



**AVALIAÇÃO POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS DE UM NÚCLEO DE GESTÃO DE LEITOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

*EVALUATION BY TRIANGULATION OF METHODS IN A BED MANAGEMENT CORE IN A PUBLIC HOSPITAL IN THE FEDERAL DISTRICT*

 **Bárbara de Paula Oliveira**

Mestre em Ciências e Tecnologias de Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS  
Brasília, Distrito Federal – Brasil  
[barbara.7.oliveira@gmail.com](mailto:barbara.7.oliveira@gmail.com)

 **Roberto José Bittencourt**

Doutor em Saúde Pública. Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS  
Brasília, Distrito Federal – Brasil  
[robertobittencourt0@gmail.com](mailto:robertobittencourt0@gmail.com)

**Resumo:** A gestão de leitos tem se mostrado como uma estratégia para gerir os leitos hospitalares de forma equânime e transparente (Brasil, 2017). O objetivo do presente estudo foi avaliar o grau de implantação do Núcleo de Gestão de Leitos de um Hospital Público do Distrito Federal através da análise de estrutura, processo e resultados e apresentar a percepção dos profissionais do núcleo em relação ao seu funcionamento. Os resultados mostram um grau de implementação parcial, médio (33,3%) com Taxas de Ocupação e Tempo Médio de Permanência abaixo do preconizado, um processo de trabalho sem desfecho comum, e a percepção dos profissionais de que não têm autonomia para tomar decisões referentes aos leitos. Este estudo de caso nos dá luz sobre como a gestão de leitos está acontecendo em um hospital público e permite refletir sobre as limitações que impedem que o trabalho seja executado em sua totalidade. Mesmo que haja profissionais comprometidos, é preciso considerar as esferas de poder que interferem na tomada de decisões e execução do trabalho.

**Palavras-chave:** Gestão de leitos. Regulação. Avaliação em saúde.

**Abstract:** Bed management has been shown to be a strategy for managing hospital in an equitable and transparent manner (Brazil, 2017). The objective of this study was to evaluate the degree of implementation of Bed Management Center of a Public Hospital of the Federal District through the structure, process and results and to present the perception of the professionals regarding this operation. The results show a partial degree of implementation (33,3%) with occupation rates and average time of stay below the recommended, a work process without common outcome, and the perception of professionals that they not have autonomy to make decisions referring to the bed management. This case study light on how bed management is happening in a public hospital and allows us to reflect on the limitations that prevent the work from being performed in its entirety. Even if there are committed professionals, it is necessary to consider the spheres of power that interfere with making decision and work execution.

**Key-words:** Bed management. Regulation. Health evaluation.

**Cite como**

*American Psychological Association (APA)*

Oliveira, B. P., Bittencourt, R. J. (2020, set./dez.). Avaliação por triangulação de métodos de um núcleo de gestão de leitos em um hospital público do distrito federal. *Rev. gest. sist. saúde*, São Paulo, 9(3), 406-432. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.16809>.



## Introdução

A transição demográfica, a tripla carga de doenças (Mendes, 2010) e a diminuição do número de leitos hospitalares (Negri Filho, 2016; Goldwasser et al., 2016; Fundação Oswaldo Cruz, 2019) são questões pertinentes no que concerne à gestão dos serviços de saúde atualmente, tanto para pensar na maneira como os serviços devem ser ofertados à população, como na qualidade do cuidado prestado, nos investimentos financeiros que serão feitos e na forma de fazer o melhor uso dos recursos existentes.

Uma forma de gerir os serviços de saúde, considerando-se o cenário de pouca oferta para muita demanda, seria por meio da regulação do acesso, pois esta permite operacionalizar, monitorar e avaliar a solicitação de consultas, procedimentos/exames e internações, de maneira justa, equânime e transparente, por meio do cumprimento de protocolos estabelecidos e uso dos Sistemas de Informação (SI) (Vilarins, 2010). No âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), o Complexo Regulador (CRDF) é a Unidade de Referência Distrital (URD) para todas as regiões de saúde, sendo responsável, entre outras coisas, pelo controle dos leitos de internação (Batista, Vilarins, Lima, & Silveira, 2019).

Para que haja uma interface entre a regulação central, exercida pelo CRDF, e a gestão hospitalar local, há um núcleo dentro do hospital responsável pela gestão dos leitos hospitalares (Brasil, 2017). No DF, esse núcleo é nomeado de Núcleo de Gestão da Internação (NGINT). De maneira geral, a gestão de leitos exerce a função de estabelecer e monitorar indicadores hospitalares, subsidiar discussões a respeito do perfil dos leitos hospitalares, fazer uso racional dos recursos hospitalares, praticar gestão das clínicas, acionar a rede de atenção à saúde para promover cuidado integral ao paciente e propor e atualizar os protocolos clínicos, terapêuticos e administrativos (Brasil, 2017).

Embora escassos, estudos e documentos nacionais reconhecem a gestão de leitos como uma ferramenta de gestão para o aprimoramento do desempenho hospitalar em diferentes dimensões (Anschau et al., 2017; Bittencourt, 2018; Evangelista, Barreto, & Guerra, 2008; Raffa, Malik, & Pinochet, 2017; Soares et al., 2017; Vilarins, 2010; Brasil, 2017). A diminuição do superlotação das emergências (Bittencourt & Hortale, 2009) e/ou a melhoria dos indicadores de desempenho, como o Tempo Médio de Permanência (TMP) e Taxa de Ocupação (TO) (Rodrigues & Juliani, 2015) são algumas estratégias para o aperfeiçoamento do desempenho hospitalar a partir da gestão de leitos. Entretanto, ainda não há uma padronização para a gestão de leitos de hospitais públicos brasileiros, e há poucos registros na literatura sobre



o grau de implantação dos núcleos de gestão de leitos, assim como as dificuldades e as potencialidades que envolvem o processo de fazer gestão de leitos.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar o grau de implantação do Núcleo de Gestão da Internação (NGINT) de um hospital público do Distrito Federal por meio da estrutura, processo e resultados e apresentar a percepção dos profissionais do NGINT em relação ao seu funcionamento.

## Método

Trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada por meio de um Estudo de Caso descritivo. A pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Programa (TCP) de pós-graduação *Latu Sensu* do Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS-DF).

O Estudo de Caso foi realizado em um hospital do Distrito Federal de grande porte (421 leitos) no Núcleo de Gestão de Internação (NGINT), por uma questão de conveniência e proximidade da pesquisadora com o local, no mês de agosto de 2019, e também em função do porte e perfil assistencial do hospital. O trabalho foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS, parecer de número 3.382.586.

Para atingir o objetivo da pesquisa, a avaliação foi feita com base na triangulação de métodos. Os três métodos utilizados foram observação participante (1), entrevistas semiestruturadas (2) e pesquisa quantitativa de dois indicadores (3). O primeiro método trata-se da observação participante, em que foram identificados os processos de trabalho do NGINT. Esses processos foram descritos e mapeados por meio do programa BizAgê, e devidamente avaliados e pontuados, a partir da Matriz de Julgamento ou Matriz Final de Avaliação (Alves, Natal, Felisberto, & Samico, 2010). Esta foi construída com indicadores de estrutura, processo e resultado elaborados a partir de documentos de referência que regem legalmente as atividades de gestão de leitos nos hospitais do DF, além de uma referência nacional (Ministério da Saúde – MS) a respeito de como implantar e implementar um Núcleo de Gestão de Leitos (NGL) no hospital. A seguir encontra-se a lista de documentos utilizados.

- a) Portaria n.º 16, de 13 de fevereiro de 2012. Cria a Coordenação Técnica de Gestão de Leitos do Distrito Federal (CTGL- DF) (Brasil, 2012);
- b) Portaria n.º 34 de 20 de fevereiro de 2014. Institui o Núcleo Gestor de Leitos (NGL) nos Hospitais da Rede de Atenção da SES/DF (Brasil, 2014);



- c) Manual de Implantação e Implementação do NIR – Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Ministério da Saúde. 2017 (Brasil, 2017);
- d) Portaria n.º 566 de 11 de junho de 2018. Padroniza e efetiva o SISLEITOS como o novo sistema informacional a ser utilizado para a regulação da internação em leitos de enfermagem das unidades hospitalares do SUS no Distrito Federal (Brasil, 2018);
- e) Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Capítulo III – das Superintendências de Regiões de Saúde. Seção I das unidades orgânicas comuns das superintendências de regiões de saúde. Art. 316. Competências dos Núcleos de Gestão da Internação – NGINT, unidades orgânicas de execução, diretamente subordinadas às Gerências Internas de Regulação. Publicada em 20 de dezembro de 2018 (Brasil, 2018).

O julgamento, segundo valor atribuído, ocorreu em três estratos em que o intervalo de 66,6% a 100% significa implantação satisfatória ou plena; de 33,3% a > 66,6% implantação parcial, média, e de 1% a > 33,3% implantação incipiente (Alves et al., 2010). Ao total foram selecionados 21 indicadores categorizados como “sim” ou “não” objetivando mostrar se determinadas ações eram ou não realizadas no NGINT. A Matriz de Avaliação será apresentada nos Resultados da Avaliação, conforme Quadro 1.

O segundo método empregado foi a realização de entrevistas, por meio de questionário de percepção semiestruturado, aos profissionais que atuam no referido NGINT. O questionário foi aplicado pela pesquisadora e gravado em mídia digital para posterior transcrição e análise dos dados. As entrevistas foram investigadas através da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), sendo assim transcritas, agrupadas e identificadas em núcleos do sentido extraído das falas dos entrevistados e agrupados de acordo com a unidade temática.

O terceiro método consistiu na pesquisa quantitativa, medindo dois indicadores fundamentais e únicos para definir a eficiência da Gestão de Leitos, o Tempo Médio de Permanência (TMP) e a Taxa de Ocupação (TO) do hospital nos anos de 2016, 2017 e 2018, obtidos a partir das planilhas de Excel elaboradas pelo próprio NGINT do hospital. Foram escolhidos esses dois indicadores devido à sua relação direta com a atuação da gestão eficiente de leitos operacionais de um hospital. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Brasil, 2012), o TMP representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital, estando relacionado com as boas práticas clínicas. A TO avalia o grau de utilização dos leitos operacionais e está relacionado ao intervalo de substituição



e média de permanência. O TMP é calculado pelo somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês dividido pelo número de saídas (somatório de altas, transferências externas e óbitos no hospital, no período de um mês). A TO é calculada pelo somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês dividido pelo somatório de leitos operacionais do hospital, no período de um mês.

Foram analisadas a TO e o TMP dos setores do hospital que são regulados pelo NGINT em alguma medida, são eles: Pronto Socorro (PS); Clínica Cirúrgica, Pediatria, Medicina Interna I e II (são leitos de internação de várias especialidades), Cirurgia Plástica e Unidade de Ginecologia (UGO) (ambos os leitos ficam fisicamente no mesmo andar do hospital). Foram calculados, por meio do Excel, a média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e variância do TMP e da TO, de cada ano para cada clínica.

Assim, o resultado da triangulação entre os três produtos da pesquisa — (I) o processo de trabalho real e devidamente consolidado, avaliado e pontuado; (II) os questionários com as ideias-chaves devidamente identificadas e; (III) a eficiência da gestão de leitos quantificada pelo TMP e a TO — permitiu fazer uma agregação da análise de estrutura, processo e resultado apreendendo as relações envolvidas para a efetivação das ações e compreensão de quais foram as visões dos atores envolvidos (Minayo, 2005).

A triangulação de métodos permite a investigação do tema pesquisado com base em diferentes perspectivas, reforçando uma análise conceitual mais aprofundada e com possibilidade de mais de uma interpretação, e assim, maior consistência nas considerações finais (Marcondes & Brisola, 2014). Como será apresentado a seguir, houve uma convergência entre os resultados encontrados nos diferentes métodos, o que fortalece o desfecho do Estudo de Caso realizado.

## Resultados

### *Processo de trabalho*

O Estudo de Caso permitiu, por meio da observação participante, mapear a estrutura e o processo de trabalho do NGINT. Em termos de estrutura, o NGINT conta com uma chefia de nível superior com carga horária de 40 horas semanais, e seis profissionais de nível médio com carga horária de 20 horas semanais. A infraestrutura do local é de uma sala, quatro mesas com quatro cadeiras, quatro computadores, um banheiro feminino (próximo à sala), um banheiro masculino (próximo à sala), mobiliário para guardar documentos, uma impressora e três quadros brancos para monitoramento do número de pacientes no PS e avisos.



Em relação ao processo de trabalho, as atividades envolvem: a administração da demanda por leitos a partir de quatro tipos de admissões: admissões a partir de cirurgias de urgência ou eletivas ou; a partir de altas da UTI; demanda por leito para pacientes que se encontram no PS ou ainda, demanda de outros hospitais da rede. A partir dessa demanda, o NGINT buscará pelos leitos nas enfermarias do hospital. Assim, o paciente aguardará o leito ou ser admitido no leito. O leito, então, será ocupado, e depois o paciente receberá alta ou poderá ir a óbito. Há quatro processos de trabalho no NGINT: (1) Processo de distribuição de vagas; (2) Processo de sistematização dos dados; (3) Processo de liberação/bloqueio dos leitos e (4) Processo de desospitalização dos pacientes. Todos serão descritos a seguir.

O Processo 1 nos mostra como acontece a distribuição dos leitos vagos no hospital. O NGINT apenas interfere na distribuição de leitos de alguns setores do hospital. O Centro Cirúrgico realiza cirurgias eletivas e de urgência; assim, o NGINT é responsável por alocar os pacientes provenientes dessas cirurgias nos leitos vagos nas enfermarias do hospital. Quando um paciente da UTI recebe alta, o NGINT também é responsável por buscar um leito vago para esse paciente. Isso pode ocorrer com o paciente estando na UTI do próprio hospital ou de qualquer outro da rede, se ele for da área de abrangência de sua Região de Saúde. O NGINT também busca leitos de internação para os pacientes que se encontram no PS e quando há demanda advinda de outros Hospitais da rede.

De modo geral, o NGINT recebe essas demandas diariamente e verifica no Sistema de Informação *Trakcare* quais os leitos que estão vagos, posteriormente contatando a chefia responsável por cada enfermaria para confirmar se o leito está de fato vago, pois nem sempre o *Trakcare* é fidedigno. Posteriormente pedem autorização para internar os pacientes. Assim que as enfermarias autorizam, é feita a internação dos pacientes. Para as cirurgias eletivas, outro núcleo que trabalha com o NGINT é acionado, o Núcleo de Internação e Admissão (NIA). O NIA é responsável por telefonar para os pacientes que farão cirurgia eletiva e avisar o horário que o paciente deve chegar ao hospital para realizar a cirurgia. O NIA também libera a alta dos pacientes no Sistema *Trakcare*.

Existe uma rotina na distribuição das vagas. As vagas de cirurgias eletivas são distribuídas preferencialmente no dia anterior à cirurgia, abrangendo casos onde é preciso internar 24 horas antes para realização da cirurgia. O hospital apenas realiza cirurgia eletiva de segunda à sexta-feira. As cirurgias de urgência têm prioridade de vagas nos leitos frente às eletivas. Quando há pedido de internação para pacientes que tiveram alta da UTI, essa vaga é prioridade frente às das cirurgias e tem o tempo de resolução de 24 horas, de acordo com a





Portaria n.º 713 de 2017 (Brasil, 2017). Depois que as vagas de cirurgias e UTI foram distribuídas, passa-se a buscar por leitos para os pacientes que se encontram no PS. Quando outros hospitais da rede demandam leitos para o NGINT, este libera se houver vagas. O mapa do Processo 1 pode ser visto na Figura 1.

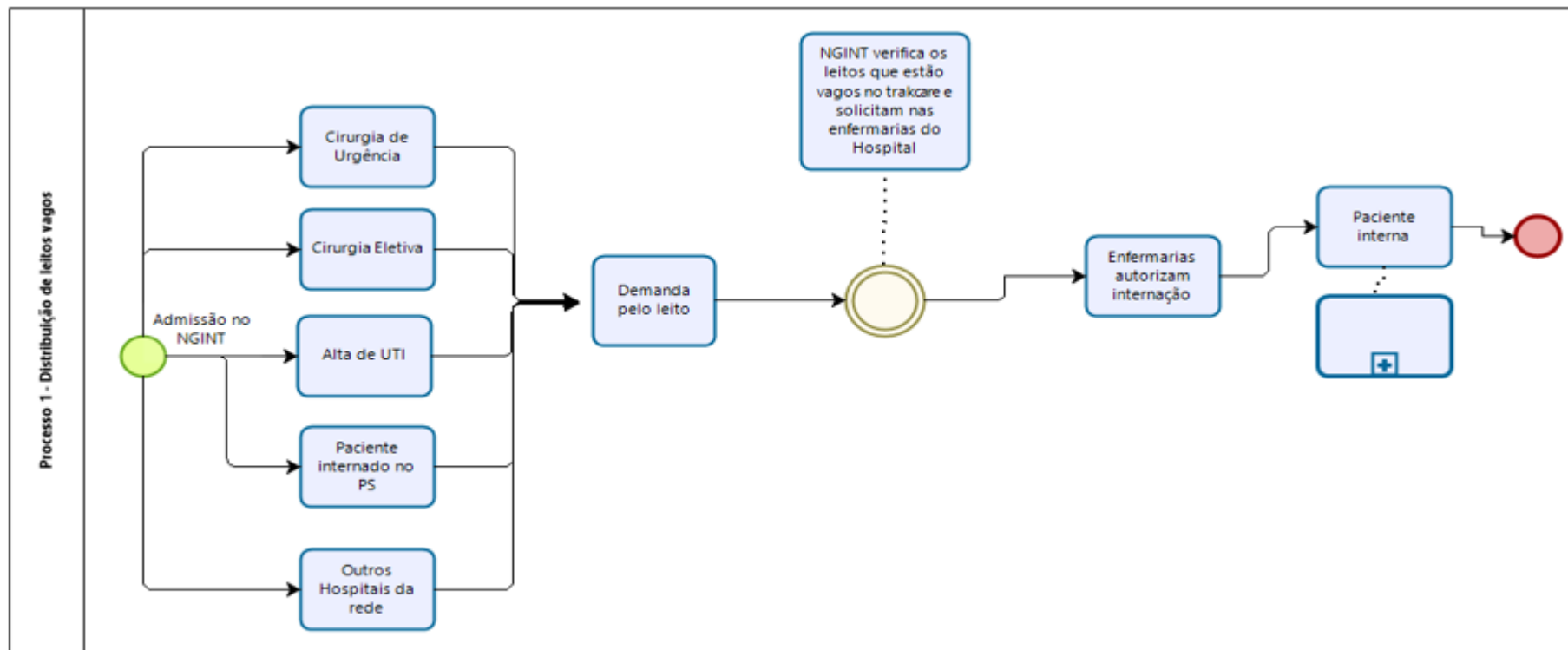
O Processo 2 é de sistematização dos indicadores que são monitorados pelo NGINT. Diariamente, cinco planilhas são preenchidas: (1) Indicadores Diários, usada para calcular o TMP e a TO; (2) Planilha da CERIH-DF elaborada por demanda da Central de Regulação Interna Hospitalar do DF (CERIH-DF), em que são enviados dados a respeito do número de vagas disponíveis em cada enfermaria do hospital, diariamente, duas vezes por dia; (3) Planilha de Registro de Reserva de Leitos para Cirurgias, em que é feito o registro de todas as cirurgias que foram realizadas no dia, tanto eletivas quanto de urgência; (4) Planilha do Censo, é usada para calcular o Total de Movimentações Diárias e sua média, e já prevê o número de pacientes que estarão internados no PS no dia seguinte; (5) Planilha do NIR, é um compilado com dados dos pacientes que estão no OS, e é usada nas reuniões semanais do NIR, descritas a seguir no Processo 4.

O Processo 3 de Liberação e Bloqueio dos Leitos se dá por meio da chefia do NGINT, que faz visita nas enfermarias às segundas, quartas e sextas-feiras para conferir, com os enfermeiros que estão de plantão, quais os leitos que estão bloqueados e por quê. Junto com a enfermagem o NGINT verifica se o leito permanecerá bloqueado ou poderá ser liberado, ou também bloqueia leitos, se houver necessidade. Os critérios para o bloqueio de leitos são acordados com a enfermagem e variam de enfermaria para enfermaria, de acordo com o entendimento da equipe de enfermagem.

O Processo 4 de Desospitalização, do qual o NGINT participa, está vinculado à reunião semanal intitulada de “Reunião do NIR”. Nessa reunião participam os responsáveis pelos setores do hospital que podem contribuir para desospitalização dos pacientes que se encontram no PS. São eles: Núcleo de Atenção Domiciliar (NRAD); Gerência de Enfermagem; Farmácia; Gerência de Assistência Multidisciplinar e Apoio Diagnóstico (GAMAD); Responsável Técnico da Clínica Médica; Gerência Interna de Regulação (GIR); o NGINT; Diretor do Hospital; Gerência do Serviço Social e Responsável Técnico da Cirurgia. O foco da Reunião do NIR é dar alta ou internar os pacientes do PS nas enfermarias, então, a partir da planilha e do *Trakcare*, são vistas as possibilidades de desospitalização.



Figura 1 – Processo 1 – distribuição de leitos va



Powered by  
**bizagi**  
Modeler

Fonte: Elaboração da autora.





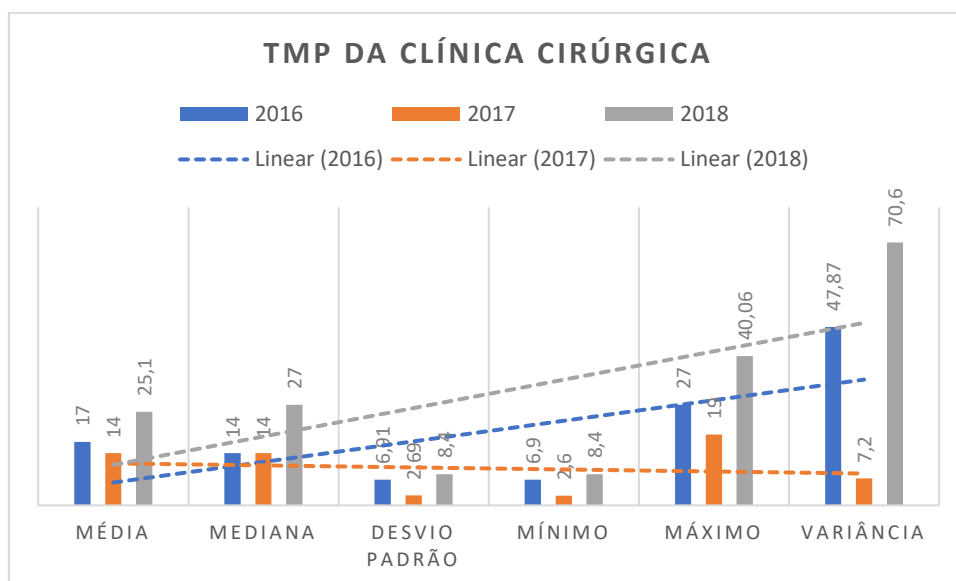


## Indicadores TMP e TO

Ao analisar os dados quantitativos referentes ao TMP e TO, foi possível notar que algumas enfermarias do hospital não atingem as metas esperadas segundo a ANS. O TMP ideal para hospitais de grande porte é de quatro a cinco dias, e a TO entre 80% e 85% (Brasil, 2012). Um TMP maior que sete dias está relacionado a um maior risco de infecção hospitalar (Brasil, 2012). Uma TO abaixo de 75% indica baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital. A utilização inadequada desse recurso pode indicar falha no planejamento do hospital ou inadequada articulação com a rede de serviços (Brasil, 2012).

Observando-se os gráficos 1 ao 6, ilustrados a seguir, vemos que o TMP de todas as enfermarias teve como média o mínimo de 17 dias, com exceção da Pediatria, que chegou a seis dias em 2016. Ao longo dos três anos analisados, houve queda e aumento da média em todas as enfermarias, mostrando através das linhas, que este comportamento oscilatório é uma tendência. Entretanto, o PS se manteve com uma média de nove dias e uma tendência a diminuir o TMP.

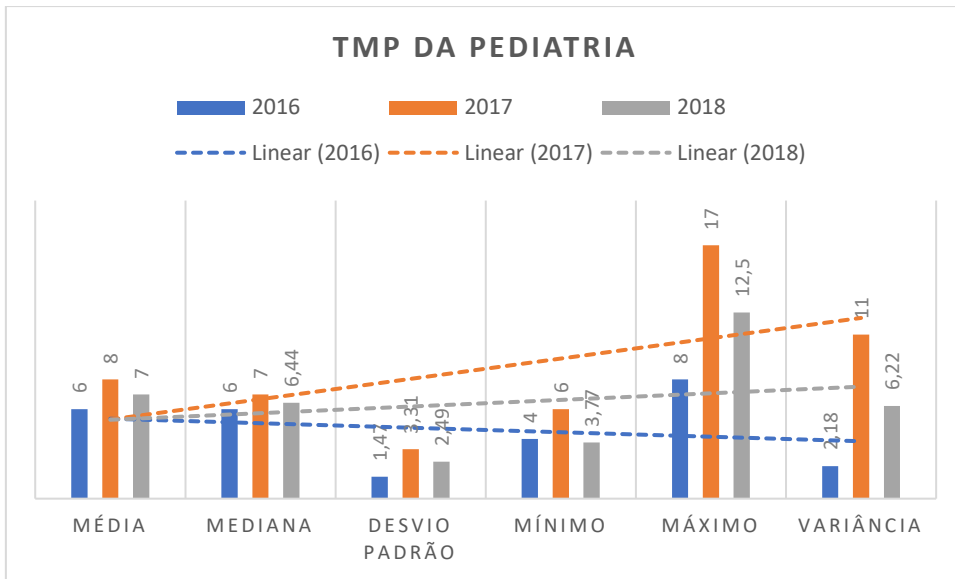
**Gráfico 1** – Tempo médio de permanência da clínica cirúrgica



Fonte: Elaboração da autora.

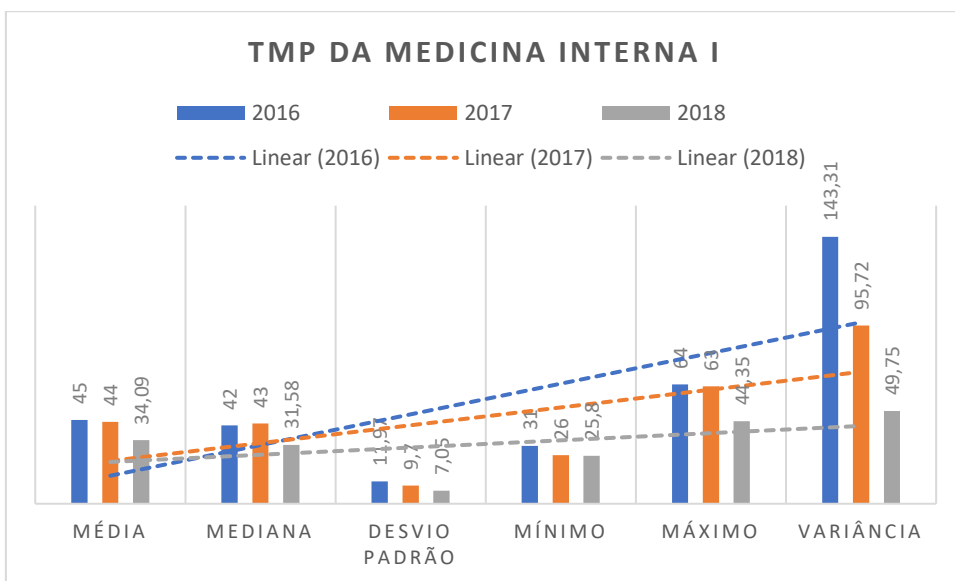


Gráfico 2 – Tempo médio de permanência da pediatria



Fonte: Elaboração da autora.

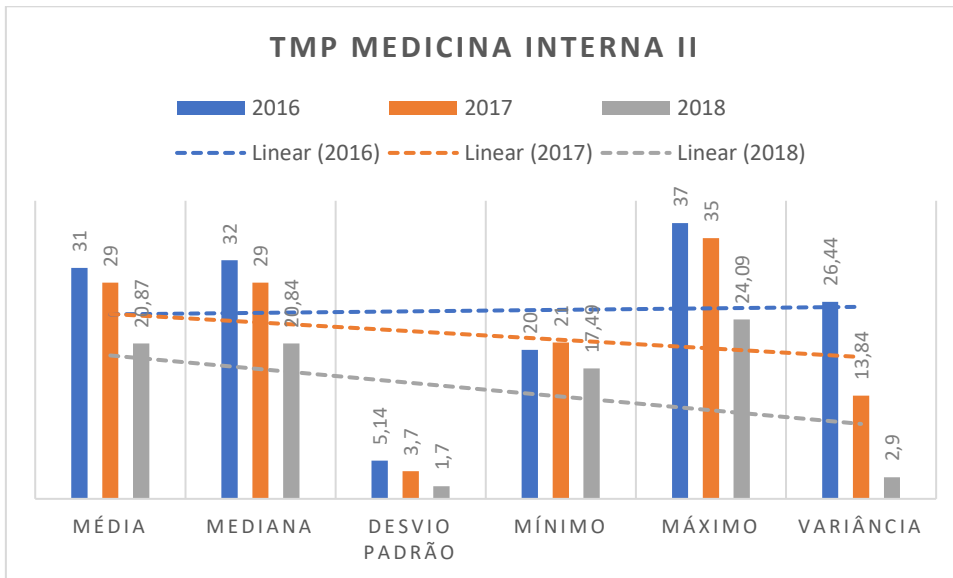
Gráfico 3 – Tempo médio de permanência da medicina interna I



Fonte: Elaboração da autora.

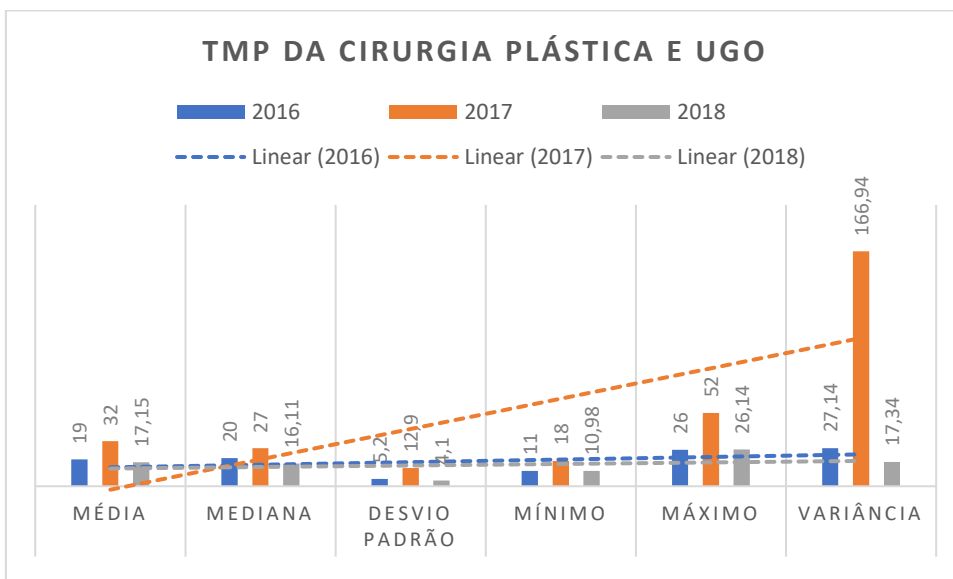


Gráfico 4 – Tempo médio de permanência da medicina interna II



Fonte: Elaboração da autora.

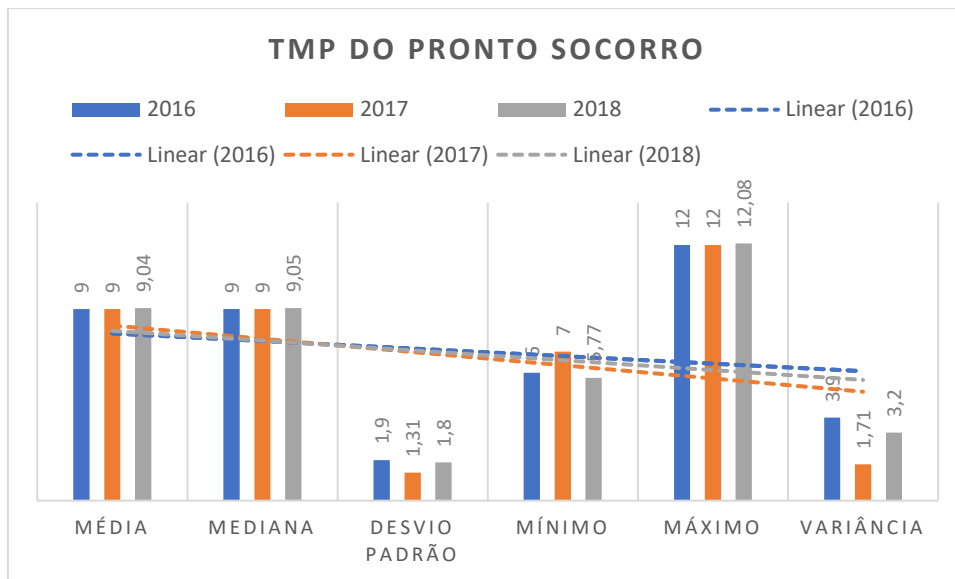
Gráfico 5 – Tempo médio de permanência da cirurgia plástica/UGO



Fonte: Elaboração da autora.



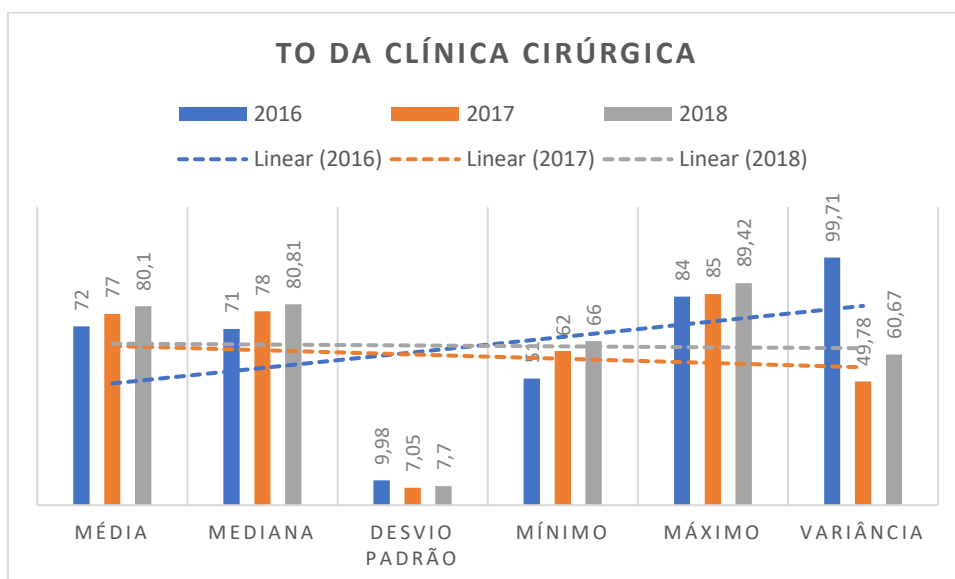
**Gráfico 6 – Tempo médio de permanência do pronto socorro**



Fonte: Elaboração da autora.

Em relação à TO, foi possível observar, nos gráficos 7 ao 12, que todas as enfermarias ficaram abaixo de 80%, com exceção da medicina interna II que, apesar de cair a taxa ao longo dos três anos analisados, se manteve acima dos 80%. As outras enfermarias ficaram abaixo do limite crítico de 75% com exceção da Medicina Interna I que variou de 79% a 85%. As linhas também mostram uma tendência nesse comportamento. O PS teve um comportamento atípico chegando a 117% de média de TO, em 2017, com linhas de tendência mostrando oscilações ao longo do tempo.

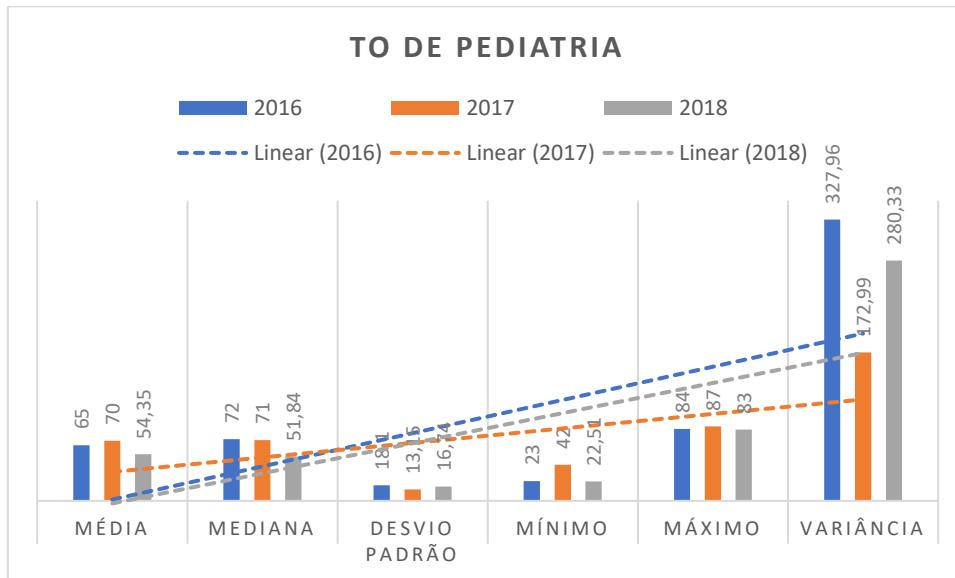
**Gráfico 7 – Taxa de ocupação da clínica cirúrgica**



Fonte: Elaboração da autora.

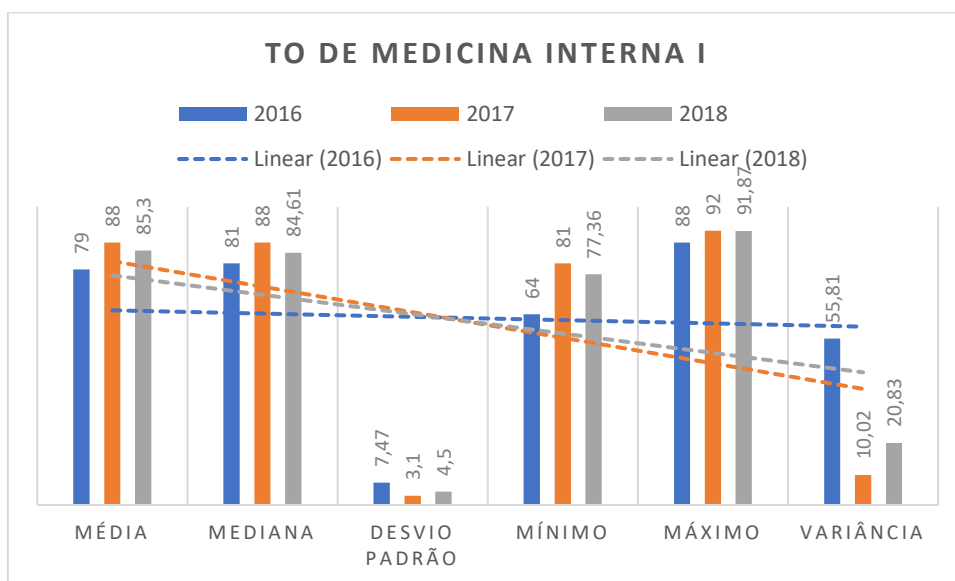


Gráfico 8 – Taxa de ocupação da pediatria



Fonte: Elaboração da autora.

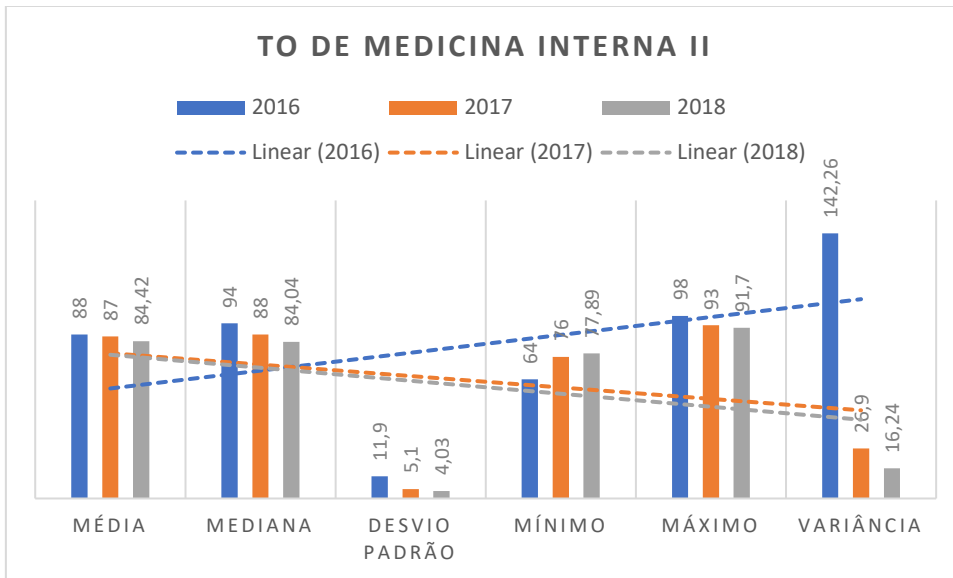
Gráfico 9 – Taxa de ocupação da medicina interna I



Fonte: Elaboração da autora.

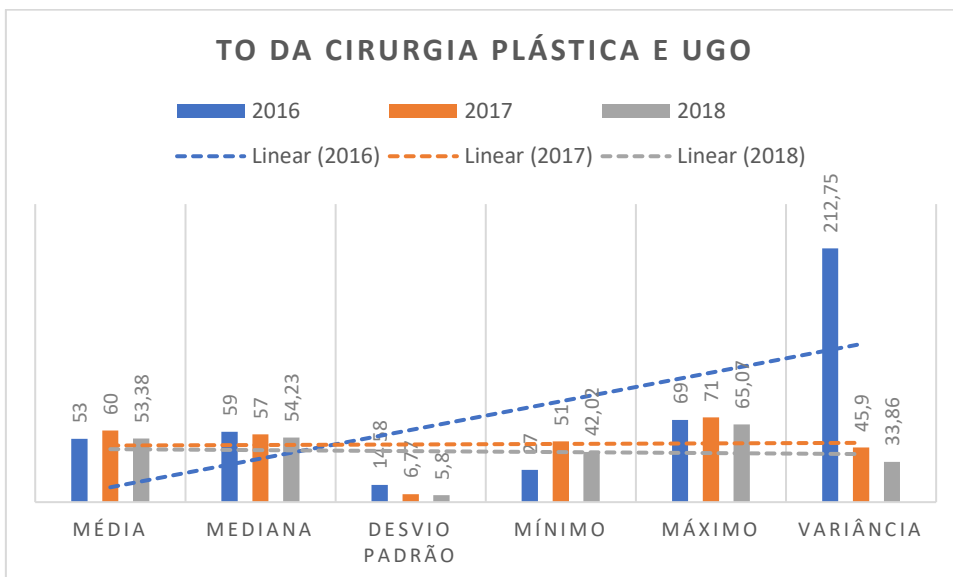


Gráfico 10 – Taxa de ocupação da medicina interna II



Fonte: Elaboração da autora.

Gráfico 11 – Taxa de ocupação da cirurgia plástica/UGO

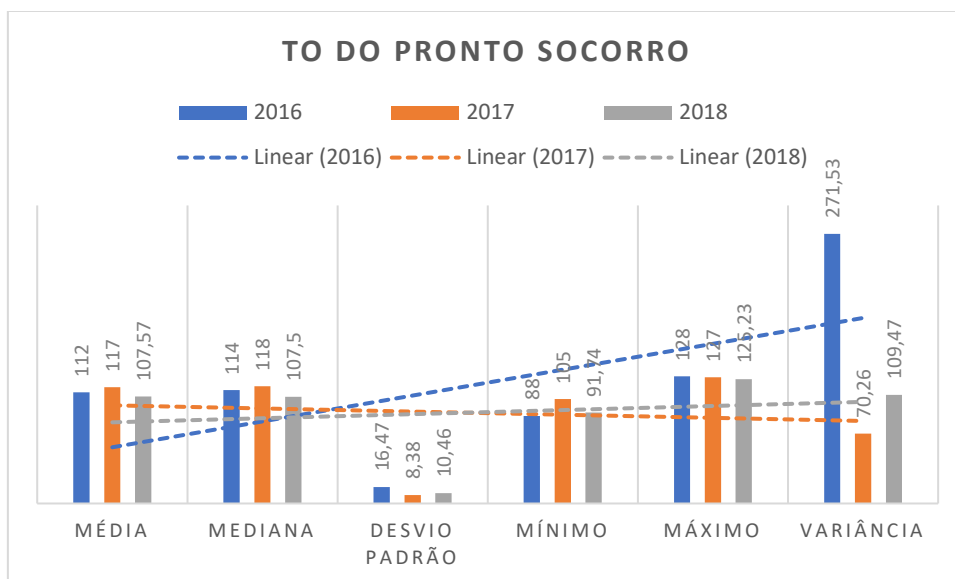


Fonte: Elaboração da autora.





Gráfico 12 – Taxa de ocupação do pronto socorro



Fonte: Elaboração da autora.

## Entrevistas

Ao explorar as entrevistas realizadas com os servidores do NGINT, foi possível encontrar quatro núcleos de sentido. Esses núcleos foram divididos em quatro Categorias: Categoria 1 – Recursos Humanos; Categoria 2 – Falta de Autonomia; Categoria 3 – Reconhecimento do Trabalho do NGINT e Categoria 4 – Ferramentas de Trabalho.

### *Categoria 1 – Recursos humanos*

A primeira categoria revela que, para os profissionais que trabalham no NGINT, há limitação de recursos humanos para o trabalho, o que dificulta a realização do trabalho por completo. Como podemos observar na fala dos entrevistados a seguir.

“A gente esbarra com muito empecilho, digamos assim na falta de recursos humanos.” (E1).

“Falta equipe, carga horária para o trabalho acontecer às vezes no final de semana.” (E3).

Não é apenas a falta de recursos humanos que impacta a precariedade do trabalho, mas também o fato de haver um entendimento de que trabalhos considerados administrativos são menos importantes, e, por isso, há o hábito de enviar para esses setores profissionais com restrição médica e/ou que não tem expertise em fazer gestão de leitos.



“Atualmente meu foco está sendo tentar conseguir as horas das meninas que são 20 horas, porque são meninas que já estão no nosso âmbito de trabalho, já conhecem a nossa rotina, sabem o que tem de ser feito e o que pode ser feito para onde aquilo tem que ser enviado, nenhum preconceito com quem chegar de novo e a gente tiver que ensinar tudo, não é isso, mas se eu já tenho as pessoas fazendo aquilo eu só preciso delas fazendo aquilo por mais tempo. Então eu acho que é a questão do pessoal e não só ficar jogando gente que é restrição lá.” (E2).

### *Categoria 2 – falta de autonomia*

A segunda categoria mostra que os profissionais do NGINT sentem que não têm autonomia para exercerem sua função e dependem essencialmente do trabalho médico para dar andamento no processo de liberação do leito.

“Eu acredito que o que ainda dificulta muito o meu serviço é ele ainda depender muito do trabalho médico.” (E2).

“Acho que o fato da gente não ter muita autonomia com os leitos, por exemplo, eu tenho leito vazio no andar e eu tenho paciente no PS de tal especialidade e por nós próprios a gente não pode subir o paciente, isso é um dificultador [...] eu acho que a equipe deveria ter mais autonomia em relação a administração dos leitos.” (E3).

“Então... a maior dificuldade que eu vejo hoje é a questão da autonomia, a gente ainda fica dependente dos médicos para fazer os remanejamentos [...] é essa questão da dependência, a gente tem autonomia para fazer, mas acaba que essa autonomia não é respeitada pelo fato dos médicos acharem que os leitos são das especialidades e são deles [...] a gente tem total potencial para fazer com que as coisas realmente aconteçam, acho que poderia ser feito mais se essa autonomia fosse respeitada, se a gente tivesse condição de ter um médico aqui para ajudar nesse serviço.” (E4).

“Eu acho que a maior dificuldade é o médico ser dono do leito.” (E5).

“Um pouco de falta de autonomia também por parte da gestão de leitos em determinar os direcionamentos, ficar dependendo dos médicos das especialidades porque se a gente tem os leitos e sabem que estão vagos e sabe quais são as especialidades, não tinha que precisar de um médico direcionar.” (E6).

### *Categoria 3 – reconhecimento e formalidade do trabalho do NGINT*

A terceira categoria está diretamente relacionada com a segunda, uma vez que o não reconhecimento do trabalho do NGINT perpassa a sua falta de autonomia em fazer os direcionamentos da liberação dos leitos. Os profissionais dizem que muitas pessoas não compreendem o que faz um Núcleo de Gestão dos Leitos, e há, também, um entrave quanto à formalidade do trabalho, devido à falta de protocolos que direcionem e padronizem os serviços que são realizados.

“O reconhecimento eu acho que faria nosso trabalho melhor também.” (E1).

“A gente fica de menino de recado, né?” (E4).



“Bom, acho que primeiro é a visibilidade, não é a visibilidade, como eu que eu vou dizer? A credibilidade que eles dão pra gente, eu acho que é um núcleo que chegou assim e as pessoas veem como uma coisa ruim no geral [...] as pessoas não sabem o que é gestão de leitos” (E3)  
“Então assim o nosso trabalho às vezes eles falam que é de pombo correio, a gente parece pombo correio [...] Acho que assim pode não ser visível, por exemplo, o paciente tá lá recebe alta e vai embora, não sei, é como se você fosse só um resultado, eles só veem que o médico resolveu e deu alta, o que que foi preciso para dar aquela alta para ele? Foi um exame que a gente marcou? Foi uma consulta que a gente tava esperando há muito tempo e a gente conseguiu marcar, foi um FAD que ele precisou preencher, tem critério pro NRAD? Porque assim às vezes ele tá indo embora para o NRAD, mas a gente viu pra onde ele tinha que ir, se tinha critério, viu tudo, encaminhou tudo, fez toda a burocracia.” (E2).

“Estabelecer protocolos de trabalho pra gente, pra unificar principalmente todas as gestões de leito da rede porque cada uma tem um funcionamento e aí se a gente tiver uma norma que regulamente o exercício e tal, um regulamento mesmo, eu acho que vai facilitar mais e aí acho que os outros setores vão ter um conhecimento de qual é o nosso papel.” (E6).

#### *Categoria 4 – ferramentas de trabalho*

Na quarta e última categoria, falou-se sobre as ferramentas de trabalho disponíveis para os profissionais do NGINT. As ferramentas são precárias e não medem em tempo real as condições dos leitos. Além disso, boa parte da comunicação e do processo decisório para liberação dos leitos acontece por meio do aplicativo *WhatsApp*, em que há vários grupos, e em que são colocadas as demandas e os direcionamentos. A equipe problematiza o uso de uma ferramenta informal para o exercício do trabalho, e que depende que o servidor tenha um aparelho de telefone celular, com um grande pacote de internet, para que o trabalho não fique comprometido. Ademais, o sistema de informação SISLEITOS foi implementado pela Portaria n.º 566/18 (Brasil, 2018), e deveria ser o sistema oficial para realização da gestão de leitos, porém, apresenta uma série de limitações, que fez com que não houvesse aderência por parte dos profissionais quanto ao seu uso.

“O SISLEITOS foi meio que empurrado de goela a baixo que ensinaram mecanicamente que a gente daria alta ou internaria aquele paciente, mas não explicaram para gente qual o significado, qual a relevância dele, só falaram que era pra o Ministério Público quando fosse auditoria em cima do SISLEITOS e não do *trakcare* então se tem outras coisas por trás disso a gente não ficou sabendo então ele parece que não tem muita funcionalidade, a gente não sabe pra que ele funciona então é um sistema inoperante. Se tivesse um sistema de informação que realmente funcionasse que a gente conseguisse ver o nosso trabalho ali é interessante.” (E1).

“Então assim hoje ele serve para coisas maravilhosas, seria um sistema sensacional, mas na realidade ninguém usa então pra mim ele não serve para nada.” (E2).

“Na verdade assim, a gente começou usando ano passado, a gente fazia como se fosse uma migração dos pacientes do *Trakcare* para o SISLEITOS, a gente cadastrava os médicos, mas não houve aderência assim a gente tinha um trabalho para fazer o serviço e não representava nada de melhoria pra gente aqui.” (E3).



“Hoje a nossa ferramenta de trabalho é o *WhatsApp* que não é uma ferramenta formal [...]. Quanto ao SISLEITOS eu senti falta de um treinamento, de uma coisa mais concreta mesmo que me respaldasse como profissional utilizando aquele sistema de informação, então assim eu não tenho muita coisa pra dizer do SISLEITOS porque não tive muito contato.” (E4).

“O SISLEITOS veio por uma questão do ministério público, o governo não ia mais pagar o *Trakcare*, o *Trakcare* ia expirar, aí parece que não deu certo porque o SISLEITOS você não consegue evoluir o paciente nele, você só interna e dá alta, mas eu achei um desperdício porque tinha que ter melhorado o *Trakcare* e não inventado um outro, mas segundo eles é porque o *Trakcare* não é fidedigno.” (E5).

“Seria interessante que seria restrito ao trabalho, porque os grupos de *WhatsApp* eles dificultam porque quando a gente sai daqui acaba que a gente fica envolvido, então seria interessante ter um sistema de informações que unificasse os setores e pudesse ter uma comunicação mais efetiva, não existe, mas não acho que deva ser difícil de ser criado também e que gerasse estatística seria sensacional.” (E6).

Os servidores problematizam a dificuldade em usar o SISLEITOS, pois este não está em interface com o *Trakcare*, o sistema utilizado para prontuário eletrônico, o que dificulta o trabalho, pois, com o uso de dois sistemas ao mesmo tempo, é preciso alimentar duas vezes com as mesmas informações, mas com finalidades diferentes. Além disso, a ferramenta somente faz sentido se todos os hospitais da rede utilizarem, caso contrário, os dados monitorados em tempo real pelo SISLEITOS não são fidedignos. Ademais, alguns servidores alegam falta de treinamento e conhecimento sobre como usar o sistema.

## Avaliação do NGINT

O grau de implantação do NGINT está em 28,5%, quer dizer que está com implantação incipiente. Em relação às 21 atribuições previstas de serem executadas pelo NGINT, apenas seis são realizadas. O resultado da avaliação, bem como dos indicadores TMP e TO, as entrevistas e o mapeamento dos processos de trabalho mostraram ter relação entre si e serão discutidos a seguir.

**Quadro 1** – Matriz de avaliação NGINT/NIR/NGL

Componentes	Indicadores	Categorização	Score
Estrutura	Funciona 24 horas por dia e sete dias por semana.	0-Não; 1-Sim	0
	Tem no mínimo um médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social.	0-Não; 1-Sim	0
Processo	Realiza reuniões semanais de Colegiado do NIR para atuar na Desospitalização dos pacientes conforme critérios institucionais, com mapeamento das eventuais causas do tempo de permanência prolongado.	0-Não; 1-Sim	1
	Monitora diariamente a Taxa de Ocupação e o Tempo de Permanência dos Pacientes Hospitalizados.	0-Não; 1-Sim	1



	Faz o Censo Hospitalar Diário (CHD) contendo as vagas internas de leitos hospitalares, assim como as demandas internas e externas por leitos hospitalares. O CHD é realizado duas vezes ao dia, às 10 horas e às 18 horas.	0-Não; 1-Sim	1
	Faz Gestão Clínica Operacional buscando uma segunda opinião sempre que for necessário para esclarecimento das condutas clínicas do paciente.	0-Não; 1-Sim	0
	Realiza a pré-alta dos pacientes levando em conta o Protocolo Clínico de Admissão e as possíveis necessidades especiais dos pacientes.	0-Não; 1-Sim	0
	Promove a interface da Unidade de Saúde com a Rede de Atenção Local (centros de saúde; equipes do PSF; hospitais ou clínicas de apoio; equipes de atenção domiciliar, Home Care) responsabilizando-se quando da alta hospitalar pela continuidade do cuidado, conforme Plano Terapêutico preconizado para o paciente.	0-Não; 1-Sim	0
	Elabora boletim diário de suas atividades, constando solicitações de vagas e procedência do paciente e lista de altas e divulgados para os diversos setores.	0-Não; 1-Sim	0
	Realiza Plano de Trabalho Mensal baseado em metas de redução do Tempo Médio de Permanência/mês. Promove reuniões semanais para definição de problemas pendentes para alcançar as metas definidas registrando-as em ata.	0-Não; 1-Sim	0
	Bloqueia e desbloqueia os leitos no sistema de informação vigente, de acordo com as informações repassadas pelos responsáveis das unidades.	0-Não; 1-Sim	0
	Viabiliza, disponibiliza e prioriza o acesso dos pacientes provenientes das Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Centro Cirúrgico, Serviço de Emergência e Ambulatório aos leitos gerais, de acordo com as normas regulatórias vigentes.	0-Não; 1-Sim	1
	Viabiliza e disponibiliza os leitos para os pacientes eletivos, de acordo com a demanda e as prioridades estabelecidas, considerando a distribuição e disponibilização dos leitos hospitalares clínicos e cirúrgicos e a previsão do mapa cirúrgico.	0-Não; 1-Sim	1
	Intermedia os procedimentos de transferência dos pacientes entre as unidades hospitalares da Secretaria, em parceria com o Núcleo de Apoio e Remoção de Pacientes (NARP).	0-Não; 1-Sim	1
	Todas as solicitações de internação em leitos de enfermaria de todas as unidades hospitalares no âmbito do SUS no Distrito Federal são registradas obrigatoriamente por meio do sistema informacional SISLEITOS.	0-Não; 1-Sim	0
	Monitora o tempo de espera entre a entrada e saída dos pacientes.	0-Não; 1-Sim	0
	Elabora tecnicamente, com dados monitorados, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.	0-Não; 1-Sim	0
<b>Resultado</b>	Mantém a Taxa de Ocupação Hospitalar a 80-85% em todas as enfermarias	0-Não; 1-Sim	0
	Mantém o Tempo de Permanência Hospitalar de quatro a cinco dias em todas as enfermarias.	0-Não; 1-Sim	0



	Mantém atualizado o Mapa de Leitos das Unidades de Internação Hospitalar com base no Kanban, tendo como tempo máximo de alerta de cinco dias.	0-Não; 1-Sim	0
	Compatibiliza a oferta e a demanda por leitos hospitalares diariamente.	0-Não; 1-Sim	0

Fonte: Elaboração da autora.

## Discussão

A triangulação de métodos permitiu compreender que, apesar de parcialmente implementado, o NGINT não é, ainda, o principal tomador de decisões em relação aos leitos, pois a determinação sobre a entrada e saída dos pacientes do leito ainda acontece com base na figura do médico de cada enfermaria. Além disso, o NGINT possui problemas estruturais de recursos humanos, falta de reconhecimento pelas equipes clínicas do hospital, formalização e conhecimento sobre o trabalho que é realizado.

Para que um Núcleo de Gestão de Leitos seja eficiente, alguns elementos são essenciais, como haver políticas e procedimentos-padrão acordados entre os setores do hospital; ter as decisões diárias realizadas por uma equipe formada por médicos e enfermeiras que monitorem o fluxo dos pacientes, através de um sistema de informação em tempo real, para poder lidar com a oferta e demanda dos setores; e determinar o número de leitos necessários em cada enfermaria clínica e, assim, conseguir fazer sua distribuição de acordo com as demandas (Boaden, Proudlove, & Wilson, 1999). Além disso, é preciso ter consciência de que os gestores de leitos são os que sabem o que está acontecendo no hospital, e que os gestores de leitos necessitam de autoridade para exercer o trabalho de forma eficiente, sendo preciso monitorar os dados o tempo todo, pois esse é o canal efetivo da informação (Boaden et al., 1999).

Outro componente importante para o trabalho da gestão de leitos é a gestão da clínica. De acordo com o MS (Brasil, 2017), a gestão da clínica está embasada em vários dispositivos de gestão hospitalar, como a implantação do acolhimento e classificação de risco; ter equipes de referências em vários setores do hospital, com escala horizontal; fazer uso do Kanban (ferramenta que monitora a quantidade de dias que os pacientes estão internados), do Projeto Terapêutico Singular e da Gestão da Fila, todos vinculados a implantação do Núcleo Interno de Regulação, que seria o Núcleo de Gestão de Leitos. Na gestão da clínica, há, ainda, a figura do *bed manager*, que seria o profissional capaz de organizar a alocação de novos pacientes nos leitos vagos, a partir da avaliação das condições clínicas dos pacientes e com conhecimento, em tempo real, com base nos dados do censo hospitalar, sobre a demanda por internação (Soares et al., 2017).





Em relação aos processos que envolvem a internação de um paciente, seria preciso monitorar o tempo e como esses processos acontecem, para que a gestão pudesse atuar a partir da realidade captada nos dados que são monitorados e avaliados. Hall (2012) traz como exemplo um estudo que utilizou quatro elementos-chave para o funcionamento da gestão de leitos, sendo eles, prever a capacidade, prever a demanda, desenvolver um plano e avaliar o plano, assim o hospital do estudo conseguiu reduzir a espera e a estadia dos pacientes no hospital e o número de pacientes que deixaram o OS, sem serem atendidos. Pensando na realidade brasileira, Silva et al. (2014) mostraram que os fatores que levam ao atraso da alta hospitalar são fatores de processo, como realização e liberação de exames complementares.

A gestão hospitalar precisa se preocupar em maximizar a Taxa de Transferência por Leito, quer dizer, saber e monitorar o número de pacientes que recebem alta por leito, por unidade de tempo; minimizar o tempo de espera para camas, ou seja, o momento em que o leito está pronto para admitir o paciente até o período em que o paciente está de fato alocado no leito; e maximizar a ocupação, isto é, a proporção de tempo que uma cama é ocupada por um paciente (Hall, 2012). Todas essas ações deveriam fazer parte do processo de trabalho da gestão de leitos, em consonância com as atividades da direção do hospital, tratando-se de um trabalho conjunto, em que a GL é o braço direito do diretor do hospital.

Já os indicadores analisados, TMP e TO, são fundamentais para a tomada de decisão, pois estes refletem a gestão eficiente dos leitos. Escrivão Junior (2007) afirma que poucos gestores utilizam os indicadores hospitalares monitorados para planejamento e gestão das ações, e que, geralmente, os indicadores selecionados são os considerados “clássicos” como o TMP e a TO. E, ainda, há um reconhecimento de que a escolha dos indicadores não é feita de acordo com as estratégias do hospital, e sim, pelo nível central da Secretaria de Saúde, corroborando com o que também foi encontrado no NGINT, pois os dados compilados pelo núcleo são enviados à Gerência de Serviços de Internação (GSINT) da SES-DF, porém, não são problematizados, discutidos e criados planos de trabalho para atuação a partir do que as taxas estão mostrando. Alguns estudos já mostram a importância da compilação, monitoramento e avaliação dos indicadores hospitalares para gestão eficiente do hospital (MacHline & Pasquini, 2011; Nascimento, 2015; Rodrigues & Juliani, 2015; Vignochi, Gonçalves, & Rojas Lezana, 2014).

De acordo com a ANS e o MS (Brasil, 2013), o TMP e a TO podem ser melhorados com base na construção de protocolos clínicos para patologias de maior prevalência no hospital; avaliação do uso de home care e/ou NRAD para pacientes que tem um TMP maior que oito dias, a partir do monitoramento do perfil de pacientes mais idosos, que têm maiores chances de



co-morbidades e complicações e, o uso da equipe clínica, para planejar a alta hospitalar no momento da admissão (Brasil, 2013).

Os Sistemas de Informação (SI) são outra peça-chave para uma gestão de leitos eficiente, pois estes seriam capazes de monitorar os dados do censo hospitalar em tempo real. Um estudo, realizado com objetivo de analisar a utilização de um SI no processo decisório de gestores de um hospital filantrópico (Cavalcante et al., 2012), mostrou que as limitações técnicas dos SIs, como a lentidão no tempo de transmissão da informação, falta de relatórios específicos e a coexistência de ferramentas informatizadas, são uma das dificuldades encontradas pelos gestores hospitalares, assim como também foi relatado pelos profissionais do NGINT.

Os resultados da pesquisa revelam que, para os gestores entrevistados, essas dificuldades diminuem o nível de segurança e produtividade, além de influenciar negativamente no processo decisório. Os autores sugerem que a construção dos SIs seja feita em conjunto com os profissionais que utilizarão as ferramentas, pois muitas vezes sua construção é feita por especialistas da área técnica de informática que, geralmente, estão deslocados da realidade hospitalar; e que os SIs existentes sejam integrados para reduzir ou eliminar o retrabalho (Cavalcante et al., 2012).

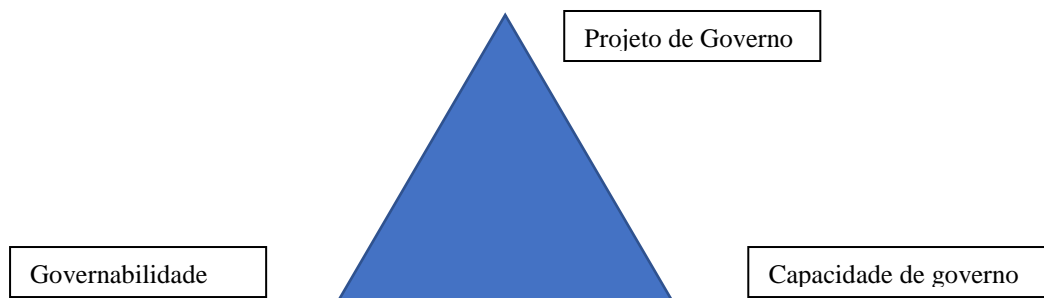
Por outro lado, o uso dos SIs também pode ser analisado como parte da problemática apresentada pelo NGINT a respeito da autonomia e tomada de decisão, bem como o uso dos indicadores monitorados. Montenegro et al. (2013) colocam que os SIs fornecem dados mais confiáveis para o processo decisório dos gestores, pois, por meio destes, os indicadores são gerados e monitorados, e, assim, seria possível conhecer a realidade do hospital. Cavalcante et al. (2011) aprofundam-se na questão do uso dos SIs para deliberações, defendem que existem vários modelos de tomada de decisão, entre eles está o modelo político, em que a decisão usa estratégias de barganha para que se chegue a um resultado aceitável para várias partes exteriores. Este parece ser o modelo do que acontece no NGINT, pois vemos que a tomada de decisão não acontece a partir dos indicadores, mas das relações de poder existentes no local. Os autores problematizam ainda, que a tomada de decisão está também envolta de intenções anteriormente disseminadas e valorizadas, e que sofre influência do modelo assistencial vigente, no caso, o modelo biomédico, centrado na figura do médico, como o principal tomador das decisões.

O Triângulo de Governo, proposto por Matus (2006), nos auxilia também a compreender melhor o resultado da avaliação do NGINT. O Triângulo de Governo é composto pelo Projeto de Governo, a Governabilidade e a Capacidade de Governo. O Projeto de



Governo seriam as normas e diretrizes de atuação esperadas de um NGL colocadas como indicadores na matriz de avaliação. Esse testa a Capacidade de Governo e a Governabilidade. A Governabilidade impõe limites ao Projeto de Governo e faz exigências à Capacidade de Governo (Matus, 2006). Os componentes do Triângulo de Governo são representados na Figura 2:

**Figura 2** – Triângulo de governo de Matus



**Fonte:** Adaptado de Matus, 2006.

Nesse caso em estudo, fica evidente que há pouca Governabilidade por parte do NGINT, pois este não tem autonomia para tomada de decisão e gerenciamento de fato dos leitos. Para aumentar o poder do NGINT, seria imprescindível colocar um profissional médico e enfermeiro, com qualidade clínica, compondo e coordenando o NGINT. Dessa maneira seria constituída a Governabilidade do NGINT, pois a tomada de decisão estaria institucionalmente no local correto, desde que a Direção do hospital respalde as decisões tomadas pelo NGINT. Assim, também seria restaurada a Capacidade de Governo, pois haveria a qualificação dos profissionais do NGINT, na medida em que se concentraria a expertise na condução clínica dos pacientes internados, ou seja, haveria capacidade de implementar o Projeto de Governo.

Pela avaliação do Triângulo de Matus, o Projeto de Governo é adequado, pois está preconizado no Estado da Arte pelas publicações oficiais e pela literatura científica, mas faltariam Governabilidade e Capacidade de Governo, tornando a ferramenta de gestão de leitos subutilizada no atual modelo praticado no hospital pesquisado. A Capacidade de Governo também se mostra limitada frente à realidade do SUS e às dificuldades de gestão do trabalho, devido à fraca discussão frente à necessidade de políticas específicas de pessoal para trabalhadores do SUS, que estejam articuladas com as políticas de saúde (Souza, 2009). A pouca quantidade de RH no setor e a pouca qualificação dos profissionais que ocupam cargos de gestores de leitos é uma realidade do hospital estudada, e afeta diretamente na avaliação realizada.



A estrutura organizacional da SES-DF também pode colaborar com essa análise, pois os NGINT dos hospitais do DF não estão submetidos, hierarquicamente, ao organograma, ao CRDF, o que significa dizer que os NGINTs têm o Diretor do hospital e a GSINT como figura principal para determinar suas ações, sendo que o SISLEITOS, por exemplo, está sob a responsabilidade do CRDF, e este é uma das principais ferramentas que deveriam ser utilizadas para regulação e gestão dos leitos. Se os NGINTs fossem submetidos à CRDF, sua Capacidade de Governo poderia ser maior frente às equipes das enfermarias dos hospitais, pois teria assim status e poder de fato de regulação dos leitos de internação, retirando da mão do médico assistencialista o poder de decidir sobre o leito.

O ato de regular os leitos de internação cabe a CRDF a nível central, e aos NGINTS a nível local. Assim, para que a gestão de leitos de fato aconteça, é necessário ter um *bed manager* no núcleo, para que a decisão clínica sobre o paciente seja centrada no NGINT e não em cada enfermaria do hospital. Também seria preciso que o SISLEITOS fosse utilizado em sua totalidade, para que houvesse um registro fidedigno dos dados referentes à internação hospitalar, bem como à regulação do acesso na transparência das filas de espera. Daí, a partir do sistema, a direção do hospital poderia monitorar e avaliar os indicadores hospitalares, para assim traçar um plano de trabalho e enfrentamento, juntamente ao NGINT, dando a este total autonomia e poder de decisão para internação nos leitos.

### Considerações finais

Fazer a gestão de leitos em um hospital público de grande porte é um desafio na atual conjuntura brasileira, porém pode ser a estratégia fundamental para conseguir equilibrar a relação entre oferta e demanda por serviços hospitalares, já que a demanda sempre será maior que a oferta.

Este estudo de caso nos dá luz sobre como a gestão de leitos está acontecendo em um hospital público, e permite refletir sobre as limitações que impedem que o trabalho seja executado em sua totalidade. Mesmo que haja profissionais comprometidos, é preciso considerar as esferas de poder que interferem na tomada de decisões e execução do trabalho. A limitação deste estudo está no fato de mostrar a realidade de apenas um hospital do DF e, portanto, estudos similares, em outros hospitais da rede pública do DF, são necessários, para uma avaliação mais abrangente das dificuldades e potencialidades da gestão de leitos no DF e, assim, seja possível traçar um plano de trabalho uniforme com metas que visem melhorar os dados do censo hospitalar, bem como a qualidade dos serviços prestados.



## Referências

- Alves, C. K. de A., Natal, S., Felisberto, E., & Samico, I. (2010). Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In I. Samico, E. Felisberto, A. Figueiró, & P. Frias (Eds.), *Avaliação em Saúde – Bases Conceituais e Operacionais* (p. 196).
- Anschau, F., Webster, J., Roessler, N., Fernandes, E. de O., Klafke, V., da Silva, C. P., Fossari, J. A. J. (2017). Avaliação de intervenções de Gestão da Clínica na qualificação do cuidado e na oferta de leitos em um hospital público de grande porte. *Scientia Medica*, 27(2).
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batista, S. R., Vilarins, G. C. M., Lima, M. G. de, & Silveira, T. B. (2019). O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 2043–2052.
- Bittencourt, R. J. (2018). *Gestão em Saúde Pública: Novas Tendências da Administração Hospitalar. Como melhorar o desempenho dos hospitais públicos, seus serviços de urgência e emergência e, sua rede assistencial?*. Novas Edições Acadêmicas.
- Bittencourt, R. J., & Hortale, V. A. (2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: Uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1439–1454.
- Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ans). Ministério da Saúde. *Taxa de Ocupação Operacional Geral*. 2012. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-01.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ans). Ministério da Saúde. *Média de Permanência Geral*. 2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- Brasil. Portaria n.º 16, de 13 de fevereiro de 2012. *Cria A Coordenação Técnica de Gestão de Leitos do Distrito Federal (ctgl- Df)*. Brasília, DF, 13 fev. 2012.
- Brasil. Portaria n.º 34 de 20 de fevereiro de 2014. *Institui o Núcleo Gestor de Leitos (NGL) nos Hospitais da rede de Atenção da SES/DF*. Brasília, DF, 20 fev. 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. *Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados* [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- Brasil. Portaria n.º 566 de 11 de junho de 2018. *Padroniza e efetiva o SISLEITOS como o novo sistema informacional a ser utilizado para a regulação da internação em leitos de enfermaria das unidades hospitalares do SUS no Distrito Federal*. Brasília, DF.
- Brasil. Regimento interno da secretaria de estado de saúde do distrito federal. Capítulo III – das superintendências de regiões de saúde. Seção I das unidades orgânicas comuns das superintendências de regiões de saúde. Art. 316. *Competências dos Núcleos de Gestão da Internação – NGINT, unidades orgânicas de execução, diretamente subordinadas às*



*Gerências Internas de Regulação*. Brasília, DF, 20 dez 2018.

- Boaden, R., Proudlove, N., Wilson, M. (1999, August). An exploratory study of bed management. *Journal of Management in Medicine*, Vol. 13, pp. 234–250.
- Cavalcante, R.B., Ferreira, M.N., & Silva, P.C. (2011). Sistemas de Informação em Saúde: Possibilidades e desafios. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 1(2), 290-299.
- Cavalcante, R. B., Cunha, S. G. S., Bernardes, M. F. V. C., Gontijo, T. L., Guimarães, E. A. D. A., & Oliveira, V. D. C. (2012). Sistema de Informação Hospitalar: utilização no processo decisório. *Journal of Health Informatics*, 4(3), 73–79. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/199>. Acesso em: 20.nov.2019.
- Negri Filho, A. A. (2016). *Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS : as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade*. São Paulo. [Tese Doutorado] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.
- Escrivão Junior, A. (2007). Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3), 655-666.
- Evangelista, P. A., Barreto, S. M., & Guerra, H. L. (2008). 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 767–776.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2019). Boletim Informativo do Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), no 4, fev./2019. Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017). Disponível em: [https://www.proadess.ict.fiocruz.br/Boletim\\_4\\_PROADESS\\_Monitoramento\\_da\\_assistencia\\_hospitalar\\_errata\\_1403.pdf](https://www.proadess.ict.fiocruz.br/Boletim_4_PROADESS_Monitoramento_da_assistencia_hospitalar_errata_1403.pdf). Acesso em 20.nov.2019.
- Goldwasser, R. S., Lobo, M. S. de C., Arruda, E. F., Angelo, S. A., Silva, J. R. L. e, de Salles, A. A., & David, C. M. (2016). Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 50, 1–10. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005997.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005997.pdf). Acesso em 14.nov.2019.
- Hall, R. (2012). Bed Assignment and Bed Management. In R. Hall (Ed.), *Handbook of Healthcare System Scheduling*. Los Angeles: Publisher.
- MacHline, C., & Pasquini, A. C. (2011). Rede hospitalar nacional usa indicadores gerenciais na administração de suas unidades. *Mundo Da Saude*, 35(3), 290–299.
- Marcondes, N. A. V., & Brisola, E. M. A. (2014). Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. *Revista Univap*, 20(35).
- Matus, C. (2006). O plano como aposta. In J. Giacomoni & J. L. (Org. ). PAGNUSSAT (Eds.), *Planejamento e orçamento governamental coletânea*. ENAP.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297–2305.





Minayo, M.C.S (2005). Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In Minayo, M.C.S; Assis, de S.G; de Souza, E.R (Org). FIOCRUZ, *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*.

Montenegro, L.C; Brito, M.J.M; Cavalcante, R.B; Caram, C. da S; Cunha, G.A.M (2013). Sistema de informação como instrumento de gestão: Perspectivas e desafios em um hospital filantrópico. *Journal of Health Informatics*, 5(1). Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/203>. Acesso em: 7.nov.2019.

Nascimento, A. B. do. (2015). Gerenciamento De Leitos Hospitalares: Análise Conjunta Do Tempo De Internação Com Indicadores Demográficos E Epidemiológicos. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 4(1), 65–78.

Raffa, C., Malik, A. M., & Pinochet, L. H. C. (2017). O Desafio de Mapear Variáveis na Gestão de Leitos em Organizações Hospitalares Privadas. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 6(2), 124–141.

Rodrigues, L. C. ristin. R., & Juliani, C. M. ari. C. M. ont. (2015). Impact of implementing an Internal Bed Regulation Committee on administrative and care indicators at a teaching hospital. *Einstein (São Paulo, Brazil)*, 13(1), 96–102.

Silva, S.A; Valácio, R.A; Botelho, F.C; Amaral, C.F.S. (2014). Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino. *Revista de Saúde Pública*, 48(2), 314-321.

Soares, V. S., Rodrigues, L. C. ristin. R., Juliani, C. M. ari. C. M. ont., Mendes, E. V., Bittencourt, R. J., Hortale, V. A., ... Miranda, D. (2017). Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern Brazilian city. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), 339–343.

Souza, L. E. P. F. de. (2009). O SUS necessário e o SUS possível: gestão: Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciênc.Saúde Coletiva*, 14(3), 911–918. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300027](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300027). Acesso em 20.nov.2019.

Vignochi, L., Gonçalo, C. R., & Rojas Lezana, Á. G. (2014). Como Gestores Hospitalares Utilizam Indicadores De Desempenho? *Revista de Administração de Empresas*, 54(5), 496–509.

Vilarins, G. C. M. (2010). Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. *Com. Ciências Saúde*, 81–84.