

# Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino

Impact of implementing an Internal Bed Regulation Committee on administrative and care indicators at a teaching hospital

Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues<sup>1</sup>, Carmen Maria Casquel Monti Juliani<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Comparar indicadores hospitalares antes e após a implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos em um hospital de referência. **Métodos:** Pesquisa avaliativa, exploratória, descritiva e transversal, de natureza quantitativa. Os dados apresentados foram extraídos de relatórios administrativos do hospital, fornecidos pelo Núcleo Técnico de Informática do Complexo FAMEMA, abrangendo o período de 2008 a 2013. **Resultados:** Os indicadores apresentaram-se melhores após a implantação do Núcleo Interno de Regulação. **Conclusão:** As melhorias foram sentidas pelos sujeitos envolvidos no processo. Há necessidade de continuidade das ações regulatórias, em especial em um sistema de saúde abrangente e complexo, como é o Sistema Único de Saúde na realidade brasileira.

**Descritores:** Administração hospitalar; Ocupação de leitos; Acesso aos serviços de saúde; Regulação e fiscalização em saúde; Indicadores básicos de saúde

## ABSTRACT

**Objective:** To compare hospital indicators before and after implementing an Internal Bed Regulation Committee at a reference hospital. **Methods:** It is an quantitative, evaluation, exploratory, descriptive and cross-sectional research. The data was gathered from the hospital administrative reports for the period 2008-2013, provided by the Information Technology Center of the *Complexo FAMEMA*. **Results:** The indicators improved after implementation of the Internal Bed Regulation Committee. **Conclusion:** The individuals involved in the process acknowledged the improvement. It is necessary to carry on

the regulatory actions, especially in a comprehensive and complex healthcare system, such as the brazilian *Sistema Único de Saúde*.

**Keywords:** Hospital administration; Bed occupancy; Health services accessibility; Health care regulation and supervision; Health status indicators

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde vem direcionando algumas estratégias para atender as necessidades de saúde da população. O direcionamento tem sido publicado em portarias, que recomendam normas e estratégias visando ao acesso a ações e serviços necessários para otimização dos leitos e reorganização da assistência. Entre essas propostas, encontra-se a descentralização das funções de execução, controle, avaliação e regulação do sistema de saúde, o que implica em mudanças estruturais e de postura gerencial, com elaboração e desenvolvimento de novos métodos e instrumentos.<sup>(1)</sup>

Uma estratégia utilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a garantia de tais diretrizes e para uma atenção à saúde com qualidade é a organização das centrais de regulação assistencial, com o objetivo de adequar o fluxo das ações de saúde de acordo com a oferta e a demanda dos serviços de saúde.

A regulação pode ser entendida como a ação regulatória ordenadora e orientadora dos fluxos assistenciais,

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

Autor correspondente: Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues – Avenida Monte Carmelo, 795 – Bairro Fragata C – CEP: 17519-030 – Marília, SP, Brazil – Tel.: (55 14) 3402-1719 – E-mail: lucianer@famema.br

Data de submissão: 31/7/2014 – Data de aceite: 10/1/2015

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.1590/S1679-45082015GS3235

também sendo responsável pelo mecanismo de relação entre gestão e os vários serviços de saúde, e pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.<sup>(1-4)</sup>

Os benefícios, para a população, podem ser percebidos desde a diminuição da demanda reprimida de casos, em consequência do acesso oportuno e ordenado aos serviços de saúde, como também diretamente pelo usuário, pela maior comodidade nos agendamentos.<sup>(5)</sup>

Para a gestão, o processo regulatório favorece a resolução dos casos de forma eficiente, permitindo um conhecimento mais aprofundado e dinâmico de sua rede de saúde, e favorecendo a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde de maneira ampliada. Esse tipo de processo gera ainda melhor controle sobre os gastos em saúde, melhor utilização dos recursos e qualidade da prestação de serviços de saúde.<sup>(5)</sup> Desse modo, em seu eixo gestão, tem capacidade de gerar, calcular e monitorar indicadores hospitalares de eficiência, de forma a tomar decisões gerenciais.

A regulação pode ser caracterizada do ponto de vista do acesso cotidiano do usuário (microrregulação), assim como por meio da definição das políticas nas instituições (macrorregulação).<sup>(4,6)</sup> Essa necessidade de regulação dos serviços também foi reforçada no Decreto 7.508 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde.<sup>(6)</sup>

Dada a necessidade determinada pela alta demanda do serviço e o compromisso institucional com a melhoria da gestão interna dos leitos, foi implantado o Núcleo Interno de Regulação (NIR) no Complexo Assistencial da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), o qual foi alvo deste estudo nos anos de 2010 a 2013. O NIR é composto por recursos complementares, como conselho consultivo, equipe do NIR, estatística e informação, com competências definidas. Entre suas missões estão: ser observatório do sistema de internação do Complexo Assistencial da FAMEMA, alimentar o Sistema de Informações Hospitalar, e a disponibilizar relatórios quantitativos e qualitativos dos indicadores hospitalares. A equipe foi composta inicialmente por um médico regulador, dois enfermeiros e um secretário.

Considerando a afirmativa de que é real a indissociabilidade entre o cuidado e a gestão, por conseguinte reafirma-se a frequente necessidade de se buscarem “indicadores representativos” do que acontece no processo de trabalho, os quais devem sinalizar mudanças possíveis nos serviços e no desenvolvimento dos sujeitos.<sup>(7)</sup>

Um indicador é definido como uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se relaciona uma medida quantitativa que, por sua vez, constitui um guia para monitorar e avaliar a qualidade assistencial e as atividades de um serviço.<sup>(8)</sup>

Assim, a pergunta norteadora da pesquisa foi a seguinte: Houve mudanças nos indicadores após a implantação do processo regulatório realizado pelo NIR?

Nesse contexto, este estudo se justifica por avaliar a implantação desse processo relacionado à gestão no contexto do hospital, uma vez que, por meio da análise desses resultados, é possível sinalizar dados positivos ou não, com a finalidade de contínuo aprimoramento do mesmo.

## OBJETIVO

Comparar indicadores hospitalares antes e após a implantação do Núcleo Interno de Regulação de Leitos em um hospital de referência.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de avaliação, exploratório, descritivo e longitudinal, realizado em unidades de internação hospitalares no Complexo Assistencial da FAMEMA, no município de Marília (SP), com aproximadamente 216 mil habitantes. Trata-se de um Hospital de ensino e de referência em uma região de saúde do Estado, o qual implantou a regulação de leitos no segundo semestre de 2010.

Os dados apresentados foram extraídos de relatórios administrativos do hospital fornecidos pelo setor Núcleo Técnico de Informática do Complexo FAMEMA, abrangendo o período de 2008 a 2013.

Os indicadores coletados e analisados foram: percentual de cancelamentos de cirurgias de 2008 a 2013 (em relação às programadas e ainda em função da falta de leitos); proporção de cirurgias programadas e não programadas de 2010 a 2013 (pois não havia dado disponível anteriormente a 2010); número de pacientes que entraram diretamente no centro cirúrgico, permanecendo aí em pós-operatório (2008 a 2013); número de pacientes que entraram diretamente no centro cirúrgico e que foram encaminhados ao setor de urgência e emergência para o pós-operatório (2008 a 2013); e número de pacientes que retornaram ao setor de urgência no pós-operatório (2008 a 2013).

Os indicadores foram avaliados em função de seu decréscimo em números absolutos ou percentuais, uma vez que, com a implantação do núcleo, era esperado o decréscimo das situações inadequadas relacionadas aos indicadores acima descritos.

Quanto aos aspectos éticos, por se tratar de dados administrativos, que não se referem diretamente aos pacientes e nem aos colaboradores da instituição, a aplicação do Termo de Consentimento Esclarecido foi

dispensada. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMEMA (número 563/11).

## RESULTADOS

De acordo com alguns dados iniciais apresentados, após um período de 3 anos de implantação da regulação interna de leitos no complexo FAMEMA, observaram-se mudanças no perfil de alguns indicadores hospitalares, que sinalizam uma provável correlação com a regulação de leitos. Alguns desses indicadores estiveram relacionados mais intimamente a setores ligados diretamente à ação regulatória, como o caso do centro cirúrgico e do pronto-socorro.

O centro cirúrgico, integrado às diversas especialidades cirúrgicas que o utilizam, representou um dos setores com maior percentual de utilização do serviço de regulação de leitos, quer seja nas solicitações de demandas eletivas, como também nas emergenciais.

Uma situação ainda observada foi o cancelamento de cirurgias, que, na verdade, não deveria ocorrer. No entanto, aconteceu por diversos fatores, como pela falta de leito de internação para o pós-operatório. Observou-se que, durante o período estudado, houve impacto da ação de regulação na diminuição de procedimentos cirúrgicos suspensos em relação às cirurgias programadas, assim como por falta de leitos hospitalares, conforme observado na tabela 1.

**Tabela 1.** Percentual de procedimentos cirúrgicos cancelados em relação ao total de cirurgias programadas e por falta de leito de enfermaria e/ou unidade de terapia intensiva. Marília, 2008 a 2013

Motivo	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Cirurgias suspensas em relação ao total de programadas	22,53	23,78	23,87	25,26	16,01	19,75
Cirurgias suspensas por falta de leitos de enfermaria	8,2	4,8	6,6	0,4	2,0	6,7
Cirurgias suspensas por falta de leitos na unidade de terapia intensiva	1,0	1,9	2,2	1,9	2,4	4,4

Fonte: Relatório do Núcleo Técnico de Informática.

Importante ressaltar que alguns indicadores sofreram um aumento perceptível em alguns períodos analisados, devido a processos de greve na instituição. Nos períodos de dezembro de 2011 a janeiro de 2012, e de agosto a outubro de 2013, ocorreram alguns movimentos de paralisação na instituição, o que refletiu diretamente nos indicadores hospitalares e, aqui, em especial, no centro cirúrgico. Esses períodos de paralisação, em que se operava com porcentagem reduzida da força de trabalho na instituição, implicaram em menor número

de profissionais e menos leitos disponíveis, tendo como consequência o cancelamento de algumas cirurgias. Apesar desse fato, o indicador piorou em relação ao ano anterior (2012), mas não em relação aos anos anteriores à implantação do NIR.

Outro fator importante foi o de que algumas especialidades médicas passaram a utilizar o serviço de regulação de leitos somente a partir de 2012, o que explica o aumento no cancelamento cirúrgico por falta de leitos entre 2011 e 2012, e até mesmo em 2013, apesar do movimento de paralisação, pois, com o aumento de demandas por solicitação de leitos ao NIR, houve um maior desequilíbrio da procura em relação à oferta de leitos. No entanto, diante deste contexto, foi possível estabelecer uma maior aproximação do NIR com o centro cirúrgico, num movimento homogêneo e de diálogo contínuo, identificando-se possíveis cirurgias eletivas que aconteceriam sem a garantia de leito para o pós-operatório, por meio do trabalho junto às especialidades médicas, a fim de garantir programação prévia e organização das demandas cirúrgicas. O NIR de posse das demandas de internação conseguiu estabelecer prioridades, bem como buscar alternativas para as internações, de acordo com o grau de complexidade dos casos e com a liberação das especialidades médicas, reduzindo, assim, o número de suspensões cirúrgicas.

O processo de adesão da regulação, por ser uma nova proposta institucional, encontrou, desde o início de sua implementação, uma adesão progressiva das disciplinas médicas e, em alguns casos, até algumas resistências. Até hoje, são encontradas algumas disciplinas em processo de adesão à regulação.

Ainda em relação ao fluxo de cirurgias, outra alteração nos indicadores foi a redução no número de “encaixes” ou cirurgias não programadas em relação às cirurgias programadas nas especialidades que utilizavam a regulação de leitos, conforme aponta a tabela 2.

**Tabela 2.** Percentual de cirurgias programadas e não programadas, segundo as especialidades médicas

Especialidades médicas	2010		2011		2012		2013	
	P	NP	P	NP	P	NP	P	NP
Especialidade 1	35,7	64,3	68,6	31,4	68,7	31,3	60,5	39,5
Especialidade 2	35,0	65,0	73,2	26,8	68,8	31,2	65,6	34,4
Especialidade 3	22,2	77,8	37,3	62,7	42,4	57,6	62,1	37,9
Especialidade 4	43,2	56,8	68,7	31,3	63,2	36,8	41,9	58,1
Especialidade 5	23,3	76,7	43,0	57,0	52,9	47,1	36,0	64,0
Especialidade 6	30,4	69,6	85,2	14,8	79,2	20,8	69,5	30,5
Especialidade 7	26,3	73,7	61,1	39,9	60,9	39,1	62,6	37,4
Especialidade 8	49,5	50,5	87,4	12,6	80,7	19,3	78,8	21,2
Especialidade 9*	18,5	81,5	40,5	59,5	35,4	64,6	27,2	72,8
Especialidade 10*	14,0	86,0	37,2	62,8	33,1	66,9	38,0	62,0

\*Especialidades médicas que, até o momento da coleta de dados, não utilizavam a regulação do Núcleo Interno de Regulação. P = programada; NP = não programada.

Observou-se a inversão no número de cirurgias programadas em relação às não programadas. Essa foi uma tendência na maioria das especialidades analisadas e que se utilizaram do serviço de regulação de leitos, uma vez que passaram a fazer solicitações prévias e programadas de leitos para as demandas cirúrgicas, o que, conseqüentemente, alterou o perfil de cirurgias programadas em detrimento das de “encaixe”. É possível observar o perfil distinto entre as especialidades que utilizaram a regulação de leitos em relação às que ainda não a utilizavam até a realização deste estudo, pois ficou evidente que as especialidades que realizaram as solicitações de leitos previamente às cirurgias apresentaram um aumento do número de cirurgias programadas.

O centro cirúrgico é um dos setores de prioridade do NIR e, a partir desse posicionamento, foram observadas algumas alterações na dinâmica dos dados daquele setor. Primeiramente, existiram casos admitidos diretamente no centro cirúrgico, o que aconteceu por diferentes fatores, como: urgências, ausência de leito

no momento da internação, ausência de programação e solicitação prévia do leito, dificuldade no processo de comunicação entre os diferentes setores, etc. Desse modo, os pacientes permaneceram naquele setor no pós-operatório. Essas características de acontecimentos apresentaram uma diferenciação de indicadores após a regulação de leitos, conforme apresentado na tabela 3.

Os dados demonstram ainda a redução do número de pacientes que permaneceram no centro cirúrgico em pós-operatório. De forma geral, essa tendência de mudança de perfil pôde ser observada com maior ênfase nas especialidades que utilizavam o serviço do NIR até o momento da coleta de dados.

Outro dado passível de observação de alteração positiva referiu-se a pacientes que encaminhados ao setor de urgência/emergência em pós-operatório. Esta sempre foi uma prática comum na instituição, mais que apresentou um declínio significativo com a priorização do centro cirúrgico na regulação dos leitos, o que está demonstrado na tabela 4.

**Tabela 3.** Número de pacientes que deram entrada diretamente no centro cirúrgico e que permaneceram neste no pós-operatório

Setor entrada	Segunda ou única movimentação	Equipe mapa - cirúrgico	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Centro cirúrgico	Centro cirúrgico	Especialidade 1	204	199	24	16	9	15
		Especialidade 2	71	169	128	119	35	21
		Especialidade 3	21	64	29	16	14	16
		Especialidade 4	2	8	33	56	20	14
		Especialidade 5	1	3	3	1	-	-
		Especialidade 6	276	253	191	155	65	40
		Especialidade 7	6	37	24	11	10	13
		Especialidade 8	4	32	65	114	58	32
		Especialidade 9*	3	12	4	6	7	7
		Especialidade 10*	19	10	11	15	13	8
Total			607	787	512	509	231	166

\*Especialidades médicas que, até o momento da coleta de dados, não utilizavam a regulação do Núcleo Interno de Regulação.

**Tabela 4.** Número de pacientes que deram entrada diretamente no centro cirúrgico ou no setor de urgência e emergência, e que foram encaminhados para o setor de urgência e emergência no pós-operatório

Setor entrada	Segunda ou única movimentação	Equipe mapa - cirúrgico	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Centro cirúrgico/urgência e emergência	Setor de urgência e emergência	Especialidade 1	544	499	119	93	25	14
		Especialidade 2	13	16	11	4	4	4
		Especialidade 3	205	318	107	114	23	13
		Especialidade 4*	-	-	-	-	-	-
		Especialidade 5	6	3	10	20	2	-
		Especialidade 6	123	76	15	12	6	3
		Especialidade 7	12	36	28	8	3	6
		Especialidade 8	-	1	2	1	2	1
		Especialidade 9**	15	9	15	10	2	6
		Especialidade 10**	71	64	97	104	84	32
Total			989	1.022	404	366	151	79

\*Especialidade 4: sem informação; \*\*especialidades médicas que, até o momento da coleta de dados, não utilizavam a regulação do Núcleo Interno de Regulação.

Essa realidade também apresentou redução, ou seja, houve queda significativa do número de pacientes que entraram diretamente no centro cirúrgico e que foram encaminhados ao setor de urgência e emergência no pós-operatório, bem como houve redução na ocorrência de retornos de pacientes em pós-operatório ao setor de urgência e emergência. Desse modo, percebeu-se que a ação regulatória propiciou a diminuição do encaminhamento do usuário em pós-cirúrgico para local inadequado.

## DISCUSSÃO

Enquanto processo de trabalho do NIR, tem-se que o centro cirúrgico, assim como as unidades de terapia intensiva e a sala de emergência do pronto-socorro, são áreas prioritárias à regulação de leitos, por serem esses setores os responsáveis pelo grande giro do fluxo de pacientes no hospital.

O centro cirúrgico é considerado um setor prioritário no ambiente hospitalar, por determinar o fluxo da maioria dos casos cirúrgicos, podendo ser mais dinâmico, agilizando ou não o giro de casos novos, e estagnar o fluxo na instituição.<sup>(9)</sup>

Diante dessa postura assumida pelo NIR em considerar o centro cirúrgico como uma área prioritária na regulação dos leitos, pode-se inferir uma íntima relação entre a redução do número de cancelamentos de procedimentos cirúrgicos por falta de leitos com a regulação de leitos.

No entanto, conforme podemos observar principalmente no ano de 2013, essa tendência de redução apresentou acréscimo, o que pode se associar à influência direta que o movimento de paralisação apresentou nos resultados analisados.

Outro fator importante é o de que algumas especialidades médicas passaram a utilizar o serviço de regulação de leitos a partir de 2012, o que explica o aumento no cancelamento cirúrgico por falta de leitos entre 2011 e 2012, e até mesmo em 2013, apesar do movimento de paralisação, pois, com o aumento de demandas por solicitação de leitos ao NIR, houve um maior desequilíbrio da procura em relação à oferta de leitos. No entanto, diante desse contexto, foi possível estabelecer uma maior aproximação do NIR com o centro cirúrgico, num movimento homogêneo e de diálogo contínuo, identificando-se possíveis cirurgias eletivas que aconteceriam sem a garantia de leito para o pós-operatório, com o trabalho junto às especialidades médicas, no sentido da programação prévia e da organização das demandas cirúrgicas. O NIR, de posse das demandas de internação, conseguiu estabelecer prioridades, de

acordo com critérios médicos, bem como buscar alternativas possíveis para as internações, de acordo com o grau de complexidade dos casos e com a liberação das especialidades médicas, reduzindo, assim o número de suspensões cirúrgicas.

Esse perfil ainda sofre flutuações, principalmente pelo movimento do giro dos residentes nas especialidades médicas, constituindo um movimento de construção contínua no processo de trabalho.

Nesse contexto de cancelamento de cirurgia, além do olhar para as repercussões na instituição, também se devem considerar aquelas que afetam diretamente o paciente e seus familiares, uma vez que esses se preparam psicologicamente, fisicamente e financeiramente para o enfrentamento dessa situação de estresse gerada pelo medo do desconhecido. Para a instituição, o cancelamento de cirurgia interfere no processo de trabalho das equipes, e no consumo desnecessário de materiais e de tempo.<sup>(10,11)</sup>

Outro aspecto relevante foi o de que o cancelamento cirúrgico incidiu diretamente na avaliação de eficiência hospitalar, pois se considerou que um serviço cirúrgico eficiente devia ter uma baixa taxa de cancelamento cirúrgico, caso contrário podia se tornar um setor subutilizado, com os consequentes aumentos da demanda cirúrgica e de custos.<sup>(12)</sup>

Estudos relacionados a essa mesma temática apontaram taxa de suspensão de cirurgias bastante variadas: Perroca et al.<sup>(13)</sup> encontraram um total de 5,1% de cirurgias suspensas, sendo destas 29,1% por falta de leitos; enquanto Zafar et al.<sup>(14)</sup> registraram 25% de suspensão, sendo 16,2% por falta de leitos.

Outro estudo apresentou suspensão cirúrgica de 11,4% sendo 6,0% dela por falta de leito de unidade de terapia intensiva<sup>(11)</sup> Pittelkow e Carvalho<sup>(15)</sup> encontraram 19,9% de suspensão, com 2,1% por falta de leito de unidade de terapia intensiva.

Conforme apontado pelos dados analisados, foi possível observar a inversão no número de cirurgias programadas em relação às não programadas, sendo esta uma tendência observada na maioria das especialidades analisadas e que se utilizaram do serviço de regulação de leitos, uma vez que passaram a fazer solicitações prévias programadas de leitos para as demandas cirúrgicas, o que, conseqüentemente, alterou o perfil de cirurgias programadas em detrimento as de “encaixe”.

É possível, assim, observar o perfil distinto entre as especialidades que se utilizaram da regulação de leitos em relação às que ainda não utilizavam até a realização deste estudo, pois ficou evidente que, para as especialidades que realizaram as solicitações de leitos previamente às cirurgias, houve aumento do número de cirur-

gias programadas. Esse fato pode ser um indicativo de que a regulação favorece o planejamento e a programação de cirurgias, evitando o improvisado que acarreta repercussões negativas ao processo de trabalho dos profissionais e, inevitavelmente, aos usuários. Importante ressaltar que esses dados foram inicialmente observados após a implantação do NIR, e que, portanto, não foram considerados os anos anteriores à regulação.

Uma ressalva a ser feita é que duas especialidades médicas apresentaram um acréscimo significativo no número de encaixes de cirurgias em 2013 por aumento de casos de urgência e emergência, o que, consequentemente, aumentou o número de encaixes em relação às cirurgias programadas naquele ano.

Outra mudança observada esteve relacionada à queda significativa do número de pacientes que entraram diretamente no centro cirúrgico e que foram encaminhados ao setor de urgência e emergência no pós-operatório, bem como à redução na ocorrência de retornos de pacientes em pós-operatório ao setor de urgência e emergência.

Em alguns hospitais, como no caso do Hospital de Urgências de Sergipe e do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul,<sup>(9)</sup> a situação histórica é bastante semelhante à do Complexo FAMEMA, com macas nos corredores do pronto-socorro, sala de recuperação do centro cirúrgico com uma permanência acima do esperado e pacientes que retornavam ao pronto-socorro no pós-operatório. Essas realidades sinalizaram melhorias após a implantação da regulação de leitos, apesar de esta ainda ser uma experiência parcial.

Corroborando a percepção dos trabalhadores do Complexo FAMEMA, pudemos encontrar outras realidades em conformidade com o mesmo, no que concerne à coincidente afirmativa de que o NIR, entre outros, pode ser visualizado como uma das estratégias para se resolver o problema de superlotação do pronto-socorro, por ser um dispositivo central para agilizar a saída de pacientes dos setores, como, por exemplo, o centro cirúrgico.<sup>(9,16,17)</sup>

A regulação expressou também a intenção dos gestores de estabelecer um canal de comunicação e de conciliação entre as unidades assistenciais, para promover o acesso dos usuários aos serviços de saúde.<sup>(18)</sup>

Diante de tais mudanças de perfis observados após a instalação do Núcleo de Regulação de leitos, alterando o contexto histórico institucional, sinalizou a necessidade de futuros estudos de acompanhamento, no sentido de dar continuidade e melhor elucidação à análise de dados quanto às possíveis contribuições da regulação de leitos para a instituição, com refinamento estatístico que exprimam significância.

Como fator limitador do estudo, podemos citar o fato de que, concomitante a proposta de implantação de regulação de leitos, foram disponibilizados 40 novos leitos em uma nova unidade hospitalar do complexo e, posteriormente, outros 12 leitos foram transferidos do Hospital de Clínicas para essa unidade de média complexidade, fato que pode ter sido um dos indicativos de alteração dos indicadores da unidade de alta complexidade, uma vez que os casos de média e baixa complexidade que necessariamente ficavam alocados nessa unidade, fossem clínicos ou cirúrgicos, foram gradativamente alocados na nova unidade.

Apesar dessa limitação, a melhoria nos indicadores foi inegável, e o fato acima citado, por zelo e rigor na análise, não retira o mérito da proposta implantada e que aponta resultados palpáveis, aqui demonstrados por meio de alguns indicadores, além de serem percebidos e relatados pelos profissionais no cotidiano do hospital.

## CONCLUSÃO

Os indicadores apresentaram mudanças positivas com a implantação do Núcleo Interno de Regulação. Esses dados vêm ao encontro das melhorias sentidas pelos sujeitos envolvidos no processo.

Os resultados indicam a necessidade de continuidade das ações regulatórias, em especial em um sistema de saúde abrangente e complexo, como é o Sistema Único de Saúde (SUS) na realidade brasileira.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde. Noas – SUS 01/02. Portaria n. 373 de 27 de Fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. [Internet] 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. [citado 2014 Ago 14]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. A política de regulação do Brasil. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília; 2006. [Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 12].
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
4. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. Interface (Botucatu). 2006;10(19):25-41.
5. Oliveira RR. Os conceitos de regulação em saúde no Brasil [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.
6. Brasil. 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, DF: Ministério da Saúde, 2011. [Série F. Comunicação e Educação em Saúde].
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política

- nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. [Série B.Textos Básicos de Saúde].
8. Kurcgart P, Tronchin DM, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1 Supl 1):88-91.
  9. Bitencourt RJ, Prudente L, Scarazatti GL, Amaral MA. Gestão de leitos e vagas hospitalares: relato de experiências do Hospital de Urgência de Sergipe [Internet]. In: *QualiHOSP 2009 - Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde*; 2009; 6-8; São Paulo. Anais. São Paulo; 2009 [citado 2014 Ago 14]. Disponível em: [http://www.logisticareversa.net.br/uploads/1/6/3/0/1630201/anais\\_qualihosp\\_2009.pdf](http://www.logisticareversa.net.br/uploads/1/6/3/0/1630201/anais_qualihosp_2009.pdf)
  10. Koppada B, Pena M, Joshi A. Cancellation in elective orthopaedic surgery. *Health Trends*. 1991;23(3):114-5.
  11. Paschoal ML, Gatto MA. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(1):48-53.
  12. Mangan JL, Walsh C, Kernohan WG, Murphy JS, Mollan RA, McMillen R, et al. Total joint replacement: implication of cancelled operations for hospital costs and waiting list management. *Qual Health Care*. 1992;1(1):34-7.
  13. 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.
  14. Zafar A, Mufti TS, Griffin S, Ahmed S, Ansari JA. Cancelled elective general surgical operations in Ayub Teaching Hospital. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2007;19(3):64-6.
  15. Pittelkow E, Carvalho R. Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública. *Einstein (São Paulo)*. 2008;6(4):416-21.
  16. Bitencourt RJ. A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
  17. Bitencourt RJ, Hortale VA. [Interventions to solve overcrowding in hospital emergency services: a systematic review]. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1439-54. Review. Portuguese.
  18. Albuquerque MS, Lima LP (in memoriam), Costa AM, Filho DA. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde Soc*. 2013;22(1):223-36.