

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

**CLAUDIA RAFFA**

**ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DO AMBIENTE INTERNO PARA O  
GERENCIAMENTO DE LEITOS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES  
PRIVADAS**

**SÃO PAULO  
2017**

**CLAUDIA RAFFA**

**ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DO AMBIENTE INTERNO PARA O  
GERENCIAMENTO DE LEITOS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES  
PRIVADAS**

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a Obtenção do Título de Doutor em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento:  
Administração em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik

**SÃO PAULO  
2017**

Raffa, Claudia.

Análise das variáveis do ambiente interno para o gerenciamento de leitos em organizações hospitalares privadas / Claudia Raffa. - 2017. 170 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Saúde - Administração. 2. Leitos hospitalares. 3. Hospitais - Administração. 4. Saúde - Planejamento. I. Malik, Ana Maria. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8

**CLAUDIA RAFFA**

**ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DO AMBIENTE INTERNO PARA O  
GERENCIAMENTO DE LEITOS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES  
PRIVADAS**

Tese apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a Obtenção do Título de Doutor em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento:  
Administração em Saúde.

**Banca Examinadora:**

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik (orientadora) FGV/EAESP

---

Prof. Dr. Marcelo Caldeira Pedroso  
(FEA-USP)

---

Prof. Dr. Luis Hernan Contreras Pinochet (UNIFESP)

---

Profa. Dra. Susana Carla Farias Pereira  
(FGV/EAESP)

---

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta tese aos meus pais Jair Romeu Raffa e Neuza Montecelli Raffa (*in memoriam*) que, com muito amor e dedicação, souberam me ensinar a lutar pelos sonhos independentemente de qualquer dificuldade. À minha filha Juliana Raffa Galvão, razão da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Profa. Ana Maria Malik, que me auxiliou no seu papel de orientadora dedicada e competente. Aos Profs. Marcelo Caldeira Pedroso e Susana Carla Farias Pereira, pelas excelentes sugestões no exame de qualificação do projeto deste estudo.

A todos os colaboradores dos hospitais que participaram do processo de entrevista e que contribuíram com o fornecimento de informações para a elaboração deste trabalho. Aos professores, Luis Hernan Contreras Pinochet, André Luiz Barbosa da Silva e Claude Machline, sempre prontos e dispostos às orientações profissionais. Enfim, agradeço a Deus por sempre ter colocado pessoas maravilhosas em minha caminhada.

## RESUMO

Este trabalho objetiva identificar variáveis relacionadas ao ambiente interno (prática de gerenciamento de recursos, características estruturais da prestação de serviços e processos) relevantes no gerenciamento de leitos em organizações hospitalares. Um dos processos críticos que os hospitais têm vivenciado é o gerenciamento de leitos. Portanto, faz-se necessário identificar claramente os processos que interagem na ocupação dos leitos, para posteriormente, serem propostas melhorias. A pesquisa contempla um estudo exploratório e descritivo, elaborado a partir da coleta de dados em fontes de evidências que incluíram entrevistas com gestores de leitos e análise documental. Este trabalho utilizou a revisão sistemática da literatura (*Systematic Literature Review – SLR*) com base na pesquisa bibliográfica e discussão teórica baseada em cinco casos de hospitais particulares. A análise de dados foi norteada pelo uso do método da análise de conteúdo com o apoio do *software NVivo 11 Pro*. Como resultado, verificou-se que a gestão de leitos envolve processos estratégicos. Para sua gestão são necessários conhecimentos que vão além das rotinas administrativas, justificando a necessidade de capacitação da equipe, bem como o investimento em infraestrutura e pessoal. Nesta pesquisa identificou-se que melhores indicadores (menor tempo médio de permanência, maior índice de giro e menor índice de intervalo de substituição) estão associados a modernas práticas de gestão, bem como ao apoio da tecnologia. Conclui-se que na saúde a solicitação de leitos deve ser considerado um processo estratégico, devendo ser redesenhado, se necessário para garantir o suporte para o alcance das estratégias organizacionais. Considera-se que o gerenciamento visa buscar a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima, com segurança dentro dos critérios estabelecidos, com objetivo de otimizar o tempo de espera para internação e satisfação dos clientes internos e externos do ambiente hospitalar.

**Palavras-chave:** Gestão de Leitos; Hospitais; Estratégias de Operações e Serviços.

## ABSTRACT

This study aims to identify variables related to the internal environment (practice of resource management, structural characteristics of service rendering and processes) relevant to bed management in hospital organizations. One of the critical processes that hospitals have experienced is bed management. Therefore, it's necessary to clearly identify the processes that interact with the occupation of the beds, and then to propose improvements. The research contemplates an exploratory and descriptive study, elaborated from the collection of data in sources of evidences that included interviews with managers and documentary analysis. This work used the Systematic Literature Review (SLR) based on the bibliographical research and theoretical discussion based on five cases of private hospitals, a mapping of a theoretical model that was used to guide the analysis of the data with the use of the content analysis method with NVivo 11 Pro software support. Thus, it was found that bed management involves strategic processes. For these management, knowledge is needed that go beyond administrative routines, justifying the need for staff training, as well as investment in infrastructure and personnel. In this study, it was confirmed that the most productive hospital was the one with the shortest average length of stay, the highest turnover rate and the lowest replacement interval index. It is concluded that in health the request of beds should be considered a strategic process, and should be redesigned, if necessary to guarantee support for the reach of organizational strategies. It's considered that the management intends to seek the use of the available beds in their maximum capacity, with safety within the established criterion, with the objective of optimizing the waiting time for hospitalization and satisfaction of the internal and external clients of the hospital environment.

**Key words:** Hospital Beds; Hospitals; Operation and Service Strategies.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Serviços na Economia Brasileira	18
Figura 2: Quatro características dos serviços	19
Figura 3: Perspectiva de solução orientada por evento	22
Figura 4: Mapa Estratégico 2013- 2017 - Rede de Hospitais em São Paulo - SP	24
Figura 5: Fluxo de Internação	39
Figura 6 Estrutura conceitual da relação entre qualidade do sistema, qualidade do serviço, satisfação no trabalho e desempenho do sistema	44
Figura 7: Fatores que afetam o Desempenho Hospitalar	50
Figura 8: Organização das Categorias e Subcategorias	53
Figura 9: Exemplo de codificação em subcategorias	54
Figura 10: Análise por Triangulação de Métodos	59
Figura 11: Mapa de Cluster 2 D da Categoria: Características Estruturais da Prestação de Serviços	62
Figura 12: Mapa de Cluster 2 D da Categoria: Prática de Gerenciamento de Recursos	76
Figura 13: Mapa de Cluster 2 D da Categoria: Processo	10
Figura 14: Mapa de Cluster das Subcategorias	116
Figura 15: Mapa de Cluster dos Hospitais	121

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Codificação por item e por subcategoria	68
Gráfico 2: Codificação por item e por subcategoria	73
Gráfico 3: Codificação por item e por subcategoria	75
Gráfico 4: Análise Interna da Categoria	75
Gráfico 5: Codificação por item e por subcategoria	80
Gráfico 6: Codificação por item e por subcategoria	85
Gráfico 7: Codificação por item e por subcategoria	94
Gráfico 8: Codificação por item e por subcategoria	98
Gráfico 9: Codificação por item e por categoria	100
Gráfico 10: Codificação por item e por categoria	101
Gráfico 11: Codificação por item e por categoria	107
Gráfico 12: Planejamento de Alta	109
Gráfico 13: Codificação por item e por subcategoria	112
Gráfico 14: Comunicação Formal e Visual	115
Gráfico 15: Análise interna das subcategorias relacionadas - prática de Gerenciamento de Recursos.	115

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Taxa de Internação Esperada	31
Tabela 2: Taxa de Internação Esperada	31
Tabela 3: Escala coeficiente de correlação de Pearson para aferição de similaridade	53
Tabela 4: Resumo das Frequências de palavras dos resultados da categoria: Mapa de Cluster 2D da categoria Prática de Gerenciamento de Recursos	77
Tabela 5: Indicadores de produtividade relacionados a gestão de leito - Hospital A	87
Tabela 6: Indicadores de produtividade relacionados a gestão de leitos – Hospital B	88
Tabela 7: Indicadores de produtividade relacionados a gestão de leitos – Hospital C	90
Tabela 8: Indicadores de produtividade relacionados a gestão de leitos – Hospital D	91
Tabela 9: Indicadores de produtividade relacionados a gestão de leitos	92
Tabela 10: Resumo das Frequências das palavras dos resultados da Categoria Processo	103
Tabela 11: Correlação Nós de Cluster	117
Tabela 12: Correlação dos entrevistados	122

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Redução de Leitos de Internação SUS no Brasil	15
Quadro 2 – Fórmulas para obtenção dos principais Indicadores de Produtividade Hospitalares.	28
Quadro 3: Resumo das dimensões e variáveis da estrutura conceitual da relação entre qualidade do sistema, qualidade do serviço, satisfação no trabalho e desempenho do sistema.	44
Quadro 4: Autores consultados sobre gestão de leitos hospitalares	49
Quadro 5: Categorias com suas respectivas perguntas	49
Quadro 6: Características dos hospitais	55
Quadro 7: Caracterização dos sujeitos de pesquisa	57
Quadro 8: Quadro resumo das categorias e subcategorias do estudo	61
Quadro 9: Resumo das frequências de palavras dos resultados da categoria: Características Estruturais da Prestação de Serviços	63
Quadro 10: Estrutura das organizações pesquisadas relacionadas à gestão de leitos	67
Quadro 11: Codificação por item e por subcategoria	72
Quadro 12: Autonomia da Gestão de leitos	79
Quadro 13: Planejamento da ocupação do leito com base no mapa cirúrgico e dificuldades na desocupação.	83
Quadro 14: Importância do Trabalho em Equipe	97
Quadro 15: compartilhamento de Metas	100
Quadro 16: Formalização dos processos de gestão de leito e adoção como instrumento de integração e treinamento	106
Quadro 17: Planejamento/previsão de alta	109
Quadro 18: Protocolos Clínicos	112
Quadro 19: Principal Variável Interna por Categoria	116
Quadro 20: Variáveis analisadas no estudo, semelhanças e contrapontos entre os hospitais gerais e especializados.	123
Quadro 21: Variáveis de maior incidência para a gestão de leitos justificadas na literatura	126
Quadro 22: Mapeamento das dimensões e variáveis para a gestão de leitos observadas no estudo e não identificadas pela autora na literatura	127

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Contextualização .....	15
1.2 Problema e pergunta de pesquisa .....	18
1.3 Objetivos.....	19
1.3.1 Geral .....	19
1.3.2 Específicos.....	19
1.4 Estrutura do Trabalho .....	19
2. REVISÃO TEÓRICA .....	20
2.1 Serviços .....	20
2.1.1 Conceito de Serviços .....	20
2.1.2 Características dos Serviços .....	21
2.2. Processos em Serviços.....	23
2.2.1 Conceito de Sistemas e Processos .....	23
2.2.2 Categoria dos Processos Organizacionais .....	24
2.2.3 Processos e Estratégia Organizacional .....	25
2.2.4 Qualidade e Processos .....	28
2.3 Indicadores e Parâmetros Legais .....	30
2.3.1 Indicadores e sua relevância para mensuração da eficiência na gestão de leitos ..	30
2.3.2 Parâmetros legais relacionados a gestão de leitos .....	34
2.4 Eficiência na Saúde .....	35
2.4.1 Sistema de Saúde Brasileiro .....	35
2.4.2 A Busca pela eficiência no sistema de saúde .....	36
2.4.3 Desperdícios na saúde .....	37
2.5. Gestão de leitos no setor público e privado.....	38
2.5.1 Regulação no SUS .....	38
2.6 A importância da gestão do leito .....	40
2.6.1 O uso da Tecnologia de informação na gestão do leito.....	47
3. METODOLOGIA.....	50
3.1 Procedimentos Metodológicos .....	50
3.2 Seleção das Variáveis e construção do instrumento de pesquisa .....	55
3.3 A escolha das organizações .....	62
3.4 Identificação dos sujeitos de pesquisa.....	64
3.5 Fontes de dados na pesquisa.....	65
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	67
4.1 Apresentação das categorias e subcategorias .....	67

4.2 Apresentação dos dados coletados .....	70
4.2.1 Categoria: Características Estruturais da Prestação de Serviços .....	70
4.2.1 Subcategorias: (1) Infraestrutura Física e Recursos Humanos .....	72
4.2.2 Subcategoria (2) Tecnologia de Informação .....	78
4.3 Categoria: (2) Prática de Gerenciamento de Recursos .....	85
4.3.1 Subcategoria: (1) Autonomia .....	87
4.3.2 Subcategoria: (2) Planejamento da ocupação do leito.....	90
4.3.3 Subcategoria: (3) Indicadores .....	96
4.3.4 Subcategoria: (4) Conscientização da Equipe .....	107
4.3.5 Subcategoria: (5) Metas.....	110
4.4 Categoria: Processo .....	114
4.4.1 Subcategoria: (1) Formalização dos processos.....	116
4.4.2 Subcategoria (2) Planejamento de alta .....	120
4.4.3 Subcategoria (3) Protocolos clínicos .....	123
4.4.4 Subcategoria (4): Comunicação formal e visual.....	126
4.5 Análise Geral das Subcategorias .....	129
5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	145
5.1 Limitações da pesquisa.....	148
5.2 Sugestões para futuras pesquisas .....	149
REFERÊNCIAS .....	150
APÊNDICE .....	169

## 1. INTRODUÇÃO

Nesta seção, são apresentados os conceitos que contextualizam o presente estudo, servindo de base para guiar o processo de pesquisa deste trabalho, além de orientarem a definição do problema de pesquisa, dos objetivos propostos e, por fim, a estruturação geral desta tese.

### 1.1 Contextualização

Porter (1997) enfoca que tratar de eficiência é falar do cumprimento de metas otimizando os recursos e os investimentos institucionais para que seja possível alcançar a eficácia dos procedimentos. Diante disso, pesquisas apontam que diferentes resultados relacionados à eficiência operacional das empresas estão concentrados na eliminação dos esforços e recursos desnecessários, na adoção de tecnologia, na ampliação da motivação dos funcionários, ou ainda no aprimoramento das melhores competências para gerir atividades. Baseando-se nessas premissas, é possível obter mais sucesso em seus investimentos e, portanto, maior lucratividade.

Em serviços de saúde, eficiência pode ser definida como a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo (DONABEDIAN, 1988). Sabe-se que a eficiência está interessada na relação existente entre os recursos utilizados (*inputs*) tais como custos (na forma de trabalho, capital e equipamentos), resultados intermediários (número de indivíduos tratados, tempo de espera, por exemplo) ou ainda resultados finais (PALMER; TORGERSON, 1999).

Nesse sentido, uma organização pode ser considerada tecnicamente eficiente se produzir a quantidade máxima de saídas (*outputs*), comparada ao nível fixo de entradas (*inputs*), ou, alternativamente, se for capaz de utilizar o mínimo de recursos imbuídos de produzir um dado nível de saídas. A eficiência técnica implica o emprego mínimo desperdício de recursos e não necessariamente a minimização de custos ou maximização de receitas (O'NEILL *et al.*, 2008).

Em se tratando de eficiência alocativa, está relacionada aos insumos e recursos utilizados, assim como aos produtos ou serviços gerados, em relação aos seus preços.

Para isso, leva-se em consideração os custos intrincados à produção e à receita gerada. Uma organização pode ser considerada alocativamente eficiente quando o conjunto de entradas (*inputs*) alcançar a possibilidade de minimizar os custos, conforme os recursos ou insumos utilizados, ou quando o conjunto de saídas for aquele que consegue maximizar as receitas, dados os preços das saídas (O'NEILL *et al.*, 2008; LA FORGIA, COUTTOLENC, 2009). Assim, para a presente pesquisa, adotou-se o conceito de eficiência vista como a produção da quantidade máxima de saídas (*outputs*) para determinado nível fixo de entradas (*inputs*).

Em outra premissa, a ineficiência pode ser observada segundo o exemplo citado por Cunningham, Sammut (2012), ao afirmarem que o *Metropolitan Australia* (hospital para atendimento de pacientes com problemas agudos de saúde) enfrentava uma grave escassez de leitos e, para minimizar este problema, buscou-se requerer maior planejamento e controle dos leitos existentes. Em outro contexto, o NHS (*National Health Service*) encontra-se cada vez mais criticado pela falta de leitos, o que ocasiona atrasos nas internações eletivas e longas filas de espera.

Tem-se que o número de internações está crescendo ano a ano devido a atuação limitada dos serviços de atenção primária e aumento da população idosa, cabendo reforçar nesse entremeio que o envelhecimento tem sido tratado como um fenômeno mundial (HENDY *et al.*, 2013).

Dados do *Statistiska Centralbyran* (2014) evidenciam que a situação apontada por Hendy *et al.* (2013) também toma lugar de destaque, por ser evidenciada em hospitais suecos, o que acabou por fortalecer e ampliar o aumento da pressão de custos intrincado ao envelhecimento constante da população. Paralelo a isto, observa-se a redução no número de leitos disponíveis ao trazer à tona índices equivalentes a 20% entre 2000 e 2009, além do consequente aumento nas hospitalizações ocorridas nesse mesmo período, vindo a atingir a média de 7 a 8% (*Sveriges Kommuner och Landsting*, 2010). Esta nova dinâmica resultou longos tempos de espera para os pacientes, aumento da taxa de ocupação de leitos, bem como a redução no período de internação ou tempo médio de permanência em unidades hospitalares (LÄKARTIDNINGEN, 2010; SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING, 2010).

Frente ao exposto, nota-se que os hospitais estão perdendo a sua capacidade de flexibilidade a ponto de se manterem à margem para eventos não planejados tais como as internações advindas dos serviços de pronto-socorro, por exemplo.



No Brasil, conforme levantamento divulgado pelo IBGE, pesquisas realizadas pela Assistência Médico Sanitária, (AMS) indicam que entre 2005 e 2009 foram reduzidos 11.214 leitos hospitalares, uma média de 2.803 vagas a menos por ano. Esta redução de leitos está concentrada na rede privada de saúde, cuja redução baseia-se num total de 294.244 e que caiu para 279.104, ou seja, menos 5,4% leitos. (IBGE, 2009).

REGIÃO	2010	2015	VARIAÇÃO
Norte	24.667	24.164	-513
Nordeste	101.158	94.210	-6.948
Sudeste	130.259	117.173	-13.086
Sul	53.338	52.145	-1.193
Centro-Oeste	26.050	24.225	-1.825
Total	335.428	311.917	-23.565

**Quadro 1: Redução de Leitos de Internação SUS no Brasil**  
**Fonte: CNES (2016)**

O primeiro quadro propõe a redução do número de leitos SUS, de 2010 a 2015, apresentando uma variação negativa de 23.565 leitos para internação. Em outro viés, nota-se a projeção realizada pelo IBGE indicando um crescimento populacional.

Em meados de 2000 até 2030, a população brasileira deverá crescer de 180.000.000 para 230.000.000, o que resultará em um aumento gradativo do número de idosos (IBGE, 2017). A menção de tal fato pressupõe que a população brasileira, com idade acima de 65 anos, demandará quatro vezes mais internações que a atual média da população (VECINA, 2007). Uma pesquisa realizada por Cesconetto, Lapa e Calvo (2008), feita em hospitais públicos, concluiu que o número de internações poderia ser aumentado em 15% caso houvesse uma implantação eficiente de adoção de uma gestão de leitos. Os autores ainda afirmam que a implantação de uma gestão de leitos significativa é considerada fundamental, para que seja possível dar conta da demanda crescente dos usuários advindos dos serviços públicos. Já com relação à otimização dos recursos humanos, o número de médicos e de membros da equipe de enfermagem poderia ser reduzido em 25% e o número de leitos em 17%.

Considerando a situação relatada, a **primeira premissa** desta tese pressupõe que a eficiência relacionada à gestão de leitos não está sendo alcançada. Conforme afirma Bittar (2000), a eficiência no atendimento à saúde presente em uma instituição complexa requerer a implantação de instrumentos de gestão organizacional capazes de organizar e padronizar os processos de trabalho.

Tem-se que o termo *Bed Management* é sinônimo de habilidade, ou seja, compreende a capacidade de acomodar pacientes provenientes do Serviço de Urgência e Emergência, sem comprometer a demanda eletiva (internações programadas) (*National Audit Office*, 2010). Para tratar do assunto gerenciamento de leitos, insta-se, nesse momento, a necessidade de esclarecer que esse trabalho de gestão envolve, desde o desenvolvimento de sistemas de informação, até o monitoramento e planejamento da ocupação hospitalar, seguido da elaboração de processos operacionais de admissão e alta, considerados parte importante do planejamento da capacidade operacional (FARIA *et al.*, 2010). Estudo realizado por Claret *et al.*, (2015) viabilizou um levantamento de vários cenários simulados correspondentes a diferentes políticas de gestão de leitos, todavia aquele que deu prioridade às admissões eletivas foi capaz de apresentar melhores resultados, haja vista o adiamento de intervenções cirúrgicas programadas e que não foi considerado um procedimento eficiente a ponto de solucionar a superlotação hospitalar.

A **segunda premissa** propõe que os hospitais encontrem oportunidades de melhorias no planejamento da ocupação dos leitos, pois ao alterar a política de gestão desse setor, será possível alcançar a melhora no fluxo de pacientes. (CLARET *et al.*, 2015)

Considerando que os Sistemas de Informação (SI) permitem coletar, armazenar, recuperar e disseminar informações para fins específicos (TURBAN *et al.*, 2007), a organização de saúde busca apoiar-se na qualidade das funções operacionais, gerenciais e de tomada de decisão (RAINER JR., CEGIELSKI, 2011).

Quanto à terceira **premissa**, pretende-se tratar da realidade brasileira ao trazer à tona que a maioria dos hospitais não possui sistemas de informação adequados a ponto de conseguirem atender às necessidades advindas do processo de gestão de leitos.

## **1.2 Problema e pergunta de pesquisa**

Considerando o exposto nesta contextualização, surgem como problemática de pesquisa variáveis que podem interferir na eficiência de oferta de leitos hospitalares.

Nesse sentido, a pergunta de pesquisa pode ser apresentada na seguinte conformidade:

**Como a análise feita em ambientes internos, de organizações hospitalares, são capazes de evidenciar variáveis essenciais no gerenciamento de leitos?**

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Geral**

- Identificar as variáveis relacionadas ao ambiente interno tais como as práticas de gerenciamento de recursos, características estruturais da prestação de serviços e processos, ciente de que todos são batizados como relevantes para o gerenciamento de leitos em organizações hospitalares.

### **1.3.2 Específicos**

- Analisar as práticas de gerenciamento de recursos interligados aos leitos hospitalares, às características estruturais da prestação de serviços, assim como dos processos relacionados à gestão de leitos adotados nas organizações estudadas;

- Analisar a existência de planejamento da ocupação de leitos, bem como a origem dos pacientes analisados, com base em Indicadores de Desempenho e aplicados ao processo de gestão de leitos;

- Propor um modelo de análise capaz de identificar as dimensões e variáveis essenciais associadas à gestão de leitos.

## **1.4 Estrutura do Trabalho**

Este trabalho encontra-se organizado em cinco partes, a saber:

- A primeira de todas aborda os aspectos introdutórios da tese, ou seja, a contextualização e a apresentação do tema, posteriormente, foram apresentados os objetivos geral e específicos.
- Na segunda parte, discorreu-se sobre o referencial teórico do estudo, detalhando os principais tópicos relacionados às características dos serviços, processos em serviços, indicadores e parâmetros legais, busca pela eficiência, gestão de leitos no setor público e privado, a importância da gestão de leitos e, por fim, o uso da tecnologia de informação na gestão do leito.
- Para o terceiro momento desse estudo, propôs-se um levantamento dos procedimentos metodológicos e de todo aparato teórico, para que fosse possível

sustentar a tese e a pesquisa, cujo foco esteve atrelado às bases de dados indicadoras de uma seleção de variáveis que sustentaram a construção do projeto desse estudo, tendo em vista as características detalhadas dos hospitais, a identificação dos sujeitos envolvidos, bem como a referenciação das fontes de dados investigados no decorrer do processo de análise.

- Na sequência, apresentou-se as categorias e subcategorias criadas para a apresentação dos dados coletados. Entende-se por Categoria as Características Estruturais da Prestação de Serviços, já as subcategorias compreendem a Infraestrutura e Recursos Humanos, Tecnologia e Informação, além da Estrutura Hospitalar. Em outro viés, a Categoria também pode ser identificada como Práticas de Gerenciamento de Recursos e subcategorias compreendem a Autonomia, o Planejamento da ocupação do leito, Indicadores, Conscientização da equipe, Metas, entre outras. Categoria também pode ser correlacionada a Processos e subcategorias, a Formalização, o Planejamento de alta, além dos Protocolos Clínicos. Caba ressaltar também que as semelhanças e diferenças das organizações estudadas tiveram lugar de destaque no decorrer do estudo realizado.
- Para a quinta parte, tratou-se de cuidar do encerramento do trabalho, cuja preocupação e empenho estivera atrelado às principais discussões sobre os resultados obtidos, as limitações da tese e as recomendações incutidas em futuras pesquisas.

## **2. REVISÃO TEÓRICA**

### **2.1 Serviços**

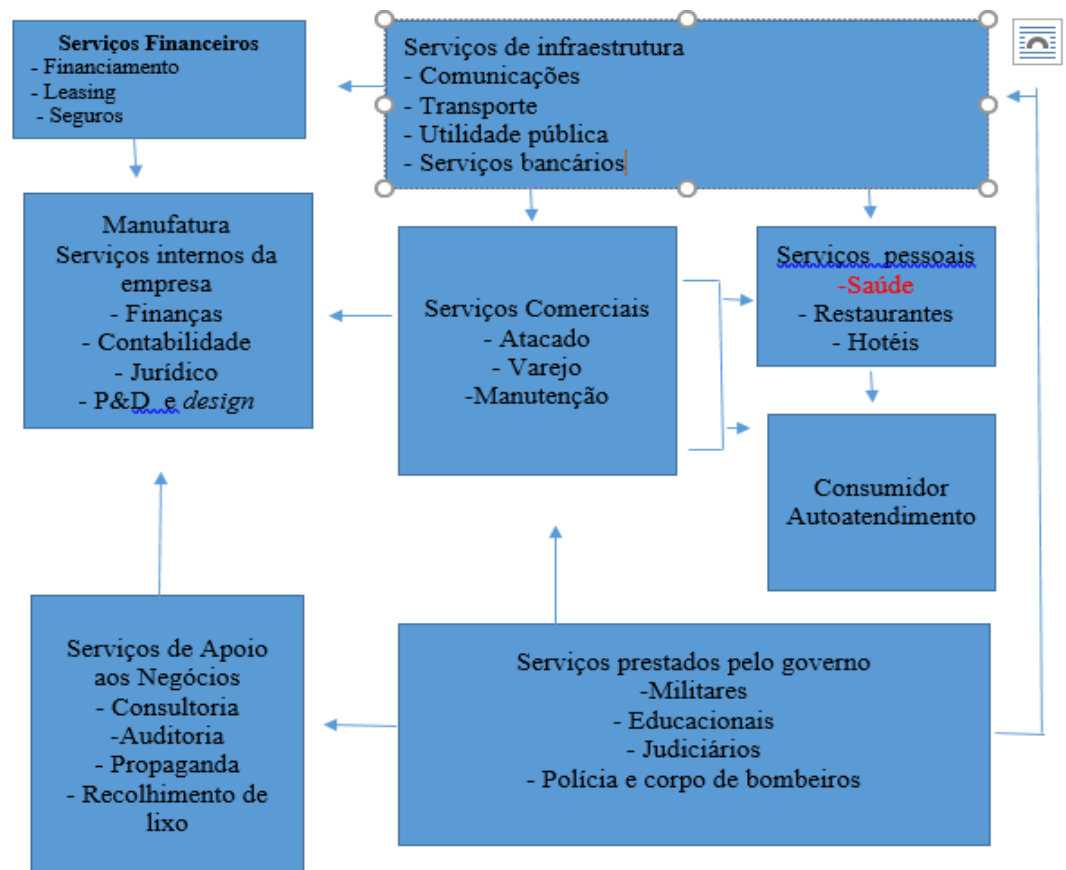
Nesta seção, foram apresentados os conceitos de serviços, serviços em saúde e os tipos de serviços existentes na economia, assim como as principais características e especificidades.

#### **2.1.1 Conceito de Serviços**

A avaliação da prestação de serviços está intimamente ligada à vivência do usuário. Deste modo, a diferença principal entre bens e serviços compreende a

participação do usuário na criação do serviço. Sabe-se que o serviço tem natureza parcialmente intangível, pois se caracteriza como atendimento pessoal, cujo consumo inicia e se encerra no mesmo momento em que se estabelece a interação entre cliente e prestador. (GIANESI E CORRÊA, 1994)

A primeira Figura exemplifica os diversos tipos de serviços existentes na economia, entre os quais, os serviços de saúde.



**Figura 1: Serviços na Economia Brasileira**  
**Fonte: GUILLE E QUINN (1988, 214)**

### 2.1.2 Características dos Serviços

Existem algumas características importantes na prestação de serviços e que podem ser observadas na figura abaixo



**Figura 2: Quatro Características dos Serviços**

**Fonte:** Adaptado de: (VARGO E MORGAN, 2005; KOTLER, ARMSTRONG, 2007, 97).

**Intangibilidade:** muito embora um serviço possua elementos tangíveis, a sua realização é basicamente intangível (LOVELOCK, WRIGHT 2001). Isso significa que os serviços não podem ser vistos, provados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes da compra (VARGO E MORGAN, 2005; KOTLER, ARMSTRONG, 2007).

**Inseparabilidade:** um serviço não pode ser separado do seu prestador e muito menos de seu cliente (VARGO e MORGAN, 2005). Kotler e Armstrong (2007). Os teóricos acrescentam também que, além disso, deve-se notar que, ao dar início ao consumo, o cliente interage com o prestador e tal interação é capaz de afetar o resultado final dos serviços prestados.

**Variabilidade:** Lovelock e Wright (2001); Selau *et al.* (2009) ressaltam que nem toda variação, ocorrida no ato da entrega do serviço, é necessariamente negativa. Isso se deve ao fato de que algumas empresas percebem o valor atribuído ao ato de se personalizar alguns aspectos da prestação, o que acaba por adequar a oferta às expectativas e necessidades de seus clientes.

**Perecibilidade:** Vargo e Morgan (2005), Spiller *et al.* (2006) afirmam que, segundo o conceito de perecibilidade, o serviço não pode ser armazenado nem estocado.

Insta-se, nesse momento, a importância de se conhecer estas especificidades, tidas como fundamentais ao processo em função da necessidade de maior profissionalismo e especialização na administração de serviços. Abelha (2013) afirma que são fatores críticos e prejudiciais ao alcance do sucesso a qualidade no processo de atendimento e os resultados obtidos pela segurança, rapidez e preço. Em outra vertente, constatou-se que há uma dificuldade dentro da estrutura de serviços de saúde, no que tange à visualização e a aplicação de processos e seu respectivo gerenciamento. Tal assertiva se dá em razão

das características particulares do setor de serviços. Nesse contexto, compreende-se que é preciso valorizar a experiência do cliente durante as etapas do processo de prestação de serviços, pois só assim é possível agregar melhorias e, conseqüentemente, ampliar o nível de interação e satisfação com a entrega final (EIRO, 2013).

## **2.2. Processos em Serviços**

Nesta seção, são apresentados o conceito de Sistemas e Processos, as diferentes Categoria dos Processos Organizacionais, Processos e Estratégia Organizacional, além da Qualidade e Processos.

### **2.2.1 Conceito de Sistemas e Processos**

No decorrer desta etapa de estudo, são abordados o conceito de sistemas e detalhados os temas interligados aos processos em saúde, uma vez que o controle da variabilidade é indispensável para uma gestão eficiente de leitos.

Em um contexto geral, Hammer e Champy (1994) e Salerno (1999) entendem que o processo empresarial é visto como um conjunto de atividades com uma ou mais espécies de entrada e que são capazes de criar uma saída valorativa para o cliente. Os processos podem ser entendidos de forma positiva se forem percebidos como uma estruturação lógico-temporal de ações e recursos, desde que o objetivo seja gerar um ou mais produtos e/ou serviços para os clientes da organização (SALERNO,1999; VILLELLA, 2000; PAIM, 2002; PAIM *et al.*, 2009). Dentro dessa premissa, Fleming (1981) define o processo, em serviços de saúde, sob a óptica da tecnologia e direcionado a envolver cuidados ao paciente.

Convém salientar que o processo pode ser repetido de maneira recorrente dentro de uma organização. Em vista disso, cada parte do processo corresponde a um desempenho (*performance*) capaz de formatar o seu objetivo global (um nível de qualidade, um prazo de entrega, entre outros), haja vista que uma organização focada em materializar e estruturar a interdependência das atividades a acabam por ensinar a corresponsabilidade dos atores desta organização, o que afetará todos os envolvidos com o desempenho global, reforçando, com isso, o engajamento da responsabilidade local de cada grupo de atores ligados a sua própria atividade (SALERNO,1999).

Entende-se que em empresas prestadoras de serviços, o conceito de processo é considerado de fundamental importância, tendo em vista que a sequência de atividades nem sempre é visível, nem pelo cliente, tampouco por quem a realiza, razão pela qual traz à tona a importância dos processos de trabalho, no sentido de aumentar as vantagens à medida que as empresas trabalham com conteúdo cada vez mais intelectual, oferecendo produtos e serviços mais ricos em valores intangíveis (GONÇALVES, 2006).

A gestão constituída por intermédio de processos é relevante à gestão de leitos, uma vez que envolve toda a equipe multiprofissional, não prescindindo da conscientização e da corresponsabilidade entre os atores assistenciais e administrativos para a sua otimização.

### 2.2.2 Categoria dos Processos Organizacionais

Existem algumas categorias de processos organizacionais, de acordo com Veillard *et al.* (2005) e Faria *et al.*, (2010), dentre elas:

Os **processos de negócio ou de sustentação** caracterizam a essência do funcionamento da instituição, resultando no produto ou serviço recebido pelos clientes. Na saúde, podem ser entendidos como os processos assistenciais, ou seja, aqueles cujas atividades existem para cuidar do bem-estar dos pacientes/clientes.

Já os **processos de apoio** viabilizam e garantem o suporte adequado aos processos de negócio. Na saúde, podem ser entendidos como aqueles voltados ao suprimento de materiais, de recursos humanos, financeiros etc. Os processos gerenciais apresentam uma inquietação relacionada à atuação dos gerentes e nas atividades que eles devem realizar, incluindo ações de medição e ajuste do desempenho de qualquer organização, inclusive a hospitalar.

Por fim, os **processos estratégicos** garantem o suporte para o alcance dos objetivos organizacionais. Na saúde, podem ser entendidos, entre outros, como **a solicitação de leitos**, agendamento de cirurgias, fluxo ambulatorial pré-cirúrgico, dentre outros, devendo ser redesenhados para auxiliar no alcance de metas. (VEILLARD *et al.*, 2005; FARIA *et al.*, 2010).

Além da definição dos processos, subjaz a necessidade de organizações hospitalares ampliarem a criação de indicadores para acompanhá-las, além de melhor gerenciar o seu negócio, tal qual ocorre com qualquer segmento organizacional. Convém ressaltar que os indicadores nem sempre são criados a partir de um método estruturado

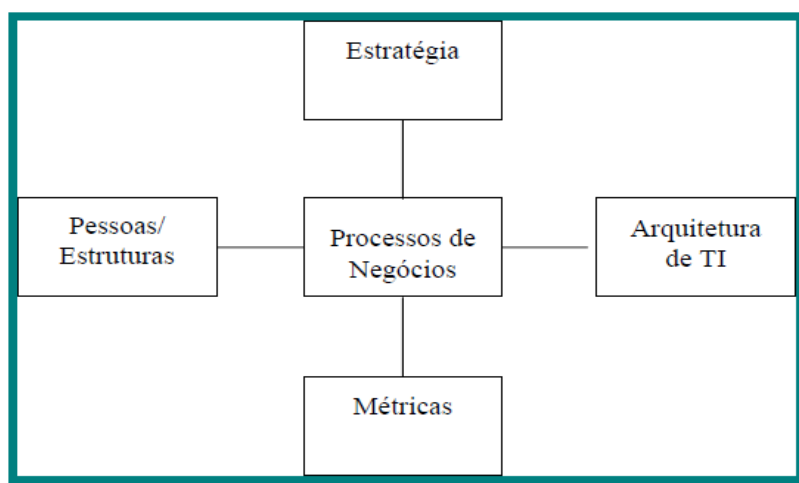


que permita identificar os aspectos críticos a serem monitorados dentro de um determinado processo organizacional (RAMOS, MIYAKI, 2010).

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). No que tange à operação de serviços, o elemento recursos humanos é uma variável e isso interfere diretamente na estabilidade e continuidade dos processos (EIRO, 2013).

### 2.2.3 Processos e Estratégia Organizacional

Grover e Kettinger (2000) apresentam como componentes de soluções de negócio, e que sempre devem estar alinhados, os Processos, a Estratégia, a Tecnologia da Informação, as Pessoas/Estrutura, além da Métricas de Desempenho. O desalinhamento entre eles costuma ser a causa para o surgimento de falhas em ações relacionadas à aplicação da Engenharia de Processos.



**Figura 3: Perspectiva de solução orientada por evento**  
**Fonte: GROVER E KETTINGER, (2000, p. 138).**

Para que ocorra uma mudança na estrutura funcional de uma organização, no sentido de implantar a estrutura de processos, implica, de imediato, ter uma noção da responsabilidade pelo andamento dos processos, a minimização das transferências em decorrência de erros e espera, a maximização do agrupamento de atividades e, por fim, a diminuição do gasto de energia (GONÇALVES, 2000; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Entende-se como a visão por processos a orientação metodológica dentro da Engenharia de Produção, cuja prioridade é analisar as funções da organização sob a ótica de atividades sequenciadas, todavia esse sequenciamento lógico-temporal deve ater-se a algumas características (CAULLIRAUX, 2003) pautadas como:

- Identificação de clientes iniciais e finais, de preferência externos à organização;
- Análise da lógica dos clientes internos, podendo levar a uma descrição de subprocessos de natureza intrafuncional;
- Articulação de diversos objetos (unidades organizacionais, por exemplo, a partir dos diversos processos, finais e/ou de apoio/suporte);
- Classificação consistente dos objetos e uma hierarquia de modelos (dada a complexidade da organização);
- Garantia da possibilidade de navegar consistentemente pelos processos seja *bottom up* (das atividades aos macroprocessos) seja *top down* (dos macroprocessos às atividades).

Os processos passaram a ser considerados ativos intelectuais ao assumirem um caráter estratégico nas organizações (COSTA; POLITANO, 2008). Melhorar o fluxo de pacientes carecedores de cuidados agudos, em hospitais, é uma questão de suma importância na gestão hospitalar, pois com este trabalho, pode-se diminuir o tempo de espera para atendimento, aumentando a capacidade efetiva das unidades de UTI e de internação (WONG *et al.*, 2009).

No que se refere à saúde, os hospitais têm adotado o modelo tradicional de organização, categorizado por função, dividindo atividades e recursos por áreas ou unidades de negócio. Esta visão fragmentada traz vários problemas, dentre eles a dificuldade de integração entre as unidades salientando a apresentação de problemas de coordenação que, ao envolverem mais de uma área, tornam-se complexos, dada a existência de lacunas ou sobreposições nas atividades executadas; problemas de comunicação; até mesmo a busca de objetivos dissociados pode não contribuir com o alcance de bons resultados em processos de atendimento (RAMOS; MAIYAKE, 2010).

Vê-se que o elevado grau de variabilidade nos serviços de saúde tais como os diferentes graus de complexidade e durações de tratamentos, acabam por interferir e inviabilizar a normalização completa de processos. Frente ao exposto, considera-se um desafio integrar os fluxos estabelecendo uma conscientização sobre a necessidade de

processos mais ágeis, a fim de responder rapidamente às mudanças na demanda de pacientes, o que viabilizará possibilidades de uma inovação proativa (ARONSSON *et al.*, 2011).

Pode-se tomar como exemplo o mapa estratégico de uma organização hospitalar focada em compreender como a melhoria de processos pode ser uma alternativa capaz de aumentar a eficiência na oferta de serviços hospitalares (Figura 4).



**Figura 4: Mapa Estratégico 2013- 2017 - Rede de Hospitais em São Paulo - SP**  
**Fonte: Documento interno de uma Rede de Hospitais (2013, p. 21).**

O processo decisório dos gestores da saúde, especialmente na programação assistencial, com ênfase no cuidado hospitalar, precisa definir parâmetros, indicadores e ferramentas que venham subsidiar uma prática estruturada de planejamento e programação. A partir desses elementos, os dirigentes podem balizar a tomada de providências alinhavadas ao modo mais adequado ao cenário real com foco em minimizar custos e otimização de resultados (PESSOA *et al.*, 2012).

A importância das medidas de desempenho caracteriza o direcionamento de pessoas e recursos perante os rumos desejados pela organização, todavia esse é um tema a ser esmiuçado posteriormente. Por hora, tem-se a necessidade de ressaltar que a padronização contribui com o aumento na clareza de processos de trabalho o que, por sua vez, permite que variações de padrão sejam facilmente detectadas e erros sejam prevenidos (RADNOR; WALLEY, 2008).

Da mesma forma, insta-se que a implementação de uma abordagem baseada em processo, alojada no setor de serviços, precisa de cuidados, tempo e recursos, haja vista que uma reorganização das fronteiras ocupacionais e departamentais é necessária para que desencadeie o aprimoramento do serviço global (WARING; BISHOP, 2010), muito embora a padronização de processos não simboliza que todos os pacientes devam ser tratados de forma idêntica, ao contrário, assume-se que uma visão holística dos fluxos dos pacientes deva ser implementada, a fim de considerar as interações entre todos os fluxos e criar sinergias, razão pela qual alguns médicos acreditam que a padronização de processos diminui a flexibilidade necessária no momento de assistência ao paciente (SOUZA; PIDD, 2011).

#### **2.2.4 Qualidade e Processos**

Quando se fala de qualidade em um processo, nota-se que existem duas dimensões importantes e que dão margem à ausência de erros ou deficiências emergentes durante o cumprimento do processo (JURAN, 1997).

Dentro dessa assertiva, Malik e Schiesari (1998) apresentam como princípios indispensáveis à prática de serviços hospitalares a proposta de produtividade, a ser realizado por meio de processos;

- Relações sólidas entre cliente e fornecedor são imprescindíveis para uma segura administração da qualidade;
- A principal fonte de falhas de qualidade são problemas nos processos;
- A má qualidade é cara;
- A compreensão da variabilidade dos processos é a chave para melhorar a qualidade;
- O controle de qualidade deve concentrar-se nos processos;
- A abordagem contemporânea de qualidade está fundamentada no pensamento científico e estatístico;
- O envolvimento total do empregado é crucial;
- Estruturas organizacionais diferentes podem ajudar a obter a melhoria da qualidade;
- A administração da qualidade emprega três atividades básicas, estreitamente inter-relacionadas e que correspondem ao planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade.

Os resultados dependem de processos que estão interligados ao grau de carência da estrutura e do meio ambiente. Esta última, por sua vez, é definida por insumos tais como: área física, recursos materiais (equipamentos, ferramentas, financeiros, instrumentais, utensílios, tecidos, gases, órteses, próteses), recursos humanos e instrumentos de gestão, incluindo-se a estrutura organizacional (organograma) e os modelos teóricos aplicados na administração da instituição (BITTAR, 2000).

No Brasil, alguns estudos sugerem uma conscientização crescente sobre a importância do uso de indicadores de produtividade (BITTAR, 1996) e qualidade, cujo foco é alcançar a melhoria do desempenho de processos hospitalares. Em estudo direcionado à relação existente entre gestão de processos e qualidade em saúde, Bittar (2000) afirma que os processos hospitalares necessitam ser avaliados e controlados conforme variáveis conceituadas como eficácia, eficiência, produção, produtividade e qualidade.

Somente na década de 1990, período que marcou o início da existência de programas de acreditação no Brasil, ações mais efetivas surgiram no sentido de avaliar as organizações hospitalares (SCHIESARI; KISIL, 2003). A partir de então, o cliente passou a avaliar não somente o resultado, como também o processo, isto é, a maneira como percebe a execução do serviço hospitalar (SANTOS; VARVAKIS; GOHR, 2004). Nos Estados Unidos, estudos admitem que a prática de medição e monitoramento de processos na área da saúde ainda são pouco desenvolvidos. (LOEB, 2004). De acordo com os apontamentos de Williams *et al* (2005), algumas iniciativas no sentido de desenvolver e de disseminar um sistema de avaliação de serviços hospitalares, capazes de servir como indicadores padronizados, passaram a ser implementadas.

Estudos realizados por Souza, Taylor e Rocha (2016) trazem à tona que os programas de acreditação e qualidade apresentam impacto positivo nos serviços de saúde, entretanto alguns desafios ainda permanecem presentes nessa iniciativa. Dentre eles, identificaram-se os custos econômicos e financeiros, enraizados na implantação desses programas; o estresse que se instala junto aos funcionários de uma organização; a inexistência de uma metodologia que promova a escolha de padrões e indicadores capazes de permitir uma avaliação mais eficaz, referente ao desempenho dos serviços hospitalares; além da iniciativa carecedora de indicadores e parâmetros legais, assunto a ser tratado na sequência.

## 2.3 Indicadores e Parâmetros Legais

Nesta seção, será apresentada a relevância dos indicadores no sentido de ressaltar a mensuração da eficiência na gestão de leitos, assim como a legislação designada a apontar os parâmetros, definidos pela Ministério da Saúde, cujo contexto tende a tratar da gestão de leitos.

### 2.3.1 Indicadores e sua relevância para mensuração da eficiência na gestão de leitos

Ao longo da década de 1980, até o final de 1990, vários autores sugeriram quadros de medição. Dentre eles, encontrou-se a pirâmide de desempenho (LYNCH; CROSS, 1991), o quadro de resultados determinantes, além da matriz de medição de desempenho (KEEGAN *et al.*, 1989) e o BSC (*Balanced Scorecard*) (KAPLAN E NORTON, 2001; FREZATTI *et al.*, 2014).

Em sua pesquisa, Neely (2015) pôde concluir que, a partir da observação de dados coletados relacionados a instrumentos de medição evidenciou-se que mecanismo mais usado é o BSC (*Balanced Scorecard*). Dados trazem à tona que esta metodologia propõe a criação de quatro perspectivas a serem verificadas (finanças, processos internos, aprendizagem e crescimento e cliente). Diante de tal assertiva, compreende-se que os dados apresentados, nesse estudo, são considerados indicadores de que entre 30 e 60% das empresas adotaram essa metodologia. Já o *Balanced Scorecard* é considerado uma metodologia capaz de ser adaptada às especificidades dos serviços de saúde, uma vez que tende a auxiliar na promoção da integração entre execução da estratégia e monitoramento de desempenho. (PEDROSO, 2010).

Para Takashima (2004), são considerados os principais indicadores focados em auxiliar a tomada de decisão:

- a) Indicadores estratégicos: informam o quanto a organização se encontra na direção da consecução de sua visão. Refletem o desempenho em relação aos fatores críticos de sucesso;
- b) Indicadores de produtividade (eficiência): medem a proporção de recursos consumidos com relação às saídas do processo;
- c) Indicadores de qualidade (eficácia): focam nas medidas de satisfação dos clientes e nas características do produto/serviço;

- d) Indicadores de efetividade (impacto): focam nas consequências produzidas nos produtos/serviços. Fazer a coisa certa da maneira certa;
- e) Indicadores de capacidade: medem a capacidade de resposta de um processo por meio da relação das saídas produzidas por unidade de tempo.

No segundo quadro, são apresentados alguns indicadores de produtividade/eficiência hospitalar e que se aplicam na gestão de leitos.

INDICADORES	SIGNIFICADO	FÓRMULA PARA OBTENÇÃO DE DOS INDICADORES
Taxa de Produtividade Hospitalar	É a relação entre o nº de internações ano e o número de leitos existentes.	$\frac{\text{Número de Internações/ano} \times \text{Média de Permanência} \times \text{Número de leitos existentes}}{365}$
Média de paciente-dia	É a relação entre o nº de paciente-dia, durante determinado período, e o número de dias no mesmo período.	$\frac{\text{Nº de paciente-dia em determinado período}}{\text{Nº de dias no mesmo período}}$
Média de permanência	É a relação numérica entre o total de doentes-dia num determinado período, e o total de doentes saídos (altas e óbitos).	$\frac{\text{Nº de paciente-dia, durante determinado período}}{\text{Nº de pacientes saídos no mesmo período}}$
Taxa de ocupação hospitalar	É a relação percentual entre a média de paciente-dia e a capacidade operacional hospitalar	$\frac{\text{Média de paciente-dia} \times 100}{\text{Nº de leitos operacionais}}$
Intervalo de substituição	Assinala o tempo médio que leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Esta medida relaciona a taxa de ocupação com a média de	$\frac{\text{Taxa de desocupação} \times \text{média de permanência em dias}}{\text{Taxa de ocupação}}$
Giro de rotatividade	É a relação entre o número de pacientes saídos (altas e óbitos) durante determinado período, no hospital, e o número de leitos à disposição dos pacientes no mesmo	$\frac{\text{Nº de saídos em determinado período}}{\text{Nº de leitos no mesmo período}}$

Taxa de saídas	É a relação percentual entre número de saídas do setor ou unidade prestadora, em determinado período, e o número total de saídas no hospital no mesmo período.	$\frac{\text{Nº de saídas no setor em determinado período} \times 100}{\text{Nº de saídas no hospital no mesmo período}}$
Taxa de tratamento clínico/cirúrgico	É a relação percentual entre o número de tratamentos clínico/cirúrgico ocorridos em pacientes saídos durante um determinado período e o total de saídos no mesmo período	$\frac{\text{Nº tratamento clínico/cirúrgico em determinado período} \times 100}{\text{Nº de saídos no mesmo período}}$

**Quadro 2 – Fórmulas para obtenção dos principais Indicadores de Produtividade Hospitalares.**

**Fonte: (PORTARIA 312/2002 - MS; COUTO E PEDROSA, 2003; ANVISA 2015).**

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 312/2002, estabelece, para a utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar, assim como os conceitos nela definidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Já a ANS apresenta fichas técnicas dos indicadores hospitalares que considera essenciais, acordados pelo COGEP/GT (Comitê Gestor do Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviço na Saúde Suplementar), sendo:

#### Indicadores de segurança

- Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central - UTI adulto, pediátrica e neonatal separadamente.
- Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) na UTI adulto, pediátrica e neonatal.
- Conformidade com os padrões de cirurgia segura.

#### Indicadores de efetividade

- Implantação de diretrizes e protocolos clínicos.
- Taxa de mortalidade institucional.
- Taxa de mortalidade cirúrgica.
- Taxa de mortalidade neonatal para RN < 1500g; RN 1500g – 2500g.



- Média de permanência na maternidade; UTI adulto e pediátrica.

#### Indicadores de Equidade

- Acessibilidade à pessoa com deficiência.
- Medidas para garantir, nos atendimentos, a prioridade às pessoas vulneráveis (pessoas com deficiência, idoso, crianças, gestantes e lactantes), excluindo urgência/emergência.

#### Indicadores de acesso

- Acolhimento com classificação de risco.
- Tempo de espera na Urgência e Emergência.

#### Indicadores de centralidade no paciente

- Satisfação do cliente.
- Monitoramento da manifestação do cliente: avaliação de reclamações e sugestões (ANS, 2012).

#### Indicadores de eficiência

- Taxa de ocupação operacional geral.
- Taxa de ocupação operacional maternidade.
- Taxa de ocupação operacional UTI adulto.
- Taxa de ocupação operacional UTI pediátrica.
- Média de permanência geral.

Na presente tese, os indicadores de produtividade são destacados, uma vez que, por meio deles, pode ser aferida a eficiência da gestão de leitos. Conforme afirma Salas (2013), os indicadores de produtividade, na gestão de leitos, são utilizados internacionalmente. Em sua forma mais simples, tendem a incluir a média de permanência, a taxa de ocupação e o intervalo de substituição.

Os indicadores de produtividade são importantes para a gestão de leitos, uma vez que ao buscar atingir a meta traçada pela gestão eficiente de leitos, cirurgias são canceladas com menos frequência, haja vista que os leitos giram mais rápido, o que fortalecerá atingir a meta alinhada aos padrões aceitáveis. Bittar (1996) postula que ser mais produtivo, em caráter de eficiência hospitalar, simboliza atingir o menor tempo de média de permanência do paciente internado, ou seja, alcançar um nível de maior índice de renovação ou giro do leito e menor percentual de intervalo de substituição.

### 2.3.2 Parâmetros legais relacionados a gestão de leitos

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 1, a seguir, traz à tona a taxa de internação esperada para cada mil pacientes, a considerar os limites mínimos e máximos previstos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

TIPO DE LEITO GERAL	TAXA DE INTERNAÇÃO (POR MIL) 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

**Tabela 1: Taxa de Internação Esperada**

**Fonte: Ministério da Saúde. Portaria 1.631 de 2015.**

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

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

**Tabela: 2 Taxa de Internação Esperada**

**Fonte: Ministério da Saúde. Portaria 1.631 de 2015.**

## **2.4 Eficiência na Saúde**

Nesta seção, serão apresentadas a estrutura do sistema de saúde brasileiro, bem como a busca pela eficiência a ser conquistada tanto no setor público como privado, além dos desperdícios empreendidos na saúde.

### **2.4.1 Sistema de Saúde Brasileiro**

O sistema de saúde brasileiro é composto por três subsetores: o subsetor público, cujos serviços são financiados pelo Estado prescritos nas esferas federal, estadual e municipal; o subsetor privado (com ou sem fins lucrativos) e, por fim, o subsetor de saúde suplementar, com foco em diferentes tipos de planos privados de saúde e de seguro. Os componentes público e privado do sistema, apesar de distintos, estão interconectados, e, por esse motivo, as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, a depender de sua capacidade de pagamento, por sua vez, o SUS é um sistema universal de acesso livre a todos os cidadãos (PAIM *et al*, 2011; PAIM, 2012).

Dados históricos traduzem um marco importante para a criação do SUS e que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, ocasião em que foi discutido e aprovado o Projeto de Reforma Sanitária, um projeto representado por características fundamentais tais como a alteração e ampliação do conceito de saúde (entendendo que a saúde não é apenas a ausência de doença); ampliação da responsabilidade social com a saúde; a saúde vista como direito social, de cidadania e responsabilidade do Estado; por fim, a não mercantilização da saúde (não deve ser definida e determinada pelo mercado) (MÉDICI, 1997; FONSECA E FERREIRA, 2009; SANTOS 2013; RODRIGUES, 2014; PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Em 1987, é criado o Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS, implementando algumas propostas do movimento sanitário, além de almejar, com prioridade, a descentralização do sistema (FONSECA, FERREIRA, 2009; SANTOS, 2013). Sequencialmente a todo esse avanço, o Projeto de Reforma Sanitária foi levado à Assembleia Nacional Constituinte e aprovado quase que em sua totalidade na Constituição Federal de 1988 – CF/88, uma vez que adotou a proposta do SUS. Tem-se que a Magna Carta trata da saúde em seu art. 196, até o art. 200, cujos pontos mais importantes se traduz na concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como o seu acesso universal e igualitário (BRASIL, 1998).

A sua característica principal era a construção da proposta de um novo modelo, o Sistema Único de Saúde – SUS, que foi regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142, de 1990, e que traz, em seu bojo, a caracterização da universalização e integralidade do atendimento, descentralização do poder de decisão, racionalidade, eficácia e eficiência na qualidade do serviço, assim como a democracia no sentido de garantir a participação popular nas decisões, principalmente por meio dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1998; BRASIL, 1990; FONSECA e FERREIRA, 2009; SANTOS, 2013; RODRIGUES, 2014). Já o artigo 37, desta Carta Magna, instituiu o aumento da eficiência, vista como princípio constitucional da Administração Pública, ao lado da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade (BRASIL, 1998; FONSECA, FERREIRA, 2009).

#### **2.4.2 A Busca pela eficiência no sistema de saúde**

Conflitos de interesses presentes no subsistema de saúde oferecido pelo setor privado ocorrem em razão das circunstâncias representativas de custos para as operadoras, e que são caracterizados como receitas para os prestadores de serviços

(CAMPOS, 2004). Tais intercorrências são tratadas como eventos, pois representam custos para os beneficiários, não obstante, representam receita para as operadoras. Estes conflitos, na visão de Porter e Teisberg (2004), reproduzem um perfil de individualidade em detrimento da eficiência do sistema como um todo.

Pensar em eficiência na saúde significa atinar para a *performance* da execução, corresponde enfatizar métodos, tarefas, técnicas de operação e normas, orientando-se para processos e instrumentos. Eficiência se refere aos procedimentos e recursos utilizados para atingir metas ajustadas ao menor custo (LA FORGIA, COUTTOLENC, 2009).

Fator a ser considerado para melhorar a eficiência é a economia em escala, ou seja, quando o diagnóstico aponta para a necessidade cirúrgica, a organização hospitalar deve realizar o procedimento da forma mais eficaz e econômica possível, uma vez que pode integrar o processo inteiro, de forma otimizada, abraçando desde a etapa de pré-internação do paciente, passando pelas fases de cirurgia e recuperação, até a alta hospitalar. Os hospitais engajados em processos capazes de agregar valor aos procedimentos podem realizar o seu trabalho a um custo menor e com mais qualidade (CHRISTENSEN, 2009).

Segundo este teórico, em um hospital finlandês, especializado na realização de procedimentos para substituição de articulações, evidenciou possibilidades de resultados onerosos bem menores que os hospitais gerais. Neste hospital, detectou-se que o índice de complicações correspondeu a 0,1%, enquanto nas organizações gerais obteve representatividade de 10 a 12% (CHRISTENSEN, 2009).

Em contrapartida, no Brasil, observa-se o avanço gradativo de modelos de pagamento baseados em procedimentos gerenciados por intermédio de pacotes (*bundled payments*), o que pressupõe modelos de precificação retrospectivos, podendo influenciar o desempenho da instituição (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009; ANAHP, 2015). Na conta-pacote vê-se que todos os procedimentos e exames necessários à realização de um procedimento são agrupados e precificados por meio da definição de um total capaz de abranger, desde o custo da internação hospitalar, incluindo o pagamento dos honorários médicos, até os equipamentos médicos envolvidos, entre outros (CHRISTENSEN, 2009).

#### **2.4.3 Desperdícios na saúde**

Outro fator de análise e ampla discussão, presente nessa tese, corresponde aos desperdícios identificados na saúde e que podem ser resultado de uma gestão pouco eficiente, além de serem prejudiciais à qualidade da assistência. Atividades que não agregam valor ao bom atendimento ao paciente são vistos como desperdícios e, por esse motivo, devem ser eliminados por meio de revisões sistemáticas dos processos. Abaixo, segue uma lista com exemplos de desperdícios (LATAS, 2000; BUSHELL *et al.*, 2002):

- longos tempos de espera associados ao tempo de preparação do paciente em cada etapa do processo de diagnóstico e/ou tratamento;
- duplicação de exames por desconfiança ou falta de coordenação entre os diferentes responsáveis;
- realização de exames desnecessários por falta de preparo da equipe de saúde;
- excesso de tempo de tratamento por dificuldade de definir diagnósticos;
- informação errada ou não disponível.
- equipamentos não apropriados;
- excesso ou falta de materiais;
- excesso ou falta de medicamentos;
- desperdício de potencial humano;
- comunicação ineficiente.

A diminuição dos desperdícios aumenta a produtividade e a rentabilidade dos serviços médico-hospitalares, tal qual as dinâmicas das relações entre os participantes do setor, e que são capazes de afetar a eficiência do sistema como um todo (ABELHA, GONÇALVES; PITASSI, 2013).

## **2.5. Gestão de leitos no setor público e privado**

Nesta seção, temos como proposta precípua a iniciativa de abordar os estudos relacionados à Central de regulação do SUS (Sistema Único de Saúde), gestão de leitos, as variáveis que interferem em seu gerenciamento, bem como algumas rotinas definidas em organizações de saúde voltadas à otimização da produtividade dos leitos.

### **2.5.1 Regulação no SUS**

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, Merhy (2006) e Brasil (2011), 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 (BRASIL, 2008).

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. À 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.

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 (BRASIL, 2011; FARIA *et al*, 2011).

## 2.6 A importância da gestão do leito

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, podem 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; Giraldo *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 era evitável. 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

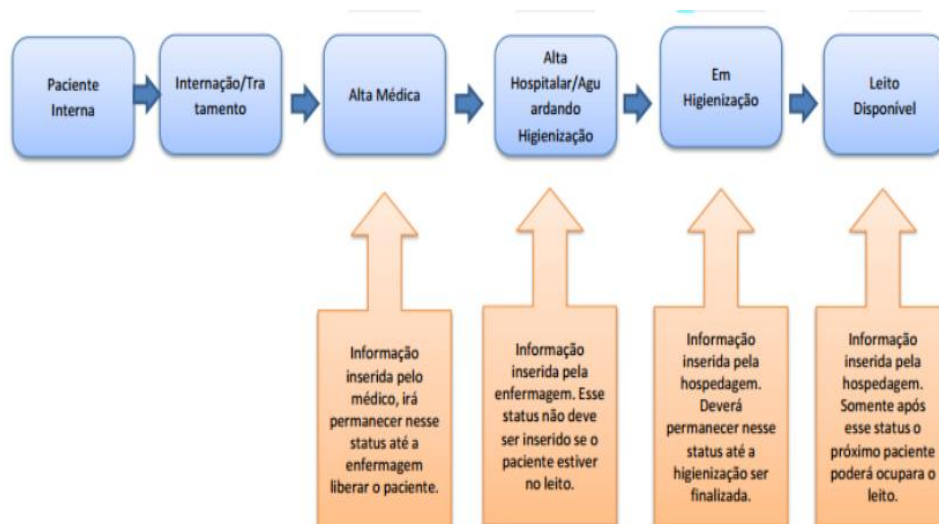
autor também que mudanças operacionais podem aprimorar a *performance* de um hospital apostando em times de especialistas em tratamento intensivo, que passam a visitar os pacientes críticos antes da internação nesta Unidade, determinando quais cuidados eles realmente precisavam e em qual local do hospital 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.

Na quinta figura, apresentada na sequência, observa-se a rotina de internação de um novo paciente ao submeter-se a atendimento médico na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, hospital que utiliza o sistema Tasy para sua gestão de leitos.



**Figura 5: Fluxo de intimação**  
**Fonte: SINDHOSPA (2014, p. 03).**

O leito hospitalar nunca foi tão valorizado como nos dias atuais, em vista disso, o gerenciamento de sua utilização tornou-se questão central em organizações de saúde (PEREIRA, 2012). Mediante tal propositura, a avaliação da capacidade instalada envolve duas questões centrais: deve estar disponível e como utiliza-lo da maneira mais apropriada frente à demanda oscilante.

Com relação à gestão de leitos, segundo Guzman (2005); Jones (2009), o ideal para um atendimento com qualidade e para uma adequada gestão corresponde a uma ocupação média máxima que não deve superar 85%, alinhavada a uma média de permanência equivalente à 3,7 e 5 dias nos hospitais gerais (SALAS, 2013).

Emerge-se, com isso que altas com atraso podem expor o paciente a riscos de infecção hospitalar, além de outras consequências. A correção destes atrasos proporcionaria a redução de custos e a melhoria da qualidade de atendimento. Como a variação e os atrasos, neste processo, podem criar pontos de estrangulamento que, em última análise, acabam por atrasar novas admissões, por este motivo, o processo de alta tem recebido especial atenção da gestão organizacional (WONG *et al.*, 2009; HENDY *et al.*, 2013). Segundo os autores, no Reino Unido, os atrasos que interferem na alta das enfermarias têm recebido pouca atenção, haja vista que as metas do governo estão centralizadas na internação e não na alta.

No Brasil, estudo realizado por Falcão, Repetto, 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 as 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, pode-se observar os passos sugeridos por Falcão, Repetto e Gelonesi (2015) 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 serão utilizados para o acompanhamento das ações e processos estabelecidos é fundamental 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.

É justificável o fato dos hospitais investirem tempo e inteligência na busca de soluções e caminhos novos para tornarem mais eficiente o seu giro de leito. Existem ações que podem levar a uma melhora nesta eficiência, entre elas, pode-se citar a especialização de uma equipe interna para gerenciar a permanência no hospital, uma vez que mesmo nos casos em que há disponibilidade de leitos, eles devem ser ocupados de maneira adequada.

O Setor de Internação, por exemplo, precisa ter acesso rápido à programação de alta do período e possuir dados atualizados em tempo real (PEREIRA, 2012). A informação sobre a quantidade de leitos, disponível no dia, é ainda mais relevante no turno da manhã, período em que se concentra o maior volume de internações eletivas, uma vez que o maior volume cirúrgico é matutino. Como há receio de que a carência de leitos para admissão atrase a agenda cirúrgica e cause insatisfação de pacientes e médicos, em alguns hospitais brasileiros, os setores de internação ainda fazem a “reserva” de vaga desde o dia anterior, sem considerar as previsões de alta para o dia seguinte. Com isso,

pacientes que seriam internados a partir da emergência, talvez necessitem ser transferidos para outras organizações de saúde (PEREIRA, 2012).

Estudo realizado, com o objetivo de melhorar o fluxo de pacientes, determinou que, para a melhoria deste fluxo, é necessário agilizar a alta, priorizar os pacientes com necessidade de internação e reduzir o intervalo de substituição, ou seja, o tempo para a reocupação do leito. Para melhorar a eficiência na gestão de leitos, também se faz necessário trabalhar com planejamento de alta, melhorar a comunicação entre a equipe multiprofissional, ter uma equipe volante na busca de leitos, definição de processos e local para esperar a saída do hospital dos pacientes com alta assinada, uma vez liberados da unidade de internação, não esquecendo de considerar a realidade de cada organização (CANDIDO, 2014).

Outro fator a ser considerado prioridade é a definição de processos nos serviços de urgência e emergência, pois, além de constituírem importante componente da assistência à saúde no Brasil, quando devidamente organizados, são capazes de auxiliar na rapidez da internação do paciente. O enfermeiro é o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos internados que procuram estes serviços, devendo ser orientado por um protocolo que estratifique o risco em cinco níveis, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do enfermo. Dentre os existentes, pode-se citar o protocolo inglês *Manchester Triage System* – protocolo de Manchester – por estar sendo utilizado no Brasil e em um número crescente de organizações (SOUZA *et al.*, 2011).

A revisão de literatura (acadêmica e profissional) permitiu constatar 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. (JONES, 2009, TURNER *et al.*, 2013, ALAMO *et al.* 2013; SCHLAIRET, 2014; CLARET *et al.*, 2015).

### 2.6.1 O uso da Tecnologia de informação na gestão do leito

O uso de Sistemas de Informação (SI), praticados por gestores da saúde, tem se tornado cada vez mais importante. Este instrumento serve como fonte de informação sobre os indicadores do hospital, fornecendo dados importantes sobre a instituição e apoiando o processo decisório e estratégico da gestão administrativa.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) configuram-se como ferramentas para a produção de informações que direcionem o processo decisório dos profissionais relacionados aos serviços dos diferentes níveis de atenção à saúde. Assim, as informações são detectadas em tempo real, auxiliando no planejamento e execução de ações, de acordo com a realidade e especificidade do serviço. Entretanto, a adequação dos SIS, em vista atingir maior aplicabilidade aos hospitais, ainda é um desafio (SOUZA *et al.*, 2012).

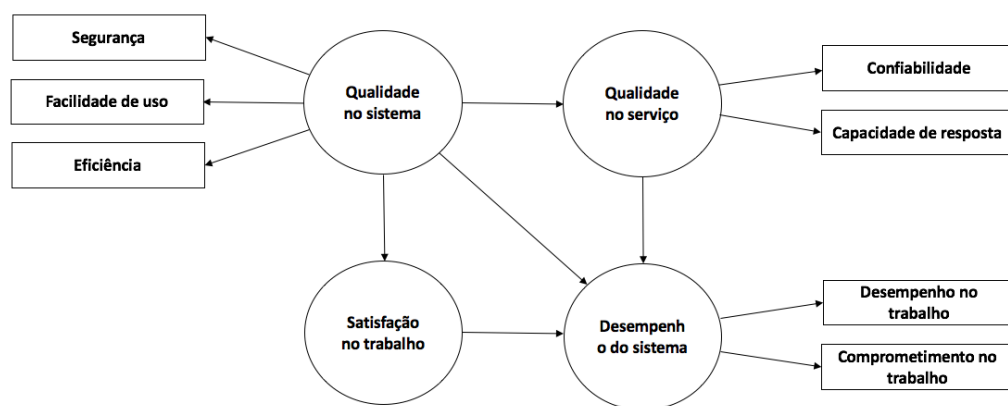
As instituições de saúde mundialmente investem recursos em sistemas de informações hospitalares (*Hospital Information Systems – HIS*), considerando a condição individual de cada organização. Contudo, há uma quantidade considerável de pesquisas que revelam os efeitos negativos da implementação de Tecnologias da Informação (TI) na saúde. Estima-se que quase 70% dos projetos de implementação de TI, presente na área da saúde, são falhos, o que resulta na perda de grandes quantias de investimentos e, em consequência disso, acabam por gerar a perda da confiança nestas implementações (AMMENWERTH; ILLER; MAHLER, 2005; GÜRSEL *et al.*, 2014).

Despont-Gros, Mueller e Lovis (2005) identificaram que as principais razões para as falhas são: questões técnicas, má gestão do projeto, questões organizacionais, além do crescimento acelerado dos recursos de SI sem planejamento adequado. No entanto, não se pode atribuir as falhas de implementação apenas às questões técnicas.

Estes são alguns dos motivos que tornam a avaliação eficaz de qualquer tipo de SI, pois é capaz de determinar se estes sistemas satisfazem os requisitos ou necessidades dos usuários e organizações da saúde. Gürsel *et al.* (2014) desenvolveram um modelo que procura analisar os sistemas de informação em hospitais, sob a ótica do usuário final, o qual observaram as seguintes dimensões: expectativa de uso; expectativa dos dados e sistemas; expectativa das melhorias; e expectativas gerenciais. Como resultado, observou-se que os sistemas que são amigáveis aos usuários provavelmente serão os primeiros a satisfazerem as suas expectativas.

Chang, Chen e Lan (2012) recomendam que a área de TI dos hospitais leve em consideração a qualidade dos serviços e a satisfação dos usuários finais, além de colocar

ênfase na qualidade do sistema e na qualidade da informação ao projetar, desenvolver ou adquirir um determinado SI. Tais assertivas visam conseguir melhor desempenho nos hospitais. A seguir, será apresentado o modelo desenvolvido, bem como o resumo das dimensões e variáveis definidas pelos autores, a fim de analisar o desempenho dos sistemas, feito com base na satisfação dos usuários (vide Figura 6 e Quadro 3).



**Figura 6: Estrutura conceitual da relação entre qualidade do sistema, qualidade do serviço, satisfação no trabalho e desempenho do sistema.**  
**Fonte: Adaptado pela autora, Chang, Chen e Lan (2012, p. 4).**

DIMENSÃO	VARIÁVEL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	REFERÊNCIAS
Qualidade no sistema	Segurança	Refere-se às capacidades que um hospital tem em fornecer serviços de SI e que protegem com segurança as informações dos usuários; confirmam a identificação do usuário e previnem vírus, entre outros.	DeLone (1992). Li, Tan e Xie (2002).
	Facilidade de uso	Refere-se ao grau em que o serviço do SI é percebido como fácil e orientado para o aprendizado dos usuários.	Li, Tan e Xie (2002).
	Eficiência	Refere-se ao grau em que o serviço do sistema de informação é percebido como muito útil para facilitar e melhorar a eficiência e agilidade do trabalho.	Li, Tan e Xie (2002).



Qualidade no serviço	Confiabilidade	Refere-se a capacidade de um hospital em fornecer serviços de SI que entregam corretamente as solicitações feitas pelos usuários.	Parasuraman e Grewal (2000).
	Capacidade de resposta	Refere-se às capacidades de um hospital em fornecer serviços de SI que respondam de forma rápida e “instantaneamente” as demandas dos usuários.	Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985).
Satisfação no trabalho	Satisfação no trabalho	O estado psicológico do usuário do SI envolve seus sentimentos positivos ou negativos, ou atitudes face experiência com os serviços de SI.	Dabholkar, Bobbitt e Lee (2003).
Desempenho do sistema	Desempenho no trabalho	Refere-se aos benefícios tais como: eficiência do trabalho; competências profissionais; processo de operação; entre outros serviços que os SI podem oferecer.	Myers, Kappelman e Prybutok (1997).
	Comprometimento no trabalho	Refere-se à inclinação dos usuários em permanecer dentro do hospital devido às capacidades de superar qualquer problema encontrado com o apoio que os serviços de SI podem fornecer.	Bhattacharjee (2001).

**Quadro 3: Resumo das dimensões e variáveis da estrutura conceitual da relação entre qualidade do sistema, qualidade do serviço, satisfação no trabalho e desempenho do sistema.**

**Fonte: Adaptado pela autora de Chang, Chen e Lan (2012, p. 5).**

A fim de controlar o fluxo de um sistema de gestão de leitos, o uso de sistemas de TI é altamente recomendado (KUMAR *et al.*, 2008). Os novos sistemas almejam apoiar a logística dos fluxos secundários tais como o controle de leitos hospitalares, por isso são considerados um passo necessário para o avanço da eficiência na organização (LIN; STEAD, 2009). No entanto, o grau de operações automatizadas em cuidados de saúde é limitado, devido à alta variabilidade e demandas imprevisíveis (VRIES; HUIJSMAN, 2011). A TI já é amplamente utilizada nos cuidados de saúde, uma vez que muitas rotinas são dependentes de vários sistemas informáticos, tal qual outros diagnósticos de pacientes para tratamentos seguros (LIN; STEAD, 2009).

Em pesquisa realizada no Länssjukhuset Ryhov, evidenciou-se que os autores concluíram sobre o quão é difícil controlar os leitos hospitalares liberados, uma vez que, muitas vezes, as informações a respeito não estão ligadas a qualquer *software*. (HANAUEUS; TOLIC, 2015). Em muitas ocasiões, este controle é de responsabilidade dos enfermeiros e, sem um sistema rigoroso, esta tarefa é mais vulnerável a enganos, o que pode resultar em desperdício de tempo e recursos. Com esse apoio da tecnologia, a programação de limpeza do leito, por exemplo, poderia ser mais precisa, com menos riscos de erros e de má gestão de leitos, contendo informações detalhadas sobre o tempo de limpeza, reduzindo o risco de mal-entendidos e erros no processo de gestão de leitos (HANAUEUS; TOLIC, 2015).

### **3. METODOLOGIA**

Nesta seção, são apresentados os procedimentos metodológicos que serviram para guiar o processo de pesquisa deste trabalho, a construção do modelo teórico com suas respectivas categorias e subcategorias, além dos procedimentos analíticos realizados com o apoio da análise de conteúdo, *software Nvivo*, seguido da triangulação dos dados.

#### **3.1 Procedimentos Metodológicos**

Para atingir o objetivo proposto neste estudo, foi utilizada a revisão sistemática da literatura (*Systematic Literature Review – SLR*), haja vista que esta implementa uma estratégia de pesquisa metodologicamente bem definida e direcionada a identificar, analisar e interpretar as evidências sobre o objeto da tese: a gestão de leitos. A revisão sistemática da literatura compreende um reconhecido método de investigação científica presente e aplicado em diversas áreas (PARÉ *et al.*, 2015). Após a revisão de bibliografia, foi identificada uma lacuna no referencial teórico, em função da carência de estudos empíricos desenvolvidos sobre as variáveis relevantes na gestão de leitos em hospitais privados.

A revisão das principais bibliografias que conduziram a proposição desta pesquisa foi realizada por meio de levantamento no acervo nas bases de dados: SciELO, LILACS, Capes, EBSCO, ProQuest, JSTOR, Bireme, MEDLINE e EMERALD. As palavras-chave pesquisadas foram: Eficiência na Gestão em Saúde (*Efficiency in Health Management*);

Eficiência na Gestão de Leitos (*Efficiency in Management of Beds*); Ineficiência na Gestão de Leitos (*Inefficiency in Management of Beds*); Gestão de Leitos (*Management of Beds, Bed Management*); Gestão de Leitos de Urgência e Emergência (*Management of Urgency and Emergency Beds*); Gestão de leitos eletivos (*Management Elective Beds*). Também foi realizada uma pesquisa no catálogo de dissertações e teses dos principais programas de Pós-Graduação do país e eventos do setor, entre eles: a Fundação Getúlio Vargas, FEA/USP, Faculdade de Saúde Pública (USP), Medicina USP, Escola Politécnica da USP, EnAnpad e Simpoi, além de publicações.

O presente estudo obteve o total de 53 artigos como resultados das buscas. Destes, foram excluídos quinze artigos, por não apresentarem foco na gestão de leitos, ou seja, apresentavam resultados sobre assistências, de alteração de conduta clínica e/ou não apresentavam o texto completo. Sendo assim, alinhando-se ao objetivo deste trabalho, analisou-se um total de dezenove artigos, conforme observa-se nos quadros 4 e 5.

<b>BASE DE DADOS</b>	<b>TOTAL DE ARTIGOS</b>	<b>ARTIGOS UTILIZADOS</b>
SciELO	08	7
LILACS	03	1
EBSCO	17	1
ProQuest	09	1
JSTOR	02	0
Bireme	05	1
MEDLINE	06	5
PUBHEALTH	2	2
BJHCM	1	1
Total	53	19

**Quadro 4: Artigos coletados por base de dados**  
**Fonte: Elaborado pela autora.**

Além das bases de dados foram incluídos, na presente tese, anais de congressos, mais especificamente do Qualishop, em função do baixo volume de artigos localizados, totalizando quatro resumos dos Anais e um livro, além de sites.

<b>TÍTULO DO ARTIGO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>AUTOR</b>	<b>METODOLOGIA</b>
O desafio de mapear os nós que emperram o fluxo da assistência e de reconstruir processos com o apoio tecnológico e interdisciplinar.	Demonstrar melhores práticas em gestão de leitos.	Pereira (2012).	Estudo de caso
O impacto de gerenciamento de leitos baseado na metodologia Lean Six Sigma.	Descrever os resultados obtidos por meio das mudanças implementadas no processo de gestão de leitos hospitalares, baseadas na Metodologia Lean Six Sigma.	Falcão, Repetto e Gelonesi (2015).	Estudo de caso
Gestão de leitos: um desafio em um hospital público: relato de caso	Demonstrar melhorias na gestão de leitos com a implantação de plano e projeto terapêutico.	Cavalini, Martinelli (2015).	Estudo de caso
Emergency admissions and hospital beds.	Discutir os componentes de várias tendências que conduzam a aumentar admissões de emergência.	Jones (2009). Guzman (2005).	Revisão
Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil.	Demonstrar a eficiência produtiva nos hospitais do SUS em Santa Catarina.	Cesconetto, Lapa, Calvo (2008)	Estudo de caso
In-depth analysis of delays to patient discharge: a metropolitan teaching hospital experience. Journal of the Royal College of Physicians.	Analisar a frequência, causas e implicações potenciais custos de atrasos de alta para pacientes que estiveram internados.	Hendy <i>et al.</i> (2013)	Estudo prospectivo

Effectiveness of acute medical units in hospitals: a systematic review. International Journal for quality in Health Care.	Avaliar a eficácia das unidades médicas agudas nos hospitais.	Bell, Vaughan e Scott (2015).	Observacional
How much do operational processes affect hospital inpatient discharge rates?	Identificar o efeito do final de semana, férias, admissão equipe e programações de rotação, médicos assistentes individuais e seu comprimento da cobertura sobre as taxas de descarga equipe diárias.	Wong <i>et al.</i> (2009)	Retrospectivo
O Gerenciamento de Leitos e a Atuação da Enfermagem. In: Gestão de Serviços em Saúde: da estratégia à operação.	Demonstrar a importância da atuação do enfermeiro no gerenciamento dos leitos.	Gonçalves (2015).	Revisão
Gestão de leitos um desafio em um hospital público.	Demonstrar o resultado da implantação de plano terapêutico levando ao planejamento da alta.	Cavalline, Martinelli (2014).	Estudo de caso
Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica	Demonstrar os resultados de uma gestão de leitos baseada na agenda cirúrgica em um O.S.S..	Faria <i>et al.</i> (2015).	Estudo de Caso
<i>Late transfers of older people from hospital: causes and policy implications.</i>	Analisar os atrasos nas altas de pacientes idosos e suas implicações.	Bryan, Gage e Gilbert (2006).	Estudo de Caso
Cancelled elective general surgical operations in Ayub Teaching Hospital. J	Analisar o cancelamento de cirurgias eletivas em hospital escola,	Zafar <i>et al.</i> (2007)	Estudo de Caso

Ayub Med Coll Abbottabad.			
<i>Relevance of economic efficiency analysis of decentralized versus centralized reprocessing of patients' beds in a maximum-care hospital.</i>	Estudar a relevância da eficiência econômica no controle centralizado e descentralizado dos leitos, em hospital de cuidados de alta complexidade.	Winkelmann <i>et al.</i> (2008).	Estudo de Caso
Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional.	Estudar as causas de cancelamento cirúrgico.	Perroca, (2007).	Estudo de Caso
<i>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.</i>	Analisar as causas e os custos financeiros de atrasos em altas de pacientes idosos nas enfermarias de clínica médica de um hospital de ensino.	Jasinarachchi (2009).	Estudo de Caso
Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares.	Analisar indicadores de produtividade na área hospitalar.	Bittar, (1996).	Revisão
O Impacto de Gerenciamento de Leitos baseado na Metodologia <i>Lean Six Sigma</i> .	Demonstrar os resultados da implantação da metodologia <i>Lean Six Sigma</i> voltada para a gestão de leitos.	Gelonesi (2014).	Estudo de Caso
<i>Policy on the rebound: trends and causes of delayed discharges in the NHS.</i>	Analisar as causas dos atrasos nas altas no <i>NHS</i> .	Godden, Pollock e McCoy (2009).	Estudo de Caso

<i>Retraso Del Alta Hospitalaria por Motivos no Médicos.</i>	Estudar os atrasos nas altas ocasionados por motivos não médicos.	Mendoza e Giraldo (2012).	Estudo de Caso
<i>Diagram for the analysis of hospital bed management in Costa Rica.</i>	Proposta de análise da gestão do leito hospitalar.	Salas (2013).	Estudo de Caso
<i>Inpatient admissions and bed management in NHS acute hospitals.</i>	Analisar as internações e o gerenciamento de leitos agudos do NHS.	National Audit Office (2010).	Revisão
A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project.	Identificar a importância da avaliação de processos e o desempenho de hospitais.	Veillard (2005).	Estudo de caso
<i>Consequences for overcrowding in the emergency room of a change in bed management policy on available in-hospital beds.</i>	O objetivo do presente estudo foi avaliar as consequências de mudanças na priorização dos pacientes eletivos e cirúrgicos em diferentes cenários.	Claret <i>et al.</i> (2015).	Estudo de Caso
<i>Complex Hospital Discharges</i>	Analisar fatores não clínicos causando atrasa nas altas.	Schlairet (2014).	Revisão

**Quadro 4: Autores consultados sobre gestão de leitos hospitalares**  
**Fonte: Elaborada pelo autor.**

### 3.2 Seleção das Variáveis e construção do instrumento de pesquisa

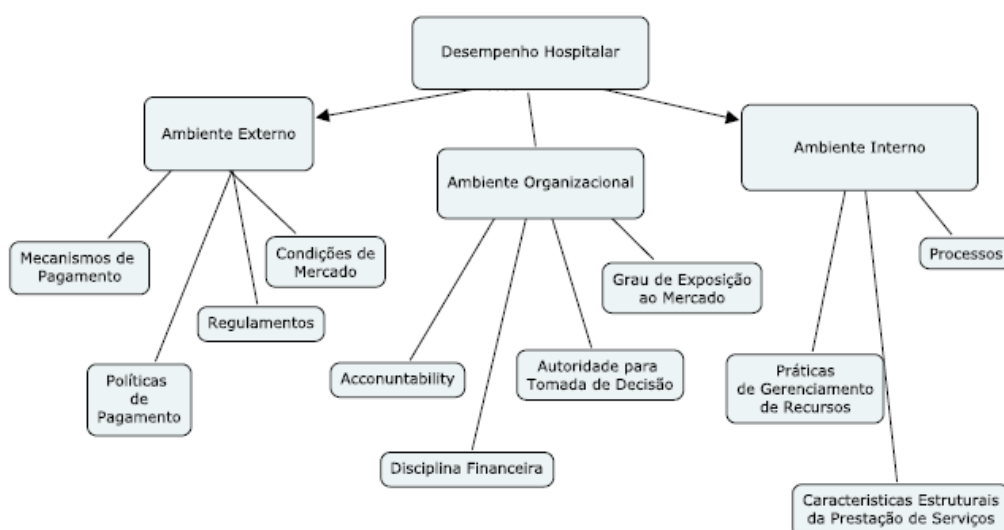
Para atingir os objetivos propostos para este estudo, após a revisão de bibliografia e identificação de uma lacuna no referencial teórico, em função do reduzido número de estudos empíricos desenvolvidos sobre fatores relevantes à gestão de leitos em hospitais privados, foi desenhada uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, no intuito de responder quais variáveis são relevantes nesta gestão em organizações privadas de

saúde. Este estudo pode ser classificado como exploratório, tendo sido realizada análise de casos múltiplos.

Em projetos de casos múltiplos, cada caso deve servir a um propósito único dentro do escopo global da investigação (YIN, 2003). Eisenhardt (1989) considera desejável fazer um levantamento entre quatro e dez casos para a construção de teoria. Da mesma forma, para Hedges (1958) entre quatro e seis casos levantados poderão ser suficientes.

Foi construído um instrumento de pesquisa (roteiro de entrevista contendo perguntas abertas), aplicado a gestores hospitalares, até que as informações comesçassem a se repetir, considerando o fechamento amostral por saturação.

O questionário direcionado aos dirigentes hospitalares (Apêndice A) foi construído pela autora e com base na leitura dos trabalhos de La Forgia e Couttolenc (2009), além dos autores citados no quarto Quadro, conforme esquema apresentado na sétima Figura:



**Figura 7: Fatores que afetam o Desempenho Hospitalar**  
**Fonte: Criado pela autora com base nos autores La Forgia e Couttolenc, (2009, 05).**

As entrevistas foram agendadas após consentimento do sujeito de pesquisa, acompanhada da solicitação de permissão para gravação e em datas sugeridas pelos gestores. A autora comprometeu-se em não identificar os sujeitos pesquisados, nem tampouco os hospitais.

Dentre as variáveis propostas pelos autores, somente aquelas vinculadas ao ambiente interno foram consideradas, ou seja, Características Estruturais da Prestação de Serviços, Práticas de Gerenciamento de Recursos e Processos. La Forgia e Couttolenc



(2009) afirmam que, em conjunto, essas variáveis afetam diretamente os resultados do hospital. As variáveis, ambiente organizacional e ambiente externo, não fizeram parte deste estudo.

O quinto Quadro propõe quais as categorias e suas respectivas perguntas foram geradas, a partir da teoria estudada sobre o assunto.

CATEGORIA	PERGUNTAS	AUTORES
Características Estruturais da Prestação de Serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual o apoio tecnológico que o setor de gestão de leitos possui? Comente.</li> <li>- Quais os pontos positivos e negativos desta tecnologia?</li> <li>- Como é organizado o quadro de pessoal que compõem a gestão de leitos?</li> <li>- Qual a infraestrutura do serviço de gestão de leitos?</li> <li>Qual a infraestrutura hospitalar?</li> </ul>	Falcão, Repetto e Gelonesi (2015). Pittelkow e Carvalho (2008). Chang, Chen e Lan (2012).
Prática de Gerenciamento de Recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comente sobre a equipe multiprofissional e a gestão de leitos.</li> <li>- Quais os indicadores existentes para monitorar a gestão de leitos?</li> <li>- Qual o tempo médio para a internação de um novo paciente? E de pacientes de P.S?</li> <li>- Qual o percentual de pacientes que são transferidos para outro hospital por falta de vaga? Justifique.</li> <li>- Existem um acompanhamento das principais causas e do volume de interações advindas do P.S? Justifique.</li> <li>- De que forma o planejamento de leitos é realizado?</li> <li>- Qual a meta mensal estipulada para a taxa de ocupação?</li> <li>- Existe um monitoramento da média de permanência? - Existe gestão do paciente com alta permanência? Justifique.</li> <li>- Quem efetivamente controla os leitos hospitalares?</li> </ul>	Faria <i>et al.</i> (2015). Bryan e Gage (2006). Perroca (2007); Jones (2009). Guzman (2005). Salas (2013).

Processos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais são os processos formais existentes com relação a gestão de leitos?</li> <li>- Existe planejamento de alta, elas são respeitadas? Justifique.</li> <li>- Ocorrem atrasos no processo de desocupação?</li> <li>- Comente como é realizada o planejamento de alta.</li> <li>- Existem protocolos clínicos nesta organização? Qual sua relação com a gestão de leitos.</li> <li>- Como ocorre o processo de admissão de pacientes na UTI?</li> <li>- De que forma compartilha as informações da gestão de leitos com os demais setores envolvidos neste controle?</li> <li>- Como ocorre o compartilhamento das metas do setor com as demais equipes envolvidas?</li> <li>- De que forma é garantida a uniformização do entendimento e da execução das rotinas?</li> </ul>	Hendy <i>et al.</i> (2013). Wong <i>et al.</i> (2009). Gonçalves (2015).
-----------	--	--

**Quadro 5: Categorias com suas respectivas perguntas**  
**Fonte: Elaboração própria.**

A análise de conteúdo aparece como uma ferramenta para a compreensão da construção de significado, cujos sujeitos de pesquisa exteriorizam no discurso. Isto permitiu ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade e a interpretação que faz dos significados a sua volta.

Laville e Dionne (1999) observaram que os dados colhidos, na forma bruta, precisam ser preparados para se tornar utilizáveis na construção dos saberes. A forma numérica da apresentação dos dados permite o tratamento e a análise com a ajuda dos instrumentos estatísticos, ao passo que os dados que tomam forma literal serão objeto de uma análise de conteúdo, podendo ter ou não apoio de *softwares* para analisar agrupamentos.

Bardin (1994) apresenta a utilização da análise de conteúdo em três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira fase, estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, muito embora possam ser flexíveis. A segunda fase, consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente e, finalmente na terceira etapa, o pesquisador, ao apoiar-se nos resultados brutos, procura torná-los significativos e válidos.

As gravações foram transcritas e agrupadas por meio do *software NVivo11Pro*. O *NVivo*, por sua vez, é um *software* de apoio a pesquisas qualitativas e de métodos mistos. Ele foi desenvolvido com o intuito de coletar, organizar e analisar o conteúdo de entrevistas, discussões de grupos de foco, questionários, áudios, vídeos, páginas da Internet e artigos de periódicos científicos (Qsrinternational, 2017). De fato, o *software* ajuda o investigador a descobrir conexões sutis e a justificar rigorosamente os resultados encontrados.

No que diz respeito à codificação, o *software NVivo* trabalha com o conceito de nós, que remete aos materiais agrupados em uma categoria com base no seu tópico, tema ou caso. Os nós ajudam na busca por padrões e ideias emergentes. É possível ainda destacar os ápices dos documentos, à medida que o trabalho, juntamente com o projeto, avança.

Em se tratando da aglomeração entre pares de documentos, requer uma medida de cálculo de similaridade/distância capaz de permitir a criação de *clusters* de dados não estruturados ou semi-estruturados. Dada a diversidade de medidas para a constituição de *clusters* (Huang, 2008), optou-se pelo coeficiente de correlação de Pearson ( $\rho$  de Pearson), uma vez que o *software NVivo 11Pro* propõe fornecer de forma automática o seu cálculo. Esta medida avalia a intensidade da associação linear entre duas variáveis ( $x$  e  $y$ ), a qual assume valores entre -1 e 1, sendo que:  $\rho = 1$  significa uma correlação perfeita e positiva entre as duas variáveis; já  $\rho = -1$  significa uma correlação negativa considerada perfeita entre as duas variáveis, ou seja, se uma das variáveis aumenta a outra diminui;  $\rho = 0$ , o quer dizer que não existe correlação entre as duas variáveis.

O cálculo de  $\rho$  de Pearson formaliza-se na seguinte equação:

$$\rho = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2} \cdot \sqrt{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}} = \frac{cov(X, Y)}{\sqrt{var(X) \cdot var(Y)}}$$

De acordo, com os dados extraídos do *NVivo11Pro*, a análise de tipo de correlação segue conforme a terceira Tabela:

**Tabela 3: Escala coeficiente de correlação de Pearson para aferição de similaridade**

ESCALA DE $\rho$ DE PEARSON	TIPO DE CORRELAÇÃO
$0,8 < \rho < 1$	Forte positiva
$0,5 < \rho < 0,8$	Moderada positiva
$0,1 < \rho < 0,5$	Fraca positiva
$0 < \rho < 0,1$	Ínfima positiva
0	Nula
$-0,1 < \rho < 0$	Ínfima negativa
$-0,5 < \rho < -0,1$	Fraca negativa
$-0,8 < \rho < -0,5$	Moderada negativa

Fonte: CRAMER E HOWITT (2004, pp. 38-40).

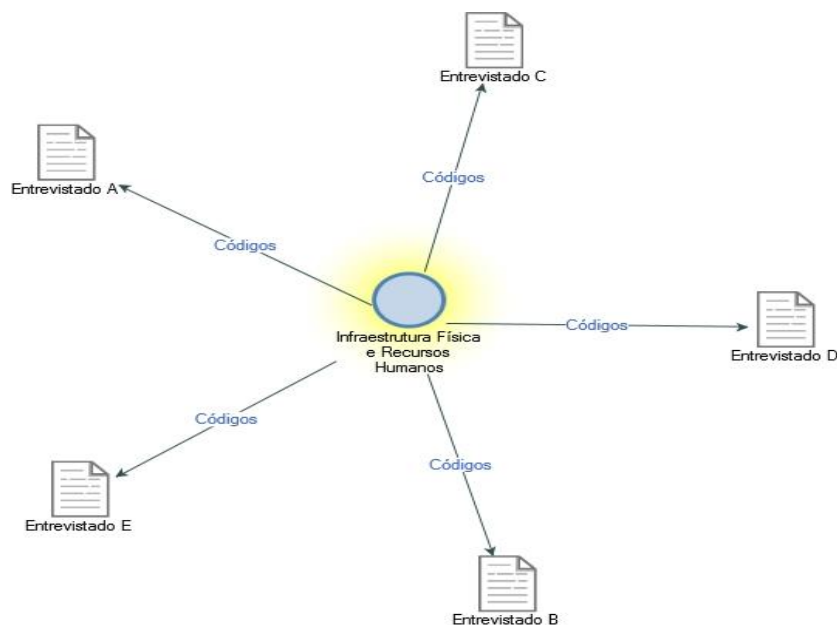
Tendo em vista a organização e a apresentação dos dados coletados, criaram-se categorias e subcategorias, conforme a nona Figura, entre elas: Categoria: Características Estruturais da Prestação de Serviços; subcategorias (Infraestrutura e Recursos Humanos, Tecnologia e Informação, Estrutura Hospitalar); Categoria: Práticas de Gerenciamento de Recursos, subcategorias (Autonomia, Planejamento da ocupação do leito, Indicadores, Conscientização da equipe, Metas); Categoria: Processos, subcategorias (Formalização, Planejamento de alta, Protocolos Clínicos).

Nós							
Nome	Fontes	Referências	Criado em	Criado por	Modificado em	Modificado por	
Características Estruturais da Prestação de Serviços		0	0	30/01/2017 14:45	TM	30/01/2017 14:45	TM
Estrutura Hospitalar		5	5	30/01/2017 14:47	TM	30/01/2017 15:16	TM
Infraestrutura Física e Recursos Humanos		5	5	30/01/2017 14:47	TM	30/01/2017 15:16	TM
Tecnologia da Informação		5	5	30/01/2017 14:47	TM	30/01/2017 15:16	TM
Prática de Gerenciamento de Recursos		0	0	30/01/2017 14:47	TM	30/01/2017 14:47	TM
Autonomia		5	5	30/01/2017 14:48	TM	30/01/2017 15:16	TM
Conscientização da Equipe		5	5	30/01/2017 14:48	TM	30/01/2017 15:17	TM
Indicadores		5	5	30/01/2017 14:48	TM	30/01/2017 15:17	TM
Metas		5	5	30/01/2017 14:48	TM	30/01/2017 15:17	TM
Planejamento da Ocupação do Leito		5	5	30/01/2017 14:48	TM	30/01/2017 15:17	TM
Processos		0	0	30/01/2017 14:52	TM	30/01/2017 14:52	TM
Comunicação Formal e Visual		5	5	30/01/2017 14:52	TM	30/01/2017 15:19	TM
Formalização		5	5	30/01/2017 14:52	TM	30/01/2017 15:18	TM
Planejamento de Alta		5	5	30/01/2017 14:52	TM	30/01/2017 15:18	TM
Protocolos-Diretrizes Clínicas		5	5	30/01/2017 14:52	TM	30/01/2017 15:19	TM

**Figura 8: Organização das Categorias e Subcategorias**

Fonte: Saída NVivo11Pro

Na oitava Figura, observa-se a tela gerada pelo *software NVivo11Pro*, após lançamento dos conteúdos de textos referentes a cada uma das subcategorias e consequentemente Categoria.



**Figura 9: Exemplo de codificação em subcategorias**  
**Fonte: Saída NVivo 11Pro**

Na nona Figura, observa-se um exemplo de subcategoria (Infraestrutura Física e Recursos Humanos), bem como a participação dos sujeitos de pesquisa (Entrevistados A, B, C, D e E).

Em paralelo às entrevistas, foram analisados indicadores dos hospitais estudados, vinculados aos processos que envolvem a gestão de leitos, apontados pela ANAHP (2015) e pela ANVISA (2015), vistos como indicadores de gestão operacional ou produtividade, dentre eles: taxa de ocupação, média de permanência, índice de giro de leito, índice de intervalo de substituição, taxa de ocupação operacional da UTI, taxa de ocupação, taxa de produtividade, taxa de ocupação operacional da UTI neonatal, taxa de ocupação operacional da semi-intensiva, taxa de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e índice de cirurgia por paciente. Não foram considerados os indicadores de taxa de mortalidade, taxa de mortalidade operatória e a taxa de pacientes residentes no hospital, considerados pela ANAHP como indicadores de gestão operacional, por esta não ser considerado foco deste trabalho.

### 3.3 A escolha das organizações

Foram selecionados cinco hospitais para esta pesquisa, dentro do número apontado como desejável pelos autores citados e que abordam análises de casos. Estas organizações foram escolhidas por serem reconhecidas no segmento saúde e por apresentarem características estruturais, com perfil de atendimento diferenciado, conforme o propósito de encontrar similaridades e diferenças entre estas organizações no que tange as práticas de gerenciamento de recursos, características estruturais da prestação de serviços e processos. Os hospitais A, B e E são hospitais gerais e que atendem convênios e particulares (um deles com atendimento também ao SUS). As organizações A e B atendem pacientes com alto poder aquisitivo, enquanto os hospitais C e D são especializados (um deles com atendimento SUS e classificado como hospital-escola). Já o Hospital D atende um público classe alta, conforme indica o sexto Quadro. A pedido dos entrevistados, foram omitidos os nomes e as identificações dos respondentes, assim como da organização.

	<b>HOSPITAL A</b>	<b>HOSPITAL B</b>	<b>HOSPITAL C</b>	<b>HOSPITAL D</b>	<b>HOSPITAL E</b>
<b>Natureza</b>	Filantropico – Privado	Filantropico – Privado	Filantropico – privado ( Hospital Escola)	Fundação (pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos)	Filantropico – privado
<b>Porte (*)</b>	Grande	Grande	Pequeno	Médio	Extra
<b>Localização</b>	São Paulo – capital, região central	São Paulo – capital, região central	São Paulo, capital, região sul	São Paulo – capital, região central	São Paulo – capital, região central
<b>Características</b>	Hospital Geral. Instalações clínico- hospitalares de alto padrão, tecnologia superior em equipamentos médicos e um serviço	Hospital Geral, com ênfase em pacientes cirúrgicos Centro de Diagnóstico Especializa- do, Moderno Cento Cirúrgico	Hospital especializa- do, com posicionam- ento de mercado voltado para as classes C	Hospital Especializado, com ênfase em pacientes cirúrgicos, dispondo de todos os serviços diagnósticos e terapêuticos. Posicionament o de mercado	Hospital Geral Todos os serviços de diagnósticos e terapêuticos. Posicioname nto de mercado para as classes B e C+

	completo de hotelaria. Posicionamento de mercado para as classes A e B	Posicionamento de mercado para as classes A e B		voltado para as classes A e B	
<b>Leitos</b>	186	323	30	108	798
<b>UTI</b>	33	85	07	28	190
<b>Perfil do paciente</b>	Crônico	Cirúrgico	Clínico	Clínico	Cirúrgico
<b>Acreditação</b>	Acreditado pela ONA nível 2	Acreditado pela ONA nível 3 Prepara-se para o processo de acreditação internacional – JCI	Ainda não acreditado em fase de conquista da JCI	Acreditado pela JCI	Acreditado pela ONA nível 3
<b>Tecnologia de Informação</b>	MV Sistemas	MV Sistemas – em fase de aquisição do módulo Vice	Sistema Próprio	MV Sistemas	Sistema Próprio

**Quadro 6: Características dos hospitais**

Fonte: Primária – (\*) - Quanto à capacidade ou lotação (pequeno de 25 a 49 leitos; médio de 50 a 149 leitos; grande de 150 a 500 leitos; e especial ou extra acima de 500 leitos) segundo Borba (1991) e Organização Mundial de Saúde (OMS) (disponível em: <http://www.who.int/en/>).

Conforme foi mencionado no oitavo Quadro, o Hospital A é um Hospital filantrópico, inaugurado em 1972, classificado como geral e com disponibilidade de 186 leitos, cujo atendimento tem como foco pacientes de convênios médicos e também casos particulares. Essa Organização é certificada de acordo com o nível II da ONA. Possui, como apoio tecnológico na gestão de leitos, a parceria com a empresa MV Sistemas, sem módulo específico de gestão de leitos. Apresenta uma estrutura e equipe diferenciada para internação e gestão de leitos.

O Hospital B é filantrópico, inaugurado em 1906, classificado como geral, com disponibilidade de 323 leitos, também atende pacientes de convênios médicos e particulares. Certificado pela ONA, nível III, encontra-se em fase de obtenção da JCI, com visita agendada para fevereiro de 2017. Possui como apoio tecnológico na gestão de

leitos a parceria com a empresa MV Sistemas, porém inexistia um módulo específico de gestão de leitos no momento da visita. Está em fase de aquisição do módulo *Voice*, que interage com o MV Sistemas. Possui estrutura e equipe diferenciada para internação e gestão de leitos.

O Hospital C foi fundado em 1991, classificado como hospital especializado, filantrópico, com disponibilidade de 30 leitos. Atende convênios médicos e particulares, assim como o SUS. Estava em fase de obtenção da JCI durante o período da entrevista. Possui sistema próprio de tecnologia, todavia sem módulo específico de gestão de leitos. Sua equipe apresenta-se parcialmente diferenciada para internação e gestão de leitos.

O Hospital D foi instituído como fundação, inaugurado em 1962, especializado, de médio porte, contando com 104 leitos para internação. Certificado pela JCI. Possui sistema MV com módulo específico para gestão de leitos, além do módulo *Voice*. Já o Hospital E é beneficente, fundado em 1859 como Hospital geral, de porte extra, contando com 798 leitos. Foi certificado pela ONA como nível III. Possui um sistema próprio de tecnologia, sem módulo específico de gestão de leitos. Atende convênios médicos, particulares e SUS.

### **3.4 Identificação dos sujeitos de pesquisa**

A seleção dos respondentes é elaborada pelo pesquisador e permite identificar a necessidade de entrevistar sujeitos interligados ao objeto da pesquisa, conforme critérios emergentes pré-estabelecidos. Assim, o princípio orientador desse estudo foi guiado pela saturação de dados, isto é, amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova a ponto de se atingir a redundância. Normalmente, segundo Strauss e Corbin (1998), é possível chegar à redundância com um número relativamente pequeno de casos desde a informação dada pelo entrevistado, desde que apresente grau suficiente de profundidade.

Neste caso, a amostra foi constituída por 05 (cinco) gestores de leitos, coordenadores diretos da área em estudo, que idealmente teriam cerca de, ao menos, seis meses de tempo de trabalho na instituição, o que permitiria a estes profissionais a ambientação e sintonia com as características da instituição, bem como a familiarização com os principais processos que envolvem a gestão de leitos.

O sétimo Quadro traz à tona a formação e o cargo ocupado pelos gestores entrevistados.



Hospitais/Dados do Entrevistado	A	B	C	D	E
Graduação	Enfermeira	Enfermeira	Administradora	Administrador	Fisioterapeuta
Especialização	Administração Hospitalar e outras na área de enfermagem	Administração Hospitalar e outras na área de enfermagem	Recursos Humanos	Administração Hospitalar	Administração Hospitalar
Cargo	Supervisora de Atendimento	Gerente de Atendimento	Gerente de Atendimento	Gerente de Atendimento	Coordenador de Atendimento
Tempo na empresa	4 anos	9 meses	02 anos	2 anos	6 anos

**Quadro 7: Caracterização dos sujeitos de pesquisa**  
**Fonte: Elaboração própria.**

### 3.5 Fontes de dados na pesquisa

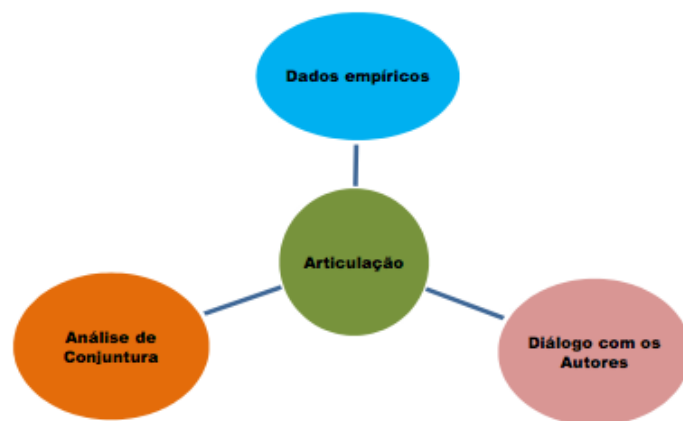
Esta pesquisa utilizou várias fontes para a coleta de dados em busca de evidências. As fontes colhidas para efeito de estudo foram provenientes de documentos, registros de arquivos, entrevistas, observação direta ou não-participante, além da observação participante e artefatos. Em geral, inicia-se a coleta de dados por meio da realização de entrevistas abertas e seguiu criteriosamente os seguintes passos:

- a) **Fontes secundárias:** referem-se à análise de registros, documentos de fonte privadas ou oficiais, incluindo formulários, relatórios, manuais de sistemas, entre outros que estiveram relacionados ao objetivo da pesquisa. O objetivo da utilização destas fontes secundárias é a obtenção de mais dados sobre a pesquisa em teve, como foco, a complementação dos dados obtidos. Esse levantamento foi feito com base no acesso à Internet e Intranet das organizações hospitalares, local de disponibilização dos procedimentos, regulamentos, folhetos explicativos, além de informações quanto à sua estrutura organizacional e indicadores.
- b) **Fontes primárias:** emergiram com base em dados obtidos no campo, cujo pesquisador por meio, principalmente de entrevistas semi-estruturadas (MINAYO, 1993) angariou informações suficientes para dar continuidade a esse estudo. Ressalta-se que todas as entrevistas foram gravadas.

A duração média das entrevistas variou entre 1,5 (uma hora e meia) e 2 (duas) horas, totalizando aproximadamente 10 horas. As entrevistas foram gravadas, transcritas (em torno de 20 laudas digitadas por transcrição) e analisadas segundo o critério metodológico previamente estabelecido. Cada entrevista foi precedida da apresentação do “*entrevistador*”, uma breve explanação dos objetivos do trabalho e de uma explicação de como funcionaria o processo investigatório. Foi solicitada a assinatura do termo de aceite, para que o entrevistado pudesse colaborar com esse estudo.

A observação não participante foi outra fonte utilizada para a coleta de dados primários, a fim de possibilitar informações adicionais. Neste sentido, fatos e ocorrências, comportamentos e condições ambientais da realidade organizacional, interligado ao foco da pesquisa, foram observados e registrados (STRAUSS E CORBIN, 1998).

No que tange à coleta de dados, a triangulação permite que o pesquisador possa lançar mão de três técnicas ou mais, com vistas a ampliar o universo informacional em torno de seu objeto de pesquisa, utilizando-se, para isso, à guisa de exemplo, a entrevista com aplicação do questionário. Na décima Figura, observam-se as variáveis para triangulação.



**Figura 10: Análise por Triangulação de Métodos**  
**Fonte: Adaptado de Minayo (2010) citado por Marcondes e Brisola (2014, p. 204).**

**Dados empíricos:** atentou-se às narrativas gravadas e transcritas pelos entrevistados, além da pesquisa documental disponível. **Diálogo com autores:** a revisão teórica aprofundada nas diferentes bases nacionais e internacionais identificou artigos e

publicações capazes de fornecer subsídios necessários para o desenvolvimento de um modelo teórico de análise para este estudo. **Análise de conjuntura:** a aproximação entre os dados empíricos, de diálogo dos autores, foi feita com base na análise detalhada do modelo teórico desenvolvido e testado inicialmente no *software* analítico NVivo, que possibilitou investigar os agrupamentos desenvolvidos no modelo, além de discutir também a realidade dos hospitais, propondo como resultado variáveis que poderiam ser observadas e seguidas pelos hospitais indicados para esse estudo. A partir do entendimento destas três dimensões (dados empíricos, diálogo com autores e análise da conjuntura), foi possível configurar possibilidades analíticas ajustadas a um processo interpretativo, objetivando a reconstrução teórica da realidade.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesta seção, são apresentados os dados coletados e analisados conforme a metodologia empregada. Também, são elucidadas as categorias e subcategorias escolhidas conforme revisão bibliográfica, com suas respectivas propriedades, definições e análise de conteúdo com o apoio do *software NVivo11Pro*.

##### **4.1 Apresentação das categorias e subcategorias**

De acordo com a trajetória metodológica definida para o presente estudo, as categorias decorreram da proposta do questionamento do conteúdo apresentados nas entrevistas e agrupados de forma sistemática.

Já as categorias e subcategorias surgiram a partir da análise das transcrições das entrevistas realizadas, juntamente com os cinco gestores selecionados para esta pesquisa.

Viu-se que tal formato de classificação foi considerado essencial para a construção da estrutura de análise e acompanhamento da eficiência da gestão de leitos nas organizações hospitalares estudadas. O oitavo Quadro apresenta as categorias, subcategorias, seguida de uma breve descrição sobre cada uma delas. Cabe salientar que os autores citados auxiliaram nesta proposta teórica.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	DESCRIÇÃO	AUTORES
Características Estruturais da Prestação de Serviços	Infraestrutura Física e Recursos Humanos	Instalações físicas e dos recursos humanos e da sua evolução ao longo dos anos para o adequado funcionamento do setor de gestão de leitos	La Forgia e Couttolenc (2009). Gonçalves (2015).
	Tecnologia da Informação	Tecnologia de informação adotada pela organização, e sua adequação para as necessidades específicas da gestão de leitos.	La Forgia e Couttolenc (2009). Kumar <i>et al.</i> (2008). Lin e Stead (2009). Gartner, Zwicker e Rodder (2009). Falcão, Repetto e Gelonesi (2015). Vries e Huijsman, (2011).
	Estrutura Hospitalar	Estrutura Hospitalar se refere ao volume de leitos disponíveis, de internação geral e UTI, para atender a demanda da organização.	Faria <i>et al.</i> (2010). Larivieri (2011).
Prática de Gerenciamento de Recursos	Autonomia	Liberdade para tomada de decisão no que diz respeito a responsabilidade total pela ocupação e desocupação sem a interferência de equipes multiprofissionais	Gonçavez (2015). La Forgia e Couttolenc (2009).
	Planejamento da ocupação do leito	Maneira como as organizações planejam a ocupação dos leitos, considerando a previsão de alta, mapa cirúrgico e o atendimento de urgência.	La Forgia e Couttolenc (2009). Goddem, MCcoy, Pollock, (2009). Faria <i>et al.</i> (2010). Larivieri (2011).

			Schlairet (2014). Falcão, Repetto e Gelonesi, 2015).
	Indicadores	Apoio da tecnologia de informação no que tange à geração de indicadores e relatórios para a tomada de decisão relacionada a gestão de leitos.	Bittar (1996). Takashina (2004).
	Conscientização da equipe	Importância da conscientização da equipe multiprofissional para a eficiência na gestão do leito.	Pereira (2012). Gelonesi (2014). Falcão, Repetto e Gelonesi (2015).
	Metas	Conhecimento das metas do setor de gestão de leitos pela equipe multiprofissional.	Porter (1997).
Processos	Formalização	Formalização dos processos relacionados à gestão do leito, bem como sua adoção como instrumento de integração e treinamento.	Bittar (2000). Veillard <i>et al.</i> (2005). Faria <i>et al.</i> (2010).
	Planejamento de Alta	Processo de orientação de alta, bem como o planejamento de alta nas organizações pesquisadas.	Cavaline e Martinelli (2014).
	Protocolos Clínicos	Existência de protocolos ou diretrizes clínicas nas organizações pesquisadas, bem como o auxílio deste na gestão do leito.	Cavaline e Martinelli (2014).

	Comunicação Formal e Visual	Maneira como as informações sobre a gestão de leitos são repassadas aos demais setores envolvidos, a fim de agilizar o processo de desocupação do leito.	Gonçavez (2015). La Forgia e Couttolenc (2009).
--	-----------------------------	--	---

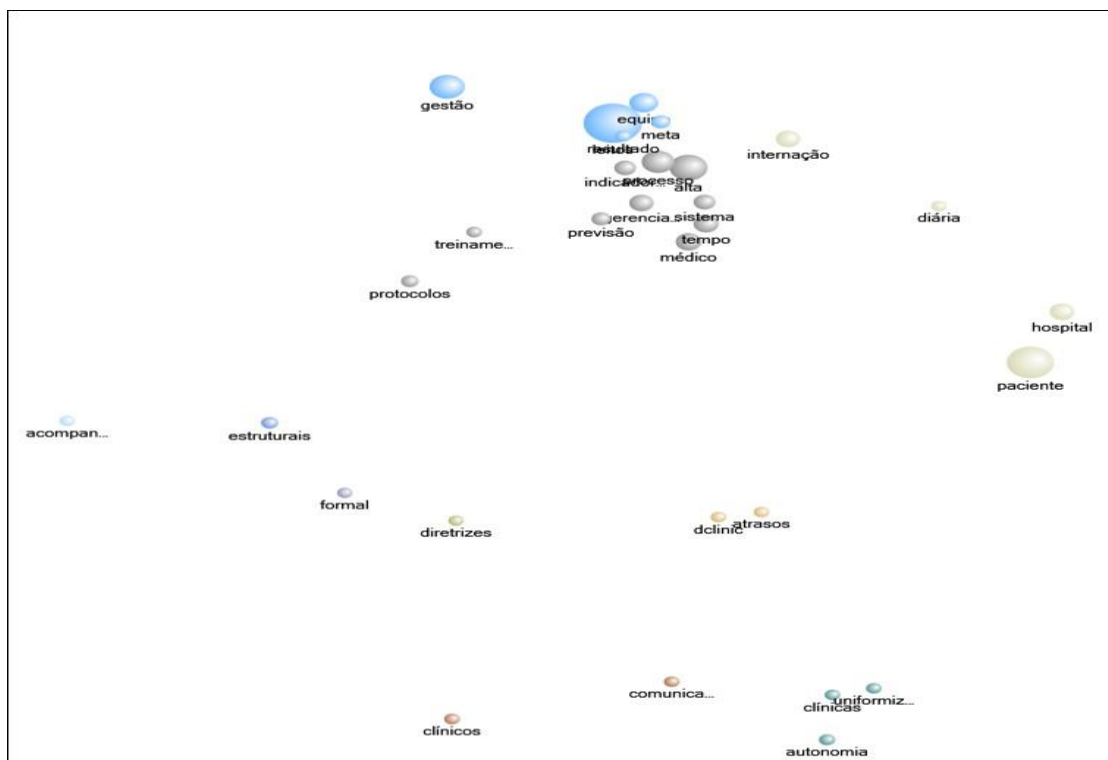
**Quadro 8: Quadro resumo das categorias e subcategorias do estudo**  
**Fonte: Elaboração própria.**

## **4.2 Apresentação dos dados coletados**

### **4.2.1 Categoria: Características Estruturais da Prestação de Serviços**

**Propriedade:** Esta categoria se refere à estrutura disponível para atuação do serviço de gestão de leitos, uma vez que envolve tanto a infraestrutura física como pessoal, o suporte de tecnologia da informação disponibilizado à gestão de leitos, bem como a estrutura hospitalar.

Abaixo, observa-se o mapa de *cluster* referente à categoria “Características Estruturais da Prestação de Serviços”. A análise de *cluster* é uma técnica exploratória que permite a visualização de padrões semânticos, agrupando fontes ou nós que compartilham palavras/valores/atributos semelhantes. Quanto mais vezes a palavra foi mencionada nos casos analisados, maior o seu tamanho, ou seja, apresenta maior frequência e visibilidade. Esse tipo de técnica tem como foco, apenas, na intenção de ilustrar a distribuição, facilitando a visualização dos dados.



**Figura 11: Mapa de Cluster 2 D da Categoria: Características Estruturais da Prestação de Serviços**  
**Fonte: Elaboração própria.**  
**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Percebe-se, conforme se vê na décima primeira Figura, bem como o nono Quadro, que, no discurso dos sujeitos de pesquisa, as palavras emergentes e de maior frequência são: “leito, paciente, alta, gestão, processo e equipe”, sendo que “leito, alta, processo e equipe” apresentam grande proximidade na imagem, ou seja, forte correspondência e interligação com a proposta dessa tese. Estas podem ser consideradas palavras significativas pois, além de aparecerem maiores na imagem, para a categoria Características Estruturais da Prestação de Serviços, são termos considerados de base para a gestão de leitos ocorrer de maneira eficiente.

PALAVRA	EXTENSÃO	CONTAGEM	PERCENTUAL PONDERADO (%)	PALAVRAS SIMILARES
Leitos	6	243	2,69	Leito, leitos
Paciente	8	180	1,99	Paciente, pacientes
Alta	4	130	1,44	Alta, altas
Gestão	6	115	1,27	Gestão
Processo	8	101	1,12	Processo, processos

Equipe	6	79	0,88	Equipe, equipes
Médico	6	63	0,7	Médico, médicos
Tempo	5	59	0,65	Tempo, tempos
Hospital	8	58	0,64	Hospital
Internação	10	57	0,63	Internação
Gerenciamento	13	56	0,62	Gerenciamento
Sistema	7	42	0,47	Sistema, sistemas
Indicadores	11	40	0,44	Indicador, indicadores
Meta	4	27	0,3	Meta, metas
Previsão	8	27	0,3	Previsão
Protocolos	10	18	0,2	Protocolos
Estruturais	11	15	0,17	Estruturais
Autonomia	9	10	0,11	Autonomia
Resultado	9	9	0,1	Resultado
Clínicos	8	8	0,09	Clínicos
Treinamento	11	8	0,09	Treinamento
Acompanhamento	14	7	0,08	Acompanhamento
Comunicação	11	7	0,08	Comunicação
Dclínic	7	7	0,08	Dclínic
Atrasos	7	6	0,07	Atrasos
Clínicas	8	6	0,07	Clínicas
Diária	6	6	0,07	Diária
Uniformização	13	6	0,07	Uniformização
Diretrizes	10	5	0,06	Diretrizes
Formal	6	5	0,06	Formal

**Quadro 9: Resumo das frequências de palavras dos resultados da categoria: Características Estruturais da Prestação de Serviços**

**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

O nono Quadro apresenta um percentual ponderado na busca de palavras por similaridade, com o número mínimo de quatro caracteres para que possa existir um sentido semântico nas análises.

#### **4.2.1 Subcategorias: (1) Infraestrutura Física e Recursos Humanos**

**Propriedade:** a subcategoria Infraestrutura e recursos humanos, considerada uma das frentes desse estudo, se refere à análise das instalações físicas e dos recursos humanos, acompanhada da sua evolução, ao longo dos anos, com vistas para o adequado



funcionamento do setor de gestão de leitos, considerando que a eficiente gestão desse segmento se inicia com a adequação de infraestrutura alinhavado com o pessoal treinado e qualificado.

### **Descrição: Hospital A**

A gestora de leitos trabalha na instituição há aproximadamente quatro anos. Já existia, no hospital, um setor de gestão de leitos independente do setor de internação. A explicação para isto é que os setores possuem demandas distintas, cujas atividades devem ser planejadas e gerenciadas separadamente, apesar de estarem interligadas, todavia este setor está hierarquicamente ligado à diretoria administrativa da organização.

Nas unidades de internação não existe distinção de diagnósticos por andar, pois o hospital possui unidade de pacientes crônicos, com o objetivo de acompanhar melhor a média de permanência, melhorando os cuidados relacionados ao perfil desse paciente.

Em vista disso, no que tange ao quadro de pessoal, existe uma enfermeira (gestora de leitos) que coordena ambos setores (internação e gestão de leitos), porém com equipes funcionais e tarefas distintas.

*Eu sou a enfermeira responsável pela gestão de leitos [...] a gente trabalha com auxiliares, cobrindo vinte e quatro horas. [...]. E tenho também a equipe de internação, são setores a parte, independentes. (ENTREVISTADO A, 2016)*

### **Descrição: Hospital B**

O hospital B possui equipes distintas de gestão de leitos e internação e há uma enfermeira na coordenação dos dois setores. A gestora de leitos assumiu esta função há aproximadamente nove meses, tendo encontrado, de início setores independentes (gestão de leitos e internação), porém vinculados a uma mesma coordenação. Foi necessário, apenas a adequação do quadro de pessoal. A gestora é especialista em gestão hospitalar. O setor está hierarquicamente ligado à diretoria administrativa da organização.

Com relação às unidades de internação, existem, no hospital, linhas de cuidados específicas, ou seja, andar específico para pediatria, oncologia, ortopedia e neurologia, entre outros. Isto, de um lado, dificulta a internação; de outro, facilita a desocupação em

função do preparo do profissional e da percepção de possíveis intercorrências, segundo relato da entrevistada.

*A gente trabalha com linha de cuidado dentro do hospital, então eu tenho o andar certo para determinado paciente [...]. (ENTREVISTADO B, 2016)*

Convém ressaltar que a entrevistada B citou o setor de gestão de leitos apresentando-se alinhado às diretrizes do planejamento estratégico da organização.

*[...] o gerenciamento de leitos tem que ter uma inteligência da necessidade e das prioridades elencadas pela norma institucional. Qual é a estratégia que o hospital tem [...] eu preciso priorizar o paciente cirúrgico. (ENTREVISTADO B, 2016)*

### **Descrição: Hospital C**

O Hospital C, em questão, apresenta, à sua frente, uma coordenadora graduada em administração hospitalar. Esta, por sua vez, afirma que vem ocorrendo, na organização, um processo recente de mudanças, durante o qual foi criado o setor de gestão de leitos, partido da compreensão de sua importância para o aumento da rentabilidade do hospital. O setor conta somente com uma enfermeira e as atividades são compartilhadas com o setor de internação. No período noturno, o setor de internação é responsável por realizar as tarefas da gestão de leitos e, em consequência disso, os processos de gestão de leitos são desempenhados parcialmente, o que vem ressaltar a presença de um quadro reduzido de pessoal, conforme menciona a entrevistada, dispondo somente de 1% do total de funcionários. Com relação às unidades de internação, o hospital não trabalha com linhas de cuidados.

*Tenho um setor de internação e tenho uma enfermeira na gestão de leitos, ela acompanha e trabalha diretamente na equipe de internação que é coordenado por mim. (ENTREVISTADO C, 2016)*

### **Descrição: Hospital D**

No hospital D, existe um gerente de atendimento graduado em administração hospitalar e respondendo por todas as recepções, além dos setores de internação e gestão de leitos. A gestão de leitos ocupa o mesmo espaço físico da internação e as funcionárias possuem ensino médio completo, incluindo a liderança. O entrevistado afirma que adotou este modelo estrutural para a gestão de leitos em decorrência de ter trabalhado em outro local e que adotava essa proposta de gestão e alcançava, com isso, resultados positivos. Nesta organização, a estrutura física dos setores de internação e de gestão de leitos é a mesma. Já, no período noturno, o processo da gestão de leitos fica sob a responsabilidade do setor de internação. Também foi averiguado que esta organização não trabalha com uma linha de cuidados específicos.

*[...] é ensino médio, que é assistente de atendimento [...] no HCor aonde eu estive, por exemplo, é praticamente a mesma gerência, a gerência de operações, e tem uma analista que cuida disso, e aqui é o mesmo modelo (ENTREVISTADO D, 2016).*

### **Descrição: Hospital E**

O entrevistado representante do Hospital E informa que sua formação de base é a fisioterapia, tendo concluída a formação de pós-graduação em administração hospitalar e ocupa, hoje, o cargo de gestor de atendimento. Sua maior preocupação preliminar, ao assumir o setor, esteve voltada à criação do setor de gestão de leitos de maneira efetiva. Averiguou-se que essa organização hospitalar possui uma estrutura física reservada para a gestão de leitos e funcionários no plantão-dia, já à noite, a internação assume comando. Não trabalha com linha de cuidados específicos.

*Hoje, temos um enfermeiro que é o responsável pela gestão dos leitos e funcionários operacionais em todos os turnos de trabalho (ENTREVISTADO E, 2016).*

O entrevistado E se reporta à gestão de leitos como uma unidade de negócio, ou seja, precisa trabalhar com resultados positivos em relação a produção de receitas.

Considera de longo alcance de resultado o trabalho de implantação efetivo deste conceito de unidade de negócios, até o momento da entrevista.

*Ainda não 100%. Mas, agora, nós participamos dos orçamentos e sou responsável pelo meu setor. Eu trabalho com sustentação de receita. (ENTREVISTADO D, 2016)*

O décimo segundo quadro compara a realidade das organizações pesquisadas com relação à infraestrutura física, de pessoal e hierárquica.

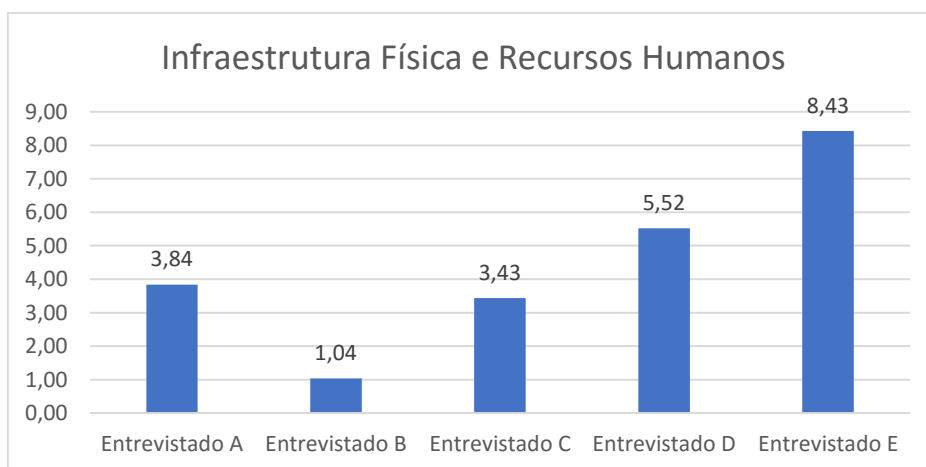
HOSPITAIS/ VARIÁVEIS	A	B	C	D	E
Infraestrutura física totalmente diferenciada para gestão de leitos e internação	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM
Mesma estrutura física para gestão de leitos e internação	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
Infraestrutura física parcialmente diferenciada para gestão de leitos e internação	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Recursos humanos parcialmente distintos para as duas áreas	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
Recursos humanos totalmente distintos para as duas áreas	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Hierarquia da gestão de leitos vinculada a Diretoria Administrativa	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Coordenação responsável pela gestão do leito	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Linha de cuidados específicos	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

**Quadro 10: Estrutura das organizações pesquisadas relacionadas à gestão de leitos**  
**Fonte: Elaboração própria**

Observa-se, conforme foi apresentado no décimo Quadro, os Hospitais A, B e E (hospitais gerais) possuem estruturas e recursos humanos totalmente independentes para o atendimento das demandas específicas do setor de gestão de leitos, ou seja, setores distintos. Já o Hospital C, especializado, possui uma estrutura e recursos humanos parcialmente diferenciados no que se refere à gestão de leitos e internação, ou seja, o setor de gestão de leitos e internação compartilham o mesmo espaço físico no período noturno. O Hospital D compartilha a mesma estrutura tanto para a gestão de leitos como para internação. Nota-se que, em todos os hospitais, existe uma coordenação para a gestão de leitos, porém subordinada à diretoria administrativa.

Somente o Hospital D possui um modelo de gestão diferenciado não apresentando estrutura distinta para os dois setores, não possuindo enfermeiros no controle deste departamento, mas apresenta somente um coordenador de atendimento à frente dos dois segmentos, com formação em Administração Hospitalar. Abaixo dele, na qualidade de líderes, tem à frente profissionais com formação ensino médio completo. Este último, por sua vez, atende perfil de paciente voltado para a classe A, B, tal qual os Hospitais A, B.

A teoria preconiza que a gestão do leito envolva processos estratégicos e que, para a sua gestão, são necessários conhecimentos que vão além das rotinas administrativas, justificando a necessidade de profissionalização destes serviços, bem como o investimento em infraestrutura e pessoal. De acordo com Veillard *et al.* (2005); Faria *et al.*, (2010); Gonçalves (2015) a solicitação de leitos deve ser considerada um processo estratégico, podendo ser redesenhado, caso seja necessário, visando a garantia de suporte em busca de implantar estratégias organizacionais passíveis de um resultado mais significativo. O investimento em infraestrutura e pessoal para a estruturação deste serviço se justifica pelo impacto positivo na prestação desse serviço e alcance de melhores resultados financeiros, objetivo de toda empresa e em qualquer segmento, tal qual ocorre no universo de atendimento hospitalar (GONÇALVES, 2015).



**Gráfico 1: Codificação por item e por subcategoria**

**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Conforme demonstra o primeiro Gráfico 1, a categoria por item apresenta a quantidade de palavras proferidas pelo entrevistado. Logo, os entrevistados que mais colaboraram com esta categoria foram os representantes das organizações E (8,43%) e D

(5,525), respectivamente. O entrevistado E pode ter se destacado por trabalhar um hospital de porte-extra e por ter reestruturado o setor de gestão de leitos recentemente.

#### 4.2.2 Subcategoria (2) Tecnologia de Informação

- **Propriedade:** a subcategoria Sistema Tecnológico de Informação para este estudo, se refere à tecnologia de informação adotada pela organização e sua adequação às necessidades específicas da gestão de leitos.

##### **Descrição: Hospital A**

Nesta organização, o sistema de apoio dado pela tecnologia de informação é o MV Sistemas. Nesse contexto, não há módulo específico para gestão de leitos. Algumas planilhas são realizadas manualmente e não existe a parametrização de todas as fases do processo gestacional desse setor, logo, não atende as reais necessidades emergentes.

*[...]a gente trabalha basicamente com o MV, eu não tenho nenhum módulo específico para o gerenciamento de leitos. Aí tenho que realizar planilhas em paralelo que podem aumentar a margem de erro [...] (ENTREVISTADO A, 2016).*

O hospital percebe que a “**segurança**” das informações é falha, uma vez que o pico de qualidade precisa estar ajustado ao manuseio de planilhas eletrônicas, controle de informações das equipes e que um processo distante desse modelo pode gerar dados não confiáveis e passíveis de aumentar a margem de erros no decorrer da manipulação dos dados. Em relação à “**facilidade de uso**”, vê-se que os funcionários se adaptaram ao sistema e usam as planilhas com certa facilidade. Já com relação a “**eficiência**” e a “**capacidade de reposta**” relacionada à gestão de leitos, o sistema deixa a desejar, uma vez que os indicadores apontam resultados fora dos parâmetros teóricos propostos.

##### **Descrição: Hospital B**

O hospital B relata ter o apoio da tecnologia de informação do MV Sistemas, porém com um módulo específico para gestão de leitos que não atende as reais necessidades do setor. Este sistema permite a realização de altas retroativas, dificultando

a confiabilidade na informação. Está prevista a compra do módulo *Voice*, que opera como um sistema de apoio de telefonia. Este, por sua vez, disponibiliza de um painel que identifica o momento da saída do paciente, informando que a gestão poderá priorizar o leito a ser higienizado, além de emitir relatórios de todas as fases do processo gestacional. Observa-se que os Hospitais de referência já possuem este tipo de tecnologia.

*A gente trabalha, hoje, com o sistema MV, e o que a gente está agora associando, fazendo uma integração do MV, é o sistema Voice, que é um sistema de mercado. (ENTREVISTADO B, 2016)*

Nesta organização, percebe-se que a “**segurança**” das informações é falha, tendo em vista que o controle disposto em planilhas em Excel são realizadas. Nesse entremeio, notou-se a existência de uma preocupação advinda dos gestores no sentido de adquirir um novo sistema voltado a interagir com o já existente, mas que seja direcionado a melhorar o monitoramento do processo de gestão desse setor. Constatou-se, entretanto, que o módulo de gestão de leitos gera relatórios gerenciais e apresenta os indicadores atualizados, todavia a direção está preocupada com a “**eficiência**” e a “**capacidade de reposta**” oriunda do sistema em epígrafe, uma vez que exerce impacto financeiro na instituição, por este motivo está adquirindo o módulo *Voice*.

#### **Descrição: Hospital C**

O entrevistado C informa contar com um sistema próprio do hospital e que não atende as expectativas do setor. O entrevistado relata possuir muitas dificuldades neste aspecto, uma vez que todos os indicadores são gerados manualmente. Afirma que a Tecnologia de informação é primordial e deveria auxiliar muito a gestão de leitos, otimizando, inclusive, o quadro de pessoal disponibilizado para realizar as tarefas manualmente. Não comentou sobre possibilidade de investimentos nesta área.

*[...] muita dificuldade, hoje eu não tenho um sistema de levantamento de censo “full time”. Atualizo meu censo de entrada, saída e transferência de pacientes manual. Meus indicadores são feitos manualmente, (ENTREVISTADO C, 2016),*

Diante disso, observa-se que o hospital possui um sistema próprio (desenvolvido pela própria equipe de TI), não obstante muitos indicadores da gestão de leitos são

calculados manualmente. A “**capacidade de resposta**” do sistema deixa a desejar, uma vez que, para finalizar o indicador, é preciso fechar o mês. Isto implica uma baixa “**eficiência**” deste sistema. A “**satisfação no trabalho**” também é precária, porque o sistema não oferece o apoio necessário para as operações descritas anteriormente. Em detrimento à gestão de leitos, não são gerados relatórios gerencias.

### **Descrição: Hospital D**

O entrevistado D afirma que o departamento de T.I da organização gerencia toda a necessidade de tecnologia de informação na organização. Refere que possuem o módulo *Voice* com foco no tempo destinado à limpeza, entre outros. Afirma também que elabora planilhas em paralelo para complementar a tomada de decisão.

*[...] eu tenho sistema de ramais aqui também, toda aquela coisa de tempos de limpeza que compreende desde a medição do tempo que se leva para entrar até a parte final (ENTREVISTADO D, 2016).*

Nesta Organização, pode-se confirmar a preocupação dos gestores com a dimensão “**qualidade do sistema**”, tendo sido isso percebida claramente, visto que a “**eficiência**” se destaca como algo fundamental no contexto organizacional. A gestão de leitos consegue resultado satisfatório para o equilíbrio financeiro da organização e satisfação da clientela. A “**confiabilidade**” do sistema é vista de forma adequada, pois é possível monitorar todos os tempos no processo de gestão de leitos. Vale destacar que a organização possui o sistema MV, com módulo específico de gestão de leitos, somado o módulo *Voice*. Estas três tecnologias citadas elevam a “**confiabilidade**” das informações, destacando que poucos são os controles feitos ainda em planilhas eletrônicas.

### **Descrição: Hospital E**

O hospital E, também possui sistema próprio e afirma trabalhar com planilhas eletrônicas e painéis coloridos para controlar as vagas de UTI.

*Temos dificuldade porque nosso sistema é muito obsoleto, para as necessidades, trabalhamos com planilhas paralelas em Excel.*



*É um sistema próprio. A UTI que é uma área crítica onde trabalhamos com cores para ajudar a visualizar melhor. (ENTREVISTADO E, 2016)*

Este hospital também dispõe de um sistema próprio de gestão integrada (desenvolvido pela equipe de TI da organização) e, conforme mensura o entrevistado, este sistema é obsoleto diante dos concorrentes do setor, uma vez que a maioria dos indicadores da gestão de leitos são realizados manualmente. A **“capacidade de resposta”** do sistema é insatisfatória com relação à gestão do leito, dado que para finalizar o indicador, é preciso concluir o fechamento do mês, o que implica uma baixa **“eficiência”** deste sistema. A **“satisfação no trabalho”** e o **“desempenho do sistema”** também são precários em função do sistema não oferecer apoio necessário. Diante disso, para a gestão de leitos não são gerados relatórios gerenciais.

A fim de controlar o fluxo de um sistema de gestão de leitos o uso de sistemas de TI é altamente recomendado (KUMAR *et al.*, 2008). Os cinco hospitais pesquisados possuem o apoio da Tecnologia de Informação, porém todos eles apontam que o sistema implementado não atende todas as suas necessidades/expectativas, conforme observa-se no decimo primeiro Quadro:

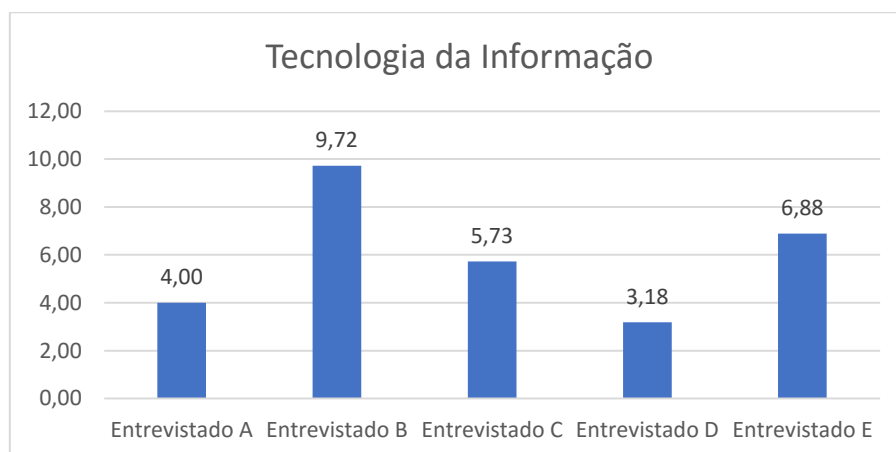
Hospitais/Variáveis	A	B	C	D	E
Sistema da TI próprio	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Parceria com a MV sistemas	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sistema TI atende as necessidades do setor	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Adota planilhas paralelas em planilhas eletrônicas para controle dos leitos	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

**Quadro 11: Codificação por item e por subcategoria**  
**Fonte: Elaboração Própria.**

As organizações de saúde precisam utilizar conhecimento e informação a todo momento, fator que demonstra a necessidade da Tecnologia da Informação (LIN; STEAD, 2000). Esta é uma ferramenta predestinada a ajudar os funcionários durante a realização de tarefas com mais facilidade, além de elevar a eficiência organizacional. (VRIES; HUIJSMAN, 2011).

Sabe-se que o investimento em tecnologia da informação é considerado significativo, porém com vistas ao estudo desenvolvido por Gartner, Zwicker e Rodder (2009), viu-se que eles demonstram a existência de uma relação significativa e positiva

entre o acréscimo de investimentos em T.I e o aumento de produção, ou seja, os hospitais poderão melhorar a utilização do leito com o apoio tecnológico. A utilização de um sistema eletrônico pode ser um grande facilitador do processo de gerenciamento de leitos, uma vez que a qualquer tempo e em qualquer etapa do processo será possível realizar um acompanhamento de forma simultânea e eficaz (FALCÃO; REPETTO; GELOSI, 2015).



**Gráfico 2: Codificação por item e por subcategoria**

**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Conforme foi observado no segundo Gráfico, convém destacar que, para a subcategoria Tecnologia da Informação, os entrevistados que mais colaboraram foram das organizações B (9,72%) e E (6,88%), respectivamente. A Organização B pode ter se destacado por estar em fase de aquisição do módulo *Voice*, tecnologia a ser acoplada ao MV Sistemas. Constatou-se que há um olhar positivo voltado a acreditar que os tempos do gerenciamento de leitos se tornarão mais claros e precisos.

#### **4.2.3 Subcategoria (3): Estrutura Hospitalar**

- **Propriedade:** Esta subcategoria se refere ao número de leitos gerais do hospital, bem como a existência de leitos de giro como alternativa para agilizar as internações intercorrentes.

#### **Descrição: Hospital A**

De acordo com a entrevistada, o Hospital A possui três leitos de giro direcionado a dinamizar o processo de internação (leitos provisórios para cuidados pré-operatórios), alegando que esta área facilita, para a equipe multiprofissional, a realização dos procedimentos pré-operacionais (visita da equipe de anestesia, tricotomia, entre outros). Não possui ambiente diferenciado para o paciente de alta aguardar o familiar. Além de 186 leitos e 33 de UTI, conforme citado anteriormente.

*Temos três leitos de giro e isto facilitou a busca do paciente dentro do hospital para os procedimentos antes da cirurgia (ENTREVISTADO A, 2016)*

### **Descrição: Hospital B**

O Hospital B possui três leitos de giro destinado a dinamizar o processo de internação (leitos provisórios para cuidados pré-operatórios), facilitando, para a equipe, a realização dos procedimentos pré-operacionais. Não possui ambiente diferenciado para o paciente com alta aguardar o familiar. Além de possuir 323 leitos, 85 são de UTI, conforme citado.

*Temos três leitos de giro e isso melhorou a busca do paciente no hospital para a realização dos procedimentos pré-operatórios (ENTREVISTADO B, 2016).*

### **Descrição: Hospital C**

Não possui leitos de giro capaz de cooperar com o processo de internação (leitos provisórios para cuidados pré-operatórios), nem ambiente diferenciado para o paciente com alta aguardar o familiar. Possui 30 leitos e 07 são de UTI.

*Tenho somente 30 leitos, nossa estrutura é muito pequena, temos uma demanda grande de pacientes, a estrutura do hospital para mim já é um gargalo. (ENTREVISTADO C, 2016)*

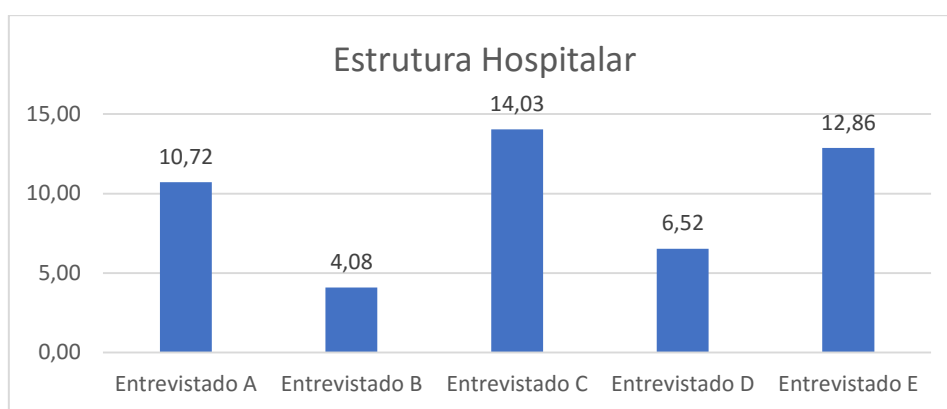
### **Descrição: Hospital D**

Não possui leitos de giro que venha dinamizar o processo de internação (leitos provisórios para cuidados pré-operatórios), porém utiliza leitos do hospital-dia (Day

*Clinic*) para esta finalidade. Não possui ambiente diferenciado para o paciente com alta aguardar o familiar. Possui 108 leitos e 28 são de UTI.

### **Descrição: Hospital E**

Não possui leitos de giro capaz de agilizar o processo de internação (leitos provisórios para cuidados pré-operatórios), mas afirma que está em fase de implantação. Não dispõe de ambiente diferenciado para o paciente com alta aguardar o familiar. Possui 798 leitos e 190 são de UTI, conforme citado anteriormente.

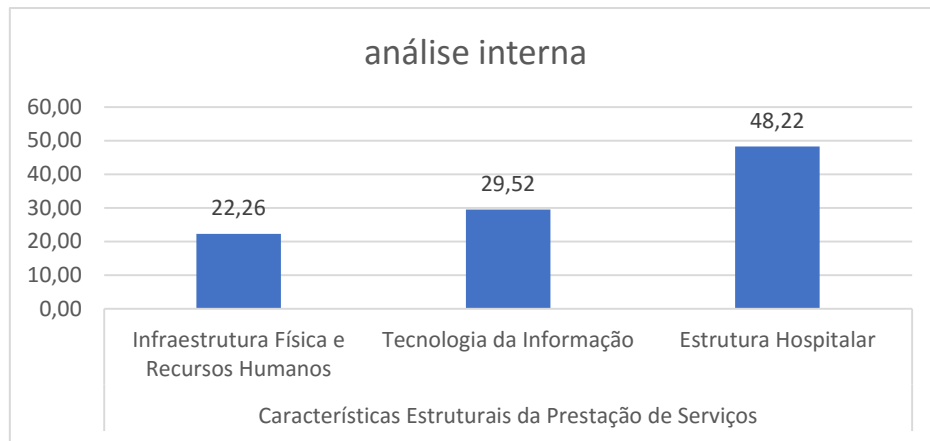


**Gráfico 3: Codificação por item e por subcategoria**

**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Conforme observado no terceiro Gráfico, relativo à subcategoria Estrutura Hospitalar, os entrevistados que mais colaboraram com a pesquisa fazem parte da organização C (14,03%) e (12,86%). Confirmou-se que a organização C pode ter se destacado por possuir picos sazonais muito significativos, dificultando a internação do paciente na estrutura atual que possui, cuja capacidade é de trinta leitos.



**Gráfico 4: Análise Interna da Categoria**

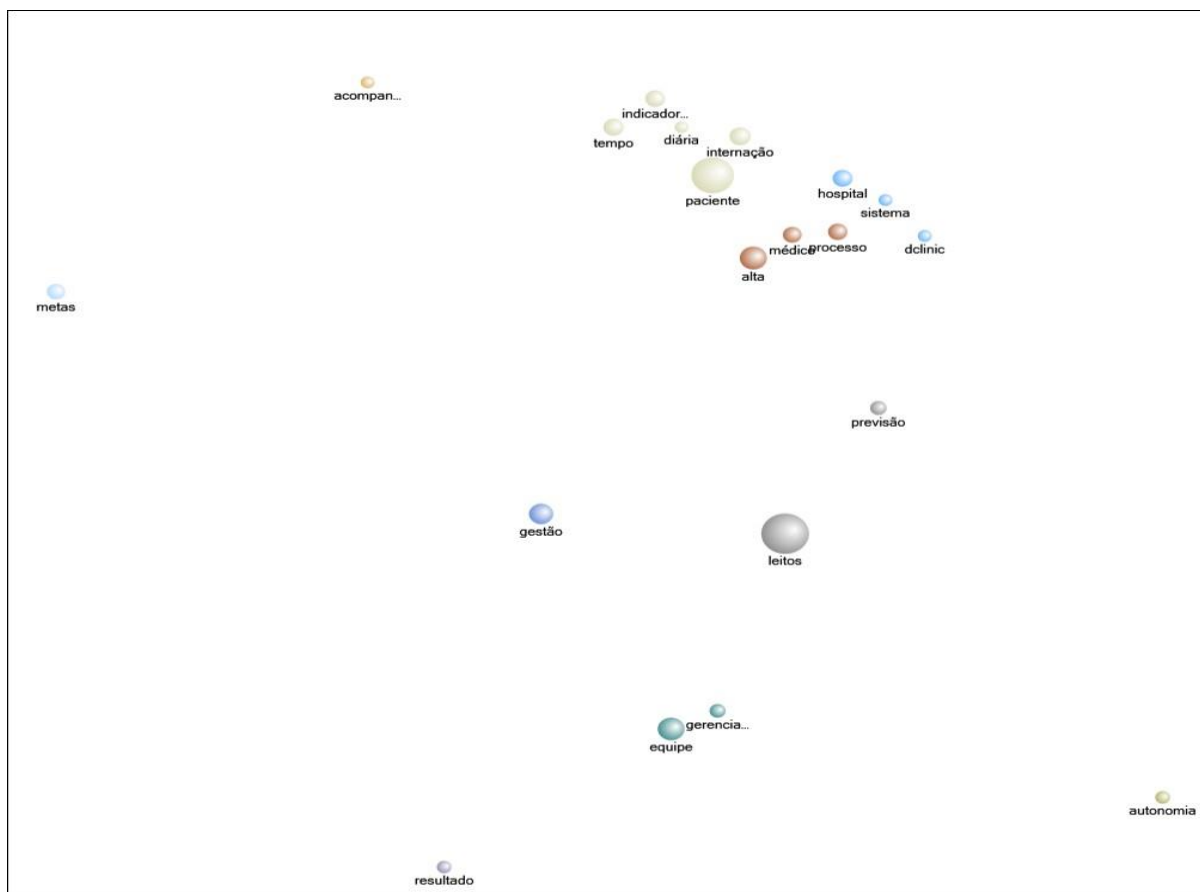
**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Observa-se, no quarto Gráfico, que, ao finalizar a análise da Categoria Características Estruturais da Prestação de Serviços, os entrevistados relacionaram como variável de maior relevância para a gestão de leitos a estrutura do hospital (48,22%), seguida da tecnologia da informação (29,52%) e infraestrutura física e Recursos Humanos (22,26%).

#### **4.3 Categoria: (2) Prática de Gerenciamento de Recursos**

- **Propriedade:** Esta categoria se refere à autonomia do setor de gestão de leitos, planejamento da ocupação, indicadores, conscientização da equipe e compartilhamento de metas.



**Figura 12: Mapa de Cluster 2 D da Categoria: Prática de Gerenciamento de Recursos**  
**Fonte: NVivo11Pro**

Percebe-se, conforme prevê a décima segunda Figura, acompanhada da quarta Tabela que, no discurso dos sujeitos de pesquisa voltada à categoria Prática de Gerenciamento de Recursos, as palavras que se destacaram foram as mais citadas e que são “leito, paciente, alta, equipe, gestão, internação e tempos”. Internação e paciente são palavras com forte relação, em função da zona de similitude entre elas, conforme observado na imagem. A palavra “médico” também aparece, porém não com destaque acentuado.

Estas palavras se destacaram pois, para que as práticas de gerenciamento de recursos na gestão de leitos aconteçam, são indispensáveis as disponibilizações de leitos para que o paciente possa ser internado, assim como a alta deste leito carece de ser precisamente controlada para que possa ser ocupado por outro paciente, por este motivo, há necessidade de um controle significativo em relação às diretrizes de gestão capazes de permear todo o processo.

**Tabela 4: Resumo das Frequências de palavras dos resultados da categoria: Mapa de Cluster 2D da categoria Prática de Gerenciamento de Recursos**

PALAVRA	EXTENSÃO	CONTAGEM	PERCENTUAL PONDERADO (%)	PALAVRAS SIMILARES
Leitos	6	113	2,95	Leito, leitos
Paciente	8	97	2,53	Paciente, pacientes
Alta	4	48	1,25	Alta, altas
Equipe	6	47	1,23	Equipe, equipes
Gestão	6	39	1,02	Gestão
Internação	10	30	0,78	Internação
Tempos	5	27	0,7	Tempo, tempos
Hospital	8	26	0,68	Hospital
Indicadores	11	25	0,65	Indicador, indicadores
Processo	8	24	0,63	Processo, processos
Médico	6	22	0,57	Médico, médicos
Metas	5	21	0,55	Meta, metas
Previsão	8	15	0,39	Previsão
Gerenciamento	13	14	0,37	Gerenciamento
Autonomia	9	10	0,26	Autonomia
Resultado	9	9	0,23	Resultado
Acompanhamento	14	7	0,18	Acompanhamento
Dclinic	7	7	0,18	Dclinic
Sistema	7	7	0,18	Sistema
Diária	6	6	0,16	Diária

**Fonte: NVivo11Pro**

Na quarta Tabela, foram consideradas apenas as vinte primeiras palavras, em função da baixa representatividade das demais.

#### **4.3.1 Subcategoria: (1) Autonomia**

- **Propriedade:** a subcategoria Autonomia, para este estudo, se refere à liberdade de tomada de decisão, no que diz respeito a ser “dono do leito”, ou seja, ter total responsabilidade pela ocupação e desocupação sem a interferência de equipes

multiprofissionais, bem como a possibilidade de discussão com a equipe em caso de transferências.

### **Descrição: Hospital A**

Entrevistada A menciona a importância de ter total controle dos leitos. Nesta instituição, hoje, nenhum leito é ocupado sem que ele tenha sido liberado pela gestão de leitos. Quando assumiu o setor, obteve da diretoria “carta branca” para realizar as alterações necessárias em se tratando desse controle efetivo. Uma das alterações baseou-se na total responsabilidade relacionada à liberação do leito, inclusive os leitos pertencentes à UTI.

*Hoje, somos responsáveis por todos os leitos do hospital, quando cheguei aqui não era assim [...], mas sem ser “dono do leito” é impossível fazer uma boa gestão (ENTREVISTADO A, 2016).*

### **Descrição: Hospital B**

A entrevistada B também comenta sobre a importância do controle efetivo dos leitos. Nenhum leito é ocupado sem que seja liberado pela gestão de leitos, por este motivo, há funcionários da unidade durante as 24h no monitoramento e controle desse setor.

*[...] a gente não faz parcial. Algumas instituições trabalham, leitos de UTI, equipe médica e de enfermagem controlam. Não, hoje 100% do controle está dentro da gestão de leitos (ENTREVISTADO B, 2016).*

### **Descrição: Hospital C**

Este hospital difere um pouco dos demais, uma vez que, segundo a entrevistada, a gestão de leitos somente realiza a parte operacional, ou seja, depende fortemente dos médicos para poder operacionalizar o serviço. Isto se deve, de acordo com o relato da entrevistada, haja vista se trata uma organização voltada a hospital-escola.

*[...] meu giro de leito depende do quadro clínico e da avaliação médica trabalhamos somente como operação desses leitos. (ENTREVISTADO C, 2016)*



### **Descrição: Hospital D**

No hospital D, as vagas também são liberadas pela gestão de leitos, até mesmo a reserva de UTI para cirurgia é controlada por este setor. O Entrevistado não pontuou nenhuma dificuldade ou resistência da equipe médica ou assistencial com relação a esta autonomia.

*[...] não, o médico solicita a reserva, o agendamento passa, via e-mail, diariamente, e a gente solicita a vaga para a UTI (Entrevistado D, 2016).*

### **Descrição: Hospital E**

O entrevistado E afirma que, quando assumiu o cargo, teve dificuldade, pois quem gerenciava os leitos eram as enfermeiras e os médicos, tanto nas unidades de internação como na UTI. Eram gerenciados problemas e não leitos. Após assumir a gestão, gradativamente foi ganhando autonomia, mas afirma que não foi um processo fácil e que ainda não está acontecendo da forma pretendida. Ressaltou que a equipe médica possui autonomia no hospital.

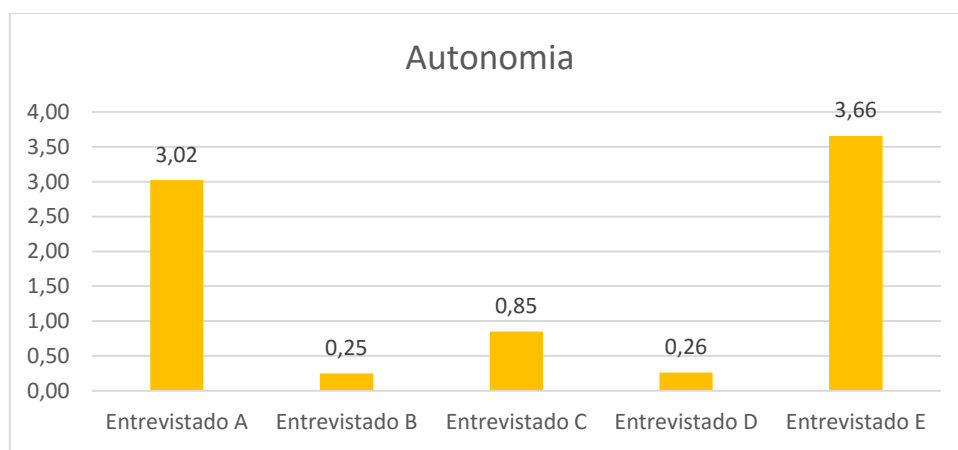
*Logo no começo, tivemos um grande problema com quem gerenciava os leitos, que era a enfermagem do andar, pois os médicos eram donos das unidades e das UTIs e não tínhamos a autonomia do leito [...] ainda não estamos no ideal. (ENTREVISTADO E, 2016)*

HOSPITAIS/VARIÁVEIS	A	B	C	D	E
Autonomia total da gestão de leitos sobre o leito	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
Autonomia parcial da gestão de leitos sobre o leito	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Equipe médica ou de enfermagem mantém o controle dos leitos	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO

**Quadro 12: Autonomia da Gestão de leitos**  
**Fonte: Elaboração Própria**

Observa-se, no décimo segundo Quadro, que somente o hospital A e B (hospitais gerais) e D (especializado) possuem autonomia total sobre os leitos, inclusive os de UTI. Vale destacar que o hospital C afirma não possuir nenhuma autonomia sobre a gestão do

leito, executando somente uma função operacional, que pode ser justificada em virtude de ser um hospital-escola, de pequeno porte e com 90% de atendimento do SUS. O entrevistado E reforça o poder do médico na organização hospitalar, todavia a literatura pontua a importância da autonomia sobre a gestão do leito. Conforme Gonçalves (2015), é fundamental que o gerenciamento de leitos seja totalmente responsável pelos leitos, sobretudo os de terapia intensiva, que representam mais resultados financeiros para a organização hospitalar. Do ponto de vista da produção, a autonomia da gestão de leitos é fundamental.



**Gráfico 5: Codificação por item e por subcategoria**  
**Fonte: Elaboração própria.**  
**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Na subcategoria Autonomia (Gráfico 5) o entrevistado E (3,66%) pode ter se destacado em função da autonomia exercida pelo médico nesta organização, seguida das dificuldades que relatou ter enfrentado para conquistar a autonomia e poder de decisão sobre a internação do paciente e em que setor.

#### **4.3.2 Subcategoria: (2) Planejamento da ocupação do leito**

- **Propriedade:** a subcategoria planejamento da ocupação do leito, para este estudo, se refere à forma como as organizações desenvolvem esta atividade, considerando a previsão de alta, o mapa cirúrgico e o atendimento de urgência, além do tempo médio de espera do paciente no Pronto Socorro até migrar para a internação, após a solicitação médica.

### **Descrição: Hospital A**

No Hospital A, o planejamento da ocupação dos leitos é realizado mediante análise do mapa cirúrgico. São enviados comunicados aos andares, com cores diferenciadas, avisando se o hospital está lotado, para que as altas sejam agilizadas. A assertividade da previsão de alta é considerada satisfatória pela gestora, ou seja, a maior parte das altas se concretizam no período estipulado em previsão, entretanto os fatores sociais dificultam a liberação do leito (dia de rodízio, paciente sem acompanhante). Relata a inexistência de área física destinada para que o paciente aguarde a presença do acompanhante, permanecendo, com isso, no próprio leitos.

Possuem três leitos de giro (destinados ao preparo de pacientes para procedimentos cirúrgicos), a fim de poder agilizar o processo de internação. Os pacientes de PS demoram em torno de quatro horas para que possa ser remanejado até o andar de internação. Nota-se que os pacientes atendidos no hospital A são, em sua maioria, crônicos e, sua maior porta de entrada é o P.S, seguida da internação eletiva.

*Recebo com 24 horas de antecedência o mapa cirúrgico e, os andares já sabem se precisam ou não agilizar as altas [...]  
(ENTREVISTADO A, 2016)*

### **Descrição: Hospital B**

Nesta organização, a entrevistada afirma que o hospital é estrategicamente cirúrgico, uma vez que são priorizadas as internações eletivas, em detrimento ao atendimento de PS, a ponto de atender a vocação cirúrgica do hospital. O mapa cirúrgico é visualizado diariamente. Unidades com vagas específicas, como pediatria, ortopedia, neurologia e cardiologia, são acompanhadas com maior rigor. O paciente advindo do P.S (pronto socorro) vivencia uma espera de, em média 5 horas, para conseguir internação. Tem-se que a prioridade da gestão de leitos é respeitar o mapa cirúrgico. A previsão de alta é considerada satisfatória pela gestora, porém há fatores não assistenciais que interferem na liberação do leito.

O hospital optou por não estruturar um local para o paciente aguardar o acompanhante, após a alta, pois coloca em pauta o perfil do paciente atendido dispensando créditos ao atendimento de qualidade.

Possuem leitos de giro (leitos destinados ao preparo de pacientes para procedimentos cirúrgicos) capazes de agilizar o processo de internação. Diariamente interna, em média, cerca de trinta a trinta e cinco pacientes via P.S.

*Eu estou no hospital cirúrgico geral, e que eu preciso priorizar o paciente cirúrgico e entender que a minha porta de entrada via PA, apesar de ser uma boa porta, (30 a 35 internações dia) no momento que eu tiver qualquer gargalo, ela não tem prioridade, dentro da norma institucional. (ENTREVISTADO B, 2016)*

### **Descrição: Hospital C**

O Hospital C conta com duas salas cirúrgicas divididas por especialidades. A cada dia da semana, uma especialidade utiliza o C.C, podendo variar de duas a três cirurgias de grande porte e de quatro a seis cirurgias de pequeno porte. Os médicos passam em visita conscientes da necessidade de liberação de vagas.

No pronto atendimento, existem leitos de observação e leitos de hospital-dia, ficando o paciente em observação por até 24 horas, somente após esse período são remanejados para a internação. Esse procedimento é recente, pois outrora, enfrentavam um tempo bem maior de internação nestes leitos de hospital-dia disponibilizados no pronto atendimento. Aproximadamente 70% das entradas do hospital são via pronto atendimento. Indagada sobre o cancelamento de cirurgias, a entrevistada alega que somente são canceladas cirurgias de grande porte por falta de leito de UTI.

*No pronto atendimento separamos leitos de hospital dia (para procedimentos) e observação temos uma regra no hospital que o paciente pode ficar até 24 horas [...] Só cancelo cirurgia de grande porte por falta de vaga na UTI (ENTREVISTADO C, 2016).*

### **Descrição: Hospital D**

Neste hospital, vê-se que a principal característica é o atendimento clínico, com maior número de entradas de pacientes via pronto-socorro (em torno de 80%). A sazonalidade, ou seja, doenças características de estações do ano é vista como algo que dificulta a gestão de leitos. Em determinados momentos, a taxa de ocupação permanece em torno de 50 a 60% e, em outros, atinge cerca de 100%. Pode-se citar como exemplo o

inverno, período que estão presentes picos de atendimento em função do H1N1, além de diversos problemas respiratórios.

Não possuem leitos de giro, apenas o *DClinic* (hospital-dia), que acaba agilizando o processo de internação. O Hospital não apresenta estrutura diferenciada para acomodação do paciente com alta destinado a aguardar os familiares e consequente saída do hospital. Atendem muitos pacientes de fora de São Paulo e precisam, muitas vezes, deixar o paciente no leito aguardando para o horário de voo. A previsão de alta, na percepção do gestor, não é considerada satisfatória.

*Ah, o volume diário de internações são vinte e duas, essa é a média, destas, eu acho que 80% das internações do hospital são pelo Pronto Socorro. (ENTREVISTADO D, 2016).*

### **Descrição: Hospital E**

De acordo com o entrevistado E, o hospital possui foco em cirurgias cardíacas. Considera prioridade zero, (ou seja, de maior urgência), o paciente de UTI, pois sem disponibilidade de vaga de UTI, muitas vezes o paciente não pode ser submetido a procedimento cirúrgico. Prioridade 1, são os pacientes eletivos, já os advindos do pronto-socorro são considerados Prioridade 2, uma vez que (na percepção institucional) já estão assistidos. Como o hospital já está sendo remunerado pela assistência, não é prioridade interná-lo. Afirmar ainda que cirurgias já foram e ainda são canceladas pela falta de leitos de UTI. Por este motivo, está em fase de ampliação de suas instalações.

*Somos um hospital cirúrgico em sua essência, nosso foco é a cirurgia. Nossa escala de prioridade para internação é assim. Prioridade 0: UTI porque preciso liberar a uti por causa das cirurgias que já estão rodando. Prioridade 1: Eletivo, Prioridade 2: PS (ele está assistido e eu estou ganhando dinheiro, logo não é prioridade interna-lo (ENTREVISTADO E, 2016).*

HOSPITAIS/VARIÁVEIS	A	B	C	D	E
Planejamento da ocupação dos leitos baseados na análise do mapa cirúrgico	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Estrutura física para espera de acompanhante pós-alta	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

Leitos de giro para agilizar o processo de internação	SIM	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Prioridade para internação de paciente de OS	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Cancelamento cirúrgico por falta de leitos de UTI	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Dificuldades com o processo de desocupação do leito por motivos diversos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
UTI como um “gargalo” no processo de gestão de leitos	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
Solicitação de internação na UTI realizada pelo médico da unidade de internação ou P.S	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

**Quadro 13: Planejamento da ocupação do leito com base no mapa cirúrgico e dificuldades na desocupação.**  
**Fonte: Elaboração própria.**

Percebe-se, conforme observado no décimo terceiro Quadro, que os cinco hospitais apresentam dificuldades no processo de desocupação do leito, caracterizadas por motivos sociais, independentemente de serem ou não especializados, do porte do hospital, do perfil de cliente ou de ser considerado hospital-escola. Embora a decisão de alta deva ser predominantemente clínica, podem apresentar fatores de influência de ordem não-clínica, além de preferências das equipes médicas e dos familiares (BRYAN.; GAGE; GILBERT, 2006). O impacto dos atrasos, ocasionados por fatores não-clínicos, na alta hospitalar, tem impacto significativo sobre a eficiência, uma vez que esbarra nos custos, na qualidade e na adequação dos cuidados e, por isto, têm atraído atenção de pesquisadores (GODDEM; MCCOY; POLLOCK, 2009; SCHLAIRET, 2014).

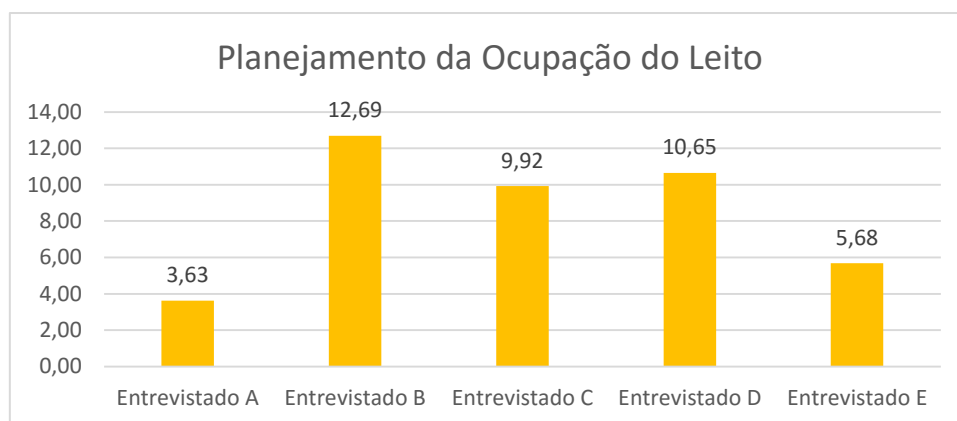
Criar critérios para desocupação dos leitos das internações eletivas, assim como das internações não programadas (solicitadas pelo Pronto Atendimento ou transferências de outras instituições) é fundamental (FALCÃO, REPETTO, GELONESI, 2015). A literatura mostra a relevância dos leitos de UTI para a realização segura de diversos procedimentos cirúrgicos, bem como o impacto do cancelamento cirúrgico na eficiência do hospital. Para Larivieri (2011), uma vez que os leitos estejam disponíveis, na UTI, as cirurgias podem acontecer em horários agendados, a emergência não fica cheia de paciente à espera de internação, além de melhorar o fluxo nas unidades, flexibilizando a internação de novos pacientes. 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). Os hospitais A, B, C e E apontam que um a UTI pode ser um “gargalo” no processo de gestão de leitos.

Larivieri (2011) afirma que mudanças operacionais podem melhorar a *performance* de um hospital apostando em times de especialistas em tratamento intensivo e que passam a checar a real necessidade de transferir o paciente para a UTI., determinando que tipo de cuidado eles realmente precisam. Todas as UTIs do hospital (cirúrgica, neurocirúrgica e cardiológica, entre outras) podem passar a ser gerenciadas por um único departamento de tratamento intensivo ou medicina crítica, facilitando o fluxo de pacientes e aumentando a eficiência da alocação de trabalhadores. O grande desafio está em aumentar a produtividade dos leitos, melhorando a eficiência operacional.

Nos hospitais pesquisados, a solicitação de internação da UTI parte do médico da unidade de internação e não do médico especialista daquele setor, conforme indica Coelho (2011). Os hospitais B e E afirmam não priorizar a internação dos pacientes de Pronto Socorro. No hospital C, o paciente chegou a ficar mais de 24 horas aguardando por uma internação.

A demora no atendimento exerce impactos sobre o bem-estar do paciente, bem como sobre a natureza e extensão das sequelas emergentes, além de perdas de eficiência para a organização. Em muitos casos, esta demora implica permanência do paciente em leitos de observação nos serviços de Pronto-Socorro. Tratando-se do processo de internação de pacientes advindos deste setor, a equipe multiprofissional deve ser capaz de controlar corretamente a gestão de leitos, a partir de uma visão sistêmica, apoio tecnológico e colaboração multiprofissional capaz de corroborar com a realização de uma internação rápida e segura (ABELHA, 2013).

Os entrevistados afirmam que as cirurgias eletivas são prioridades, apesar de algumas organizações possuírem maior porta de entrada via P.S. O fluxo de pacientes advindos deste setor compete com o fluxo de admissões hospitalares planejadas para a internação. Nesse interim, constata-se que a falta de uma política claramente definida sobre como priorizar o fluxo de pacientes de P.S, em relação a admissões planejadas ou vice-versa, contribui para um sistema desordenado (CLARET *et al.*, 2015).



**Gráfico 6: Codificação por item e por subcategoria**

**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Nesta categoria, os entrevistados que mais participaram para a coleta de informações foram os representantes das organizações B (12,69%) e D (10,65%), respectivamente. O entrevistado B pode ter se destacado em função da dificuldade que possui para acomodar seus pacientes, por trabalhar com linhas de cuidados específicos e com andares determinados para internações.

#### **4.3.3 Subcategoria: (3) Indicadores**

- **Propriedade:** a subcategoria Indicadores, correlacionada a este estudo, se refere ao apoio da tecnologia de informação no que tange à geração de indicadores e relatórios para a tomada de decisão e planejamento da ocupação dos leitos.

#### **Descrição: do Hospital A**

O entrevistado A afirma que a meta de taxa de ocupação do hospital atual é de 85% e, para mantê-la, consegue fazer, se necessário, captação de pacientes em hospitais parceiros. Pontua que não possui todos os indicadores necessários para realizar a gestão de leitos, apesar de dispor do sistema MV aliado à realização de planilhas paralelas. Ao questionada sobre o tempo médio que o paciente demora para ser internado, via pronto-socorro, afirma que este tempo apresenta uma estimativa de duas horas, porém o registro deste período tem início somente a partir da liberação do convênio para a internação e informação, todavia não traduz exatamente o período de espera do paciente. Possui, como



meta a ser atingida cerca de uma hora para a liberação do leito, após a prescrição da alta pelo médico.

Pontua, também, que o mais importante não é o tempo de espera e sim o *feedback* ao paciente e/ou acompanhante, pois tanto um como o outro querem saber como está o andamento do processo. Com relação aos indicadores epidemiológicos, comenta somente sobre as sazonalidades (doenças específicas de algumas estações do ano).

*Ela era de 80%, nós tivemos uma mudança de diretoria e hoje está em 85%, mas existe uma sazonalidade. Mas temos conseguida manter a meta. Quando percebo que a taxa de ocupação cai, temos parcerias com alguns hospitais para encaminharem transferências, aí fazemos captação de pacientes (ENTREVISTADO A, 2016).*

Percebe-se, em relato apresentado durante a entrevistada, a influência da alta gestão nas diretrizes e processos da gestão de leitos.

**Tabela 5: Indicadores de produtividade relacionados a gestão de leito -Hospital A**

HOSPITAL	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	MÉDIA
Taxa de ocupação operacional	81,72	85,67	82,77	85,22	80,19	81,46	82,83
Média de permanência	5,56	4,98	5,93	6,54	6,23	5,59	5,8
Índice de giro de leito	6,37	6,49	6,59	6,33	6,07	6,10	6,3
Intervalo de substituição	0,33	0,64	0,82	0,52	0,57	0,86	0,62
Taxa de ocupação operacional – UTI	81,28	88,33	87,76	87,98	85,39	83,81	85,75
Média de permanência – UTI	9,57	8,98	9,07	9,85	8,88	9,31	9,27
Índice de giro – UTI	4,3	3,27	5,44	4,66	5,37	4,08	4,52
Intervalo de substituição – UTI	1,37	1,66	0,97	1,73	1,32	1,43	1,41
Taxa de pacientes submetidos a							

procedimentos cirúrgicos							
Índice de cirurgias por paciente	2,43	1,23	1,48	1,97	1,57	2,03	1,78
Índice de utilização de sala cirúrgica	0,43	0,32	0,32	0,43	0,27	0,41	0,36
Taxa de internação via Urgência/ Emergência	4,44	5,57	5,88	5,65	5,98	5,76	5,54

**Fonte: Gestão de leitos – Hospital A**

Conforme apresentado na quinta Tabela, percebe-se que a gestora possui como meta atual, determinada pela direção superior, cerca de 85% de taxa de ocupação, no entanto, traz em sua média o equivalente a 82,83%. A entrevistada relata que seu “gargalo” é a UTI, porém sua lotação atingiu, nos meses analisados, uma média de 85%, o que não caracterizou uma sobrecarga. Constata-se, portanto que o intervalo de substituição e índice de giro da UTI são, respectivamente 1,41 e 4,42. Ou seja, nesta organização, os leitos de UTI permanecem desocupados, em média, 1h e 40 min., tempo destinado a desocupação do leito e higienização. Eles são ocupados, segundo dados apresentados, cerca de quatro vezes ao mês. Já com relação aos leitos das unidades de internação, o intervalo de substituição é de aproximadamente 0,62 min, tempo este destinado à desocupação e higienização do leito. De acordo com o relato da entrevistada, a sua meta gira em torno de 1 hora, caracterizando uma ocupação média de seis vezes dentro de um período de 30 dias. O indicador serve para auxiliar na tomada de decisão, logo, se a UTI é considerada um “gargalo” nesta organização, ações voltadas às melhorias deverão ser implementadas.

O intervalo de substituição assinala o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a entrada de outro. Já o índice de giro ou de renovação representa a utilização do leito durante o período considerado (ANVISA, 2016). O indicador de média relativa à permanência está acima do preconizado, indo ao encontro do perfil de paciente crônico atendido pela organização. Com relação à gestão de leitos, a média de permanência, em hospitais gerais, deve ficar entre 3,7 e 5 dias (SALAS, 2013).

[illegible]

<b>UTI cardiológica</b>	94,35	87,08	88,10	93,33	87,90	81,45	88,70
<b>UTI Geral</b>	91,13	88,13	86,09	92,08	90,32	88,10	89,31
<b>UTI Multidisciplinar</b>	60,16	53,49	55,65	82,33	76,77	56,13	64,08
<b>UTI Neurológica</b>	84,06	88,63	88,99	92,94	82,73	70,78	84,68
<b>UTI Pediátrica</b>	83,27	90,42	96,57	94,79	85,08	90,73	90,14
<b>MÉDIA DE PERMANÊNCIA – UTI</b>							
<b>UTI cardiológica</b>	9,18	6,63	6,33	5,89	5,97	6,62	6,77
<b>UTI Geral</b>	7,93	6,71	8,21	8,04	9,33	7,67	7,98
<b>UTI Multidisciplinar</b>	4,82	5,52	4,24	6,68	5,73	4,46	5,24
<b>UTI Neurológica</b>	4,57	6,75	5,45	5,64	5,32	4,10	5,3
<b>UTI Pediátrica</b>	8,10	7,00	13,31	9,29	9,81	10,23	8,27

**Fonte: Gestão de leitos – Hospital B**

De acordo com a sexta tabela, a gestora de leitos da instituição não atinge a meta de taxa de ocupação preconizada pela alta direção, uma vez que a média do semestre ficou em torno de 76,74%. A entrevistada relata que sua média de permanência gira em torno de 5 dias, informação comprovada pela média dos indicadores, ou seja, 4,77.

Salienta, também, que a UTI é um “gargalo” na organização, conforme pode ser observado nos indicadores. A taxa de ocupação, por vários meses, atingiu cerca de 90%, exceto na UTI multidisciplinar. A entrevistada afirma dispor de indicador para controlar o tempo médio de demora na internação de paciente de P.S, porém este não consta da listagem de indicadores disponibilizados pela organização.

Afirma que o hospital não prioriza internação de P.S por ser uma organização cirúrgica, porém o índice de utilização da sala cirúrgica fica próximo a 50%, em média, ou seja, metade das salas cirúrgicas ficam desocupadas. A gestão de leitos não faz distinção entre o intervalo de substituição e o índice de giro de ocupação entre as unidades de internação e a UTI, conforme preconizado pela ANAHAP. O intervalo de substituição permanece em torno de 1h e 50min e o leito gira, em média cinco vezes.

### **Descrição: Hospital C**

O entrevistado C afirma que o hospital não possui meta de taxa de ocupação e que, tem como dados o percentual de 70 a 80% aos finais de semana, chegando a atingir, durante a semana o equivalente a 100%. Tal assertiva justifica-se pela ocorrência de cirurgias, que não são agendadas aos finais de semana. Quando questionada sobre os indicadores do setor, mencionou o intervalo de substituição, porém quando analisados os demais indicadores percebemos a presença de tabulação. Possui indicador para controlar o tempo médio de demora na internação de paciente de P.S, que, na atualidade, apresenta um período de quatro horas, entretanto tem como meta atingir uma redução para duas horas. Indagada sobre os indicadores epidemiológicos, de porta de entrada do P.S, informa que, por se tratar de hospital especializado, a principal causa de internação via pronto atendimento (P.A) é do paciente leucopênico (queda brusca dos leucócitos). Os casos de internação via P.A se agravam com os fatores sazonais, ou seja, períodos de viroses, dengue, H1N1, entre outros. A média de permanência de internação se dá no período que vai de quatorze a dezessete dias.

*[...] 4 horas para desospitalização, nossa meta é de duas horas o ano passado estávamos em seis horas. Nós chamamos de tempo de substituição do leito/ giro do leito. Nós não temos P.S temos pronto atendimento e a principal causa é o paciente leucopenico febril de 70 a 80% disparado e ai precisa de internação (ENTREVISTADO C, 2016)*

**Tabela 7: Indicadores de produtividade relacionados a gestão de leitos – Hospital C**

<b>HOSPITAL</b>	<b>MARÇO</b>	<b>ABRIL</b>	<b>MAIO</b>	<b>JUNHO</b>	<b>JULHO</b>	<b>AGOSTO</b>	<b>MÉDIA</b>
Taxa de ocupação	90,9%	86,9%	92,5%	93,9%	90,5%	93,8%	91,41
Média de permanência	9,8	9,7	14,6	16,3	12,5	16,5	13,23
Índice de giro de leito	2,9	2,7	2,0	1,7	2,2	1,8	2,21
Intervalo de substituição	1,0	1,5	0,8	1,1	1,3	1,1	1,1
Taxa de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos	181	179	164	209	168	165	177

### Fonte: Gestão de leitos – Hospital C

Em sua entrevista, relata que a taxa de ocupação é elevada porque atende ao SUS e é hospital-escola, fato confirmado por meio dos indicadores (em média, 91,41%), conforme foi observado na sétima Tabela. Os indicadores também retratam uma média de permanência elevada (13 dias), conforme relato da entrevistada. O índice de giro de leito acontece somente duas vezes ao mês. Já o intervalo de substituição aponta que o leito fica desocupado em média 1 hora, informação que comprova a alta demanda que o hospital possui e que tal desocupação é preenchida pela adequada higienização.

### Descrição: Hospital D

O entrevistado responsável por oferecer informações relacionadas ao Hospital D afirma que a média de permanência de internação corresponde a cinco a seis dias. Ao ser indagado sobre meta de ocupação, afirma não conhecer institucionalmente estes índices. A gestão de leitos tampouco monitora o tempo médio de demora para internação de pronto-socorro, alegando ser objeto de controle de outro departamento. Não foi citado o intervalo de substituição quando questionados sobre os indicadores de produtividade. Com relação a indicadores epidemiológicos, foi destacada somente a sazonalidade.

No decorrer de processos de observação na unidade, a fim de dar andamento aos objetivos dessa tese, a pesquisadora identificou que constam nos andares, em quadros afixados em locais diversos, a missão, visão e valores institucionais, bem como alguns indicadores, dentre eles, a meta de taxa de ocupação, que gira em torno de 80%.

*Você monitora o tempo que o paciente demora para subir do PS para o andar? Não. Mas tem esse indicador [...] mas não é o gerenciamento de leitos que controla (ENTREVISTADO D, 2016).*

**Tabela 8: Indicadores de produtividade relacionados a gestão de leitos – Hospital D**

HOSPITAL	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	MÉDIA	
Taxa de ocupação operacional	91,52	95,64	86,89	91,45	89,19	86,44	90,23	
Média de permanência	4,57	4,78	4,93	4,55	4,55	4,54	4,65	
Índice de giro de leito	6,21	6,01	6,04	6,04	6,08	5,90	6,04	

Intervalo de substituição	0,42	0,22	0,74	0,43	0,55	0,71	0,51	
Taxa de ocupação operacional – UTI	83,28	94,51	95,73	87,98	88,24	84,93	89,11	
Média de permanência – UTI	7,37	6,77	7,09	6,72	6,48	6,53	6,82	
Índice de giro – UTI	3,5	4,19	4,18	3,93	4,22	4,03	4,00	
Intervalo de substituição – UTI	1,48	0,39	0,32	0,92	0,86	1,16	0,85	
Taxa de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos								
Índice de cirurgias por paciente	2,37	2,35	2,46	2,38	2,08	2,64	2,38	
Índice de utilização de sala cirúrgica	0,33	0,28	0,29	0,30	0,44	0,39	0,33	
Taxa de internação via Urgência/ Emergência	4,79	6,28	6,70	5,85	6,3	6,14	6,01	

**Fonte: Gestão de leitos – Hospital D**

Percebe-se, conforme prevê a oitava Tabela, que o Hospital D possui uma taxa de ocupação que atinge a média de 90,23 % ao atender o perfil de cliente classe média/ alta. Este indicador supera a meta afixada nos murais da organização, que é de 80%. No que tange à média de permanência, apresenta um referencial de quatro dias, equivalente ao giro de seis vezes de ocupação do leito, com um intervalo de 51 min entra uma internação e outra.

Já em relação aos leitos de UTI, observa-se taxa de ocupação de 89,11, próxima da taxa de ocupação geral, pois a média de permanência da UTI, prevalece em torno de 8 dias, com um intervalo de substituição de aproximadamente 85 minutos. Nota-se que os leitos de UTI giram quatro vezes ao mês. Nesta organização, os indicadores de UTI permanecem próximos aos indicadores de produtividade dos demais leitos. Estes dados estão condizentes com a fala do sujeito de pesquisa relacionado à grande procura dos

pacientes pelo hospital, e também com relação à importância do módulo *voice* capaz de controlar todos os tempos de execução das etapas relacionadas ao gerenciamento de leitos.

### **Descrição: Hospital E**

Dados informados pelo entrevistado E, quando questionado sobre os indicadores que o hospital adota para a gestão de leitos, afirmam que são todos os indicadores preconizados pela ANAHP. Afirma também que a meta de taxa de ocupação do hospital é 85%, porém não consegue atingi-la em função do número de vagas da UTI. Quando indagado sobre a média de permanência, considera atender dentro de uma média de 5,5 dias, embora alguns protocolos institucionais, como o de revascularização, preconizem médias maiores. Com relação ao tempo médio entre a saída de um paciente e a entrada de outro, o entrevistado E afirma atingir uma média de 8 horas, mas o hospital quer conseguir chegar a quatro. Comenta que o hospital não possui protocolo de alta e nem plano terapêutico. O tempo médio para a internação do paciente de pronto-socorro atinge cerca de quatro horas.

*Minha meta de taxa de ocupação é de 85%, nós ficamos em torno de 79%. Porque a cirurgia cardíaca precisa de UTI. (ENTREVISTADO E, 2016)*

**Tabela 9: Indicadores de produtividade relacionados a gestão de leitos**

<b>HOSPITAL</b>	<b>MARÇO</b>	<b>ABRIL</b>	<b>MAIO</b>	<b>JUNHO</b>	<b>JULHO</b>	<b>AGOSTO</b>	<b>MÉDIA</b>
Taxa de ocupação operacional	77,76	79,55	78,34	77,54	76,88	78,96	78,17
Média de permanência	5,67	6,88	6,97	5,96	5,89	6,98	6,39
Índice de giro de leito	4,55	4,94	4,45	5,01	4,98	4,45	4,73
Intervalo de substituição	1,03	0,89	0,78	0,87	0,98	1,12	0,94
Taxa de ocupação operacional – UTI	88,34	93,44	90,24	86,47	87,92	91,03	74,85
Média de permanência – UTI	8,43	7,98	7,59	8,79	9,04	8,69	8,42



Índice de giro – UTI	5,12	4,78	4,02	5,07	4,06	4,66	4,6
Intervalo de substituição – UTI	1,02	0,89	0,98	1,04	1,05	1,16	1,02
Taxa de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos							
Índice de cirurgias por paciente	2,37	2,35	2,46	2,38	2,08	2,64	2,38
Índice de utilização de sala cirúrgica	0,33	0,28	0,29	0,30	0,44	0,39	0,33
Taxa de internação via Urgência/ Emergência	4,79	6,28	6,70	5,85	6,3	6,14	2,07

**Fonte: Gestão de leitos – Hospital E**

De acordo com a nona Tabela, o gestor de leitos da instituição não atinge a meta de taxa de ocupação preconizada pela alta direção (85%), haja vista que a média do semestre ficou em torno de 78%. O entrevistado relata que sua média de permanência gira em torno de 5,5 dias, informação que está de acordo com a média dos indicadores, ou seja, em torno de 6 dias.

O entrevistado relata que a UTI também é vista como “gargalo”, porém a sua lotação permaneceu, nos meses analisados, em média 75%, não apresentando sobrecarga. O intervalo de substituição da UTI permaneceu em 1 hora e o leito girou quatro vezes no mês. Relata que o hospital não prioriza internação de P.S, por ser uma organização cirúrgica, porém o índice de utilização desta sala não foi apontado. O intervalo de substituição permanece em torno de 94 minutos e o leito gira, em média, cinco vezes ao mês.

Analisando as Tabelas 5,6,7,8 e 9 percebe-se que os hospitais não adotam todos os indicadores preconizados pela ANAHP. Desta forma, aparentemente, não acompanham atentamente a relação de produtividade na gestão de leitos, não identificando, portanto, a sua real eficiência. O Hospital D não diferencia os indicadores de produtividade de UTI dos demais indicadores, haja vista que possui uma estrutura custosa e um retorno financeiro importante para o hospital. A portaria 302, de 2005, bem como a ANS, definem

como indicadores de produtividade/ eficiência hospitalar, a taxa de ocupação operacional geral, a taxa de ocupação operacional, a taxa de ocupação operacional UTI adulto, a taxa de ocupação operacional UTI pediátrica, além da média de permanência geral. (ANS, 2005; ANAHAP, 2016). Pode-se afirmar que as organizações adotam os indicadores de produtividade básicos coletados internacionalmente e que são a média de permanência, a taxa de ocupação e o intervalo de substituição, assim como o giro do leito (SALAS, 2013).

A literatura aponta que os indicadores de produtividade são importantes para a gestão de leitos, uma vez que, a partir de uma gestão implantada nesse setor e de maneira eficiente alinhada ao controle dos leitos vagos de UTI, cirurgias são canceladas com menos frequência.

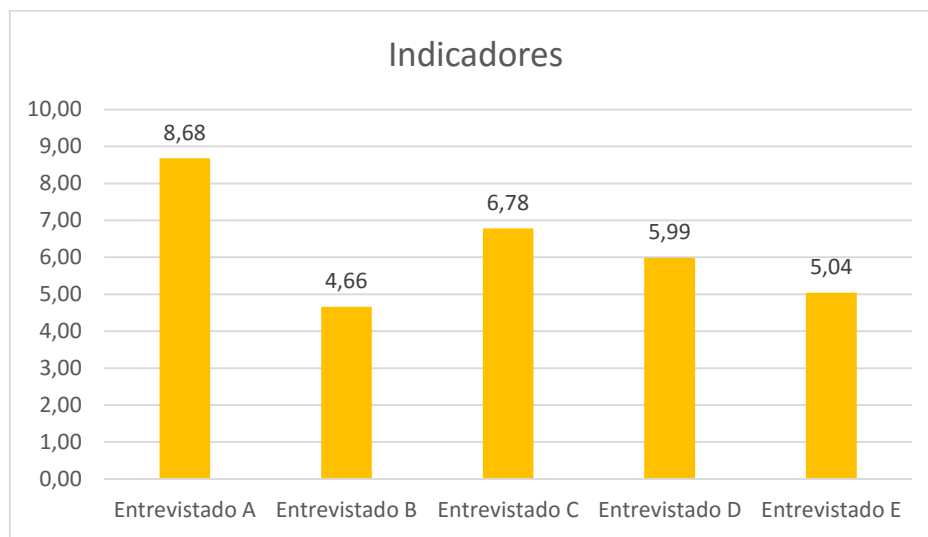
Considera-se, portanto, que o intervalo de substituição assinala o tempo médio de desocupação de um leito, ou seja, entre a saída de um paciente e a entrada de outro. Já o índice de giro ou de renovação representa o número de desocupação de pacientes (alta + óbito) com relação ao total de leitos disponíveis, o que caracteriza a representatividade da utilização do leito durante o período considerado, quantas vezes ele foi ocupado e em qual período (ANVISA, 2016).

Retomando o conceito de Bittar (1996), o hospital com menor média de permanência, maior índice de giro (mais saídas) e menor intervalo de substituição seria o mais produtivo. Em função das diferenças existentes entre as organizações estudadas, não é possível estabelecer qual o hospital mais produtivo, porém o hospital D apresenta maior volume de saídas, menor média de permanência e maior taxa e ocupação. Indicadores de produtividade (eficiência) medem as saídas do processo para um determinado nível de entrada (TAKASHINA, 2004), foco deste trabalho.

À luz dos dizeres de Guzman (2005) e 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%, já a média de permanência deve ficar entre 3,7 e 5,5 dias. (SALAS, 2013). Vê-se, portanto, que a taxa de ocupação das organizações pesquisadas A, B e E (hospitais gerais) estão abaixo da taxa preconizada pela teoria, o que pode acarretar problemas de ordem financeira considerando os custos fixos destas unidades. Já os hospitais D e C (especializados) estão acima de 85%, podendo acarretar uma queda na qualidade do atendimento em função de uma ocupação muito elevada.

Percebe-se que as organizações A, C e E estão acima da média de permanência ideal, sendo 6,14 e 7 dias, respectivamente, podendo gerar um aumento do índice de infecção hospitalar e problemas de ordem financeira com as fontes pagadoras. Vale

lembrar que os hospitais C e D são especializados, porém este último, mesmo sendo especializado, está dentro da média de permanência apontada pela teoria.



**Gráfico 7: Codificação por item e por subcategoria**

**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Na categoria Indicadores, a organização que mais se destacou foi a A (8,68%), seguida da C (6,78%). Ambas possuem o sistema MV, sendo que a primeira relata fortemente a necessidade dos indicadores e do compartilhamento de metas.

#### **4.3.4 Subcategoria: (4) Conscientização da Equipe**

- **Propriedade:** a subcategoria conscientização da equipe, também foco deste estudo, se refere à importância da conscientização da equipe multiprofissional para a eficiência na gestão do leito.

#### **Descrição: Hospital A**

A entrevistada A salienta a importância do trabalho em equipe para a gestão do leito e reforça também o bom relacionamento interpessoal da gestora deste setor com os demais membros da equipe. Afirma, por sua vez, que o pouco conhecimento que a enfermagem possui sobre gestão interfere na gestão do leito.

*A falta de trabalho em equipe prejudica muito a gestão de leitos. Ai é importante que o líder da gestão de leitos tenha bom relacionamento interpessoal e, também tem um grande impacto na gestão de leitos é a pequena base de formação administrativa na enfermagem. (ENTREVISTADA A, 2016)*

### **Descrição: Hospital B**

Ao analisar os apontamentos propostos pelo entrevistado B, nota-se que ele reforça a importância do trabalho em equipe, da conscientização sobre a importância do papel individual dentro da gestão do leito, uma vez que todos fazem parte deste processo. A responsabilidade de colocar o paciente no leito é de todos e não só da gestão de leitos. Ressalta que este reforço deve ser diário, inclusive com o indispensável auxílio da equipe médica. Quando tem um paciente cirúrgico necessitando de UTI, a equipe deve agilizar a liberação do leito, contando sempre com a agilidade da equipe de limpeza. Acrescenta que as unidades de internação, nesta instituição, são consideradas unidades de negócios e a enfermeira responsável é cobrada por resultados frequentemente.

*Eu falo que assim, gerenciamento de leitos é só a pontinha que a gente puxa, mas ela faz parte de um grande processo. Então eu falo que o gerenciamento de leitos, ele é o responsável por estar a todo momento fazendo essa parceria com todas essas equipes, (ENTREVISTADO B, 2016)*

### **Descrição: Hospital C**

O entrevistado C afirma que a gestão de leitos é baseada em um trabalho de equipe, e não um setor, pois precisa contar com o envolvimento da limpeza, da enfermagem, dos médicos, da manutenção, enfim, depende da colaboração de todos.

*[...] enfermagem, médico, equipe de supervisores, coordenadores de um grupo de áreas que participam da movimentação dos leitos dos pacientes e do giro para a gente estar organizando como que a gente vai trabalhar naquele dia (ENTREVISTADO C, 2016).*

### **Descrição: Hospital D**

Ao entrevistado o Hospital D, averiguou-se a importância dada à conscientização da equipe multiprofissional para conseguir internar o paciente em momentos de

capacidade máxima de internação, ou até mesmo próximo dela. O médico tem um papel de destaque no sentido de autorizar a alta, respeitando os padrões determinados pela instituição.

*[...] é uma rede de relacionamentos aí para a gente poder fazer isso, e a gente tem até tido resultados satisfatórios [...] também na interface: olha doutor tem um paciente aqui, já tem uma vaga, está grave, vai subir [...] (ENTREVISTADO D, 2016)*

### **Descrição: Hospital E**

O entrevistado E afirma que um dos maiores “gargalos” na realidade desta organização corresponde à falta de conscientização das equipes sobre a importância da colaboração de todos na gestão do leito, não se conscientizando, portanto que leito parado é dinheiro parado.

*Os principais gargalos são a conscientização das equipes, a conscientização das pessoas entenderem que o leito parado e dinheiro parado e a equipe médica não ser dominadora, sentir-se dono. (ENTREVISTADO E, 2016)*

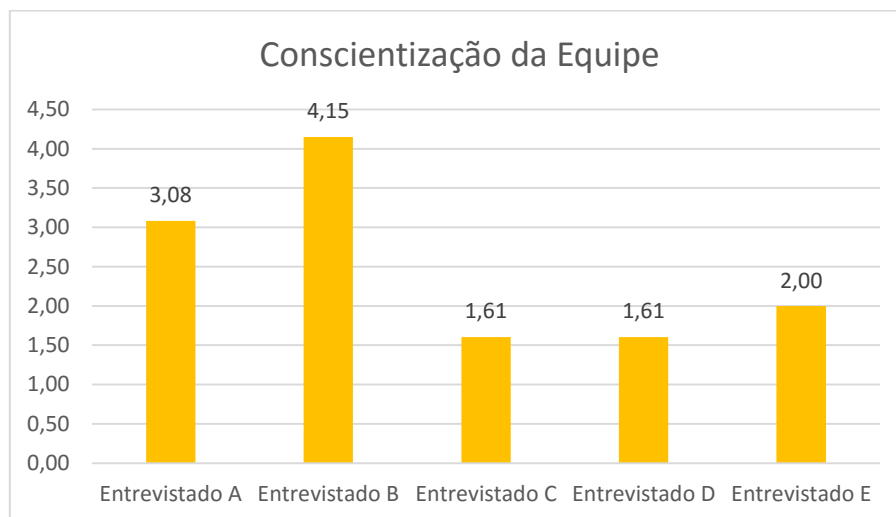
Todas as organizações estudadas, independentemente de serem gerais ou especializadas, pontuam a importância da conscientização da equipe para que a gestão do leito ocorra da melhor maneira possível. Os entrevistados A, B e E (hospitais gerais) pontuam sobre a importância dada às unidades de internação a ponto de serem tratadas como unidades de negócios, cujo líder dever apresentar resultados, conforme é possível observar no décimo quarto Quadro.

HOSPITAIS/VARIÁVEIS	A	B	C	D	E
Trabalho em equipe é fundamental para a gestão de leitos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Unidades de internação tratada como unidade de negócio	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM

**Quadro 14: Importância do Trabalho em Equipe**  
**Fonte: Elaboração própria.**

Para Pereira (2012), o processo iniciado logo após a alta e liberação do ambiente para a higiene apresenta-se repleto de pontos críticos originários da comunicação interna,

tal fato vem justificar a necessária sensibilização das equipes e agilidade da hotelaria e manutenção, pois o ato de remover possíveis “gargalos” é indispensável à saúde do negócio. A partir de então, deve-se atuar sobre os indicadores, determinar metas e, conseqüentemente, planejar a utilização do leito. Na gestão de leitos, vários processos contam com o auxílio de outros setores, assim como de todos os parceiros envolvidos (GONÇALVES, 2015)



**Gráfico 8: Codificação por item e por subcategoria**

**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

De acordo com o oitavo gráfico, no que tange a esta subcategoria, a organização que apresentou maior participação foi a B (4,15%), seguida da A (3,08%). A primeira organização pode ter se destacado em função da relevância que atribui ao comprometimento da equipe, a fim de que a gestão de leitos aconteça de maneira eficiente.

#### **4.3.5 Subcategoria: (5) Metas**

- Propriedade: a subcategoria metas, conforme os objetivos propostos nesse estudo, refere-se ao conhecimento das metas do setor de gestão de leitos

#### **Análise: Hospital A**

A entrevistada A pontua que o conhecimento das metas direcionada ao envolvimento de todos, é considerada relevante, uma vez que a gestão de leitos trabalha com comunicado via SMS referente à situação de lotação do hospital, além de e-mail com cores diferenciadas no intuito de ajudar a alertar todos os funcionários sobre a situação de ocupação do Hospital.

*[...] quando a equipe sabe que existe uma meta, as ações ficam mais transparentes. (ENTREVISTADA A, 2016)*

### **Análise: Hospital B**

Ao analisar as afirmações advindas pela responsável do Hospital B observa-se que que afirma ser de fundamental importância a definição e o conhecimento da meta por todos os envolvidos, inclusive os médicos. Ela teve a experiência de trabalhar com SMS voltado às equipes médicas no intuito de solicitar apoio para a liberação de pacientes em condições de alta. Diante de casos cujo médico não tenha esta consciência, primeiro vai ao centro cirúrgico e posterga as altas para após as 13h, o que acaba por prejudicar o sobre a disponibilização do leito. Tal estratégia adotada pelo médico acaba por impactar na gestão do leito.

*[...] doutores, favor apoiar a liberação de leitos com pacientes em condições de alta. Ele recebia isso, e isso ele tentava acelerar o processo dele, porque às vezes depende da estratégia do médico. (ENTREVISTADO B, 2016)*

### **Análise: Hospital C**

A entrevistada C pontua que o conhecimento das metas é importante sim, porém só o conhecimento não basta. Este conhecimento está diretamente relacionado com a colaboração da equipe.

*[...] somos hospital escola a visita médica demora de 4 a 5 horas. Então não basta conhecer as metas e não cumpri-las (ENTREVISTADO C, 2016)*

### **Análise: Hospital D**

Durante a realização da entrevista envolvendo o Hospital D, a entrevistada pontua que o conhecimento de todos os envolvidos sobre as metas a serem atingidas é fundamental e que reuniões são realizadas diariamente, no período da manhã, para poderem cumprir as metas todos os dias.

*[...] a gente trabalha com toda a equipe de supervisores, coordenadores de um grupo de áreas que participam da movimentação dos leitos dos pacientes e do giro para a gente estar organizando como que a gente vai trabalhar naquele dia. (ENTREVISTADO D, 2016)*

### **Análise: Hospital E**

A entrevistada D pontua que o conhecimento das metas por todos os envolvidos é fundamental, mas que ainda não trabalham desta forma.

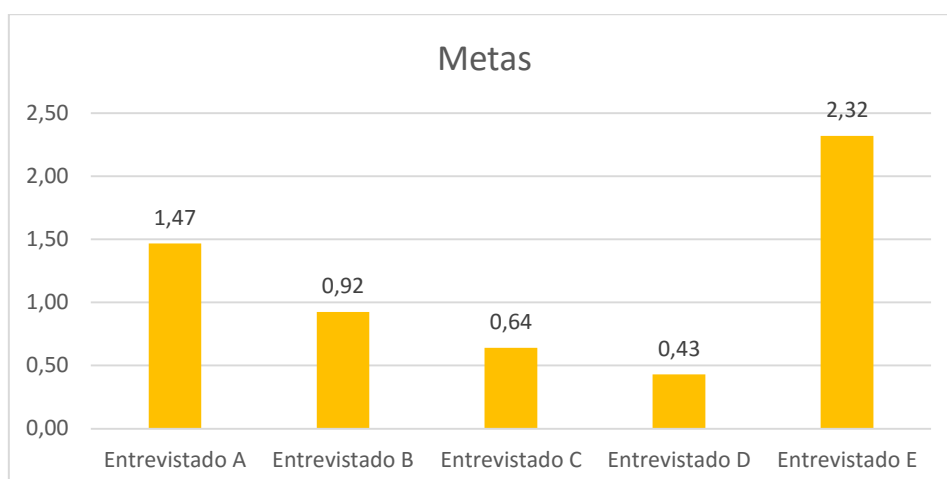
*[...] ainda não 100%. Mas agora nós participamos dos orçamentos, e sou responsável pelo meu setor [...] somos um gigante adormecido. (ENTREVISTADO E, 2016)*

HOSPITAL/VARIÁVEIS	A	B	C	D	E
Importância do conhecimento das metas pela equipe multiprofissional	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Divulgação total das metas para a equipe multiprofissional	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Divulgação parcial das metas para a equipe multiprofissional	-----	-----	SIM	-----	SIM

**Quadro 15: compartilhamento de Metas**  
**Fonte: Elaboração própria.**

Conforme dados apontados no décimo quinto Quadro, todos os entrevistados têm em evidência a importância do conhecimento das metas pela equipe multiprofissional, porém somente os hospitais gerais A e B e o hospital especializado D trabalham esta divulgação, seja por meio da comunicação formal (reuniões, e-mails) ou da comunicação visual. No caso do Hospital geral E, tal qual o especializado C, trabalham parcialmente esta divulgação. A teoria salienta que tratar de eficiência é falar do cumprimento de metas, otimizando os recursos e os investimentos institucionais para alcançar a eficácia nos procedimentos (PORTER, 1997; LUTZKY, 2006). Logo, as metas devem ser compartilhadas para que a eficiência na gestão de leitos seja alcançada.



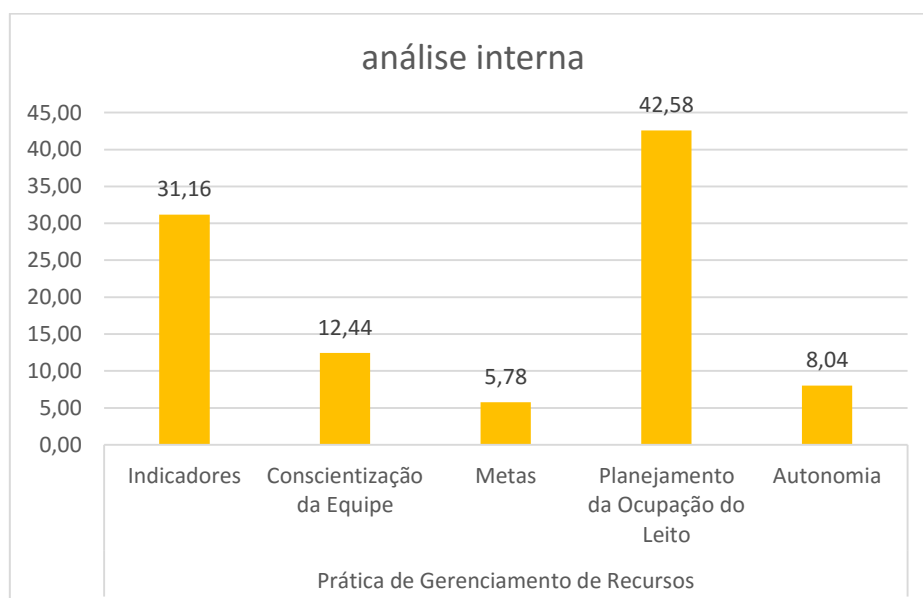


**Gráfico 9: Codificação por item e por categoria**

**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Para a subcategoria Metas (gráfico 9), as organizações que mais colaboraram foram, respectivamente a E (2,32%) e A (1,47%). Este fato se justifica em função desta organização ter iniciado um processo de trabalho focado nas unidades de internação vistas como unidades de negócios. Já a organização A compartilha as metas por meio de comunicação formal e visual.



**Gráfico 10: Codificação por item e por categoria**

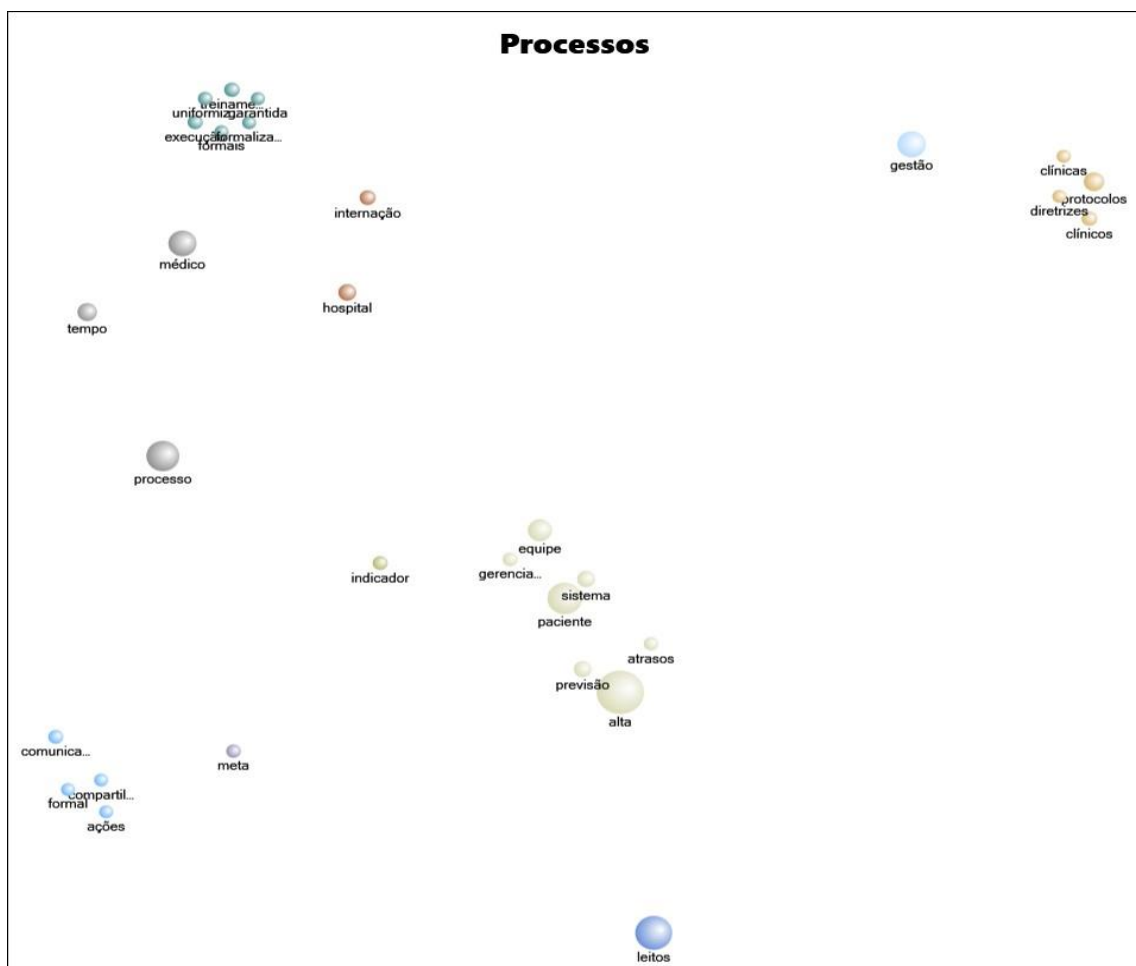
**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Observa-se, no décimo gráfico, que, ao finalizar a análise da Categoria Prática de Gerenciamento de Recursos, os entrevistados relacionaram como variável de maior relevância para a gestão de leitos o Planejamento da Ocupação do Leito (42,58%), seguida dos indicadores (31,16%). A variável meta apresenta somente 5,78% e seu baixo percentual justifica-se por não haver o compartilhamento das metas entre as equipes de trabalho, conforme questionado pela pesquisadora.

#### 4.4 Categoria: Processo

- **Propriedade:** Esta categoria refere-se à formalização dos processos de gestão de leitos, planejamento de alta, protocolos clínicos, além da forma como as organizações estudadas trabalham a comunicação formal e visual.



**Figura 13: Mapa de Cluster 2 D da Categoria: Processo**

**Fonte: Elaboração própria.**  
**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Percebe-se, conforme apresenta a décima terceira, acompanhada da décima Tabela, que no discurso dos sujeitos de pesquisa, focada na Categoria Processos, as palavras que se destacaram foram “alta, leitos, paciente, processo, gestão e médico”, apesar de não apresentarem forte relação entre elas. Isto nos mostra a importância da participação do médico no processo de gestão de leito.

**Tabela 10: Resumo das Frequências das palavras dos resultados da Categoria Processo**

PALAVRA	EXTENSÃO	CONTAGEM	PERCENTUAL PONDERADO (%)	PALAVRAS SIMILARES
Alta	4	72	2,33	Alta, altas
Leitos	6	51	1,65	Leito, leitos
Paciente	8	46	1,49	Paciente, pacientes
Processo	8	43	1,39	Processo, processos
Gestão	6	34	1,1	Gestão
Médico	6	33	1,07	Médico, médicos
Equipe	6	25	0,81	Equipe, equipes
Protocolos	10	18	0,58	Protocolos
Tempo	5	16	0,52	Tempo, tempos
Hospital	8	13	0,42	Hospital
Sistema	7	13	0,42	Sistema, sistemas
Previsão	8	12	0,39	Previsão
Internação	10	9	0,29	Internação
Clínicos	8	8	0,26	Clínicos
Treinamento	11	8	0,26	Treinamento
Comunicação	11	7	0,23	Comunicação
Execução	8	7	0,23	Execução
Gerenciamento	13	7	0,23	Gerenciamento
Indicador	9	7	0,23	Indicador, indicadores
Atrasos	7	6	0,19	Atrasos
Meta	4	6	0,19	Meta
Uniformização	13	6	0,19	Uniformização
Ações	5	5	0,16	Ações
Clínicas	8	5	0,16	Clínicas
Compartilha	11	5	0,16	Compartilha
Diretrizes	10	5	0,16	Diretrizes
Formais	7	5	0,16	Formais
Formal	6	5	0,16	Formal
Formalização	12	5	0,16	Formalização

Garantida	9	5	0,16	Garantida
-----------	---	---	------	-----------

**Fonte: Elaboração própria.**  
**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Nesta Categoria, também foram consideradas as vinte primeiras palavras que se destacaram, em função da baixa representatividade das demais.

#### **4.4.1 Subcategoria: (1) Formalização dos processos**

- **Propriedade:** esta subcategoria identificou as percepções dos gestores quanto a formalização dos processos relacionados à gestão do leito, bem como a sua adoção como instrumento de integração e treinamento.

##### **Descrição: Hospital A**

A entrevistada A afirma existirem processos de gestão de leitos formalizados, em função da acreditação que a organização possui, porém eles estão em fase de revisão. Logo, não faz uso deste como instrumento de integração e treinamento, mas afirma que este é o objetivo. No decorrer da entrevista, alega não ocorrerem transferências para outros hospitais.

*Sim. Tenho todos os processos vinculados a gestão de leitos. Quando cheguei existiam alguns, porém não estava completo. Mas estamos em fase de revisão destes documentos [...]*  
*(ENTREVISTADO A, 2016).*

##### **Descrição: Hospital B**

O entrevistado B afirma que os processos de gestão de leitos estão formalizados, uma vez que possui nível três da ONA. Evidencia também que os processos são revisados periodicamente e quem faz esta revisão é a própria equipe de linha de frente. Defende que não precisa apresentar uma rotina “bonita”, mas que o documento formal deve ser compatível com a realidade do dia a dia. Como a responsável está na organização há pouco tempo, ainda não adotou este documento como um instrumento de treinamento e integração.

Dentre os processos existentes, cita que a determinação do horário de visita pela equipe médica nem sempre é respeitada, e que a estratégia adotada pelo médico impacta significativamente na desospitalização. Traz à tona também a não ocorrência de transferências para outros hospitais.

*[...] pela ONA, nível três, e agora a gente está buscando JCI. Está escrita a rotina, e quando você vai olhar na operação, não é isso que é praticado, informação não é a mesma e tudo mais. (ENTREVISTADO B, 2016).*

### **Descrição: Hospital C**

A entrevistada C afirma que não existiam os documentos formalizados, mas que, na sua gestão, estão sendo construídos com o auxílio de uma equipe externa, pois a organização está em busca da J.C.I. Já a transferência externa de pacientes para outros hospitais é inexistente.

*Sim, até em função da JCI, todos descritos em pop e normas, regimento interno no setor, características dos RH que fazem parte da gestão de leitos, pop de agendamento de quimo. (ENTREVISTADO C, 2016)*

### **Descrição: Hospital D**

A coleta de dados oferecidos pelo entrevistado D evidencia que os processos não estão formalizados, ainda assim, um processo tido como destaque e grau de importância é a determinação do horário de visita pela equipe médica, que nem sempre é respeitada e, que a estratégia adotada pelo médico impacta significativamente na desospitalização. Este processo ainda está em fase de estruturação e melhoria. Afirma que não ocorrem transferências externas.

*E a gente precisa também desenhar ainda o procedimento dessa área que não temos aqui ainda descrito todos, porque envolve diversas áreas, com quem a gente trabalha diretamente, além da limpeza tem a manutenção, a nutrição [...] (ENTREVISTADO D, 2016)*

Uma mudança importante foi a eliminação de uma das etapas do processo de gestão de leitos. Era a equipe de rouparia quem forrava o colchão, e quem faz isto, hoje, é a própria limpeza, mudança implantada para agilizar o processo. O processo todo (paciente tem alta, desocupa o leito, ele é higienizado e liberado no sistema) demora, em média, 1h30, mas a organização quer reduzir este tempo.

O Hospital implantou o que chamam de brigada de alta, ou seja, três ou quatro funcionários responsáveis por agilizar a limpeza dos quartos de pacientes com alta. Transferências externas não ocorrem, os pacientes preferem esperar no P.S o tempo que for necessário, mas recusam a transferência para outro hospital.

*[...] que aqui antes a limpeza finalizava e aí o pessoal da rouparia que tinha que subir para fazer a forração, agora é o próprio pessoal da limpeza que faz isso. [...] brigada de alta, 3 ou 4 pessoas para agilizar os apartamentos com pacientes em altas. (ENTREVISTADO D, 2016)*

### **Descrição: Hospital E**

O entrevistado E afirma possuir formalizados os processos de gestão de leitos, uma vez que possui nível três da ONA, todavia estes estão em fase de revisão, portanto não sendo usados como um instrumento de integração e treinamento.

*Sim, temos sim, todos, inclusive os de gestão de leitos. (ENTREVISTADO E, 2016)*

Percebe-se, conforme prevê o décimo sexto Q, que os hospitais gerais A, B e E afirmam possuir os processos de gestão de leitos formalizados, relacionando-os com as exigências dos processos de certificação de qualidade. Já o hospital especializado C ainda não possui processos formalizados e o D possui de maneira parcial. No entanto, observa-se que esses processos não são utilizados como instrumento de integração e treinamento em nenhuma das organizações. A teoria salienta que os processos estratégicos garantem o suporte para o alcance das estratégias organizacionais. Na gestão hospitalar, a solicitação de leitos, agendamento de cirurgias, fluxo ambulatorial pré-cirúrgico, dentre outros, são considerados estratégicos e essenciais para a qualidade do serviço prestado, além da eficiência administrativa (VEILLARD *et al.*, 2005; FARIA *et al.*, 2010).

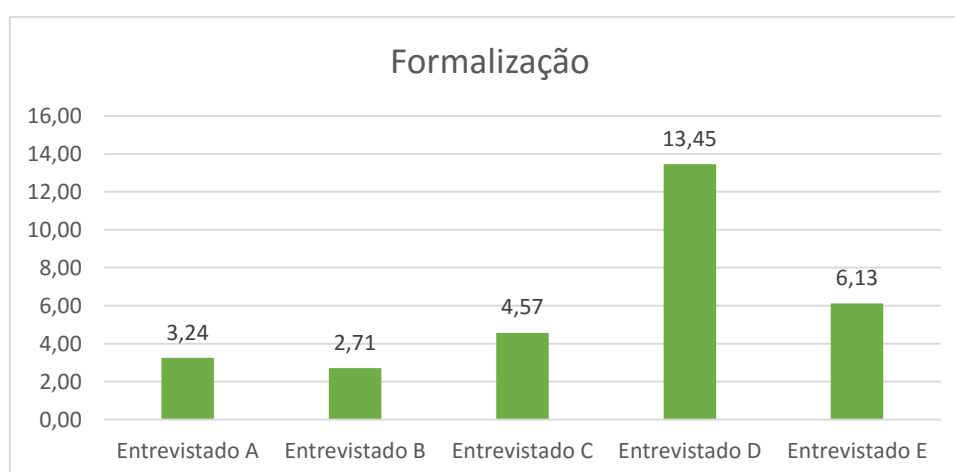
Independente de processos de qualidade, os processos devem existir para garantir o alcance das estratégias, no que tange a gestão do leito. Conforme foi verificado, nas organizações estudadas não é garantida a execução estratégica nas organizações. O gerenciamento de leitos é uma estratégia, na visão de Gonçalves (2015). A autora afirma que a gestão do leito deve estar alinhavada ao planejamento estratégico do Hospital, uma vez que exerce impacto financeiro nas organizações de saúde.

Hospitais/variáveis	A	B	C	D	E
Possui os processos de gestão de leitos formalizados, em sua totalidade.	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM
É utilizado como um instrumento de integração e treinamento	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Possui certificação de qualidade	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
Possui os processos de gestão de leitos parcialmente formalizados.	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

**Quadro 16: Formalização dos processos de gestão de leito e adoção como instrumento de integração e treinamento**

**Fonte: Elaboração própria.**

Conforme afirma Bittar (2000), a eficiência no atendimento à saúde, em uma instituição complexa como as da área da saúde, requerer a criação e implantação de instrumentos de gestão organizacional que permitam organizar e padronizar os processos de trabalho.



**Gráfico 11: Codificação por item e por categoria**

**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Na subcategoria Formalização, observada no décimo primeiro gráfico, as organizações que mais participaram foram, respectivamente D (13,45%) e E (6,13%). A organização D participou mais ativamente por possuir quase todos os processos formalizados, além de ser acreditada.

#### **4.4.2 Subcategoria (2) Planejamento de alta**

- **Propriedade:** esta subcategoria procurou analisar a maneira como ocorre o processo de orientação de alta, bem como o seu planejamento nas organizações pesquisadas, além do impacto causado no processo de desocupação do leito.

##### **Descrição: Hospital A**

Ao analisar dados apontados pela entrevistada A, vê-se que o trabalho gira em torno da previsão de alta, mas não necessariamente o seu planejamento. Existe, nas unidades de internação, um painel contendo informações dos pacientes e da equipe que o acompanha, além da previsão de alta. Diariamente, esta previsão é validada e a orientação de alta é dada quando a previsão é confirmada.

*Trabalho com previsão de alta, tenho um painel nas unidades de internação para com esta programação [...] a gestão de leitos confirma diariamente e manda alerta para as equipes se o hospital estiver lotado [...] (ENTREVISTADA A, 2016)*

##### **Descrição: Hospital B**

A entrevistada B afirma que um dos maiores “gargalos” baseia-se na orientação de alta, que é falha, em função do precário planejamento de alta. As próprias certificações questionam muito este planejamento. A equipe multiprofissional tem papel de grande importância neste planejamento, prevendo as devidas orientações para pacientes e familiares, uma vez que a insegurança deste e de seus familiares retarda o processo de alta. Por este motivo, ao implantar um impresso de orientação de alta, com evolução diária registrada pela equipe multiprofissional, foi uma experiência bem-sucedida da entrevistada, vivenciada em outra organização onde trabalhou.



*[...] trabalhei muitos anos com uma equipe onde a meta dele era sete dias pós-transplante alta. Alta após sete dias de transplante de fígado. Só que onde começava isso? A partir do momento que era inserido na lista que ele era diagnosticado para transplante (ENTREVISTADO B, 2016),*

### **Descrição: Hospital C**

Quando indagada sobre o fato de o hospital possuir planejamento ou previsão de alta, a entrevistada C afirma existir somente a previsão de alta e não seu planejamento.

*Sim, trabalho, temos plano terapêutico, mas nossa assertividade não é a ideal em função da realidade do nosso paciente. Hoje se ela está na UTI e não tiver previsão de alta fechada, se tiver condições de ser transferido para que eu possa realizar a cirurgia ele é transferido. (ENTREVISTADO C, 2016)*

### **Descrição: Hospital D**

O entrevistado D afirma que não existe planejamento de alta e salienta que a previsão correspondente é considerada falha, visto que a conduta médica pode ser alterada por questões de segurança e por ser um hospital especializado em pediatria. Também se refere a uma limitação referente aos exames de imagem, mas o hospital já está se estruturando para melhorar esta realidade.

*[...] até mesmo o equipamento, pode dar uma pane, entendeu, e compromete todo...um tomógrafo, uma ressonância e um raio X, o raio X é contrastado, eu acho que a gente é o único que faz em criança, que é contrastado, então é uma agenda acho que de dois a três meses para fazer, tanto que o hospital vai até adquirir outro raio X. (ENTREVISTADO D, 2016)*

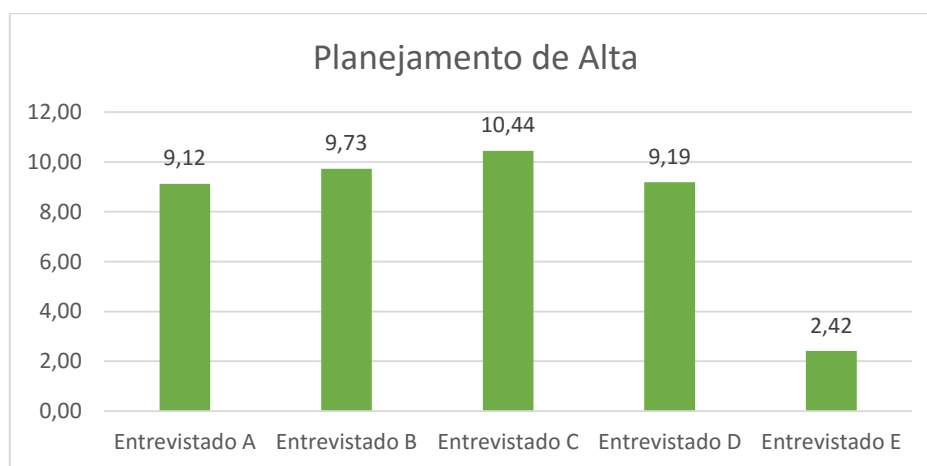
### **Descrição: Hospital E**

Durante a pesquisa, mais precisamente na fase da entrevista, o representante do Hospital E afirma que não há planejamento de alta e salienta que a previsão desse procedimento apresenta falhas, visto que a conduta médica pode ser alterada. O atraso na desocupação do leito é frequente.

Hospitais/variáveis	A	B	C	D	E
Previsão de alta	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Planejamento de alta	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Atraso na desocupação do leito	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

**Quadro 17: Planejamento/previsão de alta**  
**Fonte: Elaboração própria.**

Nota-se que, conforme prevê o décimo sétimo Quadro, que nenhuma das organizações pesquisadas trabalha com planejamento de alta, muito embora atuem com previsão de alta que, na maioria das vezes, não se efetiva da forma como foi prevista. O Planejamento, por sua vez, corresponde ao estabelecimento de um conjunto de providências a serem tomadas para uma situação futura, que é sempre diferenciada (OLIVEIRA, 2010). Percebe-se que os hospitais não vivenciam a etapa de planejamento da alta, situação que, além de impactar na desocupação, reduzindo a eficiência na gestão do leito, ainda exerce impacto em pacientes e familiares. O planejamento antecipado da alta aumenta a segurança do paciente e familiares (GONÇALVES, 2015).



**Gráfico 12: Planejamento de Alta**  
**Fonte: Elaboração própria.**  
**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Conforme observado no décimo segundo gráfico, tendo em vista a Subcategoria Planejamento de Alta, a organização que mais se destacou na participação foi a C (10,44%) e B (9,73%), respectivamente. A organização C, pode ter se destacado por

apresentar dificuldades no processo de alta, em razão de ser classificado como hospital-escola e de pequeno porte.

#### **4.4.3 Subcategoria (3) Protocolos clínicos**

- **Propriedade:** esta subcategoria compreende a existência de protocolos ou diretrizes clínicas nas organizações pesquisadas, bem como o auxílio na gestão do leito.

##### **Descrição: Hospital A**

A entrevistada A afirma que a organização possui alguns protocolos capazes de auxiliar na gestão do leito, embora ainda exista resistência da equipe médica.

*Sim. Protocolos clínicos auxiliam sim a gestão de leitos, mas aqui temos pouco, mas temos protocolos, por exemplo que já sei que do P.S o paciente vai direto para UTI. E isto me ajuda bastante. Pena que temos poucos. Ainda existe dificuldade de aceitação pela equipe médica. (ENTREVISTADO A, 2016)*

##### **Descrição: Hospital B**

Quando questionada sobre a existência de protocolos clínicos e a possibilidade de auxílio na gestão de leitos, a entrevistada afirma que, no hospital B, existem alguns protocolos, como TEP (Tromboembolismo Pulmonar), dor torácica e que eles auxiliam sim na gestão, visto que o protocolo direciona o encaminhamento do paciente e o tempo de internação.

*Sim. Principalmente na porta do PA. Existe uma necessidade de liberação de leitos de forma ágil, porque eu preciso começar a medicar, e a indicação é que ele esteja no leito de UTI. Então assim, eu só não vou liberar se eu tiver cota, com todos os leitos travados de UTI. (ENTREVISTADO B, 2016)*

##### **Descrição: Hospital C**

O entrevistado C afirma que o hospital possui alguns protocolos, mas que a gestão do leito não faz uso destes documentos, uma vez que quem decide é o médico. A

organização possui, por exemplo, protocolo de revascularização, que define local da internação, bem como a média de permanência do paciente internado.

*O nosso e por especialidade, mas isso faz parte do plano terapêutico, foi recomendado pela própria JCI. Este protocolo é utilizado somente na visita médica a gestão de leitos acompanha mas nunca como norteador, quem decide é o médico. (ENTREVISTADO C, 2016)*

#### **Descrição: Hospital D**

O hospital D possui protocolos, porém, segundo o entrevistado, a equipe ainda não consegue efetivar a sua utilização, muito embora acredite no auxílio desta implantação no que tange à gestão de leitos.

*É a alta, não deveria ser, mas aí eu sei que tem protocolos clínicos aqui gerenciados também que o pessoal precisa fazer funcionar, mas aí, não sei te dizer explorar por que que não acontece, (ENTREVISTADO D, 2016).*

#### **Descrição: Hospital E**

O entrevistado E afirma que possui protocolos na instituição e que estes auxiliam na gestão do leito, porém o número de protocolos é insuficiente. A equipe médica é resistente aos protocolos, apesar considerar de extrema importância para o gerenciamento de leitos.

*Temos protocolo de revascularização com 10 a 14 dia de internação, então eu sei aonde internar o paciente e quanto tempo ele vai ficar. (ENTREVISTADO E, 2016)*

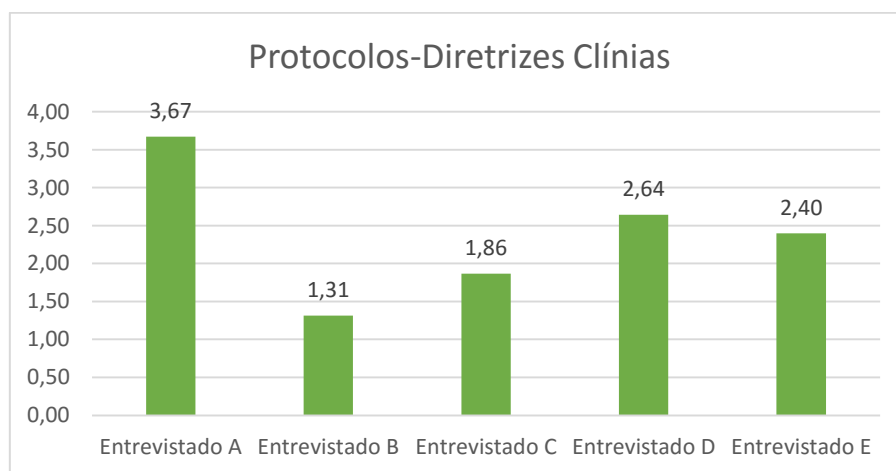
A maioria dos hospitais entrevistados possui protocolos/diretrizes clínicas, quatro, dos cinco entrevistados, afirmam que eles auxiliam na gestão do leito, porém existem em número insatisfatório e apontam a resistência médica como o principal fator para esta realidade.

Hospitais/variáveis	A	B	C	D	E
Possuem protocolos clínicos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Auxiliam na gestão do leito	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
Em número satisfatório	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

**Quadro 18: Protocolos Clínicos**

Fonte: Elaboração Própria

Todas as organizações pesquisadas, conforme aponta o décimo oitavo Quadro, sejam elas gerais ou especializadas e, independentemente do perfil de pacientes que atendam, possuem protocolos clínicos, porém em número insatisfatório. Somente em um dos hospitais especializados o entrevistado afirma que o documento não auxilia a gestão de leitos. A teoria demonstra que a implantação de plano e projeto terapêutico, voltado para as unidades de internação e de acordo com as patologias de maior prevalência, são tidos como alternativa para o planejamento da alta hospitalar, haja vista que, no momento da internação, são capazes de viabilizar a programação de alta (CAVALINE; MARTINELLI, 2014).



**Gráfico 13: Codificação por item e por subcategoria**

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Saída do NVivo11Pro.

Para a Subcategoria Protocolos Clínicos, a organização que mais se destacou na participação foi a A (3,67%) e D (2,64%), respectivamente. Esta primeira organização, se destacou durante a entrevista ao apontar a grande relevância dos protocolos clínicos como um facilitador do processo de internação.

#### **4.4.4 Subcategoria (4): Comunicação formal e visual.**

**Propriedade:** Esta subcategoria diz respeito à forma como as informações relacionadas à gestão de leitos são repassadas aos demais setores envolvidos, afim de agilizar o processo de desocupação do espaço, a fim de acolher outro processo de internação.

##### **Descrição: Hospital A**

A entrevistada A destaca a importância da comunicação da equipe como um todo, envolvendo médicos, enfermeiros e equipe administrativa. A comunicação formal, tal qual a visual, é de extrema importância. Trabalhar com painéis coloridos, e-mail com cores diferenciadas na UTI e nas unidades de internação ajudam a agilizar o processo de desocupação.

*[...] os andares já sabem se precisam ou não agilizar as altas [...] identificamos por cores. (ENTREVISTADO A, 2016)*

##### **Descrição: Hospital B**

A entrevistada B afirma que a comunicação é fundamental para uma gestão eficiente de leitos, como por exemplo, informar a todos por meio de avisos no celular, e-mail, sempre informando como está a ocupação do hospital, para que seja possível agilizar o processo de desocupação. Também é necessário cobrar a manutenção para liberar o leito que está parado. Reuniões também são muito importantes, os indicadores são informados a todos os responsáveis pelos setores envolvidos, que são conscientizados sobre a dinâmica do processo de desocupação e reocupação, todavia não destaca a comunicação visual, por cores.

*A cada mês e meio eu tenho reunião de equipe, e na reunião de equipe todos os indicadores de todas as áreas são vistos, por todos os colaboradores. Então eu acho que assim, o primeiro passo foi fazer eles entenderem que mapear era importante (ENTREVISTADO B, 2016).*

### **Descrição: Hospital C**

O entrevistado C relata que a comunicação é fundamental, principalmente em hospitais-escola, com grandes equipes de residentes que fazem com que o planejamento da ocupação não seja efetivo.

*O médico com a equipe de residentes e equipe multiprofissional que passa visita e somete depois desta visita e que conseguimos ter noção das altas para fazer planejamento. (ENTREVISTADO C, 2016)*

### **Descrição: Hospital D**

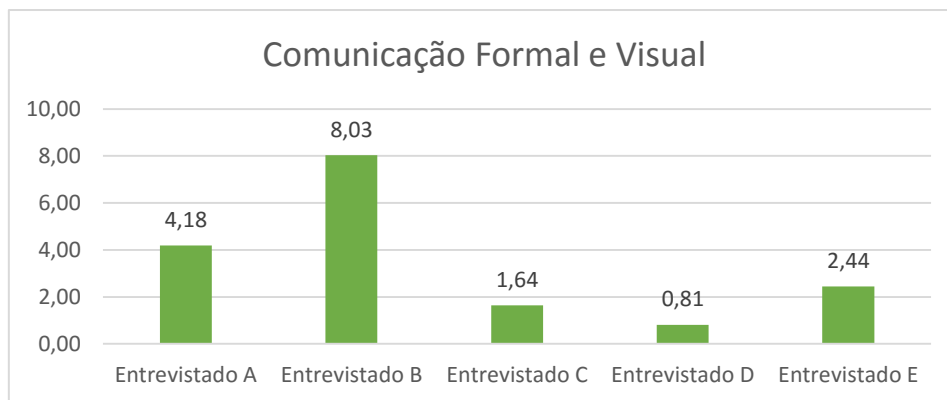
A entrevistada D indica que a comunicação é fundamental para uma gestão eficiente de leitos. A comunicação acontece basicamente por meio de reunião diária com a equipe multiprofissional.

*A gente tem uma reunião de leitos, pela manhã, onde a gente entra em contato com o posto de enfermagem e o médico e pergunta quais são as previsões de alta, em torno de 9h30min, 9h40min, que meus médicos começam a passar nos leitos [...]* (ENTREVISTADO D, 2016)

### **Descrição: Hospital E**

O entrevistado representante do Hospital E afirma que a comunicação é fundamental e que, nesta instituição, os apartamentos ficavam fechados por vários dias em razão de uma simples falta de pilha no controle remoto. A informação não chegava para quem deveria chegar.

*[...] O quarto ficava fechado dias porque faltava a pilha no controle remoto, ou faltava apertar um parafuso, então a gestão de leitos teve que tomar a frente e ir ajustando. Tenho até hoje na minha gaveta ferramentas básicas como uma chave de fenda, por exemplo* (ENTREVISTADO E, 2016)

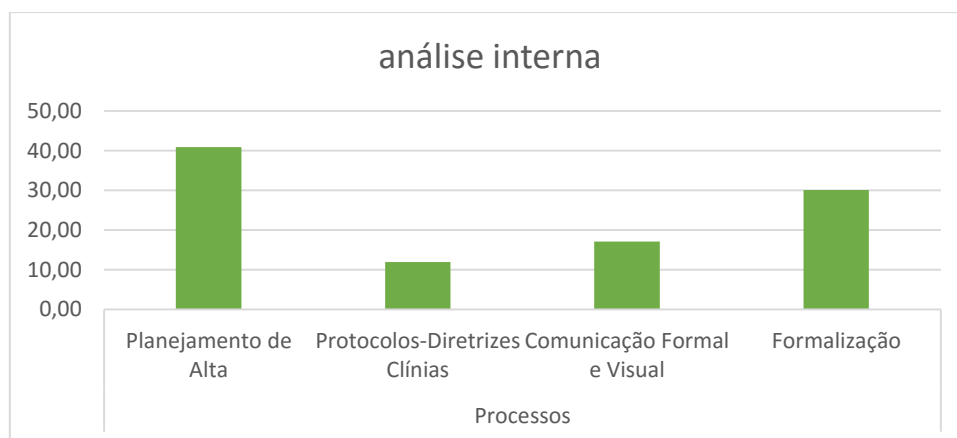


**Gráfico 14: Comunicação Formal e Visual**

**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Para esta subcategoria (Comunicação Forma e Visual), observada no décimo quarto gráfico, o entrevistado B (8,03%) se destacou em função de trabalhar com vários aspectos da comunicação visual, tais como SMS e reuniões periódicas com a equipe multiprofissional. Destacou ainda a importância da colaboração da equipe multiprofissional reforçando a necessidade da participação do médico neste processo.



**Gráfico 15: Análise interna das subcategorias relacionadas prática de Gerenciamento de Recursos.**

**Fonte: Elaboração própria.**

**Nota: Saída do NVivo11Pro.**

Observa-se que, no décimo quinto Gráfico, após finalizar a análise da Categoria Processo, os entrevistados relacionaram como variável de maior relevância para a gestão de leitos e Planejamento de Alta (40,0%), seguida da Formalização dos Processos (30,0%), enquanto os protocolos/diretrizes clínicas apresentaram o menor percentual (11%).



CATEGORIAS	VARIÁVEL DE MAIOR RELEVÂNCIA
Características Estruturais da Prestação de Serviços	Estrutura Hospitalar
Práticas de Gerenciamento de Recursos	Planejamento da Ocupação
Processos	Planejamento de Alta

**Quadro 19: Principal Variável Interna por Categoria**  
**Fonte: Elaboração própria.**

As variáveis de maior relevância, dentro de cada uma das categorias, foram a Estrutura Hospitalar, Planejamento da Ocupação e Planejamento de Alta.

#### 4.5 Análise Geral das Subcategorias

O processo de codificação resulta em um sistema de categorias definidas, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) agrupados sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos (Bardin, 2009), constituindo o processo denominado de categorização. Estes critérios, na visão de Bardin (2009), podem ser semânticos (categorias temática), sintáticos (verbos e adjetivos) ou léxicos (de acordo com o sentido das palavras).

A décima quarta Figura demonstra o agrupamento gerado pelo *software NVivo11Pro*



**Figura 14: Mapa de Cluster das Subcategorias**  
**Fonte: Saída NVivo11Pro**

Face aos resultados da análise de *cluster* relativos às subcategorias, de acordo com a décima quarta Figura, verifica-se que, no que tange à similaridade de sequência de palavras, no *cluster* Planejamento de Alta e Planejamento da Ocupação de leitos, há uma

estrutura de articulados semelhantes entre si e, pela proximidade, apresentam forte correspondência, possuindo uma relação com a tecnologia da informação. Por meio dos indicadores apresentados, nesta tese, percebe-se que a organização D possui melhores resultados vinculados à gestão do leito e o diferencial tecnológico está diretamente relacionado ao planejamento de ocupação e alta, conforme demonstrado na imagem. A tecnologia de informação é uma ferramenta capaz de ajudar os funcionários a realizar tarefas de forma mais fácil, bem como quando se pretende elevar a eficiência organizacional (VRIES & HUIJSMAN, 2011). Na sequência, observada na imagem, a conscientização da equipe e a comunicação podem assumir tanto um caráter formal como informal.

Com relação ao *cluster* Meta, percebe-se que este se distancia dos demais, fator que merece destaque visto que, dentre as organizações estudadas, exceto a B, não há o compartilhamento das metas do setor de gestão de leitos com a equipe multiprofissional. Em contrapartida, afirmam que a gestão de leitos é um trabalho que envolve a equipe como um todo, pois caso este setor resolva trabalhar de forma isolada, não conseguirá fazer gestão do leito. Logo, se faz necessário que as organizações estudadas estabeleçam uma política de disseminação das metas do setor, reforçando a importância da conscientização de todos os colaboradores.

Os *Clusters* Autonomia e Protocolos/Diretrizes Clínicas também se encontram distantes do Planejamento da Ocupação do Leito e Planejamento de Alta, apresentando baixa correspondência para este estudo. Algumas organizações não possuem autonomia a ponto de decidir sobre a ocupação do leito. Entremedio a todas as organizações estudadas, afirmam possuir poucos protocolos clínicos, muito embora estes processos auxiliem na gestão do leito, no sentido de direcionarem o local adequado para a internação de determinada patologia, bem como o número de dias de internação.

**Tabela 11: Correlação Nós de Cluster**

Nó A	Nó B	Coefficiente de correlação de Pearson	Aferição de similaridade	
Nós\\Processos\\Planejamento de Alta	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Planejamento da Ocupação do Leito	0,93	Forte positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de	Nós\\Processos\\Comunicação Formal e Visual	0,90	Forte positiva	

Recursos\Planejamento da Ocupação do Leito				
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\Tecnologia da Informação	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\Planejamento da Ocupação do Leito	0,89	Forte positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\Planejamento da Ocupação do Leito	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\Estrutura Hospitalar	0,89	Forte positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\Tecnologia da Informação	Nós\\Processos\Planejamento de Alta	0,89	Forte positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\Indicadores	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\Estrutura Hospitalar	0,88	Forte positiva	
Nós\\Processos\Planejamento de Alta	Nós\\Processos\Comunicação Formal e Visual	0,88	Forte positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\Planejamento da Ocupação do Leito	Nós\\Processos\Formalização	0,88	Forte positiva	
Nós\\Processos\Formalização	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\Estrutura Hospitalar	0,88	Forte positiva	
Nós\\Processos\Planejamento de Alta	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\Indicadores	0,88	Forte positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\Planejamento da Ocupação do Leito	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\Indicadores	0,88	Forte positiva	
Nós\\Processos\Planejamento de Alta	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\Conscientização da Equipe	0,87	Forte positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\Planejamento da Ocupação do Leito	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\Conscientização da Equipe	0,87	Forte positiva	
Nós\\Processos\Planejamento de Alta	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\Estrutura Hospitalar	0,87	Forte positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\Indicadores	Nós\\Processos\Formalização	0,86	Forte positiva	
Nós\\Processos\Planejamento de Alta	Nós\\Processos\Formalização	0,86	Forte positiva	

Nós\\Processos\\Formalização	Nós\\Processos\\Comunicação Formal e Visual	0,86	Forte positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Estrutura Hospitalar	Nós\\Processos\\Comunicação Formal e Visual	0,85	Forte positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Tecnologia da Informação	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Conscientização da Equipe	0,85	Forte positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Estrutura Hospitalar	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Conscientização da Equipe	0,85	Forte positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Tecnologia da Informação	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Estrutura Hospitalar	0,84	Forte positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Tecnologia da Informação	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Indicadores	0,84	Forte positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Conscientização da Equipe	Nós\\Processos\\Comunicação Formal e Visual	0,84	Forte positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Tecnologia da Informação	Nós\\Processos\\Comunicação Formal e Visual	0,83	Forte positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Indicadores	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Conscientização da Equipe	0,83	Forte positiva	
Nós\\Processos\\Formalização	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Conscientização da Equipe	0,82	Forte positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Indicadores	Nós\\Processos\\Comunicação Formal e Visual	0,82	Forte positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Tecnologia da Informação	Nós\\Processos\\Formalização	0,82	Forte positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Infraestrutura Física e Recursos Humanos	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Conscientização da Equipe	0,81	Forte positiva	

Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Infraestrutura Física e Recursos Humanos	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Estrutura Hospitalar	0,80	Forte positiva	
Nós\\Processos\\Protocolos-Diretrizes Clínicas	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Estrutura Hospitalar	0,79	Moderada positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Tecnologia da Informação	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Infraestrutura Física e Recursos Humanos	0,79	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Planejamento de Alta	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Infraestrutura Física e Recursos Humanos	0,79	Moderada positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Infraestrutura Física e Recursos Humanos	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Indicadores	0,78	Moderada positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Planejamento da Ocupação do Leito	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Infraestrutura Física e Recursos Humanos	0,78	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Protocolos-Diretrizes Clínicas	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Indicadores	0,77	Moderada positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Infraestrutura Física e Recursos Humanos	Nós\\Processos\\Formalização	0,76	Moderada positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Infraestrutura Física e Recursos Humanos	Nós\\Processos\\Comunicação Formal e Visual	0,76	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Protocolos-Diretrizes Clínicas	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Conscientização da Equipe	0,75	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Protocolos-Diretrizes Clínicas	Nós\\Processos\\Formalização	0,75	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Protocolos-Diretrizes Clínicas	Nós\\Processos\\Planejamento de Alta	0,74	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Protocolos-Diretrizes Clínicas	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Planejamento da Ocupação do Leito	0,74	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Protocolos-Diretrizes Clínicas	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Infraestrutura Física e Recursos Humanos	0,73	Moderada positiva	

Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Tecnologia da Informação	Nós\\Processos\\Protocolos-Diretrizes Clínicas	0,72	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Protocolos-Diretrizes Clínicas	Nós\\Processos\\Comunicação Formal e Visual	0,72	Moderada positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Infraestrutura Física e Recursos Humanos	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Autonomia	0,65	Moderada positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Conscientização da Equipe	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Autonomia	0,64	Moderada positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Metas	Nós\\Processos\\Comunicação Formal e Visual	0,64	Moderada positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Planejamento da Ocupação do Leito	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Metas	0,62	Moderada positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Estrutura Hospitalar	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Autonomia	0,62	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Planejamento de Alta	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Metas	0,61	Moderada positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Tecnologia da Informação	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Metas	0,59	Moderada positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Metas	Nós\\Processos\\Formalização	0,59	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Formalização	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Autonomia	0,58	Moderada positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Metas	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Conscientização da Equipe	0,58	Moderada positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Metas	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Estrutura Hospitalar	0,57	Moderada positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Indicadores	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Autonomia	0,57	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Protocolos-Diretrizes Clínicas	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Autonomia	0,56	Moderada positiva	

Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Metas	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Indicadores	0,56	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Comunicação Formal e Visual	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Autonomia	0,56	Moderada positiva	
Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Tecnologia da Informação	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Autonomia	0,55	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Planejamento de Alta	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Autonomia	0,54	Moderada positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Planejamento da Ocupação do Leito	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Autonomia	0,52	Moderada positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Metas	Nós\\Características Estruturais da Prestação de Serviços\\Infraestrutura Física e Recursos Humanos	0,50	Moderada positiva	
Nós\\Processos\\Protocolos-Diretrizes Clínicas	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Metas	0,47	Fraca positiva	
Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Metas	Nós\\Prática de Gerenciamento de Recursos\\Autonomia	0,38	Fraca positiva	

**Fonte: Saída NVivo11Pro.**

Na décima primeira Tabela, podemos novamente observar a forte correspondência entre planejamento de ocupação e planejamento de alta (0,93%), planejamento de ocupação e comunicação visual e formal (0,90%), planejamento de alta e comunicação verbal e visual (0,89), planejamento de ocupação e tecnologia da informação (0,89%). Pode-se citar algumas variáveis com baixa correspondência tais como autonomia e metas (0,38%), protocolos e metas (0,47%).



**Figura 15: Mapa de Cluster dos Hospitais**  
**Fonte: NVivo11Pro**

Apesar das diferenças entre as organizações estudadas, a análise dos *clusters* das organizações, observada na décima sexta Figura, possibilita verificar que a organização C foi agrupada em um *cluster* isolado. Trata-se da única organização, caracterizada como de pequeno porte, especializada e com grande volume de atendimento ao SUS, sendo, também, classificada como hospital-escola, além de ser a única, no estudo, que não possuía certificação de qualidade, no momento da entrevista.

Já as organizações A e E foram agrupadas em um *cluster*, indicando forte correspondência entre elas.

Estas organizações são classificadas como gerais, pois atendem pacientes com perfis semelhantes, entretanto a organização E também atende uma pequena parcela do SUS, caracterizada, portanto, de porte extra, já a primeira é de grande porte. Além disso, ambas possuem práticas semelhantes de gestão de leitos, visto que as lideranças compartilham estas práticas e acreditação ONA.

Conforme apresenta a décima sexta Figura, as organizações B e D formam o último *cluster*. Estes dois hospitais atendem clientes de alto poder aquisitivo e convênios diferenciados, localizam-se em regiões centrais, demonstram preocupação com o uso e apoio da tecnologia da informação, visto que possuem o MV sistemas, com módulo de gestão de leitos e módulo *Voice* como apoio (uma delas em fase de aquisição no momento da visita), além de possuírem creditações internacionais. Vale ressaltar que, neste caso, a classificação como geral e/ou especializado não interferiu no agrupamento do *cluster*. Diante disso, verificou-se que as práticas de gestão e os problemas identificados foram considerados como semelhantes.

**Tabela 12: Correlação dos entrevistados**

FONTE: A	FONTE B	COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE PEARSON	AFERIÇÃO DE SIMILARIDADE
Internas\\Entrevistado E	Internas\\Entrevistado A	0,95	forte positiva
Internas\\Entrevistado E	Internas\\Entrevistado C	0,94	forte positiva
Internas\\Entrevistado C	Internas\\Entrevistado A	0,94	forte positiva
Internas\\Entrevistado D	Internas\\Entrevistado B	0,91	forte positiva



Internas\\Entrevistado E	Internas\\Entrevistado D	0,83	forte positiva
Internas\\Entrevistado D	Internas\\Entrevistado C	0,83	forte positiva
Internas\\Entrevistado D	Internas\\Entrevistado A	0,83	forte positiva
Internas\\Entrevistado B	Internas\\Entrevistado A	0,78	moderada positiva
Internas\\Entrevistado E	Internas\\Entrevistado B	0,78	moderada positiva
Internas\\Entrevistado C	Internas\\Entrevistado B	0,78	moderada positiva

**Fonte: Saída NVivo11Pro**

Observa-se que, conforme apresentado na décima segunda Tabela, as organizações A/E possuem forte correspondência (0,95%), E/C (0,94%), C/A (0,94), D/B (0,91%), enquanto as organizações B/A (0,78%), E/B (0,78%), C/B (0,78) possuem correlação moderada.

O vigésimo Quadro apresenta uma síntese de todas as variáveis estudadas e, posteriormente, uma análise de semelhanças e contrapontos entre as organizações gerais e especializadas.

HOSPITAIS/ VARIÁVEIS	A	B	C		D	E
Infraestrutura física totalmente diferenciada para gestão de leitos e internação.	SIM	SIM	NÃO		NÃO	SIM
Infraestrutura física parcialmente diferenciada para gestão de leitos e internação.	NÃO	NÃO	SIM		SIM	NÃO
Recursos humanos parcialmente distintos para as duas áreas.	NÃO	NÃO	SIM		SIM	SIM
Recursos humanos totalmente distintos para as duas áreas.	SIM	SIM	NÃO		NÃO	NÃO
Hierarquia da gestão de leitos vinculada a Diretoria Administrativa.	SIM	SIM	SIM		SIM	SIM
Coordenação responsável pela gestão do leito.	SIM	SIM	SIM		SIM	SIM
Linha de cuidados específicos.	NÃO	SIM	NÃO		NÃO	NÃO
Autonomia total da gestão de leitos sobre o leito.	SIM	SIM	NÃO		SIM	SIM
Autonomia parcial da gestão de leitos sobre o leito.	NÃO	NÃO	SIM		NÃO	NÃO

Equipe médica ou de enfermagem no controle dos leitos.	NÃO	NÃO	SIM		NÃO	NÃO
Planejamento da ocupação dos leitos baseados na análise do mapa cirúrgico.	SIM	SIM	SIM		SIM	SIM
Estrutura física para espera de acompanhante pós-alta.	NÃO	NÃO	NÃO		NÃO	NÃO
Leitos de giro para agilizar o processo de internação.	SIM	SIM	NÃO		NÃO	NÃO
Prioridade para internação de paciente de OS.	NÃO	NÃO	NÃO		SIM	NÃO
Cancelamento cirúrgico por falta de leitos de UTI.	NÃO	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Dificuldades com o processo de desocupação do leito por motivos diversos.	SIM	SIM	SIM		SIM	SIM
UTI como um “gargalo” no processo de gestão de leitos.	SIM	SIM	NÃO		SIM	SIM
Solicitação de internação na UTI realizada pelo médico da unidade de internação ou P.S.	SIM	SIM	SIM		SIM	SIM
Sistema de T.I próprio	NÃO	NÃO	SIM		NÃO	SIM
Parceria com a MV sistemas	SIM	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Sistema TI atende as necessidades do setor.	NÃO	NÃO	NÃO		NÃO	NÃO
Adota planilhas eletrônicas paralelas para controle dos leitos.	SIM	SIM	SIM		SIM	SIM
Possui os processos de gestão de leitos formalizados, em sua totalidade.	SIM	SIM	NÃO		NÃO	SIM
É utilizado como um instrumento de integração e treinamento.	NÃO	NÃO	NÃO		NÃO	NÃO
Possui certificação de qualidade.	SIM	SIM	NÃO		SIM	SIM
Possui os processos de gestão de leitos parcialmente formalizados.	NÃO	NÃO	NÃO		SIM	NÃO
Previsão de alta.	SIM	SIM	SIM		SIM	SIM
Planejamento de alta.	NÃO	NÃO	NÃO		NÃO	NÃO
Atraso na desocupação do leito.	SIM	SIM	SIM		SIM	SIM
Possuem protocolos clínicos.	SIM	SIM	SIM		SIM	SIM
Auxiliam na gestão do leito.	SIM	SIM	NÃO		SIM	SIM
Em número satisfatório.	NÃO	NÃO	NÃO		NÃO	NÃO
Trabalho em equipe é fundamental para a gestão de leitos.	SIM	SIM	SIM		SIM	SIM

Unidades de internação tratada como unidade de negócio.	SIM	SIM	NÃO		NÃO	SIM
Importância do conhecimento das metas pela equipe multiprofissional.	SIM	SIM	SIM		SIM	SIM
Divulgação total das metas para a equipe multiprofissional.	SIM	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Divulgação parcial das metas para a equipe multiprofissional.	-----	----- -	SIM		----- -	SIM

**Quadro 20:** Variáveis analisadas no estudo, semelhanças e contrapontos entre os hospitais gerais e especializados.

**Fonte:** Elaboração própria.

**Nota:** notação em cores para facilitar a identificação.

- Semelhanças entre os hospitais gerais
- Semelhanças entre todos os hospitais
- Semelhanças entre os hospitais especializados

Com relação às semelhanças entre os hospitais gerais, percebe-se que a infraestrutura física apresentada pelas organizações apresentam-se totalmente diferenciada no que tange à gestão de leitos e internação, uma vez que não possuem equipe médica ou de enfermagem no controle dos leitos e sim equipe administrativa, possuem autonomia total da gestão de leitos, o paciente de P.S não é prioridade para internação, a UTI é um “gargalo” no processo de gestão de leitos, seus processos de gestão de leitos são formalizados, muito embora possuam certificação de qualidade. Também apresentam protocolos clínicos que auxiliam na gestão do leito e suas unidades de internação são tratadas como unidade de negócios.

As semelhanças entre os hospitais especializados apontam que há, neles, a presença de infraestrutura parcialmente diferenciada, no que tange a gestão de leitos e internação, assim como os recursos humanos. Estes hospitais não trabalham com linhas de cuidados específicos e não possuem leitos de giro capazes de agilizar a internação, além de não possuírem todos os processos formalizados relacionados à gestão de leitos.

Dentro desse contexto, conclui-se que o grau de semelhança existente entre as cinco organizações hospitalares, independentemente das particularidades de cada uma compreendem: 1) gestão de leitos vinculada à diretoria administrativa, muito embora esteja submetida a uma coordenação específica; 2) O Planejamento da ocupação dos leitos. baseado no mapa cirúrgico, não possuem estrutura física específica capaz de dar suporte à espera de acompanhante no pós-alta; 3) Dificuldades com o processo de desocupação do leito decorrente de diversos motivos; 4) Solicitação de internação na UTI

realizada pelo médico da unidade de internação ou do P.S; 5) Sistema de tecnologia de informação não atende as necessidades do setor; 6) Adoção e compartilhamento de planilhas em paralelo, a fim de controlar os leitos; 7) Não utilização dos manuais do setor como instrumento de integração e treinamento. 8) Previsão de alta e não planejamento deste processo; 9) Atraso na desocupação dos leitos; 10) Existência de protocolos clínicos, porém em número insuficiente. 11) Centralização do trabalho em equipe para a gestão do leito.

Com relação às diferenças, percebe-se que um dos hospitais gerais trabalha com linhas de cuidados específicos, todavia somente um deles possui recursos humanos parcialmente distintos capazes de atuar nas duas áreas. Em relação aos leitos de giro, um dos hospitais gerais não dispõe dessa acomodação capaz de agilizar processos de internação. Observou-se que um dos hospitais gerais afirma ter cancelamento cirúrgico por falta de leitos de UTI. No que tange à presença da Tecnologia de Informação, dois dos hospitais gerais possuem parceria com a MV sistemas, entretanto um deles possui sistema próprio. Em se tratando da divulgação de suas metas à equipe multiprofissional, dois dos hospitais gerais compartilham dessa informação e, somente um deles faz a divulgação de forma parcial.

Quanto às diferenças entre os hospitais especializados, por sua vez, pode-se citar que somente um deles possui autonomia total na gestão do leito. Evidenciou-se que uma destas organizações apresenta equipe médica ou de enfermagem presente no controle dos leitos. Identificou-se também que em uma das organizações especializadas existe prioridade para internação de paciente de PS. Quanto ao cancelamento cirúrgico, decorrente da falta de leitos de UTI, foi possível detectar esse problema somente em uma das organizações especializadas, bem como a divulgação das metas do setor de gestão de leitos.

Percebe-se que existem mais semelhanças do que diferenças na gestão de leitos destas organizações. Dentre as trinta e sete variáveis elencadas, dezesseis são semelhantes nas cinco organizações, ou seja 43% das variáveis analisadas são semelhantes nas cinco organizações, independentemente de serem gerais, especializadas ou apresentando perfil diferenciado da clientela atendida. Já as semelhanças presentes nas organizações gerais totalizam 32%, quando analisados os Hospitais especializados, detectou-se o percentual de 21%. Em outra vertente, em relação aos contrapontos, observou-se um percentual de 46%, considerando-se os hospitais gerais e os especializados.

Pode-se observar que, apesar das zonas de similitudes, os resultados são diferentes e podem ser atribuídos às práticas de gestão adotadas por estas organizações. Vale destacar que o hospital D adota como prática de gestão brigada de alta (equipe de limpeza específica para agilizar os quartos de pacientes em alta); reunião diária com as equipes envolvidas na gestão do leito; priorizam internações de paciente de P.S em função da realidade do hospital; possuem autonomia total sobre o leito, possuem parceria com a MV sistemas acoplado ao módulo *Voice*, gerenciam todos os tempos que envolvem as etapas do processo de gestão do leito. Como citado, o hospital especializado D é o que apresenta melhores resultados e adota como prática a brigada de alta (equipe de limpeza específica capaz de agilizar os quartos de pacientes em alta); reunião diária com as equipes envolvidas na gestão do leito; priorização de internações de pacientes de P.S, em função da realidade do hospital; autonomia total sobre o leito, uma vez que a parceria com a MV sistemas acoplado ao módulo *Voice*, gerenciam todos os tempos gastos nas etapas do processo de gestão do leito. A organização que apresentou um resultado considerado insatisfatório foi identificada nessa pesquisa como Hospital A que, por sua vez, não consegue gerenciar todos os tempos gastos com os processos de gestão do leito, (estavam adquirindo o módulo *Voice* no momento da entrevista), e é a única, dentre as estudadas, que trabalha com linhas de cuidados específicos, ou seja cada andar possui um direcionamento do perfil de paciente a ser atendido, podendo dificultar o processo de internação.

O quadro vigésimo segundo apresenta variáveis relevantes na gestão de leitos. Todas foram apontadas pela teoria e confirmadas neste estudo.

DIMENSÃO	VARIÁVEIS	REFERÊNCIAS
<b>Práticas de gerenciamento de recursos</b>	Média de permanência/taxa de ocupação fora do padrão preconizado.	Jones (2009).
	Falta de times de especialistas em UTI para direcionar/autorizar esta internação.	Goddem, McCoy e Pollock (2009).
	Comunicação e conscientização da equipe multiprofissional.	Vries e Huijsman (2011).
	Setor de gestão de leitos não ser totalmente responsável pelos leitos hospitalares.	Jones (2009).

<b>Características estruturais da prestação de serviços</b>	Ausência de Apoio Tecnológico.	Kumar <i>et al.</i> (2008); Lin e Stead (2009); Gartner, Zwicker e Rodder (2009); Vries e Huijsman (2011).
	Falta de leitos de UTI.	Bell, Vaughan e Scott (2015).
<b>Processos</b>	Processo de desocupação/alta.	Goldem, McCoy, Pollock (2009); Hendy <i>et al.</i> (2013).
	Falta de conhecimentos dos tempos que envolvem o processo de gestão de leitos.	Araújo, Barros, Wanke (2014).
	Falhas na orientação de alta/ orientação de alta tardia.	Hendy <i>et al.</i> (2013).
	Metas estarem centralizadas na admissão e não na rotina de alta.	Araújo, Barros, Wanke (2014).
	Não trabalhar com “leitos de giro”.	Jones (2009).

**Quadro 21: Variáveis de maior incidência para a gestão de leitos**

Fonte: Elaboração própria.

As variáveis destacadas no vigésimo primeiro Quadro estão relacionadas basicamente às práticas de gerenciamento de recursos e aos processos, com exceção da falta de leitos em UTI e apoio tecnológico, que estão relacionados às características estruturais da prestação de serviços. No ambiente interno das organizações hospitalares é possível observar a influência dos ambientes externo e organizacional. É neste ambiente que recursos são convertidos em serviços prestados, por isso deve-se refletir sobre as práticas de gerenciamento de recursos (humanos, materiais, clínicos, financeiros entre outros), características estruturais da prestação de serviços vistas como instalações, equipamentos e mão de obra, além dos processos de tratamento, uma vez que estes interferem no desempenho e na eficiência das organizações (LA FORGIA; BERNARD, 2009).

ACHADOS DO ESTUDO			HOSPITAIS
Práticas de gerenciamento de recursos	Características estruturais da prestação de serviços	Processos	
		Ausência da implantação de linhas de cuidados	A
	Volume de Indicadores		A,B,C,D,E

	Reduzidos na gestão de leitos ou realizados, de maneira parcial, manualmente.		
Falta de análise histórica sobre indicadores epidemiológicos			A,B,C,D,E
		Paciente do P.S não ser prioridade para internação	B,C,E
Falta de conhecimento e clareza da estratégia organizacional			B, E
		Falta de análise das reservas de UTI e agendamento não efetuado pelo médico.	A,B,C,D
Ausência de protocolos assistenciais.			A, B, E
Falta de planejamento efetivo da ocupação dos leitos			C
		Falta de controle para encaminhamento de pacientes para Home Care	B
Não trabalhar os andares como unidades de negócios			A,B,E
		Ausência de brigada de alta	B
Trabalhar adequadamente a estratégia adotada pelo médico pois tem impacto direto na desospitalização			B
	Poder do médico		C,E
<b>Variável externa</b>			
Pequena base de formação administrativa da enfermagem			A, B

**Quadro 22: Mapeamento das dimensões e variáveis para a gestão de leitos observadas no estudo e não identificadas pela autora na literatura**  
**Fonte: Elaboração própria.**

No vigésimo primeiro Quadro, são apontados os achados do estudo, ou seja, variáveis que interferem na gestão de leitos e que não foram identificadas pela autora na revisão de sistemática de literatura.

Outra variável importante identificada no decorrer desse estudo foi demarcada pelo poder dos médicos dentro das organizações hospitalares. Em dois dos hospitais estudados (um hospital geral e outro especializado), foi evidenciado que este poder exerce impacto na gestão do leito, mas de maneira negativa. A literatura pontua que nos hospitais ocorrem tensões de natureza grupal e profissional, uma vez que os médicos, que têm muita dificuldade em repartir a sua autonomia, aceitar normas ou ouvir sugestões ou recomendações (GONÇALVES,1998).

Vale ressaltar que, no estudo, surgiu uma variável externa que interfere na gestão de leitos, de acordo com a organização A e B. Esta variável é referente à insuficiente formação administrativa da enfermagem. Estas organizações apontam que o baixo conhecimento administrativo da equipe de enfermagem dificulta a agilidade na liberação da alta, ou seja, no processo de desocupação do leito e, também, no processo de ocupação, devido à falta de conscientização de que leito desocupado representa negativo impacto financeiro na instituição. Como a formação é basicamente assistencial o administrativo deixa a desejar.



## 5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face ao objetivo proposto, pretendeu-se, durante toda a realização desse estudo, identificar quais variáveis relacionadas ao ambiente interno (prática de gerenciamento de recursos, características estruturais da prestação de serviços e processos) são relevantes no gerenciamento de leitos em organizações hospitalares. Conclui-se, portanto, que as variáveis encontradas estão relacionadas basicamente às práticas de gerenciamento de recursos, assim como aos processos, independentemente das características das organizações estudadas.

Retomando o estudo de La Forgia, Couttolenc (2009), entende-se que é no ambiente interno das organizações hospitalares que se observa a influência dos ambientes externo e organizacional, pois é neste ambiente que recursos são convertidos em serviços prestados. Por este motivo, deve-se pensar nas práticas de gerenciamento de recursos (humanos, materiais, clínicos, financeiros entre outros), nas características estruturais da prestação de serviços tais como instalações, equipamentos e mão de obra, além dos processos, uma vez que estes interferem no desempenho e na eficiência das organizações.

Três premissas foram levantadas no início desta tese: a **primeira** delas refere-se à gestão de leitos, coisa que, na prática, as pesquisas elucidaram o não alcance. Na **segunda premissa**, verificou-se que os hospitais encontram oportunidades de melhorias no planejamento da ocupação dos leitos. Já a **terceira premissa** aponta dados subjacentes à realidade brasileira, no sentido de afirmar que a maioria dos hospitais não possuem sistemas de informação adequados e capazes de viabilizar às necessidades da gestão de leitos.

Frente ao que foi pesquisado, pode-se concluir a eficiência (volume máximo de saídas para mesmo nível de entrada) está intrincada às diversas oportunidades de melhorias, principalmente em duas das três categorias propostas (Práticas de Gerenciamento de Recursos e Processos). E, na maioria das organizações estudadas, o suporte tecnológico apresentou-se falho, além da falta de leitos. Ressalta-se que estes dois últimos fazem parte da categoria Características Estruturais da Prestação de Serviços.

Com relação ao planejamento da ocupação dos leitos, percebe-se que a agenda cirúrgica é sempre priorizada, muito embora não seja considerada um dado estatístico de volume diário, semanal ou mensal de atendimento de pronto-socorro, nem tampouco chega a dar conta dos indicadores epidemiológicos desta porta de entrada para o

planejamento da ocupação. Uma variável que merece destaque corresponde à importância do planejamento de alta para uma desocupação mais ágil e segura tanto de pacientes como familiares, todavia o resultado dos estudos empreendidos nas organizações envolvidas, nessa pesquisa, evidencia a inexistência de planejamento de alta.

À luz da terceira premissa, observou-se que os gestores de leito necessitam de melhor suporte tecnológico, principalmente para o acompanhamento/ cronometragem de todos os tempos que envolvem cada uma das etapas do gerenciamento de leito (tempo para internação, tempo para alta, tempo de liberação do leito para higienização, tempo de higienização e composição do leito, entre outros), independentemente de possuírem sistemas próprios ou terceirizados.

Dentre os principais achados desta pesquisa, alocadas nas três **dimensões internas**, destacaram-se como principais as práticas de gerenciamento de recursos, além das características estruturais da prestação de serviços e processos, que, nesta pesquisa, foram capazes de nortearas categorias e subcategorias.

Em outra vertente, averiguou-se que as **práticas de gerenciamento de recursos** indicaram que, dentre os hospitais estudados, devem ser observadas questões relacionadas à falta de análise histórica sobre indicadores epidemiológicos; a falta de conhecimento e clareza da estratégia organizacional; a ausência de protocolos assistenciais, ou protocolos em volume insatisfatório; a falta de planejamento efetivo da ocupação de leitos, haja vista que os andares não podem ser trabalhados como unidades de negócio e a estratégia adotada pelo médico deve ser desempenhada de forma adequada, pois pode acarretar um impacto direto na desospitalização. Além disto, verifica-se a média de permanência/taxa de ocupação fora do padrão preconizado; volume de indicadores reduzidos na gestão de leitos ou realizados, de maneira parcial; falta de times de especialistas em UTI para direcionar/autorizar este tipo de internação (uma vez que é apontada como um “gargalo” no processo de gestão do leito); comunicação e conscientização da equipe multiprofissional; falta de compartilhamento das metas entre a equipe envolvida na gestão do leito; falhas na orientação de alta/ orientação de alta tardia, assim como de metas, por estarem centralizadas na internação e não na rotina de alta; paciente do PS não tem prioridade para internação; além do poder do médico dentro das organizações hospitalares.

Notou-se que as **características estruturais da prestação de serviços** apresentaram, de forma geral, a ausência de apoio tecnológico, falta de leitos de UTI e falta de leitos de giro para que seja possível dinamizar a internação

Em relação aos **processos**, observou-se algumas questões pertinentes às falhas interligadas à desocupação, implantação de linhas de cuidados, falta de análise das reservas de UTI e agendamento não efetuado pelo médico, falta de controle para encaminhamento de pacientes para *Home Care*, ausência de brigada de alta, tal qual também ficou evidente a falta de conhecimentos dos tempos que envolvem o processo de gestão de leitos. Cabe salientar que os hospitais munidos de processos formalizados de gestão de leitos são organizações acreditadas. Na dimensão do processo, vale destacar a importância do médico para que alta do paciente seja agilizada.

O resultado da pesquisa trouxe à tona a forma como a **dimensão externa** predominou na pequena base de formação administrativa da enfermagem, afetando diretamente a gestão de leitos.

Insta-se que a organização hospitalar é complexa em razão dos inúmeros processos assistenciais e administrativos executados de forma simultânea. Devido a sua complexidade, tal assertiva se justifica pela coexistência de inúmeros processos assistenciais e administrativos, como já dito, pelas diversas linhas de produção simultâneas aliada à fragmentação dos processos de decisão assistencial, além da presença de uma equipe multiprofissional imbuída de um elevado grau de autonomia (VECINA NETO, MALIK, 200).

Um dos processos críticos presentes tanto em hospitais públicos como privados se dá em razão do gerenciamento de leitos. Diante de tal premissa, esta pesquisa limitou-se em explorar um campo, atendo-se, apenas, aos dados colhidos em cinco hospitais privados, o que permitiu confrontar com os estudos empíricos realizados em periódicos nacionais e internacionais, a fim de realizar uma análise que pudesse mapear o processo de implantação dos setores de gerenciamento de leitos, permeando, portanto, a observação sob uma óptica alinhavada a perspectiva teórica/prática em busca de se evidenciar a necessidade de melhores resultados.

Como recomendações gerenciais, sugere-se que os gestores de leitos hospitalares formalizem todos os processos relacionados à gestão de leitos, dentre eles: partir do princípio baseado na necessidade de determinar critérios de desocupação alinhavados ao planejamento de alta; instituir leitos de giro para que seja possível dinamizar o processo de internação; compartilhar, entre os colaboradores, as metas e indicadores do setor;

desenvolver programas de conscientização capazes de envolver a equipe multiprofissional, incluindo a equipe médica em busca de uma gestão de leitos mais eficiente; comunicar diariamente a ocupação do hospital a todas as lideranças envolvidas neste processo ( andares, UTI, diretorias);estabelecer um padrão de controle das reservas de UTI, com acompanhamento mais efetivo dos indicadores, visto que a UTI normalmente é um “gargalo” no processo de gestão de leitos; estabelecer uma unidade de longa permanência para monitoramento constante da média de permanência; determinar processos e responsabilidades relacionadas ao encaminhamento de pacientes para *Home Care*; apontar a necessidade de se estabelecer ou ampliar o volume de protocolos clínicos, assim como trabalhar as unidades de internação como unidades de negócios. Ressalta-se também que o gestor de leitos deverá analisar os indicadores epidemiológicos de porta de entrada do pronto-socorro a ponto de considerar esta demanda, além de simplesmente analisar o mapa cirúrgico. Cabe complementar que é imprescindível que o responsável pela gestão de leito estabeleça uma equipe de limpeza como brigada de alta, ou seja, um grupo específico, dentre os funcionários da higienização, para agilizar os apartamentos com alta. Também se faz necessário o apoio da tecnologia, a fim de poder mapear todos os tempos relacionados a gestão deste setor.

A gestão de leitos nas instituições hospitalares pública e privada possuem características próprias e, tal fato evidencia a distinção subjetiva de sua natureza e processos administrativos. Nesse sentido, optou-se em verificar os processos dentro dos hospitais particulares (em função do recorte feito na realização dessa pesquisa), dentre os principais, destacou-se: processos de implantação, interface com outras áreas, gerenciamento de tempo, *softwares* utilizados, além de indicadores. As análises deste estudo conduziram a exemplos de como é possível iniciar ou aprimorar o gerenciamento de leitos, favorecendo não somente a rotina da instituição hospitalar, mas principalmente o cliente.

## **5.1 Limitações da pesquisa**

Esta pesquisa possui limitações características das abordagens qualitativas, tendo em vista a influência intrincada aos preconceitos e pressupostos do pesquisador nas descobertas e na análise dos dados coletados. Quanto à coleta dos dados primários, existem as limitações inerentes ao procedimento concretizado por meio de entrevistas, uma vez que permeia a possibilidade de omissão de fatos por parte do entrevistado,

cabendo ao entrevistador conduzir o processo cruzando informações relatadas com outras fontes, a fim de verificar a confiabilidade dos dados.

Ainda em relação aos participantes, foi entrevistado apenas um gestor de cada hospital selecionado para esse estudo. Contudo, buscou-se identificar o gestor-chave em relação ao objeto de estudo de cada hospital, no intuito de poder garantir o máximo de contribuições possíveis e de caráter indispensável diante do prosseguimento dessa pesquisa. Convém reforçar que esse estudo se restringe às opiniões de um único gestor por hospital, entretanto, a escolha foi feita com base no profissional que concentra a maior parte das decisões tomadas pela área correlata. Caso fossem determinados mais entrevistados por hospital tais como: equipe multiprofissional que trabalha na área de gestão de leitos, e ou áreas que interagem de alguma forma, poderiam existir outros norteamentos quanto ao direcionamento da pesquisa, haja vista ater-se somente ao perfil de liderança.

Nesse contexto, sabe-se que observação não-participante também está sujeita a distorções e seleções perceptivas, ou seja, o pesquisador pode atentar para aspectos ou informações que lhe pareçam mais interessantes naquele momento, ou que aparentemente venham a comprovar as suas suposições. A generalização dos resultados colhidos em outras organizações do setor, ou até mesmo direcionado para outras organizações que não sejam do mesmo setor, carece de ser considerada de maneira criteriosa.

## **5.2 Sugestões para futuras pesquisas**

Considera-se que o gerenciamento visa buscar a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima, todavia com segurança dentro dos critérios estabelecidos, uma vez que se almeja otimizar o tempo de espera para internação em busca de satisfazer clientes internos e externos do ambiente hospitalar. Nesse interim, dada a importância da temática em epígrafe, sugere-se que pesquisas futuras sejam realizadas em torno do tema, haja vista a sua relevância para a satisfação do cliente e para os resultados financeiros, conforme preconizam os modelos das instituições hospitalares pertencentes à rede particular de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABELHA, C.M.; GONÇALVES, A.A.; PITASSI, C. Estratégia de Operações em Serviços de Saúde: estudo de caso das operadoras de planos de saúde suplementar. *SIMPOI 2013* Disponível em:  
[http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013\\_T00028\\_PCN15262.pdf](http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T00028_PCN15262.pdf). Acesso em: 31.05.15.
- AJIMURA, Y.F. Pacientes de alta que permanecem dentro do hospital: quem são e por que permanecem? [*Dissertação de Mestrado*]. Fundação Getulio Vargas. Disponível em:  
[http://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/dissertacao\\_versao\\_final\\_fabio\\_0.pdf](http://gvsauade.fgv.br/sites/gvsauade.fgv.br/files/dissertacao_versao_final_fabio_0.pdf). Acesso em 02.01.17.
- ALAMO, S.T et al. Stragies for Optimizing Clinic Efficiency in a Community-based Antirretroviral. *Treatment Programme in Uganda*. 2013. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10461-012-0199-9#page-1>> Acesso em: 20.04.2015.
- ALSHAWI, M. *Rethinking IT in Construction and Engineering: Organizational Readiness*, New York, Taylor & Francis, 2007.
- AMMENWERTH, E.; ILLER, C.; MAHLER, C. IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study, *BMC Medical Informatics and Decision Making*, Vol. 6, pp. 1–13, 2005.
- ANHAP. *Livro Branco*. Caderno de Propostas. Disponível em:  
<http://anahp.com.br/publicacoes-anahp/livros/livro-branco-brasil-saude-2015-caderno-de-propostas>> Acesso em: 02.05.15.
- ANHAP. *Observatório*. 2013. Disponível em:  
<http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-anahp-2013>> acesso em: 02.05.15

ANAHP. *Painel Saúde em Números*. Disponível em: <http://anahp.com.br/produtos-anahp/produtos-exclusivos/painel-de-saude-anahp>. Acesso em: 27.12.2015.

ANS. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Caderno\\_informacao\\_saude\\_suplementar/2014\\_mes09\\_caderno\\_informacao.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2014_mes09_caderno_informacao.pdf). Acesso em: 02.06.2015

ANS. *Histórico*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 02.05.15

ANS. *Indicadores Hospitalares Essenciais*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude/monitoramento-da-qualidade-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/modulos-e-indicadores/qualiss-indicadores-hospitalares-essenciais-2013-14>> Acesso em: 29.02.16

ANVISA. BRASIL. *Ministério da Saúde*. Avaliação em serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/avalia/indicadores/index.htm#>> acesso em 9/06/2015.

ARONSSON, H., ABRAHAMSSON, M., & SPENS, K. Developing lean and agile health care supply chains. *Supply Chain Management: an international Journal*. 2011, v. 16(3), 176-183.

ARAÚJO, C.; BARROS, C. P.; WANKE, P. Efficiency determinants and capacity issues in Brazilian for-profit hospitals. *Health Care Management Science*, v. 17, n. 2, 126–138, 2014.

BARDIN, I. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta, 1994. 226 p.

BELL, D; VAUGHAN, L; SCOTT, I. Effectiveness of acute medical units in hospitals: a systematic review. *International Journal for quality in Health Care*. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/6/397>. Acesso em 20.04.15.

BHATTACHERJEE, A. Understanding information systems continuance: an expectation-confirmation model. *MIS Quarterly*, 25:351–370, 2001.

BITTAR, N.V.; OLIMPO, J. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.46, n.1, jan./mar, 2000.

BITTAR., N.V.;OLIMPO,J. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, v.30, n.1, 1996.

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

BRASIL. Constituição da República Federativa do 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em 12.05.16.

BRASIL Lei 8080 de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 05.04.16.

BRITO, M. J. M. *A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados em Belo Horizonte* [Tese]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

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.



BUSHELL, S.; MOBLEY, J.; SHELEST, B.. Discovering lean thinking at Progressive Healthcare. *The Journal for Quality and Participation*. USA: Copyright, v. 25, n. 2, p. 20-25, June 2002.

CAMPOS, Carla da Costa. 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.

CANDIDO, M. Disponível em:

<http://www.sindihospa.com.br/jornadahotelaria2014/palestras/MELISSACANDIDO.pdf>. Acesso em: 27.08.15

CAULLIRAUX *et al.* Componentização de Processos e de Sistemas: impactos metodológicos na implantação de sistemas orientado por processos. *XXIII ENEGEP*. Ouro Preto, 2003. Disponível em:

<http://www.intelligere.com.br/arquivos/componentiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20processos%20e%20de%20sistemas-%20impactos%20metodol%C3%B3gicos%20na%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20de%20sistemas%20orientados%20por%20processos2003.pdf>. Acesso em: 05.07.15

CAVALINE; MARTINELLI. Gestão de leito um desafio em um hospital público: relato de caso. *Qualihosp*. Disponível em:

[http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/QUALIHOSP\\_2015\\_COMPLETO\\_COM\\_LINK.pdf](http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/QUALIHOSP_2015_COMPLETO_COM_LINK.pdf). Acesso em: 30.11.16

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](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000021&script=sci_arttext)>. Acesso em: 02.05.2015.

CHANG, Ching-Sheng.; CHEN, Su-Yueh.; LAN, Yi-Ting. Motivating medical information system performance by system quality, service quality, and job satisfaction for evidence-based practice. *BMC Medical Informatics & Decision Making*. 12:135, p. 1-12, 2012.

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

CLARET, et al. Consequences for overcrowding in the emergency room of a change in bed management policy on available in-hospital beds. *Australian Health Review: A Publication Of The Australian Hospital Association*, 2015. *A Publication Of The Australian*. ISSN: 0156-5788, 2015.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 09.01.2017.

COSTA, P.E.; POLITANO, R.P. *Modelagem e Mapeamento: técnicas imprescindíveis na gestão de processos de negócios*. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008\\_TN\\_STO\\_069\\_496\\_11484.PD](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_TN_STO_069_496_11484.PD). Acesso em 12.05.15

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.

DABHOLKAR, P. A.; BOBBITT, L. M.; LEE, E. J. Understanding consumer motivation and behavior related to self-scanning in retailing - Implications for strategy and research on technology-based self-service. *International Journal of Service Industry Management*, 14:59–95, 2003.

DELONE, W. H., MCLEAN, R. E. Information Systems Success: The Quest for the Dependent Variable. *Information Systems Research*. 3:60–93, 1992.

DESPONT-GROS, C.; MUELLER, H.; LOVIS, C. Evaluating user interactions with clinical information systems: a model based on human–computer interaction models, *Journal of Biomedical Informatics*, Vol. 38, pp. 244–255, 2005.

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

EIRO, Y.N. Aplicação da Metodologia Lean em Saúde: um estudo de caso em serviços de Medicina Diagnóstico. [*Dissertação de Mestrado*]. Universidade de São Paulo. 2013.

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.

EISNHARDT, K.M. Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 1989; 14:523-50.

FALCÃO, P; REPETTO, S.; GELONESI, A. P. O Impacto do Gerenciamento de Leitos Baseado na Metodologia Lean Six Sigma. *Anais Qualihosp*, 2015. Disponível em: [http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/QUALIHOSP\\_2015\\_COMPLETO\\_COM\\_LINK.pdf](http://site.qualihosp.com.br/mac/upload/arquivo/QUALIHOSP_2015_COMPLETO_COM_LINK.pdf). Acesso em 12.08.2016.

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%2520286+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GZKzEa8XFN4J:www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php%3Fp_ndoc%3D207%26p_nanexo%3D%2520286+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br). Acesso em: 05.05.15

FLEMING, G, Hospital structure and consumer satisfaction. *Health Serv. Res.*, 16 (1):43-63, 1981.

FREZATTI, F.; BIDO, D. S.; CRUZ, A. P. C.; MACHADO, M. J. C. O Papel do Balanced Scorecard na Gestão da Inovação. *Revista de Administração de Empresas*. vol. 54 no. 4, p. 381-392, 2014, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020140404>

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.

GARTNER, R. I.; ZWICKER, R.; RODDER W. Investimentos em tecnologia da informação e impactos na produtividade empresarial: uma análise empírica à luz do Paradoxo da Produtividade. *Revista de Administração Contemporânea*. 13(3), 391-409, 2009.

GIANESI, Irineu G. N., CORRÊA, Henrique Luiz. *Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente*. 1ª Ed. São Paulo: Atlas, 1994. 240 p.

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](http://dx.doi.org/10.1258/jrsm.2008.080202)

GONÇALVES, A.A.; OLIVEIRA, F.J.M; LEITÃO, R.A. Gestão de Operações em Serviços. *SIMPOI*, 2006 Disponível em: [http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2006/artigos/E2006\\_T00075\\_PCN57772.pdf](http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2006/artigos/E2006_T00075_PCN57772.pdf)  
Acesso 31.05.15

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 2000. Disponível em: [http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590\\_S0034-75901998000100008.pdf](http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75901998000100008.pdf). Acesso em 20.03.2016

GONÇALVES, S.F.K. *O Gerenciamento de Leitos e a Atuação da Enfermagem*. In: Gestão de Serviços em Saúde: da estratégia à operação. Zanovelo, A.L. (org.) p. 207 – 224. São Paulo: Yendis, 2015.

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998. Disponível em: [http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590\\_S0034-75901998000100008.pdf](http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75901998000100008.pdf). Acesso em 20.03.2016.

GROVER, V.; KETTINGER, W.R. *Process Think: Winning Perspectives for Bussines in the Information Age*. Idea Group Inc.2000. Disponível em: [https://books.google.com.br/books/about/Process\\_think.html?id=3OcrP05hr4EC&hl=pt-BR](https://books.google.com.br/books/about/Process_think.html?id=3OcrP05hr4EC&hl=pt-BR) Acesso em: 09.10.2015.

GÜRSEL, G.; ZAYIM, N.; GÜLKESEN, K. H.; ARIFOGLU, A.; SAKA, O. A new approach in the evaluation of hospital information systems. *Turkish Journal of Electrical Engineering & Computer Sciences*. 22: p. 214-222, doi: 10.3906/elk-1110-15, 2014.

GUZMMAN, M. Sanchez. Indicadores. *Rev Inst Nal Gestão Hospitalar Enf Resp Mex* 2005;18 (2); 132-141.

GUILE,B. R.; QUINN, J. B. *Technology in Services. Policies for Growt Trade.and Employment*, Washington, D.C. National Academy Press, 1988, p.214.

HAMMER, M. & CHAMPY, J., *Reengenharia revolucionando a empresa em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência*.22º ed., Rio de Janeiro, Campus, 1994.

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.rcpjournal.org/content/12/4/320.full>. Acesso em: 20.04.15.

HANAEUS, A.; TOLIC, B. Technology and Logistics in Health Care Services a Case Study of Länssjukhuset Ryhov. *Jonkoping International Business school*. Master Thesis in Business Administration, 2015.

HEDGES, S.A. Group Interviewing. In: Walker, R *Applied Qualitative Research*. Goldershot: Grower, 1985, p.71-91.

HUANG J, Horowitz JL, Ma S. Asymptotic properties of bridge estimators in sparse high-dimensional regression models. *Annals of Statistics*. 2008;36:587–613. MR2396808.

IBGE. Estatística da Saúde: assistência médico sanitária.

<http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf> Acesso em: 28.02.16

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](http://www.bjhcm.co.uk). Acesso em: 02.04.15.

JURAN, J.M. *A qualidade desde o projeto*: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços. São Paulo: Pioneira, 1997.

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. *PubFacts. Scientific Publication Data*. Disponível em: <http://www.pubfacts.com/author/Krishantha+H+Jasinarachchi>. Acesso em: 12.0.2015.

- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. *Organização orientada para a estratégia: como as empresas que adotam o balanced scorecard prosperam no novo ambiente de negócios*. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.
- KEIZER, N. F.; AMMENWERTH, E. The quality of evidence in health informatics: how did the quality of healthcare IT evaluation publications develop from 1982 to 2005? *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 77, pp. 41–49, 2008.
- KEEGAN, D. P.; EILER, R. G.; JONES, C. R. Are your performance measures obsolete? *Management Accounting*, v. 70, n. 1, p. 45-50, 1989.
- KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. *Princípios de marketing*. 12. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- KUMAR, S.; SAWANSON, E.; TRAN, T. RFID in the healthcare supply chain: usage and application. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. v. 22(1), p. 67-68, 2008.
- LARIVIERI, M. Managing capacity of intensive care units. Disponível em: <https://operationsroom.wordpress.com/2011/03/31/managing-capacity-of-critical-care-units/>. Acesso em: 10.04.16.
- LÄKARTIDNINGEN. (2010, June 4). Patientsäker sjukvård kräver tillräckligt med vårdplatser. Retrieved 2015-02-12. Disponível em: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?sectionId=0&articleId=14523>>. Acesso em: 03.01.16.
- LA FORGIA, M.G.; COUTTOLENC, F.B. *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. 1º Ed. São Paulo: Singular, 2009.
- LATAS, J.; ROBERT, C. O hospital do século XXI. *Nota técnica publicada pela División de Investigación del Institute de La Empresa*. Madrid, v.16, n.2, p.24-41, 2000.
- LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber*. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 340p.

- LI, Y. N., TAN, K. C., XIE, M. Measuring web-based service quality. *Total Qual Manage*, 13:685–700, 2002.
- LIN, W.; STEAD, B. The Business value of information technology and inputs substitution: the productivity paradox. *Revised. Decision Support Systems*, v. 42 (2), p. 493-507, 2009.
- LOEB, J.M. The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, v.16, Supplement 1: pp. i5–i9, 2004.
- LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. *Serviços: marketing e gestão*. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.
- LYNCH, R. L.; CROSS, K. F. Measure Up - The Essential Guide to Measuring. *Business Performance*. London: Mandarin, 1991.
- MALIK A.M, SCHIESARI L.M.C. Qualidade e Acreditação. In: Vecina Neto G, Malik AM. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 1. p. 325-28.
- MALIK AM, SCHIESARI L.M.C. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. *Revista Saúde e Cidadania*. São Paulo, 1998.
- MÉDICI, André Cezar. *Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futura*. Planejamento e Políticas públicas, Brasília: IPEA, n. 4, p.83-98, dez. 1997.
- MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. pp. 19-51.
- 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. Portaria 1.631 /2015. *Parâmetros do SUS*. Disponível em: [file:///C:/Users/Claudia/Downloads/ParametrosSUS%20\(1\). pdf](file:///C:/Users/Claudia/Downloads/ParametrosSUS%20(1).pdf) Acesso em: 31.01.2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria 312 de 2002. Coordenação do Sistema de Informação. Disponível em: [https://www.google.com.br/?gws\\_rd=ssl#q=portaria+312+de+2002](https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=portaria+312+de+2002). Acesso em: 05.04.16.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 252p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Regulação do SUS. Portaria 1559. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso em: 04.07.16

MYERS, B. L., KAPPELMAN L. A., PRYBUTOK, V. R. A comprehensive model for assessing the quality and productivity of the information systems function: toward a theory for information systems assessment. *Inf Res Manage J*, 10:6–25, 1997.

NATIONAL AUDIT OFFICE. Inpatient admissions and bed management in NHS acute hospitals. [cited 2010 Jul. 21]. Available from: Disponível em: [http://www.nao.org.uk/publications/9900/inpatient\\_admissions\\_and\\_bed.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/9900/inpatient_admissions_and_bed.aspx). Acesso em: 05.05.15

NEELY, A.; MILLS, J.; PLATTS, K.; GREGORY, M.; RICHARDS, H. Performance measurement system design: Should process based approaches be adopted? *International Journal of Production Economics*, 46/ 47, 423-431, 2015.

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: 07/07/15.

PAIM, R. *et al.* *Gestão de processos: pensar, agir, aprender*. Porto Alegre: Bookman, 2009.

PAIM, R. *et al.* Engenharia de Processos de Negócios: aplicações e metodologias. *ENEGEP*, 2002. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002\\_TR10\\_1133.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002_TR10_1133.pdf)>. Acesso em: 06.06.2015

PAIM R. *et al.* O Sistema de saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf). DOI101016/S01406736(11)60054-8.

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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015). Acesso em 01.05.15.

PALMER, S.; TORGERSON, D. J. Definitions of Efficiency. *British Medical Journal*, v. 319, n. 7191, p. 1136, 1999.

PAN, Z. X., & Pokharel, S. Logistics in hospitals: a case study of some Singapore hospitals. *Leadership in Health Services*, 2007, 20(3), 195-207.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A., BERRY, L. L. A conceptual model of

- service quality and its implication for future research. *J Marketing*, 49:41–50, 1985.
- PARASURAMAN, A, GREWAL, D. The impact of technology on the quality- value-loyalty chain: a research agenda. *J Acad Marketing Sci*, 28:168–174, 2000.
- PARÉ, G., TRUDEL, M.C., JAANA, M., KITSION, S. Synthesizing information Systems Knowledge: a typology of literature reviews, *Information & Managente* 52(2): 183-199.
- PEDROSO, M.C. Um Modelo de Gestão Estratégica para Serviços de Saúde. [Tese] de Doutorado. Faculdade de Medicina da USP. Programa de Medicina Preventiva. São Paulo, 2010.
- 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.
- PESSOA, M.G.A *et al.* Rede Hospitalar Pública no Rio Grande do Norte: um estudo sobre a utilização dos leitos hospitalares por Região de Saúde. *Revista: Com. Ciências Saúde*, 2012; 22 (4):315-326.
- PERROCA, MG, Jericó Mde C, Facundin SD. 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). 2008;6(4):416-21. 16. Bitencourt RJ.
- 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.

QUEIROZ, S. A. C, ALBUQUERQUE, G. L., MALIK, A. M. Gestão Estratégica de Pessoas e Inovação; estudos de caso no contexto hospitalar. **R. Adm.**, São Paulo, v.48, n.4, p.658-670, out./nov./dez, 2013.

QSRINTERNATION. Products -Nvivo. Disponível em:  
[http://www.qsrinternational.com/products\\_nvivo.aspx](http://www.qsrinternational.com/products_nvivo.aspx)>. Acesso em: 02.02.2017.

RADNOR, Z. J.; Walley, P. Learning to walk before we try to run: adapting Lean for the public sector. *Public Money & Management*, 2008, v.28(1), 13-20.

RAINER JR, R.K.; CEGIELSKI, C.G. *Introdução a Sistemas de Informação*. Rio de Janeiro: Campus, 2012. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000147&pid=S1413-9936201400040000700009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000147&pid=S1413-9936201400040000700009&lng=en). Acesso em 20.08.16

RAMOS, W.A; MIYAKE, I. D. Desenvolvendo Indicadores de Produtividade e Qualidade em Hospitais: uma proposta de método. *Revista: Produto e Produção*, v.11, nº2, p.87-64, jun.2010.

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](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702014000100037&script=sci_arttext). Acesso em 01.05.2015.

SALAS, M.M. Diagrama de Barber y Johnson para el análisis de la gestión de la cama hospitalaria en Costa Rica. *Rev. Costarric. Salud Pública*, vol.22 n.1 San José Jan/Jun. 2013.

SALERNO, M. S. *Projeto de organizações integradas e flexíveis: processos, grupos e gestão democrática via espaços de comunicação-negociação*. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, L. C; VARVAKIS, G; GOHR, C. F. Por que a estratégia de operações de serviços deveria ser diferente? Em busca de um modelo conceitual. In: *XXIV Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP)*. Florianópolis, SC: ABEPRO, Nov, 2004. Disponível em:

[http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004\\_Enegep0703\\_1044.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2004_Enegep0703_1044.pdf).

Acesso em: 05/07/15.

SANTOS, P. R.; CAULLIRAUX, H.; CLEMENTE, R. Engenharia de processos: equipes, estrutura e conhecimentos para aprimoramento organizacional. In: *XXIII ENEGEP*, 2003. Disponível em:

[http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2003\\_tr0113\\_0749.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2003_tr0113_0749.pdf). Acesso em:

05.07.2015.

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

SCHIESARI, L.M.C. KISIL, M. A Avaliação da Qualidade em Hospitais Brasileiros. *Revista de Administração em Saúde*. V.5, nº 18, 2003.

SELAU, R.P.L; et al. Produção Enxuta no Setor de Serviços: caso do HOSPITAL DE Clínicas de PORTO ALEGRE HCPA. *Revista Gestão Industrial*. V.5º 1, p.122-140, 2009. Disponível em:

<https://periodicos.utfpr.edu.br/revistagi/article/view/218>. Acesso em: 12.04.15

SOUZA, B.P.D; TAYLOR, M.L.M.; ROCHA, V.L.L. Vol.13,n.4,pp.122-152 (Dez 2015 – Fev 2016) Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR BJSCR (ISSN online: 2317-4404) Openly accessible at

<http://www.mastereditora.com.br/bjscr>. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=d49125d4-d835-477b-9d3e-0871b6b455aa%40sessionmgr120&hid=125>. Acesso em

18.03.17

SOUZA, A. A.; XAVIER, A. G.; SILVA, S. D. G.; AYALA, L. C.; MOREIRA, F. R.  
Avaliação de Sistemas de Informação: Um Estudo em Organizações Hospitalares.  
*Revista Sociedade, Contabilidade e Gestão*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2012.

SOUZA, L. B., & PIDD, M. Exploring the barriers to lean health care implementation.  
*Public Money & Management*, 2011, v.31(1), 59-66.

SOUZA, C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Jan/fev. 2011. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf) >. Acesso em: 25.01.17

SINDHOSPA. Disponível em:  
<http://www.sindihospa.com.br/jornadahotelaria2014/palestras/MELISSACANDIDO.pdf>. Acesso em: 10.12.2015

SPILLER, E.S., PLÁ, D.; LUZ, J.F., SÁ, P.R.G., *Gestão de Serviços e Marketing Interno*. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

STATISTISKA CENTRALBYRÅN. Från folkbrist till åldrande befolkning. Retrieved 2015-02-12. Disponível em:  
[http://www.scb.se/sv/\\_/Hitta-statistik/Publiceringskalender/Visa-detaljerad-information/?PublObjId=2015](http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Publiceringskalender/Visa-detaljerad-information/?PublObjId=2015)>Acesso em: 03.01.16.

STRAUSS, A., CORBIN, J., 1998. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing. Grounded Theory. 2 ed. London, SAGE Publications.

SVERIGES Kommuner och Landsting. *Vårdrelaterade Infektioner – Framgångsfaktorer som förebygger*. Kombinera AB, 2014.

TAKASHINA, N. T. *Indicadores da Qualidade e do Desempenho*. Disponível em:  
<http://www.ubq-rj.com.br/artigos/iqid.htm>. Acesso em: 10 de nov. 2004.

TEIXEIRA, J. C.; NASCIMENTO, M. C. R.; ANTONIALLI, L. M. Perfil de estudos em Administração que utilizaram triangulação metodológica: uma análise dos anais do EnANPAD de 2007 a 2011. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 800-812, Oct, 2013.

TURBAN, E.; RANIER JR., R. K.; POTTER, R.E. *Introdução a sistemas de Informação uma abordagem gerencial*. Tradução Daniel Vieira. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000155&pid=S1413-9936201400040000700013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000155&pid=S1413-9936201400040000700013&lng=en).

TURNER, D ET AL. Prospects for progress on health inequalities in England in the post-primary care trust era: professional views on challenges, risks and opportunities. *BMC Public Health*;13: 274, 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/274>>. Acesso em: 20.04.2015

VARGO, Stephen L.; MORGAN, Fred W. Services in Society and Academic Thought: An Historical Analysis. *Journal of Macromarketing*, v.25, n.1, p.42-53, 2005.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400002&lng=pt&nrm=iso). Acessado em 12 de outubro de 2014.

VILLELLA, C. S. S. Mapeamento de processos como ferramenta de reestruturação e aprendizado organizacional. [*Dissertação em Engenharia de Produção*]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

VRIES, J.; HUIJSMAN, R. Supply chain management in health services: an overview. *Supply Chain Management: An International Journal*, 16(3), 159-165, 2011.

WARING, J. J., & BISHOP, S. Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance. *Social science & medicine*, 2010, v. 71(7), 1332-1340.

WILLIAMS, S.C.; SCHMALTZ, S.P.; MORTON, D.J.; KOSSS, R.G.; LOEB. J.M.

Quality of Care in U.S. Hospitals as Reflected by Standardized Measures, 2002–2004. *The New England Journal of Medicine*, n.353, pp.255-264, 2005.

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 20.04.15

YIN, R. K. *Case Study Research: Design and Methods* (Applied Social Research Methods). SAGE Publications, Inc. 5 edition (May 10, 2013), 2013.

ZAFAR, A *et al.* Cancelled elective general surgical operations in Ayub Teaching Hospital. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2007;19(3):64-6.



## **APÊNDICE**

### **QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AOS GESTORES DE LEITO**

#### **AMBIENTE INTERNO**

##### **CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

1. Qual o apoio tecnológico que o setor de gestão de leitos possui? Comente.
2. Quais os pontos positivos e negativos desta tecnologia?
3. Como é organizado o quadro de pessoal que compõem a gestão de leitos?
4. Qual a infraestrutura do serviço de gestão de leitos?
5. Qual a infraestrutura hospitalar?
6. Qual o apoio tecnológico que o setor de gestão de leitos possui? Comente.
7. Quais os pontos positivos e negativos desta tecnologia?
8. Como é organizado o quadro de pessoal que compõem a gestão de leitos?
9. Qual a infraestrutura do serviço de gestão de leitos?
10. Qual a infraestrutura hospitalar?

##### **PRÁTICAS DE GERENCIAMENTO DE RECURSOS**

1. Comente sobre a equipe multiprofissional e a gestão de leitos.
2. Quais os indicadores existentes para monitorar a gestão de leitos?
3. Qual o tempo médio para a internação de um novo paciente? E de pacientes de P.S?
4. Qual o percentual de pacientes que são transferidos para outro hospital por falta de vaga? Justifique.
5. Existem um acompanhamento das principais causas e do volume de interações advindas do P.S? Justifique.
6. De que forma o planejamento de leitos é realizado?
7. Qual a meta mensal estipulada para a taxa de ocupação?
8. Existe um monitoramento da média de permanência? - Existe gestão do paciente com alta permanência? Justifique.
9. Quem efetivamente controla os leitos hospitalares?

## **PROCESSOS**

1. Quais são os processos formais existentes com relação a gestão de leitos?
2. Existe planejamento de alta, elas são respeitadas? Justifique.
3. Ocorrem atrasos no processo de desocupação?
4. Comente como é realizada o planejamento de alta.
5. Existem protocolos clínicos nesta organização? Qual sua relação com a gestão de leitos.
6. Como ocorre o processo de admissão de pacientes na UTI?
7. De que forma compartilha as informações da gestão de leitos com os demais setores envolvidos neste controle?
8. Como ocorre o compartilhamento das metas do setor com as demais equipes envolvidas?
9. De que forma é garantida a uniformização do entendimento e da execução das rotinas?