

**ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS
FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**O IMPACTO NO NÚMERO DE INTERNAÇÕES COM O FECHAMENTO DE
LEITOS NAS UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE.**

TRABALHO DE FINAL DE CURSO APRESENTADO À ESCOLA BRASILEIRA DE
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

JOÃO CARLOS DOS SANTOS

JOÃO CARLOS DOS SANTOS

**O IMPACTO NO NÚMERO DE INTERNAÇÕES COM O FECHAMENTO DE
LEITOS NAS UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE.**

Dissertação para o grau de Mestre apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas.

Área de Concentração: Administração

Orientador: Dr. Paulo Roberto de Mendonça Motta

**Rio de Janeiro
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas/FGV

Santos, João Carlos dos

O impacto no número de internações com o fechamento de leitos nas unidades públicas de saúde / João Carlos dos Santos. – 2019.

81 f.

Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa.

Orientador: Paulo Roberto de Mendonça Motta.

Inclui bibliografia.

1. Leitos hospitalares - Rio de Janeiro (RJ). 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) 3. Hospitais - Administração. 4. Política de saúde - Rio de Janeiro (RJ). I. Motta, Paulo Roberto. II. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. III. Título.

CDD – 658.9136211

Elaborada por Maria do Socorro Almeida – CRB-7/4254

JOÃO CARLOS DOS SANTOS


“O IMPACTO NO NÚMERO DE INTERNAÇÕES COM O FECHAMENTO DE LEITOS NAS UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE”.

Trabalho de conclusão apresentado(a) ao Curso de Mestrado Profissional em Administração Pública do(a) Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas para obtenção do grau de Mestre(a) em Administração Pública.

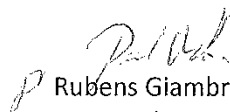
Data da defesa: 10/12/2019

ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

Presidente da Comissão Examinadora: Prof^o Paulo Roberto de Mendonça Motta


Paulo Roberto de Mendonça Motta
Orientador


Diego Altieri
Membro Interno


Rubens Giambroni Filho
Membro Externo

Instrução Normativa nº 01/19, de 09/07/19 - Pró-Reitoria FGV

Em caso de participação de Membro(s) da Banca Examinadora de forma não-presencial*, o Presidente da Comissão Examinadora assinará o documento como representante legal, delegado por esta I.N.

*Skype, Videoconferência, Apps de vídeo etc

AGRADECIMENTOS

Como em todas as conquistas da minha vida, esta não seria diferente. Muita dedicação e sacrifício, não só meu quanto das pessoas que comigo conviveram ou deixaram de conviver durante este período. Agradeço a Deus todos os dias de minha vida, por ser uma pessoa feliz, ter uma família maravilhosa, e amigos que nas horas de aperto posso contar. Por isso dedico este trabalho a minha Mãe, a memória de meu pai, meus irmãos, pelo carinho que sempre dispensaram e dispensam até hoje. Agradeço a minha esposa e companheira Fernanda e meus filhos, Maria Fernanda e João Miguel, que são minha vida.

"Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende, e não há sucesso no que não se gerencia".

William Edwards Deming

RESUMO

Objetivo - O objetivo geral desta pesquisa foi analisar o fechamento de leitos de internação nas unidades públicas de saúde no município do Rio de Janeiro e seu impacto no número de internações hospitalares, no período de cinco anos entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016.

Metodologia – Nesta pesquisa, foi utilizada uma metodologia exploratória descritiva, na qual se utilizou tanto a pesquisa bibliográfica quanto a coleta de dados para o desenvolvimento do estudo. Após o levantamento dos dados, foi feita uma análise cronológica e comparativa da variação do número de leitos existentes e o número de internações hospitalares correspondentes.

Resultados – Foi possível identificar que apesar de o número de leitos terem sido reduzidos no período analisado, o número de internações aumentou sensivelmente. Houve também um crescimento no número de internações de urgência enquanto que as internações eletivas tiveram redução. Analisando a relação entre o número de internações possíveis e o número de internações realizadas, pudemos verificar que houve uma significativa melhora no aproveitamento dos leitos disponíveis. Foi observado também que mesmo com quase 60% do território da cidade com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, ainda existem muitas internações sensíveis à atenção básica, demonstrado também que este tipo de internação se apresenta em queda. O estudo permitiu conhecer que a redução dos leitos de internação das unidades de saúde pública do município do Rio de Janeiro, pode significar uma ameaça aos princípios dos direitos garantidos pela constituição federal de 1988. Diante deste cenário, onde pode existir o comprometimento na linha de cuidado dos usuários do SUS, avaliar se houve uma queda no número de internações pode ser um sinal de alerta de grande importância para os gestores da saúde.

Limitações – Pelo fato dos dados serem retirados da internet, por sites alimentados pelo departamento de informática do SUS, pode acontecer de alguns dados no momento

pesquisado, não corresponder a atual realidade. Em se tratando de leitos hospitalares, podem existir algumas variações pontuais no número leitos disponíveis não apresentados no CNES. De um modo geral, este tipo de variação não compromete a qualidade e relevância do estudo proposto.

Contribuições práticas – A redução dos leitos de internação das unidades de saúde públicas do município do Rio de Janeiro, pode significar uma ameaça aos princípios dos direitos garantidos pela constituição federal de 1988, em seu artigo 196 onde diz que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Diante deste cenário, onde pode existir o comprometimento na linha de cuidado dos usuários do SUS, avaliar se houve uma queda no número de internações pode ser um sinal de alerta de grande importância para os gestores da saúde.

Contribuições sociais – com este trabalho, pretende-se alertar aos gestores da saúde, sobre o impacto do fechamento dos leitos hospitalares, e se o mesmo compromete a garantia dos direitos dos cidadãos ao acesso integral sobre os serviços de saúde pública.

Originalidade – Acredita-se que seja o primeiro estudo a fazer uma análise cronológica relacionando a variação do número de leitos, e o impacto no número de internações no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2012 e 2016.

Palavras-chave: Leitos de internação. Autorizações de internações hospitalares. Rio de Janeiro.

Categoria da pesquisa: Dissertação de Mestrado.

ABSTRACT

Objective - The general objective of this research was to analyze the closure of hospital beds in public health units in the city of Rio de Janeiro and its impact on the number of hospital admissions, in the five-year period between January 2012 and December 2016.

Methodology - In this research, a descriptive exploratory methodology was used, in which both bibliographic research and data collection were used for the development of the study. After collecting the data, a chronological and comparative analysis of the variation in the number of existing beds and the corresponding number of hospital admissions was made.

Results - It was possible to identify that although the number of beds had been reduced in the analyzed period, the number of hospitalizations increased significantly. There was also an increase in the number of emergency admissions while elective admissions decreased. Analyzing the relationship between the number of possible hospitalizations and the number of hospitalizations performed, we could see that there was a significant improvement in the use of available beds. It was also observed that even with almost 60% of the city's territory covered by the Family Health Strategy, there are still many hospitalizations sensitive to primary care, also demonstrating that this type of hospitalization is falling. The study made it possible to understand that the reduction of hospitalization beds in public health units in the city of Rio de Janeiro, may represent a threat to the principles of rights guaranteed by the 1988 federal constitution. In this scenario, where there may be compromise in the line of care of SUS users, assessing whether there has been a drop in the number of hospitalizations can be a warning sign of great importance for health managers.

Limitations - Due to the fact that the data are removed from the internet, by sites powered by the SUS computer department, some data at the time researched may not correspond to the current reality. In the case of hospital beds, there may be some occasional variations in the number of available beds not shown in the CNES. In general, this type of variation does not compromise the quality and relevance of the proposed study.

Practical Contributions - The reduction in the hospitalization beds of public health units in the city of Rio de Janeiro may pose a threat to the principles of rights guaranteed by the 1988 federal constitution, in its article 196, which states that "Health is a right to all and duty of the state. Given this scenario, where there may be a compromise in the line of care of SUS users, assessing whether there was a drop in the number of hospitalizations may be a warning

sign of great importance to health managers.

Social contributions - This work aims to alert health managers about the impact of closing hospital beds, and whether it compromises the guarantee of citizens' rights to full access to public health services.

Originality - Doing a chronological analysis relating the variation in the number of beds and the impact on the number of hospitalizations is believed to be the first study.

Keywords: Inpatient beds. Hospitalization authorizations. Rio de Janeiro.

Research Category: Master Thesis.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução Leitos na Cidade do Rio de Janeiro.....	52
Gráfico 2: Evolução Leitos nas capitais do Brasil de 2012 a 2016.....	55
Gráfico 3: Evolução Leitos no Brasil de 2012 a 2016.....	56
Gráfico 4: Internação hospitalar de 2012 a 2016.....	57
Gráfico 5: Relação entre tipos de internações entre os anos de 2012 a 2016.....	58
Gráfico 6: Internações sensíveis à atenção básica por capítulo do CID 10, de 2012-2016.....	60
Gráfico 7: Tempo Médio de Permanência de 2012 a 2016.....	63
Gráfico 8: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2012.....	65
Gráfico 9: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2013.....	66
Gráfico 10: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2014.....	67
Gráfico 11: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2015.....	68
Gráfico 12: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2016.....	69
Gráfico 13: Relação AIH possíveis X AIH feitas entre 2012 a 2016.....	69
Gráfico 14: Evolução Leitos x Internações de 2012 a 2016.....	71

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Portaria nº 113, de 4 de setembro de 1997.....	35
Quadro 2: Leitos hospitalares divididos por especialidades	38
Tabela 1: Evolução Leitos na Cidade do Rio de Janeiro.....	52
Tabela 2: Evolução Leitos SUS na Cidade do Rio de Janeiro de 2012 à 2016.....	53
Tabela 3: Evolução Leitos nas capitais do Brasil entre 2012 e 2016	54
Tabela 4: Evolução do número de leitos no Brasil (SUS e não SUS) entre 2012 e 2016	56
Tabela 5: Evolução das internações na Cidade do Rio de Janeiro entre 2012 e 2016	57
Tabela 6: Evolução das internações de urgência entre 2012 e 2016.....	57
Tabela 7: Evolução das internações eletivas entre de 2012 e 2016.....	58
Tabela 8: Internações sensíveis à atenção básica, por capítulo do CID 10, de 2012 à 2016	60
Tabela 9: Taxa de internação por mil (esperada) segundo os limites mínimos e máximos previstos por tipo de leito.....	62
Tabela 10: Tempo médio de permanência (em dias) por tipo de leito.....	62
Tabela 11: Tempo médio de permanência nas internações de 2012 à 2016.....	63
Tabela 12: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2012.....	64
Tabela 13: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2013.....	65
Tabela 14: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2014.....	66
Tabela 15: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2015.....	67
Tabela 16: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2016.....	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1. A evolução da política em saúde no Brasil.....	15
1.2. Contextualização.....	18
1.3. Problema.....	20
1.4. Objetivos.....	21
1.4.1. Objetivo geral.....	21
1.4.2. Objetivos específicos.....	21
1.5. Delimitação do estudo.....	21
1.6. Relevância do estudo.....	21
2. METODOLOGIA.....	24
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
3.1. Sistema de Saúde Brasileiro.....	24
3.2. Os desafios da gestão do SUS.....	25
3.2.1 A Busca pela eficiência no sistema de saúde.....	25
3.3. Definindo o Hospital.....	31
3.3.1 Classificando o Hospital.....	32
3.4. A Autorização de Internação Hospitalar (AIH).....	33
3.5. Leito Hospitalar.....	35
3.5.1 Gestão de leitos.....	39
3.5.2 A importância da gestão do leito.....	41
3.6. Regulação no SUS.....	47
4. ANÁLISE E RESULTADOS.....	52
5. CONCLUSÃO.....	72
6. REFERÊNCIAS.....	75

1. INTRODUÇÃO

Diariamente temos visto em noticiários da TV as superlotações nas emergências das unidades de saúde públicas, pacientes internados em macas espalhados pelos corredores e, até mesmo, deitados sobre o chão. Estas situações, além de constituírem práticas totalmente inadequadas quanto à forma de acomodação dos pacientes, promovem um risco ao cuidado dos mesmos, elevando mais ainda o grau de vulnerabilidade, expondo-os a contaminações cruzadas entre outros riscos inerentes as condições impostas.

Ultimamente, o País vem perdendo leitos de internação, situação esta, que pode estar colaborando para a superlotação dos hospitais públicos, que vivem com seus corredores superlotados e pacientes esperando, até por anos, por cirurgias importantes para o seu bem-estar ou qualidade de vida. Segundo Hendy et al. (2013) o NHS (National Health Service) é cada vez mais criticado pela falta de leitos, ocasionando atraso nas internações eletivas e longas listas de espera

A insuficiência de leitos hospitalares é responsável pelo aumento do tempo de permanência de pacientes em emergências, como Unidades de Pronto Atendimento (Upas) e mesmo em postos de saúde. Estudo norte americano observou que a superlotação do serviço de emergência em pediatria de um hospital terciário estava relacionada à alta ocupação hospitalar, o que prolonga o tempo de permanência na emergência, tanto das crianças que precisam de internação, quanto das crianças que recebem alta hospitalar. Uma taxa de ocupação hospitalar acima de 80% pode aumentar significativamente o tempo de permanência dos pacientes que necessitam de internação nas emergências. Altas taxas de pacientes que não conseguiram atendimento de emergência também foram identificadas (HILLIER *et al.*, 2009).

Os resultados dessas deficiências são a superlotação dos estabelecimentos disponíveis, onde pacientes são mantidos em instalações inadequadas, levando ao atraso no diagnóstico e tratamento das enfermidades, em consequência, elevando taxa de mortalidade, com grande sofrimento para os pacientes e seus familiares.

A Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro a partir do final de 2008 vem ampliando de forma gradual e efetiva a cobertura na Atenção Primária à Saúde, saindo de 3,5% para mais de 60% em 2016, sendo esse o primeiro nível de acesso ao Sistema Único de Saúde. Tem como características principais, a longitudinalidade, integralidade da atenção e

coordenação do cuidado, que trazem benefícios muito importantes para a saúde da população, especialmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), além do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), que visa a continuidade do cuidado após a desospitalização de idosos. É inegável tamanho ganho da população do Município do Rio de Janeiro com esta ampliação da cobertura territorial da atenção básica a partir deste período.

Porém, a partir deste mesmo ano, 2008, o Município do Rio de Janeiro vem apresentando perda de leitos de internação também de forma significativa. Isso tem causado um desconforto e questionamentos através de entidades de classe como a Federação Nacional de Médicos, uma vez que o fechamento de leitos poderia comprometer o número de internações hospitalares, assim, prejudicando sensivelmente os usuários que venham necessitar de internação. Daí a necessidade de se fazer um estudo onde possa avaliar se houve perdas significativas no número de internações, fato que poderia estar associado ao fechamento destes leitos para a população do Município do Rio de Janeiro.

Importante ressaltar que em tempos de escassez de recursos públicos, sendo o SUS o maior sistema de saúde gratuito, universal e integral do mundo, a busca pela eficiência é fundamental. Identificar que, mesmo havendo o fechamento de leitos nas unidades públicas de saúde, os leitos que estão à disposição estão sendo utilizados de forma equilibrada, sendo ocupados dentro da capacidade adequada. A saúde é um setor onde reconhecidamente os custos operacionais são elevados e as fontes de receitas incertas e não raramente insuficientes (MALIK & TELES, 2001; MARINHO, 2003; MILLS & SPANCER, 2005; KATHARAKI, 2008).

1.1. A evolução da política em saúde no Brasil

No Brasil grande parte das políticas de saúde foi atrelada ao crescimento do sistema produtivo nacional. Este cenário é observado nas inúmeras apreciações que buscam estabelecer relações entre as políticas sociais e os arquétipos de desenvolvimento econômico abraçados durante todo esse tempo. A fim de contextualizar esta dissertação, é de grande importância trazer um pouco da história da formação da sociedade brasileira que, por ensejos singulares, foi antecedida da própria formação do Estado Nacional, diversamente da instituição de boa parte dos Estados modernos, formados a partir da

articulação e da correspondência de forças entre grupos sociais.

O legado dessa gênese marcará no Brasil a forma de importar, por vezes morosamente, exemplos de políticas desenvolvidas em outros países e adaptadas a cenários diversos do nosso. A organização dos serviços de saúde na colônia brasileira, por exemplo, foi baseada em "um transplante de um modelo de atenção à saúde em Portugal". Na época, em alguns países europeus, a política social era caracterizada pela provisão e implementação de políticas voltadas para os setores mais pobres da população.

Já na Inglaterra, por exemplo, a assistência à pobreza e à miséria era regida pelos *Poor Laws* (Pobres Limites), em vigor de 1536 a 1601, e pelo *Statute of Artificies* de 1563, as leis para os hipossuficientes eram mais um sistema de manutenção do emprego do que um sistema de bem-estar social. Assim, mesmo antes da consolidação da economia de mercado na Inglaterra, o Estado havia tomado medidas para minimizar a integridade física e moral de pessoas sem renda suficiente, pobres, idosos, órfãos e doentes, ao adotar leis e regulamentos específicos para regulamentar. Logo depois da Revolução Industrial, sob os auspícios do pensamento liberal, a assistência era dirigida somente àqueles considerados inaptos para trabalhar, determinando uma diversificação entre os capazes de produzir ou não. Fleury (1994) atenta para a relação entre o fenômeno da industrialização e o crescimento da pobreza como um fator problemático da sociedade, caracterizado pelo surgimento da necessidade de uma forma de proteção social.

No Brasil, no século XVIII, a assistência médica aos doentes sem recursos foi fornecida por instituições filantrópicas criadas por iniciativas privadas como as Santas Casas de Misericórdia ou pelo trabalho voluntário de padres jesuítas. A abertura dos portos e a intensificação da migração foram acompanhadas de epidemias no Brasil.

O domínio da situação exigiu que fossem determinadas as reformas administrativas no setor sanitário, estabilizando a atuação do Estado no que se convencionou denominar, desde o início, de saúde pública. No escopo das transformações que incidiram na área, atenta-se ao acontecimento histórico de que pelo menos a partir de 1828, a responsabilidade pelo controle da situação foi alternada, diversas vezes, da esfera central de Governo para a municipal, e vice-versa. Neste período, as ações eram decididas de forma centralizadoras e admitidas através do Decreto-lei que, desde essa época, abalizou o processo decisório em saúde no país. A preocupação com o controle de endemias, ainda no período imperial, marca o início da institucionalização das ações de saúde no Brasil.

O sistema de saúde pública no Brasil sempre foi uma das prioridades

governamentais desde o início do século XX, pois havia necessidade política de garantir aos cidadãos e trabalhadores o mínimo para que sobrevivam as condições extremas trabalhistas da época. Através da sociedade, o governo planejou novas estratégias para diminuir os níveis de mortalidade no Brasil.

Há uma descrição cronológica e uma análise crítica das reformas realizadas no Sistema de Saúde Britânico (NHS) a partir da década de 1990. As bases político-administrativas dessas reformas, as formas de financiamento delas resultantes e as repercussões no processo de atenção à saúde.

O aprofundamento político organizacional desse processo de reforma do NHS permite a identificação de analogias com o Sistema Único de Saúde (SUS). O NHS é universalista, com ampla cobertura e acesso gratuito aos cidadãos, financiado pelo Estado por meios de recursos fiscais. Em comparação com o Brasil, o Sistema de Saúde é baseado nos princípios do SUS.

No Brasil, possuem diversas nomenclaturas, como Centro Municipal de Saúde (CMS), Clínica da Família, e, todos os pacientes são atendidos sob a função de porta de entrada, e registrados por referência geográfica, que também é um dos princípios do SUS. Os médicos são generalistas, buscam atender de forma integral e equânime, e se preciso for, encaminha-se este paciente para um atendimento secundário e terciário. Apesar do distinto contexto histórico de construção desses dois sistemas universalistas é possível identificar experiências e lições que poderão ser úteis ao processo de aprimoramento dos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade proposto pelo SUS.

1.2. Contextualização

A universalização dos serviços de saúde preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem se mostrado frágil na racionalização de recursos e na inclusão de toda a população na saúde pública, particularmente em atividades de alta complexidade e alto custo, como: internações em leitos de unidade de terapia intensiva (UTI). Quando a demanda excede a prestação de serviços, o acesso fica limitado, o atendimento ao paciente é atrasado e longas filas são criadas. (GOLDWASSE *et.al.* 2016).

Conforme apontado por Cunningham e Sammut (2012), Hendy *et al.* (2013) ao longo dos anos, o número de leitos disponível para a população está diminuindo, desta forma os existentes merecem atenção especial para que se consiga, por meio deles, melhores resultados, seja do ponto de vista assistencial ou financeiro.

Determinadas estratégias foram designadas para majorar as qualidades de acesso, como a organização da rede de Centros Estaduais Regulatórios (CERs), com a missão de qualificar a admissão do cidadão a serviços e procedimentos de média e alta complexidade, organizado por zonas temáticas, servindo à defesa do direito à saúde. As CERs gerenciam as demandas de saúde existentes e os recursos disponíveis para fornecer a melhor resposta de atendimento possível. (GOLDWASSE *et.al.* 2016).

Segundo a pesquisa de Sapata (2006) em torno de 7 a 9 % da população brasileira, necessita de internação hospitalar e neste caso deve haver disponibilidade de leitos hospitalares para a população brasileira, que necessitarão de tratamento pelo SUS.

Castro *et. al* (2005) fez um estudo sobre a utilização dos serviços hospitalares no Brasil, e concluiu que “a oferta de serviços de saúde” é uma informação pouco explorada, e que, para analisar essa questão é fundamental a compreensão de serviços hospitalares, como por exemplo a internação, que envolvem custos e políticas públicas envolvendo investimentos em saúde nos diversos hospitais. Não menos importante, compreender indicadores como: tempo de permanência; giro de leitos, que impactam diretamente na disponibilização de leitos pelas unidades de saúde.

Como o interesse deste estudo é analisar o comportamento da variação do número de leitos hospitalares, Segundo Pereira (2012) sobre os leitos hospitalares “nunca foi tão valorizado”. Os leitos tornaram-se focos centrais nas organizações hospitalares. Pereira menciona ainda que no “Brasil tem 2,3 leitos por mil habitantes”. Essa taxa é muito baixa com relação ao estipulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que deveria ser “3 a

5 leitos por mil”.

Análise histórica de dados de leitos hospitalares em emergência e admissão eletiva sugere que as demandas hospitalares de leitos devem ser antecipadas, em relação a leitos vazios, tempo de espera e admissão fora do horário usual, como por exemplo, durante a madrugada (Proudlove, Gordon, Boaden, 2003).

A ausência de experiência pode ser vista no exemplo citado por Cunningham, Sammut (2012), que asseverou que a Metropolitan Australia (um hospital para atendimento de pacientes com problemas agudos de saúde) enfrentava uma escassez severa de leitos e procurava para minimizar esse problema. É necessário mais planejamento e controle das camas existentes.

Em outro contexto, o NHS recebe cada vez mais críticas devido a falta de leitos, redundando em atrasos nas admissões facultativas e longas filas. A quantidade de internações majorou nos últimos anos devido ao desempenho limitado dos serviços de atenção primária e ao aumento da população idosa. Desta forma, é imperioso frisar a esse respeito que o envelhecimento tem sido visto como um fenômeno mundialmente (HENDY *et al.*, 2013).

Esta situação avultada por Hendy *et al.* (2013) também se sobressai, conforme verificado em hospitais suecos, que enfim se mantiveram fortalecidos, aumentando a crescente pressão de custos, atrelada ao constante envelhecimento da população. Embora o número de leitos tenha diminuído, o número de internações aumentou. Deste modo, observa-se que os hospitais perdem sua flexibilidade a ponto de ficarem de fora para eventos imprevistos, como hospitalizações por serviços de emergência, por exemplo.

As investidas em se expandir as estruturas que levam à otimização dos serviços de saúde pública, bem como o acesso dos usuários a todos os níveis de atenção no sistema são numerosos e consistentes. No entanto, o problema é altamente complexo, dados os fatores culturais e socioeconômicos que há muitos anos permeiam o país.

De acordo com a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabeleceram-se os avanços da Constituição de 1988, que reconhecia que a saúde, em sua perspectiva mais ampla, era um direito do povo, universalidade e a equidade de acesso aos serviços de saúde, a totalidade das ações realizadas, o intenso controle social e os princípios norteadores da descentralização político-administrativa do sistema de saúde vigente no Brasil (BRASIL, 1990b).

Cumprе ressaltar que a crise decorrente da supremacia Estatal originou um viés para os níveis elementares da gestão participativa, com choques políticos e de saúde indispensáveis entre os inúmeros fatores sociais abrangidos. Apesar de saúde ser um tema polêmico em qualquer época e qualquer lugar do Brasil, sempre vista de forma deficiente e não atendendo aos anseios da população, ultimamente, esta situação vem se agravando e chamando muita atenção de forma preocupante no Município do Rio de Janeiro.

1.3. Problema

Como foi exposto nesta contextualização, onde direitos constitucionais poderiam estar comprometidos diante do fechamento dos leitos hospitalares das unidades públicas de saúde na Cidade do Rio de Janeiro, a pergunta da pesquisa pode ser formulada da seguinte maneira:

Até que ponto, o fechamento de leitos hospitalares das unidades públicas de saúde no Município do Rio de Janeiro, interferiu no número de internações de pacientes?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo geral

Analisar o fechamento de leitos de internação nas unidades públicas de saúde no município do Rio de Janeiro e seu impacto (perdas), no número de autorizações de internações hospitalares (AIH), no período de cinco anos entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

- Verificar o quantitativo de perda, em números, dos leitos de internação no município do Rio de Janeiro no período entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016.

- Avaliar as variações do numero de internações durante o período proposto, não só pela quantidade de AIH, mas também pelo tipo de internação, seja emergencial ou eletiva, no Município do Rio de Janeiro.

- Fazer uma análise sobre a eficiência na ocupação dos leitos ofertados pelas unidades de saúde disponíveis, verificando se os mesmos estão sendo plenamente utilizados.

1.5. Delimitação do estudo

Este trabalho pretende avaliar cronologicamente as variações quantitativas e qualitativas dos leitos de internação, e também, o número de internações hospitalares durante o período compreendido entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016 (cinco anos), das unidades públicas de saúde localizadas no município do Rio de Janeiro.

1.6. Relevância do estudo

A redução dos leitos de internação das unidades de saúde publica do município do Rio de Janeiro, pode significar uma ameaça aos princípios dos direitos garantidos pela constituição federal de 1988, em seu artigo 196 onde diz que: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Diante deste cenário, onde pode existir o comprometimento na linha de cuidado dos usuários do SUS, avaliar se houve uma variação negativa, queda, no número de internações pode ser um sinal de alerta de grande importância para os gestores da saúde.

2. METODOLOGIA

Nesta pesquisa, foi utilizada uma metodologia exploratória descritiva, onde foi inicialmente para a coleta de dados extraídos da internet, no site do Ministério da Saúde www.tabnet.datasus.gov.br e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, gerido pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas) enviam as informações das internações efetuadas através da AIH - Autorização de Internação Hospitalar, para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais). Estas informações são consolidadas no DATASUS, formando uma valiosa Base de Dados, contendo dados de grande parte das internações hospitalares realizadas no Brasil.

Após o levantamento dos dados, foi feita uma análise cronológica e comparativa da variação do número de leitos existentes e o número de internações hospitalares correspondentes. Fez-se então um levantamento qualitativo e quantitativo das perdas de leitos de internação nas unidades de saúde do Município do Rio de Janeiro, no período compreendido entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016 (cinco anos), e avaliou-se se essas perdas causaram algum tipo de prejuízo com relação ao número de internações hospitalares: Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

O levantamento foi realizado também por meio da fundamentação teórica, ao qual se leva a obter informações de suma importância para realização deste trabalho, porém, procuraram-se fontes primárias para que pudesse obter as informações necessárias para levantamento das principais características do tema. Desse modo, buscou-se aplicar a melhor abordagem para levantamento dos dados, para que, após a sua análise e processamento, se pudesse ter informações que avaliassem este trabalho. A partir de então, avançou-se para a leitura analítica dos textos selecionados, identificando as ideias-chave, hierarquizando-as e sintetizando-as. (LAKATOS, MARCONI, 1992)

As leituras foram interpretadas, sendo relacionadas entre si e com o problema a ser resolvido pela pesquisa, consolidando o raciocínio e os argumentos a partir de elementos

bem definidos. Assim, o método aplicado à pesquisa bibliográfica através da leitura do material selecionado, foi iniciado com a organização lógica sobre o tema, fazendo com que a redação textual seja tratada de forma gradual e equilibrada, passando posteriormente ao formato mais consolidado do texto, a partir do aprofundamento das análises, das mudanças de alguns paradigmas e, sobretudo, do maior conhecimento inerente ao tema.

Através das análises dos conteúdos coletados, fez-se uma correlação entre a quantidade de leitos ofertados e o número de internações ocorridas no mesmo período de tempo, e avaliando se a perda dos leitos tem alguma interferência no número de internações. Também, neste trabalho, devido à existência de tipos de internações diferenciadas como as de urgências e eletivas, foi feito um estudo da tendência do perfil destas, uma vez que estes dois tipos de internações, em vários estabelecimentos de saúde, concorrem ao mesmo leito ofertado.

Enfim, a partir das conclusões obtidas pela pesquisa proposta, pretende-se apontar se a redução de leitos hospitalares trouxe, para a população usuária do SUS no município do Rio de Janeiro, algum tipo de impacto no número de internações, levando a um desequilíbrio que geraria grande transtorno para o sistema público de saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Sistema de Saúde Brasileiro

Segundo Paim *et.al* (2011), o sistema de saúde brasileiro compreende três subsetores: o subsetor público, cujos serviços financiados pelo estado são prescritos nos níveis federal, regional e municipal; o subsetor privado (com ou sem fins lucrativos) e, finalmente, o subsetor de assistência médica complementar, que se concentra em diferentes tipos de planos privados de saúde e de seguro de saúde. Os componentes públicos e privados do sistema, apesar de distintos, estão interconectados e, por esse motivo, os usuários podem utilizar os serviços dos três subsetores, dependendo de sua capacidade de pagamento, sendo o sistema SUS, por sua vez, um sistema com acesso gratuito a todos os cidadãos.

Paiva, Teixeira (2014), argumenta que os dados históricos são um passo importante na criação do SUS e que foi a oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, quando o projeto de reforma do sistema de saúde, apresentado e discutido, foi aprovado. Características fundamentais, como mudar e ampliar o conceito de saúde (entender que saúde não se resume apenas à ausência de doença); ampliando a responsabilidade social com a saúde; saúde como direito social, cidadania e responsabilidade do Estado; Por fim, a não comercialização da saúde (não deve ser definida nem determinada pelo mercado).

Depois de todo esse progresso, o projeto de reforma da saúde foi submetido à Assembleia Nacional Constituinte e aprovado quase inteiramente na Constituição Federal de 1988 - CF / 88, desde que adotou a proposta do SUS. A Magna Carta tem saúde em sua arte. 196, até o art. 200, cujo ponto mais importante é a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como seu acesso universal e igualitário (BRASIL, 1998).

Segundo Rodrigues (2014) sua principal característica foi a construção da proposta de um novo modelo, o Sistema Único de Saúde - SUS, regido pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, que caracteriza essencialmente a natureza universal e abrangente do atendimento. Descentralização do poder de decisão, racionalidade, efetividade e eficiência da qualidade do serviço, além da democracia, para garantir a participação popular nas decisões, principalmente através dos conselhos de saúde também são outras características importantes. O artigo 37 desta Carta Magna estabelece o aumento da eficiência, considerado como um princípio constitucional da administração pública, bem como da

legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade (BRASIL, 1998).

3.2. Os Desafios da Gestão do SUS

O Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, com base na concepção de saúde como direito de cidadania e que tem as diretrizes organizativas de: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade.

A implementação do SUS, particularmente no que diz respeito ao processo de descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, é condicionada por e deve considerar o enfrentamento de ao menos três questões gerais: as acentuadas desigualdades existentes no país e no interior de cada estado; as especificidades dos problemas e dos desafios na área da saúde; e as características do federalismo brasileiro. Pode-se dizer que, de certa forma, houve na implementação das políticas de saúde nos anos 1990 um esforço no sentido de construir um modelo federativo na saúde, seja por meio das tentativas de definição do papel de cada esfera no sistema ou da criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS, e destes com a sociedade. Assim, as responsabilidades na gestão e no financiamento do SUS são compartilhadas entre os seus gestores nas três esferas de governo.

Um dos papéis fundamentais das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) é o de coordenar o processo de implantação e de funcionamento do SUS no respectivo estado. Para a execução deste importante papel, o gestor estadual do SUS precisa agir de forma articulada e solidária com as outras duas esferas de governo (federal e municipal) e com o controle social representado pelo Conselho Estadual de Saúde.

No que diz respeito aos municípios, esta relação não deve representar uma hierarquia e conseqüente subordinação destes à SES. Isto resulta do modelo brasileiro de federalismo e da definição constitucional e legal de direção única em cada esfera de governo. Além disso, a relação com os municípios tem como espaço de negociação e decisão política a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na qual as decisões devem ser tomadas por consenso.

A CIB é paritária composta por representantes da SES e dos municípios por meio

do respectivo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Dessa forma, com a implantação do SUS e considerando-se as definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, que institui a direção única em cada esfera de governo, a SES passa a ter um novo papel: o de Gestor Estadual do SUS. A condição para o exercício dessas funções pela gestão estadual vem sendo progressivamente construída ao longo das duas últimas décadas.

O processo de construção colegiada dos arranjos de gestão do SUS tem produzido grandes acordos na busca das melhores alternativas. A NOB 1/1996 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) iniciam a tentativa de inclusão de novos temas. A NOB 1/1996 traz a definição de responsabilidades de cada gestor nas diferentes esferas de governo; amplia o foco do modelo de atenção com a inclusão de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, e introduz o conceito de vínculo entre população e agentes dos sistemas de saúde; e cria o instrumento de Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A Noas procura induzir a reorganização do sistema de saúde por meio da regionalização, busca fortalecer o papel coordenador/negociador dos estados e garantir a integralidade da assistência consolidando a atenção primária como a porta de entrada do sistema. Mais recentemente, o Pacto pela Saúde retoma as propostas da NOB 1/1996 e da Noas com ênfase na regionalização e na busca de melhor definição do papel dos gestores em suas respectivas esferas de governo. O Pacto encerra o período de “habilitações” e traz significativa inovação com a proposta de criação das Regiões de Saúde com os respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR), e pela maior clareza quanto ao papel da gestão estadual do SUS, embora ainda de forma insuficiente.

Esse processo coloca um desafio para o gestor estadual qual seja a coordenação do SUS no âmbito estadual e não mais (pelo menos como prioridade) a prestação direta de serviços assistenciais. A máquina administrativa da SES desenhada para atender a necessidades anteriores à implantação do SUS surpreende-se tanto no que se refere à sua nova missão quanto aos novos papéis que deve assumir frente às demais instâncias governamentais e aos próprios prestadores de serviços que compõem a rede assistencial. Dessa forma, torna-se indispensável à busca da consolidação da função de Gestor Estadual do Sistema que deve ter por base o desenvolvimento de um processo de planejamento consistente com base no Plano Estadual de Saúde e na respectiva Programação Anual de Saúde.

Estes instrumentos de planejamento devem ser elaborados com a participação dos municípios e ser a base para a execução das ações e da elaboração do consequente Relatório de Gestão Anual. Para cumprir este papel, o planejamento não deve ser visto como um fardo burocrático, mas como uma maneira de o gestor do SUS assumir compromissos públicos e assim permitir o exercício do controle social. Essa gestão se dá no sentido amplo, não se restringindo ao gerenciamento apenas de sua rede própria de prestação de serviços (hospitais e outras unidades) ou à gestão dos prestadores de serviços, privados e públicos que estejam sob sua responsabilidade, ou ainda de alguns programas assistenciais.

Antes do Pacto pela Saúde, a amplitude e o grau de autonomia desta função estavam relacionados ao tipo de Gestão em que o estado estivesse habilitado – variando, portanto, de estado para estado. No presente, tendo o estado aderido ao Pacto, essa situação é plenamente superada. Nesse caso, de acordo com o Termo de Compromisso de Gestão, os recursos financeiros federais relativos à assistência de média e alta complexidade, sob gestão da SES, são automaticamente transferidos do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde e aqueles referentes à Atenção Primária e os da assistência de média e alta complexidade, sob gestão do município, são transferidos do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde.

O SUS, e consequentemente sua gestão, não é constituído apenas pelo componente de assistência à saúde, mas também por programas estratégicos e de promoção da saúde, informática e informação da saúde, gestão e desenvolvimento de recursos humanos, vigilância sanitária e ambiental, vigilância epidemiológica e controle de doenças e pela gestão dos investimentos em saúde. Dessa forma, é de responsabilidade do gestor estadual do SUS também a definição de políticas e de ações prioritárias relativas a esse conjunto de ações. Para planejamento, programação e desenvolvimento das ações na área da assistência à saúde é fundamental que se compreenda como princípios básicos, que as unidades públicas de saúde sejam municipais, estaduais ou federais, integram automaticamente o SUS.

Somente a partir da utilização plena dessa capacidade é que o gestor público deve buscar a contratação de serviços privados, devendo, nestes casos, priorizar as instituições filantrópicas e sem finalidade lucrativa. O instrumento de planejamento e programação a ser utilizado para viabilizar a realização adequada dessa função é a elaboração, sob a coordenação da SES e com a participação de todos os municípios, da Programação

Pactuada e Integrada (PPI).

A PPI norteia-se pelo princípio de integralidade das ações e busca garantir o princípio da equidade. Contempla a alocação dos recursos e explicita as responsabilidades de financiamento de custeio da assistência das três esferas de governo, a fim de garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde no próprio município ou em outros municípios que ofertam o serviço mediante encaminhamento formalizado e negociado entre os gestores respectivos. Para que se possa elaborar a PPI é indispensável a existência de um Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) devidamente atualizado.

A alimentação e a manutenção desse cadastro são de responsabilidade do gestor correspondente, ou seja, a SES ou a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em relação aos serviços sob sua gestão. Um adequado acompanhamento das ações desenvolvidas bem como controle e avaliação destas atividades requerem a existência de um bom Sistema de Controle e Avaliação. Outro componente importante da gestão da assistência à saúde é a Regulação.

O objetivo fundamental da Regulação é organizar e garantir o acesso da população às ações e os serviços do Sistema Único de Saúde, visando à melhor alternativa assistencial disponível para as demandas concretas dos usuários. A Regulação tem como meta principal, portanto, a garantia do acesso de forma equânime, à integralidade da assistência e o ajuste da oferta dos serviços às necessidades imediatas do cidadão, de forma ordenada, oportuna e racional.

A Regulação das Referências é uma função primordial da gestão estadual do SUS e a sua execução adequada assegura o cumprimento dos compromissos assumidos com a PPI e, por consequência, a igualdade de acesso e o cumprimento do princípio da integralidade. Sistemas de avaliação apropriados, informatizados e que leve em consideração um pacto de metas são fundamentais como estratégia para o rompimento das desigualdades e para a garantia do objetivo de uma melhor qualidade de saúde. Devem os estados, portanto, desempenhar papel regulador/ mediador buscando em conjunto com os municípios definir metas regionais, visando à melhoria da saúde da sua população, mas compreendendo e intervindo favoravelmente para que as desigualdades existentes entre municípios e regiões, sejam de saúde, econômicas ou políticas, não acabem por ampliar as desigualdades ou criar modelos de captura de recursos capaz de aumentar o fosso existente entre os que tudo podem e os que nada têm.

A atuação do estado como fomentador de políticas regionais e locais, no financiamento de estruturas necessárias e na manutenção de outras é fundamental para a correção das distorções existentes e para avançar ao patamar de qualidade de saúde que todos esperam. No que diz respeito à gestão da rede, no atual estágio de implantação do SUS, as Unidades Básicas de Saúde que integravam a rede estadual já devem ter sido repassadas para os municípios correspondentes contribuindo para que estes executem as ações sob sua responsabilidade.

As unidades ambulatoriais especializadas e os hospitais (principalmente aqueles de abrangência regional), por sua vez, não devem obrigatoriamente ter sua gerência transferida para os municípios, ou seja, podem continuar integrando a rede própria da SES. Contudo, de acordo com os pactos estabelecidos, estas unidades podem estar sob gestão do município. No entanto, vale referir que quanto menos a SES se envolver diretamente com a prestação de serviços assistenciais mais terá condições de exercer o seu papel de coordenador do SUS no âmbito estadual. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) previu e o Pacto pela Saúde/Pacto de Gestão manteve um instrumento próprio para garantir o financiamento das unidades públicas de propriedade de uma esfera de governo e sob gestão de outra que é o Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP). Sobre as ações de saúde executadas em cada município, deve haver uma cogestão entre estado e município ou uma direção única: do município ou do estado. Além das responsabilidades mais gerais abordadas anteriormente, os estados têm funções, competências e responsabilidades de gestão específicas em diversas áreas de atenção à saúde.

3.2.1 A busca pela eficiência no sistema de saúde

Segundo Campos (2004) os conflitos de interesse presentes no subsistema de saúde propostos pelo setor privado são explicados pelo fato de as operadoras serem representativas dos custos e qualificadas como receita para os prestadores de serviços. Esses eventos são tratados como eventos porque representam custos para os destinatários, mas ainda representam receita para os operadores.

Já Porter e Teisberg (2004) enfatizam que esses conflitos reproduzem um perfil de individualidade em detrimento da eficiência do sistema como um todo. Refletir sobre a eficácia da saúde significa focar no desempenho da execução, mas também em métodos, tarefas, técnicas e padrões operacionais, focando em processos e instrumentos. Eficiência

refere-se aos procedimentos e recursos utilizados para alcançar os objetivos ajustados de menor custo.

De acordo com Christensen (2009) as economias de escala são um fator a ser considerado para melhorar a eficácia, ou seja, quando o diagnóstico demonstra a necessidade de cirurgia, a organização hospitalar deve executar o procedimento da maneira mais eficiente e econômica possível, pois pode integrar todo o processo, desde a fase pré-hospitalar do paciente, passando pelas fases da cirurgia e recuperação, até a alta hospitalar. Os hospitais envolvidos em processos que podem agregar valor aos procedimentos podem realizar seu trabalho a um custo menor e com maior qualidade. Para o autor, em um hospital finlandês especializado em procedimentos de substituição articular, as possibilidades de custo são muito menores do que as dos hospitais gerais. Nesse hospital, verificou-se que a taxa de complicações foi de 0,1%, enquanto nas organizações em geral foi de 10 a 12%.

Além disso, no Brasil, há um avanço gradual nos modelos de pagamento com base em pagamentos em grupo, o que pressupõe modelos de preços retrospectivos que podem influenciar o desempenho da instituição. A conta global indica que todos os procedimentos e exames necessários para realizar um procedimento são agrupados e precificados pela definição de um total capaz de cobrir, desde o custo da hospitalização até o pagamento de despesas médicas, equipamentos médicos envolvidos, entre outros (CHRISTENSEN, 2009).

Segundo Porter (1997), para serem eficazes, as metas devem ser alcançadas otimizando recursos e investimentos institucionais para alcançar procedimentos efetivos. Para tanto, em um estudo que versa sobre o número de leitos no Brasil, através do Registro Nacional de Instituições de Saúde, encontramos leitos genuinamente hipotéticos, isto é, leitos que devem ser instalados, mas não operacionais. Não obstante, pesquisas demonstram diferentes resultados de eficiência operacional dos negócios se concentram na eliminação de esforços e recursos desnecessários, na adoção de tecnologia, no aumento da motivação dos funcionários ou no aumento da produtividade melhores habilidades para gerenciar atividades.

Donabedian (1988) enfatiza que nos serviços de saúde, a eficácia pode ser definida como a medida do custo com o qual uma melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes, a mais eficaz é a menos dispendiosa.

Segundo O'NEILL et al. (2008), uma organização pode ser encarada tecnicamente

eficiente se produzir o máximo de resultados em relação ao nível fixo de entradas ou, inversamente, se for capaz de usar os recursos mínimos necessários para produzir um determinado nível de saídas. A eficiência técnica envolve desperdício mínimo de recursos e não necessariamente minimização ou maximização de custos e receitas.

Para os autores, em termos de eficiência alocativa, está pautada aos insumos e recursos utilizados, bem como aos produtos ou serviços gerados, em relação aos seus preços. Isso leva em consideração os custos complexos de produção e as receitas geradas. Uma organização pode ser considerada alocativamente eficiente quando o conjunto de insumos pode reduzir custos, dependendo dos recursos ou insumos utilizados, ou quando o conjunto de resultados é aquele que maximiza a receita, dada a preços dos produtos.

3.3 Definindo Hospital

Até os dias de hoje, os hospitais são vistos pela população como o local onde as doenças são curadas, principalmente quando se trata de risco à vida. Esta visão levou muito tempo para ser construída e não será de uma hora para outra que a população saberá entender qual a sua real função.

Segundo Braga Neto e colaboradores (2008), o hospital é uma instituição bastante antiga, sendo que os primeiros registros apareceram nos primeiros séculos da era cristã no início do século IV d.C. Na época, o hospital não se voltava para a cura de pacientes, já que a assistência tinha como foco a salvação espiritual dos homens.

Até a Idade Média, tanto no ocidente quanto no oriente, os hospitais tinham como objetivo prestar assistência social aos doentes e aos infortunados. Os motivos religiosos e sociais foram os principais catalisadores para o surgimento destas instituições.

O desenvolvimento do hospital está relacionado às enormes transformações políticas, econômicas, sociais e culturais e às inovações tecnológicas e científicas ocorridas nos últimos séculos (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008; Antunes, 1991).

A complexidade da organização hospitalar é justificada devido à coexistência de inúmeros processos assistenciais e administrativos, o que parece haver uma dificuldade em visualizar a aplicação de processos e seus respectivos gerenciamentos (VECINA NETO E MALIK 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “O hospital é um elemento organizador de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica

completa, curativa e preventiva a população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa bio-social”.

Pelo Ministério da Saúde "O hospital é parte integrante de uma organização Médica e Social, cuja função básica, consiste em proporcionar à população Assistência Médica Sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisas em Saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente."

Desta forma, a assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser organizada como objetivo de suprir as necessidades da população, garantindo o atendimento aos usuários, contando com apoio de uma equipe multiprofissional, atuando na linha de cuidado e na regulação do acesso, de forma garantir a qualidade da assistência prestada, e na segurança do paciente.

O Brasil possui um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, que é o SUS, e onde existem várias outras unidades que devem trabalhar de forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de forma atender um princípio constitucional na linha de cuidado, a "Integralidade".

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS foi instituída por meio da Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

3.3.1 Classificando o Hospital

Os hospitais podem ser classificados sobre diferentes aspectos da seguinte forma:

1) Porte do hospital:

- Pequeno porte: Apresenta capacidade normal ou de operação de até 50 leitos;
- Médio porte: Apresenta capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos;
- Grande porte: Apresenta capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos;
- Acima de 500 leitos considera-se hospital de capacidade extra.

2) Perfil assistencial dos estabelecimentos:

- Hospital de clínicas básicas, hospital geral;
- Hospital especializado, hospital de urgência;
- Hospital universitário e de ensino e pesquisa.

3) Nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar:

- Hospital de nível básico ou primário;
- Hospital secundário;
- Hospital terciário;
- Hospital quaternário.

4) Papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde:

- Hospital local; regional, de referência estadual ou nacional.
- Hospital regional
- Hospital de referência estadual ou nacional.

5) Regime de propriedade:

- Hospital público;
- Hospital privado, com ou sem fins lucrativos (benéficos ou filantrópicos).

3.4 Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o documento emitido por uma unidade de saúde, que autoriza a internação de pacientes em leitos de enfermarias, que estejam em conformidades com o disposto pelo Ministério da Saúde, com sanitários e banheiros proporcionais ao número de leitos, não permitindo internações superiores a capacidade cadastrada, caso ocorra, haverá a descaracterização da internação pelo SUS. Somente em casos de urgência ou emergência, a Unidade Assistencial poderá lançar mão de internações em acomodações especiais provisoriamente, até que surja um leito regular. Esses leitos podem ser em unidades públicas, Federal, Estadual ou Municipal, como podem estar em unidades particulares conveniadas com o SUS.

A AIH é o documento que garante a gratuidade do pagamento das despesas geradas pelos pacientes durante a internação, seja ela gasta com profissionais, hospitalares ou de

exames complementares de diagnóstico e terapia, sendo vedada a cobrança ao paciente ou seus familiares. Devido sua grande importância, deve ser preenchido corretamente com toda a identificação do paciente, além da anamnese e o laudo médico que justifique a internação, com o código do procedimento solicitado. Também deverá constar o Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Regional de Odontologia (CRO) ou Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e o Cadastro de Pessoa Física (CPF) do profissional solicitante. Existem três tipos de AIH, de acordo com o Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (BRASIL, 2007).

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob o regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do Sistema de Informação Hospitalar. É gerada quando ocorre uma internação em um prestador público ou privado/conveniado ao SUS e é enviada ao gestor da Unidade Prestadora de Serviços. Mensalmente, os gestores enviam ao Ministério da Saúde um arquivo magnético com os dados de todas as internações ocorridas no Brasil. É através deste documento que se viabiliza o faturamento dos serviços hospitalares prestados no SUS. A AIH é emitida exclusivamente pelos órgãos emissores próprios ou autorizados pelo SUS, com numeração própria.

Existem dois tipos de AIH:

- AIH inicial - para internamento inicial;
- AIH de continuidade, longa permanência – para casos de psiquiatria, pacientes sob cuidados prolongados, depois de autorizada a permanência, o hospital emite a AIH-7, de longa permanência, com a mesma numeração da AIH inicial que deu origem a internação, porém, com competência (mês) diferente.

QUADRO 1: Portaria n° 113, de 4 de setembro de 1997

PORTARIA Nº 113, DE 4 DE SETEMBRO DE 1997

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,
Considerando os preceitos constitucionais que asseguram o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde;

Considerando a necessidade de regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde, resolve:

1. Os internamentos dos pacientes nas unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde - SUS classificam-se em duas categorias:

- Internamento eletivo: e
- Internamento de urgência/emergência.

1.1. O internamento efetivo somente poderá ser efetuado mediante a apresentação, pelo paciente ou seu responsável, de laudo médico previamente autorizado e/ou Autorização de Internação Hospitalar-AIH, emitida pela Secretaria de Saúde.

1.2. Em caso de urgência/emergência, o internamento do paciente se fará independentemente de autorização prévia.

1.2.1. Para emissão da Autorização de Internação Hospitalar - AIH de urgência/emergência, deverá ser emitido laudo pelo médico responsável pelo internamento.

1.2.2. O "Laudo Médico" de que trata o item anterior, será visado pelo Diretor Clínico da Unidade Assistencial e encaminhado, no prazo máximo de 02(dois) dias úteis, ao órgão competente do SUS, para emissão do documento de Autorização da Internação Hospitalar - AIH referido no subitem 1.1.

1.2.3. Ocorrendo dúvidas quanto à confirmação da necessidade da internação, caberá à Secretaria de Saúde a avaliação do caso, concordando ou não com a emissão do documento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH. Esta decisão deverá ser comunicada no prazo de até 02(dois) dias úteis após o recebimento do "Laudo Médico".

2. A emissão da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, garantirá o internamento em enfermaria, com sanitários e banheiros proporcionais ao número de leitos e assegurará o pagamento das despesas médico-hospitalares em conformidade com os valores estabelecidos pelo Ministério da Saúde e publicados no Diário Oficial.

2.1. A AIH garante a gratuidade total da assistência prestada, sendo vedada a profissionais e/ou às Unidades Assistências públicas ou privadas, contratadas, ou conveniadas a cobrança ao paciente ou seus familiares, de complementariedade, a qualquer título.

2.2. Nos casos de urgência/emergência, e não havendo leitos disponíveis nas enfermarias, cabe à Unidade Assistencial proceder a internação do paciente em acomodações especiais, até que ocorra vaga em leitos de enfermarias, sem cobrança adicional, a qualquer título.

Fonte: SUS.

3.5 Leito Hospitalar

Para este estudo, iniciaremos pelo entendimento do que seria um leito hospitalar. Segundo o dicionário Aurélio, umas das definições de leito é "Superfície que pode acolher um homem ou animal para dormir ou descansar". Para Cherubin e Santos (2002), a

etimologia da palavra hospital é derivada da palavra “hospes” que significa hóspede. Leito hospitalar de internação, Segundo a “Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar” do Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos 2.a edição revista, Brasília-DF, 2002 “É a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço”.

Diante do entendimento do que seria um leito hospitalar, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) que define como o espaço de recuperação do bem estar físico-mental, o número adequado de leitos hospitalares disponíveis a uma determinada população, é fundamental para assegurar o direito do cidadão a um serviço público de saúde adequado.

Embora a Portaria nº 1101 do Ministério da Saúde determine que a relação de leitos hospitalares por habitantes seja de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes, não existe um número pré-fixado, uma vez que esta demanda é muito relativa e depende de vários fatores que podem influenciar na demanda por leitos de internação: perfil epidemiológico, cobertura em atenção básica, entre outros investimentos em saúde ou serviços que tem impacto direto ou indireto na qualidade de vida da população local.

Com a redução dos números de leitos de internação que ocorreu no município do Rio de Janeiro nos últimos anos, houve certa preocupação em que esta medida pudesse gerar uma demanda reprimida de pacientes aguardando um leito físico. Devemos chamar a atenção, para um importante detalhe, que os leitos hospitalares de internação não só servem para tratamentos de enfermidades de emergência, mas também se destinam a internações eletivas, e estas poderiam ser as mais prejudicadas caso ocorresse uma diminuição destes.

Na literatura internacional encontramos algumas outras tipologias que no Brasil são consideradas como “especialidade” do leito (Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS1):

Leito de agudo

Leito destinado ao cuidado (curativo, terapêutico) clínico, cirúrgico de urgência e eletivo, pediátrico e obstétrico, excluindo-se desse total os leitos psiquiátricos, leitos dia, de longa permanência e cuidados paliativos (MCKEE, HEALY, 2002).

Leito subagudo

Tipologia encontrada em alguns estudos e localidades é o leito que realiza o cuidado não agudo: cuidado paliativo, reabilitação e cuidado em geriatria (GIBBS *et al.*, 2008).

Leito de longa permanência

Leito destinado a pacientes que requeiram cuidado prolongado devido a doenças ou impedimentos crônicos e redução de autonomia para as atividades habituais. Inclui leitos em hospitais gerais ou especializados e leitos de cuidado paliativo (OECD, 2011).

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), os leitos estão divididos por especialidade, segundo o quadro a seguir:

QUADRO 2: Leitos hospitalares divididos por especialidades

1	BUCO MAXILO FACIAL
2	CARDIOLOGIA
3	CIRURGIA GERAL
4	ENDOCRINOLOGIA
5	GASTROENTEROLOGIA
6	GINECOLOGIA
8	NEFROLOGIAUROLOGIA
9	NEUROCIRURGIA
11	OFTALMOLOGIA
12	ONCOLOGIA
13	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
14	OTORRINOLARINGOLOGIA
15	PLASTICA
16	TORACICA
67	TRANSPLANTE
90	QUEIMADO ADULTO
91	QUEIMADO PEDIATRICO
31	AIDS
32	CARDIOLOGIA
33	CLINICA GERAL
35	DERMATOLOGIA
36	GERIATRIA
37	HANSENOLOGIA
38	HEMATOLOGIA
40	NEFROUROLOGIA
41	NEONATOLOGIA
42	NEUROLOGIA
44	ONCOLOGIA
46	PNEUMOLOGIA
87	SAUDE MENTAL
88	QUEIMADO ADULTO
89	QUEIMADO PEDIATRICO
64	UNIDADE INTERMEDIARIA
65	UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL
66	UNIDADE ISOLAMENTO
74	UTI ADULTO - TIPO I
75	UTI ADULTO - TIPO II
76	UTI ADULTO - TIPO III
77	UTI PEDIATRICA - TIPO I
78	UTI PEDIATRICA - TIPO II
79	UTI PEDIATRICA - TIPO III
80	UTI NEONATAL - TIPO I
81	UTI NEONATAL - TIPO II
82	UTI NEONATAL - TIPO III
83	UTI DE QUEIMADOS
85	UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II

86	UTI CORONARIANA TIPO III - UCO TIPO III
	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL
92	CONVENCIONAL
	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL
93	CANGURU
94	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS PEDIATRICO
95	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS ADULTO
10	OBSTETRICIA CIRURGICA
43	OBSTETRICIA CLINICA
45	PEDIATRIA CLINICA
68	PEDIATRIA CIRURGICA
34	CRONICOS
47	PSIQUIATRIA
48	REABILITACAO
49	PNEUMOLOGIA SANITARIA
84	ACOLHIMENTO NOTURNO
7	CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO
69	AIDS
71	INTERCORRENCIA POS-TRANSPLANTE
72	GERIATRIA
73	SAUDE MENTAL

Fonte: Elaborado pelo autor.

Todas essas definições, porém, não foram levadas em conta pelo Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, sítio oficial do Ministério da Saúde para o cadastramento formal dos serviços hospitalares em atividade no país e de seus respectivos leitos, onde estão registrados os “leitos existentes”, sem qualquer distinção, questionamento ou recomendação sobre seu estado funcional, conforme se lê em seu manual de instruções de preenchimento: “Leito hospitalar - cama destinada à internação de um paciente no hospital. (Não considerar como leito hospitalar os leitos de observação e os leitos da Unidade de Terapia Intensiva)”.

3.5.1 Gestão de leitos

Para Cunha (2011), nos serviços de saúde, eficiência é a medida de quanto uma melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de assistência são igualmente eficazes, a mais eficaz é a menos dispendiosa. A eficácia examina a relação entre os recursos

utilizados (insumos), como custos (na forma de mão-de-obra, capital e equipamento), resultados intermediários (número de pessoas processadas, tempo gasto aguarde, por exemplo) ou os resultados finais.

Segundo Politelo, Rigo e Hein (2014), uma organização pode ser considerada tecnicamente eficiente se produzir a produção máxima para um nível de entrada fixo ou, alternativamente, usar o mínimo de recursos para produzir um determinado nível de produção. A eficiência técnica envolve desperdício mínimo de recursos e não envolve minimização de custos ou maximização de receita.

Clement *et al.* (2008) concordam que a eficiência da alocação está relacionada aos insumos e recursos utilizados e aos produtos ou serviços gerados, em relação aos seus preços. Levam em consideração os custos de produção e as receitas geradas. Uma organização pode ser considerada alocativamente eficiente quando o conjunto de insumos minimiza custos, dependendo dos recursos ou insumos utilizados, ou quando o conjunto de resultados maximiza a receita, dependendo dos preços dos insumos e produtos.

Além disso, Cunningham e Sammut (2012) encontraram alguma ineficiência em relatar que a Metropolitan Australia (hospital de pacientes com problemas agudos de saúde) apresentava uma escassez grave de leitos e que era necessário minimizar este problema, pois não há mais drenagem e controle das camas.

De acordo com Hendy *et al.* (2013) O NHS (Serviço Nacional de Saúde) é cada vez mais criticado por sua falta de leitos, resultando em atrasos nas admissões facultativas e longas listas de espera.

Resta ressaltar que o número de internações está aumentando a cada ano devido ao desempenho limitado dos serviços de atenção primária e ao aumento da população idosa. Os dados mostram que os hospitais suecos também estão enfrentando a situação mencionada pelo mesmo autor, com crescente pressão sobre os custos e o envelhecimento da população. A eficácia dos cuidados de saúde em uma instituição complexa, como os cuidados de saúde, requer a criação e implementação de ferramentas de gerenciamento organizacional que permitam a organização e padronização dos processos de trabalho.

Como Cunningham e Sammut (2012) apontaram, Hendy *et al.* (2013), o número de leitos disponíveis para a população está diminuindo em todo o mundo ao longo dos anos, de modo que os leitos existentes merecem atenção especial para que melhores resultados possam ser alcançados, tanto do ponto de vista de assistência ou do ponto de vista financeiro.

3.5.2 A importância da gestão do leito

Sendo a média de internação variável, bem como os diagnósticos, os gerentes precisam de previsões adequadas e informações atualizadas sobre internações de pacientes e saídas. Um fluxo de leitos eficiente reduz o tempo de espera entre outros benefícios. E, embora a decisão de alta deva ser predominantemente uma decisão clínica, pode haver fatores não-clínicos que prorroguem a utilização do leito mesmo quando o paciente se encontra liberado pelo hospital, em algumas situações tais como: os familiares têm dificuldades para buscar o paciente, ou o paciente aguarda o laudo de um exame, estes fatores influenciam a tomada de decisão, além de preferências das equipes médicas e preferências familiares (BRYAN, GAGE & GILBERT, 2006). Portanto, novas soluções são necessárias para combater a falta de leitos para atendimento a pacientes.

De acordo com um estudo realizado por Cesconetto, Lapa e Calvo (2008) sobre os hospitais públicos, concluiu-se que o número de internações poderia aumentar em 15% se o gerenciamento do leito fosse implementado de maneira eficaz. Os autores também argumentam que um gerenciamento eficiente dos leitos é considerado fundamental, para que seja possível lidar com a crescente demanda de usuários de serviços públicos. Em termos de otimização de recursos humanos, o número de médicos e enfermeiros pode ser reduzido em 25% e o número de leitos em 17%.

O fluxo de leitos hospitalares não sendo adequado afeta a taxa de transferência externa dos pacientes nos hospitais, além de poder dificultar a transferência interna (Winkelmann *et al.*, 2008). Estudos relacionados ao cancelamento cirúrgico apontam taxas de suspensão de cirurgias bastante variadas: estudos encontraram um total de 5,1% de cirurgias suspensas, sendo destas 29,1% por falta de leitos; outros estudos registraram 25% de suspensão, sendo 16,2% por falta de leitos.

O cancelamento de cirurgias incide diretamente na eficiência hospitalar, pois um serviço cirúrgico eficiente deve ter uma baixa taxa de cancelamento (GODDEN, MCCOY & POLLACK, 2009). Em estudo realizado em um hospital de ensino para definir as causas e os custos financeiros de atrasos em altas nas enfermarias de clínica médica, constatou-se que a maioria das altas dos pacientes apresentou atrasos, caracterizando 50% das internações. Um terço desses atrasos poderia ser evitado. Estes resultados são semelhantes de um estudo britânico e de um norte-americano, no qual 13,5% dos dias de internação eram inadequados e 63% dos atrasos tiveram razões não médicas (FONSECA, 2013).

O impacto dos atrasos, ocasionados por fatores não clínicos, na alta hospitalar tem impacto significativo sobre a eficiência, uma vez que interfere nos custos, qualidade e adequação dos cuidados e, por isto, têm atraído a atenção internacional. Nos Estados Unidos, onde os hospitais são reembolsados prospectivamente, um estudo descobriu que aproximadamente 7% de dias de internação foram considerados desnecessários (GODDEN, MCCOY & POLLACK, 2009).

Nesse contexto, nos Estados Unidos está sendo desenvolvido um trabalho de conscientização crescente sobre a alta tardia, uma vez que o Medicare não cobra mais a internação, é permitido dar alta para o paciente, mesmo que ele não esteja de acordo, visto que a recusa do programa de alta possibilita a responsabilização financeira e legal do paciente ou de um familiar, pela internação. Recusar ou não cooperar com o andamento do plano de alta é contrário aos interesses do sistema que investiu recursos e esforços buscando melhoria nas condições para a alta. O paciente que permanece internado sem motivo clínico resulta em custos desnecessários, resultando na utilização de recursos, muitas vezes escassos, de maneira pouco eficiente (SCHLAIRET, 2014).

Winkelmann *et al.* (2008) investigaram o efeito dos fins de semana e feriados nas taxas de alta, pois essas datas têm recebido considerável atenção como fonte de ineficiência dado que há uma variação significativa causada por processos hospitalares, e diante disso é necessário entender essas variações para melhorar a eficiência nos processos.

O processo, que se inicia na alta e liberação do ambiente para a higiene, é repleto de pontos críticos na comunicação interna, sendo necessária sensibilização das equipes e agilidade da hotelaria e manutenção. Remover possíveis “gargalos” é indispensável para a saúde do negócio. A partir de então, deve-se atuar sobre os indicadores, determinar metas e, conseqüentemente, planejar a utilização do leito. Na rotina dos hospitais observa-se que para a “reutilização” (ocupação por um novo paciente) do leito é necessária à realização de diversas atividades que podem variar de hospital para hospital, tais como: alta médica, alta no sistema, impressão de todos os exames (pela escriturária do andar) é realizada para entrega para o paciente, visto que a rotina é devolver os exames realizados durante a internação, orientação de alta pela enfermagem, desocupação do leito, limpeza terminal, desinfecção do leito, aviso em sistema da liberação do leito.

Nesse sentido, o gerenciamento de sua utilização tornou-se questão central em organizações de saúde. A avaliação da capacidade instalada envolve duas questões principais: que capacidade deve estar disponível e como utiliza-la da maneira mais

apropriada frente à demanda oscilante. Com relação à gestão de leitos, segundo Jones (2009) o ideal para um atendimento com qualidade e, para uma adequada gestão financeira da organização, a ocupação média máxima não deve superar 85%, e a média de permanência deve ficar entre 3,7 e 5,5 dias. O paciente pode ser exposto a riscos de infecção hospitalar devido a altas com atraso, a correção desta situação proporcionaria a redução de custos e a melhoria da qualidade no atendimento. Como a variação neste processo pode criar pontos de estrangulamento que em última análise atrasam novas admissões, o processo de alta tem recebido especial atenção (HENDY *et al.*, 2013).

Gerenciar o fluxo de pacientes é um dos aspectos mais desafiadores de qualquer unidade de tratamento de saúde. Por se tratar do gerenciamento da capacidade instalada (gestão de leitos) trata-se normalmente de uma tarefa crítica. Alguns passos podem ser utilizados para a implantação da gestão de leitos em instituições de saúde, considerando o perfil da instituição e suas condições (FALCÃO, REPETTO & GELONESI, 2015).

O hospital é um dos serviços em saúde capaz de prestar assistência preventiva e curativa à população, todavia um dos fatores de grande importância para que esta prestação de serviços aconteça é o serviço de gestão de leitos, responsável por realizar internações e altas de paciente numa organização hospitalar. Os gerentes precisam realizar previsões adequadas com base em informações atualizadas sobre internações e saídas de pacientes (PAN; POKHAREL, 2007). Muito embora a decisão de alta deva ser predominantemente uma decisão clínica, pode haver fatores não-clínicos que influenciam a tomada de decisão, além de preferências das equipes médicas e de familiares (BRYAN, GAGE, GILBERT, 2006; AJIMURA, 2016).

O impacto dos atrasos na alta hospitalar, ocasionados por fatores não clínicos, tem impacto significativo sobre a eficiência, uma vez que interferem nos custos, qualidade e adequação dos cuidados e, por isto, têm atraído a atenção internacional. Nos Estados Unidos, onde os hospitais são reembolsados prospectivamente, um estudo descobriu que aproximadamente 7% de dias de internação foram considerados desnecessários (GODDEM, MCCOY, POLLOCK, 2009; SCHLAIRET, 2014).

Um estudo desenvolvido por Wong et al (2009) investigou o efeito dos fins de semana e feriados nas taxas de alta, uma vez que essas datas têm sido fonte de ineficiência hospitalar. Mendoza et al. (2012) identificaram motivos não-clínicos que impossibilitavam a alta do paciente:

- Sobrecarga ou incapacidade de familiares conciliarem os cuidados com atividades

rotineiras;

- Falta de preparo dos familiares para receber o paciente de alta;
- Falta da residência ou inadequação do ambiente;
- Problemas com transporte do paciente;
- Resistência dos familiares, entre outros.

Jasinarachchi *et al.* (2009) realizaram estudo para definir as causas e os custos financeiros de atrasos em altas nas enfermarias de clínica médica de um hospital de ensino. Dos pacientes com alta, 50% foram classificados como alta tardia e um terço destas altas tardias eram evitáveis. Estes resultados são semelhantes aos de um estudo britânico e de um grande estudo norte-americano, onde 13, 5% dos dias de internação eram inadequados e 63% dos atrasos tiveram razões não médicas.

Estudos relacionados ao cancelamento cirúrgico apontam taxas de suspensão de cirurgias bastante variadas. Perroca *et al.* (2007) encontraram um total de 5,1% de cirurgias suspensas, sendo destas 29,1% por falta de leitos; Zafar *et al.* (2007) registraram 25% de suspensão, sendo 16,2% por falta de leitos. O cancelamento de cirurgias incide diretamente na eficiência hospitalar, pois um serviço cirúrgico eficiente deve ter uma baixa taxa de cancelamento (FARIA *et al.*, 2010).

Nos Estados Unidos, está sendo desenvolvido um trabalho de conscientização crescente sobre a alta tardia, uma vez que o Medicare não cobriria mais a internação, ciente de que é permitido dar alta para o paciente, mesmo que ele não esteja de acordo. Assim, a recusa do programa de alta possibilita que o hospital repasse ao paciente ou a um familiar a responsabilidade financeira e legal pela internação. Recusar ou não cooperar com o andamento do plano de alta é contrário aos interesses do sistema que investiu recursos e esforços buscando melhoria nas condições para a alta, aos contribuintes que pagam seus impostos para manutenção do sistema de saúde e aos usuários de planos de saúde, que acabam tendo os preços aumentados (SCHLAIRET, 2014).

Sabe-se que, para a realização de alguns procedimentos cirúrgicos, o médico poderá determinar a reserva de vaga na UTI, em função do procedimento e da situação clínica do paciente. Esta reserva deverá respeitar um processo formal da organização hospitalar evitando reservas desnecessárias, uma vez que, estudos desenvolvidos por Pittelkow e Carvalho (2008) encontraram 19,9% de suspensão cirúrgica, com 2,1% por falta de leito de unidade de terapia intensiva (UTI), cuja proposta tende a melhorar a eficiência na gestão do

leito, atentando-se para o fato de que esta reserva deverá ser criteriosa.

Larivieri (2011) complementa afirmando que, uma vez disponibilizados os leitos na UTI, as cirurgias poderão acontecer em horários agendados, a emergência não ficará cheia de paciente à espera de internação, além de melhorar o fluxo de atendimento ampliando a flexibilidade de processos a serem realizados em novos pacientes. Afirma o autor também que mudanças operacionais podem aprimorar a performance de um hospital apostando em times de especialistas em tratamento intensivo, que passam a visitar os pacientes críticos antes da internação nesta Unidade, determinando quais cuidados eles realmente precisavam e em qual local do hospital este tratamento deve ser realizado.

Pacientes terminais podem ser realocados para tratamentos paliativos e todas as UTIs do hospital (cirúrgica, neurocirúrgica e cardiológica) poderão ser gerenciadas por um único departamento de tratamento intensivo, o que facilitará o fluxo de pacientes e aumento da eficiência na alocação de trabalhadores. O grande desafio, então, está na capacidade de aumentar a produtividade dos leitos, melhorando a eficiência operacional. Além das vagas de UTI, que podem ser um “gargalo” para a gestão de leitos, os processos que envolvem esta gestão são repletos de pontos críticos. Remover possíveis “gargalos” é condição *sine qua non* para a saúde do negócio. Logo, deve-se atuar sobre os indicadores, determinar metas e, conseqüentemente, planejar a utilização do leito (PEREIRA, 2012).

Na rotina dos hospitais, observa-se que, para a “reutilização” (ocupação por um novo paciente) do leito, é necessária a realização de diversas atividades passíveis de variação de hospital para hospital, a saber:

- Alta médica;
- Alta no sistema;
- Impressão de todos os exames (pela escriturária do andar), com previsão de entrega ao paciente, visto que a rotina hospitalar tem como meta a devolução dos exames realizados durante a internação;
- Orientação de alta pela enfermagem;
- Desocupação do leito;
- Limpeza terminal;
- Desinfecção do leito;
- Aviso em sistema da liberação do leito.

No Brasil, estudo realizado por Falcão, Repeto, Gelonesi (2015), em uma unidade de clínica cirúrgica, trouxe à tona os seguintes passos, com vistas a melhorar a eficiência na gestão de leitos:

- 1- Na admissão do paciente, o médico registra, em sistema eletrônico, a previsão de alta;
- 2- Com 24h de antecedência, em relação à data prevista para a alta hospitalar, a enfermeira da unidade entra em contato com o médico responsável pelo paciente e confirma;
- 3- Toda a equipe multiprofissional envolvida neste processo (Fisioterapeuta, Nutricionista, Assistente Social, farmacêutico, entre outros) é avisada e todas as ações em relação a alta hospitalar são realizadas e finalizadas;
- 4- No dia da alta, o médico prioriza a visita aos pacientes em vias de deixar, de forma programada, o hospital (salvo em situações emergenciais). O médico deve prescrever a alta hospitalar até às 10h da manhã;
- 5- A partir deste momento, o enfermeiro tem até 1 hora para completar as suas ações/orientações, promovendo a desocupação do leito;
- 6- Uma vez o leito desocupado, os profissionais da higiene têm até 1 hora para higienizar e sinalizar que este leito esteja disponível para uma nova ocupação.

As etapas acima citadas, tidas como exemplo, devem ser ajustadas à realidade da organização. Abaixo, podem-se observar os passos sugeridos para a implantação da gestão de leitos. De acordo com Falcão, Repetto e Gelonesi (2015) algumas medidas podem ser colocadas em prática, a fim de que seja possível implantar uma adequada gestão de leitos em instituições de saúde, considerando o perfil da instituição e suas condições:

1. Definir a sistemática para implantação da Gestão de Leitos;
 - 1.1. Criar critérios para desocupação dos leitos das internações eletivas, assim como das internações não programadas (solicitadas pelo Pronto Atendimento ou transferências de outras instituições).
2. Estabelecer Interfaces e Integração com as áreas.
 - 2.1. Algumas instituições criam um setor para gerenciamento de leitos, outras, atribuem esta tarefa ao setor de internação e admissão. É importante estabelecer um líder para este processo, no intuito de determinar diretrizes aos outros setores que têm interface direta com

o gerenciamento de leitos tais como limpeza, enfermagem, entre outros.

3. Gerenciar os tempos de todas as etapas.

3.1. Antes de definir metas a serem atingidas, alguns “tempos” devem ser monitorados tais como: tempo médio de internação, tempo de alta, tempo de liberação do leito para higienização, tempo médio higienização e composição do leito. Baseado nestes dados, o gestor do processo terá um pré-diagnóstico para identificar os focos prioritários de atuação.

4.. Utilizar Sistema/Softwares.

4.1. A utilização de um sistema eletrônico pode ser um grande facilitador do processo de gerenciamento de leitos, uma vez que todos os tempos de todas as etapas poderão ser acompanhados de forma simultânea e eficaz.

5. Definir Indicadores.

5.1. Definir quais indicadores será utilizado para o acompanhamento das ações e processos estabelecidos são fundamentais para identificar seu impacto. São exemplos de indicadores: tempo médio de higienização; tempo médio para internação; tempo médio de alta, até a liberação do leito, taxa de altas prescritas até 09 ou 10 horas da manhã, entre outros.

3.6 Regulação no SUS

A Política Nacional de Regulação estabelece que as ações da regulação assistencial estejam organizadas em um complexo regulador definido como a estrutura operacional das ações da regulação do acesso, e deve ter como atribuições:

i – garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;

ii – garantir os princípios da equidade e da integralidade;

III – fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;

IV – elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;

V – diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;

VI – construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência;

Vii – capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;

- Viii – subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- ix – subsidiar o processamento das informações de produção; e
- x – subsidiar a programação pactuada e integrada.

No SUS, a liberação dos leitos para admissão de pacientes ocorre pela distribuição central de regulação. Esta, por sua vez, exerce a função de gerenciar a priorização do acesso assistencial. Para Santos (2006), o ato de regular essa questão, na saúde, representa a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, orientando a sua execução e aumentando o bem-estar social. Em 2008, a portaria 1559/GM/MS/2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, na pretensão de organizar a regulação em saúde, estruturando essa iniciativa em três dimensões: sistemas de saúde, atenção à saúde - exercida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde – interação relacionada à organização, ao controle, ao gerenciamento e à priorização do acesso dos fluxos assistenciais no SUS.

Cabe ressaltar que as centrais de regulação são tidas como importantes ferramentas para a mediação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, em razão de adequar recursos às necessidades e demandas dos usuários, propiciando uma atenção mais equânime e de qualidade ao usuário SUS (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008). Alguns estados e municípios brasileiros apresentam iniciativas ou propostas próprias de implementação de modelos de regulação.

A guisa de exemplo, tem-se o estado do Rio de Janeiro ao iniciar, em 1999, uma proposta de implementação de uma Rede de Centrais de Regulação, juntamente com a criação de núcleos internos de regulação em todos os hospitais públicos das três esferas de governo. Goiânia assumiu essa atividade com a criação de Núcleos internos de regulação em todos os hospitais públicos das três esferas de governo, além de assumir o controle efetivo do acesso dos serviços e ações prestados pelo SUS, após a instalação do Complexo Regulador. Na Bahia, a política estadual de regulação/2011, propõe a implantação de centrais de regulação. O estado de São Paulo cria a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde-CROSS (BITENCOURT, 2010; CONASS, 2011), gerenciada por uma Organização Social de Saúde.

A Cidade do Rio de Janeiro possui uma grande densidade populacional e abriga amplo parque de estabelecimentos de saúde, sob administração dos três entes federados, com diferentes complexidades, conformando uma rede de saúde com especificidades que irão se refletir na conformação do Complexo Regulador. Desta forma, existe a necessidade

da integração do complexo regulador Municipal com os serviços de saúde das unidades das esferas federal e estadual às redes assistenciais no município, consolidando a figura do gestor pleno do SUS.

No caso do Rio, por ser o gestor pleno, fica sob sua responsabilidade a regulação do acesso à atenção especializada dos munícipes e não munícipes, assumindo como sua atribuição o acesso ordenado, regulado e em tempo hábil para esta população. Sendo assim, necessita da disponibilidade total da oferta de serviços das unidades federais e estaduais localizadas no território, por meio do Sistema Nacional de Regulação (Sisreg).

Desde 2010, a central de regulação do Município realizou a importação dos dados de todas as unidades públicas de saúde municipais situadas no rio de Janeiro e cadastradas no cadastro nacional de estabelecimentos de Saúde (cneS), incluindo os seus leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). A partir daí, a totalidade física dos leitos existentes nas unidades públicas, que internam pacientes SUS, oficialmente se encontra importada ao Sisreg, bem como unidades pré-hospitalares e unidades básicas.

o complexo regulador municipal apresenta dois componentes: regulação ambulatorial, regulação hospitalar e controle e avaliação.

Regulação ambulatorial

O objetivo é regular consultas ambulatoriais especializadas e exames complementares. As vagas para esse nível de complexidade, desde meados de 2012, têm sido solicitadas pelos médicos da atenção primária, segundo critérios de prioridade clínica, fortalecendo, desse modo, os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações, e coordenação do cuidado pela atenção primária.

A estrutura da central de regulação ambulatorial opera com o total de 10 profissionais e 1 estagiário, realizando as seguintes atividades:

- a) relatórios de produção da oferta a partir de dados coletados no Sisreg;
- b) relatórios de disponibilidade e aproveitamento de ofertas do município do rio de Janeiro;
- c) adequação dos tetos físicos dos procedimentos nas unidades;
- d) ativação, alterações e acompanhamento das agendas dos profissionais das unidades executantes;
- e) suporte via e-mail e telefone às unidades executantes;
- f) referência para os municípios que utilizam o Sisreg do rio de Janeiro;

- g) treinamento para operação do Sisreg iii;
- h) habilitação e manutenção dos cadastros dos operadores do Sisreg iii, módulo ambulatorial;
- i) monitoramento das demandas de ouvidorias e mandados judiciais;
- j) avaliação e encaminhamento das demandas específicas para cada setor;
- k) devolução das solicitações pendentes no sistema com mais de seis meses de inserção; e
- l) gerenciamento da plataforma Notificareg.

Regulação Hospitalar

Regula internações eletivas hospitalares e procedimentos especiais no âmbito do território municipal. Cabe, ainda, a esta instância a articulação com a Central de Regulação Estadual e com a Central Nacional de regulação de alta complexidade.

A estrutura da central de regulação de leitos é composta por 69 profissionais que desenvolvem as seguintes atividades:

- a) regulação das internações eletivas;
- b) regulação de leitos entre unidades;
- c) regulação de procedimentos de alta complexidade ou custo;
- d) análise e regulação de mandados judiciais e demandas do Ministério Público;
- e) regulação regional da AP 3.2;
- f) intermediação com a Secretaria de estado de Saúde do rio de Janeiro (SeS) para internação das cirurgias bariátricas;
- g) tratamento fora do domicílio (tfd) para outros estados;
- h) autorização de Procedimentos de alta complexidade (aPac);
- i) terapia renal Substitutiva;
- j) acesso ao tratamento de radioterapia; e
- k) regulação do Vaga zero.

Diversos fatores justificam a necessidade de regulação estatal no setor saúde, dentre eles:

- Procurar amenizar falhas na produção e na oferta de ações e serviços de saúde;
- Tentar amenizar o problema do uso inadequado ou da introdução de novas tecnologias sem critério no sistema de saúde, planejando a oferta de acordo com as necessidades dos

usuários;

- Organizar um modelo de atenção à saúde na tentativa de torna-lo mais eficiente e resolutivo.

4. ANÁLISE E RESULTADOS

Importante destacar que o número de hospitais e, conseqüentemente, o número de leitos hospitalares, são importantes indicadores para determinar o tamanho da estrutura, o contingente de recursos e a capacidade do atendimento de saúde em alta e média complexidade disponível à população de qualquer país ou região. Embora não exista um parâmetro oficial que aponte a densidade de leitos hospitalares por habitante, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima globalmente uma média de 3,2 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes. Para a América Latina e Caribe esta estimativa cai para 2,0 leitos hospitalares por 1.000 habitantes.

Neste sentido, o Relatório da Situação dos Hospitais Públicos no Brasil, que ora apresentamos, se propõe, de forma inédita, a consolidar dados e analisar a evolução e a configuração dos hospitais no período entre 2012 e 2016 a fim de contribuir com estratégias de planejamento e gestão e ampliar as perspectivas de novos investimentos na prestação de serviços hospitalares.

Tabela 1: Evolução Leitos na Cidade do Rio de Janeiro.

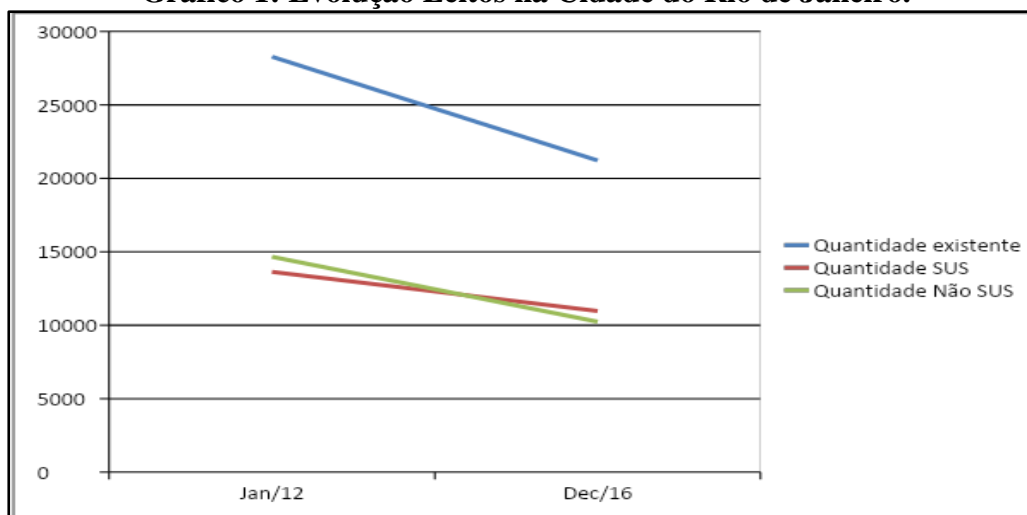
Anos	Quantidade existente	Quantidade SUS	Quantidade Não SUS
2012	28288	13633	14655
2016	21217	10974	10243
Diferença	7071	2659	4412

Fonte: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2012 a dezembro de 2016.

De acordo com a tabela acima, pode-se verificar que entre os anos de 2012 e 2016, o número total de leitos de hospitalares na Cidade do Rio de Janeiro sofreu decréscimo, indo de 28.288 em janeiro de 2012, para 21.217 em dezembro de 2016. Uma variação negativa de 7.071 leitos, perfazendo uma perda de 24,99%. Se for desmembrar em leitos SUS, em 2012 existiam 13.633 em janeiro de 2012, chegando em 10.974 em dezembro de 2016, em toda cidade. Essa variação representa uma redução média de 2.659, que corresponde à perda 19,5% leitos, quando comparado a janeiro de 2012. Para leitos NÃO SUS houve uma variação de 14.655 para 10.243 leitos, uma perda de 4.412 que representa

30,1% a menos no mesmo período de tempo. O gráfico abaixo propõe a redução do número de leitos Totais, SUS e não SUS de 2012 a 2016, apresentando sua variação negativa ao longo do período analisado.

Gráfico 1: Evolução Leitos na Cidade do Rio de Janeiro.



Fonte: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2012 a dezembro de 2016.

Tabela 2: Evolução Leitos SUS na Cidade do Rio de Janeiro entre os anos de 2012 e 2016

ANO/MÊS	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
2012	13633	13710	13632	13864	14143	14052	14261	14058	13884	13917	13764	13859
2013	13489	13689	13591	13489	13236	13318	13305	13247	13307	12916	12612	12605
2014	12560	12532	12438	12456	12393	12602	12573	12503	12410	12427	12394	12296
2015	12021	11966	11874	11686	11688	11686	11642	11585	11576	11525	11480	11472
2016	11428	11270	11127	11010	11021	11002	11055	10906	10922	10915	10876	10974

Fonte: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2012 a dezembro de 2016.

Fazendo um comparativo da evolução dos leitos em outras capitais do Brasil, também podemos perceber que houve uma redução em seu quantitativo em boa parte das capitais, como podemos verificar na tabela a seguir:

Tabela 3: Evolução Leitos nas capitais do Brasil entre os anos de 2012 e 2016

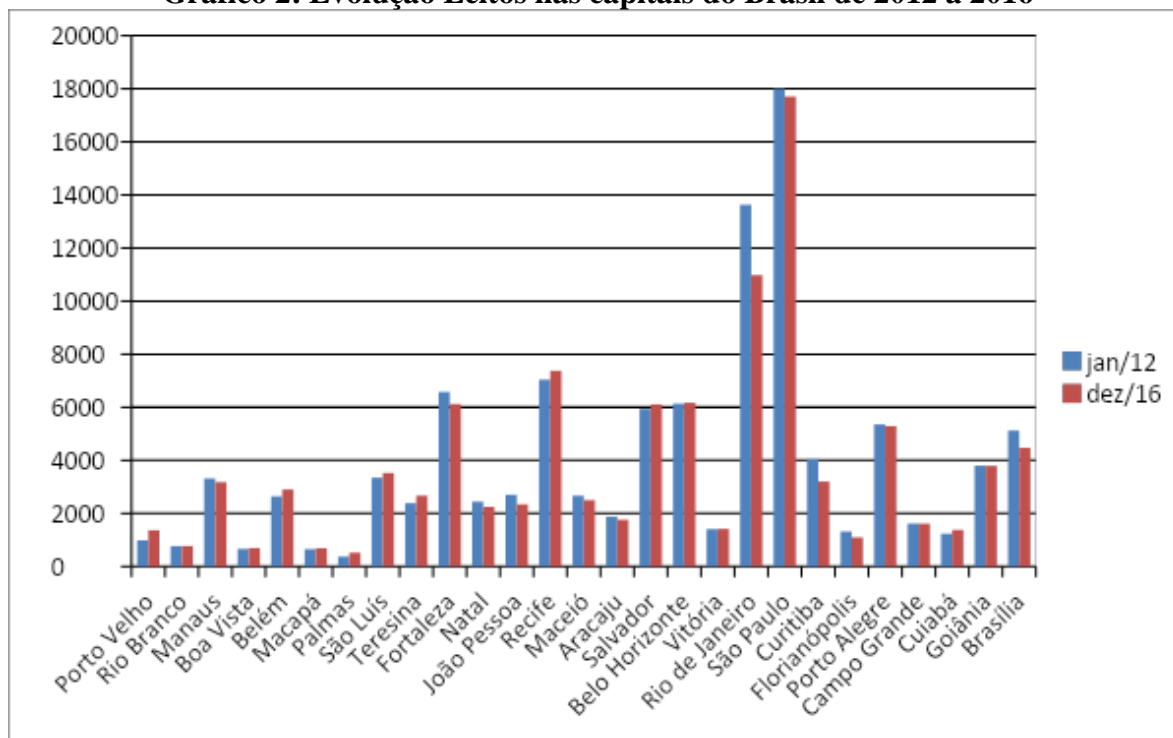
Capital	Janeiro/12	Dezembro/16
Porto Velho	988	1367
Rio Branco	769	772
Manaus	3317	3180
Boa Vista	664	695
Belém	2643	2903
Macapá	653	687
Palmas	372	520
São Luís	3346	3523
Teresina	2385	2669
Fortaleza	6576	6122
Natal	2443	2249
João Pessoa	2702	2341
Recife	7041	7373
Maceió	2669	2501
Aracaju	1877	1761
Salvador	5940	6110
Belo Horizonte	6136	6169
Vitória	1409	1417
Rio de Janeiro	13633	10974
São Paulo	18009	17706
Curitiba	4040	3202
Florianópolis	1317	1096
Porto Alegre	5353	5290
Campo Grande	1617	1613
Cuiabá	1235	1379
Goiânia	3799	3792
Brasília	5123	4472

Fonte: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2012 a dezembro de 2016.

Chama a atenção, em relação a variação do número de leitos nas outras capitais, que a Cidade do Rio de Janeiro, foi a que sofreu maior variação durante o período

avaliado, como podemos verificar de forma mais clara a partir do gráfico abaixo:

Gráfico 2: Evolução Leitos nas capitais do Brasil de 2012 à 2016



Fonte: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2012 a dezembro de 2016.

A reduzida oferta de leitos e o fato de sua maioria pertencer a instituições privadas intensificam o fenômeno, denominado por Yazlle Rocha e Simões como Divisão de Tarefas entre Instituições Privadas e Públicas. Essa situação dificulta ainda mais o acesso às internações em razão da seletividade negativa exercida pelas instituições privadas, que destinam aos hospitais públicos os casos não rentáveis, financeiramente. A incidência da falta de leitos na clínica médica deve-se, provavelmente, ao desinteresse no atendimento a uma clientela cujo valor ressarcido, de acordo com a tabela SIH-SUS, especialmente para clínica médica e internação de pessoas portadoras de problemas crônicos e de alta dependência, muitas vezes é baixo, do ponto de vista dessa rentabilidade.

Tomando como base a evolução dos leitos em todo o Brasil, a Cidade do Rio de Janeiro, acompanha a tendência, porém em percentuais diferentes, no caso Brasil com a redução de 2,25% contra 5,21% na Cidade do Rio de Janeiro. Ou seja, uma perda maior que

o dobro, como mostra a tabela abaixo:

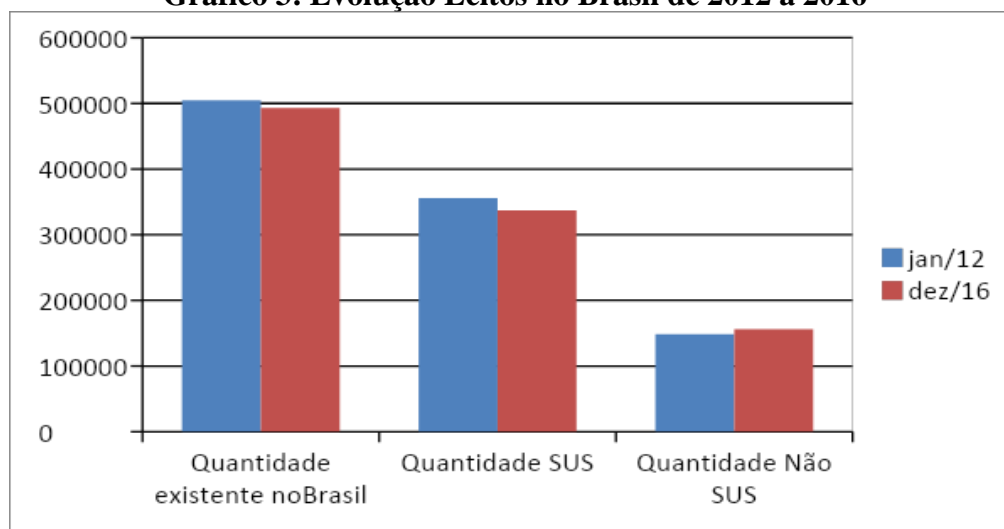
Tabela 4: Evolução do número de leitos no Brasil (SUS e não SUS) entre os anos de 2012 e 2016

Mês/Ano	Brasil	Leitos SUS	Leitos não SUS
Janeiro/12	504570	355808	148762
Dezembro/16	493208	337244	155964
Variação	11362	18564	7202
Variação em %	-2,25	-5,21	4,84

Fonte: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2012 a dezembro de 2016.

Verificamos que a redução nos leitos totais no Brasil, só não foi maior, porque no mesmo período analisado houve um aumento de 4,84% no número de leitos não SUS.

Gráfico 3: Evolução Leitos no Brasil de 2012 à 2016



Fonte: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2012 a dezembro de 2016.

Inversamente a evolução do número de leitos, o número de internações teve um aumento significativo durante o período analisado. A tabela 5 abaixo mostra um aumento de 17.458 para 21.926 números de internações entre janeiro do ano de 2012 e dezembro de 2016, no município do Rio de Janeiro. Verificou-se um aumento de 4.468 de números de

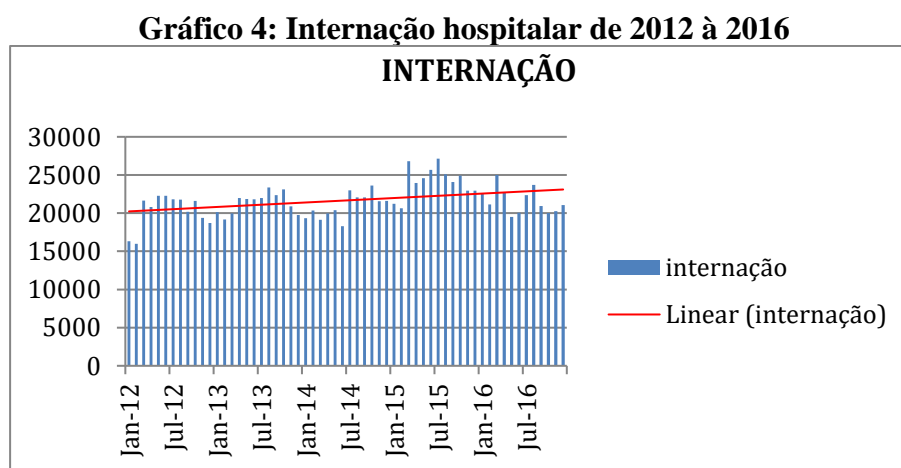
internações durante o período analisado.

Tabela 5: Evolução das internações na Cidade do Rio de Janeiro entre os anos de 2012 e 2016

Ano/Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2012	17458	18048	23611	22865	24383	24294	23832	23641	21973	23384	21162	20461
2013	21024	20947	21649	23743	23466	23481	23659	24934	23992	24670	22554	21294
2014	20836	21818	20595	21393	21793	19750	24373	23389	23372	24912	22911	22710
2015	22481	21960	28068	25204	25892	26889	28371	26486	25368	26176	24279	24192
2016	23785	22298	26120	23774	20612	21223	23457	24692	21816	20888	21053	21926

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Este aumento vem seguindo uma tendência como podemos observar no gráfico 4 abaixo:



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Agora, avaliando a natureza das internações de acordo com o tipo, veremos nas tabelas a seguir a evolução em separado as internações de urgência e eletiva.

Tabela 6: Evolução das internações de urgência entre os anos de 2012 e 2016

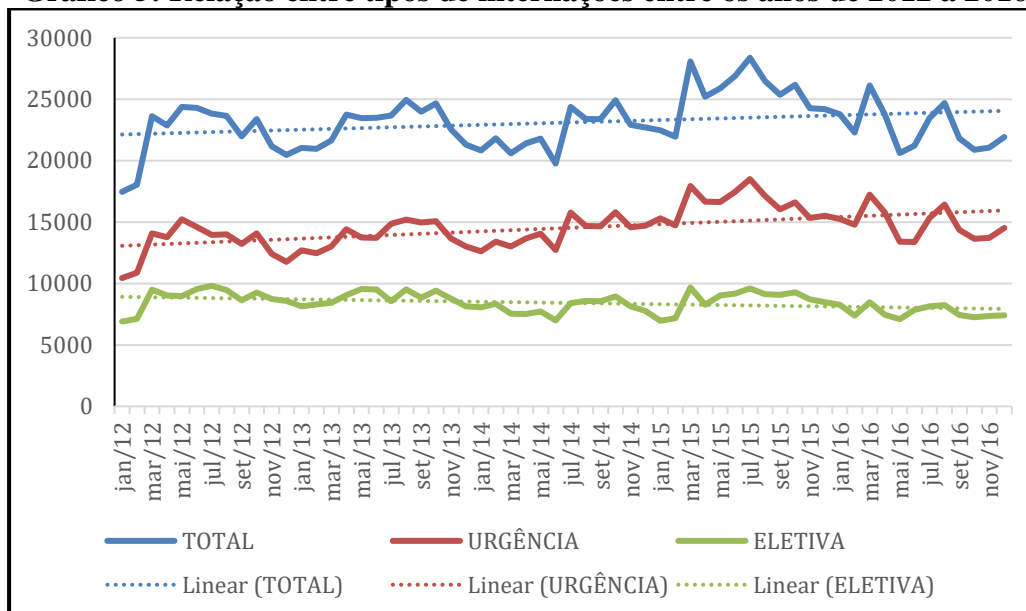
Ano/Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2012	10445	10870	14068	13769	15221	14598	13953	14014	13227	14083	12401	11749
2013	12692	12469	13005	14420	13740	13714	14858	15193	14977	15075	13651	13020
2014	12618	13411	13009	13676	14045	12734	15767	14689	14646	15803	14586	14716
2015	15298	14729	17930	16671	16633	17468	18498	17131	16045	16604	15326	15512
2016	15241	14775	17231	15799	13398	13367	15319	16438	14372	13635	13706	14524

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 7: Evolução das internações eletivas entre os anos de 2012 e 2016

Ano/Mês	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2012	6911	7129	9485	9017	8981	9560	9813	9462	8634	9250	8749	8571
2013	8131	8308	8439	9041	9543	9528	8559	9529	8853	9419	8774	8146
2014	8066	8353	7547	7505	7729	6989	8405	8587	8561	8935	8151	7785
2015	6979	7178	9689	8264	9034	9189	9588	9138	9073	9279	8712	8476
2016	8262	7381	8487	7473	7111	7856	8138	8254	7444	7253	7347	7402

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 5: Relação entre tipos de internações entre os anos de 2012 à 2016

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

De acordo com a tabela 6, observou-se um aumento significativo de 10.445 para 14.524 entre janeiro de 2012 e dezembro de 2016, com uma variação de 4.079 no número de internações de urgência. Pelo gráfico 6, verificamos uma tendência crescente neste tipo de internação. Nas internações eletivas, apesar de apresentar um aumento de 6.011 em janeiro de 2012, para 7.402 em dezembro de 2016, com uma variação crescente de 1.391, no gráfico 6 verificamos uma tendência de queda neste tipo de internação.

Por definição, as internações eletivas são aquelas nas quais é possível o agendamento da hospitalização, em contraste com as consideradas “emergentes/urgentes”, nas quais há um notório risco de vida, sendo este não iminente. No entanto, ao se verificar as principais causas de internações abordadas ao longo deste trabalho, destaca-se o número de pacientes internados com casos evitáveis, devido principalmente a ineficiências de serviços mais básicos, com ênfase para a atenção primária.

Ainda para os autores, a capacidade resolutive dos serviços de atenção primária na prevenção de hospitalizações desnecessárias tem sido tomada como indicador de qualidade da assistência à saúde. Lacunas relevantes e a insuficiente estruturação da atenção básica são alguns dos fatores que levam o usuário a optar por serviços de atenção de média e alta complexidade e, deste modo, o alto índice de atendimento em urgências propicia, assim, o comprometimento da qualidade do serviço e contribuindo para superlotações e sobrecarga deste.

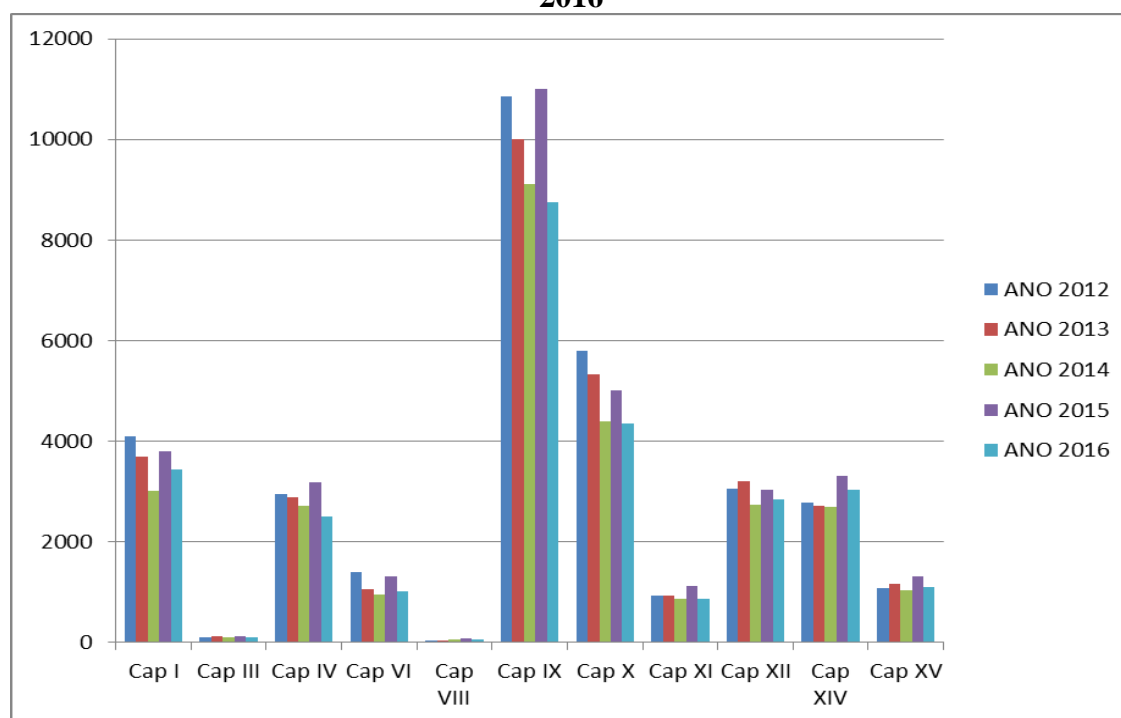
Como já comentado neste trabalho, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro vem ampliando de forma gradual e efetiva a cobertura na Atenção Primária à Saúde, saindo de 3,5% em 2008, para mais de 60% em 2016. De acordo com a tabela 8, podemos verificar uma diminuição das internações sensíveis à atenção básica.

Tabela 8: Internações sensíveis à atenção Básica, por capítulo do CID 10, de 2012 à 2016

Capítulo CID 10/Ano	2012	2013	2014	2015	2016
Cap I	4101	3687	3024	3810	3443
Cap III	109	124	106	116	100
Cap IV	2942	2896	2722	3189	2509
Cap VI	1391	1059	953	1304	1017
Cap VIII	47	40	52	71	68
Cap IX	10851	10006	9107	11002	8752
Cap X	5801	5334	4400	5009	4343
Cap XI	930	930	876	1124	877
Cap XII	3050	3207	2732	3036	2840
Cap XIV	2785	2725	2693	3305	3036
Cap XV	1082	1154	1027	1303	1095
TOTAL	33089	31162	27692	33269	28080

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 6: Internações sensíveis à atenção básica por capítulo do CID 10, de 2012 à 2016



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O fluxo de atenção à saúde depende da quantidade de serviços disponíveis (leitos em UTI), da demanda por esse serviço, da liberação de leitos (porta de saída) e da priorização no atendimento e decisão, entre outros critérios. Fatores técnicos, éticos, legais e sociais que influenciam a regulação do acesso. Quando há um desequilíbrio entre esses fatores, as filas são formadas. Além da estimativa em si, a análise de cenário nos permitiu observar a influência que alguns aspectos da administração podem ter na regulação do leito.

Segundo Boléo-Tomé (2007) observou-se também que as doenças do aparelho respiratório e cardiovascular ocupam, respectivamente, a segunda e terceira principais causas de internações hospitalares. Dentre as possíveis explicações que envolvam o sistema respiratório, destacam-se a trombose venosa e o tromboembolismo pulmonar, sobretudo nos pacientes que enfrentam o período pós-operatório, ou que possuem doença varicosa, ou ainda as próprias causas cardiovasculares como a insuficiência cardíaca congestiva ou valvopatias, fatores estes que estimulam o tromboembolismo.

Outras explicações também envolvem patologias como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e a asma, relacionados conjuntamente com o tabagismo, poluição e estados alérgicos e genéticos (estes dois últimos mais relacionados com a asma). Dentre as explicações que envolvam as causas cardiovasculares, destacam-se o crescimento exponencial da síndrome metabólica, obesidade, dislipidemia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes mellitus, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico, consequências da própria HAS e do IAM como a insuficiência cardíaca congestiva e edema agudo de pulmão, além de valvopatias.

Nota-se que a enorme maioria dessas causas se relaciona, em termos de prevenção primária em saúde, com os próprios hábitos e estilos de vida, o que deve ser abordado amplamente pela equipe multiprofissional em saúde, sobretudo na atenção básica, devido à transição epidemiológica que o Brasil vive atualmente, onde as doenças não infecciosas estão aumentando em incidência e prevalência.

No Brasil, a Portaria 1.631, de 2015, determina os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS ao definir os limites mínimos e máximos de taxa de internação, taxa de ocupação e tempo médio de permanência. Esta lei revogou a Portaria 1.101 de 2002, tendo em vista que a sua criação se deu com base em evidências científicas seguida da reflexão de necessidade de saúde da população brasileira. Vale lembrar que Portaria é uma declaração concreta de vontade e opinião de um órgão administrativo do Estado. A Tabela 9 a seguir, traz à tona a taxa de internação esperada

para cada mil pacientes, a considerar os limites mínimos e máximos previstos.

Tabela 9: Taxa de internação por mil (esperada) segundo os limites mínimos e máximos previstos por tipo de leito

Tipo de leito geral	Taxa de internação x 1000 (esperada)	
	Mínimo	Máximo
Neonatologia	82,4	168,0
Pediatria Clínica	27,8	48,8
Pediatria Cirúrgica	8,4	19,4
Clínica 15 – 59	13,8	24,6
Clínica 60 anos ou mais	72,4	116,8
Cirúrgica 15 – 59	21,5	35,7
Cirúrgica 60 anos ou mais	44,0	72,6

Fonte: Ministério da Saúde. Portaria 1.631 de 2015.

Já a Tabela 10 mostra o tempo médio de permanência nas internações em leitos gerais, demarcada por tipo de leito e com limites inferiores e superiores.

Tabela 10: Tempo médio de permanência (em dias) por tipo de leito

Tipo de leito geral	Tempo médio de permanência (em dias)	
	Limite Inferior	Limite Superior
Obstetrícia	2,4	3,1
Neonatologia	6,5	8,2
Pediatria Clínica	4,6	5,7
Pediatria Cirúrgica	2,4	3,9
Clínica 15 – 59	6,5	8,5
Clínica 60 anos ou mais	7,4	9,7
Cirúrgica 15 – 59	3,6	4,4
Cirúrgica 60 anos ou mais	4,6	6,5

Fonte: Ministério da Saúde. Portaria 1.631 de 2015.

Considerando, segundo a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar do Ministério da saúde, a Média de Permanência é a Relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos.

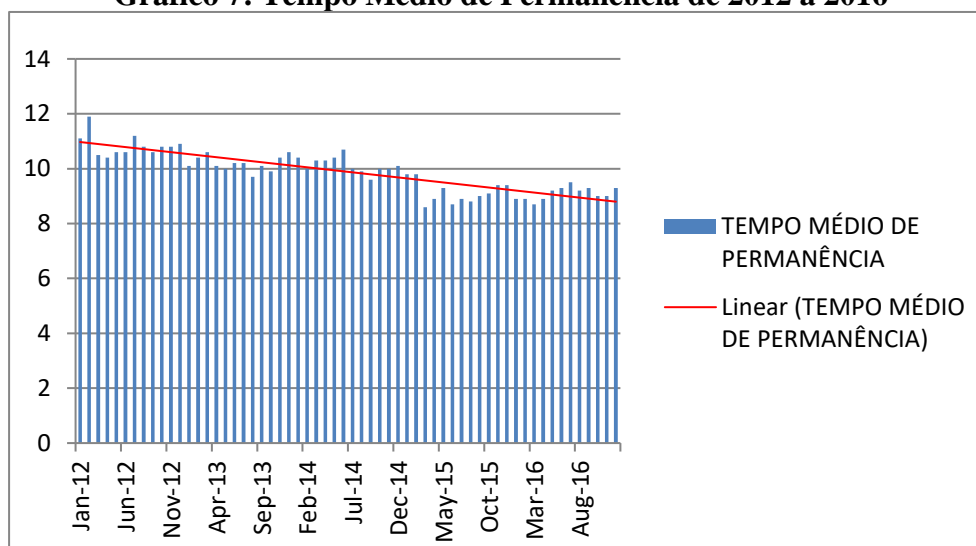
Já nas unidades públicas de saúde na Cidade do Rio de Janeiro, a tabela 11 mostra o comportamento do tempo médio de permanência das internações durante o período analisado:

Tabela 11: Tempo médio de permanência nas internações de 2012 à 2016

Ano/Mês	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
2012	11,1	11,9	10,5	10,4	10,6	10,6	11,2	10,8	10,6	10,8	10,8	10,9
2013	10,1	10,4	10,6	10,1	10	10,2	10,2	9,7	10,1	9,9	10,4	10,6
2014	10,4	10	10,3	10,3	10,4	10,7	10	9,9	9,6	10	10	10,1
2015	9,8	9,8	8,6	8,9	9,3	8,7	8,9	8,8	9	9,1	9,4	9,4
2016	8,9	8,9	8,7	8,9	9,2	9,3	9,5	9,2	9,3	9	9	9,3

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Podemos observar que houve uma sensível redução no tempo de permanência dos pacientes. Do ponto de vista da gestão, esta redução traz um ganho operacional muito importante, pois possibilita um maior giro nos leitos, aumentando a capacidade de internação nos mesmos.

Gráfico 7: Tempo Médio de Permanência de 2012 à 2016

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

De uma maneira geral, com a média de permanência (MP) dos pacientes internados em leitos hospitalares e o número de leitos existentes, foi feita uma projeção do número de internações possíveis. A partir da multiplicação do número de leitos pelo número de dias no mês, chegaremos ao número de leitos/dia:

Número de leitos X dias no Mês = Leitos Dia

Dividindo o número de Leitos Dia pela Média de Permanência (MP), chegaremos ao número máximo de internações que poderia ter sido feito, no período analisado:

$$\text{Número Internações Possíveis} = \frac{\text{Número de Leitos Dia}}{\text{Tempo Médio de Permanência}}$$

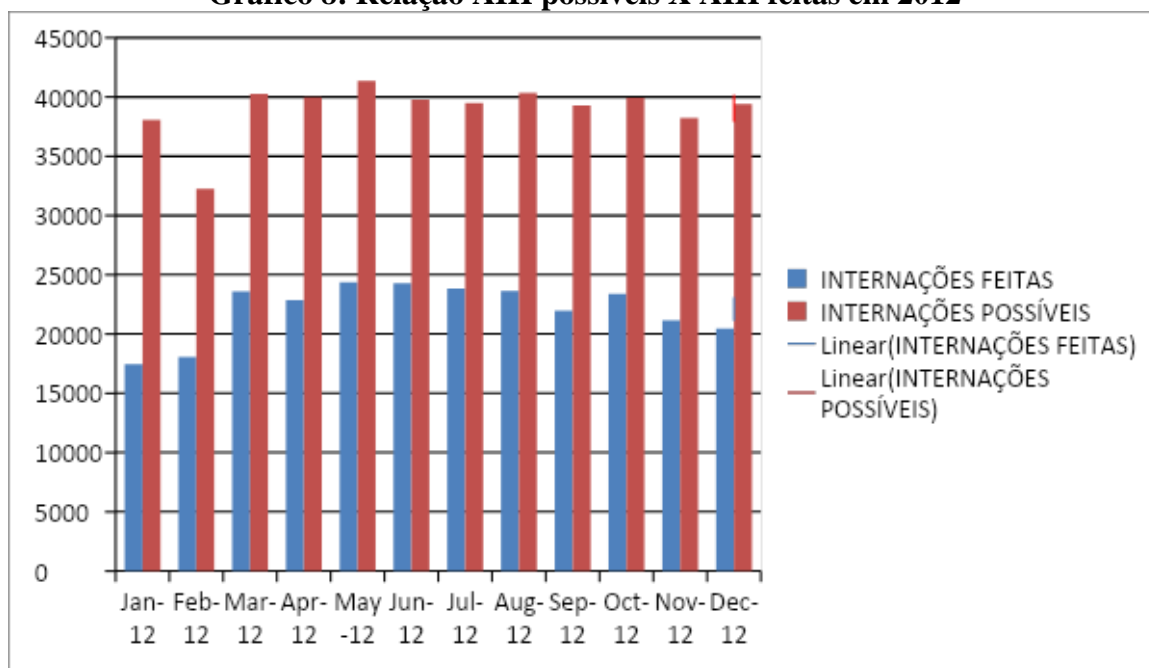
A partir destas informações, vejamos a evolução da relação entre internações possíveis e internações feitas nos leitos hospitalares durante o período analisado:

Tabela 12: Relação AIH possíveis X AIH feitas no ano de 2012

Mês	Leitos	Dias	Leitos /Dia	MP	AIH Possíveis	AIH Feitas
Janeiro	13633	31	422623	11,1	38074	17458
Fevereiro	13710	29	397590	11,9	33410	18048
Março	13632	31	422592	10,5	40246	23611
Abril	13864	30	415920	10,4	39992	22865
Mai	14143	31	438433	10,6	41361	24383
Junho	14052	30	421560	10,6	39769	24294
Julho	14261	31	442091	11,2	39472	23832
Agosto	14058	31	435798	10,8	40351	23641
Setembro	13884	30	416520	10,6	39294	21973
Outubro	13917	31	431427	10,8	39946	23384
Novembro	13764	30	412920	10,8	38233	21162
Dezembro	13859	31	429629	10,9	39415	20461

AIH= Autorização de Internação Hospitalar; MP: Média de Permanência.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

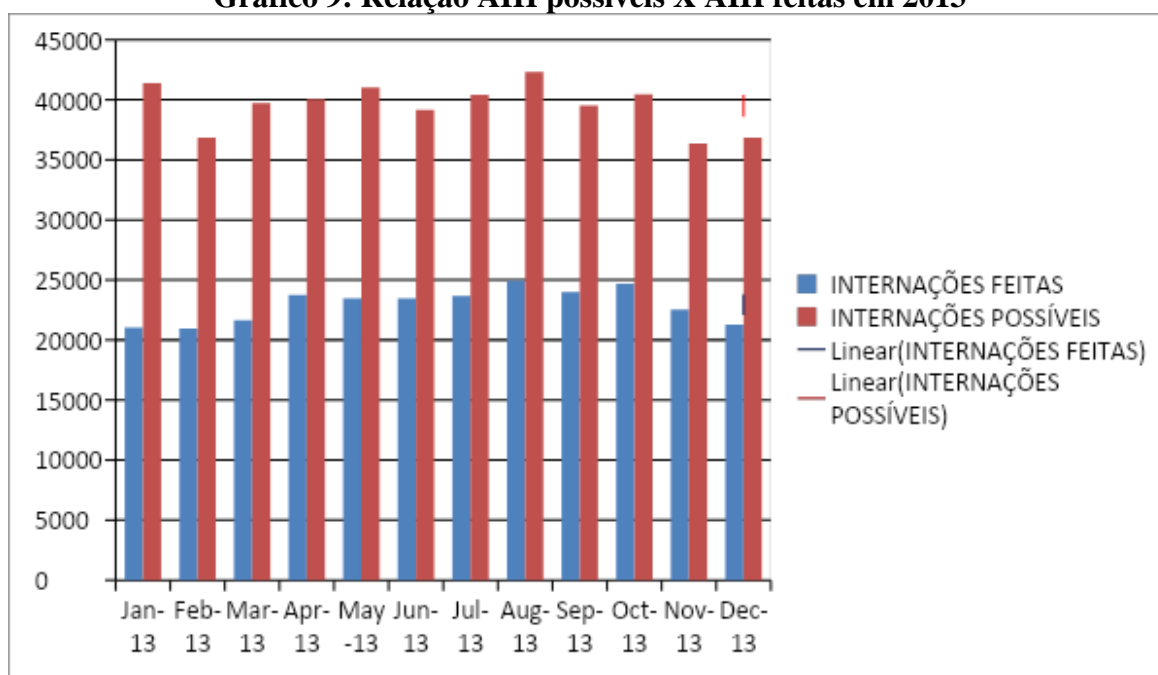
Gráfico 8: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2012

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 13: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2013

Mês	Leitos	Dias	Leitos /Dia	MP	AIH Possíveis	AIH Feitas
Janeiro	13489	31	418159	10,1	41401	21024
Fevereiro	13689	28	383292	10,4	36855	20947
Março	13591	31	421321	10,6	39747	21649
Abril	13489	30	404670	10,1	40066	23743
Mai	13236	31	410316	10	41031	23466
Junho	13318	30	399540	10,2	39170	23481
Julho	13305	31	412455	10,2	40436	23659
Agosto	13247	31	410657	9,7	42335	24934
Setembro	13307	30	399210	10,1	39525	23992
Outubro	12916	31	400396	9,9	40444	24670
Novembro	12612	30	378360	10,4	36380	22554
Dezembro	12605	31	390755	10,6	36863	21294

AIH= Autorização de Internação Hospitalar; MP: Média de Permanência
 Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 9: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2013

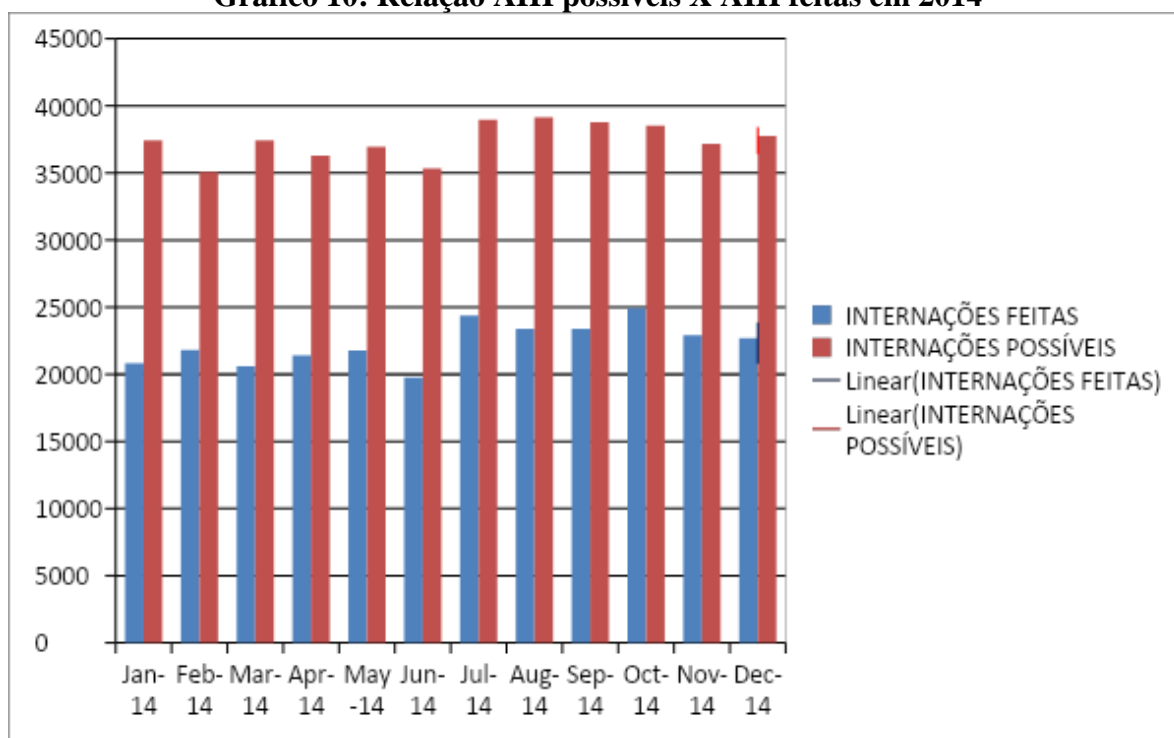
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 14: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2014

Mês	Leitos	Dias	Leitos /Dia	MP	AIH Possíveis	AIH Feitas
Janeiro	12560	31	389360	10,4	37438	20836
Fevereiro	12532	28	350896	10	35089	21818
Março	12438	31	385578	10,3	37434	20595
Abril	12456	30	373680	10,3	36279	21393
Maio	12393	31	384183	10,4	36940	21793
Junho	12602	30	378060	10,7	35332	19750
Julho	12573	31	389763	10	38976	24373
Agosto	12503	31	387593	9,9	39150	23389
Setembro	12410	30	372300	9,6	38781	23372
Outubro	12427	31	385237	10	38523	24912
Novembro	12394	30	371820	10	37182	22911
Dezembro	12296	31	381176	10,1	37740	22710

AIH= Autorização de Internação Hospitalar; MP: Média de Permanência.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 10: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2014

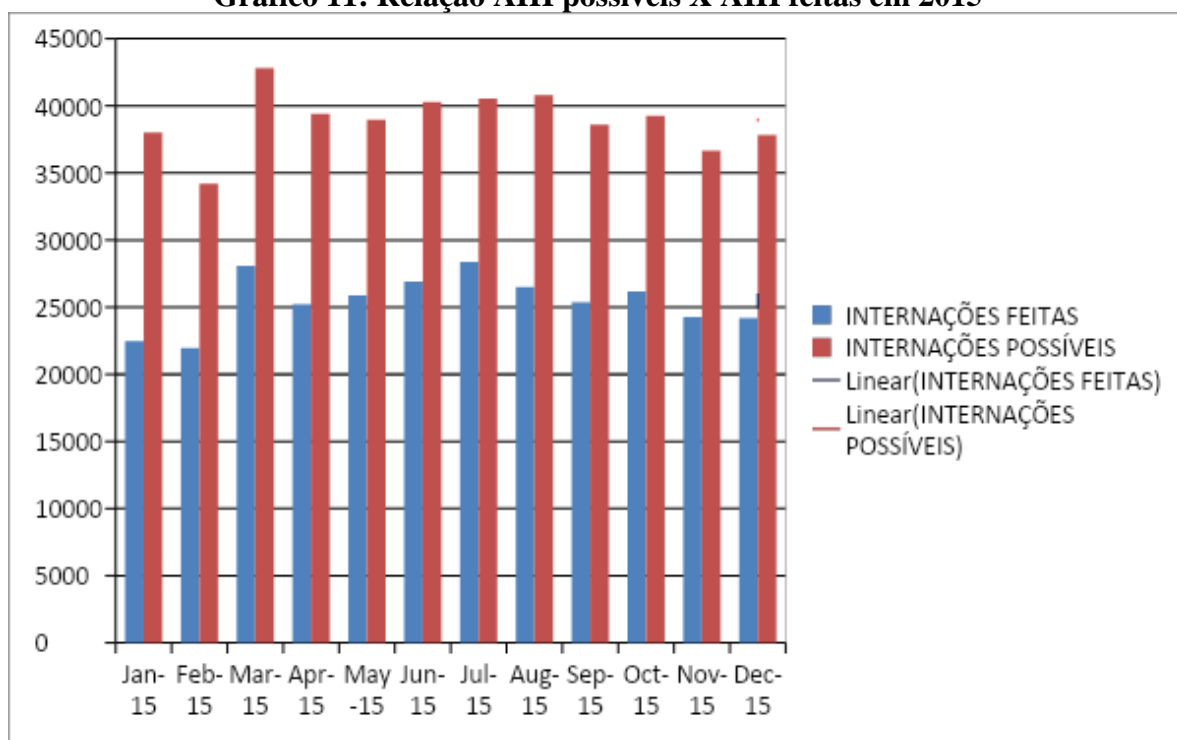
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 15: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2015

Mês	Leitos	Dias	Leitos /Dia	MP	AIH Possíveis	AIH Feitas
Janeiro	12021	31	372651	9,8	38025	22481
Fevereiro	11966	28	335048	9,8	34188	21960
Março	11874	31	368094	8,6	42801	28068
Abril	11686	30	350580	8,9	39391	25204
Mai	11688	31	362328	9,3	38960	25892
Junho	11686	30	350580	8,7	40296	26889
Julho	11642	31	360902	8,9	40550	28371
Agosto	11585	31	359135	8,8	40810	26486
Setembro	11576	30	347280	9	38586	25368
Outubro	11525	31	357275	9,1	39260	26176
Novembro	11480	30	344400	9,4	36638	24279
Dezembro	11472	31	355632	9,4	37833	24192

AIH= Autorização de Internação Hospitalar; MP: Média de Permanência.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 11: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2015

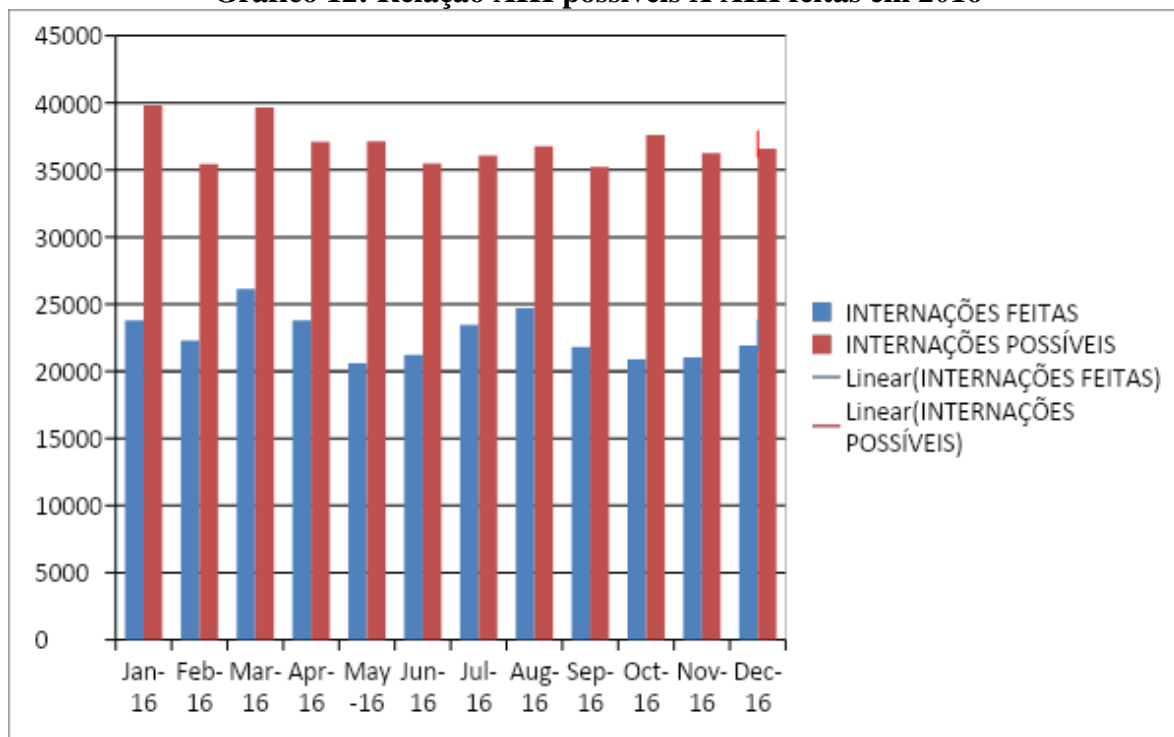
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabela 16: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2016

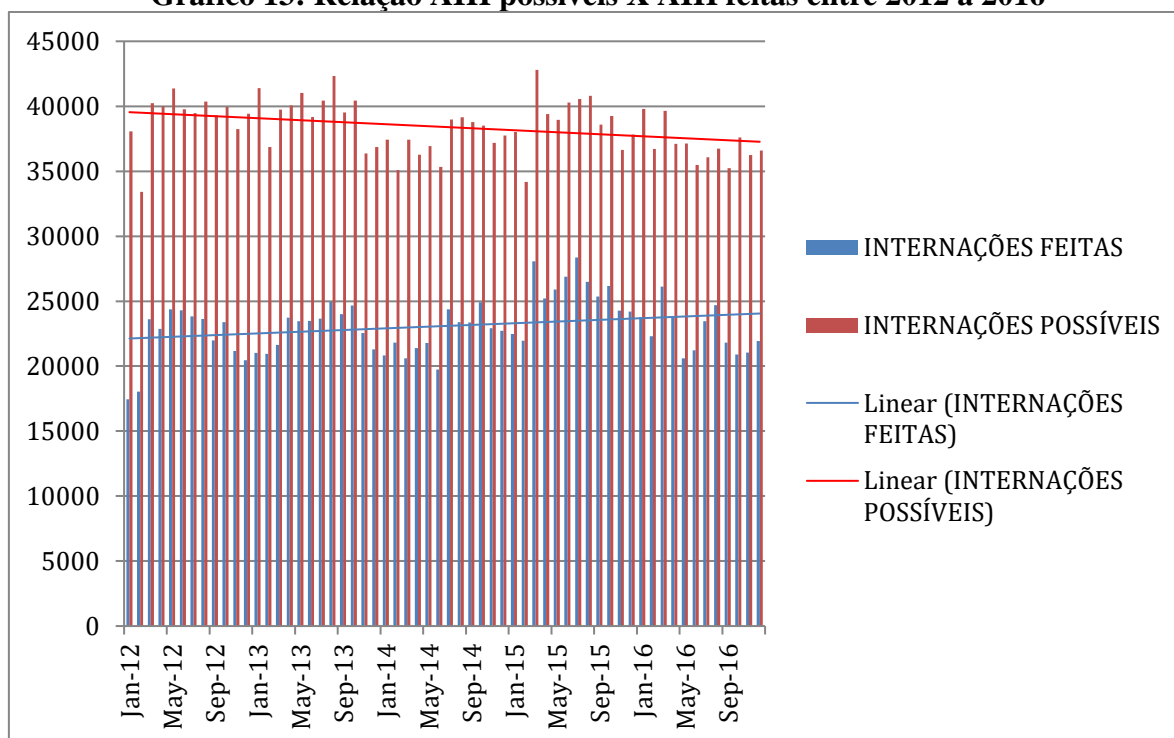
Mês	Leitos	Dias	Leitos /Dia	MP	AIH Possíveis	AIH Feitas
Janeiro	11428	31	354268	8,9	39805	23785
Fevereiro	11270	29	326830	8,9	36722	22298
Março	11127	31	344937	8,7	39647	26120
Abril	11010	30	330300	8,9	37112	23774
Maio	11021	31	341651	9,2	37135	20612
Junho	11002	30	330060	9,3	35490	21223
Julho	11055	31	342705	9,5	36074	23457
Agosto	10906	31	338086	9,2	36748	24692
Setembro	10922	30	327660	9,3	35232	21816
Outubro	10915	31	338365	9	37596	20888
Novembro	10876	30	326280	9	36253	21053
Dezembro	10974	31	340194	9,3	36580	21926

AIH= Autorização de Internação Hospitalar; MP: Média de Permanência.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 12: Relação AIH possíveis X AIH feitas em 2016

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Gráfico 13: Relação AIH possíveis X AIH feitas entre 2012 a 2016

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

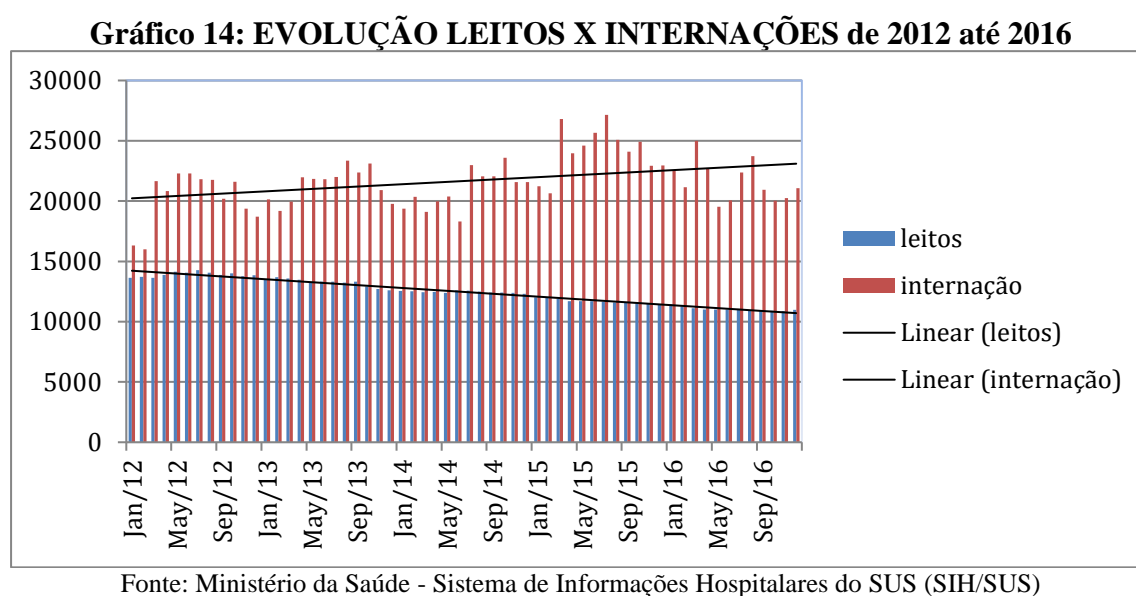
É importante ressaltar que esta análise apresentada não está levando em consideração os tipos de leitos ou de internação, ou seja, a partir das variáveis apuradas, compara a capacidade instalada e capacidade realizada apenas. Não se tem a pretensão de utilizar a capacidade máxima dos leitos disponíveis, até porque, taxas de ocupação maiores que 85% são compreendidas como risco ao paciente e em hospital de agudos uma taxa superior a 90% expressa crises periódicas de leitos hospitalares (Bagust, Place, Posnett, 1999).

Analisando a relação entre o número de internações possíveis e o número de internações realizadas, podemos verificar que houve uma significativa melhora no aproveitamento dos leitos disponíveis.

Em termos absolutos, o número de internações passou de 17.458 para 21.926. Associada à oferta de serviços, a participação relativa de internações de residentes em outros Municípios ocorre, principalmente, para atendimento especializado, como internações por neoplasias e transtornos mentais e comportamentais.

No caso dos transtornos mentais, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde e com a participação efetiva dos Conselhos e outras formas de organização popular,

desenvolve políticas voltadas à desospitalização e ao fortalecimento da rede extra-hospitalar, mediante a descentralização das ações, da capacitação de profissionais da rede básica, da redução da oferta de leitos psiquiátricos (inicialmente, em 20%), além da implantação do Centro de Atenção Psicossocial-álcool e drogas (CAPS-ad) e serviço de emergência psiquiátrica, porta de entrada para as internações na área. Apesar das ações de controle de porta de entrada e de alternativas de tratamento dos portadores de transtornos mentais, o fator agravante maior ainda se encontra na quantidade de leitos disponíveis, muitas vezes utilizados indiscriminadamente.



Enquanto há um decréscimo no número de leitos, houve um aumento no número de internações. Quanto às demais causas, a manutenção das internações de residentes em outros Municípios, possivelmente, também decorram da falta de oferta de leitos e de serviços de média e alta complexidade. A participação das internações de baixa complexidade, outro aspecto de grande relevância na gestão do sistema municipal, não foi objeto de alcance do presente estudo.

Apesar do reconhecimento pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), os Municípios-pólos de médio porte, condição de centenas no País, não têm suas intervenções demarcadas pelos seus limites geográficos; pequenos Municípios circunvizinhos, muitos deles hipertrofiados pela ocupação desordenada de espaços urbanos, carecem de infraestrutura básica, inclusive de atenção à saúde da sua comunidade.

A invasão de Municípios próximos para utilização de seus serviços de baixa complexidade é, possivelmente, reflexo da dificuldade de acesso a esses serviços no próprio local de moradia e constitui um importante componente a ser considerado na gestão de leitos hospitalares por Municípios de médio porte, principalmente quando a pactuação de recursos disponíveis não contempla tais dimensões.

5. CONCLUSÃO

Ante ao exposto concluiu-se que a ineficiência na saúde possui como consequência a dificuldade de acesso ao sistema, tempo de espera para consultas, tempo de espera nos serviços de emergência, falhas estruturais caracterizadas pela falta de leitos, falhas de gestão identificadas por lacunas na previsão de leitos, no que tange à internação de emergência, falha na análise de sazonalidade, falhas de comunicação entre a equipe multiprofissional, na previsão de alta e na alta tardia.

O sistema de saúde pública no Brasil sempre foi uma das prioridades governamentais desde o início do século XX, pois havia necessidade política de garantir aos cidadãos e trabalhadores o mínimo para que sobrevivam as condições extremas trabalhistas da época. Através da sociedade, o governo planejou novas estratégias para diminuir os níveis de mortalidade no Brasil.

Embora tenha sido feita uma pesquisa abordando a relação de leitos em geral sem especificar o tipo, e da mesma, forma os tipos de internações, concluiu-se que, apesar de o número de leitos terem sido reduzidos no período analisado, o número de internações aumentou sensivelmente.

Este fato pode ter associação com a melhora da gestão dos leitos, como a diminuição do tempo médio de permanência dos pacientes nos leito. Outro fato que também é importante ressaltar, foi que a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, através da Secretaria Municipal de Saúde, ampliou a cobertura na Atenção Primária em todo território, onde está inserido o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), que visa a desospitalização do segmento idoso.

Pôde-se verificar que entre os anos de 2012 e 2016, o número total de leitos SUS no Rio de Janeiro sofreu decréscimo, indo de 13633 para 10974, que corresponde uma redução

de 2659 leitos, representando cerca de 19,5% a menos leitos em toda cidade. Para leitos NÃO SUS houve um decréscimo de 14.655 para 10.243 leitos, perdendo cerca de 4.412 leitos. Isso demonstra que a Cidade do Rio de Janeiro, obteve uma redução total do número de leitos, somando SUS e NÃO SUS, de janeiro de 2012 a dezembro de 2016, um total de 7.071 leitos para internação.

Observou-se também que, em grande parte de outras capitais, houve um decréscimo no número de leitos, porém a cidade do Rio de Janeiro teve uma redução sensivelmente maior que as outras capitais.

Em relação ao número de internações, conforme as quantidades apuradas e a tendência observada no gráfico apresentado comportaram-se numa crescente passando de 17.458 para 21.926 números de internações entre o ano de 2012 e 2016.

Foi observado um aumento significativo no número de internações de urgência, passando de 10.445 para 14.524 entre janeiro de 2012 e dezembro de 2016, com uma variação de 4.079 no número de internações, sendo verificada uma tendência crescente neste tipo de internação. Nas internações eletivas, apesar de apresentar um aumento de 6.011 em janeiro de 2012, para 7.402 em dezembro de 2016, com uma variação crescente de 1.391, no graficamente, verificamos uma tendência de queda neste tipo de internação.

Em relação ao aproveitamento na utilização dos leitos disponíveis e a taxa de ocupação plena, onde correlacionando com o tempo médio de permanência, chegou-se a conclusão que houve uma significativa melhora no aproveitamento dos leitos disponíveis: relação entre internações possíveis e o numero de internações realizadas.

Como foi dito anteriormente, a relação entre internações feitas e possíveis foi calculada de uma maneira geral, não especificando quais leitos apresentam ociosidade. Não foi o objetivo de a pesquisa verificar quais tipos de leitos tipos de estão sendo subutilizados ou insuficientes, fica a sugestão para uma próxima pesquisa, porém, não deixa dúvidas que, a relação da quantidade de internações feitas fica muito abaixo das internações possíveis.

6. REFERÊNCIAS

AJIMURA, Y.F. **Pacientes de alta que permanecem dentro do hospital: quem são e por que permanecem?** [Dissertação de Mestrado]. Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: <http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/dissertacao_versao_final_fabio_0.pdf>. Acesso em: 02.08.19.

ANTUNES, J.L.F. **Hospital. Instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras; 1991.

BAGUST, A; PLACE, M; POSNETT, J.W. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. **BMJ**. 1999 Jul 17;319(7203):155-8.

BITENCOURT, R.J. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional**. 152f. Tese de Doutorado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

BOLÉO-TOMÉ, J.P. Doença respiratória e gravidez. **Acta. Med. Port.**, v.20, n.4, p. 359-367, fev. 2007.

Braga Neto F.C, Barbosa P.R, Santos I.S. **Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências**. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L.V.C; Noronha, J.C; Carvalho, A.I. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

BORBA, G. S. de. Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Revista Saúde e Sociedade**. v.17 n.1 São Paulo: jan./mar. 2008.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011(Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais**. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 198 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Dados dos serviços de saúde no Brasil. 2017. Disponível em: <http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm>. Acessado em: 09 de agosto de

2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. DATASUS. **Brasil: indicadores gerenciais e qualitativos básicos sobre a assistência hospitalar prestada pelo SUS, em 1994**. Brasília: Coordenação de informações, 1995.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a**.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998**.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**.

BRYAN, K.; GAGE, H.; GILBERT, K. Late transfers of older people from hospital: causes and policy implications. *Health Policy*. **Cross Ref Medline Web of Science Google Scholar**, v.76 (2), p. 194 – 201, 2006.

CAMPOS, C.C. **Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2004. 186 p

CASTRO, M.S.M; TRAVASSOS, C; CARVALHO, M.S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 277-284, 2005.

CARVALHO, A.I.; WESTPHAL, M.F.; LIMA, V.L.P. **Histórico da promoção da saúde no Brasil. 2014**. Disponível em: <https://ufr.br/procisa/index.php?...historico-promocao-saude-brasil&id....> Acesso em: 09.09.19.

CESCONETTO; LAPA; CALVO. Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol. 24 no.10. Rio de Janeiro, Oct. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000021&script=sci_arttext. Acesso em: 10.08.2019.

CHERUBIN. N. A; SANTOS, N. A. **Administração hospitalar fundamentos**. 3ed. São Paulo: Loyola 2002.

CHRISTENSEN, M.C. **Inovação na Gestão da Saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade**. São Paulo: Bookman, 2009.

CUNHA, J. A. C. da. **Avaliação de Desempenho e eficiência em organizações de Saúde: um estudo em hospitais filantrópicos**. (Tese de Doutorado em Economia). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2011.

CLEMENT.,J. P., VALDMANIS, V. G., BAZZOLI, G. J., ZHAO, M., CHUKMAITOV, A. Is more better? An analysis of hospital outcomes and efficiency with a DEA model of output congestion. **Heath Care Manage Sci.** 11(1), 67-77, 2008.

CUNNINGHAM, P.; SAMMUT, J. Inadequate acute hospital beds and the limits of primary care and prevention. **Emergency Medicine Australasia(EMA)**, 24, 566–572 doi: 10.1111/j.1742- 6723.2012.01601.x, 2012.

DAVID, C.M.N. **Antibioticoterapia no paciente grave.** In: DAVID, C.M.N.; GOLDWASSER, R.S.; NÁCUL, F.E. Medicina intensiva: Diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 1997: 256-267.

DE NEGRI FILHO, A.A. **Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade.** São Paulo, 2016.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Care - How Can it be Assessed?:** in JAMA, 260(12):1743-1748,1988.

EVANGELISTA, P.A.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.4. p. 767-776, 2008.

FALCÃO, P; REPETTO, S.; GELONESI, A. P. O Impacto do Gerenciamento de Leitos Baseado na Metodologia Lean Six Sigma. **Anais Quali hosp.** Disponível em: <http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/QUALIHOSP_2015_COMPLETO_CO M_LIN K.pdf>. Acesso em: 12.07.19.

FARIA, E. *et al.* Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica. **Revista: RAS.** Vol.12, nº 47. Abril; junho 2010. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GZKzEa8XFN4J:www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php%3Fp_ndoc%3D207%26p_nanexo%3D%250286+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 05.08.19.

FONSECA, C. P.; FERREIRA, M. Investigação dos Níveis de eficiência na Utilização de Recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Revista Saúde e Sociedade.** V.18, n2, p. 199-213, 2013.

FLEURY, S. **Estado sem Cidadãos - Seguridade Social na América Latina.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

Gibbs A, Pearse EJ, Sheehan JA, Meleady KT, Jayasinha H, Jones N. Estimating and projecting subacute care demand: findings from a review of international methods. **Australian Health Review November.** 2008; 32(4):778-785.

GODDEN, S.; MCCOY, D.; POLLOCK, A. Policy on the rebound: trends and causes of

delayed discharges in the NHS. **Journal of The Royal Society of Medicine**, v.102 (1), p.22-8, 2009, doi: 10.1258/jrsm.2008.080202.

GOLDWASSER, R.S; LOBO, M.S.C; ARRUDA, E.F. de; ANGELO, S.A; José Roberto L. S; SALLES, A.A.S; DAVID, C.M.. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**, 2016; 50:19.

GONÇALVES, L.A.; GARCIA, P.C.; TOFFOLETO, M.C. *et al.* Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n.1, p. 56-60, jan./fev. 2006.

GONÇALVES, E. L. **Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006.

HENDY, P.; PATEL, J. H.; KORDBACHEH, T.; LASKAR, N.; HARBORD. M. In-Depth Analysis of Delays to Patient Discharge: a metropolitan teaching hospital experience. **Journal of the Royal College of Physicians**. V. 12, N. 4, p. 320-323, 2013. Disponível em: <http://www.clinmed.rcpjournals.org/content/12/4/320.full>. Acesso em: 20.ago.2019.

Hillier D.F; Parry, G.J; Shannon, M.W; Stack, A.M. The effect of hospital bed occupancy on throughput in the pediatric emergency department. **Ann Emerg Med**. 2009; 53(6):767-76.

JASINARACHCHI, H.K *et al.* Delayed transfer of care from NHS secondary care to primary care in England: its determinants, effect on hospital bed days, prevalence of acute medical conditions and deaths during delay, in older adults aged 65 years and over. 2009. **PubFacts. Scientific Publication Data.** Disponível em:<<http://www.pubfacts.com/author/Krishantha+H+Jasinarachchi>>. Acesso em: 12.08.2019.

JONES, R. Emergency admissions and hospital beds British. **Journal of Healthcare Management**. v.15 (6), p. 289-296, 2009. Disponível em: <www.bjhcm.co.uk>. Acesso em: 04.09.19.

IBAÑEZ, N.; NETO, G.V. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v.2. 2008.

KATHARAKI, M. Approaching the management of hospital units with an operation research technique: the case of 32 Greek obstetric and gynecology public units. **Health Policy**. 85(1), 19- 31, 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LARIVIERI, M. **Managing capacity of intensive care units**. 2011. Disponível em: <<https://operationsroom.wordpress.com/2011/03/31/managing-capacity-of-critical-care->

units/>. Acesso em: 10.08.19.

MCKEE, M; HEALY, J. European Observatory on Health Systems Series. **Hospitals in a changing Europe**; 2002.

MALIK, A. M. & TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**. 41(3), 51- 59, 2001.

MARINHO, A. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Economia**. 57(3), 515-534, 2003.

MILLS, A. E. & SPENCER, E. M. Values based decision making: a tool for achieving the goals of healthcare. **HEC Forum**. 17(1), 18-32, 2005.

MENDOZA-GIRALDO, D.; NAVARRO, A.; QUIJANO-SÁNCHEZ, A.; VILLEGAS, A.; ASCENCIO, R.; LISSEN, E. Retraso Del Alta Hospitalaria por Motivos no Médicos. **Revista Clínica Española**, v. 212, n. 5, p. 229-234, 2012, doi: 10.1016/j.rce.2011.12.009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Regulação do SUS. **Portaria 1559**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 04.07.19.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.631 /2015**. Parâmetros do SUS. Disponível em: <[file:///C:/Users/Claudia/Downloads/ParametrosSUS%20\(1\)](file:///C:/Users/Claudia/Downloads/ParametrosSUS%20(1))>. Acesso em: 10.08.2019.

OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators, **OECD Publishing**, 2011.

O'NEILL, L., RAUNER M., HEIDENBERGER K., KRAUS M. A cross-national comparison and taxonomy of DEA-based hospital efficiency studies. **Socio- Economic Planning Sciences**, v. 42, p. 158–189, 2008.

PAIM, J.S. Atenção primária à saúde; uma receita para todas as estações? **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.36, nº 94, 343-347p.jul/set.2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a04v36n94.pdf>>. Acesso em: 04.09.2019.

PAIM R. *et al.* **O Sistema de saúde Brasileiro: história, avanços e desafios**. Disponível em:<http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf. DOI10.1016/S01406736(11)60054-8>. Acesso em: 04.09.2019.

PAIVA, A.H.C.; TEIXEIRA, A.L. Reforma Sanitária e a Criação do Sistema único de saúde: notas sobre contextos e autores. **Revista Hist. Cienc.Saúde-Manguinhos**. Vol. 21, n 1. Rio de Janeiro. Janeiro/março 2014.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015>. Acesso em: 01.09.19.

PALMER, S.; TORGERSON, D. J. Definitions of Efficiency. **British Medical Journal**, v.

319, n. 7191, p. 1136, 1999.

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. **Health Inform.** Outubro- Dezembro; 4(4): 170-175, 2012.

PEREIRA, S. R., PAIVA, P. B., SOUZA, P. R. S., SIQUEIRA, G, PEREIRA, A. R. J. Sistemas de Informação para Gestão Hospitalar. **Health Inform.** Outubro- Dezembro; 4(4): 170-175, 2012.

PERROCA, MG; JERICÓ, M. C, FACUDIN, S.D. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. **Rev Esc Enferm USP.** 2007;41(1):113-9.

PITTELKOW E; CARVALHO, R. Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública. *Einstein (São Paulo)* 6(4):416-21. 16. **Bitencourt RJ**, 2008.

PROUDLOVE, N.C; GORDON,K; BOADEN, R. Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? **Emerg Med J.** 2003; 20(2):149-55.

POLITELO, RIGO e HEIN. EFICIÊNCIA DA APLICAÇÃO DE RECURSOS NO ATENDIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NAS CIDADES DE SANTA CATARINA. **Revista Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, 3(2),01-10. (2014),

PORTER, M. E. **Estratégia Competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Redefining competition in health care. **Harvard Business Review**: Boston, v. 82, n. 6, jun. 2004.

RAFFA, C. **Análise das variáveis do ambiente interno para o gerenciamento de leitos em organizações hospitalares privadas** / Claudia Raffa. - 2017.170 f.

RODRIGUES, P.H. A. Desafios Políticos para a Consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **Revista Hist. Cienc.Saúde-Manguinhos**. Vol. 21, n 1. Rio de Janeiro. Janeiro/março 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100037&script=sci_arttext>. Acesso em: 22.08.19.

SANTOS, A.C. **Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde: documentação do sistema para auxiliar o uso das suas informações**. 226f. Dissertação (Mestrado em gestão e comunicação em saúde). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

SANTOS FS, SANTOS FCS, SANTOS LH, *et al.* Breastfeeding and protection against diarrhea: an integrative review of literature. **Einstein.**, v.13, n.3, p. 435-440, jul./set. 2015

SANTOS, F. P. **A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar**.

Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

SALU, E. J. **Administração hospitalar no Brasil**. Barueri: São Paulo, Manole. 2013.

SAPATA, M.P.M.; SOARES, D.A; SOUZA, R.K.T. Utilização dos leitos hospitalares sob gestão pública em Município de médio porte da Região Sul do Brasil, 1998-2002. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 2, p. 57-67, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2014-2017**. 111p.

SOUZA, F.M; SOUZA, A.M; LOPES, L.F.D. Previsão da demanda de leitos hospitalares por meio da análise de Série Temporais. **Ciência e Natura**, v. 31, n. 1, p. 33, 2009.

SILVA, B.; LEMES, R.; SILVA, M. *et al.* Sensitive assistance to basic care in a non-hospital emergency unit. **J.Nurs.UFPE.**, v.9, n.11, p. 9777-9783, nov. 2015.

SCHLAIRET, M. C. Complex Hospital Discharges: Justice Considered. **HEC Forum**, v. 26, n. 1, 69-78, 2014.

SPILLER, E. S.; SENNA, A. M. SANTOS, J. F. dos.; VILAR. J. M. **Gestão dos serviços de saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

TAJRA, S. **Negociações e tomadas de decisões na saúde**. 1.ed São Paulo: Iátria, 2010.

SCHLAIRET, M. C. Complex Hospital Discharges: Justice Considered. **HEC Forum**, v. 26, n. 1, 69-78, 2014.

VECINA NETO, G; MALIK, A.M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007.

WESTPHAL, M.F.; BOGUS, C.M.; MENDES, R. *et al.* **A Promoción de Salud en Brasil** In: Arroyo, H, V. La promoción de la salud em América Latina: modelos, estructuras y vision crítica, 1ª ed, Universidad de Puerto Rico, p. 123-154. 2004.

WINKELMANN, C.; FLESSA, S., LEISTEN, R.; KRAMER, A. Relevance of economic efficiency analysis of decentralized versus centralized reprocessing of patients' beds in a maximum-care hospital. **Hygiene und Medizin**, v.33 (6), 239-245, 2008.

WONG, H. et al. How much do operational processes affect hospital inpatient discharge rates? 2009. **Pubhealth** Disponível em:<<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/31/4/546.full> Acesso em 05.08.19

YAZLLE, R.J.S; SIMÕES, B.J.G. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. **Revista de Saúde Pública**, 1999;1:44-54.

ZAFAR, A *et al.* Cancelled elective general surgical operations in Ayub

Teaching Hospital. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2007;19(3):64-6.