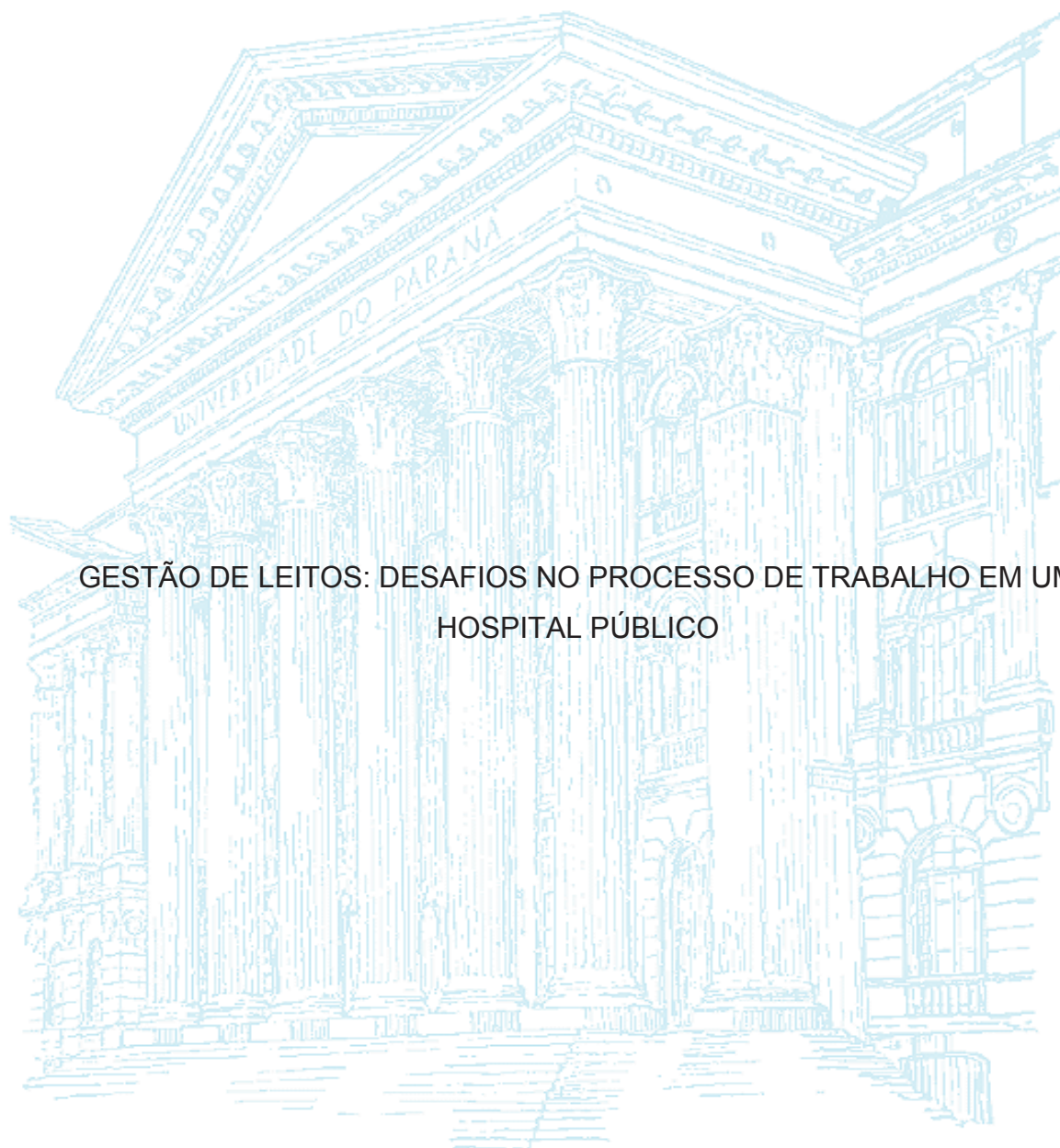


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JUNIOR CESAR POPIN



GESTÃO DE LEITOS: DESAFIOS NO PROCESSO DE TRABALHO EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO

CURITIBA

2019

JUNIOR CESAR POPIN

GESTÃO DE LEITOS: DESAFIOS NO PROCESSO DE TRABALHO EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista do Curso de Especialização em Gestão da Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc. Laís Carolini Theis

CURITIBA

2019

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pelo dom da vida, bênçãos e proteção.

À minha mãe Maria Aparecida, companheira incansável, verdadeira guerreira, eterna incentivadora da minha trajetória e sem a qual seria impossível chegar até aqui.

Aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado.

Aos amigos do Complexo Hospital de Clínicas com os quais compartilho a convivência nos bons e maus momentos.

“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.”

Cora Coralina

## RESUMO

O serviço de Gestão de Leitos do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) está respaldado pela Política Nacional de Atenção Hospitalar e pela Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi criado em outubro de 2015 e faz parte do Setor de Regulação. Trata-se de um serviço em construção, que busca a otimização de leitos hospitalares, o qual encontrou alguns desafios desde sua criação. O objetivo deste projeto constitui identificar e analisar os principais problemas encontrados a partir de sua criação até o cenário atual, e propor ações de melhoria no processo de trabalho. A partir da observação e análise dos principais desafios encontrados, foi elaborado um conjunto de ações acessíveis, visando a diminuição da espera pelos leitos, garantindo a acessibilidade e satisfação do usuário. A proposta técnica sugerida para resolução destes problemas está relacionada à ampliação da equipe da gestão de leitos, através do funcionamento do serviço 24 horas. Com o funcionamento do plantão noturno, as transferências e admissões seriam realizadas pela equipe da gestão de leitos sem interrupção, proporcionando maior autonomia para receber os pacientes da rede, maior agilidade nas transferências dos pacientes internos e a liberação mais rápida dos leitos críticos e da emergência.

Palavras-chave: Gestão de Leitos. Regulação em Saúde. Gerenciamento em Saúde. Atenção Terciária. Serviço de Saúde. Assistência em Saúde.

## **ABSTRACT**

The Bed Management Service from the Hospital de Clínicas Complex from Federal University of Paraná is backed by the National Policy of Hospital Attention, and administrative rule of the National Policy for the Regulation of the Sistema Único de Saúde (SUS). It was created in October 2015 and it is part of Health Regulation Sector. This service is still on construction and it tries to optimize the bed management, it had presented several difficulties since its creation. The objectives of this project is recognize and study its principal problems since its creation to the current scenario, and suggest actions that improve its process. Starting from the observations and analysis of the service difficulties, were structured a group of viable actions to reduce the waiting time of the patient for their bed, ensuring the access and the user satisfaction. This technical proposal involved the ampliation of the service extending its operations to 24 hours. With the nocturnal operations of Bed Management Service the patient's admissions and patient's transference could be done without interruptions, it could bring more autonomy to admit the patients of healthcare system, improve the internal patients transference and could reduce the time to release the emergency and critical beds.

Keywords: Bed Management. Healthcare Regulations. Healthcare Administration. Health Care. Tertiary Care. Healthcare Service.

## LISTA DE SIGLAS

CHC	- Complexo Hospital de Clínicas
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GAS	- Gerência de Atenção à Saúde
NIR	- Núcleo Interno de Regulação
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
PNHOP	- Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPI	- Programação Pactuada Integrada
SIH	- Sistema de Informação Hospitalar
SRAS	- Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
1.1	APRESENTAÇÃO .....	9
1.2	OBJETIVO GERAL.....	10
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
1.4	JUSTIFICATIVA .....	11
<b>2</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	12
<b>3</b>	<b>DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA</b> .....	18
3.1	DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO.....	18
3.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	20
<b>4</b>	<b>PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA</b> ...	24
4.1	PROPOSTA TÉCNICA.....	24
4.1.1	Plano de Implantação.....	24
4.1.2	Recursos .....	25
4.1.3	Resultados esperados.....	25
4.1.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo corretivas .....	26
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	27
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	28



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

Na Constituição da República de 1988, a saúde é conceituada como resultado das condições de vida das pessoas, sendo direito de todos e dever do Estado. (BRASIL, 1988).

Em seu Art. 198, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Com o objetivo de instituir a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), consolidar as normas e estabelecer as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS) é que o Ministério da Saúde publicou a Portaria de Consolidação nº 2, de 28/09/17, o qual define que os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2017).

Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuam de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Neste aspecto, o Ministério da Saúde reforça a necessidade de articulação com a Rede de regulação dos serviços ofertados (BRASIL, 2017).

A criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário e a RAS como a malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário (BRASIL, 2017).

O gerenciamento de leitos hospitalares significa buscar a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima dentro dos critérios definidos pela instituição, visando a diminuição da espera pela internação, garantindo a acessibilidade ao usuário e refletindo em melhorias na qualidade do atendimento e na satisfação dos clientes (PEREIRA, 2013). De acordo com Política Nacional de Atenção Hospitalar, a gestão de leitos atua como dispositivo para otimização da utilização, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas (BRASIL, 2013).

## 1.2 OBJETIVO GERAL

Propor soluções para a melhoria do processo de gestão de leitos do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR.

## 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as dificuldades enfrentadas pela gestão de leitos do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR;
- Analisar as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros da gestão de leitos do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR;
- Elaborar um plano de ações para melhoria do processo de gestão de leitos do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR;

## 1.4 JUSTIFICATIVA

Os desafios na gestão dos serviços de saúde do país são cada vez maiores. Vários fatores contribuem para isso e a demanda crescente pela busca do atendimento no Sistema Único de Saúde tem aumentado a medida em que temos uma elevação na faixa etária da expectativa de vida ocasionando o crescimento da população de idosos que tem mais suscetibilidade em adoecer e adquirir doenças crônicas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O reflexo pode ser visto nas longas filas de espera desde simples consultas até procedimentos mais complexos como cirurgias. Estas filas estão tanto na rede básica como em hospitais terciários como o CHC/UFPR.

Torna-se urgente a necessidade de um gerenciamento mais efetivo da oferta de serviços, do redesenho de fluxos e implantação de instrumentos que auxiliem todo o processo de regulação e a promoção da equidade do acesso e da integralidade da assistência.

Além disso, é preciso o ajuste da oferta para que as necessidades imediatas do cidadão sejam atendidas de maneira equânime. Para isso é de extrema importância a interface da Unidade de Regulação Assistencial com o gestor local e as Centrais de Regulação.

Neste contexto, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS nº 1.599, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS a ser implantada em todas as unidades federadas (BRASIL, 2008).

Segundo o Manual de Implantação e Implementação do NIR, a Política Nacional de Atenção Hospitalar define e recomenda a criação dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) nos hospitais e que estes devem realizar esta interface. Tem como atribuição também disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação. Além disso deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2018).

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O direito à saúde está previsto na Constituição Federal como um direito fundamental. (BRASIL, 1988). As Leis Orgânicas da Saúde nº 8080 e nº 8142, de 1990, que regulamentam o SUS, dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Tais leis regulam em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado (BRASIL, 1988). As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Presente nas diretrizes do SUS, ainda está a descentralização de ações e serviços de Saúde (BRASIL, 1988).

O Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 1.559, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, devendo ser implantada em todas as unidades federadas respeitando as três esferas de gestão. (BRASIL, 2008).

Algumas das considerações para a instituição desta política foram a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho, a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde e a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2008).

O Art. 2º define as dimensões de atuação que devem necessariamente estar integradas entre si, sendo elas: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. O acesso a Assistência também denominado regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais

e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

O Art. 5º dispõe sobre as ações da Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contemplando: regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes (BRASIL, 2008).

Em 2006 o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde que deu força para a regulação quando conferiu maior autonomia para os estados e municípios no que tange aos processos normativos do SUS, definindo a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo e esclarecendo suas respectivas atribuições, além de contribuir para o fortalecimento de uma gestão compartilhada (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

No âmbito dos gestores, a regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores que são formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação e devem preferencialmente ser descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração (BRASIL, 2008).

São atribuições da regulação do acesso como um todo garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantir os princípios da equidade e da integralidade; fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; construir e viabilizar as grades de referência e contra referência; capacitar de forma

permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; subsidiar o processamento das informações de produção e subsidiar a programação pactuada e integrada. Já a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde, a atuação nos processos autorizativos, o controle de limites físicos e financeiros, o estabelecimento e execução de critérios de classificação de risco e a execução da regulação médica do processo assistencial são atribuições do complexo regulador (BRASIL, 2008).

Os Complexos Reguladores Municipais que estão sob gestão e gerência da Secretarias Municipais de Saúde são organizados em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

As Centrais de Regulação são capazes de produzir informações para subsidiar a tomada de decisão pela gestão e desta maneira são vistas como um observatório da RAS. Podem sinalizar situações como a necessidade de novas contratações, os processos educacionais em saúde necessários para a capacitação/atualização da rede assistencial, as necessidades e agravos da saúde da população para análises epidemiológicas, ou ainda, como fonte de feedback para a avaliação do trabalho do próprio profissional e da UBS (ALBIERI, CECÍLIO, 2015).

A superlotação hospitalar é observada como um problema não só no Brasil como em diversos países do mundo e tem na gestão eficiente da capacidade instalada uma estratégia para superá-la (SOARES, 2016).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) considera que o Núcleo Interno de Regulação (NIR) deve constituir a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS. É também o responsável por disponibilizar serviços como consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação. Auxiliar nas transferências de pacientes realizando a busca vagas de

internação fora do hospital para pacientes internados quando necessário e ainda apoio diagnóstico e terapêutico para demandas não ofertadas na instituição. O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) tendo como principal objetivo aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário (BRASIL, 2013).

Inicialmente não se preconizou nenhuma padronização formal para implementação de um NIR sendo que cada instituição os desenvolveu de modo empírico e conforme suas necessidades (SOARES, 2017).

Em 2017 como iniciativa da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) em parceria com a Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGRA/DRAC/SAS/MS) e o Projeto “Desenvolvimento de Técnica de Operação e Gestão de Serviços de Saúde em uma região intramunicipal de Porto Alegre – Restinga e Extremo Sul”, desenvolvido no âmbito do Programa de Apoio e Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), parceria entre a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, o Ministério da Saúde lançou o Manual de Implantação e Implementação NIR. O objetivo é orientar os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e os dirigentes de hospitais geral e especializados para a melhor condução do processo de implantação e implementação do NIR (BRASIL, 2017).

Define o NIR como uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento de todo o circuito do paciente no hospital, desde a sua chegada até a alta hospitalar não ficando de fora todo o processo de internação e sua movimentação interna e externa (BRASIL, 2017).

São amplas as atribuições do NIR no tocante à gestão de leitos. Deve permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias. Monitorar indicadores como taxa de ocupação e tempo médio de permanência de maneira a otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo o equilíbrio entre ociosidade e superlotação. Monitorar motivos de cancelamentos e suspensões de procedimentos eletivos e propor ações para redução destes eventos. Induzir a implantação dos



mecanismos de gestão da clínica tais como Kamban, Projeto Terapêutico Singular, Gestão da Fila. 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 (BRASIL, 2017).

Para Rodrigues (2013), um NIR deve apresentar as seguintes funções:

Apoiar o fluxo do paciente no complexo hospitalar, considerando a dinamicidade do processo saúde/doença; regular dos leitos das unidades de internação; estimular a criação de protocolos clínicos: baseado no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência; implantar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), por propor o compartilhamento das informações, em encontros de discussões multidisciplinares; monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP) (RODRIGUES, 2013, p. 27-8).

Para a estrutura de recursos humanos o manual diz que não existe regra rígida de como compor um NIR, mas recomenda-se que funcione 24 horas (sete dias por semana) e tenha uma estrutura mínima composta por médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social. Esta célula básica seria o suficiente para iniciar o trabalho, ao menos em termos de concepção e organização, podendo ser alterada conforme necessidade detectada durante a sua implantação. Hospitais de grande porte podem demandar um número maior de profissionais atuando no NIR e isto pode variar de acordo com sua complexidade e tamanho da capacidade instalada. Pode-se verificar a necessidade de colaboradores administrativos e até um maior número de profissionais de saúde com dedicação exclusiva, como médicos e enfermeiros quando se verifica uma demanda maior de trabalhos de regulação e manejo de leitos em tempo real (BRASIL, 2017).

As atividades do NIR podem variar muito entre os hospitais gerais, no entanto existem três grupos que são fundamentais e constituem os pilares desta estratégia, como demonstrado na figura a seguir. Ainda que possa haver grande variabilidade no escopo e nas ações do NIR entre hospitais gerais, existem três grupos de atividades que são fundamentais para otimizar o uso da capacidade instalada do hospital, a saber: práticas de regulação, articulação com a RAS e monitoramento.

Os processos internos de trabalho bem como os acessos à capacidade instalada e suas limitações devem estar organizados para que se possa implantar um NIR. É o NIR que deve dizer “o que podemos e o que não podemos tratar neste



hospital”. O nível de complexidade dos pacientes atendidos pela instituição e suas necessidades de cuidado também devem ser avaliados. (BRASIL, 2017).

### **3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA**

#### **3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO**

O Complexo Hospital de Clínicas (CHC) é o maior hospital público do Paraná que assiste pacientes provenientes de todo o Estado para tratamento ambulatorial, clínico e cirúrgico. Possui uma capacidade de aproximadamente 562 leitos habilitados e 375 ativos (SIH/CHC/UFPR, 2018).

Atualmente está sob gestão da pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que é vinculada ao Ministério da Educação. Em seu organograma, o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS) é responsável pela gestão da oferta de assistência à saúde, ambulatorial e hospitalar, processamento de informação assistencial, controle, monitoramento e avaliação das ações relacionadas à contratualização hospitalar com o gestor do SUS, bem como a relação do hospital com a Rede de Atenção à Saúde de Curitiba e do estado do Paraná.

O SRAS está vinculado diretamente a Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e foi estruturado, consoante a Portaria MS n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde. O SRAS é composto por: Unidade de Monitoramento e Avaliação, Unidade de Regulação Assistencial, Unidade de Processamento de Informação Assistencial e Unidade de Custos. Na Unidade de Regulação Assistencial está o serviço de Gestão de Leitos (BRASIL, 2013).

O serviço de Gestão de Leitos foi criado no mês de outubro de 2015, concebido para auxiliar a administração das vagas de internação, sendo responsável pela alocação dos pacientes nos leitos, de acordo com a complexidade de cada paciente. A equipe é composta atualmente por quatro enfermeiros, que atuam atendem das 07 às 19 horas, todos os dias da semana, incluindo finais de semana e feriados. Este serviço opera em uma sala no segundo andar do prédio central do Hospital de Clínicas.

Durante o processo de implantação do serviço, os enfermeiros aplicaram o instrumento de classificação de Fugulin em todas as unidades de internação. Tal instrumento possibilita que os pacientes sejam alocados conforme sua categoria de

complexidade, considerando-se a capacidade de atendimento de cada unidade (FUGULIN, 2007).

Além disso, também foi implantado um outro instrumento, chamado Kanban<sup>1</sup>, que vem de uma palavra japonesa e significa sinal visível ou placa visível. O sistema Kanban é originário da indústria e inicialmente tinha como objetivo controlar o movimento de materiais entre centros de trabalho, bem como a produção de novos materiais para recolocar aqueles mandados para o próximo centro de trabalho, usando apenas sinais visuais simples com cartões de informações (MASSARO; MASSARO, 2017).

Na área da saúde o Kanban vem sendo aplicado para monitorar o tempo de internação do paciente. De acordo com as condições clínicas, é demonstrado o tempo de internação, sinalizando se esse se encontra no tempo ideal, aceitável ou acima do prazo previsto. Isso possibilita uma visualização sistemática dos pacientes com problemas na resolução de suas demandas assistenciais, contribuindo assim para o desenvolvimento de estratégias para otimizar a ocupação dos leitos na unidade. Seu principal objetivo do é o de melhorar o fluxo dos pacientes nas unidades de internação, otimizando recursos e diminuindo o tempo de permanência do paciente na instituição (MASSARO; MASSARO, 2017).

Diversos benefícios foram obtidos no hospital após a criação da gestão de leitos, dentre os quais, podemos citar como sendo principais: aumento da taxa de ocupação, melhor utilização da capacidade instalada, maior otimização dos leitos ocupados e a diminuição no tempo de permanência do paciente. Os dados de alguns setores cirúrgicos ilustram bem o impacto do novo gerenciamento.

A Unidade de Transplante Hepático possuía em fevereiro de 2018 uma taxa média de ocupação de 53,17%. Já em outubro do mesmo ano, essa taxa aumentou para 95,34%, mantendo a média dos 90% no segundo semestre. A Unidade de Ortopedia não foi diferente. Possuía em primeiro semestre de 2018, a taxa média de ocupação de 63%. No segundo semestre, manteve uma média de 85% (URA/CHC 2018).

---

<sup>1</sup> Trata-se de uma estratégia baseada nos sistemas JIT (*just-in-time*), desenvolvida inicialmente para indústria automotiva (MITKA, 2015). Esta estratégia foi adaptada para os serviços de saúde considerando monitorar de acordo com o procedimento de internação da tabela SUS por meio de uma escala de cores, possibilitando a verificação do tempo de internamento do paciente, identificação da causa do prolongamento da internação bem como as possíveis soluções para abreviar esse período.

No CHC, os pacientes podem ser internados em caráter eletivo ou emergencial. Nos casos eletivos, os pacientes são encaminhados pelo médico para a Central de Internação, com a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Nos casos emergenciais, os pacientes entram pela Unidade Referenciada (UR), que é uma unidade própria do Hospital de Clínicas e atende somente pacientes que já possuem vínculo com o hospital. Para a UR, também são encaminhados os pacientes provenientes das centrais municipal e estadual.

### 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Inicialmente a equipe de enfermeiros enfrentou grande resistência das equipes assistenciais. Havia uma “política” de que determinadas especialidades ou setores “eram” donos dos leitos. Até então, era muito difícil que uma especialidade ou setor cedesse o leito para uma outra especialidade. O leito permanecia vazio, mas não era ocupado por outra especialidade. Essa resistência das equipes aos poucos foi diminuindo e a gestão de leitos foi se tornando um serviço essencial para o funcionamento do hospital.

Anteriormente, as próprias unidades assistenciais gerenciavam seus leitos, o que sobrecarregava algumas delas enquanto outras tinham espaços vagos. A partir do momento em que o setor assumiu essa responsabilidade, aumentou a eficiência com que as unidades conseguem atender os pacientes. Isto porque há o aproveitamento de leitos de unidades com menor ocupação para o acolhimento de pacientes atendidos por outras especialidades, que possuem uma demanda maior.

O método utilizado para este diagnóstico da situação-problema foi a análise de documentos do Setor de Regulação Assistencial e a observação que o autor vivenciou desde a implantação do serviço.

Neste cenário, muitos elementos oferecem espaço para melhorias, para tanto, elencou-se algumas questões, descritas a seguir:

Funcionamento parcial do serviço: a gestão de leitos não funciona 24 horas por dia. Após às 19 horas, o serviço é interrompido e muitas transferências e

admissões dos pacientes não ocorrem no plantão noturno. Este é o principal problema encontrado.

Visão fragmentada: cada unidade ou departamento trabalha de forma isolada sem ter uma visão integrada e unificada. Cada setor busca seus próprios objetivos sem ao menos entender a finalidade do hospital como um todo.

Comunicação falha: a fragilidade na comunicação entre as equipes aparece frequentemente e dificulta todo o processo na busca por leitos. Esta comunicação envolve os enfermeiros da gestão de leitos, os assistenciais e os médicos, sejam eles residentes, chefes, preceptores ou assistentes. É comum o enfermeiro da GL fazer contato diretamente com a unidade (enfermeiro) acertar a transferência do paciente e ser barrado mais tarde por conta de outra programação que o médico tem para o mesmo leito. A comunicação seria melhorada com maior aproveitamento de Sistemas de Informação Hospitalar (SIH), ou seja, com uso de dispositivos tecnológicos que propiciassem um compartilhamento de informações com maior rapidez. As Tecnologias de Informações e Comunicações (TICs) utilizadas pelos enfermeiros pode ter impactos em sua prática repercutindo consequentemente nos resultados do paciente.

Falta e bloqueio de leitos: é um problema comum, que ocorre com frequência no CHC. O motivo muitas vezes se dá pela falta de funcionários ou pela necessidade de bloquear uma enfermaria por conta de um paciente que precisa ficar isolado. A falta destes leitos resulta no cancelamento de cirurgias eletivas, no atraso da admissão de pacientes, alocação de pacientes em leitos inapropriados, dificuldade de transferência de pacientes entre alas, culminando na postergação de altas de unidades críticas, podendo elevar o tempo de permanência hospitalar.

Cultura institucional: anteriormente as próprias unidades gerenciavam seus leitos. Não havia a menor visão da instituição como um todo. As unidades ou especialidades consideravam-se “donas” dos leitos e estes eram somente ocupados por elas. Entretanto, quando este leito não estava sendo utilizado, seja quando não havia paciente para internar, ou quando não havia cirurgia agendada, o leito não era utilizado por nenhuma outra especialidade. O leito permanecia ocioso, vazio e não era ocupado por outra especialidade. Isto ainda ocorre com algumas unidades, como observa-se nos leitos da Neurologia onde existem leitos para a epilepsia,

neuromuscular, neurologia geral e leitos da Unidade de AVC (Acidente Vascular Cerebral).

Sistema de informatização do CHC: as tecnologias estão disponíveis e colaboram para o gestor de leitos realizar com maior praticidade suas atividades cotidianas, serve para expandir o conhecimento e o entendimento de como está o cenário das instituições hospitalares para a tomada de decisões, o sistema de informação tem a função de prover informação em tempo real, para a melhoria do fluxo do paciente. Assim, a utilização do sistema de informática é uma ferramenta importante na gestão de leitos. O sistema utilizado no CHC é um sistema próprio, chamado de SIH/CHC (Sistema de Informação Hospitalar). Foi criado há cerca de 30 anos, e era capaz de atender à demanda do hospital naquela época. Entretanto tornou-se defasado, com linguagem e estrutura antigas e não possui interface com os demais sistemas utilizados. A operacionalização do SIH/CHC no cotidiano dificulta a busca por informações, apresentando dificuldade para a Gestão de Leitos.

Falta de protocolos de alta: No CHC as altas médicas não são programadas. Não existem protocolos de alta médica atualmente. Muitos pacientes recebem alta médica e não conseguem deixar o hospital por falta de transporte, por exemplo. Há casos, que os pacientes são de outras cidades do estado e aguardam até o dia seguinte para deixarem o hospital por falta de planejamento da alta. A data prevista de alta ou previsão de alta, previamente realizada e sinalizada pelo médico é uma ferramenta de trabalho essencial para gerenciar leitos. Os hospitais que têm tido sucesso em evitar atrasos na alta através de sistemas e processos que garantem que a preparação para a alta comece de forma proativa, antes que o paciente esteja clinicamente apto a deixar o hospital.

Falta de autonomia dos enfermeiros da gestão de leitos: os enfermeiros da Gestão de Leitos não possuem autonomia para o gerenciamento de todos os leitos do hospital. Atualmente, a equipe gerencia totalmente os leitos das unidades de Clínica Médica e Leito de Retaguarda.

Tempo de permanência: muitos elementos podem contribuir para o aumento de permanência do paciente no leito. Em muitas ocasiões, o paciente permanece internado por conta das dificuldades de realizações de exames complementares que possam definir o tratamento; outras vezes, ocorrem dificuldades na alta de pacientes

institucionalizados ou que precisem de dispositivos para continuidade do tratamento em seu domicílio.

Resistência da equipe de enfermagem: muitos enfermeiros dificultam as transferências de outras especialidades.

## 4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

### 4.1 PROPOSTA TÉCNICA

A proposta técnica sugerida para resolução dos problemas elencados anteriormente, está diretamente relacionada à ampliação da equipe da gestão de leitos, através do funcionamento 24 horas por dia, todos os dias da semana. Com o funcionamento do plantão noturno, as transferências e admissões seriam realizadas pela equipe da gestão de leitos de maneira ininterrupta do serviço.

Implicaria ainda, em uma maior autonomia para receber os pacientes da rede, maior agilidade nas transferências dos pacientes internos, liberando mais rapidamente leitos nas unidades críticas e na emergência.

#### 4.1.1 Plano de Implantação

- a) sensibilizar a Direção do CHC, a necessidade da priorização da alocação novos enfermeiros para a gestão de leitos, proporcionando que o serviço opere 24 horas por dia, sem fracionamento do serviço durante o período noturno. O serviço opera atualmente com 4 enfermeiros no período diurno e faz-se necessário a contratação de mais 3 enfermeiros para fechar as escalas no período noturno. Assim, a gestão de leitos funcionaria sem interrupção.
- b) atualizar os fluxogramas da gestão de leitos (transferências internas e externas), a fim de impedir os gargalos que ocorrem na solicitação de leitos. A intenção é que toda solicitação deva ser feita à gestão de leitos, estreitando a comunicação;
- c) colaborar na implantação do projeto de gestão de filas cirúrgicas, contribuindo no planejamento do circuito cirúrgico;
- d) propor junto a Divisão de Gestão do Cuidado a unificação de unidades de modo que se possa diminuir a distinção de leitos otimizando a utilização dos mesmos;
- e) sugerir melhorias do Sistema de Informática do CHC;
- f) rever e atualizar as atribuições dos enfermeiros da Gestão de Leitos;



- g) sugerir a ampliação do Kanban em todas as unidades assistenciais, diminuindo o tempo de permanência do paciente;
- h) propor protocolos para a realização de exames e procedimentos complementares para os pacientes da Unidade Referenciada;
- i) buscar o engajamento dos profissionais e comprometimento institucional através de educação permanente, reuniões e discussões com as equipes multiprofissionais;
- j) contribuir para a implantação dos protocolos de alta, tão importante para o gerenciamento dos leitos;
- k) propor sensibilização junto da equipe de higienização hospitalar a fim agilizar o preparo do leito hospitalar pós alta.

#### 4.1.2 Recursos

- a) recursos humanos: contratação de três enfermeiros para o período noturno;
- b) tecnológico/sistemas: desenvolvimento de ferramentas que otimizem as informações para controle dos leitos em tempo real;
- c) tecnológicos/equipamentos: sem custos com equipamentos novos (utilização dos mesmos equipamentos utilizados pela equipe diurna);
- d) recursos financeiros: este plano de ações não traria nenhum custo ao hospital, porque a contratação de novos enfermeiros seria através de concurso público vigente e a EBSERH, está vinculada ao Ministério da Educação.

#### 4.1.3 Resultados esperados

- a) centralização das solicitações de leitos;
- b) melhor programação de internamentos eletivos;
- c) maior agilidade nas transferências;
- d) menor tempo de espera pelo leito;
- e) diminuição do cancelamento de cirurgias;
- f) maior eficiência na comunicação;
- g) aumento dos internamentos cruzados;
- h) aumento da taxa de ocupação;

- i) diminuição do tempo de permanência do paciente;
- j) maior satisfação do usuário cliente.

#### 4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo corretivas

A maior dificuldade para implantação deste projeto está ligada com a contratação de recursos humanos para o período noturnos na gestão de leitos, porque não depende da Administração do CHC a contratação de novos funcionários. O CHC é gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, e cabe a esta o direcionamento de novos funcionários mediante concurso público. Existe um concurso vigente e dentro do prazo para contratação de novos enfermeiros, mas a contratação atende critérios da EBSEH. O que compete à Superintendência do CHC, é expor a necessidade da priorização em contratar novos funcionários para que o serviço de gestão de leitos opere 24 horas, todos os dias da semana.

Ainda sobre os riscos esperados, no que se refere à implantação de novas tecnologias, a superintendência do CHC deve ser sensibilizada da grande importância que esta implantação trará para o alcance de resultados positivos.

## 5 CONCLUSÃO

A implantação do setor de gerenciamento de leitos trouxe diversos benefícios para todo o complexo hospitalar de clínicas. Contribuiu para o aumento da ocupação de leitos, diminuição do tempo de permanência no leito e melhor otimização da capacidade instalada.

Além disso, o serviço de gestão de leitos tornou-se relevante ao atendimento de toda a rede por se tratar do maior hospital público do Paraná e por ser centro de referência em diversas especialidades para o país. Trata-se de um serviço que permeia suas ações por todo o hospital e em todo o circuito do paciente internado.

Neste contexto, o enfermeiro se torna protagonista neste processo, trazendo resultados positivos para a instituição na medida em que seu conhecimento, habilidades e competências são colocados em prática.

A criação de um Núcleo Interno de Regulação gera grande potencial para o desenvolvimento de ações que resultem em uso eficiente da capacidade instalada hospitalar. Neste sentido, a disseminação desses núcleos nos hospitais que dão suporte ao Sistema Único de Saúde precisa ser vista pelo gestor público como estratégia para enfrentar a escassez de leitos. O uso racional da estrutura hospitalar promovido por este núcleo precisa também ser reconhecido pelas instituições como fundamental para sua sustentabilidade, independente do mercado em que atuam, se público ou privado.

Na atualidade não só as empresas como também os hospitais são pressionados a melhorar seus processos, otimizar recursos e minimizar prejuízos. O gerenciamento eficaz de leitos é uma das principais alavancas para diminuir custos, melhorar a utilização da capacidade instalada e promover a melhoria nas relações entre as equipes. Sendo assim, observa-se a importância de ampliar a equipe e área de atuação.

## REFERÊNCIAS

- ALBIERI, F. A.O; CECÍLIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde Debate**, v. 39, n. esp., p.184-95, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00184.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2019.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)>. Acesso em: 10 fev. 2019.
- 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), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: 10 fev. 2019.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 10 fev. 2019.
- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)**. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)>. Acesso em: 10 fev. 2019.
- FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGAN, T. P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev Latino-Am Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 72-8, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a12.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.
- MASSARO, I. A. C.; MASSARO, A. O Uso do KANBAN na Gestão do Cuidado: Superando Limites. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 66, 2017. Disponível em: <<http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/14/27>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt\\_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2019.

PEREIRA, I. Gerenciamento de leitos: o desafio de mapear os nós que emperram o fluxo da assistência e de reconstruir processos com apoio tecnológico e interdisciplinar. Congresso da feira hospitalar. São Paulo, 2013.

RODRIGUES, L. C. **A regulação no contexto hospitalar enquanto ferramenta gerencial**: a compreensão dos profissionais envolvidos. 140 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2013.

SOARES, M. I. et al. Nurses' managerial knowledge in the hospital setting. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 4, p. 631-7, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/en\\_0034-7167-reben-69-04-0676.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/en_0034-7167-reben-69-04-0676.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2019.

SOARES, V. S. Análise dos Núcleos Internos de regulação hospitalares de uma capital. **Einstein**. v.15, n. 3, p. 339-43, 2017. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/3878-339-343-Analise-dos-Nucleos-Internos-de-Regulacao-hospitalares.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2019

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde debate**, v. 36, n. 95, p. 640-47. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a16v36n95.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2019.