



**NOTA TÉCNICA Nº 03/2022 - SSAS/SESA-ES**

**Recomendação para implantação de ferramentas de Gestão da  
clínica e do Acesso hospitalar na Rede de Atenção à Saúde- RAS**

**1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO**

O sistema de saúde está em constante evolução. Com o aumento da expectativa de vida, os pacientes passaram a ter mais comorbidades, ou seja doenças crônicas não transmissíveis, assim como o cuidado hospitalar passou a ser mais complexo, havendo aumento crescente dos custos também em decorrência da maior incorporação de tecnologias em saúde, que resulta em procedimentos cada vez mais onerosos, além da necessidade de maior oferta de serviços. Estes fatores têm impactado, significativamente, na forma como se organizam os sistemas de saúde levando ao aumento da discussão sobre o aperfeiçoamento da utilização dos recursos em saúde, aprofundando o debate em torno da necessidade de melhoria da qualidade do cuidado e dos resultados em saúde com utilização de metodologias e ferramentas, que visem evitar desperdícios mediante maior eficiência operacional.

O Núcleo Interno de Regulação (**NIR**) e Escritório de Gestão de Altas (**EGA**) são modelos de processos para gestão eficiente do fluxo do paciente através do maior e melhor acesso do paciente na interface com toda a RAS. O NIR permite a disponibilização do recurso certo no paciente certo, com lugar e tempo adequados, mediante a sistematização dos fluxos e processos intermediados com outros NIRs e NERI (Núcleo Especial de Regulação da Internação / Central de Leitos). O **EGA** proporciona uma alta ágil e segura para os pacientes internados, pautado na agilidade dos processos hospitalares com vistas à transição segura dos cuidados após o período de internação, otimizando os custos e evitando dias de internação desnecessários, que podem incorrer no aumento de eventos adversos.

A Medicina Hospitalar (**MH**) consiste num modelo de atenção melhor praticado com um médico, cujo foco é o paciente hospitalizado no seu contexto de



## GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA

descompensação aguda, que trabalha com uma equipe interdisciplinar de maneira articulada para coordenação do cuidado focando na gestão, segurança do paciente e melhoria dos cuidados assistenciais.

Há um consenso sobre a necessidade de revisão do predominante modelo de cuidado, tradicionalmente hospitalar, centrado na figura do médico e organizado para atender quadros agudos por meio de intervenções curativas, para uma perspectiva que inclui, além da reformulação do modelo de atenção, novas formas de remuneração aos prestadores de serviços que privilegiem a qualidade e não apenas o volume de procedimentos executados.

A entrega de valor – determinado pela qualidade assistencial dividida pelo custo, alinhado a uma experiência positiva do paciente em sua trajetória, deve ser o propósito dos sistemas de saúde, como hoje vivenciado em 7 hospitais próprios do Estado, através da implantação e interface direta entre **NIR, EGA e MH**.

No âmbito nacional e internacional, observa-se ainda experiências para substituição dos métodos tradicionais de remuneração por sistemas mistos ou complementados pelo ajuste por desempenho, impondo a adoção de indicadores de resultado para assegurar maior efetividade como, por exemplo, o **DRG** – Grupos de Diagnósticos Relacionados (do inglês, *Diagnosis Related Groups*).

## 2. RECOMENDAÇÕES

### 2.1 NIR

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é um serviço que tem o objetivo de realizar o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção Geral do Hospital e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2013, 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; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de



## GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA

internação, segundo critérios pré-estabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR.

### 2.1.1 Das principais atribuições do NIR:

- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Internação, Urgência e Emergência;
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde – RAS), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados;
- Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS;
- Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados ou suspensos;
- Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento;
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar;
- Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável;



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE – SESA**

- Fornecer subsídios às coordenações assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência;
- Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento de indicadores, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas, e protocolos administrativos.

#### 2.1.2 Da composição

O Núcleo Interno de Regulação terá composição multiprofissional, contando com equipe mínima operacional com Médico Regulador, Enfermeiro Regulador, Auxiliar Administrativo/Técnico de Enfermagem. Poderá contar ainda com outras categorias profissionais, desde que aprovadas pela Direção Técnica. Recomenda-se que o NIR funcione 24hrs (sete dias por semana) e tenha um supervisor.

Para executar as atividades propostas, o NIR precisará do apoio de profissionais de outros setores do hospital, como coordenadores de unidade para alinhamento de rotinas e processos, do setor de tecnologia de informação, para coleta e processamento dos indicadores, dos colaboradores para aplicação dos protocolos administrativos, médicos e enfermeiros assistenciais. Deverá ainda dispor de infraestrutura adequada composta de uma sala exclusiva, computador com acesso a internet, linha telefônica, ramal interno, impressora, mesas, cadeiras e sistema informatizado.

Equipe mínima sugerida por porte do Hospital:

- Para um hospital com capacidade instalada com < 150 leitos, a equipe mínima necessária é a seguinte:
  - Auxiliar administrativo com cobertura de 24hrs todos os dias;
  - Cobertura de enfermagem horizontal por 12h (segunda a sexta 07h - 19hrs;
  - Médico com cobertura mínima de 4h de segunda a sexta (horizontal).
- Para um hospital com capacidade instalada com  $\geq$  150 leitos, a equipe mínima necessária é a seguinte:
  - Auxiliar administrativo com cobertura de 24h todos os dias;



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA**

- Cobertura de enfermagem horizontal por 12h (segunda a sexta 07h - 19h);
- Cobertura de enfermagem noturna e diurna em finais de semana (07h - 19h /19h - 07h);
- Médico com cobertura de ao menos de 8hrs de segunda a sexta (horizontal).

➤ À essa equipe compete:

- I. Definir claramente o perfil, a estrutura assistencial da instituição e suas limitações – capacidade instalada;
- II. Delinear claramente os critérios de elegibilidade para essas admissões, conforme o perfil assistencial do hospital;
- III. Avaliar o nível de gravidade e a intensidade de cuidado necessário para cada paciente internado na instituição – Plano Terapêutico;
- IV. Padronizar os processos de trabalho desde a admissão dos pacientes, cuidados e as transições de cuidados entre os setores da unidade hospitalar;
- V. Centralizar no NIR a gestão do acesso à estrutura hospitalar e dos processos relacionados, bem como a interface com o NERI e quando necessário à interface entre os Núcleos Internos de Regulação;
- VI. Alimentar o sistema de regulação conforme Modelo de Cadastro do Espelho instituído pelo NERI, articulando com médico assistente atualizações do quadro atual do paciente e determinados encaminhamentos;
- VII. Monitorar as solicitações de transferência externa, utilizando seu relacionamento mais próximo ao NERI para sinalizar casos que precisam de resolução com maior brevidade;
- VIII. Informar o censo de leitos local periodicamente, disponibilizando leitos de internação, para pacientes de outras instituições da Rede;
- IX. Desenvolver uma relação direta, frequente e esclarecedora com o Núcleo Especial de Regulação em Internação (NERI).

Deve se seguir a portaria N° 218-R de 16 de novembro de 2020 no que dispõe ao perfil e recurso necessário ao início do cuidado do paciente.



## GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA

### 2.2 EGA

O Escritório de Gestão de Altas (EGA) é uma estratégia hospitalar e da rede de atenção à saúde que tem como foco múltiplas intervenções nos processos relacionados à assistência ao paciente hospitalizado. A organização e definição dos fluxos e processos de atuação do Escritório de Gestão de Altas se faz fundamental para a sua estruturação na instituição hospitalar. Tendo por foco a atuação na desospitalização dos pacientes internados no hospital, o EGA necessita identificar de forma precoce os pacientes que terão dificuldades para sair do hospital e também apontar padrões sistêmicos de processos gargalo no fluxo dos pacientes.

O EGA tem por objetivo construir uma gestão eficiente do fluxo do paciente por meio da governança clínica, a fim de arquitetar uma alta segura e ágil para os pacientes internados. Como resultado, o EGA tem impacto positivo na redução do tempo de permanência, aumento do giro de leito, redução de reinternação precoce e aumento da qualidade assistencial da instituição. Como objetivos secundários visa a melhora da comunicação assistencial, do aprimoramento do trabalho em equipe, de ensino de tópicos relacionados à qualidade e segurança assistencial e da aproximação efetiva dos gestores com as equipes.

Esta estrutura atua de acordo com os seguintes diretrizes:

- I. Participar ativamente dos *rounds* multiprofissionais, promovendo a qualificação e ampliação deste dispositivo para todas as unidades de internação;
- II. Detectar falhas de fluxo durante o período de internação hospitalar, que possam interferir no tempo de permanência no leito e na qualidade assistencial oferecida;
- III. Desenvolver estratégias para melhoria da comunicação entre as equipes das estruturas de cuidado, serviços especializados, de apoio técnico e suporte administrativo;
- IV. Implantar a alta hospitalar responsável entendida como transferência do cuidado, a ser realizada por meio de orientação dos pacientes e



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA**

familiares quanto a continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;

V. Articular a continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da rede de saúde (RAS), em particular a atenção básica e implementar mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS;

VI. Realizar atividades de ensino direcionadas às equipes assistenciais, contemplando temas relacionados à transição do cuidado; desospitalização segura, qualidade assistencial, melhoria da comunicação e outros de relevância para o aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

A equipe mínima do EGA conta com um médico, uma assistente social, um enfermeiro e um profissional administrativo. Essa equipe é responsável pela atuação dentro do hospital para a implementação das diretrizes de desospitalização ativa na instituição. Dessa forma, irá conduzir e monitorar todas as ferramentas relacionadas à desospitalização. Outrossim, tem papel ativo na capacitação e transferência de conhecimento para as equipes assistenciais e equipes multiprofissionais nos conceitos de desospitalização, eficiência e qualidade assistencial. Os médicos atuam analisando na interface da equipe médica assistencial de equipes clínicas e cirúrgicas auxiliando no planejamento de alta e transição do cuidado, além de serem fundamentais na transferência de pacientes para outros hospitais secundários e em pesquisas relacionadas à transição de cuidado, reinternação e análise da efetividade da atuação do próprio EGA. As enfermeiras são a principal relação do EGA com as equipes, auxiliando em todos os processos que visam agilizar as altas hospitalares e fazer a transição dos pacientes com a rede de Atenção Primária e Melhor em Casa. A funcionária administrativa tabula todos os dados que chegam ao EGA e atuam também nos rounds multidisciplinares. A definição de um grupo multiprofissional faz parte da estratégia de implantação do EGA, tendo em vista o ganho de qualidade assistencial com uma abordagem de diversos profissionais com formações diferentes e complementares.



## GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA

Com relação aos processos de trabalho do EGA, o mesmo atua implementando rounds multiprofissionais com a utilização de um *check list* padronizado, com enfoque em qualidade e segurança assistencial, planejamento terapêutico e previsão de alta hospitalar. O EGA cria uma ferramenta de Kanban Clínico (virtual ou físico) com o objetivo de identificar os principais obstáculos para alta hospitalar e atuar de forma pró-ativa na resolução destes, visando à alta hospitalar mais precoce possível.

Em razão do propósito do EGA de gerar desospitalizações através da alta segura dos pacientes, a transição de cuidado representa a ação que se destaca, realizando a pactuação com a Rede de Atenção a Saúde, sobre o cuidado a ser continuado após a alta hospitalar. Isso já é realidade do trabalho desenvolvido pelos EGA's nos hospitais estaduais do Espírito Santo.

O olhar mais atento às pendências sociais que impactam na desospitalização representa outra interface importante do EGA e revela uma preocupação com as diferentes demandas que incidem na internação e, conseqüentemente, na alta hospitalar. Cabe ao assistente social do EGA ter uma postura atuante especificamente nas situações sociais através do contato e intervenções com as famílias, do contato com a rede com vistas à busca de abrigo, a institucionalização e a garantia de direitos como o acesso a insumos. A resolução de pendências sociais proporciona benefícios ao paciente e as instituições hospitalares, como a desospitalização e a garantia de cuidado no pós-alta.

Assim, o EGA tem papel fundamental na transição de cuidado efetiva com a Atenção Primária, com o Programa Melhor em Casa/Atenção Domiciliar e com os hospitais de menor complexidade, propiciando uma melhor agregação de valor aos usuários do sistema de saúde.

### 2.3 MEDICINA HOSPITALAR

A Medicina Hospitalar é uma área de atuação de médicos generalistas especializados no cuidado de pacientes internados. O início da especialidade é recente e a definição inicial foi em uma publicação de 1996 de Wachter RM e Goldman L no *The New England Journal of Medicine*, em um editorial que descreveu o papel crescente de médicos que dedicavam a maior parte de sua



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE – SESA**

atuação ao cuidado de pacientes hospitalizados. De forma similar ao cuidado de pacientes ambulatoriais por médicos da atenção primária, estes generalistas dedicados aos cuidados hospitalares surgem em um contexto específico da década de 1990 nos Estados Unidos da América.

O serviço de medicina hospitalar, bem como suas equipes, apresenta as seguintes características: liderança da equipe, engajamento, gestão de recursos, planejamento, alinhamento institucional, coordenação do cuidado, liderança no ensino, qualidade assistencial, segurança e foco na experiência do paciente. Visa a implementação de um modelo que é centrado no paciente, na família, no trabalho em equipe e enfatiza a comunicação e a coordenação do cuidado, assim como o recrutamento e manutenção de médicos e enfermeiros qualificados.

**2.3.1 Eficiência da Medicina Hospitalar:**

Existem também evidências que mostram desfechos positivos para hospitalistas como educadores, pesquisadores e líderes. Eles podem atuar na melhoria da educação de alunos de medicina e residentes em relação a subespecialistas clínicos e médicos não hospitalistas.

<b>Especialidades Comparadas</b>	<b>Tempo de Estadia</b>		<b>Custo</b>	
	<b>Relação</b>	<b>p*</b>	<b>Relação</b>	<b>p*</b>
<b>Hospitalista vs Internista</b>	0,88 (0,86-0,90)	<0,001	0,95 (0,91-0,99)	0,02
<b>Hospitalista vs Médico de Família</b>	0,88 (0,85-0,91)	<0,001	0,98 (0,93-1,02)	0,33



Tabela 1. Benefício dos médicos hospitalistas em relação a outros generalistas no cuidado do paciente internado.

A relação é a razão entre os tempos de estadia e custos médios nos grupos comparados.\*O valor de  $p$  demonstra a significância estatística da associação.

Adaptado de *Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS, Kenwood C, Benjamin EM, Auerbach AD. Outcomes of Care by Hospitalists, General Internists, and Family Physicians. N Engl J Med. 2007;357:2589-600.*

### 2.3.2 Áreas de atuação da Medicina Hospitalar:

Considerando que o conceito de Medicina Hospitalar refere-se a médicos cuja atividade é centrada no paciente hospitalizado, os benefícios não ficam restritos aos médicos clínicos de adultos. Na área da Pediatria, existem diversas e crescentes evidências da melhoria assistencial quando os hospitais com alas pediátricas adotam o mesmo modelo, onde as crianças hospitalizadas são cuidadas por pediatras com ênfase em pacientes internados. As evidências atuais, incluindo no HINSG (Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória), apontam para diminuição no tempo de internação e nos custos hospitalares.

Outras áreas que estão iniciando a ter profissionais definidos como hospitalistas, com atividade sendo primordialmente no cenário hospitalar são: Cirurgia Geral, Neurologia, Gastroenterologia/Hepatologia, Cardiologia, Ortopedia e Psiquiatria. Conforme já descrito, não se tratam de clínicos realizando o cuidado de pacientes desta especialidade em um cenário hospitalar, mas de médicos especialistas nestas áreas que realizam um trabalho com foco no paciente hospitalizado. O modelo de um médico hospitalista realizando o cuidado de pacientes em determinadas áreas denomina-se comanejo e deve ser incentivado nos hospitais da RAS.

Pela característica de atividades com foco na qualidade assistencial e segurança do paciente, a participação em comitês que se dedicam a essas áreas é uma parte do escopo da prática dos hospitalistas. Uma pesquisa de 2006 publicada pela Society of Hospital Medicine (SHM) mostra que a participação em comitês, melhorias na qualidade assistencial e formulação de diretrizes são as principais atividades dos hospitalistas (Tabela 2).



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE – SESA**

<b>Atividade</b>	<b>Porcentagem</b>
Participação em comitês	92%
Melhoria na qualidade assistencial	86%
Formulação de Diretrizes	72%
Tecnologia de Informação	54%
Ensino do Corpo Clínico	51%

Tabela 2. Atividades em que os médicos hospitalistas estavam inseridos, adaptado de *David Feinbloom M, Joseph Ming Wah Li M. The SHM 2005-2006 Survey: The Authoritative Source on the State of the Hospitalist Movement. 2016.*

### 2.3.3 Co-manejo Clínico-Cirúrgico:

Da mesma forma que os médicos clínicos, pediatras e gineco-obstetras da atenção primária e/ou consultório são sobrecarregados ao conciliar a atuação ambulatorial e hospitalar, os cirurgiões também têm dificuldade em cuidar dos pacientes de sua enfermaria e realizar as cirurgias no Bloco Cirúrgico. Desta necessidade, ocorre o Co-manejo Clínico-Cirúrgico, atuação importante dos médicos hospitalistas. Este campo de atuação encontrou espaço considerando que pacientes são submetidos a cirurgia com um número crescente de comorbidades e, com o envelhecimento populacional, em idades mais avançadas.

A definição de co-manejo é a divisão da responsabilidade, autoridade e referência entre o médico clínico/hospitalista e o cirurgião no cuidado dos pacientes internados para realizar cirurgia. Desta forma, é de responsabilidade de ambos o registro diário das evoluções, prescrição, solicitação de exames e o que mais for necessário para o melhor cuidado do paciente. Evidentemente, o co-manejo pressupõe trabalho em equipe, comunicação entre os cuidadores e um adequado estabelecimento das responsabilidades e rotinas de cada profissional. Este modelo difere das consultorias tradicionais, onde o médico que presta a consultoria limita-se a



## GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA

realizar um parecer sobre as condutas mais adequadas e não acompanha o paciente nem se envolve com o seu cuidado de uma forma mais direta. Estudos demonstraram que frequentemente a comunicação entre os médicos consultores e consultantes são ineficientes no modelo tradicional e que as recomendações realizadas em consultas pré-operatórias frequentemente não são seguidas. Assim, com o crescimento da medicina hospitalar nas últimas duas décadas, observa-se um aumento progressivo na proporção de pacientes cirúrgicos acompanhados por hospitalistas em todo mundo.

Diversas áreas cirúrgicas demonstraram benefícios em termos de qualidade assistencial na introdução de uma equipe de médicos hospitalistas em enfermarias cirúrgicas. Entre as principais áreas estudadas estão: ortopedia, neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular e pacientes gerais submetidos à cirurgia abdominal. Os pacientes que mais se beneficiam são os com maior número de comorbidades, mais frágeis e com idade avançada.

### 2.4 DRG

O DRG constitui-se em um sistema de classificação de pacientes construído na perspectiva de instrumentalizar a gestão hospitalar, viabilizando a mensuração e avaliação do desempenho dos hospitais. Trata-se de uma metodologia de gerenciamento da qualidade assistencial hospitalar e de custos, mundialmente aplicada<sup>3</sup>.

Este sistema de classificação tem por objetivo subsidiar não só a gestão econômica (custo das internações), mas também a gestão clínica (perfil clínico dos casos tratados), constituindo grupos que se pretendem homogêneos do ponto de vista do custo. Um DRG é uma combinação de condição clínica que determinou a internação, complicações e comorbidades associadas, cirurgias e outros procedimentos, idade e outras variáveis<sup>2</sup>.

Pacientes alocados em um mesmo grupo de DRG possuem atributos clínicos e de risco similares, que irão determinar um consumo de recursos hospitalares também similar. Assim, cada categoria de DRG é um “pacote”, clínico ou cirúrgico, que traz a quantidade de recursos necessários para cada tipo de tratamento hospitalar (materiais, medicamentos e diárias) bem como os resultados assistenciais esperados, incluindo mortalidade e complicações associadas ao tratamento. O método estimula a



## GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA

redução de desperdícios assistenciais uma vez que prevê, para cada paciente, os gastos necessários para o tratamento adequado e seguro<sup>2,3</sup>.

A evolução do DRG para um sistema que servisse de base ao sistema de pagamento por serviços de saúde foi consequência da sua capacidade de categorizar e valorar o “case mix” (população demandante sobre um serviço de saúde) do hospital ou sistema de saúde, além de relacioná-lo aos custos assistenciais, eficiência, efetividade e resultados obtidos<sup>1,2</sup>.

A partir dessa classificação, o prestador de serviços de saúde é remunerado por episódio de tratamento e no caso do hospital, por internação, com valores diferenciados segundo o diagnóstico do paciente. Para ser implementado, baseia-se em uma classificação exaustiva do caso específico do paciente e no pagamento por meio de uma taxa básica multiplicada pelo peso do custo relativo de cada caso<sup>2</sup>.

O DRG, como modelo de remuneração, vem sendo progressivamente incorporado em vários sistemas de saúde no mundo, seja de forma pura ou de forma mista combinado com outros modelos, inclusive no Brasil

Principais vantagens relacionadas ao DRG:

- Permite auxiliar a gestão econômica e clínica dos casos;
- Pressupõe a adoção de valores diferenciados caso a caso;
- Detecta altas precoces, com o intuito de reduzir custos e/ou gerar novas internações a serem remuneradas;
- Pode levar à redução dos insumos e serviços intermediários utilizados em cada internação (necessários ou não) com o intuito de diminuir o custo das internações;
- Compartilhamento de risco;
- Contratualização de metas;
- Remuneração variável,: Em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.
- Cuidado à saúde baseada na melhor evidência

Elementos necessários para implantação do DRG:

- Tecnologia de Informação
- Monitoramento com indicadores



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA**

- Realização de auditoria, sendo necessário equipe de monitoramento ou forte mecanismo de controle

### **3. CONCLUSÃO**

O objetivo desta Nota Técnica é recomendar e orientar os Hospitais de toda a Rede Atenção à Saúde no estado do Espírito Santo para utilização de ferramentas de gestão do acesso e gestão da clínica, levando através do Núcleo Interno de Regulação, Escritório de Gestão de Altas, Medicina Hospitalar, assim como um modelo de remuneração baseado em valor como DRG. Essas ferramentas e processos visam evitar desperdício através da maior eficiência operacional na RAS.

### **4. Referências:**

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: [Guia - Modelos de Remuneração Baseados em Valor.pdf \(ans.gov.br\)](#)
2. Pedrosa, Tania Moreira Grillo. O ponto de partida para a saúde baseada em valor: entenda a metodologia DRG do Brasil. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: [Material gratuito | Valor em Saúde Brasil \(grupoiaagsaude.com.br\)](#)
3. ROSCHEL, Lucas Facciuto et al. Eficiência nos gastos dos hospitais: Um estudo sobre o sistema diagnosis related groups (DRG). Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v. 7, n. 2, p. 157-172, 2018.
4. MARTINS, Barbara Ribeiro; ÂNGELO, Marco Aurélio Fagundes. Implantação da metodologia diagnosis related groups na fundação hospitalar do estado de minas gerais: um estudo de caso. RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 18, n. 4, p. 52-69, 2021.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 30 de março de 2013.



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA**

6. Brasil. 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. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
7. SESA. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite – CIB/SUS-ES. Resolução N°153/2020, Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Espírito Santo.
8. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico2010.html>. Acesso em: jul. 2021. FIOCRUZ, 2017. Relatório aponta redução no número de leitos no Brasil. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-aponta-reducao-no-numero-de-leitos-no-brasil>. Acessado em jul. 2021.
9. FARIAS, P. A. M, et al. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/MkJ5fd68dYhJYJdBRRHjfrp/?lang=pt&format=pdf>. Acessado em ago, 2021.
10. Mapa de Gestão de Risco – Medidas Qualificada Para o Novo Coronavírus. Portaria SESA nº 166-R, de 22/08/2020. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/mapa-de-gestao-derisco>.
11. Foundation of the American College of Healthcare Executives. Journal of Healthcare Management. The Effect of Hospitalists on Average Length of Stay 184 Volume 64, Number 3 • May/June 2019
12. Barbosa, D. M. S., Souza, A. A., & Santos, T. A. (2015). Limitações da avaliação de desempenho de hospitais: uma crítica à utilização de indicadores financeiros operacionais. FSA, 12(3), 24-48.
13. Bonacim, C. A. G., & Araujo, A. M. P. (2011). Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, 16, 1055–1069.



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE – SESA**

14. Ferreira, R. N., Santos, A. C., Lopes, A. L. M., Nazareth, L. G. C., & Fonseca, R. A. (2013). Governança corporativa, eficiência, produtividade e desempenho. RAM - Rev. Adm. Mackenzie, 14(4).
15. Vignochi, L., Gonçalo, C. R., & Lezena, A. G. R. (2014). Como os gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? Revista de Administração de Empresas - FGV-EAESPVISTA, 54(5), 496-509.

Vitória, ES 30 de Março de 2022.

**Simone Freitas Coelho Tosi**

Referência Técnica – SSAS

Coordenação Programa de Gestão do acesso e Qualidade Assistencial na RAS  
(PGAQ)- ICEP



## ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

**SIMONE FREITAS COELHO TOSI**  
MEDICO  
SSAS - SESA - GOVES  
assinado em 26/04/2022 16:10:51 -03:00



### INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 26/04/2022 16:10:52 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)  
por JOSE MARIA JUSTO (SUBSECRETARIO ESTADO QCE-01 - SSAS - SESA - GOVES)  
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2022-RRDHV3>