

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

MARINA APARECIDA EMERENCIANO DA SILVA

**NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO:**  
UMA ESTRATÉGIA DE GERENCIAMENTO DE LEITOS  
HOSPITALARES

Maringá

2020

MARINA APARECIDA EMERENCIANO DA SILVA

**NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO:**  
**UMA ESTRATÉGIA DE GERENCIAMENTO DE LEITOS**  
**HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lilian Denise Mai

Maringá

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

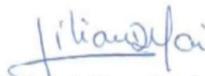
S586n	<p>Silva, Marina Aparecida Emerenciano da</p> <p>Núcleo interno de regulação : uma estratégia de gerenciamento de leitos hospitalares / Marina Aparecida Emerenciano da Silva. -- Maringá, PR, 2020. 74 f. figs.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Lilian Denise Mai.</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional, 2020.</p> <p>1. Políticas públicas. 2. Atenção primária à saúde. 3. Gestão hospitalar. 4. Política de saúde. 5. Leitos hospitalares. I. Mai, Lilian Denise, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional. III. Título.</p> <p>CDD 23.ed. 362.828</p>
-------	---

MARINA APARECIDA EMERENCIANO DA SILVA

**Núcleo Interno de Regulação: uma estratégia de gerenciamento de leitos hospitalares**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Lilian Denise Mai  
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Nelly Lopes de Moraes Gil  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Fernanda do Prado Tostes  
Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR)

Aprovada em: 27 de abril de 2020

Realizada por videoconferência conforme Portaria nº 36/2020 -.CAPES

*Aos meus filhos, Mateus, Rebeca e Pedro, elos  
de afeto e amizade, sempre.*

*Ao meu companheiro Edson, pelo amor,  
compreensão e paciência, durante todos os  
momentos.*

*Aos meus pais Geraldo e Deimaria, pelo apoio  
incondicional.*

## AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus por me conceder completar este ciclo com a finalização deste trabalho, pela saúde, pela família, pela sua Potente mão a me amparar nos momentos de angústia desta caminhada.

Este é também o momento de fazer um manifesto de agradecimentos às várias pessoas, que de alguma forma, me apoiaram e ajudaram na conclusão deste trabalho. Fica difícil nominar a todos, mas algumas pessoas não posso deixar de registrar, pois tiveram uma participação especial de amizade e apoio emocional, que são minhas companheiras de luta e trabalho, Selma Delmonico e Estela Casagrande e nossa estagiária da graduação Valeria Rodrigues. E, em especial, à Dagmar Wituri por seu apoio, incentivo, amizade, por acreditar e nos impulsionar a acreditar na estruturação do serviço.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, pela competência, conhecimento e carinho demonstrado com o grupo. E aos servidores da secretaria de pós-graduação pela solicitude.

A minha Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lilian Denise Mai, por não desistir de mim quando eu me senti incapaz, pela constante orientação e apoio neste trabalho, bem como por ter contribuído em minha formação com ensinamentos e conselhos ao longo deste tempo.

Aos colegas de turma que, nesta árdua caminhada em compreender as políticas públicas, pela constante motivação, tornaram esse tempo, apesar do cansaço, em um tempo de trocar o estresse e a insegurança pelos risos das novelas inventadas de nossas vidas com referência especial para as amigas que assim se tornaram Luci e Rita.

SILVA, M. A. E. **Núcleo Interno de Regulação**: Uma estratégia de gerenciamento de leitos hospitalares. 2020. 61 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2020.

## RESUMO

A Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída em julho de 2017, é resultado da necessidade de reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de estabelecer diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde, normatiza a implantação da gestão de leitos como medida de enfrentamento à superlotação. O trabalho desenvolvido pelo Núcleo Interno de Regulação de leitos (NIR) é coletivo, interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, à medida que mobiliza outros serviços fora do próprio hospital. No entanto, quais seriam as demandas ou etapas para essa implantação e qual o significado desse processo à instituição? O objetivo do estudo foi conhecer a experiência de implantação do núcleo de leitos em um hospital público de ensino. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, por meio de relato de experiência desenvolvida em hospital de nível terciário e público no Estado do Paraná, após sua aprovação. A coleta de dados, abrangendo julho de 2016 a julho de 2019, envolveu consulta a atas de reuniões, normativas e outros documentos institucionais, além de relatos do processo de implantação pela enfermeira da gestão de leitos, também proponente da pesquisa. A análise, em forma de um relato descritivo, culminou com a proposição de um manual de orientações para implantação de NIR. Como resultados se identificou que o NIR atende aspectos legais e éticos e, mediado por seu regimento interno, conta com apoio institucional ao longo das etapas de sua implantação e fortalecimento. Aprimorou-se em sua estrutura, equipe e ações, em meio ao enfrentamento de dificuldades diversas, como de infraestrutura, logística, relacionais e outros. Todo o processo exigiu o trabalho coletivo, capacitação, diálogo, planejamento e incremento de novos grupos de trabalho ou serviços específicos, ao ponto de haver demanda de cobertura do NIR nas 24 horas de trabalho hospitalar. Algumas áreas sentiram mais os impactos das ações, como: a assistência cirúrgica e atendimentos especializados. Ao lado do leito do paciente, a equipe multidisciplinar atua conjuntamente ante as suas necessidades, planejando ações de cuidado e um plano de alta hospitalar seguro e mais articulado com os serviços da rede de atenção à saúde. Equipes de apoio logístico agilizam a sua entrada e saída na instituição hospitalar, melhorando o fluxo de liberação de leitos para novos pacientes. A interface direta com a Central Externa de Regulação de leitos é fundamental, devendo haver sistemas de informação e comunicação rápidos e eficientes. Trata-se de um processo complexo, que não acontece sem percalços e fragilidades, e que vem exigindo dos envolvidos a configuração de diferentes processos de trabalho, definição de fluxos e protocolos, intersetorialidade, trabalho em equipe multiprofissional, esforço colaborativo, comunicação, solidariedade, conhecimento técnico científico, racionalidade e outros, em meio à mobilização também de muitos sentimentos de todos. Como um produto técnico desse esforço de documentação se espera que o roteiro de orientações para implantação de NIR, construído a partir da experiência local, torne-se importante material didático para gestores e trabalhadores de saúde. Conclui-se reafirmando a importância de empreender medidas para o enfrentamento da superlotação, sendo o gerenciamento de leitos e a centralização dessa gestão um importante instrumento de gestão e de cuidado, pois agrega ferramentas que, efetivamente, melhoram o acesso e acolhimento no serviço, qualificam a assistência e fortalecem a política pública de saúde.

**Palavras-chaves:** Acesso aos serviços de saúde. Gestão hospitalar. Ocupação de leitos. Atenção à saúde.

SILVA, M. A. E. **Internal Regulation Center**: a hospital bed management strategy. 2020. 61 p. Dissertation (Master) - State University of Maringá, Maringá, 2020.

### ABSTRACT

The National Hospital Care Policy, instituted in July 2017, is the result of the need to reorganize and qualify hospital care within the scope of the Unified Health System. In addition to establishing guidelines for the organization of the hospital component in the health care network, it standardizes the implementation of bed management as a means of coping with overcrowding. The work developed by the Internal Nucleus of Bed Regulation (NIR) is collective, interdisciplinary, intersectoral and interinstitutional, as it mobilizes other services outside the hospital itself. But, what would be the demands or steps for this implementation and what is the meaning of this process for the institution? The objective of the study was to know the experience of implanting the nucleus of beds in a public teaching hospital. This is a descriptive, exploratory research, with a qualitative approach through an experience report, developed in a tertiary and public level hospital in Brazil. Paraná, after its approval. Data collection, covering July 2016 to July 2019, involved consulting the minutes of normative meetings and other institutional documents, in addition to reports of the implantation process by the bed management nurse, who is also a proponent of the research. The analysis, in the form of a descriptive report, culminated in the proposal of a manual of guidelines for the implementation of the NIR. As a result, it was identified that the NIR meets legal and ethical aspects and mediated by its internal regulations, has institutional support throughout the stages of its implementation and strengthening. Its structure, team and actions have improved, amidst facing diverse difficulties such as infrastructure, logistics, relational and others. The entire process demanded collective work, training, dialogue, planning and increment of new groups of work or specific services and, to the point that there was a demand for NIR coverage in the 24 hours of hospital work. Some areas felt more the impact of the actions, such as surgical assistance and specialized assistance. Beside the patient's bed, the multidisciplinary team works together to meet their needs, planning care actions in a safe hospital discharge plan and more articulated with the services of the health care network. Logistical support teams streamline your entry and exit at the hospital, improving the flow of bed release for new patients. The direct interface with the External Bed Regulation Center is essential, and there must be fast and efficient information and communication systems. It is a complex process that does not happen without obstacles and weaknesses, and that has required from those involved the configuration of different work processes, definition of flows and protocols, intersectorality, multiprofessional teamwork, collaborative effort, communication, solidarity, knowledge scientific technician, rationality and others, amid the mobilization of many feelings of all. As a technical product of this documentation effort, it is expected that the guidelines for the implementation of the NIR, built from local experience, will become important teaching material for health managers and workers. It concludes by reaffirming the importance of taking measures to face overcrowding, with the management of beds and the centralization of this management being an important management and care instrument, since it adds tools that effectively improve access and reception in the service, qualify assistance and strengthen public health policy.

**Key words:** Health services accessibility. Hospital management. Bed occupancy. Health care.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 - Leitos hospitalares ao redor do mundo .....	25
Figura 2 - Vista aérea do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina.....	28

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CFM	Conselho Federal de Medicina
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
HUL	Hospital Universitário de Londrina
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RAS	Rede de Assistência à Saúde
RUE	Rede de Atenção à Saúde em Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	10
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	19
2.1 GERAL.....	19
2.2 ESPECÍFICOS.....	19
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
3.1 O GERENCIAMENTO DE LEITOS COMO FERRAMENTA QUE QUALIFICA O CUIDADO .....	20
3.2 LEITOS HOSPITALARES: UMA DISCUSSÃO QUE EXTRAPOLA O HOSPITAL .....	24
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	27
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	31
5.1 LEGISLAÇÃO .....	31
5.2 IMPLANTAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO NIR.....	33
5.3 PROCESSOS DE TRABALHO DO NIR.....	35
5.4 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES .....	43
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	53
<b>APÊNDICE</b> .....	58
APÊNDICE A – Cartilha Simplificada.....	59

## APRESENTAÇÃO

As atividades do Núcleo Interno de Regulação (NIR) de leitos hospitalares são reguladas pela Política Nacional de Atenção Hospitalar que, por meio da Portaria de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017, estabelece as diretrizes para implantação do NIR, sua estruturação e suas competências (BRASIL, 2017).

Entende-se o gerenciamento de leitos como a busca da utilização dos leitos hospitalares disponíveis em sua capacidade máxima de utilização, dentro dos padrões e protocolos estabelecidos pela instituição, reduzindo o tempo de espera por internação, para assim enfrentar o desafio de gerenciar o aumento da demanda por leitos hospitalares sem aumento da estrutura física, mas desenvolvendo ações que auxiliam na alta segura desde o momento da internação. Também é de responsabilidade da gestão, o monitoramento do paciente desde sua chegada, permanência até a alta.

Como servidora da Universidade Estadual de Londrina há vinte e nove anos e, atualmente, como enfermeira responsável pela gestão de leitos hospitalares em um hospital público de ensino, tenho atuado no processo de gerenciamento de leitos para garantir, junto com a equipe, que o serviço atenda a legislação dentro nas normas técnicas e garantindo assistência e acesso de qualidade pelo serviço.

A estruturação do NIR contribui, de forma decisiva, para o acesso aos leitos hospitalares, agilidade em exames e procedimentos e comprova ser uma estratégia para atuar nas longas filas por espera de procedimentos cirúrgicos e de acolhimento. É o elo importante na otimização, melhor aproveitamento dos recursos e uso racional em que os recursos para saúde são escassos.

Nessa jornada, como enfermeira, atuei em várias unidades de internação do mesmo serviço que, majoritariamente, não se reconheciam como partes do mesmo contexto na gestão do leito hospitalar. Ainda, ao atuar por sete anos no setor de pronto socorro, minha inquietação sempre foi entender o fluxo que estagnava os usuários do serviço na porta de entrada por semanas indefinidas à espera de procedimentos cirúrgicos e leitos que possibilitassem a realização dos mesmos ou, quando uma vez disponibilizado o leito, faltava o material adequado, somado à ausência de um responsável a quem cobrar a responsabilidade em prover esse recurso.

Outro agravante relacionado à segurança frente à superlotação era a angústia visível de famílias, que aguardavam para seu ente querido um leito em unidade de terapia intensiva, que também permaneciam represados no mesmo contexto. O que poderia ser feito para garantir

não somente o acesso, mas que esse fosse de qualidade e em tempo oportuno? Como estabelecer o entendimento de que a saúde planejada por meio de políticas públicas é garantida pela Constituição Federal e não meramente uma questão de favores prestados? Não é incomum que usuários dos serviços desconheçam a logística aplicada e a própria política pública em saúde, ficando à mercê dos acontecimentos, nem sempre tendo atendidas as suas necessidades.

Nesse contexto, algumas dessas inquietações foram tomando a forma de questionamentos, especialmente, ao assumir o NIR de um hospital de ensino, em 2016: como o NIR foi estruturado para estabelecer um fluxo mais adequado e acesso de qualidade em conformidade com a política de saúde vigente? Como estruturar a atenção para que o serviço estabeleça o fluxo adequado, o acesso de qualidade e o reconhecimento da importância dessa política? Como utilizar a experiência de implantação do NIR para produção de material educativo capaz de subsidiar outros gestores, serviços e profissionais na condução de processos similares? Como otimizar ou adequar materiais de orientação gerais, já produzidos em âmbito nacional, para os diferentes contextos institucionais no tocante à atuação do NIR?

Motivada por esses questionamentos, entendo que a oportunidade do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em viabilizar a aproximação da prática profissional à reflexão e sistematização de novos resultados pode contribuir para o aprimoramento da temática.

## 1 INTRODUÇÃO

A Portaria/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e traz, em seu Capítulo I, Artigo 5º, Inciso XIV, a descrição de um serviço denominado Núcleo Interno de Regulação de Leitos (NIR). Este se constitui em interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que a respectiva instituição hospitalar representa, em âmbito do SUS, e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário (BRASIL, 2017).

O processo regulatório, desenvolvido pelo NIR, possibilita qualificar a gestão com a resolução de casos de forma mais eficiente, permitindo um conhecimento mais aprofundado e dinâmico da RAS (BRASIL, 2017). Essa postura implica em ir além do controle absoluto dos leitos e acessibilidade, mas programar estratégias que contribuam para a redução do tempo de espera e permanência, produzindo reflexos positivos sobre indicadores de qualidade na área da saúde e a diminuição de taxas de infecção hospitalar (BRASIL, 2017). Para Rezende (2012) a informação é o recurso essencial para o planejamento estratégico, sendo essa a que possibilita elaborar, gerir e programar novos projetos. Assim, considerando que o leito hospitalar é um recurso cada vez mais valorizado, é essencial que diferentes estratégias sejam desenvolvidas e aprimoradas para tornar o acesso a um leito, importante elemento da política pública em saúde, um fato acessível e de qualidade. A gestão de fluxo de pacientes, por meio de protocolos técnico-administrativos, contribui e assegura esse diferencial da assistência.

Conforme a história do Brasil relacionada à saúde tem sido uma prática recorrente no país implementar medidas específicas diante de fatos impactantes, como os surtos, de forma curativa ou preventiva, mas de pouco impacto. Essa tendência ainda mantém um problema sistêmico de oferta de ações incompletas com inúmeras fragilidades, apesar de apresentar padrões de referência, de metas e de protocolos. Diante disso, é importante ressaltar:

[...] somente nos momentos em que determinadas endemias ou epidemias se apresentam como importantes em termos de repercussão econômica ou social dentro do modelo capitalista proposto é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se pelo menos em discurso institucional, até serem

destinadas a um plano secundário, quando deixam de ter importância. (POLIGNANO, 2005, p. 2).

Por outro lado, houve a conquista de alguns direitos sociais da saúde e previdência, como resultado de intensa luta travada da classe trabalhadora em se organizar, lutar e reivindicar este direito (POLIGNANO, 2005). De acordo com o Portal da Saúde (2017, p. 1):

[...] ao longo de toda a existência, o Brasil enfrentou diversas dificuldades institucionais e administrativas decorrentes do limitado desenvolvimento científico, tecnológico e industrial, bem como pela expansão da assistência médica, atrelada à lógica do mercado. Mas também pelo lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania.

A redemocratização do país, a partir da década de 1980, culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que definiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Naquele momento, o Estado brasileiro foi retomando paulatinamente sua autonomia política, o que repercutiu na descentralização de políticas setoriais resultando, entre outras coisas, em novas conformações entre as instâncias governamentais, também no setor da saúde (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010).

Ao mesmo tempo, mudanças na transição epidemiológica sinalizavam para o aumento da expectativa de vida e a prevalência de doenças crônicas e degenerativas, as quais aumentaram significativamente os gastos com a saúde, decorrentes da ampliação da demanda por atendimento que essas patologias requerem e, por conseguinte, nos custos diretos e indiretos para o SUS. Segundo Miranda (2016), o país envelhece aceleradamente, e o envelhecimento populacional no Brasil traz desafios e consequências atuais e futuras com alterações na sociedade relacionadas ao setor econômico, mercado de trabalho, sistemas e serviços de saúde e as relações familiares. Soma-se à ressonância do envelhecimento populacional sobre o consumo dos recursos à saúde, o aumento expressivo nas taxas de morbidade e mortalidade das vítimas de acidentes de trânsito, decorrente da explosão urbana e aumento do fluxo em estradas. Isso tem mobilizado os gestores de todas as esferas governamentais para a necessidade de reestruturação da assistência à saúde, tendo em vista melhorar a atenção às causas externas, agravos agudos e causas decorrentes de doenças crônicas.

Nesse contexto, a assistência hospitalar assume papel fundamental no enfrentamento de tais situações, sendo que nas últimas décadas foram verificados avanços importantes na Política Nacional de Atenção Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, dentro dessa, em particular, na Rede de Atenção à Saúde em Urgência e Emergência (RUE). Tornou-se necessário e desafiador o gerenciamento de leitos como elemento da política

pública transformadora com potencial de propor a quebra de paradigmas da assistência hospitalar. Conforme Barretto (2011), isso significa assumir um novo papel no sistema de saúde, implicando em mudanças em seu perfil assistencial, facilitando e se articulando com a rede de atenção em seus diversos níveis, uma relação articulada e não competitiva de forma complementar, o que permite maior aproveitamento dos recursos financeiros.

A melhor organização dos hospitais se torna imprescindível, principalmente, considerando-se os princípios fundamentais do SUS, quais sejam: universalidade, integralidade e equidade, bem como o atendimento aos requisitos de qualificação da gestão dos serviços de saúde, determinados em diversas normativas legais. Tal condição garante atenção qualificada e segura aos agravos urgentes e emergentes e reduz a superlotação das portas de entrada, caracterizada por longas filas de usuários à espera de resolverem problemas, que deveriam ter sido atendidos na atenção primária. Ao mesmo tempo em que essa superlotação de serviços de emergência gera uma série de problemas futuros na cadeia de cuidados, também reflete a carência de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços da atenção primária de saúde operando com eficiência e confiabilidade, além de, muitas vezes, evidenciar deficiências na formação de profissionais para o atendimento adequado aos casos de emergência.

É uma problemática já pautada pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 59):

[...] a assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais pronto-socorros, estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos as 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população.

Nessa conjuntura, o hospital pode ser considerado uma das organizações mais complexas operadas no sistema de saúde, justificada pela coexistência de inúmeros processos assistenciais e administrativos, o que corrobora para que a gestão de leitos seja o diferencial que disponibilize, com maior agilidade, os dados sobre o seu funcionamento, de modo a estruturar a gestão sistemática, para a garantia das diretrizes do SUS e para uma atenção à saúde com qualidade e organização, que objetive adequar o fluxo das ações de saúde de acordo com a oferta e a demanda dos serviços de saúde (BRASIL, 2017). A racionalização dos recursos disponíveis, a maximização da estrutura e a capacidade instalada, bem como o aumento da eficiência operacional e a satisfação do usuário são fatores a serem considerados.

Ainda, a gestão de leitos coloca em evidência o quão importante é o papel do enfermeiro, que tem a oportunidade de desenvolver uma postura de maior dinamismo para se adaptar, acompanhar e promover mudanças organizacionais em prol de maior eficiência com resolutividade em cenários imprevisíveis.

De acordo com Filho (2014), é preciso repensar o contexto hospitalar na construção das redes regionais de atenção à saúde no Brasil, o que implica em reconhecer que existe uma crise de acesso e qualidade na atenção hospitalar, no âmbito do SUS. Tanto no que concerne a sua estrutura envelhecida permeada por uma oferta insuficiente ao volume quanto à natureza complexa das demandas, que tornam a atenção hospitalar ociosa, em muitos estabelecimentos, e que interfere na qualidade resolutiva das ações, com sobrecarga de outros serviços com maior capacidade de atenção à saúde.

O autor reforça a necessidade da quebra de paradigmas deste ambiente, que tem um conceito monolítico em sua representação sistêmica, para repensá-lo como uma propriedade de agregação de serviços que se articulam em diferentes hierarquias de atenção. Significa inserir o hospital para que atue, por exemplo, em resposta à integralidade da atenção ambulatorial especializada, apoio diagnóstico, integração resolutiva junto a atenção básica e as redes de apoio psicossocial que se integrem territorialmente.

Muitas tecnologias de gestão e de cuidados já foram desenvolvidas, amparadas por dispositivos legais, capazes de contribuir para a organização desse fluxo de pacientes. Citam-se duas de interesse a este estudo. O sistema de referência e contrarreferência, que permite aos hospitais absorverem aquela demanda que lhe é peculiar, de acordo com sua tipologia assistencial e, ao mesmo tempo, contra referenciar para outros serviços de menor complexidade daquela demanda que lá poderia estar sendo atendida de maneira integral e resolutiva.

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde número 483, de 1º de abril de 2014, é redefinida a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, no âmbito do SUS, a qual estabelece, em seu capítulo II, artigo 8º, Inciso V, a organização da referência e contrarreferência estadual e regional, por meio da regulação e com definição dos critérios do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da rede de acordo com as necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2014).

Ainda, contribuindo com este determinante, Fernandez (2016, p. 38) apresenta os resultados do diagnóstico situacional de dezesseis países da América Latina em relação aos seus sistemas de referência e contrarreferência, em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua que:

Os serviços de atenção primária devem ser apoiados e complementados por diferentes níveis de atenção especializada, tanto ambulatorio quanto hospitalares, como também pelo resto da rede de proteção social. Portanto, os sistemas de atenção de saúde devem trabalhar de forma integrada, mediante o desenvolvimento de mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo espectro de serviços, incluindo o desenvolvimento de redes e de sistemas de referência e contra referência [...].

E, outra tecnologia de gestão é o chamado sistema “*Bed Management*”, que é sinônimo de habilidade de acomodar pacientes provenientes do serviço de urgência e emergência, sem comprometer a demanda eletiva, o qual tem sido amplamente utilizado por instituições da saúde do mundo todo, como parte importante do planejamento da capacidade operacional, do controle e do uso eficiente de recursos (FARIA *et al.*, 2010). Nessa direção, no Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012, que dispõe sobre o programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, o qual determina estratégias para a qualificação da gestão, qualificação e ampliação do acesso, redução do tempo de espera e garantia de atendimento ágil, humanizado e com acolhimento (BRASIL, 2012).

O trabalho desenvolvido sistematicamente pelo NIR contribui, efetivamente, para o alcance dessas práticas e objetivos, por meio da maximização do uso dos leitos, o que não significa ampliar o seu número, mas otimizar o uso daqueles já existentes. Estudos demonstram que um dia a menos na média de permanência de cada paciente internado, em um hospital de trezentos leitos, corresponde à adição de quarenta novos leitos virtuais à capacidade instalada (ADVISORY BOARD INTERNATIONAL, 2013).

Nesse contexto, a gestão de leitos hospitalares ou gestão de fluxo de pacientes visa criar critérios para agilizar a liberação de leitos de internações eletivas e não programadas, definindo prioridades para utilização em sua capacidade máxima, com segurança e a partir de critérios estabelecidos, tanto técnicos, quanto administrativos (PEREIRA, 2012). O gerenciamento de leitos abrange desde o desenvolvimento de sistemas de informação de monitoramento e de planejamento da ocupação hospitalar até a elaboração de processos operacionais de admissão e alta, de modo articulado e, inclusive, fortalecendo o sistema de referência e contrarreferência. La Forgia e Couttolenc (2008) apontam para a influência dos ambientes externo e organizacional no ambiente hospitalar, em que recursos devem ser convertidos em serviços prestados.

De modo geral, o produto dessas ações tem por meta melhorar o planejamento e o controle de oferta e demanda de leitos com a finalidade de manter a taxa de ocupação viável para uso. Assim, o hospital representa um ponto de atenção importante para melhorias no

sistema de saúde como um todo, tanto em nível local quanto macrorregional, uma vez que sempre estará situado em uma RAS, estabelecida conforme pactuação, entre os entes municipal, estadual e federal, em conformidade com a legislação vigente.

E, é na interface desses aspectos macroestruturais com aspectos microestruturais e para que este sistema de gestão alcance todo seu potencial que se torna imprescindível investir em tecnologias de gestão, ferramentas gerenciais e em recursos humanos capacitados. Além disso, deve-se garantir a integração entre os diversos setores e serviços do hospital, incluindo o serviço de manutenção e de governança, visando agilização da liberação do leito para uso, com foco no conforto, segurança e bem-estar, em um ambiente acolhedor (FARIA *et al.*, 2010; GELONESE, 2016).

Parte-se do pressuposto, portanto, de que o trabalho desenvolvido pelo NIR é coletivo em sua essência, com fortes características interdisciplinares e intersetoriais e, à medida que mobiliza outros serviços e ambientes de cuidado, extrapola o próprio ambiente hospitalar em seu campo de atuação, demonstrando, também, a sua natureza interinstitucional. No entanto, como pode ocorrer o processo de implantação do NIR e quais as possíveis demandas ou etapas para essa implantação? Quais as potencialidades e fragilidades oriundas desse processo de implantação e as contribuições concretas do NIR para uma instituição?

Responder a essas questões de investigação implica na aproximação e no reconhecimento de ações e de esforços complexos, tanto de ordem institucional quanto relacional. Por isso, torna-se de extrema relevância compreender e conhecer o processo de implantação do NIR, objeto de investigação do presente estudo. Ainda, ter em conta alguns aspectos contextuais e macroestruturais do sistema de saúde em relação direta com alguns elementos de microestrutura da instituição hospitalar que, permeados por avanços e retrocessos, justificam se debruçar sobre essa temática.

Os resultados do trabalho são apresentados em três capítulos. O primeiro enfatiza o gerenciamento de leitos como estratégia importante para qualificar o cuidado à saúde. O segundo explicita a metodologia adotada. E, o terceiro apresenta os resultados da pesquisa no tocante à implantação do NIR, especificamente, os aspectos ligados à legislação, às ações de implantação e estruturação do NIR no serviço de saúde e os processos de trabalho decorrentes e aprimorados ao longo de quatro anos de sua existência. Como resultado técnico, em forma de Apêndice, apresenta-se uma proposta de Manual de Implantação de NIR, a ser apresentado à instituição de modo a ser incorporado aos materiais produzidos e divulgados interna e externamente, na expectativa de que contribua e oriente gestores e trabalhadores da área

hospitalar no fomento à implantação e fortalecimento desse importante instrumento de gestão e de cuidado.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Conhecer a experiência de implantação do núcleo de leitos em um hospital público de ensino.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- a) Identificar etapas e demandas para a implantação do NIR na instituição.
- b) Descrever os processos de trabalho desenvolvidos na implantação do NIR.
- c) Construir um roteiro de orientações para implantação do NIR, em conformidade com a legislação em vigor e com a experiência relatada.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O GERENCIAMENTO DE LEITOS COMO FERRAMENTA QUE QUALIFICA O CUIDADO

O Governo Federal tem o papel fundamental na Reforma Sanitária Brasileira em promover condições que estabeleçam a saúde como qualidade de vida, entendendo dessa forma o agir sanitário para que se estabeleça uma rede de compromissos e responsabilidades em favor da vida e de estratégias necessárias para a sua existência. Engloba ações próprias da clínica, saúde coletiva, da atenção e gestão, visando criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade em defesa da equidade, com participação e controle social na gestão de políticas públicas (BRASIL, 2006).

De acordo com Souza (2019), a Constituição Federal é considerada marco na redemocratização, pois inaugurou um novo modelo político institucional no Brasil, reafirmando o Estado Democrático, definindo uma política de proteção social abrangente com caráter democrática e participativa e, por isso, reconhecida como Constituição Cidadã.

Em conformidade, o Ministério da Saúde (MS) tem direcionado políticas públicas e ações para que as necessidades de saúde da população sejam atendidas, por meio de portarias que recomendam estratégias para o acesso a ações e serviços necessários para otimização dos leitos com consequente reorganização da assistência.

Entre essas propostas se encontra a descentralização das funções de execução, de controle, de avaliação e de regulação do sistema de saúde, o que implica em mudanças estruturais e de postura gerencial, com elaboração e desenvolvimento de novos métodos e instrumentos (BRASIL, 2002). Nesse sentido, várias instituições já adotam um modelo de gestão orientado por resultados, a partir de metodologias e serviços, que pode incluir a agenda cirúrgica e a alta hospitalar (FARIA *et al.*, 2010; PEREIRA, 2012; BRASIL, 2013).

Os apontamentos pertinentes à gestão de leitos evidenciam a importância do gerenciamento de leitos com potencial de prestar atendimento de qualidade e segurança assistencial, contribuir na gestão da agenda cirúrgica, ampliar a eficiência na utilização dos leitos, melhorar a satisfação do usuário e equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

Diante disto, é necessário ampliar a análise acerca do leito hospitalar, além da sua representatividade, podendo ser descrito como final de trajetória de dor e incertezas no que se refere ao alcance pleno da saúde, devolvendo ao indivíduo a oportunidade de retomar sua vida e retornar para sua família, resgatando a autoestima, voltar ao trabalho em suas plenas funções e planejar seu futuro, sentir-se dono de seu corpo e autoridade de sua dor.

Nesse mesmo olhar, entender que dentro de qualquer instituição de saúde o ator mais importante é o usuário, para o qual a gestão se dispõe a empreender ações e ferramentas para que o objetivo final seja sempre reestabelecer a saúde e a satisfação desse, aprimorando o processo do cuidado, em sua total integralidade, visando atendimento mais adequado as suas necessidades (BRASIL, 2017).

Partindo do pressuposto de que as políticas públicas aplicadas à saúde devem ser pautadas sob a ótica de que o resgate da condição humana, em sua completude, é algo de valor imensurável, diante disto, no contexto atual, a administração hospitalar eficiente deve empreender a Gestão de leitos como ferramenta importante, capaz de gerenciar as demandas sociais e estruturais relativas à internação e se articular com a rede de atenção à saúde.

O papel da equipe no gerenciamento do leito é imprescindível na construção da interação entre os envolvidos com seus saberes e contribuições pelas discussões para que a excelência no atendimento seja continuamente avaliada e monitorada como já é preconizado no ciclo das políticas públicas. Essa postura deve se mostrar e ser aprimorada, também, no campo da atenção intra-hospitalar, uma vez que esta prática já é uma realidade na atenção básica em saúde e na elaboração de estratégias, de processos e de protocolos de forma a qualificar o acesso humanizado e integral aos serviços e as informações (BRASIL, 2017).

Para Howlett e Ramesh (2013), existem cinco fases do ciclo de políticas públicas: formação da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação. Na prática, essas fases não são sequenciais ou obrigatórias em sua plenitude e, quanto à temática da gestão de leitos, se pode inferir que essa se encontra ainda na fase de implementação. A implementação de uma política pública consiste em planejar, estruturar a máquina pública e provisionar todos os insumos necessários para a execução (RONCARATTI, 2008). Essa fase é regularmente influenciada por problemas de implementação e por aspectos sociais, econômicos, políticos, entre outros.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, 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, conforme anteriormente descrito.

O NIR é uma unidade técnico-administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Em atenção ao Manual de Implantação deve ser um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral do Hospital e deve ser

legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição, o que deve lhe conferir estabilidade (BRASIL, 2017).

A implementação do NIR precisa ser entendida como projeto importante e permanente dentro do planejamento estratégico. Para obter êxito na implantação do NIR é necessário que haja um trabalho em conjunto como um esforço coordenado entre o que a instituição dispõe de melhor com o que é preconizado pelo NIR, sempre com o apoio irrestrito da alta liderança, gerentes, coordenadores, etc. Dessa forma, minimizar as eventuais resistências e introduzir, gradativamente, a cultura da eficiência no âmbito hospitalar (BRASIL, 2017).

Os indicadores de saúde são instrumentos eficientes de avaliação utilizados para explicar avanços na área da saúde, e de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), esses podem ser descritos como sinalizadores com informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, de maneira geral, traduzem o desempenho do sistema de saúde (BRASIL, 2017).

A interpretação conjunta dos indicadores auxilia na reflexão sobre a situação sanitária de uma comunidade ou população, além de contribuir para a criação de políticas públicas para melhoria do sistema de saúde. Por isso, é de suma importância a fidedignidade destas informações, considerando o conceito da OPAS (2008, p. 13) de que:

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.

Portanto, os indicadores são ferramentas de gestão que devem servir para contínua melhoria dos processos para superar as dificuldades encontradas na saúde.

Como afirmam Leão *et al.* (2008, p. 1):

As informações nos processos de saúde, por sua vez, só agregam valores à medida que se transformam em forças mobilizadoras, capazes de provocar co-análises e co-decisões em grupos que, mesmo com diferentes saberes e diferentes características, se envolvem em um único objetivo de realização e progresso, fomentando autonomia e protagonismo dos coletivos.

O gerenciamento de leitos, enquanto componente da Política Pública de Saúde, busca maximizar a utilização possível, sem que isso represente risco para o usuário ou para a instituição. Esta prática quando aplicada, de forma eficiente, reduz a espera para novas internações, melhora a satisfação dos clientes e impacta positivamente a receita do hospital.

De acordo com Aragão (2016), são inúmeras e desafiadoras as competências exigidas do enfermeiro necessárias à gestão, sendo imprescindível conhecê-las para a busca de novos saberes específicos a esta prática. O autor enfatiza que as experiências adquiridas e os desafios presentes no cotidiano da gestão devem levar à reflexão e ao aprendizado. Apoiado, ainda, na troca de conhecimento e relatos vivenciados pelos enfermeiros, que realizam a gestão em enfermagem em âmbito hospitalar.

Quando este processo trabalha efetivamente na produção de estratégia para remover os nós que possam impactar as ações, como: falhas na comunicação, baixa adesão às ações de liberação dos leitos hospitalares, entre outras, possibilita com isso também mensurar, checar todas as etapas necessárias para implementação desta prática com atuação sobre os indicadores, determinando metas para, conseqüentemente, planejar a utilização racional do leito.

Segundo Oliveira (2017) se espera que os profissionais de saúde, enquanto gestores, utilizem amplamente, com conhecimento e empoderamento, as ferramentas gerenciais como valioso recurso no desempenho desta função, de forma efetiva e com qualidade, com potencial de organizar e agilizar suas ações nas várias dimensões do trabalho de gerência, assistência, educação e pesquisa.

Assim, é importante uma gestão compartilhada, descentralizando o poder e contando com a participação de todos os envolvidos nos processos hospitalares, diariamente. Estimulando relações de trabalho como a interdisciplinaridade, visando maior comunicação entre os setores administrativos e assistenciais, reduzindo processos burocráticos e buscando soluções de problemas cotidianos de forma mais rápida.

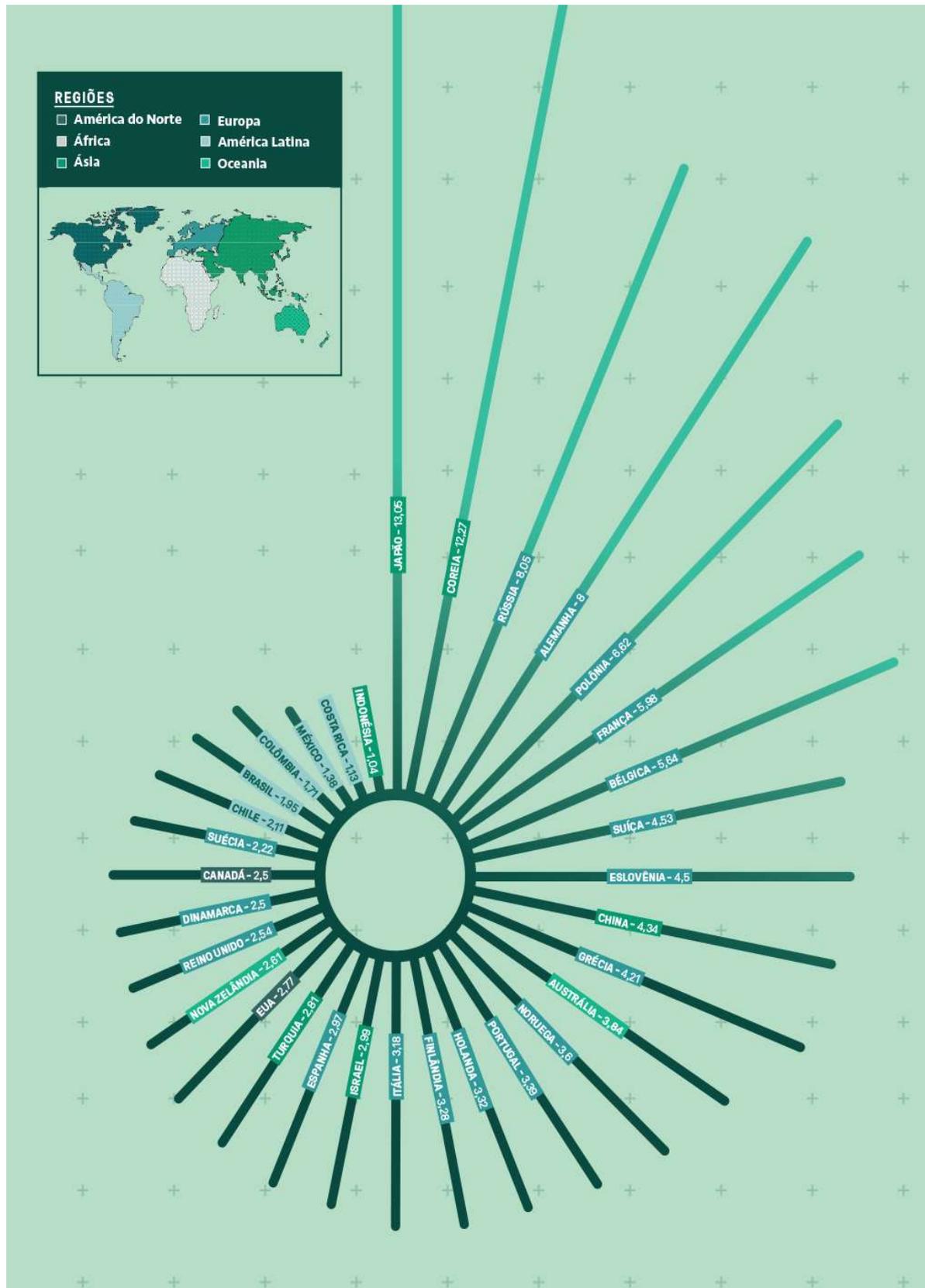
Muitos países têm investido na implantação do gerenciamento de leitos, o que tem gerado a oportunidade de compartilhar e aprender por meio de experiências exitosas. No entanto, ainda é necessário debater muito mais sobre a criação de NIR que, de acordo com Soares (2017), tem o potencial de promover mudanças com ações para o uso eficiente da capacidade instalada. A cultura da racionalidade no uso dos recursos disponíveis deve ser vista como fundamental para a sustentabilidade das instituições, independente do mercado e quer seja uma instituição pública ou privada.

### 3.2 LEITOS HOSPITALARES: UMA DISCUSSÃO QUE EXTRAPOLA O HOSPITAL

O SUS é considerado um dos melhores sistemas de saúde do Planeta, por sua característica abrangente e complexa, com ações de saúde universal e igualitária (SOUZA, 2019). Para o autor, o sistema brasileiro de saúde é formado por um composto de ações e serviços fornecidos pelas três esferas do Governo, da administração direta e indireta e da rede privada ou conveniada em caráter complementar. E que, além de universal e igualitário, esse conjunto de recursos se configura- como um sistema cem por cento incluyente. Salienta, ainda, que o SUS é uma conquista social, resposta de lutas da classe trabalhadora, o que denota a importância em conhecer e valorizar esse processo de atenção.

A OMS não estabelece o número ideal de leitos hospitalares, mas recomenda que a média deve ser de 3,2 leitos para cada mil habitantes. Porém, no Brasil, a densidade de leitos que, em 2010, era estimada em 2,23 leitos por mil habitantes, sofreu um decréscimo caindo para 1,95 leitos, em 2019, conforme demonstrado na figura 1:

Figura 1 - Leitos hospitalares ao redor do mundo



Fonte: Battaglia, Versignassi e Jukrauss (2020)

Em 2019, a Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde), em parceria com a Federação Brasileira de Hospitais (FHB), trouxe um levantamento de que, entre os anos de 2010 e 2019, houve significativa redução de estabelecimentos, bem como de leitos hospitalares no Brasil, tanto no setor público como privado, que assumem papel importante como indicadores na avaliação de recursos disponíveis em atenção à média e alta complexidade da população.

Um levantamento sobre os números apurados, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2018, traz que vinte e dois Estados e dezoito capitais brasileiras perderam leitos nos últimos anos. Constata que 160 milhões de brasileiros, que dependem, exclusivamente, do SUS, tiveram perda de 10% dos leitos públicos desde 2010, e que as redes suplementares e particulares tiveram um acréscimo de 9%.

Neste levantamento do CFM, o Ministério da Saúde argumenta que se trata de uma tendência mundial, atribuída ao fortalecimento da atenção ambulatorial e domiciliar. Entretanto, o que o CFM pondera é que, embora o Brasil tome por referência países com sistema de saúde semelhante, que fecharam leitos ao longo das últimas décadas, aqui as políticas de prevenção e de proteção não contam ainda com financiamento adequado, diferente daqueles que têm investimentos praticamente duas vezes maiores que a realidade brasileira.

Ainda, nesta pesquisa, de acordo com relatórios estatísticos mundiais de saúde, da OMS, de 2014, o Brasil aparecia com um dos piores indicadores quando comparado a outros países, que dispõem de sistema universal de saúde. À época, o país possuía vinte e três leitos para cada dez mil habitantes, um número muito abaixo da taxa média das Américas, ou da média mundial de vinte e sete, do Reino Unido com vinte e nove, da Argentina com quarenta e sete, entre outros.

Na prática, o que se apresenta são as pulverizações das ações em saúde no atendimento primário, política tida como norteadora das ações e deve ser mesmo assim considerada, contudo, está carente por investimentos tanto estruturais como em recursos humanos especializados. Justifica-se, nesse sentido, investir ainda mais na gestão dos leitos hospitalares como importante medida de acesso e acolhimento, que possibilita organizar o fluxo interno, além de sensibilizar os envolvidos do quanto se torna necessário investir para racionalizar os escassos recursos, sendo o NIR aplicado como ferramenta capaz de produzir mudanças e melhorias no cenário brasileiro.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, por meio da qual é possível construir o conhecimento a partir da experiência dos profissionais que, no cotidiano, vivenciam o fenômeno em questão. Borges (2019) pontua como elementos estruturantes o conhecimento, as habilidades e as competências na atuação do enfermeiro, também essenciais para a gestão de leitos e capazes de promover mudança institucional, profissional e social.

O relato ora proposto tem por objetivo socializar a experiência de implantação de uma unidade de gestão de leitos dentro de um serviço de saúde do SUS, em um hospital público de ensino de alta complexidade. E é entendida como parte de um processo interdisciplinar, por meio de políticas públicas em saúde, que visa fomentar o diálogo, a produção de conhecimento, bem como atitudes, diante dos enfrentamentos e mudanças pelas quais passa o setor de saúde no Brasil.

De acordo com Bosi (2004), há um vasto acervo de teorias e técnicas qualitativas construídas a partir dos anos de 1980, que têm contribuído para a elaboração de um acervo no campo das investigações em saúde, o que conseqüentemente tem agregado novos olhares disciplinares. Salienta ainda que:

O caráter histórico que envolve como as populações e instituições nomeiam e lidam com a saúde e a doença, se faz complementar às narrativas e vivências cotidianas, singulares e ao mesmo tempo coletivas dos indivíduos. Da mesma maneira, o diálogo com outras formas de conhecer esse objeto denso que é a saúde também permanece como agenda em aberto (BOSI, 2004, p. 122).

Para a condução do relato de experiência, seis passos foram seguidos para sistematizar as informações apresentadas, conforme propõem os autores Daltro e Faria (2019):

1. produção documental: essa etapa ocorreu a partir das análises documentais e do relato de experiência da enfermeira da gestão de leitos;

2. participação do pesquisador como sujeito participante: o relato de experiência é efeito de significação, por isso não pode prescindir da participação ativa de um ou mais dos autores do projeto do qual faz parte, enquanto participante(s) do contexto da vida real em estudo. Sendo o presente objeto de investigação o processo de implantação do NIR, mesmo sendo este composto, atualmente, por uma equipe multidisciplinar, justifica-se a escolha simultânea da pesquisadora como único sujeito participante por ser ela a enfermeira da gestão

responsável desde o início da implementação do mesmo. Todos os processos referentes à gestão de leitos de qualquer natureza, clínicos e cirúrgicos, eram de responsabilidade da enfermeira proponente da pesquisa, viabilizando que a gestão para a internação fosse efetiva no que se referia às coletas prévias de exames, implementação do risco cirúrgico, articulação com as equipes médicas e de enfermagem, orientações adequadas para a internação, entre outras ações necessárias à gestão dos leitos.

3. apresentação da experiência vivida: para cumprir esta etapa houve análise descritiva com o detalhamento da vivência do participante, abrangendo o cenário, os processos e os atores envolvidos;

4. manejo do referencial teórico: esta etapa foi construída por meio de consulta bibliográfica em artigos, dissertações, teses e documentos oficiais disponibilizados nas páginas institucionais nos três níveis de Governo, Federal, Estadual e Municipal, que abordaram a temática em questão;

5. construção da narrativa: para cumprir esta etapa, as proposições a serem evidenciadas, ou seja, a descrição do contexto, o conteúdo da vivência e outros pensamentos representativos foram construídos frente ao referencial teórico, que serviu de apoio às proposições evidenciadas, discussão e considerações finais;

6. elaboração de considerações finais, seguindo a recomendação de que conclusões devem ser evitadas em relatos de experiência.

O serviço hospitalar do estudo foi implantado como Hospital Escola em 24 de março de 1970, conforme convênio entre o Pronto Socorro Municipal e a Universidade Estadual de Londrina, sendo ativado como Hospital Universitário em 1 de agosto de 1971. Está ligado administrativamente à Reitoria da Universidade e, academicamente, ao Centro de Ciências da Saúde, tendo como finalidade prestar serviço assistencial à população, bem como servir de campo de ensino e treinamento para os estudantes de graduação e pós-graduação da saúde (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2016, p. 209).

Hospital de nível terciário, público, centro de referência regional para o SUS, atende pacientes oriundos da Macrorregião Norte do Paraná, que compreende a 16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> Regionais de Saúde, totalizando uma população estimada de 1.840.895 habitantes (PARANÁ, 2015, p. 12), além de mais de 100 cidades de outros Estados do país. Possui 310 leitos exclusivos para o SUS, o que representa aproximadamente 22,5% de todos os leitos públicos cadastrados no município. Dedicase a prestar assistência de alta complexidade em várias áreas e serviços: Urgência e Emergência, Gestaçao de Alto Risco (integrando a Rede Cegonha e Rede Mãe Paranaense), Cardiologia Clínica e Intervencionista, Ortopedia,

Neurocirurgia, Videolaparoscopia, tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), Busca Ativa e Abordagem de Possível Doador de Órgãos, Transplantes de Medula Óssea, Rim e Córnea, Enxerto de Tecidos Ósseo, Laboratório de Histocompatibilidade, Exames de detecção de carga viral CD4/ CD8, UTIs Adulto, Neonatal e Pediátrica, além do Centro de Tratamento de Queimados (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 2016, p. 45).



**Figura 2** - Vista aérea do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina

Fonte: Universidade Estadual de Londrina (2018)

Dentro do complexo hospitalar e com intuito de setor regulador, o NIR foi implantado em julho de 2016, cuja caracterização compõe parte dos resultados apresentados ao longo deste trabalho.

A plataforma teórica foi construída por meio da consulta bibliográfica em artigos, dissertações, teses, documentos oficiais disponibilizados nas páginas institucionais nos três níveis de Governo, sendo esses: Federal, Estadual e Municipal.

A coleta de dados envolveu consulta a normativas, atas de reuniões e outros documentos institucionais, com vistas a sistematizar informações referentes ao planejamento e implantação do NIR, além de dados oriundos de relatos e experiências da enfermeira da gestão de leitos quanto a todo esse processo, a qual é a proponente da pesquisa. O período de busca compreendeu de julho de 2016 a julho de 2019.

A análise, em forma de um relato descritivo, buscou evidenciar aspectos ligados à legislação e normativas que institucionalizam o NIR, identificar as etapas e as demandas para a implantação do NIR na instituição e compreender os processos de trabalho desenvolvidos nessa implantação, ressaltando potencialidades e fragilidades. Culminou com a proposição de

um manual de orientações para implantação de NIR, de modo a nortear gestores e profissionais de saúde nesse processo e atender o propósito de um Mestrado Profissional quanto à produção de um produto técnico na área investigada.

Considerando que a pesquisa teve como foco o relato de experiência da implantação do NIR e não houve abordagem de pacientes e nem utilização de prontuários médicos, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá. Entretanto, o projeto de pesquisa foi autorizado pelo Hospital Universitário de Londrina no dia 18/11/2019, com parecer nº 451, do Processo 18860.2019.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Relatório de Gestão de Análise de Indicadores Hospitalares - Gestão 2014-2018, a criação do NIR foi motivada pela necessidade de gerenciar o fluxo de pacientes com o intuito de melhorar o uso da estrutura dos leitos hospitalares e, conseqüentemente, intervir no cenário atual em que as portas de entrada vivem em superlotação, tendo que mostrar resultados de processo de trabalho com escassos recursos financeiros. Realidade esta compartilhada por muitos serviços hospitalares em todo o país.

As conseqüências são muitas, aliando a insuficiência de leitos, o que impacta diretamente na agenda cirúrgica pelo cancelamento de procedimentos eletivos, o não atendimento com segurança aos usuários, além de acomodação inadequada a pacientes com necessidade de cuidados mais complexos em leitos de internação.

Na presente investigação, ao procurar identificar etapas e ações necessárias à implantação do NIR, destacaram-se alguns elementos descritos a seguir.

### 5.1 LEGISLAÇÃO

É importante a compreensão de que há um **aparato legal** para o funcionamento do NIR, articulado às demandas práticas no setor da saúde que justificam a sua existência. Destacam-se algumas dessas legislações. A estruturação do NIR está regulamentada pela Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a política nacional de atenção hospitalar no âmbito do SUS e estabelece as diretrizes para organização do componente hospitalar da rede de atenção à saúde. A Portaria Ministerial nº 2395, de 11 de outubro de 2011, organizou o componente hospitalar na rede de atenção às urgências no âmbito do SUS. E, mais recentemente, a Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, que consolidou normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.

Importante citar que, além da legislação federal, há normatizações regionais que colaboram para o andamento da saúde, um exemplo é o Plano Diretor de Regionalização (PDR) descrito na Portaria de 5 de 26 de janeiro de 2011, e entendido como instrumento de ordenamento, que atua no planejamento e gestão na área da saúde, de forma objetiva para direcionar e sinalizar com vistas em promover maior e mais adequada acessibilidade dos usuários, além de se constituir como um dos pilares para a estruturação dos sistemas de gestão e organização dos serviços por possibilitar o direcionamento equitativo de implementação das políticas públicas. Traduz o objetivo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em promover a

integração sistêmica de serviços com característica única de formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS), pela atenção contínua integral e do cuidado multiprofissional, com compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Com o entendimento do acesso, em conformidade com as diretrizes, as ações e serviços de Saúde pelas portas de entradas do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade do serviço. Considerando como portas de entrada a atenção primária, atenção de urgências e emergências, atenção psicossocial e especial de acesso aberto. Em suma, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) espelha a organização dos serviços que compõem o SUS do Paraná, sendo oportuno lembrar que pode ser alterado a qualquer momento em que haja habilitação ou desabilitação dos serviços, entrada ou saída de profissionais de saúde e alteração na contratualização ou na gestão do serviço (PARANÁ, 2015, p. 7-10).

Institucionalmente, além de ser amparado por essas normativas, em âmbito nacional, é importante que o NIR seja também regulamentado. No serviço investigado, o NIR está hierarquicamente ligado à diretoria superintendente, em consonância com essas normativas e é amparado por um **regimento interno**, que estabelece sua atuação e define as ações de cada componente da equipe.

Por iniciativa da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, do Ministério da Saúde, foi desenvolvido e disponibilizado, em março de 2018, um manual para implantação deste serviço de gerenciamento de leitos, cujo objetivo é orientar os gestores do SUS e os dirigentes de hospitais gerais e especializados quanto ao processo de implantação e implementação do NIR, em conformidade com essa legislação vigente (BRASIL, 2017).

Destacam-se, nesse manual, aspectos importantes da atuação no gerenciamento de leitos, como realizar o controle interno de leitos, fazer a interação com as especialidades médicas, fazer a interface com a equipe de gestão dos leitos de retaguarda externa, controlar as transferências internas dos pacientes oriundos da admissão, acompanhar a efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de leitos, utilizar critérios de admissão por risco, e monitorar o tempo médio de permanência (TMP) das internações e identificar possíveis inconsistências e suas causas.

Ao desempenhar tais funções, a equipe do NIR se depara com contextos complexos, dinâmicos e contraditórios no interior dos serviços de saúde e em articulação destes com as redes de atenção à saúde, dificultando ou mesmo impedindo a sua operacionalização plena.

Dessa forma, inclusive, em âmbito de Ministério da Saúde, há a necessidade de um manual geral para estabelecer diretrizes e ações de gestão e organização dos serviços, com vistas a aumentar a qualidade da atenção dispensada.

A experiência local de quase quatro anos permitiu conhecer e vivenciar tais aspectos. E, principalmente, reforçar a importância do **apoio institucional** que, não existindo, transforma em letra morta os dispositivos legais existentes. Por outro lado, essa mesma experiência acumulada ao longo desse período é que motiva a seguir o movimento nacional neste tema, de produção de materiais didáticos e educativos ligados ao NIR, foco da presente pesquisa.

## 5.2 IMPLANTAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO NIR

O NIR do hospital investigado iniciou suas atividades em 18 de julho de 2016, a partir da necessidade de buscar ferramentas de gerenciamento, que possibilitassem maior eficiência no uso dos recursos disponíveis, tendo em vista garantirem o acesso à população. Visitas técnicas a instituições, que já haviam instituído o NIR, foram feitas para entender o funcionamento e dar forma ao Núcleo a ser formado. A partir da aprovação do projeto de criação do serviço pela direção do hospital foram iniciados os trabalhos de regulação de leitos ou regulação de fluxos de pacientes.

Inicialmente, o processo de gestão era realizado por duas enfermeiras, em compartilhamento do serviço administrativo com o setor de internação. Priorizava-se a busca ativa dos leitos e apresentar na prática à comunidade interna e externa essa nova ferramenta de atuação dentro do serviço de saúde. Mesmo sem uma estrutura física adequada e permeada por muitas discussões, a gestão foi sendo desenhada, uma vez que o NIR atuava em sala emprestada, contígua ao setor de internação.

As enfermeiras da gestão de leitos eram vistas, naquele momento, como um “faz tudo” no que se referia ao leito, resolvendo problemas cotidianos como a falta física do leito ou de materiais de insumo relacionados. Ainda, era frequente se deparar com questões relacionais com as diferentes equipes de saúde, que ainda não concebiam o papel do Núcleo como importante e assumiam uma postura extremamente defensiva. Esse estranhamento inicial deu vez, posteriormente, ao fortalecimento do vínculo da equipe do NIR com essas equipes, as quais passaram a ter na estratégia de gestão de leitos um canal de comunicação e ajuste de informações e a compreensão mais clara da importância dessa política pública.

Recuperando essa estruturação e implantação do NIR, dois fatos foram inicialmente marcantes nessa trajetória. Demarcado, talvez, como fato inicial da gestão de leitos, a partir do qual o NIR começou a tomar forma, registra-se a argumentação feita junto à equipe de Neurocirurgia para a liberação de um leito. O caso diz respeito a uma paciente que residia cerca de 250 km do hospital e que optou por aguardar internada a chegada de um material de alto custo para um procedimento invasivo. Com uma demora programada de uma semana para a chegada do material, foi necessário avaliar a situação junto à equipe e demonstrar a seriedade do trabalho proposto pela gestão de leitos. A paciente saiu em alta hospitalar e foi acomodada na Casa de Apoio a familiares próxima ao hospital, retornando para internação eletiva tão logo o material estivesse disponível na instituição. Nesse intervalo, foi possível atender quatro pacientes que aguardavam procedimentos eletivos. E, o outro fato marcante, em seu primeiro ano de atuação, foi a participação ativa do NIR em mutirões de cirurgias, como junto à clínica cirúrgica da especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP), quando foi possível zerar a fila de pacientes que aguardavam o procedimento de tireoidectomia.

De acordo com o manual de implantação e implementação do NIR (BRASIL, 2017), recomenda-se uma estrutura mínima para a operacionalização das ações do NIR, composta por um médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social, atuando dentro do serviço hospitalar por 24 horas, sete dias por semana, podendo ser alterada de acordo com a necessidade que possa surgir. O NIR ora analisado, segundo seu regimento interno, é atualmente composto por uma **equipe multiprofissional**, com: um enfermeiro na Coordenação do Núcleo; dois enfermeiros na gestão de leitos e dois auxiliares administrativos para internações eletivas e outras questões concernentes; um enfermeiro na gestão das listas de AIH e um auxiliar administrativo; um enfermeiro e um auxiliar administrativo na gestão do agendamento cirúrgico e demais competências que o envolvem, como: ambulatório de risco cirúrgico consulta pré-anestésica; um técnico de enfermagem para o trabalho de *check-in* e *check-out*; três técnicos de enfermagem para o transporte interno; um técnico de enfermagem para o transporte externo; e, um auxiliar administrativo para gestão de exames externos e a interface com a central de regulação externa.

Nesse sentido, a instituição investiu fortemente em recursos humanos para o NIR, disponibilizando quinze profissionais diretamente ligados ao seu trabalho.

Seu **funcionamento** é de 12 horas diárias, sete dias por semana, sendo que, após às 19:00 horas, a gestão no período noturno é feita pela equipe de técnicos-administrativos do setor de acolhimento do pronto socorro, até que o NIR retome suas atividades pela manhã.

Essa é uma lacuna ainda a ser superada, pois se percebe a necessidade de ampliação da carga horária para atuar nas 24 horas, tanto em atenção ao que preconiza o Manual de Implantação do Núcleo do Ministério da Saúde, quanto para melhorias na continuidade da gestão de leitos e monitoramento com retroalimentação da central externa de regulação. Isso é relevante à medida que se observa que o serviço de gestão de leitos tem sido cada vez mais incorporado culturalmente, por toda a comunidade interna atendida, e tem se tornado uma necessidade imperiosa no cotidiano das 24 horas de atendimento.

Mensalmente são realizadas **reuniões de equipe** para avaliar as ações e propor novas medidas de atuação para gestão, mediante situações de enfrentamento pela superlotação. Por outro lado, o núcleo de regulação, que começou em uma sala emprestada no setor de internação, conta hoje com uma **estrutura física** que agrega muitos outros espaços, destacando-se: uma sala administrativa para internações eletivas e gestão dos leitos, uma sala para o agendamento cirúrgico e liberação de autorização de internação hospitalar (AIH), uma sala para o *check-in*, uma sala de espera para os pacientes, uma sala para o transporte interno e externo, e um consultório para as consultas pré-anestésicas.

### 5.3 PROCESSOS DE TRABALHO DO NIR

Definição de fluxos e protocolos, intersetorialidade, trabalho em equipe multiprofissional, esforço colaborativo, comunicação, solidariedade, conhecimento técnico científico, racionalidade, entre muitos outros conceitos e práticas se encontram no trabalho desenvolvido pelo NIR. Como resultados, maior eficiência e eficácia, integralidade do cuidado, resolutividade, atendimento às necessidades dos usuários do serviço com menor risco agregado, entre outros.

Um grande desafio, no cotidiano hospitalar, é dar visibilidade a todos esses resultados. Por isso, definir alguns eixos de atuação e ações propositivas é crucial nesse sentido, de modo que a organização, gestão e avaliação dos processos de trabalho devem ser focados e direcionados aos problemas prioritários. Entre os inúmeros processos de trabalho organizados, decidiu-se investir em pequenas melhorias estruturais considerando que o objetivo maior do trabalho, em um primeiro momento, seria reduzir a permanência hospitalar para que um número maior de usuários pudesse ter acesso aos leitos de internação. Seguem exemplos dessas melhorias ao longo dos quatro anos de existência do NIR.

Um primeiro ponto, extremamente importante, é que o Núcleo Interno de Gestão de Leitos faz a **interface com a Central Externa de Regulação (CER)**, conforme preconiza o

Manual de Implantação que pactua com a Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de regulação deste serviço, atendendo a expectativa do acesso e contrarreferência. No decorrer da construção deste serviço se percebeu a princípio certa resistência na intermediação pelo NIR com a Central Reguladora que anteriormente fazia o contato direto com o residente médico, o qual não tinha como requisito a preocupação das condições para o acolhimento correto para a transferência.

Ainda hoje são recebidos pacientes em outras duas modalidades de acesso, como vaga de acesso em que o usuário é transferido em função de o serviço dispor da especialidade necessária para a integralidade do cuidado, nesta condição a interface com a Central possibilita a negociação desta transferência em momento mais oportuno ao atendimento requerido. No entanto, há também a chamada vaga zero, em que o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) fazem a transferência ao serviço independente do panorama das portas de entrada do atendimento hospitalar.

É responsabilidade do NIR atualizar diariamente a CER sobre as condições para disponibilidade de leitos e a estratificação dos leitos das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), como responder as demandas de transferências, que possibilitam aceite ou negativa dos casos apresentados em tela compartilhada.

A interface com a Central regula, de forma mais ordenada, o acesso ao serviço e possibilita a reorganização do fluxo na porta de entrada que são os prontos-socorros. O maior benefício dessa atuação pelo Núcleo é a previsibilidade de vários casos com encaminhamento e contrarreferência de forma adequada, além da corresponsabilidade com a equipe médica para o desfecho apropriado caso a caso. Em contrapartida, persiste a dificuldade com médico regulador em avaliações incompletas para o atendimento na alta complexidade de casos encaminhados com características e de modalidade para serviços hospitalares de menor complexidade, atenção primária e que, em sua grande maioria, poderiam ser resolvidos na origem (serviço que solicita a transferência) e ou encaminhados para atendimento ambulatorial.

A partir da experiência do NIR, pode-se inferir que uma das áreas assistenciais fortemente impactadas por sua atuação vem sendo a **assistência cirúrgica**. Agenda cirúrgica, ambulatório de risco cirúrgico, ambulatório de consulta pré-anestésica e agendamento cirúrgico foram alguns dos eixos trabalhados.

A partir da necessidade de reajustar os processos de trabalho referentes à agenda cirúrgica foi criado o serviço de pré-operatório, em outubro de 2016, em que os pacientes são

admitidos no serviço pré-operatório e encaminhados diretamente à sala operatória e, somente após a realização do procedimento, é que o leito hospitalar é disponibilizado para o mesmo. Tal procedimento permite atendimento para um maior número de pacientes.

Outra estratégia para melhorar o fluxo de atendimento e acesso foi a criação do ambulatório de risco cirúrgico, que dispunha anteriormente de dez consultas semanais e foi ampliada para sessenta consultas semanais, com a realização de exames pré-operatórios em um número maior de pacientes sem a necessidade de internação hospitalar. Dessa forma, pacientes ambulatoriais, que necessitam de procedimentos cirúrgicos, são previamente agendados pelo NIR para coleta de exames, eletrocardiograma, radiografia de tórax e consulta com cardiologista no setor de eletro imagem do Ambulatório de Especialidades. Para isso, foi viabilizado o agendamento eletrônico das consultas, bem como a disponibilização do laudo do risco cirúrgico que também ocorre via sistema informatizado. Tudo isso contribui para o processo da checagem das condições clínicas para o agendamento cirúrgico e diminui o cancelamento de procedimentos por condições clínicas inadequadas ou falhas e falta de informações necessárias.

Nessa mesma direção foi criado o **ambulatório de consulta pré-anestésica**, com o objetivo de garantir o acesso aos pacientes à consulta com anestesista no pré-operatório sem precisar estar internado, exceto para pacientes que venham a ser submetidos a procedimentos de alta complexidade e que requerem internação com 24 horas de antecedência ao procedimento. Ainda, o NIR presta assessoria a dois ambulatórios de consulta contíguos a ele, com a colaboração de estagiários da graduação em enfermagem, como uma das estratégias de promover melhor escoamento nas listas de espera por procedimentos cirúrgicos das equipes de Cirurgia do Aparelho Digestivo (CAD) e Ginecologia (GO).

O **agendamento cirúrgico**, por sua vez, teve início das suas atividades em novembro de 2018, com o intuito de reduzir as suspensões de cirurgias eletivas. Para tanto, faz a gestão das reservas em relação à estrutura cirúrgica disponível, tais como: sala operatória, materiais, medicamentos, órteses e próteses, equipamentos e recursos humanos, assim como também realiza a checagem dos pré-requisitos documentais, como risco cirúrgico, exames pré-operatórios, laudos de autorização e reorientação um dia anterior à cirurgia das informações necessárias quanto ao preparo e condições para jejum diretamente com o paciente por contato telefônico, para que todos estes pré-requisitos estejam contemplados no ato da internação, quando se tratar de cirurgia eletiva.

Um grande desafio incorporado às atribuições do NIR é referente à **fila de espera** por cirurgias, que atualmente ultrapassa o número de 7.500 pacientes. Periodicamente, faz-se por

meio do NIR a atualização dessa lista, em âmbito do serviço de saúde, mediante contato telefônico com os pacientes, o que demanda esforço e tempo extra, considerando-se a dificuldade em atualizar e localizar os pacientes mais antigos, principalmente. São vários os fatores que contribuem para a estagnação da fila. Cita-se, por exemplo, o fato de o hospital ser de ensino e, por conseguinte, contar com equipes cirúrgicas formadas, majoritariamente, por docentes, os quais possuem a disponibilidade de 20% de sua carga horária para a assistência, o que inevitavelmente se mostra insuficiente para atender a demanda por cirurgias do SUS ao hospital. Ainda, uma mudança necessária na prática da emissão de Autorização para Internamento Hospitalar (AIH) sem programação cirúrgica prévia, o que denota a importância de educação em serviço para médicos técnicos, residentes e docentes, com investimentos internos para tal ação.

Por outro lado, de acordo com o Relatório de Gestão, essa fila com 7.500 pode não representar o tamanho real da demanda, pois muitos pacientes têm mais de uma AIH para o mesmo procedimento em outros hospitais e/ou podem ter sido operados em outras instituições, além de outros fatores como cancelamento por não querer mais operar ou existência de comorbidades, que impeçam a abordagem cirúrgica. Nesse sentido, há proposta da 17ª Regional de Saúde em centralizar a fila de espera por cirurgias dos hospitais conveniados ao SUS, de Londrina, no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), o que presumivelmente contribuiria para uma maior eficiência na gestão interna. Já é responsabilidade do CISMEPAR ordenar, de forma mais equânime, o atendimento nos ambulatórios por consultas especializadas, de acordo com a complexidade e de maneira oportuna, ordenada e eficiente. Uma melhor gestão centralizada da fila de espera por cirurgias, com o uso de ferramentas de gestão e informatização, poderia impedir duplicidade nas solicitações e ordenar o acesso à cirurgia com redução do tempo de espera.

Quanto à atenção na **assistência clínica**, o NIR faz a gestão de leitos para previsibilidade de novas internações, o que envolve o gerenciamento de leitos em atenção a todas as clínicas. Nesse sentido, são inúmeras as ações cotidianas desenvolvidas.

Há, por exemplo, o manejo e monitoramento de pacientes clínicos que requerem leitos de isolamento, com em caso de suspeita ou confirmação de tuberculose, herpes zoster e outras doenças transmissíveis que desses necessitem, com monitoramento de exames e articulação com as clínicas pertinentes. Também é realizada a verificação diária na instituição de todos os pacientes internados que aparecem no sistema gestor como precaução por micro-organismos e que requerem leito específico de precaução, como nos casos de resistência aos

carbapenêmicos (CR) ou resistentes à polimixina (PR), cultura resistente relacionada aos sistemas respiratório, urinário, tecidos e em nível sistêmico.

Considerando a atual pandemia causada pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2, a chamada COVID-19, o NIR tem participação ativa na elaboração de protocolos de atuação na instituição, desde o advento da pandemia no Brasil, em março de 2020. De acordo com Boletim Epidemiológico nº 7, de 06 de abril de 2020, em avaliação da gravidade do impacto sobre a saúde pública acerca da doença, o Ministério da Saúde tem feito o monitoramento de leitos hospitalares da rede pública e privada, conjuntamente com gestores dos Estados, Distrito Federal, municípios e instituições privadas, na busca por alinhar medidas de forma oportuna, que garantam que o sistema de saúde tenha funcionamento pleno diante desse advento e com segurança (BRASIL, 2020).

Em âmbito local e regional, a 24ª Promotoria de Justiça de Londrina dispôs sobre o fluxo hospitalar firmado pela Secretaria Estadual de Saúde, do Estado do Paraná, em que a cidade de Londrina, que é sede da Macrorregião Norte de Saúde, composta por 97 municípios, é referência para atendimento (PARANÁ, 2020). Esse atendimento envolve os casos de infecção por COVID-19 em qualquer nível, suspeitos ou confirmados, moderados ou graves, tendo como referência o Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina.

Em tal contexto, a atuação do NIR se destaca com o monitoramento diário dos casos suspeitos ou confirmados de infecção pela SARS-CoV-2, no tocante aos resultados de exame, movimentação interna e acompanhamento em *round* específico com equipe médica do pronto-socorro e profissional médico da equipe de moléstias infectocontagiosas, que é o profissional responsável em deliberar sobre coleta de exames, disponibilidade de leitos de isolamento e altas hospitalares. Além do monitoramento dos leitos de UTI para os casos graves, o NIR também é responsável pelo acompanhamento e articulação com a auditoria municipal sobre os dados da COVID-19, por ser referência para todos os casos, tanto no município de Londrina quanto em região sanitária de abrangência.

Outras ações do NIR envolvem acompanhamento de pacientes oncológicos, para estadiamento com monitoramento para viabilidade de exames específicos; o monitoramento por meio do *round* multidisciplinar sobre antibioticoterapia, exames externos, questões sociais com parceria ao serviço social quanto à oxigenoterapia domiciliar, encaminhamento para casas de apoio terapêutico ou asilos a pacientes institucionalizados; e, o monitoramento de leitos clínicos em pacientes de alta dependência que requerem uma atenção do serviço social, articulação com enfermeiros assistencialistas na supervisão de treinamento familiar e casos de judicialização.

Há, ainda, algumas especificidades de atuação quanto aos leitos pediátricos e obstétricos. Quanto aos leitos pediátricos, o NIR procura atender a critérios técnicos específicos sobre monitoramento de culturas e precauções no que se refere às acomodações e disponibilidade de leitos, atendendo também as altas da UTI pediátrica e as doenças respiratórias; e, inclui o monitoramento de pacientes de longa permanência, ou seja, com mais de 90 dias de internação, bem como questões sociais e jurídicas, a exemplo do acompanhamento de "pacientes moradores" dentro do setor pediátrico da instituição. No caso dos leitos de obstetrícia, ocorre o monitoramento de altas e a articulação com a central externa de regulação, uma vez que a instituição é referência para gestação de alto risco. Destaca-se a preocupação quanto a acomodação em leitos distintos fora da maternidade, como em leitos clínicos ou cirúrgicos, em casos pontuais de óbito fetal e que requerem maior permanência hospitalar. Dessa forma, busca-se o acolhimento ao puerpério imediato após a perda do filho, evitando que a puérpera compartilhe o leito até a sua alta com outras mães que permanecem em alojamento conjunto.

Quanto ao caráter coletivo do trabalho do NIR, este se expressa no diálogo e interação com profissionais de diferentes áreas, requerendo a sua participação, conforme as necessidades identificadas. O **trabalho em equipe**, portanto, permeia cotidianamente a atuação da equipe do NIR, sendo esta a sua própria natureza e constituição, inclusive.

Com ênfase assistencial, o **round multidisciplinar** acontece em forma de reuniões à beira leito para discussão e delimitação de ações de pontos relevantes, como questões clínicas e sociais de pacientes e familiares atendidos. Revela-se uma dinâmica importante, auxiliando no compartilhamento de decisões, com foco na avaliação de problemas, dando subsídios para segurança do paciente, qualificando a assistência, tanto nas unidades de internação quanto no pronto-socorro. O NIR conta, atualmente, com a parceria do serviço de assistência social e seu papel é de extrema importância no acompanhamento dos pacientes internados até a alta, principalmente nos casos de longa permanência, o que tem contribuído em muito para a enfermagem do NIR quanto ao desenvolvimento de um plano para a gestão de alta hospitalar.

Assim, esse *round* multidisciplinar tem sido um instrumento importante no ajuste de informações, de acolhimento e na liberação de altas, sempre pautadas na alta segura. A importância desse tipo de abordagem tem sido documentada em literatura, demonstrando melhorias na atenção, de modo que, quando os profissionais de saúde trabalham em conjunto, os resultados envolvem menor tempo de internação e maior índice de satisfação com os serviços de saúde. Segundo Fossi (2004), essa equipe não deve ser pré-organizada, pois tem sua formação centrada nas necessidades da pessoa atendida, e a demanda dessa pessoa que

fará com que os profissionais se integrem, querendo satisfazer suas necessidades globais e proporcionando seu bem-estar.

De acordo com Rodrigues (2013), o NIR é uma ferramenta de gestão essencial aos serviços de saúde, pois contribui positivamente no problema da superlotação dos prontos-socorros e na agenda cirúrgica. E, é também essa característica de gestão que evidencia o quão é primordial o trabalho da enfermagem dentro desse pelo seu potencial de liderança e de adaptação a situações adversas. Silva (2019) alerta para o fato de que, mesmo com todas as inovações tecnológicas para o setor da saúde, o componente humano para o exercício do cuidado ainda é o insumo mais importante. Por isso, o profissional de enfermagem, ainda com todas as adversidades da profissão, é a figura marcante em todos os processos de um atendimento. O autor ressalta a relevância de debater sobre sua formação, suas funções, suas condições de trabalho e seus rumos de forma intrinsecamente ligados ao SUS, bem como o quanto o resultado de seu trabalho pode aprimorar o compromisso com a saúde da população brasileira.

Todo esse movimento relacional complexo e interativo exige atenção especial a um **sistema de informações** sobre o gerenciamento de leitos. Sobre isso, a primeira estratégia adotada foi uma planilha em Excel, semelhante ao método Kanban, o que a princípio orientava a busca ativa em prontuário físico quanto aos fatores que impactavam para alta hospitalar e/ou longa permanência. Conforme Moura (1994), Kanban é uma técnica japonesa de gestão de materiais e de produção no momento exato (*Just-in-Time*), que é controlado por meio de movimento de cartão Kanban. Inicialmente, esse sistema de gestão baseado em cores serviu para construção do sistema de informações referentes à gestão de leitos. Em um segundo momento, em parceria com o departamento de informática do hospital, foi criado um ícone de tela com as principais atividades do hospital importantes para o NIR, que passou a demonstrar, em tempo real, informações sobre o status de cada paciente referente a exames e procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico. Ainda, possibilitou gerar relatórios com histórico de transferências e acompanhar a movimentação dos leitos para uma previsibilidade de novas ocupações.

Outro meio comunicativo que tem se mostrado muito rápido e eficaz é o **aplicativo no telefone** com grupos específicos. Há o grupo de clínicas, em que há o compartilhamento de informações acerca de possíveis altas futuras, internações não programadas, ajuste de informações e fortalecimento da parceria com a equipe médica e de enfermagem. E, com a equipe de governança do serviço de Hotelaria Hospitalar, cuja limpeza concorrente e terminal é feita por empresa terceirizada, com melhoria no tempo e entrega do leito pronto em

aproximadamente 30 minutos. Esses são exemplos práticos do uso dessa ferramenta na gestão de leitos, seja enquanto um canal de aproximação das equipes multiprofissionais ao NIR, quanto para alinhar informações sobre liberação e higienização dos leitos, para agilizar internamentos e altas hospitalares.

De acordo com Paganini (2019), a utilização das mídias sociais representa também uma enorme mudança no cenário da comunicação. Afirma, ainda, que os profissionais de saúde se utilizam desta ferramenta a fim de beneficiar os pacientes na resposta para suas demandas, bem como aprimorar as redes multiprofissionais e facilitar a compreensão dos fatores individuais e contextuais relacionados à saúde pública e que o uso do WhatsApp por profissionais da saúde já é uma realidade mundial.

Outro eixo importante de ação do NIR e que compõe o conjunto de ferramentas de gestão do leito é a oferta de **serviços de entrada e saída** dos usuários do serviço de saúde, ou seja, o acolhimento na admissão, por meio do *check-in*, e a alta hospitalar, por meio do *check-out*. O *check-in* é um serviço que funciona de segunda a sexta-feira, com uma carga horária de 8 horas, em que o paciente é integralmente acolhido no serviço. Após a internação, ele é encaminhado para a sala de *check-in*, em que são verificados os sinais vitais e, por meio de folder, são fornecidas as orientações sobre normas e rotinas da instituição, prevenção de infecção, segurança do paciente, entre outras. Nessa ocasião, caso o paciente seja cirúrgico, ele é reorientado sobre o termo de consentimento informado e é coletada a sua assinatura. Além disso, são entregues os formulários de pesquisa de satisfação do usuário e ouvidoria interna, e o paciente é orientado sobre seu preenchimento. O serviço de *check-out*, por outro lado, faz o reforço das orientações de alta e funciona no mesmo horário do *check-in*. Esse serviço se destina a abordagem do paciente de alta, a partir de um *checklist* para verificar se o mesmo recebeu todas as orientações relacionadas à alta (receituário médico, medicamentos, cuidado e retorno), bem como são checados os documentos entregues ao paciente, como relatórios médicos e atestados.

Esta ferramenta de gestão é muito importante, pois contribui para o planejamento da alta hospitalar segura. No entanto, o trabalho do *check-out* é estritamente relacionado à parte documental da alta hospitalar, em âmbito institucional, sem contato direto ou um sistema de informação com outros serviços de saúde nas diferentes redes de atenção. Essa relação ocorre de outras formas, como o cadastro de contrarreferência no sistema gestor realizado pelo profissional médico; o impresso de preenchimento exclusivo do enfermeiro assistente das unidades de internação, com informações pertinentes e importantes para devolução à rede de atenção de pacientes de alta dependência no momento da alta hospitalar; ou, o impresso de

encaminhamento com preenchimento exclusivo do profissional do serviço social, além de comunicação direta feita entre os serviços de saúde, sempre que necessário por esse profissional.

Outra atividade diz respeito ao **sistema de transporte** de pacientes. O **transporte interno** funciona com carga horária de 13 horas diárias, de segunda a sexta-feira, e carga horária de 6 horas no período da manhã nos finais de semana. Esse serviço é responsável pelo transporte para o leito de pacientes eletivos e, também, pelo transporte de pacientes das unidades para o bloco cirúrgico. O tempo entre o acionamento do serviço interno e o transporte de pacientes do centro cirúrgico para as unidades ocorre em média de 50 minutos, pois as saídas de altas do centro cirúrgico ocorrem simultaneamente à entrada dos próximos pacientes cirúrgicos, aos quais é dada a prioridade nos horários de maior demanda. Já o **transporte externo** funciona de segunda a domingo, das 8 às 17 horas. Destina-se ao encaminhamento de pacientes internados para atendimentos no Ambulatório de Especialidades do próprio hospital, que dista 12 km deste, ou para a realização de exames e procedimentos terapêuticos não disponíveis na própria instituição, tais como: ressonância magnética, terapia hiperbárica, cintilografia, entre outros. Ainda, para transferências para outras instituições e, eventualmente, para encaminhamento de alta de pacientes que não possuem condições de ir para casa por meios próprios, pois o município de Londrina apresenta lacunas em sua estrutura logística para atender a esta última demanda de modo satisfatório.

Ressalte-se que o agendamento de exames e procedimentos externos para pacientes internados, como os citados anteriormente, é uma atividade recentemente incorporada às atribuições do NIR. Tem como objetivo garantir maior agilidade ao apoio diagnóstico para o processo terapêutico proposto e viabilizar uma alta mais segura, cuja viabilização e efetivação têm garantido menor tempo de permanência aos pacientes internados no hospital em estudo.

#### 5.4 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

Todos os aspectos já apresentados, em certa medida, representam potencialidades do trabalho desenvolvido pelo NIR. Soma-se a isso o fato de que, em apenas seis meses após a sua implantação, já tenha sido possível observar impactos positivos em diversos indicadores hospitalares, os quais não serão abordados no presente estudo, haja vista estar sendo desenvolvida pesquisa concomitante sobre os mesmos. No entanto, o relato de experiência desse processo traz à tona inúmeros exemplos positivos da atuação do NIR e, enquanto objeto

de estudo, a experiência demarca uma fonte inesgotável de sentidos e possibilidades passíveis de análises, tanto para os pacientes quanto trabalhadores em saúde.

Exemplificando: com a atuação do NIR foi possível interferir, positivamente, na alocação de pacientes advindos do ambulatório e que estagnavam no pronto-socorro, sendo que o núcleo trabalha, atualmente, na previsibilidade desta acomodação, além de atuar no pronto-socorro de forma efetiva para evitar a superlotação e monitoramento do cumprimento de protocolo específico na definição de cuidados clínicos para os casos atendidos, que demandem maior tempo de internação. Ainda, referente às transferências entre leitos, o NIR possibilita aos gerentes das áreas planejar os recursos humanos para uma assistência qualificada, conforme a complexidade de tratamento dos pacientes. E, com o *round* multidisciplinar, o Núcleo atua nas conversações e alinhamento das transferências entre o pronto-socorro e as unidades de internação, em parceria direta com o serviço de hotelaria, todo repensado a partir da atuação do NIR, de modo a disponibilizar o leito para condições de uso em um menor tempo possível.

Considerando alguns fluxos administrativos, o planejamento de internações eletivas, com procedimentos solicitados e liberados corretamente, tem evitado a glosa quanto ao faturamento pelo setor de convênios. Ao mesmo tempo, a gestão de exames externos ocorre mediante o monitoramento de cumprimento ao que está contratualizado com os serviços suplementares, evitando mobilização de pacientes e uso de recursos desnecessários. Na atenção de alta complexidade, o NIR atua na regulação do fluxo de pacientes, transferências e altas das UTI, para dispor mais rapidamente de leitos nesse setor e garantir, por exemplo, a realização de cirurgias que demandem assistência pós-operatória em UTI. Essa ação foi determinante para reduzir o cancelamento de muitos procedimentos. Além disso, o trabalho do Núcleo também favoreceu positivamente as demais atividades do bloco cirúrgico, pois com sua intervenção, diminuíram sobremaneira as demandas reprimidas desta unidade, o que mobilizava repensar a assistência em todos os seus aspectos, inclusive no acolhimento, pois a sala operatória passou a representar um leito hospitalar para essa demanda específica.

Nesse sentido, todas essas ações, entre outras, convidam para uma reflexão quanto ao significado ampliado de um leito hospitalar. No quantitativo de leitos, quando comparado com a taxa de leitos por mil habitantes, o Brasil parte em desvantagem aos demais países, que possuem um sistema público universal de saúde como é o nosso, tais como: França, Reino Unido e Canadá. Sua taxa é inferior, conforme a figura 1, sendo que o Brasil mantém 1.95 frente a 5.98, 2.54 e 2.5 dos demais países, respectivamente (BATTAGLIA; VERSIGNASSI; JUKRAUSS, 2020).

Ora, essa oferta insuficiente acompanha uma tendência mundial de redução de leitos, mas também e, principalmente, resulta do histórico subfinanciamento e atual desfinanciamento de Governos brasileiros no setor da saúde (PIRES, 2017). Tal insuficiência dificulta ou impossibilita o acesso dos usuários aos serviços de saúde e à assistência certa, no momento certo e no lugar certo. Com isso, muitos brasileiros vivenciam a realidade dramática da falta de acesso a um leito, o que pode determinar quem vive e quem morre. Um leito pode salvar vidas! Essa realidade se revela ainda mais visível e dramática, no Brasil, por conta da atual pandemia da COVID-19 que, demandando especialmente leitos de UTI para pacientes graves, já contabilizou 24.512 óbitos e 391.222 casos confirmados, no curto espaço de tempo de 17 de março, quando houve o primeiro óbito, até 26 de maio de 2020, segundo levantamento do Ministério da Saúde (VALENTE, 2020). Situação agravada, em muito, ao considerar também as complicações decorrentes da agudização das condições crônicas, que afetam um percentual significativo da população brasileira e que já vinham requerendo grande volume de leitos e cuidados especializados (MENDES, 2012).

No micro contexto hospitalar, o NIR surge dessa problemática, em que a falta de leitos acarreta pronto-socorro superlotado, com pacientes internados pelos corredores, com excessiva ocupação dos leitos de observação, além da comunicação ineficaz com outros serviços das redes de atenção à saúde e, mesmo, entre setores e serviços internos. E, esse emerge como uma proposta inovadora de gestão, com vistas à otimização de leitos hospitalares, em resposta a um cenário de exigência orçamentária restritiva, porque não se trata de ampliar ou criar novos leitos, mas de gerenciar melhor a infraestrutura existente. A gestão de leitos está respaldada em políticas e portarias do MS e é uma ferramenta que está em consonância com o que é preconizado na Constituição brasileira, a qual declara a saúde como direito de todos e dever do Estado. E, em consonância com a Política Nacional de Saúde, por meio das diretrizes do SUS, que visa regular o acesso à saúde, de modo a aprimorá-lo e qualificá-lo.

Para os usuários dos serviços, essa amplitude legal e operativa do NIR dá concretude ao significado da disponibilidade desse leito hospitalar. Cite-se, por exemplo, os esforços ante uma fila de espera prolongada por cirurgia, com aproximadamente 7.500 pessoas, conforme mencionado anteriormente, em como a falta de acesso à cirurgia, por vezes justificada por falta de um leito hospitalar, pode impactar na qualidade de vida dessas pessoas. No aspecto físico, a patologia cirúrgica não tratada pode evoluir trazendo complicações e, eventualmente, óbito. No aspecto psicológico, o desgaste emocional oriundo do problema de saúde não resolvido pode gerar sofrimento, frustração, descrença, impotência, entre outros problemas

que afetam a saúde mental. E, ainda, no aspecto econômico, a evolução da patologia cirúrgica, pela eventual ocorrência de dores, imobilidade, que pode levar o indivíduo à impossibilidade de trabalhar, além de ter que custear seus medicamentos (TOSTES, 2016).

A implantação do NIR, portanto, beneficia a população na medida em que o acesso aos serviços de saúde é proporcionado de forma mais ordenada, por meio da adequação do fluxo, otimização dos leitos, controle do tempo de permanência e alta segura, evitando-se as filas, prevenindo a superlotação da porta de entrada, a qual não tem a infraestrutura para atender as necessidades de cuidado e assistir de forma integral o paciente, garante o atendimento ao usuário em tempo oportuno, levando-se em consideração a sua necessidade de saúde.

Aos trabalhadores, igualmente, desenham-se muitas vantagens decorrentes da centralização da gestão de leitos, tais como: o atendimento humanizado com acolhimento pela disponibilidade do leito e processos de trabalhos organizados com ganho na qualidade da assistência, que diminuem as filas e agilizam as internações.

Destaca-se, enquanto trabalho no próprio NIR, o protagonismo dos profissionais de enfermagem. É esse composto por equipe multiprofissional, mas majoritariamente por membros da equipe de enfermagem, com cinco enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem atuantes em diferentes tarefas, além de cinco auxiliares administrativos, totalizando quinze membros.

Resgatando a trajetória percorrida e conquistas obtidas durante três anos desde a sua criação, constata-se a importância de investimentos na composição da equipe do NIR, com a delimitação de atribuições, conforme a natureza das ações necessárias. Todo esse aprendizado permite inferir que a gestão interna de leitos é, ainda, uma atividade em construção.

E, como tal, pode ser considerada um campo inovador de atuação para enfermeiros, pois demanda a realização de práticas cotidianas dessa categoria profissional. Práticas que se apoiam em suas competências gerenciais, uma vez que o NIR é uma ferramenta de gestão; nas assistenciais, estabelecendo-se o diálogo sobre a situação de saúde entre pares para direcionamento das ações assistenciais mais adequadas, definição de fluxos, entre outros; e, de pesquisa, uma vez que é fundamental a análise de indicadores, como tempo de permanência, tempo de espera, taxa de ocupação, entre outros aspectos que possam nortear as ações do NIR, inclusive, o presente estudo de análise do seu próprio processo de implantação (RODRIGUES, 2015).

O gerenciamento de leitos proporciona ao enfermeiro a oportunidade de desenvolver habilidades e aprender novos saberes. À medida que a essência do cuidar se pauta na

sistematização da assistência de enfermagem, esse profissional se reveste de um constante vir a ser, assumindo novas funções e desafios que ampliam sua visibilidade e o fortalecimento de sua identidade profissional.

Ainda, outra potencialidade evidenciada é, ao elencar pontos importantes sobre a implantação do NIR, a capacidade de estabelecer o diálogo entre a experiência descrita, singularizada e problematizada com os saberes científicos e elementos que compõem o sistema de saúde, especialmente, com dados de uma determinada realidade locorregional. Ao considerar os resultados dessa implantação e as lições aprendidas antes, durante e depois de estruturado o saber sobre a experiência, explicitam-se fortalezas, avanços, contradições e lacunas que precisam ser ainda superadas. As lições aprendidas, bem como a elaboração de um material educativo específico podem subsidiar gestores, serviços de saúde e profissionais da saúde, que pretendam iniciar este processo de implantação do NIR. Cumpre-se a finalidade de contribuir com a produção do conhecimento nesta área.

Por outro lado, quanto às fragilidades, destacam-se quatro pontos a partir da experiência vivenciada no NIR. Primeiro, a falta do profissional médico na equipe do NIR. Em situações que requerem a intervenção médica se conta com a parceria da diretoria clínica. Além da atuação no processo gestor da coordenação do NIR, a presença desse profissional seria de grande relevância dentro do serviço, pois este poderia atuar na visita aos pacientes das clínicas e na discussão dos casos com os médicos residentes e docentes, otimizando e qualificando a gestão clínica. Acredita-se que a escassez de recursos financeiros seja um fator preponderante nesse aspecto e, embora ainda seja possível trabalhar questões clínicas pertinentes a este profissional com o auxílio da diretoria clínica, a presença do médico é de fundamental importância para melhorar a prática da gestão clínica, o que certamente contribuirá para maior celeridade dos processos da assistência e das discussões relativas aos leitos de retaguarda nas UTI do serviço.

Segundo, é que o NIR investigado não possui protocolo de contrarreferência após a alta hospitalar, situação também identificada em literatura. Cavalcanti (2018) refere que a precariedade da referência e contrarreferência não é exclusiva apenas no Brasil, mas que envolve conflitos na história clínica, que perpassam por disputas de saberes e consequente desorganização e desarticulação entre os níveis assistenciais. Há vários fatores que influenciam a baixa utilização ou inexistência de protocolos para encaminhamento ou pactuações de fluxo, como a desorganização da rede de serviços, a ausência de comunicação e de uma postura colaborativa entre os profissionais da rede. Os resultados são muito negativos, como não monitoramento das referências dos profissionais da atenção básica para

especializada, cobertura de serviço de forma imprecisa com falta de monitoramento e critérios aleatórios e desatualizados na avaliação, fragilidade na disponibilização de indicadores de resultado e de recursos humanos, epidemiológicos e operacionais, entre outros. O autor conclui que todos esses desafios devem subsidiar uma agenda estratégica para que gestões das regulações busquem pactuar ações, que favoreçam a maior oferta de procedimentos especializados (CAVALCANTI, 2018).

Nesse sentido, mais uma vez é possível reiterar o protagonismo do profissional enfermeiro nessa intermediação entre os diferentes serviços e níveis de atenção, estando este habilitado para atuar na coordenação do processo de gerenciamento de leitos, embasado em sua competência técnica e gerencial. Sendo o NIR um órgão ligado hierarquicamente à direção das unidades hospitalares públicas e conveniadas ao SUS e composto por equipe multiprofissional, o enfermeiro pode desenvolver diversas competências, nas quais inclui agir em interface com a equipe de emergência após avaliação médica do paciente elegível para ocupar leitos internos e externos, auxiliar a equipe na definição, avaliação e priorização dos pacientes elencados para os leitos disponíveis, tanto interna quanto externamente. Compete-lhe, ainda, a interação junto com a central de leitos e unidades de internação com vistas à gestão plena dos leitos disponíveis. Tais prerrogativas se encontram fundamentadas em dispositivos legais (COREN/SP, 2016), considerando-se a atuação do enfermeiro na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde humana, tendo autonomia em consonância com preceitos éticos e legais, bem como seguindo regramento próprio consubstanciado na Lei do Exercício Profissional, no seu decreto regulador e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Terceiro, mudanças significativas na forma de vínculo dos trabalhadores com a instituição, eminentemente, pautada pela terceirização de recursos humanos. A terceirização já é uma realidade estabelecida dentro deste serviço, em diversas áreas, como o serviço de nutrição e dietética, serviço social, transporte, enfermagem, entre outras. Trata-se de uma forma que o serviço público tem encontrado para dar continuidade ao acesso à saúde, mas que também denota como a falta de recursos e investimentos têm produzido mudanças na reestruturação de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. De acordo com Martins (2013), a reestruturação dos sistemas produtivos e a globalização são fatores importantes que têm relação direta sobre os direitos sociais básicos dos trabalhadores. O que, no Brasil, país em que a consolidação dos direitos sociais ainda não se estabeleceu de fato, acentua a desigualdade na relação capital trabalho e dificulta o acesso ao trabalho.

A autora ainda abre discussão para reflexão da necessidade de ampliação de novas formas de institucionalização das relações de trabalho para garantir a equidade e o direito ao trabalho. Pondera sobre a regulamentação no trabalho, um movimento que surgiu a partir das décadas de 1980 e 1990, o que em um primeiro momento aconteceu, de forma contraditória, por fatores econômicos ligados à globalização e sociais como a marginalização da população menos escolarizada. O que, a partir da década de 1990, passou a seguir a direção das reformas estruturais e trabalhistas, aliado ao crescimento desordenado do setor terciário, aumento dos níveis de desocupação e desemprego expressivo e da informalidade nas relações de trabalho, perda na qualidade dos postos de trabalho e a estagnação relativa dos rendimentos médios oriundos do trabalho.

Faz referência de que esta desregulamentação atingiu também o setor público por meio da flexibilização do Regime Jurídico Único (RJU), que normatiza as contratações no setor público, instituído pela Constituição Federal, de 1988. E que, entretanto, as reformas do Estado, além da reforma Administrativa e Gerencial com o objetivo de delimitar e reduzir seu papel trouxe a flexibilização para o setor público com mudanças na Constituição Federal pela quebra do Regime Jurídico Único (RJU) através de Emenda Constitucional nº 19/1998 que, apesar de resguardar os princípios de direito adquirido, provocou mudanças de grande impacto no setor da saúde, como a privatização e terceirização de serviços, limitação com gastos de pessoal e a não realização de concurso público pelo Governo Federal, que foram fatores que influenciaram para o crescimento informal de trabalho em saúde acarretando prejuízos ao trabalhador. Embora a flexibilização trouxesse ônus à classe trabalhadora do serviço público, observa-se que ainda é latente uma postura de descomprometimento de muitos com o serviço público, apoiados na estabilidade do servidor.

Na prática, o que se percebe é a perda de conquistas anteriormente garantidas pela Constituição Federal, e o que todas essas transformações trazem ao cotidiano geram queda na qualidade da atenção, divisão de classes e enfraquecimento das categorias.

De acordo com Souza (2010, p. 340):

Diante de todo este contexto, o que presenciamos é uma falência do setor público de saúde, com um funcionamento precário, predominando ora a ociosidade pelas péssimas condições de trabalho, ora um atendimento massivo com pouca resolutividade, não atendendo as demandas da população. O crescente obstáculo contra a efetivação de um sistema de saúde público vem sendo representado pela manifestação de interesses corporativos do empresariado da saúde que tornaram hoje a saúde um campo fértil para a privatização e obtenção de lucro. A expansão desta lógica mercantil compromete frontalmente a organização e estruturação do trabalho em saúde, representando um deslocamento de sua real função no serviço público. Temos que considerar que a atenção à saúde é uma atividade complexa que mantém

seu caráter de intensiva e crescente utilização de força de trabalho com perfil de significativa especialização. Esta atividade exige a atuação de diversos agentes que agregam diferentes formas de organização do processo de trabalho, de uso de tecnologias, de espaços e ambientes de trabalho e de formas de interação com os usuários.

Por conta desta política pública de saúde deve fazer parte da agenda no gerenciamento de leitos o treinamento continuado da equipe e sensibilização das unidades de assistência sobre a repercussão da gestão baseando-se na importância e abrangência das ações desenvolvidas por este serviço, quanto à satisfação do usuário interno e externo.

Além da avaliação dos dados e indicadores com fins de tomada de decisão, associando a gestão de leitos aos dados levantados, possibilitando vislumbrar os resultados para que as mudanças empolguem os atores e percebam que também participam para melhoria dos processos. Essa forma participativa é importante para diminuir a resistência às mudanças necessárias e implementadas pelo gerenciamento de leitos.

Uma última fragilidade citada diz respeito a pouca oferta de cursos na área, bem como o incipiente acervo literário sobre o assunto.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao sistematizar a experiência vivida e os dados coletados para conhecer a experiência de implantação do NIR no hospital investigado, verificou-se que há o atendimento legal e ético de normativas e critérios técnicos exigidos e recomendados. O regimento interno do NIR é o documento que rege o seu funcionamento, atuação e responsabilização. E, amparado por forte apoio institucional, esse documento garante a sua implantação e fortalecimento no enfrentamento diário de dificuldades e entraves que possam limitar seu escopo de atuação e resolubilidade.

Ao registrar as etapas de implantação, observou-se que o NIR evoluiu em sua estrutura, equipe e ações desenvolvidas. Dificuldades de diversas ordens vieram à tona nesse processo, como de infraestrutura, logística, relacionais e outras. Cada qual exigiu o trabalho coletivo, capacitação, diálogo, planejamento e incremento de novos grupos de trabalho ou serviços específicos, ao ponto de haver demanda de cobertura do NIR nas 24 horas de trabalho hospitalar. Algumas áreas sentiram mais os impactos das ações, como a assistência cirúrgica e atendimentos especializados, internos ou externos. Ao lado do leito do paciente, a equipe multidisciplinar atua conjuntamente ante as suas necessidades, planejando ações de cuidado e um plano de alta hospitalar seguro. Contudo, essa representa uma atribuição centrada na alta ainda em âmbito institucional, podendo ser aprimorada uma maior articulação do NIR com os serviços da rede de atenção à saúde, especialmente, a atenção primária em saúde, somando-se aos esforços já existentes de alguns profissionais da enfermagem e assistência social, que implementam tal articulação em situações pontuais. Equipes de apoio logístico agilizam a sua entrada e saída na instituição hospitalar, melhorando o fluxo de liberação de leitos para novos pacientes, desafogando setores superlotados como o pronto-socorro. A interface direta com a Central Externa de Regulação de leitos é fundamental, devendo haver sistemas de informação e comunicação rápidos e eficientes.

Foram inúmeros processos de trabalho, definição de fluxos e protocolos, intersetorialidade, trabalho em equipe multiprofissional, esforço colaborativo, comunicação, solidariedade, conhecimento técnico-científico, racionalidade, entre outras demandas, sempre imbuídos de muitos sentimentos, impossíveis estes de serem expressos em qualquer registro. Trata-se de um processo complexo que não acontece sem percalços e fragilidades. Alguns ainda evidentes e localizados e, outros, dependentes de uma conjuntura maior, do próprio

modelo de atenção à saúde vigente e em movimento de mudanças no país, estritamente articulado com outras políticas públicas, como na esfera trabalhista.

Importante, também, destacar as limitações do próprio estudo. Uma limitação, de cunho metodológico, foi abordar o processo de implantação do NIR somente a partir da experiência vivenciada por um único membro da equipe de gestão de leitos, uma vez que outros elementos e olhares poderiam ter emergido com a participação de outros trabalhadores. Mesmo que justificada no estudo, essa opção metodológica representa considerar o objeto investigado sob a ótica de formação e de experiência marcadamente subjetiva de um profissional, o que não necessariamente reflete todo o processo de implantação vivenciado. Outra limitação pode ser a ausência de indicadores quantitativos de processo e de resultados quanto ao impacto do trabalho do NIR, na qualidade da atenção à saúde dispensada pela instituição, ao longo do período investigado. Contudo, a abordagem descritiva de algumas situações reais, que envolveram o cuidado a pacientes, e o resgate das ações necessárias à implantação do NIR demonstram a abrangência e a qualidade do alcance de seu trabalho. Enfim, essas e outras limitações do presente estudo atestam as inúmeras possibilidades de investigação ligadas ao tema.

No entanto, ao final, e mesmo diante de limitações, a proposição de um roteiro de orientações para implantação de NIR se concretiza como um produto técnico desse esforço de documentação. Do gerenciamento de leitos e da importância da centralização dessa gestão se propõe um modelo de implantação agregando ferramentas que efetivamente melhor estruturam o plano de alta segura, fortalece o vínculo com as redes de atenção e com a equipe multiprofissional. Ao apresentá-lo à instituição se espera que seja incorporado aos materiais didáticos produzidos e divulgados interna e externamente. E, como instituição hospitalar de ensino, tal material contribua para que gestores e trabalhadores da área atuem conjuntamente em ações de implantação e fortalecimento desse importante instrumento de gestão e de cuidado. Como um todo, o estudo se soma à produção do conhecimento na área, reforçando a importância de uma proposta inovadora de gestão que traz à tona a reflexão quanto a (re)significação do valor de um leito hospitalar.

Compartilhar a experiência de implantação do NIR reafirma o quanto se torna vital empreender medidas para o enfrentamento da superlotação e o papel dessa política pública de acesso e acolhimento, que contribui para a qualificação da assistência.

## REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, O. C. Competências do enfermeiro na gestão hospitalar. *Revista Espaço para Saúde*. V.17, n. 2, p.66-74. Dez.2016.
- BARRETTO, Leandro Dominguez; FREIRE, Rafaela Cordeiro. TENDÊNCIAS DA ATENÇÃO HOSPITALAR NO SUS DA BAHIA: UMA ANÁLISE DE 2006 A 2009. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [S.l.], v. 35, n. 2, p. 334, set. 2012. ISSN 2318-2660. Disponível em: <<http://www.rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/309>>. Acesso em: 10 out. 2020. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n2.a309>.
- BATTAGIA, R.; VERSIGNASSI, A.; JUKRAUSS. **Brasil tem menos leitos do que países que já colapsaram diante do covid-19**. 2020. Disponível em: <<https://sper.abril.com.br/saude/grafico-a-quantidade-de-leitos-hospitales-ao-redor-do-mundo/>>. Acesso em: 07 abr. 2020.
- BORGES F. Atuação do enfermeiro na gestão de leitos. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 1988.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. 2017. Disponível em: <<http://www.funasa.org.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em 07 abr. 2020.
- BRASIL. **Manual Instrutivo para Adesão dos Hospitais do S. O. S. Emergências ao Programa Melhor em casa**. 2013. Disponível: <<http://189.28.128.100/daab/docs/portaldab/documentos/manualinstrutivoadesãohospitaisSOS>>. Acesso em: 11 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Esclarecimentos sobre os leitos no SUS**. 2014. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/34596-esclarecimento-sobre-leitos-no-sus.html>>. Acesso em: 04 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.663, de 6 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). 2012. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663\\_06\\_08\\_2012.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html)>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Ministério da Saúde. 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://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: 30 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde 2002. Portaria GM nº 2.048, de 5 nov. 2002. Ministério da Saúde, Brasília.

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 Disponível em: <<https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/importancia-das-equipas-multidisciplinares>>. Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Textos Básicos de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 07: Especial - doença pelo coronavírus 2019**. Brasília, abri. 2020. Disponível em: file:///C:/Users/Lilian/Downloads/2020-04-06-BE7-Boletim-Especial-do-COE-Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf. Acesso em: 15 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portal Saúde. SUS. **S. O. S. Emergência**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadão/acoes-e-programas/s-o-s-emergencias>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

CAVALCANTI, R P. CRUZ, I. F., PADILHA, W.W.N. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde** vol 22, n. 2, p. 181-188. 2018

CNSAÚDE. Cenário dos hospitais no brasil. **Relatório da situação dos hospitais privados no Brasil**. 2019. Disponível em: <[https://fbh.com.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019\\_10maio2019\\_web.pdf](https://fbh.com.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019_10maio2019_web.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Câmara Técnica. Orientação Fundamentada nº 79/2016

DALTRO, M. R.; FARIA, A.A. Relato de experiência : Uma narrativa científica na pós modernidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.223-237, 2019.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1508-1518, Ago, 2010.

FARIA, E.; COSTA, K. R. A.; SANTOS, M. S.; FUMIO, M. K. Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica. **Revista de Administração em Saúde**, v. 12, n. 47, p. 63-70, abr./jun., 2010.

FERNANDEZ, M. A.; ROO, J. P.; IRIOYEN, A. C.; BLANCO, S. L.; EDWAR, A. B.; JUAREZ, V. T. Os Sistemas de referência e contra-referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da medicina de família e Comunidade. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 11, supl. 2, p. 37-45, 2016. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc.11\(0\).1384](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc.11(0).1384).

FILHO, A. N. : O papel dos hospitais nas redes de Atenção à Saúde. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde . Ano IV, n. 11 Abr- Jun., 2014.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 29-43, jun. 2004. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 3 mar. 2020.

GELONESE, A. L. D. *et al.* **O impacto do gerenciamento de leitos baseado na metodologia LeanSix Sigma.** 2016. Disponível em: <<http://www.administradorhospitalar.com.br/publicações-individual/O-imoacto-do-gerenciamento-de-leitos-baseado-na-metodologia-Lean-Six-Sigma-#Voxk2tqrIs0>>. Acesso em: 04 abr. 2020.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD. **Next-Generation Capacity Management Collaborating for Clinically Appropriate and Efficient Inpatient Throughput.** 2010. Disponível em: <<https://xa.yimg.com/kg/groups/13610919/1415274580/name/Next-Generation-Capacity-Management-COB.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Hospital performance in Brazil: The search for excellence.** Washington DC: The World Bank, 2008.

LEÃO, E. R.; SILVA, C. P. R.; ALVARENGA, D. C.; MENDONÇA, H. F. **Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão.** São Caetano do Sul: Edita Yendeis, 2008.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços de saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_artex&pid=s1413-81232013000600018&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_artex&pid=s1413-81232013000600018&lng=pt&nrm=isso)>. Acesso em: 3 abr. 2020. doi: <http://doi.org/101590/s1413-81232013000600018>.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, Feb. 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000200431&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200431&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 jul 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MOURA, R. A. **Kanban: A simplicidade do controle da produção.** 4. ed. São Paulo: Iman, 1994.

OLIVEIRA, S. A.: Ferramentas gerenciais na pratica de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Rev. Adm. Saúde** vol.17,n.69, Out-Dez. 2017.

OPAS. REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

PAGANINI, M. C. A Comunicação sob a ótica da gestão. In: VALE, E. G.; PERUZZO, A. S.; FELLI, V. E. A. (Org.). Associação Brasileira de enfermagem. **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 9.** Porto Alegre: Artmed Pan-americana, 2019. p. 9-35. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).

PARANÁ, Ministério Público do Estado do Paraná, 24ª Promotoria de Justiça de Londrina. **Ação Civil Pública**: Projudi Processo nº 0024052-02.2020.8.16.0014. Londrina, 14 abr 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor Regionalização**. 2015. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00\\_-\\_NDS/PDR\\_2015.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/PDR_2015.pdf)>. Acesso em: 24 jan. 2019.

PEREIRA, I. Gerenciamento de leitos: Desafio de mapear os nós que emperram o fluxo da assistência e de reconstruir processos com apoio tecnológico e interdisciplinar. 2012. **Revista Melhores Práticas**. Disponível em: <<http://www.hsi.org.br/galeria/assessoria-imprensa/midia/ATT00046.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2020.

PIRES, J. S. M. O Crônico subfinanciamento do SUS e a nefasta Política de favorecimento do Estado brasileiro destinado as operadoras de Saúde suplementar. Maceio ANAIS 7º SEMINÁRIO FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE 27 a 29 de Outubro de 2017

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**. Uma pequena revisão. 2005. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude no brasil](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil)>. Acesso em: 15 jan. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: Avaliação de Evidências para a Prática de Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REDE INTERAGÊNCIA DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Rede Interagência de Informação para a Saúde Indicadora básica para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Ripasa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RODRIGUES LCR, Juliani CMCM. Resultado da implantação de um Núcleo Interno de regulação de leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino. Einstein. 2015;13(1):96-102.

RODRIGUES LCR. A regulação no contexto hospitalar enquanto ferramenta gerencial: a compreensão dos profissionais envolvidos. Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Campus de Botucatu, 2013.

RONCARATTI, L. S. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Caderno de Políticas Públicas**. Brasília, 2008.

SILVA, Manoel Carlos Neri da; MACHADO, Maria Helena. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, pág. 7-13, janeiro de 2020. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100007&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 20 de agosto de 2020. E pub 20 de dezembro de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>.

SOARES V. S. Análise dos Núcleos Internos de Regulação hospitalares de uma capital. Einstein. 2017;15(3):339-43.

SOUZA, M. A. S. L. As novas Configurações do Trabalho em saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos**, Porto alegre, v. 9, n. 2, p. 334-344, 2010.

SOUZA, N. O. **Legislação do SUS**: esquematizada e comentada. 3. ed. Salvador: SANAR, 2019.

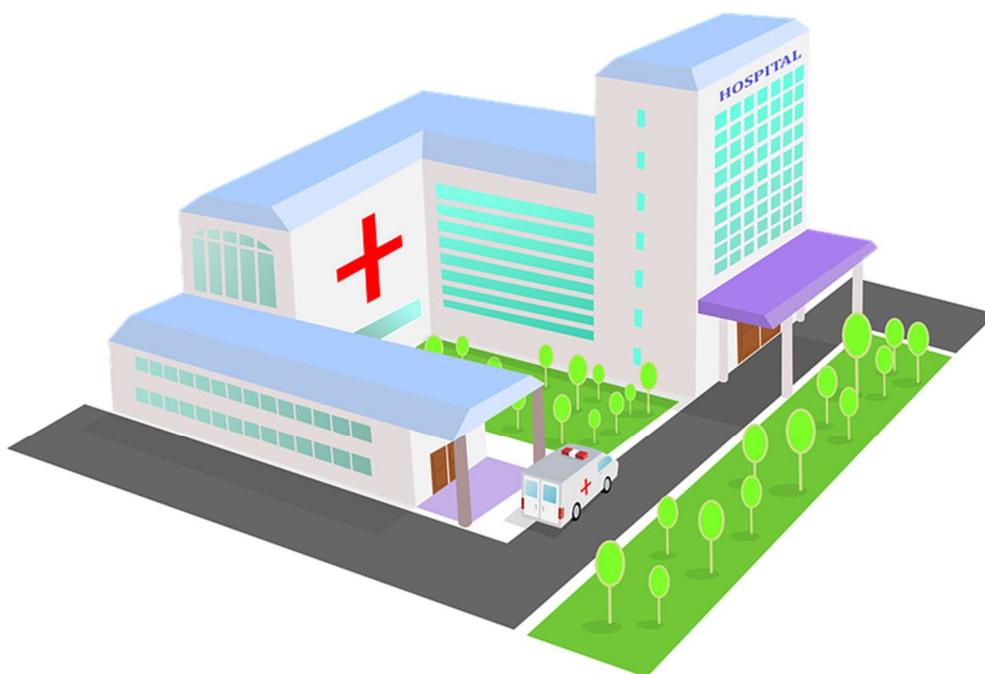
TOSTES MFP, COVRE ER, FERNANDES CAM. Acesso à assistência cirúrgica: desafios e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24: e 2677. [Access 15\_\_ \_05 \_2020\_]; Available in: \_\_\_\_\_. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0954.2677>.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Pró-Reitoria de Planejamento (PROPLAN). **Plano de Desenvolvimento Institucional 2016-2021**. Disponível em: <[http://www.uel.br/proplan/novo/pages/arquivos/planos/pdi/PDI\\_2016\\_2021\\_ATUALIZACAO.pdf](http://www.uel.br/proplan/novo/pages/arquivos/planos/pdi/PDI_2016_2021_ATUALIZACAO.pdf)>. Acesso em: 08 abr. 2020.

VALENTE, Jonas. **Covid-19: Brasil tem 391.222 casos confirmados e 24.512 mortes**. Segundo Ministério da Saúde, 158.593 pacientes foram recuperados. Publicado em 26/05/2020 - 20:09 Por Jonas Valente – Repórter Agência Brasil - Brasília Disponível em <https://www.ocafezinho.com/2020/05/26/covid-19-brasil-tem-391-222-casos-confirmados-e-24-512-mortes/> Acesso em maio de 2020.

## APÊNDICE

# Gerenciamento de leitos hospitalares



## Cartilha Simplificada

*Esta cartilha é parte do trabalho de Dissertação intitulado “Núcleo Interno de Regulação: uma estratégia de gerenciamento de leitos hospitalares” do Mestrado em Políticas Públicas da Universidade Estadual de Maringá e tem como objetivo auxiliar gestores no gerenciamento de leitos e na implantação do Núcleo Interno de Regulação, conforme preconizado pela Portaria de Consolidação n°2, de 28 de setembro de 2017.*

## **O que é o NIR?**

Em seu artigo 5º, a Portaria do Ministério da Saúde 3.390 de 30 de dezembro de 2013, rege que o gerenciamento de leitos é tido como dispositivo para otimização de leitos, aumentando a rotatividade dentro dos critérios técnicos, com o intuito de diminuir o tempo de internação abrindo novas vagas para demandas até então represadas, sendo assim define-se NIR como Núcleo Interno de Regulação, instituído por meio da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que recomenda o gerenciamento e a regulação no ambiente hospitalar.

Essa normativa é importante, porque o gerenciamento oportuniza conhecer a necessidade de leitos por especialidades e patologias, regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: ambulatoriais, internação, urgência e emergência e da agenda cirúrgica. Esse gerenciamento deve ter caráter de uma unidade técnica administrativa com característica de monitoramento do paciente desde sua chegada à instituição, passando pelo processo de internação e, toda sua movimentação interna e externa até a alta hospitalar.

## **Como deve ser o NIR?**

➤ Deve ser um órgão colegiado ligado de uma forma hierárquica à Direção geral do Hospital, tendo com isso garantia para legitimar seu papel definido e, assim, disseminá-lo dentro da instituição. Em síntese, fazendo com que o compromisso com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) seja alcançado dentro de subsídios técnicos, com ações

que qualifiquem o cuidado a partir de informações advindas do monitoramento de leitos e que diminuam o tempo de internação.

### **Quais as vantagens do NIR?**

- Disponibilizar e otimizar a utilização dos leitos.
- Aumentar a rotatividade dentro dos critérios técnicos.
- Diminuir o tempo de internação.
- Abrir novas vagas para demandas represadas.
- Agir dentro do compromisso com as diretrizes do SUS.
- Qualificar o cuidado a partir de informações advindas do monitoramento de leitos.



*“NIR, bom para o hospital e melhor ainda para o paciente”*

## E a equipe de trabalho?

▀ Para seu adequado desenvolvimento, o recurso humano deve ser dimensionado de acordo com o trabalho e o escopo de atuação. Atendendo ao que preconiza a legislação vigente, é preciso garantir o funcionamento nas 24 horas, sete dias por semana, com uma equipe mínima composta por médico horizontal ou diarista, enfermeira e assistente social. É imprescindível uma equipe multiprofissional que atenda ao que tange à legislação, para tornar efetiva e consolidar as ações de cada ator e garantir a eficácia dessa política pública de acesso.

▀ Essa concepção pode ser complementada conforme necessidade detectada ou à medida que melhor se estruture a implantação do NIR.

▀ É fundamental o trabalho coletivo, integrado com coordenadores das áreas assistenciais, informática e demais serviços de apoio, para alinhamento de rotinas e de processos na aplicação dos protocolos administrativos e assistenciais.

▀ Atenção especial aos serviços de apoio, importantes para estabelecer protocolos relacionados à governança hospitalar, como apoio à gestão de leitos pelo serviço de hotelaria, com monitoramento dos processos de higienização do leito e a manutenção preventiva como garantia de acolhimento e gestão qualificada.



## **E como dever ser a articulação?**

- ▀ Práticas de regulação por meio da articulação com os pontos de atenção e as Centrais de Regulação Externa.
- ▀ Articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), em interface com a Central de Regulação Hospitalar e outras instituições da RAS (Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento e Hospitais de maior ou menor complexidade).

## **E o monitoramento?**

Monitoramento deve ser realizado por meio da avaliação de indicadores, do fluxo de pacientes e de casos de longa permanência. É necessário que os indicadores que melhor traduzam o panorama da instituição e possibilitem mudanças estratégicas para a gestão de leitos, acolhimento e acesso garantido para as diretrizes do SUS. Os indicadores são ferramentas de grande importância na tomada de decisão, pois de acordo com Bao (2018, p. 381): “o delineamento do perfil epidemiológico da instituição, com base em seus indicadores, e a construção de fluxos de referência culminam em uma assistência de qualidade e na garantia da continuidade do cuidado integral ao paciente”.

Assim, conforme a Portaria de Consolidação, os indicadores podem ser divididos em indicadores de processo, que estão intrinsecamente ligados aos fluxos de pacientes, pois a maior parte desses indicadores mensura tempos do fluxo de pacientes baseados na estrutura e unidade hospitalar, o que torna imprescindível que os fluxos já estejam mapeados.

### Principais indicadores de processo:

- ▀ Tempo de efetivação da internação: a celeridade nesse processo interfere positivamente no fator da superlotação, com definição de adequada acomodação.
- ▀ Tempo de efetivação da alta hospitalar: aumento virtual da capacidade instalada.
- ▀ Tempo de efetivação da higienização do leito: a redução neste tempo aumenta a oferta real dos leitos disponíveis para novas internações.
- ▀ Tempo de intervalo entre as cirurgias: com a diminuição do tempo da saída da sala de cirurgia para sala de recuperação pós-anestésica e higienização aumenta a disponibilidade de sala para novos procedimentos cirúrgicos possíveis em um determinado período.

Os indicadores de resultado mostram o efeito real das ações que o núcleo desempenha na gestão com reflexo do funcionamento global da estrutura hospitalar. Traduz a eficácia das atividades implementadas.

### Principais indicadores de resultado:

- ▀ Paciente dia no período.
- ▀ Taxa de ocupação hospitalar: relação percentual entre o número de pacientes dia e o número de leitos dia em determinado período.
- ▀ Número de internações.
- ▀ Número de cirurgias.
- ▀ Número de consultas.

- ▀ Taxa de cirurgias por sala.
- ▀ Taxa de consultas realizadas.

Os indicadores de produção e de desempenho também fazem parte da análise dos indicadores de resultados por mostrar se a utilização da estrutura e sua capacidade instalada estão sendo racionalmente utilizados. Os principais indicadores de produção e desempenho são:

- ▀ Tempo médio de permanência em leito de internação: relação entre o total de paciente dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital, em um determinado período, incluindo os oito órgãos que representam o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital.
- ▀ Taxa de pacientes residentes (acima de 90 dias).
- ▀ Índice de renovação (giro de leitos): é a relação entre o número de pacientes saídas (altas e óbitos) durante determinado período, e o número de leitos à disposição dos pacientes no mesmo período.
- ▀ Índice de intervalo de substituição (intervalo de substituição): mostra o tempo médio em que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e admissão de outro. Esta medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.
- ▀ Giro de salas cirúrgicas (cirurgia no período/número total de salas).

*Centralizar no NIR a gestão do acesso à estrutura hospitalar e dos processos relacionados, além de padronizar os processos de trabalho desde a admissão dos pacientes, os cuidados e as transições dos cuidados entre os setores da unidade hospitalar.*

*Mapear para definir critérios de elegibilidade para internação apoiados na complexidade tecnológica vigente, equipes especializadas e qualificação do corpo clínico disponíveis no serviço para que não haja desperdício de mão de obra qualificada, recursos financeiros e prejuízo aos usuários.*

### **E como fica a gestão clínica?**

A Gestão de Clínica é primordial na perspectiva da melhoria de qualidade do controle de seus determinantes com foco no melhor desempenho dos serviços de saúde. Essa ferramenta contribui para adequar a prática clínica com melhoria do serviço ofertado.

Padronização e uso de protocolos na transição entre áreas que permitam classificar e alocar corretamente os pacientes para os locais com recursos adequados às necessidades de acordo com sua patologia e gravidade clínica.

### **E quais são os serviços de apoio?**

- ▀ Estabelecer protocolos relacionados à governança hospitalar como apoio a gestão de leitos
- ▀ Serviço de hotelaria com monitoramento dos processos de higienização do leito.
- ▀ Manutenção preventiva como garantia de acolhimento e gestão qualificada no gerenciamento de leito.

■ Indicadores hospitalares (processos, resultados).

### **E a educação permanente em saúde?**

Educação permanente em saúde com a equipe hospitalar e acadêmica sobre a importância de estabelecer e cumprir metas relacionadas ao gerenciamento de leitos, entendendo e assegurando a ampla continuidade da política pública de saúde em consonância com a RAS como garantia de acesso e acolhimento aos usuários e equipe multidisciplinar.

### **E como deve ser o processo de implantação?**

A implantação deve estar pautada em três pilares fundamentais:

#### **Prática de Regulação**

Deve ser feita por meio dos pontos de atenção e as centrais de regulação externa, tendo conhecimento da capacidade instalada pelo nível de complexidade do serviço hospitalar, com entendimento do que é possível ou não tratar de acordo com as equipes especializadas e qualificadas e do potencial tecnológico disponível.

Centralizar no NIR a gestão do acesso à estrutura hospitalar e dos processos relacionados, além da padronização e de protocolos de trabalho desde a admissão dos pacientes cuidados, instituídos que assegurem alocação adequada com recursos às necessidades, patologia e gravidade clínica, e intervir para o controle de infecções hospitalares. E em atenção ao que se tem pactuado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

### Interface com as centrais

A articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) pela interface com a central deve posicionar o NIR como interlocutor entre o Hospital e as Centrais de Regulação e outras instituições de saúde da rede, dessa forma pelo conhecimento das potencialidades e limitações do serviço, esta articulação contribui no acesso tanto pelas transferências como pela oferta qualificada.

Esse processo permite desenvolver parceria, troca de experiência e alinhamento de fluxos.

### Etapas de implantação

- ▀ A estratégia inicial e imprescindível é **apresentação do gerenciamento de leitos** e uma campanha de **sensibilização** a todos os elos, que vão interferir na implantação do Gerenciamento de Leitos para que conheçam esta política pública de acesso e sejam, também, corresponsáveis na implantação e implementação.
- ▀ Escolha da equipe que possua perfil e sintonia com nova proposta de gestão.
- ▀ Estabelecer uma comunicação clara com propósito de engajamento de todos.
- ▀ Investimento em estratégias de articulação com serviços de apoio para elevar a rotatividade do leito hospitalar.
- ▀ **Alinhamento de metas e expectativas**, entendendo e contribuindo na otimização e uso racional dos leitos com propostas de protocolos de

padronização, o que deve contribuir com a alocação dos pacientes para emprego adequado dos recursos.

- **Implantar para garantir acesso**, com **padronização**, para unificar os processos e escolher indicadores que traduzam a situação sanitária do serviço e pelos **resultados** se possa programar medidas para aprimorar a oferta.
- Pela educação continuada estabelecer **mudança cultural** na assistência e promover a qualificação do serviço.
- Avaliação periódica do serviço para conhecer as potencialidades e fragilidades.
- Redefinir condutas e estabelecer metas para superar e fortalecer o serviço.
- Investimento em treinamento específico da equipe sobre gestão.

#### **INCORPORANDO A ROTINA DA GESTÃO**

- 1) A interface com a Central Externa também deve manter atualização dos leitos disponíveis e viabilizar possíveis transferências e acolhimento de acordo com a limitação e ou serviço ofertado no serviço hospitalar.
- 2) *Round* multidisciplinar, que são reuniões de equipe multidisciplinar à beira do leito, tanto nas unidades de internação quanto no pronto-socorro, sendo uma estratégia eficaz para alinhar condutas assistenciais, levantamento para resolução de questões sociais, auxiliar no plano de alta segura e promover liberação do leito hospitalar.
- 3) Controle absoluto dos leitos para internações programadas ou não, bem como de leitos das Unidades de Terapia Intensiva.
- 4) Check-in é uma estratégia no processo de admissão, quando no ato

da internação há o fornecimento de informações pertinentes do serviço e de segurança por meio de folder institucional.

5) *Check-out* como a estratégia para alta hospitalar, com orientação e esclarecimento de dúvidas e conferência de documentação da alta (atestados, avaliação nutricional, retornos ambulatoriais, encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS).

6) Estruturação dos serviços relacionados à agenda cirúrgica, com instituição de ambulatório para consultas para risco cirúrgico e consultas pré-anestésicas, sob a gerência do NIR e controle no agendamento de procedimentos cirúrgicos eletivos e ambulatoriais.

7) Monitoramento diário dos agendamentos de procedimentos cirúrgicos para que estejam em conformidade para evitar cancelamentos relacionados à liberação de procedimentos, recursos humanos e documentação.

8) Gestão sobre a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) referente aos procedimentos cirúrgicos para dar celeridade e atualização da fila de espera.

9) Reuniões mensais para alinhamentos de ações e avaliação das rotinas.

10) Análise mensal dos indicadores de saúde em parceria com setor de estatística para tomada de decisões.

11) Desenvolvimento de tecnologias de gestão acessíveis em parceria com a governança para controle da higienização de leitos, aprimorando o giro de leitos.

12) Educação permanente em saúde para estabelecer cultura de qualidade da assistência por meio da gestão de leitos hospitalares.

13) Organização de um sistema de transporte de pacientes, tanto

interno quanto externo ao hospital.

14) Ferramentas desenvolvidas pela gestão para o acolhimento.

15) Controle e gerência sobre exames externos, contribuindo para a definição diagnóstica, realização de procedimentos e otimização das altas.

16) Desenvolvimento de sistemas de informação para o gerenciamento de leitos. O aplicativo telefônico é uma ferramenta que possibilita o contato com as equipes médica e de enfermagem, promovendo uma troca de mensagens rápida, para resolver o problema ou questionamento com objetividade. Contribui no controle sobre a liberação de leitos pelo serviço de hotelaria dos leitos.

## Referências

BAO, Ana Cristina Pretto *et al.* Indicadores de qualidade dos pontos ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **Reg. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 360-380. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n2/pt\\_0034-7167-reben-72-02-0360.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n2/pt_0034-7167-reben-72-02-0360.pdf)>. Acesso em: 08 mar.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível em: <[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: 30 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Ministério da Saúde. 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: 30 mar. 2020.

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**. Brasília, 2017.