### Geração de Receita e Redução de Custos

- Menos leitos dia por paciente para o mesmo volume de pacientes, com menos leitos operacionais
- Mais volume, mais resultados
- Redução de custo fixo por menos leitos operacionais



**Paciente**

**Experiência do Paciente!!!!**

# ***Programa Fluxo do Paciente***

## ***Aprendizados***

---

- ✓ **Não há limites para melhorar.**
- ✓ **Eliminar nossas ineficiências operacionais é mandatório.**
- ✓ **Tecnologia e sistemas de informação contribuem de maneira efetiva quando desenhados sob a ótica do fluxo do paciente.**
- ✓ **Estamos construindo um hospital sem paredes.**
- ✓ **O envolvimento e a participação do staff a beira do leito traz contribuições relevantes.**
- ✓ **A adesão do médico é o fator determinante de sucesso do programa nos próximos tempos.**
- ✓ **A participação sistemática das áreas corporativas no redesenho do fluxo do paciente é fundamental.**
- ✓ **Gestão e acompanhamento sistematizado e centralizado de indicadores e metas.**
- ✓ **Somente por meio da qualidade e segurança atingiremos a sustentabilidade financeira.**

## Tomada de Decisão

### A Responsabilidade do Gestor



**Avaliação da carga de trabalho entre as especialidades, baseado em:**

- Doses de medicamentos dispensadas por paciente-dia.**
- Horas de cuidado de enfermagem por paciente-dia.**
- Índice de funcionalidade de Barthel / Dini (grau de assistência exigido / nível de dependência).**
- Carga de trabalho lançamento de procedimentos na NDU por paciente-dia.**

# Estudo Reestruturação Enfermagem

## Medicamentos

Centro de Custo	Total de doses injetáveis	Paciente-dia (03-09/06)	Doses injetáveis / paciente-dia
TIAD	15436	243	64
CTIP	1994	59	34
UTMO	567	19	30
UI06	3768	145	26
TSI8	3093	141	22
U11D	2818	130	22
TSIN	4870	257	19
UICM	2192	125	18
TSNE	950	55	17
UI02	1404	84	17
UI10	4014	252	16
GERI	1597	114	14
CORO	1811	141	13
U10D	936	80	12
UI09	2716	235	12
U12D	1508	132	11
UI5B	1414	127	11
U13D	1581	143	11
UI11	2600	241	11
UTIN	608	59	10
PI12	1449	144	10
UI03	1068	111	10
UI07	1029	110	9
UI5C	592	69	9
MAIN	1639	277	6
RESO	50	87	6
UPSI	52	20	1
BENO	81	227	0,4
REIN	80	64	0,4

Centro de Custo	Total doses não injetáveis	Paciente-dia (03-09/06)	Doses não injetáveis / paciente-dia
REIN	3997	64	62
RESO	3108	87	36
UTMO	403	19	21
U13D	2541	143	18
TSNE	865	55	16
CORO	2073	141	15
UI5B	1713	127	13
TSIN	3378	257	13
GERI	1448	114	13
UI03	1371	111	12
U11D	1592	130	12
TSI8	1709	141	12
UPSI	236	20	12
TIAD	2863	243	12
UI06	1705	145	12
UI11	2753	241	11
MAIN	3093	277	11
UI07	1119	110	10
UI09	1927	235	8
U10D	523	80	7
U12D	840	132	6
CTIP	345	59	6
UI10	1422	252	6
UI02	455	84	5
UI5C	364	69	5
UICM	648	125	5
UTIN	148	59	3
PI12	280	144	2
BENO	64	227	0

# Estudo Reestruturação Enfermagem

## Medicamentos

Centro de Custo	Unidade	Doses injetáveis / paciente-dia	Doses não injetáveis / paciente-dia	Média Sondas / pct-dia	Total	Total com Sondas	Pontuação
TIAD	TERAPIA INTENSIVA ADULTO	64	12	19	75	82	7
UTMO	TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	30	21	0	51	51	6
U13D	INTERNAÇÃO 13º ANDAR - BLOCO D	11	18	32	29	43	5
HRCR	ALAS DE INTERNAÇÃO PACIENTES CRONICOS	8	19	34	27	42	5
CTIP	CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	34	6	8	40	42	5
TSIN	TERAPIA SEMI - INTENSIVA	19	13	21	32	40	5
TSNE	SEMI INTENSIVA NEUROLÓGICA 3º BI A	17	16	22	33	39	5
TSI8	TERAPIA SEMI - INTENSIVA 8º ANDAR	22	12	17	34	39	5
UI06	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 6 ANDAR	26	12	0	38	38	5
GERI	UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERIÁTRICA	14	13	22	27	36	4
U11D	INTERNAÇÃO 11º ANDAR - BLOCO D	22	12	0	34	34	4
CORO	UNIDADE CORONARIANA 8º ANDAR	13	15	19	28	32	4
UI03	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 3 ANDAR	10	12	16	22	26	3
UI5B	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 5º ANDAR B	11	13	0	25	25	3
UICM	UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA	18	5	0	23	23	3
UI11	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 11º ANDAR	11	11	0	22	22	3
UI02	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2º ANDAR	17	5	0	22	22	3
HRTR	ALAS INTERNAÇÃO PACIENTES TRANSPLANTADOS	10	12	0	22	22	3
UI10	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 10º ANDAR	16	6	0	22	22	3
UI09	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 9º ANDAR	12	8	0	20	20	3
UI07	ALA DE INTERNAÇÃO 7ª ANDAR	9	10	0	20	20	3
U10D	INTERNAÇÃO 10º ANDAR - BLOCO D	12	7	0	18	18	2
U12D	INTERNAÇÃO 12º ANDAR - BLOCO D	11	6	0	18	18	2
MAIN	MATERNIDADE (INTERNAÇÃO)	6	11	0	17	17	2
UI5C	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 5º ANDAR C	9	5	0	14	14	2
UTIN	U.T.I. NEONATAL	10	3	3	13	14	2
UPSI	UNID INTERNAÇÃO DE CUIDADOS AVANÇADOS	1	12	0	12	12	2
PI12	PEDIATRIA INTERNAÇÃO	10	2	0	12	12	2
UIDC	UNIDADE DE INTERNAÇÃO DAY CLINIC	4	2	0	6	6	1
BENO	BERCARIO NORMAIS	0	0	0	1	1	1

# Estudo Reestruturação Enfermagem

## Presença de Enfermagem

- Levantamento sistema chamada enfermagem: status enfermagem presente no quarto.
- Média de 6.000, ativações de presença, por unidade.
- Período Abril / 2013

Centro de Custo	Unidade	Horas de presença enfermagem / paciente-dia	Pontuação
TIAD	TERAPIA INTENSIVA ADULTO	03:41	6
HRCR	ALAS DE INTERNAÇÃO PACIENTES CRONICOS	2:58:52	5
GERI	UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERIÁTRICA	2:54:26	5
U13D	INTERNAÇÃO 13º ANDAR - BLOCO D	2:20:55	5
UI02	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2º ANDAR	1:58:43	4
UI03	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 3 ANDAR	1:57:17	4
U12D	INTERNAÇÃO 12º ANDAR - BLOCO D	1:53:17	4
UI09	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 9º ANDAR	1:46:01	4
UI11	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 11º ANDAR	1:45:00	4
MAIN	MATERNIDADE (INTERNAÇÃO)	1:39:55	4
U10D	INTERNAÇÃO 10º ANDAR - BLOCO D	1:38:36	4
UI10	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 10º ANDAR	1:36:11	4
UI07	ALA DE INTERNAÇÃO 7ª ANDAR	1:35:38	4
UTMO	TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	1:30:07	3
TSNE	SEMI INTENSIVA NEUROLÓGICA 3º BI A	1:18:06	3
CTIP	CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	1:11:57	3
TSIN	TERAPIA SEMI - INTENSIVA	1:09:25	2
TSI8	TERAPIA SEMI - INTENSIVA 8º ANDAR	1:00:48	2
UI5C	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 5º ANDAR C	1:00:32	2
HRTR	ALAS INTERNAÇÃO PACIENTES TRANSPLANTADOS	0:56:04	2
CORO	UNIDADE CORONARIANA 8º ANDAR	0:54:23	2
UPSI	UNID INTERNAÇÃO DE CUIDADOS AVANÇADOS	0:50:18	2
PI12	PEDIATRIA INTERNAÇÃO	0:49:04	2
UICM	UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA	0:48:52	2
UI06	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 6 ANDAR	0:36:22	1
U11D	INTERNAÇÃO 11º ANDAR - BLOCO D	0:35:12	1
UIDC	UNIDADE DE INTERNAÇÃO DAY CLINIC	0:21:44	1

# Estudo Reestruturação Enfermagem

## Índice de Barthel / Dini

Centro de Custo	Unidade	Barthel pontuação média	Barthel / Dini classificação de dependência	Pontuação
UICM	UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA	100	Totalmente Independente	0
U10D	INTERNAÇÃO 10º ANDAR - BLOCO D	100	Totalmente Independente	0
UIDC	UNIDADE DE INTERNAÇÃO DAY CLINIC	97	Totalmente Independente	0
UPSI	UNID INTERNAÇÃO DE CUIDADOS AVANÇADOS	91	Dependência Leve	1
UI10	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 10º ANDAR	87	Dependência Leve	1
UI5B	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 5º ANDAR B	86	Dependência Leve	1
MAIN	MATERNIDADE (INTERNAÇÃO)	86	Dependência Leve	1
U12D	INTERNAÇÃO 12º ANDAR - BLOCO D	82	Dependência Leve	1
U11D	INTERNAÇÃO 11º ANDAR - BLOCO D	82	Dependência Leve	1
UI02	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2º ANDAR	79	Dependência Leve	1
UI11	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 11º ANDAR	72	Dependência Moderada	2
UI09	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 9º ANDAR	69	Dependência Moderada	2
UI5C	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 5º ANDAR C	65	Dependência Moderada	2
UI07	ALA DE INTERNAÇÃO 7ª ANDAR	62	Dependência Moderada	2
UI06	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 6 ANDAR	62	Dependência Moderada	2
TSNE	SEMI INTENSIVA NEUROLÓGICA 3º BI A	56	Dependência Moderada	2
UI03	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 3 ANDAR	54	Dependência Moderada	2
CORO	UNIDADE CORONARIANA 8º ANDAR	54	Dependência Moderada	2
HRTR	ALAS INTERNAÇÃO PACIENTES TRANSPLANTADOS	56	Dependência Moderada	2
GERI	UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERIÁTRICA	34	Dependência Severa	3
TSIN	TERAPIA SEMI - INTENSIVA	29	Dependência Severa	3
UTIN	U.T.I. NEONATAL	-	Dependência Severa	3
PI12	PEDIATRIA INTERNAÇÃO	-	Dependência Severa	3
TSI8	TERAPIA SEMI - INTENSIVA 8º ANDAR	21	Dependência Total	4
TIAD	TERAPIA INTENSIVA ADULTO	5	Dependência Total	4
U13D	INTERNAÇÃO 13º ANDAR - BLOCO D	4	Dependência Total	4
CTIP	CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	-	Dependência Total	4
HRCR	ALAS DE INTERNAÇÃO PACIENTES CRONICOS	8	Dependência Total	4
UTMO	TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	-	-	-
BENO	BERCARIO NORMAIS	-	-	-

O índice de Barthel, avalia o potencial funcional do indivíduo.

-Mede o grau de assistência exigido, em dez atividades, ou seja, o nível de dependência de auto cuidado.

# Estudo Reestruturação Enfermagem

## Carga de Trabalho - NDU

Centro de Custo	Unidade	Carga de Trabalho Média/ paciente-dia NDU	Pontuação
UTMO	TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	101,9	7,0
TIAD	TERAPIA INTENSIVA ADULTO	92,4	7,0
CTIP	CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	71,0	6,0
TSIN	TERAPIA SEMI - INTENSIVA	40,8	5,0
UI06	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 6 ANDAR	38,9	5,0
TSNE	SEMI INTENSIVA NEUROLÓGICA 3º BI A	33,7	4,0
CORO	UNIDADE CORONARIANA 8º ANDAR	33,2	4,0
TSI8	TERAPIA SEMI - INTENSIVA 8º ANDAR	31,6	4,0
UICM	UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA	30,8	4,0
UTIN	U.T.I. NEONATAL	26,6	3,0
UI5B	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 5º ANDAR B	25,3	3,0
UI02	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2º ANDAR	25,1	3,0
U10D	INTERNAÇÃO 10º ANDAR - BLOCO D	24,9	3,0
U12D	INTERNAÇÃO 12º ANDAR - BLOCO D	24,6	3,0
UI10	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 10º ANDAR	23,1	3,0
U11D	INTERNAÇÃO 11º ANDAR - BLOCO D	22,5	3,0
PI12	PEDIATRIA INTERNAÇÃO	21,1	3,0
UI09	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 9º ANDAR	19,2	3,0
UI5C	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 5º ANDAR C	19,0	3,0
GERI	UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERIÁTRICA	18,2	2,0
U13D	INTERNAÇÃO 13º ANDAR - BLOCO D	18,0	2,0
UI11	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 11º ANDAR	15,4	2,0
UI03	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 3 ANDAR	14,5	2,0
UI07	ALA DE INTERNAÇÃO 7ª ANDAR	14,4	2,0
MAIN	MATERNIDADE (INTERNAÇÃO)	10,6	2,0
HRCR	ALAS DE INTERNAÇÃO PACIENTES CRONICOS	10,4	2,0
UIDC	UNIDADE DE INTERNAÇÃO DAY CLINIC	7,5	1,0
UPSI	UNID INTERNAÇÃO DE CUIDADOS AVANÇADOS	6,4	1,0
HRTR	ALAS INTERNAÇÃO PACIENTES TRANSPLANTADOS	4,3	1,0
BENO	BERCARIO NORMAIS	2,6	1,0

# Estudo Reestruturação Enfermagem

## Quadro Final

Centro de Custo	Unidades	nº leitos	NDU	Total Med	Presença	Barthel/ Dini	Total
TIAD	TERAPIA INTENSIVA ADULTO	41	7	7	6	4	24
UTMO	TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	4	7	6	3	4	20
CTIP	CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	8	6	5	3	4	18
U13D	INTERNAÇÃO 13º ANDAR - BLOCO D	21	2	5	5	4	16
HRCR	ALAS DE INTERNAÇÃO PACIENTES CRONICOS	15	2	5	5	4	16
TSIN	TERAPIA SEMI - INTENSIVA	41	5	5	2	3	15
TSI8	TERAPIA SEMI - INTENSIVA 8º ANDAR	22	4	5	2	4	15
TSNE	SEMI INTENSIVA NEUROLÓGICA 3º BI A	12	4	5	3	2	14
GERI	UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERIÁTRICA	17	2	4	5	3	14
UI06	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 6 ANDAR	24	5	5	1	2	13
UI09	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 9º ANDAR	43	3	3	4	2	12
CORO	UNIDADE CORONARIANA 8º ANDAR	22	4	4	2	2	12
UI02	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2º ANDAR	15	3	3	4	1	11
UI10	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 10º ANDAR	43	3	3	4	1	11
UI5B	UNIDADE DE INTENAÇÃO 5º ANDAR B	19	3	3	4	1	11
UI11	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 11º ANDAR	36	2	3	4	2	11
UI03	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 3 ANDAR	16	2	3	4	2	11
UI07	ALA DE INTERNAÇÃO 7ª ANDAR	18	2	3	4	2	11
UTIN	U.T.I. NEONATAL	22	3	2	3	3	11
U12D	INTERNAÇÃO 12º ANDAR - BLOCO D	21	3	2	4	1	10
PI12	PEDIATRIA INTERNAÇÃO	20	3	2	2	3	10
U10D	INTERNAÇÃO 10º ANDAR - BLOCO D	12	3	2	4	0	9
UICM	UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA	26	4	3	2	0	9
MAIN	MATERNIDADE (INTERNAÇÃO)	41	2	2	4	1	9
U11D	INTERNAÇÃO 11º ANDAR - BLOCO D	21	3	4	1	1	9
UI5C	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 5º ANDAR C	11	3	2	2	2	9
HRTR	ALAS INTERNAÇÃO PACIENTES TRANSPLANTADOS	8	1	3	2	2	8
UPSI	UNID INTERNAÇÃO DE CUIDADOS AVANÇADOS	4	1	2	2	1	6
UIDC	UNIDADE DE INTERNAÇÃO DAY CLINIC	15	1	1	1	0	3
BENO	BERCARIO NORMAIS	32	1	1	0	-	2

# Estudo Reestruturação Enfermagem

## Ocupação Final de Semana

Unidades	Leitos	Ocupação - Segunda a Sexta	Ocupação - Final de Semana	% de redução FDS
A02W 2 And Ala O	15	86,9%	69,0%	-17,9%
A03P 3 Andar Ala A	5	91,2%	89,1%	-2,1%
A03S 3 Andar Ala A	11	89,3%	84,2%	-5,1%
A03W 3 Andar Ala A	4	70,6%	69,1%	-1,5%
A05B Clin.Med.Cir.5 and B	19	84,8%	79,7%	-5,0%
A05W Clin.Med.Cir.5 and C	11	73,5%	50,0%	-23,5%
A09E 9 And Ala L	21	84,6%	60,4%	-24,2%
A09W 9 And Ala O	22	81,3%	59,9%	-21,4%
A10E 10 And Ala L	21	89,9%	70,8%	-19,1%
A10W 10 And Ala O	22	81,2%	54,4%	-26,8%
A11E 11 And Ala L	20	93,4%	90,5%	-2,9%
A11W 11 And Ala O	16	93,2%	84,0%	-9,2%
F01I 1 And Ala Impar	13	77,9%	59,3%	-18,6%
F01M 1 And Ala Meio	13	69,1%	0,0%	
GERI Geriatrico	17	92,5%	83,9%	-8,6%
N7PM 7 Ala Par/Impar	18	87,8%	78,1%	-9,7%
U10D Unidade 10 andar Bloco D	12	79,3%	61,8%	-17,5%
U12D Unidade 12 andar Bloco D	21	85,2%	79,1%	-6,1%
U13D Unidade 13 andar Bloco D	21	97,4%	96,2%	-1,2%

# Relação Enfermagem Einstein x Magnet

## Horas por Paciente-dia

Centro de Custo	Local	Horas de Enfermagem - Einstein	Horas de Enfermagem - Magnet	%
UTMO	TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA	9,32	9,17	2%
TIAD	TERAPIA INTENSIVA ADULTO	28,1	17,79	37%
CTIP	CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	29,05	17,1	41%
TSIN	TERAPIA SEMI - INTENSIVA	18,28	10,93	40%
UI06	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 6 ANDAR	15,35	9,17	40%
TSNE	SEMI INTENSIVA NEUROLÓGICA 3º BI A	38,07	10,93	71%
CORO	UNIDADE CORONARIANA 8º ANDAR	15,98	10,93	32%
TSI8	TERAPIA SEMI - INTENSIVA 8º ANDAR	15,33	10,93	29%
UICM	UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA	15,6	9,17	41%
UTIN	U.T.I. NEONATAL	14,51	12,37	15%
UI5B	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 5º ANDAR B	10,2	9,17	10%
UI02	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2º ANDAR	11,72	9,17	22%
U10D	INTERNAÇÃO 10º ANDAR - BLOCO D	12,76	9,17	28%
U12D	INTERNAÇÃO 12º ANDAR - BLOCO D	10,7	9,17	14%
UI10	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 10º ANDAR	12,55	9,17	27%
U11D	INTERNAÇÃO 11º ANDAR - BLOCO D	16,27	9,17	44%
PI12	PEDIATRIA INTERNAÇÃO	12,74	12,22	4%
UI09	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 9º ANDAR	12,7	9,17	28%
UI5C	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 5º ANDAR C	15,15	9,17	39%
GERI	UNIDADE DE INTERNAÇÃO GERIÁTRICA	13,57	9,17	32%
U13D	INTERNAÇÃO 13º ANDAR - BLOCO D			
UI11	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 11º ANDAR	12,42	9,17	26%
UI03	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 3 ANDAR	7,79	9,17	-18%
UI07	ALA DE INTERNAÇÃO 7ª ANDAR	12,25	9,17	25%
MAIN	MATERNIDADE (INTERNAÇÃO)			
HRCR	ALAS DE INTERNAÇÃO PACIENTES CRONICOS			
UIDC	UNIDADE DE INTERNAÇÃO DAY CLINIC			
UPSI	UNID INTERNAÇÃO DE CUIDADOS AVANÇADOS	16,79	7,87	53%
HRTR	ALAS INTERNAÇÃO PACIENTES TRANSPLANTADOS			
BENO	BERCARIO NORMAIS	9,17	7,08	23%
UI12	UNIDADE DE INTERNAÇÃO 12º ANDAR			

# Proposta em reestruturar a organização do trabalho de enfermagem

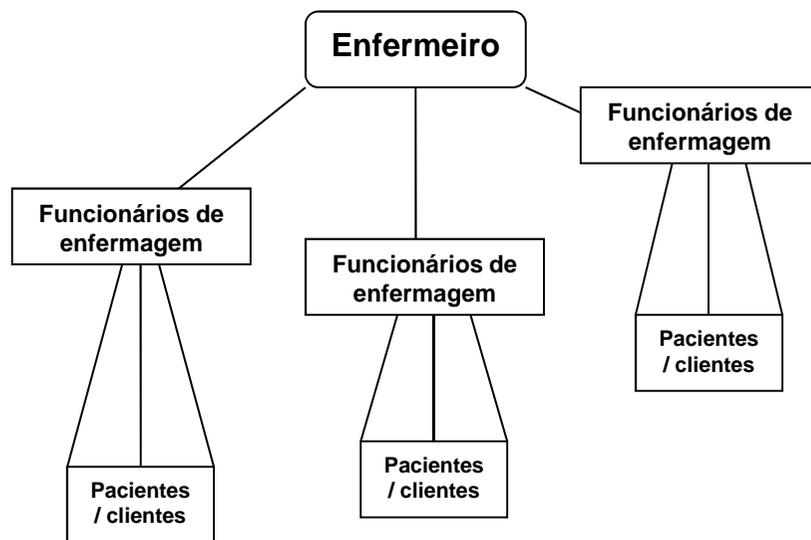


Figura 1. Estrutura do Cuidado Total ao Paciente (organização atual)

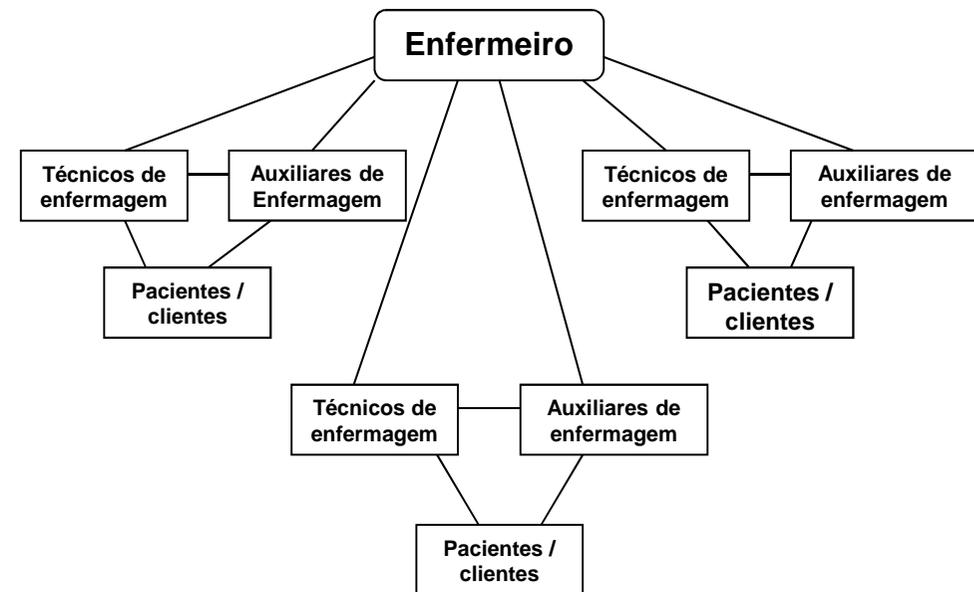


Figura 2. Estrutura da Enfermagem por Equipe / Enfermagem Modular (Proposta)



# Estudo Reestruturação Enfermagem

## Proposta de Reestruturação Enfermeiros

	Atual	Proposta	%		Redução	Incorporação
Enfermeiros por leito	0,56	0,47	-16%	Enfermeiro Sênior	0	2
				Enfermeiro Pleno	31	0
Enfermagem por leito	1,79	1,73	-4%	Técnico de Enfermagem	63	0
				Auxiliar de Enfermagem	0	75
				<b>Total</b>		
					<b>-17 Posições (-3,54% quadro atual)</b>	

Situação Proposta - 2							
Qtde	Cargo	JT	Gr	Salário	% Fx	<sup>^</sup> Custo Total (Mês)	<sup>^</sup> Custo Total (Ano)
2	Enfermeiro Sr	180	P5	5.316	90%	18.606	223.270
75	Auxiliar Enfermagem	180	T3	1.872	100%	292.180	3.506.155
-31	Enfermeiro Pl	180	P4	4.884	103%	(266.479)	(3.197.747)
-63	Tecnico Enfermagem	180	P1	2.714	100%	(317.538)	(3.810.453)
<b>(17)</b>		<b>720</b>		<b>14.786</b>		<b>(273.231)</b>	<b>(3.278.774)</b>

**Redução de 6,5% de custos com MO**

# Proposta em reestruturar a organização do trabalho de enfermagem

## Enfermagem em cuidado Modular – Ronda Horária

### Estratégia de garantia de Qualidade

*“Pesquisas baseada em evidências indicam que a implementação de rondas horárias melhoram os índices de satisfação dos pacientes e expectativas durante a permanência hospitalar.*”

Aspecto de Avaliação	Definição	Como	Ação
Dor	Avaliação de dor física ou desconforto, assim como aflição/angústia emocional.	Avaliando o nível de dor e providenciar o alívio indicado.	Podem ser utilizadas frases como: - Como está o seu nível de dor? ou - Posso fazer algo para aliviar sua dor? Determine se o paciente necessita da administração de algum medicamento e informe a programação da próxima dose analgésica. Aborde necessidades emocionais.
Posicionamento e Conforto	Avaliação do o posicionamento do paciente no quarto ou leito para garantir conforto.	Ajudando o paciente a posicionar-se de maneira confortável em seu ambiente.	Ofereça/Avalie: Disponibilidade de travesseiros e cobertores. Preferências de iluminação artificial e natural. Localização de equipamentos de entretenimento.
Higiene Pessoal	Encorajar o paciente a utilizar o banheiro ou comadre com assistência de cuidado durante a ronda	Oferecendo ajuda para higiene pessoal.	Podem ser utilizadas frases como: - Gostaria de ir ao banheiro? - Posso auxiliá-lo?
Itens Pessoais	Avaliação do posicionamento do paciente no quarto em relação aos seus itens pessoais e que poderiam representar riscos na segurança	Avaliando o ambiente e assegurando que o paciente pode alcançar itens pessoais.	Telefone Cobertor Cesto de lixo Campainha Computador

## Indicadores

### *Assistenciais:*

*-UP*

*-Queda*

*-Erros de medicação e quase falha / Taxa de Erros de Medicação*

*-Infecção da Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central*

*-EAG*

### *Fluxo do Paciente:*

*-TMP*

*-Giro de Leitos*

*-% de lançamento de previsão de alta*

*-% de precisão da previsibilidade em 2 horas*

### *Satisfação*

*-Satisfação do paciente*

*-Satisfação da equipe*

*- Satisfação do médico*

# Estudo Reestruturação Enfermagem

## Plano de Transição

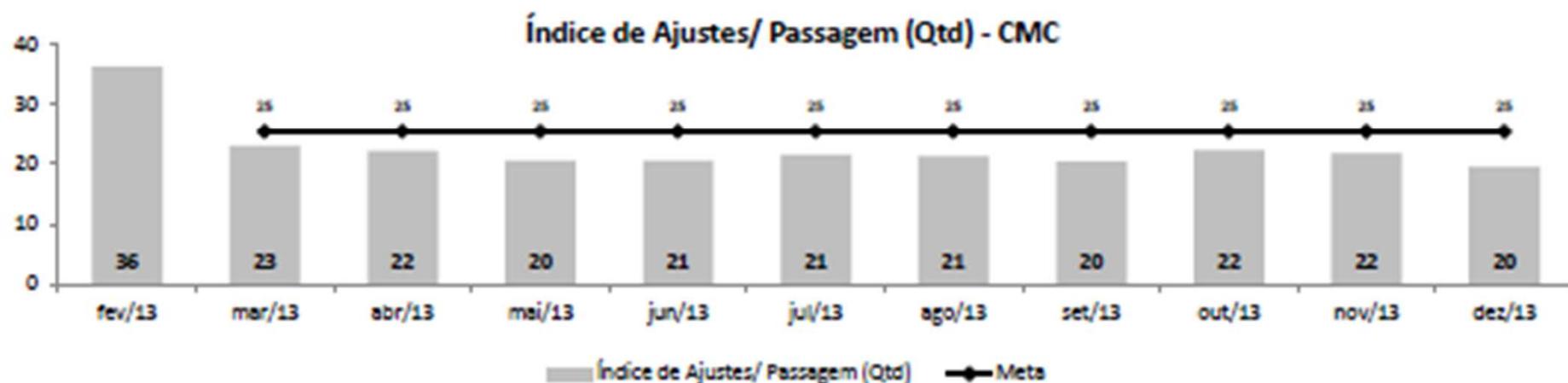
**RH - Pacientes Internados - Plano de Transição**

Item	Ação	Responsável	Data Início																				17/set	
				1/8	30/8	5/9	11/9	12/9	13/9	15/9	16/9	19/9	20/9	26/9	1/10	10/10	15/10	30/10	4/11	5/11	30/mar/14	Data Entrega		
1	Desenhar o modelo de atenção modular	Tatiane Canero	01/ago	█	█	█	█	█																12/set
2	Redefinir rotinas do enfermeiro, conforme número de enfermeiros por turno e por unidade	Fátima Colman	30/ago		█	█	█	█																12/set
3	Desenhar o papel do Enfermeiro do Fluxo	Carla Ledo	05/set			█	█	█																12/set
4	Montar apresentação	Tatiane Canero	12/set					█	█															13/set
5	Finalizar o processo de revisão de prontuário	Denis Moura	01/ago	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█				30/out
6	Finalizar a revisão de processos	Denis Moura	01/ago	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█				30/out
7	Obter junto ao RH avaliação de absenteístas	Fernanda Couve	05/set			█	█																	11/set
8	Mapear profissionais x vagas x oportunidades	Carla Ledo	11/set				█	█	█	█	█	█	█											19/set
9	Cálculo custo com rescisão	Fernanda Couve	19/set										█	█	█									26/set
10	Apresentar e validar com Comitê da diretoria	Claudia Laselva	19/set										█	█										19/set
11	Planejar processo seletivo auxiliares	Claudia Laselva	16/set										█	█	█									20/set
12	Planejar a "Virada"	Tatiane Canero	20/set											█	█	█	█							10/out
13	Desenhar Plano de comunicação com equipe assistencial	RH e Carla Ledo e Fatima Colman	15/set										█	█	█	█								20/set
14	Implantar Plano de comunicação com equipe assistencial	Carla Ledo e Fatima Colman	04/nov																		█	█		05/nov
15	Desenhar Plano de Comunicação com médicos	Claudia Laselva	15/set										█	█	█	█								20/set
16	Implantar Plano de Comunicação com médicos	Claudia Laselva	04/nov																		█	█		05/nov
17	Desenhar Plano de monitoramento	Fátima Colman	01/out													█	█	█						15/out
18	Implantar a "Virada"	Todas	04/nov																		█	█		05/nov
19	Implantar plano de monitoramento	Carla Ledo e Fatima Colman	04/nov																		█	█	█	30/mar/14

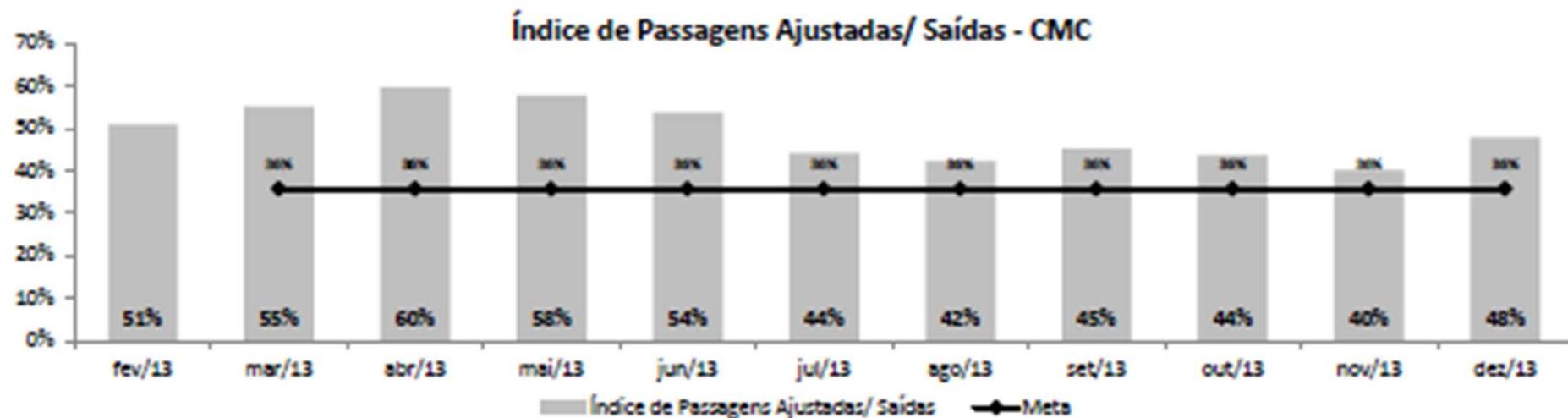


# **Programa Recuperação de Receita – Pacientes Internados**

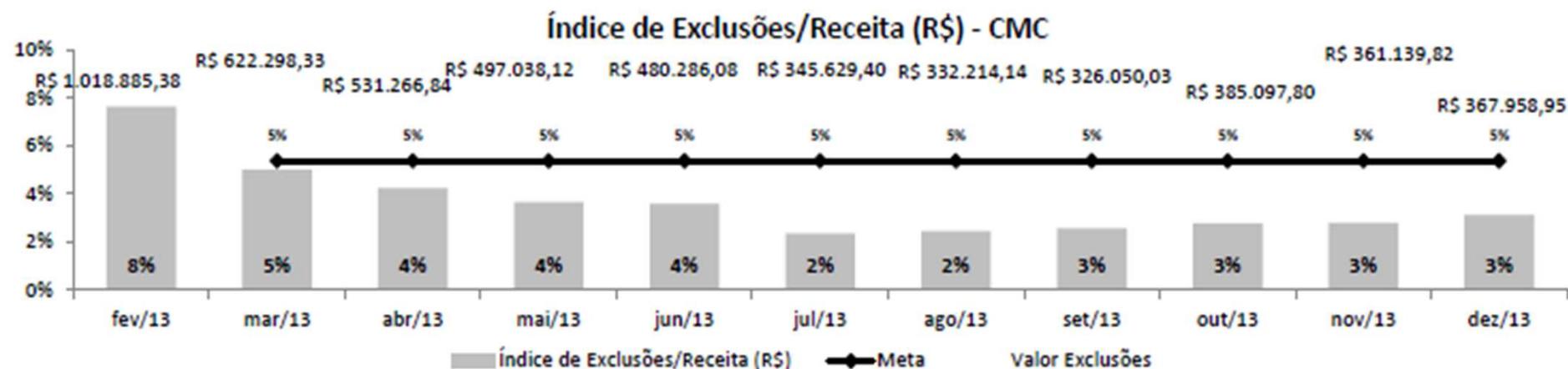
Indicadores	fev/13	mar/13	abr/13	mai/13	jun/13	jul/13	ago/13	set/13	out/13	nov/13	dez/13
Índice de Ajustes/ Passagem (Qtd)	36	23	22	20	21	21	21	20	22	22	20
Meta		25	25	25	25	25	25	25	25	25	25



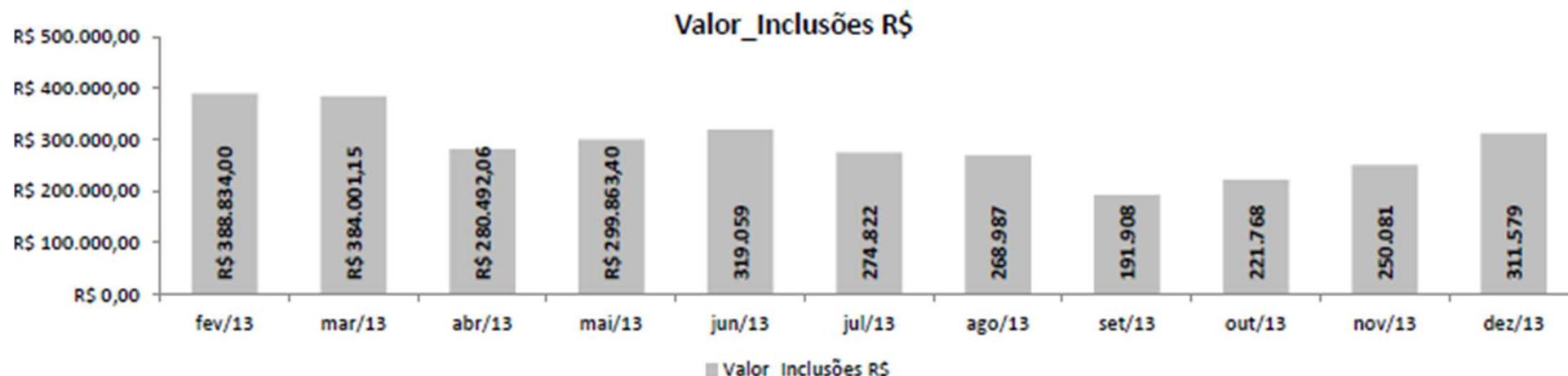
Indicadores	fev/13	mar/13	abr/13	mai/13	jun/13	jul/13	ago/13	set/13	out/13	nov/13	dez/13
Índice de Passagens Ajustadas/ Saídas	51%	55%	60%	58%	54%	44%	42%	45%	44%	40%	48%
Meta		36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%



Indicadores	fev/13	mar/13	abr/13	mai/13	jun/13	jul/13	ago/13	set/13	out/13	nov/13	dez/13
Índice de Exclusões/ Receita (R\$)	8%	5%	4%	4%	4%	2%	2%	3%	3%	3%	3%
Meta		5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Valor Exclusões	R\$ 1.018.885,38	R\$ 622.298,33	R\$ 531.266,84	R\$ 497.038,12	R\$ 480.286,08	R\$ 345.629,40	R\$ 332.214,14	R\$ 326.050,03	R\$ 385.097,80	R\$ 361.139,82	R\$ 367.958,95
Meta R\$		R\$ 621.711,30	R\$ 627.913,82	R\$ 678.863,49	R\$ 670.144,15	R\$ 734.362,89	R\$ 676.281,69	R\$ 636.259,15	R\$ 695.972,34	R\$ 647.153,15	R\$ 589.080,55



Indicadores	fev/13	mar/13	abr/13	mai/13	jun/13	jul/13	ago/13	set/13	out/13	nov/13	dez/13
Valor Inclusões	R\$ 1.446.793,68	R\$ 2.040.084,48	R\$ 2.048.315,55	R\$ 1.785.289,59	R\$ 1.585.377,95	R\$ 2.183.527,71	R\$ 2.207.073,70	R\$ 1.655.382,28	R\$ 2.226.391,77	R\$ 2.170.728,50	R\$ 2.321.399,23



# Redução de Custos Variáveis

**Em 2013, as ações na redução de custos com Materiais Não Reembolsáveis resultaram numa redução de R\$ 200 Mil**

## Ações tomadas para redução de Custos com Materiais Não Reembolsáveis

- ✓ Padronização dos itens de pedido semanal e da lista por CC
- ✓ Centralização dos pedidos
- ✓ Redução do número de profissionais com acesso
- ✓ Validação pelo gestor
- ✓ Busca por itens de menor custo
- ✓ Redução de desperdício

Real 2013 x Real 2012	Real 2013 x Orçado 2013
-8,7%	-7,8%

# Parte do Resultado

PACIENTES INTERNADOS	2009 jan-abr	2010 jan-abr	2011 jan-abr	2012 jan-abr	2013 jan-abr	2014 jan-abr	Varição 2013 vs 2014
Receita Operacional Liquida ( ROL )	34.089	41.164	44.658	48.906	50.169	55.342	10,3%
(-) Custos Variáveis	11.608	13.582	12.396	12.980	13.094	12.580	-3,9%
(-) Custos Fixos	16.459	20.767	24.855	29.243	32.613	29.091	-10,8%
(-) Mão de Obra	9.398	12.564	14.107	16.228	17.499	14.980	-14,4%
EBITDA	4.856	4.871	4.372	3.265	1.942	11.491	491,7%

- Custo Serv Prestados / ROL	82,3%	83,4%	83,4%	86,3%	91,1%	75,3%	-17,4%
- RH / ROL	27,6%	30,5%	31,6%	33,2%	34,9%	27,1%	-22,4%
- EBITDA / ROL	14,2%	11,8%	9,8%	6,7%	3,9%	20,8%	436,4%
- EBITDA ÁREA / EBITDA HIAE	11,3%	11,1%	8,0%	5,2%	3,2%	11,7%	266,9%

DRE AE01	2013	2014	Var 14x13	
Receita Operacional Liquida ( ROL )	50.169	55.342	5.173	10%
(-) Custo dos Serviços Prestados	45.707	41.671	-4.036	-9%
(-) Custos Variáveis	13.094	12.580	-514	-4%
(-) Custos Fixos	32.613	29.091	-3.522	-11%
Mão de Obra	17.499	14.980	-2.519	-14%
Resultado do Exercício	89	9.818	9.728	10877%
EBITDA	1.942	11.491	9.549	492%

## Mas o melhor....

### CMC-Total

Indicadores	jan-abr/13	jan-abr/14	Var. %
Taxa de Alta Complexidade (Tabela Einstein - Pagantes)	32,0%	34,2%	6,9%
Taxa de Erro de medicação	1,70	1,33	-21,6%
Taxa de Evento Adverso Grave	10,2	6,7	-34,6%
Taxa de Queda	10,2	6,7	-34,6%
Taxa de Queda com dano grave/moderado	68,0	0,0	-100,0%
Taxa de Úlcera por Pressão ( <i>pacientes novos notificados</i> )		0,11%	-
Número de Úlceras por Pressão ( <i>casos novos notificados</i> )		10	-



## Quem é responsável por tudo isso???

## Quem é responsável por tudo isso???

**Toda equipe interdisciplinar de Pacientes Internados, destacando-se a Equipe de Enfermagem e muitos estão sentados aí entre vocês, aos quais eu agradeço profundamente e reconheço pelo comprometimento, pela dedicação, pela competência técnica e humana e por aceitar o desafio de construir um futuro mais promissor para a enfermagem e para o Einstein, mesmo parecendo impossível no início.**



**laselva@einstein.br**