

IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE CAPACIDADE PLENA EM HOSPITAL PÚBLICO DA GRANDE SÃO PAULO

LEAN URGÊNCIA EMERGÊNCIA SUPERLOTAÇÃO HOSPITAL

Cláudia Andrea Ceribeli Coutinho
André de Barros Giannetti
Vivian Prudêncio
Bruno Ferreira de Souza

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde tem como desafio oferecer serviços de qualidade, de maneira ágil, com cuidado centrado no paciente em um cenário com uma demanda crescente e recursos limitados. A superlotação nos serviços de emergência ocorre quando a demanda por atendimento supera os recursos disponíveis. Para retornar ao nível aceitável atualmente é recomendado a implantação do Plano de Capacidade Plena- PCP, que tem como objetivo definir níveis de superlotação do Pronto Socorro a partir da definição da capacidade instalada e sistematizar ações para as diferentes áreas envolvidas no processo.

OBJETIVO

Implantar um Plano de Capacidade Plena num hospital público localizado na região metropolitana de São Paulo.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência da implantação do Plano de Capacidade Plena em um hospital público de 138 leitos com Pronto Socorro porta aberta com cerca de 9.754 atendimentos de urgência e emergência e 971 internações por mês.

O plano foi elaborado de forma participativa com as equipes envolvidas em toda a cadeia do cuidado. Foram definidos quatro níveis de criticidade para o acionamento conforme o número de pacientes internados no Pronto Socorro. Os níveis de acionamento definidos são: nível zero até 7 pacientes, nível 1 de 08 até 14 pacientes, o nível 2 de 15 até 19 pacientes e nível 3 acima de 20 pacientes. Ações específicas e progressivas foram definidas para cada nível de acionamento por cada área envolvida no processo. Para comunicar e monitorar o acionamento do plano foi criado um grupo de WhatsApp onde é sinalizado diariamente o nível atual do PCP pela Supervisão Administrativa de Enfermagem pelo menos uma vez ao dia.

RESULTADOS

Os resultados da implantação do PCP foram: redução de 30,4% do tempo de passagem dos pacientes em leitos de observação no serviço de urgência e emergência, passando de 1291 para 898 minutos e redução de 49% do indicador de superlotação de 451

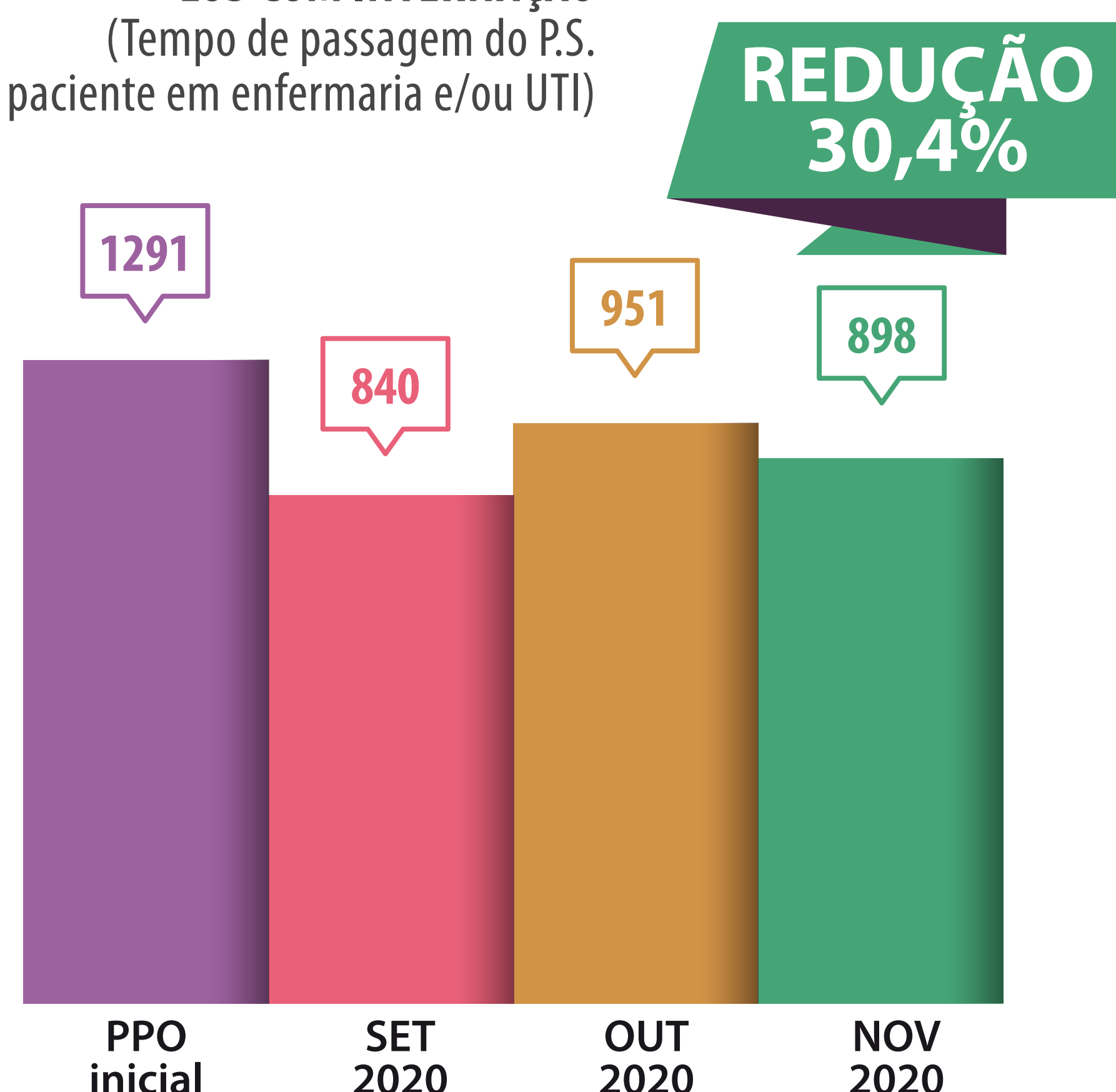
para 231 com redução no período avaliado, mesmo com aumento da complexidade dos casos onde o hospital passou a ser referência para atendimento a COVID-19.

O PCP mudou a cultura organizacional em relação a gestão de leitos uma vez que o Pronto Socorro passou a ser uma unidade de passagem e a sua demanda passou a ser um desafio para todo o hospital.

CONCLUSÃO

A implantação PCP contribuiu para a melhoria da qualidade do cuidado e segurança dos pacientes uma vez que permite que os tratamentos sejam iniciados no lugar certo, com os recursos certos e no tempo certo. O envolvimento de todas as áreas envolvidas foi essencial para melhorar a eficiência e organização dos fluxos para internação de pacientes.

LOS COM INTERNAÇÃO
(Tempo de passagem do P.S. do paciente em enfermaria e/ou UTI)



NEDOCs
(Indicadores de superlotação)

