

Artigo original

# A implantação do Núcleo Interno de Regulação em Hospital Público Terciário – A experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Implementation of the Internal Regulation Committee in a Tertiary Public Hospital – The experience of General Hospital of Ribeirão Preto Medical School of the University of São Paulo

Mariana Candida Laurindo<sup>1</sup>, Aline Araújo Lopes Morais<sup>1</sup>, Alex Junior Ferreira<sup>1</sup>, Rodrigo Cerantola<sup>1</sup>, Luciane Brito Barbosa<sup>1</sup>, Jullie Giacomini da Cruz Pereira<sup>1</sup>, Gustavo Jardim Volpe<sup>2</sup>, Antonio Pazin-Filho<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma das estratégias de gestão criadas pela Política Nacional de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde em 2013. Visa a organização do acesso à consultas, serviços diagnósticos e terapêuticos e aos leitos de internação, sendo fundamental o conhecimento do perfil epidemiológico e ajuste de seus processos de trabalho de modo a garantir o fluxo no sistema de saúde. Como as normas para implantação só foram realizadas em 2018, vários serviços implantaram o NIR sem diretrizes e há necessidade de se avaliar o grau de implantação. **Objetivo:** Avaliar o nível de implantação do NIR em duas unidades de um complexo hospitalar público terciário. **Metodologia:** Estudo de avaliação, exploratório, descritivo e longitudinal, realizado em duas unidades de internação hospitalar público terciário implantadas no primeiro semestre de 2016 (Unidade de Emergência) e no primeiro semestre de 2017 (Unidade Campus). **Resultados:** Devido à natureza de sua vocação (eletivo ou urgência), observou-se perfil epidemiológico distinto nas unidades, embora tenha sido possível a construção de processo e análise de SWOT integrada para efeitos de tomada de decisão e planejamento. De acordo com os pilares propostos pelo Manual, ambas em maior ou menor grau apresentam iniciativas recomendadas. Mas, por outro lado, os entrevistados reforçam a necessidade de maior investimento para aprimorar o processo. **Conclusão:** É necessário o estabelecimento de uma política de implantação dos NIR's com referenciais objetivos que possam ser pontuados e permitam o acompanhamento temporal do seu desenvolvimento.

**Palavras-Chave:** Administração Hospitalar. Fluxo de Pacientes. Gestão em Saúde. Núcleo Interno de Regulação. Redes de Cuidados Continuados de Saúde.

1. Mestrando(a) do programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações de Saúde pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP.
2. Médico Assistente do Departamento de Atenção à Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
3. Professor Associado e Chefe da Divisão de Emergências Médicas do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Diretor do Departamento de Atenção à Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CORRESPONDÊNCIA:  
Alex Junior Ferreira  
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações de Saúde  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP  
Av. Bandeirantes, 3900  
14049-900 – Ribeirão Preto/SP – Brasil  
[lexsjunior@ig.com.br](mailto:lexsjunior@ig.com.br)

Recebido em 07/08/2018  
Aprovado em 30/01/2019

## ABSTRACT

**Introduction:** The Internal Regulation Committee (IRC) is one of the management strategies created by the National Health Care Policy of the Ministry of Health in 2013. It aims to organize the access to consultations, diagnostic and therapeutic services and to hospital beds. It is necessary to know the epidemiological profile to adjust its processes to guarantee the flow in the healthcare system. As the standards for implementation were only established in 2018, several services implemented the IRC without guidelines, and there is a need to evaluate the degree of implementation. **Objective:** To evaluate the level of NIR implantation in two units of a public tertiary hospital complex. **Methodology:** Exploratory, descriptive and longitudinal study, carried out in two tertiary public hospitalization units implanted in the first half of 2016 (Emergency Unit) and the first half of 2017 (Campus Unit). **Results:** Due to the nature of their vocation (elective or emergency), a distinct epidemiological profile was observed, although it was possible to construct an integrated SWOT process and analysis for decision-making and planning purposes. According to the principles proposed by the Manual, both presented recommended initiatives to a greater or lesser degree. However, on the other hand, the units interviewed reinforce the need for more investment to improve the process. **Conclusion:** It is necessary to establish a policy for the implementation of NIRs with objective checklists that can be set and allow the temporal monitoring of their development.

**Keywords:** Hospital Administration. Patient's Flow. Health Management. Internal Regulation Committee. Delivery of Health Care.

## INTRODUÇÃO

Em 2015, o Sistema Único de Saúde (SUS) contava com 11.938 leitos a menos quando comparado com o período de 2008 a 2013.<sup>1</sup> Esta redução progressiva da capacidade, somada a outros fatores, fomentou a tendência de fortalecimento de gestão eficiente.<sup>2</sup> Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a portaria da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e descreveu diretrizes para organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tornando a recomendação da criação dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) nos hospitais uma das estratégias de gestão.<sup>3</sup>

O NIR visa à organização do acesso à consultas, serviços diagnósticos e terapêuticos e aos leitos de internação, sendo fundamental o conhecimento do perfil epidemiológico e ajuste de seus processos de trabalho de modo a garantir o fluxo no sistema de saúde.<sup>3,2</sup> Porém, apenas em 2018 surgiu o primeiro manual para padronização de implantação deste serviço, o que fez com que diversas instituições implantassem os NIR's conforme suas necessidades, com equipes e procedimentos customizados.<sup>4</sup>

O complexo de unidades de saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP - <https://site.hcrp.usp.br/>) é composto por duas unidades terciárias (uma para casos eletivos - 721 leitos e outra para

emergências - 171 leitos), 9 unidades secundárias e 16 unidades primárias de saúde.<sup>5,6</sup> Suas unidades terciárias são referência para uma população de 4,5 milhões de habitantes e são consideradas parte do componente estruturante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES), sendo pioneiras em estratégias de macro regulação no SUS.<sup>7</sup> Em acórdão com a PNHOSP, recentemente suas duas unidades implantaram NIR's, mas pela peculiaridade de suas missões (eletiva e urgência), suas unidades também se desenvolvem de modo customizado.<sup>3</sup> Este fato abre a possibilidade de descrever e comparar a estrutura desenvolvida de acordo com a natureza do serviço e as novas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de avaliação, exploratório, descritivo e longitudinal, realizado em duas unidades de internação hospitalar no Complexo Assistencial da FMRP, o qual implantou a regulação de leitos no primeiro semestre de 2016 (Unidade de Emergência - U.E.) e no primeiro semestre de 2017 (Unidade Campus).

A coleta de dados foi realizada através de instrumento dedicado desenvolvido especificamente para este estudo e baseado na PNHOSP.

O documento foi desenvolvido para ser uma guia de entrevistas realizadas com os integrantes do NIR da instituição. As entrevistas foram agendadas previamente e duraram cerca de uma hora ou até o esgotamento do conteúdo.<sup>8</sup> Após aplicabilidade do instrumento, os pesquisadores condensaram as informações obtidas e utilizaram os dados para elaboração esquemática do processo de trabalho, utilizando-se do programa Bisagi (<https://www.bizagi.com/>). Construiu-se matriz SWOT [Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças)] para avaliar o grau de implantação e permitir o planejamento futuro.<sup>9</sup> Utilizou-se narrativa de caso para detalhar as particularidades de cada NIR.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de

Medicina de Ribeirão Preto da Universidade do São Paulo – FMRP/USP sob o parecer n.º: 2.381.124 e CAE n.º 79525117.7.0000.5440.

## RESULTADOS

O NIR da Unidade de Emergência foi implantado em 2016, cerca de 12 meses antes do da unidade Campus. Devido à natureza de sua vocação (eletivo ou urgência), observou-se perfil epidemiológico distinto das unidades, o que se refletiu na sua constituição (Tabela 1) e nos seus processos (Figura 1). Embora existam peculiaridades, foi possível a construção de processo (Figura 1) e análise de SWOT (Tabela 2) integrada para efeitos de tomada de decisão e planejamento.

**Tabela 1**

Comparação entre os Núcleos Internos de Regulação (NIR's) das Unidades Terciárias do Complexo HCFMRP-USP

	NIR-U.E.	NIR-CAMPUS
Data da implantação	2016	2017
Quadro profissional	Enfermeiro (2) Médico (1) Assistente Social (1)	Enfermeiro (2) Médico (1) Menor aprendiz (1)
Horário de funcionamento	2ª a 6ª feira (07 às 19h) <sup>1</sup>	2ª a 6ª feira (07 às 19h) <sup>2</sup>
Protocolos Operacionais	Em implantação	Em implantação
Funções identificadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>intercomunicação entre os diversos setores clínicos e enfermarias;</li> <li>intercomunicação com o Controle de Leitos, setor de Farmácia e Nutrição;</li> <li>reduzir o tempo de permanência do paciente na instituição;</li> <li>administração de vagas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>intercomunicação com o Controle de Leitos, setor de Farmácia e Nutrição;</li> <li>intercomunicação com o DRS XIII e NIR de outras instituições<sup>3</sup>;</li> <li>reduzir o tempo de permanência do paciente na instituição;</li> <li>administração de vagas.</li> </ul>
Processos exclusivos de cada NIR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kanban;</li> <li>MEWS;</li> <li>Projeto de Desospitalização;</li> <li>Monitorização do tempo de bloqueio de leito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa Hospital-Semana<sup>4</sup>;</li> <li>Solicitações de transporte;</li> <li>Programas de Alta<sup>5</sup></li> </ul>
Dificuldades e desafios exclusivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rever o mosaico cirúrgico;</li> <li>Ampliar comunicação com equipe médica (sistema de telefonia);</li> <li>Tempo de internação prolongado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliar a interação com o Controle de Leitos;</li> <li>Ampliar a comunicação entre as equipes;</li> <li>Informatizar os processos para evitar sobrecarga da equipe</li> </ul>

<sup>1</sup> Aos finais de semana há cobertura contingencial adicional por mais dois profissionais de enfermagem da própria assistência hospitalar que são deslocados para fins de ampliação da cobertura em 24 horas.

<sup>2</sup> A equipe refere que em horários à parte do funcionamento, os sistemas de trocas de leitos são realizados por intermédio do departamento de controle de leitos da própria Instituição, mesma forma utilizada para a realização do serviço antes da implantação do NIR - Campus.

<sup>3</sup> A equipe conta com o apoio da tecnologia quanto à criação de um grupo de WhatsApp em que estão inseridos todos os NIR's que compreendem a DRS XIII.

<sup>4</sup> Programa Hospital Semana, que consiste na transferência entre pacientes agrupando-os pelo mesmo grau de complexidade diagnóstica, ao que possibilita o fechamento de algumas alas inteiras, resultando em benefício altamente sustentável para a Instituição.

<sup>5</sup> Programa de Planejamento de Alta Hospitalar, envolvem as áreas de Geriatria, UETDI e Neurologia e Cuidados Paliativos.

Com relação à equipe e horário de funcionamento, as duas equipes se aproximam (Tabela 1). O mesmo pode ser observado quanto às Práticas de Regulação, como está demonstrado na Figura 1, que demonstra a unificação dos processos desenvolvidos pelas duas Unidades. Observa-se que ambas as Unidades procuraram mapear os componentes do sistema e estabelecer comunicação entre as equipes, notando-se apenas que as estratégias para esta comunicação estão melhor desenvolvidas para a U.E. (Tabela 1), embora

seja apontada como ponto a ser melhorado por ambas (Tabela 2).

O Relacionamento Externo também foi identificado como valor, sendo perseguido pelas duas unidades. Observou-se a necessidade de estabelecer contato com os NIRs de outras instituições e melhor integração entre os dois NIRs do Complexo HCFMRP-USP (Tabela 2).

Quanto ao Monitoramento, observa-se que está melhor desenvolvido na U.E., com a presença de mecanismos mais objetivos como a utilização da ferramenta Kanban (Tabela 1).

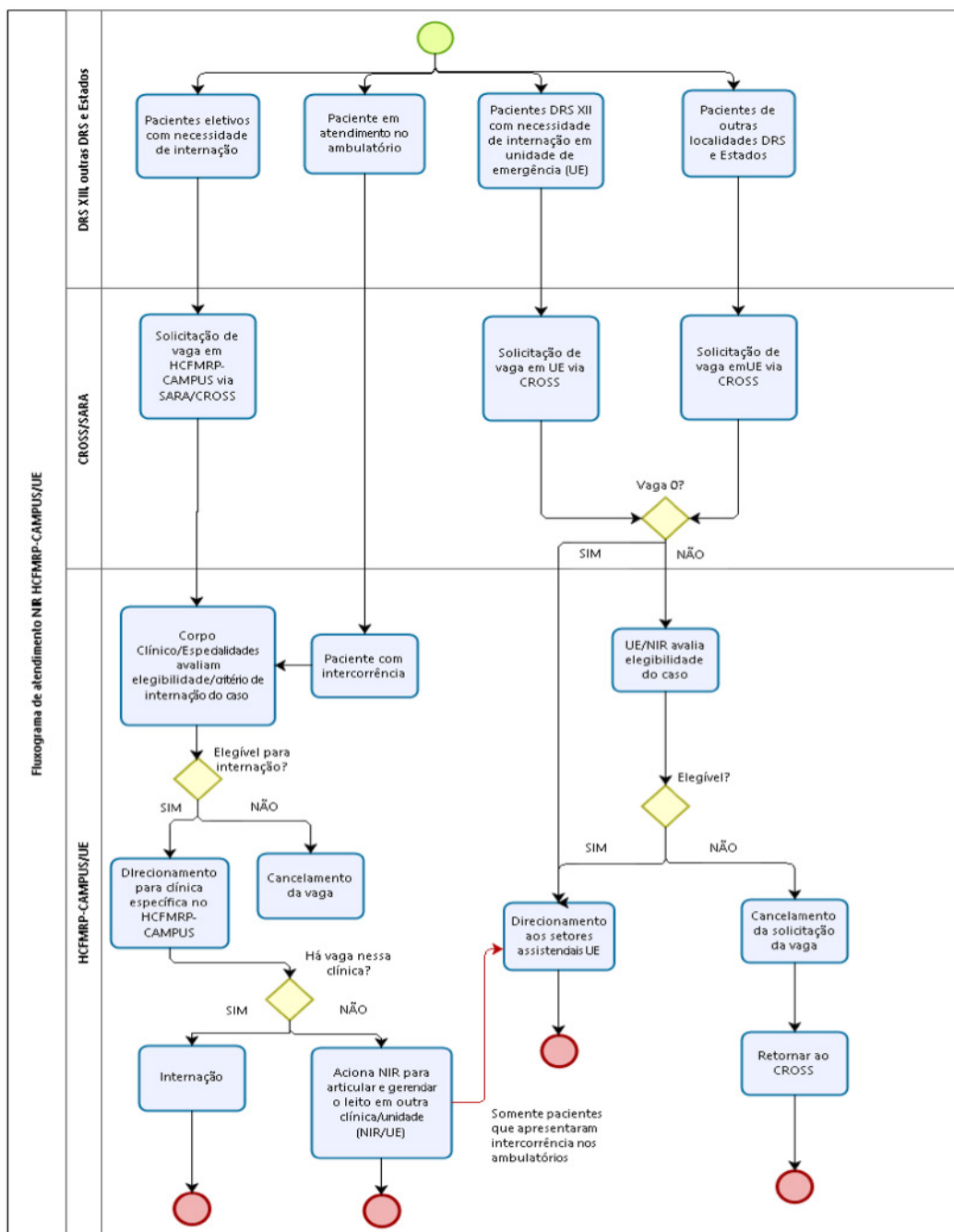
**Tabela 2**

Matriz SWOT dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) das Unidades do Complexo HCFMRP-USP

	POSITIVO	NEGATIVO
AMBIENTE INTERNO	<p><b>FORÇAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Residência Médica;</li> <li>• Lideranças democráticas;</li> <li>• Descentralização;</li> <li>• Equipes médicas especializadas;</li> <li>• Unidades assistenciais departamentalizadas por especialidades (*);</li> <li>• Referência no atendimento;</li> <li>• Equipes médicas especializadas (**);</li> <li>• NIR atuação efetiva junto ao corpo clínico (**);</li> <li>• Referência em atendimento de emergência para DRS 13(**);</li> <li>• Indicadores de Gestão de Acesso (**);</li> <li>• Sistema de informação efetivo (**);</li> <li>• Sistema informatizado para gestão de leitos (**).</li> </ul>	<p><b>FRAQUEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensionamento inadequado</li> <li>• Recurso financeiro insuficiente;</li> <li>• Protocolos não descritos e disseminados;</li> <li>• Não tem indicadores estabelecidos (*);</li> <li>• Não acompanhamento e gestão dos indicadores através de ferramenta de gestão;</li> <li>• Sistema de informática não utilizado na íntegra (*);</li> <li>• Ausência de mapeamento de processo;</li> <li>• Não contratualização de tempos e entregas junto às unidades assistenciais - gestão por contrato;</li> <li>• Comunicação não efetiva que promova melhorias no processo junto a central de vagas (*);</li> <li>• Comunicação não efetiva com NIR Unidade de emergência;</li> <li>• Sistema informatizado para gestão de leitos (*).</li> </ul>
AMBIENTE EXTERNO	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionamento com outros NIR's que compõem a DRS 13;</li> <li>• Crescente grau de exigência dos pacientes e gestores de outras organizações de saúde;</li> <li>• Inovações tecnológicas.</li> </ul>	<p><b>AMEAÇAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit no relacionamento e planejamento entre os NIR's das duas Unidades do HCRP;</li> <li>• Pacientes não tem percepção do real valor do atendimento;</li> <li>• Portaria não direcionadora;</li> <li>• Não realização de benchmarking;</li> <li>• Comunicação não efetiva com demais NIR's que compõem DRS 13.</li> </ul>

\* Características pertinentes somente ao NIR Campus

\*\* Características pertinentes somente ao NIR U.E.



**Figura 1 – Processo de Trabalho dos Núcleos Internos de Regulação (NIR's) do Complexo HCFMRP-USP**

\* O sistema CROSS é um órgão do Governo do Estado de São Paulo e gerencia toda a oferta de serviços de saúde para cada um desses municípios integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). De início, a vaga solicitada para o paciente que possui cobertura na DRS XIII com necessidade de internação na Unidade de Emergência pelo sistema CROSS.

\*\* DRS XIII é um dos 17 Departamentos Regionais de Saúde da Secretária do Estado de São Paulo, conforme decreto DOE n.º 51.433 d 28 de dezembro de 2006. A DRS XIII compreende 26 municípios da região de Ribeirão Preto/SP.

\*\*\* O sistema de Vaga 0, é regulamentada pela Portaria 2,048 MS que permite a instituição receber pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso sem leitos disponíveis na instituição, onde o paciente será estabilizado e depois transferido para outra instituição.

## DISCUSSÃO

A finalidade dos NIR's é definida na Portaria MS 3390/2013. No entanto, a metodologia para seu devido funcionamento dentro das instituições de saúde não é detalhada, tendo sido apenas recentemente estruturada por Manual do Ministério de Saúde.<sup>4</sup> Os NIR's implantados previamente a este manual podem ter processos e estratégias distintos que dificultem a comparação, comunicação e integração dos NIR's, mesmo em instituições componentes de um mesmo Complexo de Saúde, como ilustrado de modo original no presente trabalho.

O recente Manual do Ministério da Saúde<sup>4</sup> sugere que a implantação dos NIR's seja feita em passos, passando pela (i) Definição dos Objetivos, (ii) Definição das Atribuições do NIR, (iii) Planejamento das ações para alcançar os Objetivos e Atribuições propostos para o NIR e (iv) Validação. O NIR será considerado implantado quando estiver com equipe de referência nomeada institucionalmente, plano de ação elaborado e em execução, com indicadores prioritários para seguimento e quando houver consonância com o eixo de regulação interna e externa.<sup>4</sup> O trabalho executado permite observar que os NIR's das duas unidades do Complexo HCFMRP-USP já passaram por todas as fases, mas deve ser ressaltado que foram desenvolvidos de modo independente, sem um plano diretor comum às duas unidades por motivos de cultura organizacional.<sup>10</sup>

Além disso, ainda há necessidades de se formalizar alguns pontos. Estas necessidades são melhor discutidas considerando-se os três pilares do NIR proposto pelo Ministério da Saúde: (i) Práticas de Regulação; (ii) Articulação com a RAS e (iii) Monitoramento.

Entendem-se como Práticas de Regulação as atividades que articulem o NIR com as diferentes interfaces da instituição, determinando a necessidade de se conhecer as instalações e os recursos disponíveis para garantir o fluxo dos pacientes. Deve-se também buscar identificar a gravidade dos pacientes e garantir processos de transferência com segurança. Na U.E. observa-se um indicador mais concreto deste quesito com a instalação do Protocolo MEWS (Escore de Alerta Precoce Modificado) que é utilizado para identi-

cação de pacientes em deterioração clínica.<sup>11</sup> Pode-se observar que ambas as unidades já estão em processo avançado de mapeamento dos quesitos propostos, pois os pontos levantados como dificuldades são problemas de maior complexidade. Como exemplo, destaca-se o fato de que as unidades já estão funcionando como agentes mediadores da comunicação entre as equipes de saúde.

A comunicação entre equipes de saúde pode assumir diversas interfaces que podem gerar desconfortos e conflito se não forem bem gerenciadas e essas interfaces vão depender da organização dos serviços. Comuns a todos esses serviços são interfaces de três naturezas: comunicação entre médicos de uma mesma especialidade, comunicação entre médicos de diversas equipes no atendimento de situações complexas e comunicação entre diversos profissionais para resolução de demandas multiprofissionais.<sup>12</sup> Em qualquer dessas situações destacadas, a comunicação é comprometida em grande parte pelo modelo formativo da profissão médica, na qual o médico é ensinado a ser o líder de qualquer equipe de saúde. Isso é natural, já que as decisões em saúde são dependentes de médicos numa grande maioria das vezes, determinando que assumam o papel de líder em diversas situações. O erro se encontra na associação espúria de que liderança e chefia são aspectos indissociáveis, determinando que a relação médico-demaís especialidades profissionais de saúde seja vista de uma forma hierárquica. Isso é inclusive extrapolado para a relação médico-médico, na qual cada participante tem a visão de que deve assumir o papel de chefe por ser a especialidade que mais pesa na resolução do caso, ao invés de se focar no melhor tratamento que paciente deve receber. Esse procedimento faz com que os pacientes que apresentam problemas intrínsecos de cada especialidade sejam bem conduzidos, mas aqueles que requeiram interação sofram pelo atrito.<sup>13</sup>

O segundo pilar envolve o Relacionamento Externo com a RAS, Centrais de Regulação e outras instâncias do SUS. Neste ponto, é importante observar que há muito trabalho a ser feito, apesar das iniciativas existentes. Deve-se destacar que o Complexo do HCFMRP-USP é pioneiro em diversas iniciativas de oferta de capacidade para a rede e de Regulação.<sup>7</sup> Além disso, a exemplo do Complexo,



diversas outras instituições de saúde do Departamento Regional de Saúde XIII estão implantando NIR's, e já se observam iniciativas de comunicação entre estes núcleos que estão favorecendo o fortalecimento da rede.

O Monitoramento através de indicadores de processos e de resultado (produção e desempenho) é o terceiro pilar do NIR. Neste ponto, a U.E. apresentou maior organização ao esboçar indicadores de processo, representado pelo acompanhamento do tempo de internação como medida de desencadeamento de ações do NIR, por exemplo. Também se nota indicadores de produção, mensurando-se o uso da capacidade instalada por taxa de ocupação dos leitos. Finalmente, também há indicadores de desempenho, como a monitoração da taxa de pacientes residentes no hospital, inclusive com iniciativas pioneiras de desospitalização como estratégia para controlar este indicador.<sup>14</sup> Na Unidade Campus, os indicadores são mais incipientes, mas também seguem as mesmas linhas de trabalho.

A informática é fundamental para disponibilização da informação em tempo real para planejamento do cuidado, direcionamento do atendimento e precisão das informações. Embora seja um método promissor para geração de dados e monitorização da informação, a informatização de sistemas ainda encontra dificuldades, como a multiplicidade de plataformas de informação existentes. Frente a isto, a informatização de indicadores só deve ocorrer após serem testados previamente para avaliar se refletem as necessidades do NIR.

Deve ser ressaltado que quando este estudo foi iniciado, o Manual de Implantação do NIR do MS ainda não havia sido publicado e o objetivo central era a identificação de práticas das duas unidades do Complexo HCFMRP-USP frente à necessidade sentida pela alta administração de centralização da estratégia. Independentemente deste fato, os dados coletados analisados à luz deste Manual expuseram que em maior ou menor grau as propostas para organização de um NIR estavam sendo buscadas intuitivamente pelas duas unidades. Este achado reforça que as recomendações do Manual, baseadas na experiência limitada disponível na sua elaboração, podem ser reproduzidas na prática. A recomendação de um plano diretor para a implantação do NIR foi também reforçada pelo presente

trabalho, haja vista que o desenvolvimento independente das duas unidades não deveria ter ocorrido se ele tivesse sido elaborado previamente.

Mas o principal ponto a ser discutido é saber se as duas unidades podem considerar que seus NIR's estão plenamente instalados. Como observado, ao se discutir os achados de acordo com os pilares propostos pelo Manual, ambas em maior ou menor grau apresentam iniciativas recomendadas. Mas, por outro lado, os entrevistados reforçam a necessidade de maior investimento para aprimorar o processo. Frente a isto, talvez venha a ser necessário o estabelecimento de uma política de implantação dos NIR's com referenciais objetivos que possam ser pontuados e permitam o acompanhamento temporal do desenvolvimento do NIR. Como exemplo, avaliar a gravidade dos pacientes no contexto de Práticas de Regulação (1º Pilar) pode ser considerado instalado em ambas as unidades, se o critério for a experiência da equipe do NIR, mas se houver um critério objetivo, como a presença do protocolo MEWS, apenas a U.E. estaria conforme.

A evolução da implantação de novas estratégias em organizações de saúde está sendo amplamente discutida e carece de critérios mais objetivos que os previstos na legislação e nos manuais. Como exemplo, pode-se citar o trabalho desenvolvido em nossa instituição no Programa de Pós Graduação de Mestrado Profissional de Gestão de Organizações de Saúde (<http://mpgos.fmrp.usp.br/>), desenvolvido para avaliar o grau de instalação das Redes de Atenção à Saúde em Urgências e que está sendo adotado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para todas as suas regionais.<sup>15</sup>

Em que pese estas considerações, os diferentes graus de implantação e desenvolvimento que parecem existir também podem ser explicados pela diferença da vocação de cada unidade hospitalar, pela complexidade do número de leitos e a diversidade de processos da Unidade Campus e pela diferença temporal de implantação (12 meses).

## CONCLUSÃO

Verificou-se que os Núcleos Internos de Regulação do Complexo Hospitalar HCRP possuem um grande potencial, com equipes de profissio-

nais aptos para atuação e desenvolvimento de suas ações dentro de sua capacidade, porém, existem possibilidades de um maior desenvolvimento do potencial destes colaboradores a qual está vinculado a uma articulação entre os serviços e setores envolvidos numa esfera mais ampla (NIR, DRS, Gestores de saúde, etc.).

## REFERÊNCIAS

1. Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2015. [Estudos & Análises: Informação Demográfica e Socioeconômica, 3].
2. Soares VS. Analysis of the Internal Bad Regulation Committees from hospitals of a Southern Brazilian City. *Einstein*. 2017; 15: 339-43. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082017gs3878>
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.390, de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2013 [citado 2017 Jun 13]. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/outrasrelevantes/portaria\\_-\\_politica\\_nacional\\_de\\_atencao\\_hospitalar\\_-\\_ministerio\\_da\\_saude.pdf5](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/outrasrelevantes/portaria_-_politica_nacional_de_atencao_hospitalar_-_ministerio_da_saude.pdf5)>
4. 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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 57 p.
5. Maciel BC, Duarte G. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -Relatório de Gestão, 2009. Disponível em: <http://sites.usp.br/fmrpnew/wp-content/uploads/sites/356/2018/04/Relat%C3%B3rio-de-Gestao-2009-2013-FMRP-USP.pdf>
6. Governo do Estado de São Paulo. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Relatório de Atividades 2017.
7. Adolphi Júnior MS, Pallini FM, Pessotti H, Wolf CM, Patelli HT, Capeli RD, et al. Emergency medical coordination using a web platform: a pilot study. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:1063-71. DOI:10.1590/S0034-89102010000600011
8. Pazin Filho A, Scarpelini S, Schmidt A. Análise qualitativa da elaboração e apresentação de aulas teóricas por alunos de pós-graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007; 4: 51-62.
9. Araujo JC, Vita K, Fachini MG, Duarte RL, Tofoli ET. Análise de swot: uma ferramenta na criação de uma estratégia empresarial. V Encontro Científico e Simposio de Educação Unisalesiano, 2015. Disponível em <<http://www.unisalesiano.edu.br/simposio2015/publicado/artigo0138.pdf>>
10. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dalloira MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina, Ribeirão Preto*. 2003; 36: 498-515, abr./dez. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v36i2/4p498-515>
11. Montenegro SMSL. Avaliação do desempenho do escore de alerta precoce modificado em hospital público brasileiro [Dissertação de Mestrado], São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/FMRP-USP - Programa de Pós-Graduação de Gestão de Organizações de Saúde, Brasil; 2017.
12. Cooper JB. Using simulation to teach and study healthcare handoffs. *Simul Healthc*. 2010; 5: 191-2. DOI: 10.1097/SIH.0b013e3181eab91c
13. Horwitz LI, Meredith T, Schuur JD, Shah NR, Kulkarni RG, Jenq GY. Dropping the baton: a qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. *Ann Emerg Med*. 2009; 53: 701-10. e4. doi: 10.1016/j.annemergmed.2008.05.007. Epub 2008 Jun 16.
14. Pazin-Filho A, Almeida E, Cirilo LP, Lourenlato FM, Baptista LM, Pintyá JP, Capeli RD, Silva SMPF, Wolf CM, Dinardi MM, Scarpelini S, Damasceno MC, et al. Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. *Rev. Saúde Pública*. 2015 49: 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049006078>
15. Oliveira DC. Análise de implantação do componente hospitalar da rede de urgências e emergências- RUE. [Dissertação de Mestrado], São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/FMRP-USP - Programa de Pós-Graduação de Gestão de Organizações de Saúde, Brasil; 2017.