

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Rosângela Marques Machado

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS SOBRE O NÚCLEO INTERNO DE
REGULAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Santa Maria, RS
2021

Rosângela Marques Machado

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS SOBRE O NÚCLEO INTERNO
DE REGULAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Suzinara Beatriz Soares de Lima

Santa Maria, RS
2021

Machado, Rosângela Marques
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS SOBRE O NÚCLEO INTERNO DE
REGULAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / Rosângela
Marques Machado.- 2021.
92 p.; 30 cm

Orientadora: Suzinara Beatriz Soares de Lima
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2021

1. Regulação e Fiscalização em Saúde 2. Administração
Hospitalar 3. Acesso aos Serviços de Saúde 4. Gestão em
Saúde 5. Enfermagem I. Lima, Suzinara Beatriz Soares de
II. Título.

Rosângela Marques Machado

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS SOBRE O NÚCLEO INTERNO DE
REGULAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 18 de agosto de 2021:

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Elizabeth Bernardino, Dra. (UFPR)
Titular

Valdecir Zavarese da Costa, Dr. (UFSM)
Titular

Terezinha Heck Weiler, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, RS
2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a maior gratidão é destinada a Deus, por me amparar nos momentos difíceis concedendo forças para seguir adiante sempre.

Aos meus pais, pelos ensinamentos, valores e apoio. Vocês são a minha fortaleza, minha fonte de inspiração e de amor.

A toda minha família pelo amor, apoio e torcida, que tornam essa jornada mais prazerosa e confiante.

À minha orientadora e amiga, Prof^a Suzinara Beatriz Soares de Lima, que acreditou em mim - obrigada pelo auxílio e compreensão durante essa trajetória.

Aos membros da banca examinadora pela disponibilidade de participação e contribuições no estudo.

Aos participantes do estudo por aceitarem o convite, possibilitando a realização do mesmo.

A construção e conclusão desta dissertação tem o perfume de muitas pessoas que compartilharam de seu tempo, atenção e conhecimento. Obrigada!

*“Faça o teu melhor, na condição que
você tem, enquanto você não tem
condições melhores, para fazer
melhor ainda!”*

(Mário Sérgio Cortella)

RESUMO

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS SOBRE O NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTOR: Rosângela Marques Machado

ORIENTADORA: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Buscando garantir o acesso equânime da população aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e ajustar a oferta assistencial existente às necessidades específicas da população de maneira racional, oportuna e ordenada, criou-se as Centrais de Regulação do Acesso, incluindo a implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais. O qual tem impacto nas taxas de ocupação segura de leitos, minimizando o risco de crises de superlotação nas emergências. O presente estudo tem como objetivo conhecer a percepção de enfermeiros e médicos, atuantes em uma unidade cirúrgica de um hospital universitário, acerca do NIR. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em um hospital universitário localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram profissionais médicos e enfermeiros atuantes na Unidade de clínica cirúrgica da referida Instituição. Participaram do estudo 14 profissionais, sendo nove enfermeiros e cinco médicos. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, entre os meses de janeiro a março de 2021. Os dados coletados foram transcritos e analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin. Destaca-se que toda a pesquisa foi regida pela Resolução 466/2012, respeitando os aspectos éticos de pesquisas realizadas com seres humanos. A análise dos dados permitiu a construção de duas subcategorias: conhecimento dos profissionais de uma clínica cirúrgica de um Hospital Universitário acerca do NIR; e potencialidades e fragilidades do NIR sob a perspectiva dos profissionais de uma clínica cirúrgica. Assim, o estudo possibilitou construção do conhecimento sobre a inserção do NIR no cenário hospitalar, reconhecendo suas contribuições, dificuldades e avanços necessários sob a ótica da equipe assistencial, e a inserção da enfermagem nesta área.

Palavras-chave: Enfermagem. Regulação e Fiscalização em Saúde. Administração Hospitalar. Acesso aos Serviços de Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS SOBRE O NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTHOR: Rosângela Marques Machado
ADVISOR: Suzinara Beatriz Soares de Lima

Seeking to ensure the population's equitable access to health services, comprehensive care and adjust the existing care offer to the specific needs of the population in a rational, timely and orderly manner, the Access Regulation Centers were created, including the implementation of the Center Internal Regulation (NIR) in hospitals. Which has an impact on safe bed occupancy rates, minimizing the risk of overcrowding in emergencies. This study aims to understand the perception of nurses and physicians, working in a surgical unit of a university hospital, about the NIR. This is a descriptive, exploratory field research with a qualitative approach. The research was carried out in a university hospital located in the interior of the State of Rio Grande do Sul. The study participants were medical professionals and nurses working in the surgical clinic unit of the aforementioned institution. Fourteen professionals participated in the study, nine nurses and five physicians. Data collection took place through semi-structured interviews, from January to March 2021. The collected data were transcribed and analyzed using Bardin's content analysis. It is noteworthy that the entire research was governed by Resolution 466/2012, respecting the ethical aspects of research carried out with human beings. Data analysis allowed the construction of two subcategories: knowledge of professionals from a surgical clinic of a University Hospital about the NIR; and strengths and weaknesses of the NIR from the perspective of professionals in a surgical clinic. Thus, the study enabled the construction of knowledge about the insertion of the NIR in the hospital setting, recognizing its contributions, difficulties and necessary advances from the perspective of the care team, and the insertion of nursing in this area.

Keywords: Nursing; Health Care Coordination and Monitoring; Hospital Administration; Health Services Accessibility; Health Management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEPEn	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRISP	Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HCB	Hospital de Caridade e Beneficência
HD	Hard Disk
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IH	Infecção Hospitalar
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
NE	Nível de Evidência
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PBE	Prática Baseada em Evidências
PUBMED	US National Library of Medicine
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNR	Política Nacional de Regulação
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Confidencialidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 REGULAÇÃO DO ACESSO NA SAÚDE	18
2.2 NIR: UMA FERRAMENTA PARA QUALIFICAR A GESTÃO HOSPITALAR	20
2.3 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO NIR.....	25
2.4 IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA	27
3. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	48
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	48
3.2 CENÁRIO DE PESQUISA.....	48
3.3 POPULAÇÃO	51
3.4 COLETA DE DADOS	51
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	52
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	54
4 RESULTADOS	56
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E LABORAL DOS PARTICIPANTES.....	57
4.2 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE UMA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ACERCA DO NIR.....	60
4.3 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO NIR SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UMA CLÍNICA CIRÚRGICA	65
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	88
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	90
APÊNDICE C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	91
APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	92

APRESENTAÇÃO

O trabalho assistencial do enfermeiro perpassa por diversas competências e habilidades, as quais evidenciam, por diversas vezes, que a esse profissional o conhecimento sobre gestão é fundamental para que possa desempenhar suas atividades. Opto por nesta seção da pesquisa fazer uso de primeira pessoa e com linguagem narrativa, a fim de tornar transparente o decorrer da minha trajetória, descrever meu processo de trabalho e as intercepções que me aproximaram de atividades gerenciais e do objeto de estudo da pesquisa em cena.

O desempenhar de minha atuação profissional aproximou e ratificou constructos de um processo de trabalho do enfermeiro embasado em planejamento, organização, direcionamento e avaliação, no decorrer destes 20 anos de dedicação a enfermagem. Compreendi durante minha trajetória que a figura do gestor de enfermagem se torna fundamental para as organizações, especialmente na coordenação e direção do fluxo de trabalho assistencial.

Dentro de Instituições de saúde percebo que o papel do enfermeiro se caracteriza pela proporção da assistência à saúde, educação, pesquisa e gestão, articulados e influenciados na concepção de uma assistência segura e de qualidade. Vislumbrei tal perspectiva, no decorrer de minha trajetória, reconhecendo a importância da atenção básica, hospitalar e ambulatorial, e seus segmentos assistenciais, educativos ou gerenciais que interceptam processos, fluxos e organizações.

Em 1999, atuei como enfermeira assistencial no Programa de Saúde da Família (PSF), realizando a coordenação da referida unidade. Em 2002, assumi o cargo de Vice-Diretora da Escola de Técnicos em Enfermagem do Hospital de Caridade e Beneficência (HCB), de Cachoeira do Sul. No ano de 2007, passei a ser a responsável técnica da Escola de Educação Profissional de Saúde, a qual tinha os cursos de técnico de enfermagem, técnico em radiologia e técnico em segurança do trabalho.

Em 2007, ingressei como enfermeira assistencial, do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), onde pude desempenhar minha atuação na Unidade de Pronto Socorro (UPS) e vivenciar a necessidade de organização de fluxos e processos, com o intuito de fornecer qualidade, eficiência e eficácia à assistência prestada, frente a alta frequência de pacientes. Desde 2015, atuo como chefe desta unidade, onde, assim, cotidianamente convivo com o desafio de gerir a demanda versus

disponibilidade, ou seja, sistematizar o quantitativo de pacientes que se apresentam à emergência frente aos leitos disponíveis.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR), é uma estrutura recente dentro das Instituições hospitalares, assim, no decorrer de minha trajetória pude acompanhar dois cenários, um em que conto com a presença do NIR e outro em que esse setor não compunha o quadro de organização funcional da Instituição. Desde então, tenho reconhecido a importância desse setor, visto seu objetivo de gestão eficiente da capacidade instalada com vistas a superar a superlotação hospitalar. No entanto, por ser um órgão incipiente dentro do cenário organizacional, requer reconhecimento da equipe e processos de (re) avaliação a fim de cumprir seu objetivo.

Em 2015, quando o HUSM decidiu por implementar o NIR em seu fluxo organizacional participei da construção do Regimento Interno deste serviço, como integrante do Núcleo Operativo do Projeto de Desenvolvimento e Implantação de Ferramentas de Gestão da Oferta no âmbito do HUSM (Portaria de designação nº 030 de abril de 2015).

Observo que a mudança que vem ocorrendo no perfil demográfico e epidemiológico de nossa sociedade, com aumento da expectativa de vida, do contingente de idosos e do aumento de taxas de doenças crônicas não transmissíveis, tem exigido cada vez mais das unidades hospitalares, com vistas a dar subsídio de internação hospitalar a um maior nível de pacientes. Assim, em minha rotina diária de “porta-de-entrada” dos pacientes à estrutura hospitalar, me deparo com a dificuldade que é o acesso ao leito hospitalar dos pacientes internados na UPS. Possuir um setor específico com atribuições gerenciais de acesso, organização e otimização da ocupação do leito hospitalar mostra-se de grande valia ao funcionamento geral do hospital. No entanto, observo ainda, que apesar de já ser reconhecido a importância do NIR, através de Portarias Nacionais (BRASIL, 2013), na prática diária convive-se com uma cultura hegemônica de distribuição setorial de leitos, de pré-conceitos e de resistência por parte de alguns profissionais, o que, por vezes, entrava a atuação desse setor.

A rotina diária na UPS, associada à aproximação com a implantação do NIR convergiram em meu interesse de contribuir com subsídios teóricos a esse setor, com vistas a sua consolidação e otimização de processos, ocorrendo a intersecção entre o campo da atenção e a gestão em saúde.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a reestruturação do setor de saúde, para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) começou no final dos anos 80. As diretrizes básicas para implementação do novo sistema, consistiram na universalidade, descentralização, regionalização e a hierarquização, com o objetivo de promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde, princípios estes inseridos na constituição brasileira e nas leis orgânicas do SUS (BRASIL, 1990).

Os novos constructos buscaram superar privilégios e implementar ações e medidas que almejavam garantir a sobrevivência, a qualidade de vida e os direitos de saúde assegurados aos cidadãos brasileiros. Associados aos avanços políticos, a melhoria das condições de vida da população, do progresso tecnológico, do desenvolvimento econômico e social, possibilitaram diagnósticos mais precisos e a terapêutica mais adequada, fatores que contribuíram para a redução da mortalidade e o aumento da sobrevida (ARAÚJO et al., 2014; MENDES, 2012).

O sistema de saúde perpassou e perpassa por intensas reconfigurações a fim de ser transposto à ótica dos princípios do SUS. Os princípios de uma rede regionalizada e hierarquizada têm promovido mudanças na atenção à saúde na reorganização dos serviços com expansão da atenção básica e dos hospitais na rede de serviços (VIEGAS; PENNA, 2013).

A complexidade da assistência e a densidade tecnológica devem guiar a organização das redes de serviço. Compreende-se que no SUS, dividem-se em níveis, que vão do primário ao terciário, assemelhando-se a um triângulo. No presente estudo, destacamos o nível terciário, que se caracteriza pelo alto grau de especialização dos profissionais e pelas tecnologias avançadas. É nesse nível que se concentram as ações de intervenções mais complexas e onde estão os serviços e leitos destinados a pacientes críticos (PAIM, 2008).

Frente a esse cenário complexo, o uso de dispositivos gerenciais tem ajudado a incorporar o monitoramento, a avaliação e a garantir a incorporação dos princípios do SUS. Por meio desses dispositivos pode-se melhorar as ações, prestar contas e produzir o conhecimento para a prática de uma saúde de qualidade na visão dos atores envolvidos.

Para a garantia das diretrizes do SUS, uma estratégia utilizada 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 (SANTOS; MERHY, 2006). Para a gestão, esse processo favorece a resolução eficiente, permitindo o conhecimento e a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde. Esse processo gera controle sobre os gastos, melhora a utilização dos recursos e da qualidade da prestação de serviços de saúde. Assim, seu eixo de gestão tem capacidade de gerar, calcular e monitorar indicadores hospitalares de eficiência, de forma a tomar decisões gerenciais (OLIVEIRA, 2002).

A Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS instituída pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 01 de agosto de 2008, considera a regulação como um conjunto de ações que facilitam ou limitam a produção de bens ou serviços no setor saúde, por meio da regulamentação, controle, fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação (BRASIL, 2008).

Muitos conceitos de regulação em saúde são encontrados na literatura científica, que permeiam em suas várias definições, o controle, o equilíbrio, a adaptação e a direção. Considera-se a regulação como uma atividade de conhecimento técnico-científico para que se efetive os pré-requisitos para a atividade regulatória (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

Pode-se caracterizar a regulação em saúde como uma área de disputas que contempla custos, serviços e quantificação de recursos por meio de diferentes racionalidades, muitas vezes conflitantes como a economia, o direito e a medicina (KURUNMAKI; MILLER, 2008). Assim, compreende-se que o sistema de regulação tem papel fundamental na melhoria da gestão dos recursos financeiros e materiais do sistema, na medida em que opera sobre a relação entre oferta e demanda das ações e serviços de saúde na perspectiva da racionalização dos gastos.

No íterim de transformações epidemiológicas e demográficas constantes em nossa sociedade, elucida-se dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que suscitam que a população idosa aumenta significativamente. Estima-se um crescimento de mais de 4% ao ano, no período de 2012 a 2022, devendo atingir 41,5 milhões de pessoas em 2030. Devido a isso, a exigência de recursos e o nível de utilização hospitalar será maior, pois o perfil epidemiológico dos idosos é bastante diferenciado dos jovens e adultos. Entretanto, não tem se observado aumento da oferta de leitos para internação, concomitante a isso (SOARES, 2016).

Nesse contexto, em 2013 foi instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), por meio de Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro

de 2017. Na presente portaria são descritas as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), dentre as recomendações encontra-se a criação de Núcleos Internos de Regulação (NIR) nos hospitais (BRASIL,2013).

O NIR é a instância de coordenação institucional que tem como objetivo trabalhar o gerenciamento de leitos de forma centralizada, trabalhando conjuntamente com as Centrais de Regulação correspondentes, de forma integrada e pactuada, visando otimizar a utilização do leito hospitalar (BRASIL, 2018). Pode ser considerado como uma unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada ao hospital, seu processo de internação, movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado, hierarquicamente está sob supervisão da Direção-Geral do hospital, devendo ter seu papel definido e conhecido dentro da instituição (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, compreende-se que o objetivo principal do NIR é promover a equidade do acesso, integralidade da assistência e ajustar a oferta às necessidades imediatas do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, além de organizar o acesso às consultas, serviços diagnósticos e terapêuticos e, principalmente, aos leitos de internação (BRASIL, 2013).

No Brasil, a regulação assistencial é uma temática nova. Assim, tem-se observado que o conhecimento sobre ações regulatórias no que concerne à implantação das distintas centrais de regulação existentes e suas estratégias de trabalho, à efetivação da assistência frente a esse recurso logístico articulando a atenção primária com os serviços de maior complexidade tecnológica e ao tempo de espera para atendimento especializado ainda é escasso (LEMÕES et al, 2013).

Essa necessidade de regulação dos serviços também foi reforçada no Decreto 7.508 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2011). Para a população, os benefícios da regulação de leitos podem ser percebidos pela diminuição da demanda reprimida de casos, acesso oportuno e ordenado aos serviços de saúde pelo usuário, assim como maior comodidade nos agendamentos de procedimentos eletivos (RODRIGUES; JULIANI, 2015).

Considerando o caráter multiprofissional de composição do NIR e as competências específicas de cada profissional, o comprometimento da instituição para com o usuário está no preparo dos envolvidos. Estes devem estar atentos aos detalhes que poderão fazer toda a diferença no momento da internação hospitalar,

para que isso aconteça, é essencial a educação permanente (BRASIL, 2017).

Frente a isto, compreende-se que conhecer a percepção dos profissionais envolvidos, diretamente com a rotina diária de atuação do NIR, pode mostrar-se como uma ferramenta para direcionar as necessidades de capacitação, otimizar o processo de trabalho desse setor e, conseqüentemente, beneficiar o seu alvo, que são os pacientes que necessitam de internação hospitalar.

Em dezembro de 2015, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), foi um dos contemplados com a contratação de consultoria especializada com vistas ao desenvolvimento e implantação de dispositivos de gestão hospitalar voltados a regulação assistencial, geração e gestão do conhecimento e gestão econômico-financeiros. Neste período, uma equipe do *Consorti Hospitalari de Catalunya*, empresa de Consultoria e Gestão, apresentou aos gestores do HUSM, um plano de implantação do Modelo de Desenvolvimento e Implantação dos mecanismos de Regulação Assistencial no âmbito da EBSEH/Hospitais Universitários Federais.

Em junho de 2017 o NIR iniciou sua atuação no HUSM. Em seu princípio realizou regulação de leitos de apenas uma das unidades do hospital (Unidade de Cirurgia Geral). A atuação do NIR na presente Instituição, de acordo com seu Plano de Implantação, deve seguir recomendações para uma melhor gestão interna da área ambulatorial, conhecimento do arquivo e documentação clínica, uma visão global de todas as demandas de procedimentos cirúrgicos e gestão interna de leitos (HUSM, 2020).

Apesar, dos diversos avanços percebidos e oportunizados pela implantação do NIR, e reconhecidos por estudos já realizados (SOARES, 2017; LAURINDO et al, 2019; RODRIGUES; JULIANI, 2015), observa-se entraves estabelecidos por profissionais ou de ordem gerencial que interceptam a atuação desse setor. Concebe-se que a percepção dos profissionais que, direta ou indiretamente tangenciam a atuação do Núcleo, pode oferecer subsídios para sistematização e (re) adaptações a fim de qualificar a assistência e contribuir para otimização da disponibilização de leitos. Assim, reconhece-se a importância da percepção dos profissionais integrantes do processo de internação e alta do paciente sobre a dinâmica de trabalho do NIR, seus impactos e entraves a fim de subsidiar a construção do conhecimento frente a essa estrutura incipiente no cenário de organizações hospitalares.

Nesse ínterim, o presente estudo foi norteado pela seguinte **questão de**

pesquisa: como os profissionais percebem a atuação do NIR em uma Unidade Cirúrgica de um hospital universitário? Essa pesquisa teve o objetivo de conhecer a percepção de enfermeiros e médicos, atuantes em uma unidade cirúrgica de um hospital universitário, acerca do NIR.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para subsidiar a construção da problemática de investigação da pesquisa, se faz necessário trazer elementos teóricos que serão apresentados a seguir.

2.1 REGULAÇÃO DO ACESSO NA SAÚDE

O reconhecimento do direito à saúde no Brasil, resultou no SUS, o qual está completando sua terceira década. Apesar de o tempo transcorrido a implementação de seus princípios: universalidade, equidade, integralidade e resolutividade tem significado um imenso desafio na transferência para o campo da atenção à Saúde, a qual requer a elaboração de um modelo social ético e igualitário, guiado pela inclusão social e solidariedade humana (REGNER, 2016).

Conhecida como a lei do SUS, a lei 8080/90, dispõe sobre as condições para promoção, prevenção e recuperação da saúde, sobre o funcionamento dos serviços de saúde e mostra uma visão ampliada do conceito de saúde para a época, bem como a complexidade da organização necessária para atender as exigências legais, determinando princípios básicos e regramento para pacientes, prestadores e gestores (NUNES,2016). Para atender as exigências do SUS e os movimentos de descentralização da gestão, foram necessários a criação e o fortalecimento de instâncias de regulação, as quais fazem o controle e avaliação dos serviços prestados.

Os órgãos de controle e avaliação ganham destaque, no gerenciamento do sistema de saúde, devido à crescente demanda por recursos, concomitante a isso os avanços tecnológicos na área médica e um cenário de recursos limitados. A regulação atua em três esferas: a regulação estatal tem o papel de definição da política de saúde, a regulação de serviços a contratação e controle da prestação de serviços e a regulação assistencial a alocação do recurso mais apropriado para cada paciente (BRASIL, 2015).

Nos diversos níveis de atenção, a dificuldade do acesso aos serviços de saúde, tem se apresentado por inúmeros fatores. Percebe-se uma fragmentação no cuidado ao usuário no âmbito do SUS. Assim sendo, a regulação assistencial assume um caráter importante frente a esse cenário.

Conceitos de regulação possuem origem e interpretações variados. Desta forma, Di Pietro (2009, p.20), define que “a regulação se constitui como um conjunto

de regras de conduta e de controle da atividade econômica pública e privada e das atividades sociais não exclusivas do Estado, com a finalidade de proteger o interesse público”. Portanto, a regulação pode ser entendida como a intervenção do Estado em qualquer área ou setor que influencie a sociedade. Com a regulação, o Estado tem a função de estabelecer critérios de organização e prestação dos serviços, definindo prioridades, além de formular as regras para aplicação no mercado (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

No âmbito do SUS, a Portaria 1559 (BRASIL, 2008), define que a regulação, em seu eixo do acesso ou regulação assistencial, sistematiza a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Estabelecem-se pelo complexo regulador e suas unidades operacionais a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A garantia aos cidadãos do direito ao acesso universal e integral aos serviços de saúde descrito na Constituição Federal de 1988, solicita mudanças importantes na configuração de entendimento sobre regulação em saúde, visto que aumentaram consideravelmente as atribuições do Estado para confirmar esse acesso. Além disso, a divisão das ações de saúde para estados e municípios definiu a obrigatoriedade das atribuições entre as 3 esferas de governo. É sabido que os fornecedores dos serviços de saúde, independentemente de ser público ou privado devem ser regulados com o intuito de otimizar os recursos disponíveis, além de facilitar o acesso aos usuários (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012). Cabe ao Estado atuar na regulação da área da saúde, atingindo os três níveis: regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial; regulação sobre os sistemas de saúde e regulação de atenção à saúde (SHILLING; REIS; MORAES, 2006).

Definir normas, monitorar, controlar e avaliar, são funções da regulação sobre os sistemas de saúde, exercido frequentemente em âmbito nacional ou regional, por distintos órgãos reguladores, assim como pelo Ministério da Saúde (MS) e agências reguladoras. As ações de contratação, acesso, equidade e integralidade da assistência dirigidos aos prestadores de serviços de saúde público ou privado são funções da regulação da atenção à saúde, cujo atores envolvidos são os gestores municipais e de forma complementar os gestores estaduais e federais (SHILLING; REIS; MORAES, 2006).

Experiências de regulação em saúde, nas diferentes esferas de gestão do SUS,

passaram a ser implementadas com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2002), principalmente no que se refere à Regulação do Acesso, centrais de regulação, regulação interestadual, regulação de serviços de alta complexidade, a fim de proporcionar o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, visando à atenção integral (BRASIL, 2002).

Após o Pacto de Gestão (2006), a regulação no SUS ganha força, já que este tem a finalidade de buscar maior autonomia para os estados e municípios em relação aos processos normativos do SUS. Define ainda a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo e torna mais claras as atribuições de cada uma, fortalecendo a gestão compartilhada (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Em 2008, com a criação da Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde, a regulação assistencial passa a ser vista como promotora da equidade do acesso aos serviços de saúde, garantindo integralidade da assistência consentindo pactuar a oferta assistencial disponível as necessidades do usuário, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Apesar da regulação em saúde ser um poderoso instrumento de gestão, ela ainda é bastante incipiente, necessitando de aprimoramento. É importante que esse processo disponha de recursos que garantam, de acordo com a particularidade de cada caso, a qualidade do atendimento aos pacientes e a destinação eficiente dos recursos médico-hospitalares (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Uma das estratégias utilizada pelo SUS para regulação do acesso é a organização de centrais por áreas assistenciais, sendo o NIR uma das interfaces destas centrais.

A Política Nacional de atenção Hospitalar (PNHOSP), recomenda a criação de um NIR em cada instituição hospitalar para junto com as Centrais de Regulação traçar o perfil de complexidade assistencial de sua instituição no contexto do SUS. Essa portaria (BRASIL, 2013) determina a disponibilidade de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, leitos de internação de acordo com as normas predeterminadas para a assistência, além de providenciar, em outras instituições hospitalares, vagas de internação e suporte diagnóstico e terapêutico para usuários internados, quando preciso (SOARES; SOARES, 2016).

2.2 NIR: UMA FERRAMENTA PARA QUALIFICAR A GESTÃO HOSPITALAR

Analisando o contexto mundial, a regulação teve início nas áreas sociais e econômicas, acompanhada pelo desenvolvimento de agências para monitoramento e coerção do comércio e a criação de instituições de proteção social (MENICUCCI TMG. 2005). Inicialmente não considerada pelas deliberações governamentais dirigidas ao controle de mercado, ela expandiu sua atuação para novas áreas, entre elas a da saúde (COELHO RC. 2016; BRASIL 2010).

Em países com sistemas privados de saúde, a regulação assistencial cresceu mais rapidamente, nos Estados Unidos da América. No Brasil, o Ministério da Saúde vem direcionando estratégias para atender a saúde da população, publicando portarias, normas e resoluções que visam o acesso a ações e serviços com objetivo de otimizar leitos e reorganizar a assistência (BRASIL, 2002).

A regulação é um tema novo e pouco estudado, entretanto, é 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 (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009). Pode ser entendida como a ação ordenadora e orientadora dos fluxos assistenciais, seus benefícios são percebidos pela diminuição da demanda reprimida de casos, acesso oportuno e ordenado aos serviços de saúde e também maior comodidade nos agendamentos (OLIVEIRA, 2002).

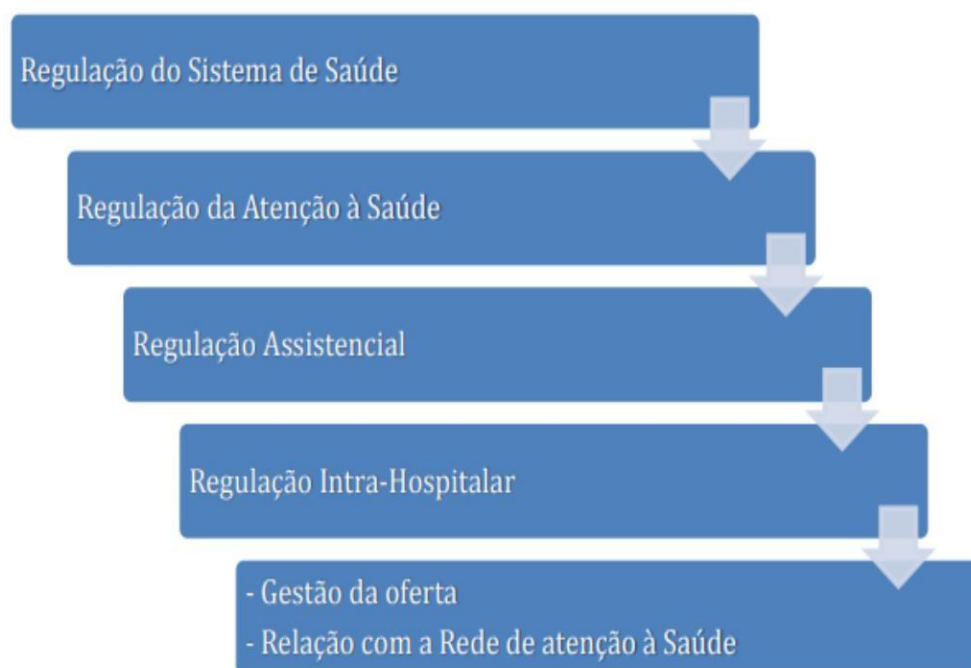
Para a gestão, a regulação favorece a resolução dos casos, permitindo conhecimento aprofundado e dinâmico da rede de saúde, identificando áreas críticas e necessidades de saúde. Consideramos o ponto de vista do acesso cotidiano do usuário como micro regulação, e as políticas das instituições de macro regulação (SANTOS; MERHY. 2006; BRASIL, 2011).

A Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 do MS, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa portaria lança mão do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e o considera como a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que a instituição representa no âmbito do SUS, além de gerenciar leitos, para otimização da utilização dos mesmos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas (BRASIL, 2013).

De acordo com a Portaria supracitada, a dimensão da atuação da regulação

inicia-se de forma ampliada através da regulação do sistema de saúde do país como um todo, seguindo para a regulação da atenção à saúde (níveis estaduais e municipais), chegando na dimensão da regulação do acesso dentro da rede local. Finalizando esse fluxo temos a regulação intra-hospitalar de leitos que faz a gestão da oferta e sua relação com a RAS (LANG, 2018). O esquema a seguir demonstra a ideia da autora (Figura 1).

Figura 1 - Dimensões da Atuação da Regulação.



Fonte: LANG, 2018.

O NIR é uma estrutura ligada diretamente à direção geral do hospital, sendo que a principal função é otimizar a utilização dos leitos hospitalares para redução da taxa de ocupação, do tempo médio de permanência nos diversos setores, além de ampliar o acesso aos leitos, tanto no âmbito intra-hospitalar, quanto para outros serviços disponibilizados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013).

O NIR gerencia os leitos que deverão estar de acordo com as necessidades do paciente, com os protocolos estabelecidos, respeitando o perfil assistencial e a capacidade instalada da unidade. É uma ferramenta de gestão que deve trabalhar de forma colegiada, respeitando a pactuação com os chefes de serviços e os protocolos estabelecidos (LANG, 2018).

No geral, as estruturas hospitalares têm mantido, muito alto, o tempo médio de

permanência em suas enfermarias, traduzindo-se em um excedente de usuários que fica represado nas emergências. Outro ponto crucial na diminuição da permanência nos hospitais refere-se à agilidade nas respostas aos exames subsidiários ao diagnóstico. É necessário que a equipe do NIR assegure e tenha o papel de intermediadora da boa comunicação, além de mediar conflitos e diminuir riscos de ruídos entre os setores de um hospital (SILVA, 2013).

Um manual lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2017 subsidia a gestão hospitalar para o processo de implantação do NIR, bem como, as orientações necessárias para tal e clarifica a compreensão e às atribuições do NIR, apoiando na gestão de leitos e realizando interface com a regulação de acesso. A implementação do NIR deve ser entendida como projeto dentro do planejamento estratégico das unidades hospitalares. Ele aprimora e apoia o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares, visando o atendimento mais adequado às suas necessidades (BRASIL, 2017).

Existem três grupos de atividades fundamentais para otimizar o uso da capacidade instalada do hospital, considerados pelo Ministério da Saúde como os três pilares do NIR, são eles: (1) Práticas de Regulação; (2) Articulação com a RAS e (3) Monitoramento. As Práticas de Regulação são atividades articuladas entre o NIR e as diferentes interfaces institucionais permitindo conhecer as instalações e os recursos disponíveis para garantir o fluxo de pacientes, identificando a gravidade dos mesmos e o processo de transferência com segurança. A comunicação entre as equipes assume papel primordial nesse pilar, visto que se esta for lacunar ou assumir outras interfaces pode gerar desconfortos e conflitos se não forem bem gerenciadas (BRASIL, 2017).

O segundo pilar envolve o Relacionamento Externo com a RAS, Centrais de Regulação e outras instituições da rede, com vistas a fortalecer a iniciativa de ofertar a disponibilidade de leitos quando houver necessidade em outras instâncias do SUS. O Monitoramento considerado o terceiro pilar do NIR, apresenta maior organização quando representado pela avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada (LAURINDO et al., 2019; BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde verificou a importância de incluí-lo em todos os hospitais da rede SUS. Sua atuação, tem objetivo de garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com ambulatório, emergência, internação e Centrais de Regulação. As atividades desenvolvidas pelo núcleo de regulação

subsidiar os gerentes e demais gestores, favorecendo a melhoria dos processos institucionais e a racionalização dos recursos, de acordo com a capacidade instalada, propiciando o aumento da rotatividade dos leitos na unidade hospitalar com consequente ampliação do acesso. A implantação permite promover práticas assistenciais seguras, mediante a utilização de protocolos clínicos e instrumentos de boas práticas, que elevam a qualidade do atendimento prestado ao usuário (BRASIL, 2017).

Para composição do NIR, recomenda-se uma estrutura mínima composta por médico, enfermeiro e assistente social que funcione 24 horas e sete dias por semana (BRASIL, 2017). O apoio de profissionais de outros setores do hospital como coordenadores de unidade é fundamental para ordenar rotinas e processos, o departamento de informática essencial para coleta e processamento de dados dos indicadores, assim como o comprometimento dos colaboradores na aplicação de protocolos administrativos e médico-assistenciais para que o NIR consiga executar todas as atividades propostas (BRASIL, 2017). De acordo com sua complexidade e tamanho da capacidade instalada, hospitais de grande porte necessitam um maior número de recursos humanos para atuar exclusivamente no NIR. A inclusão de assistentes administrativos, médicos e enfermeiros em dedicação exclusiva é necessário devido à grande demanda de trabalho de regulação e controle de leitos em tempo real (BRASIL, 2017).

O hospital é um dos serviços em saúde que presta assistência preventiva e curativa. Para que isso aconteça é importante que exista a gestão de leitos, responsável por realizar internações e altas de pacientes. Os gerentes precisam realizar previsões com base em informações sobre internações e saídas dos usuários. Muito embora a decisão de alta deva ser uma decisão clínica, pode haver fatores não-clínicos que influenciam a tomada de decisão, além de preferências das equipes médicas e de familiares. O tempo médio de permanência significa estimar os custos médicos de uma internação e faz parte da gestão hospitalar (AJIMURA, 2016).

O Hospital Universitário de Terezina (HUT) diminuiu o tempo de internação de sete para quatro dias, com a implantação, ao longo dos últimos quatro anos, de ferramentas que ajudaram a diminuir o tempo de permanência dos seus pacientes. Dentre as ferramentas de gestão, está o NIR, que faz a busca ativa em todo o hospital para identificar leitos disponíveis para internação. A equipe domiciliar complementa realizando a desospitalização dos pacientes que já podem receber alta, porém ainda

necessitam de atendimento especializado em domicílio e o Kanban, sistema que faz o monitoramento do tempo de internação dos pacientes classificando-os por cores, de acordo com a gravidade de cada caso e o tempo de internação (FMS, 2019).

Ainda, a instituição organizou a regulação do fluxo de demanda a fim de receber pacientes de acordo com sua complexidade assistencial. Estas medidas buscam agilizar o atendimento e diminuir o tempo de permanência no hospital (FMS, 2019).

O hospital municipal Tide Setúbal, localizado na Zona Leste de São Paulo, aumentou em 14% as internações entre maio e julho de 2016, comparando com igual período de 2015. Foram internados 454 pacientes a mais, graças à implantação do NIR. Conforme o diretor técnico, após a implantação do NIR houve uma melhora significativa na organização das vagas e conseguiram agilizar os encaminhamentos dos pacientes (SÃO PAULO, 2016).

2.3 ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO NIR

É imprescindível delinear o objetivo do NIR na instituição, antes de iniciar suas atividades. Seu trabalho não se limita a uma unidade ou equipe distinta. Este atuará em todas as performances do hospital, portanto a gestão do hospital, juntamente com suas lideranças precisam pactuar suas atividades claramente (SOARES; SOARES, 2016).

O NIR deverá ser formado por equipe multidisciplinar e realizar monitoramento dos usuários, desde sua entrada na instituição, durante a internação, transferências internas e externas, assim como até a alta hospitalar. Conforme pactuado entre a rede de serviços interno (unidades de internação) e externos (outras instituições) (BRASIL, 2017).

É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção do Hospital e deve ser legitimado com seu papel descrito e disseminado em toda a instituição. A sugestão é de que o NIR funcione 24 horas (sete dias por semana) com composição mínima dos seguintes profissionais: médico(a) horizontal ou diarista, enfermeiro(a) diarista e assistente social (BRASIL, 2017).

Dentre as principais atribuições do médico que compõe a equipe cita-se: Todos os dias da semana, deverá acompanhar a avaliação dos pacientes e identificar com as equipes assistenciais aqueles, que tem potencial para a transferência a outros setores da unidade hospitalar e/ou leitos de Retaguarda pactuados na RAS; Identificar

as pendências (avaliações médicas, exames, marcação de cirurgias) e providenciar junto à equipe assistencial a sua resolução; Identificar pacientes com critérios de Alta Hospitalar e discutir o caso com a equipe assistente; Regular os leitos disponíveis no próprio hospital de acordo com as especialidades; Realizar a interface entre as especialidades médicas e os setores da unidade hospitalar, a fim de promover as interconsultas de modo mais eficiente e ágil (BRASIL, 2017).

Com relação as atribuições dos enfermeiros elenca-se: Apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes nas observações, a qual deverá ocorrer diariamente, para verificar a viabilidade dos pacientes a serem transferidos para enfermarias, leitos de retaguarda, UTI e/ou mesmo de alta para casa ou Serviço de Atenção Domiciliar; Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para aperfeiçoar o processo de transferência; Realizar interface entre a Regulação e a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos internos e externos; Realizar busca ativa de leitos disponíveis no sistema informatizado ou em visita aos setores da unidade hospitalar; Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero; Identificar e notificar mediante relatório mensal os entraves pertinentes ao processo de transferência e atuação do NIR (BRASIL, 2017).

Ainda no manual de implantação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) são elencadas as atribuições do assistente social, as quais podem ser assim resumidas: Abordar e orientar usuários e familiares para as transferências internas e externas; Apoiar e esclarecer toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à transferência para os Hospitais de Retaguarda, explicando sobre o funcionamento e normas do Hospital de Retaguarda; Realizar investigação social do paciente, nos casos pertinentes; Explicar as particularidades da questão social e construir propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos dos usuários, conforme legislação específica.

Compreende-se que se faz necessário o apoio de profissionais de outros serviços para que o NIR possa executar todas as atividades propostas. Entre eles destaca-se a importância do setor de informática para o processamento dos indicadores e auxílio de construção de ferramentas estatísticas e operacionais (BRASIL, 2017).

2.4 IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA¹

Resumo

Objetivo: identificar as evidências científicas, disponíveis na literatura, acerca da implantação e operacionalização dos Núcleos Internos de Regulação nos hospitais. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa, realizada no mês de setembro de 2020, nas bases de dados LILACS, Pubmed e Scopus, utilizando estratégias de busca específicas para cada base. Dos 1028 estudos encontrados foram selecionados 26 para análise. **Resultados:** A operacionalização e implantação dos Núcleos Internos de Regulação abarca: gestão de leitos como uma ferramenta de acesso aos serviços de saúde; o processo de trabalho para aplicação da gestão de leitos nos serviços de saúde; e a promoção do gerenciamento de leitos através de ferramentas operacionais. **Conclusão:** O conhecimento das evidências relacionadas as atribuições, mazelas e sistematização do NIR permitiu a composição de uma estrutura ao gerenciamento do fluxo dos leitos hospitalares, tornando claro esse processo e permitindo compreender a construção do conhecimento que embasa esse processo e a atuação dos profissionais nas instituições hospitalares.

Palavras-chave: Regulação e Fiscalização em Saúde; Administração Hospitalar; Acesso aos Serviços de Saúde; Gestão em Saúde.

1. Introdução

No Brasil, a reestruturação do setor de saúde, para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) começou no final dos anos 80. As diretrizes básicas para implantação e execução do novo sistema de saúde consistem na unificação, descentralização, regionalização e hierarquização, além de promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde (Rodrigues, 2020).

Para organizar o sistema de saúde, com a efetiva aplicação da rede regionalizada e hierarquizada, é necessário considerar as mudanças na atenção à saúde e a reorganização dos serviços, com expansão da atenção básica e a reconfiguração dos hospitais na rede de serviços. A rede de serviços deve estar diretamente relacionada a complexidade da assistência e densidade tecnológica (Melo, Gomes, Carvalho, Pereira & Guabiraba, 2021).

A complexidade é dividida em níveis, que vão do primário ao terciário,

¹ Este subitem foi redigido, formatado e configurado em formato de artigo e sob as normas do periódico Research, Society and Development, o qual foi submetido e aceito para Publicação na data de 14/05/2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15836>

assemelhando-se a um triângulo. No presente estudo, destacamos o nível terciário, que se caracteriza pelo alto grau de especialização dos profissionais e pelas tecnologias avançadas. É nesse nível que se concentram as ações de intervenções mais complexas e onde estão os serviços e leitos destinados a pacientes críticos (Maffissoni, Vendruscolo, Trindade & Zocche, 2018).

Para a garantia das diretrizes do SUS, uma estratégia utilizada 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 (Melo, Gomes, Carvalho, Pereira & Guabiraba, 2021). Assim, a regulação em saúde passa a figurar como um dos elementos constitutivos do SUS, junto com a avaliação, o controle e a auditoria, podendo ser detectada em todo o arcabouço jurídico do sistema.

Para a gestão, esse processo de regulação favorece a resolução eficiente, permitindo o conhecimento e a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde. Esse processo gera melhor controle sobre os gastos em saúde, melhor utilização dos recursos e qualidade da prestação de serviços. Assim, seu eixo de gestão tem capacidade de gerar, calcular e monitorar indicadores hospitalares de eficiência, de forma a tomar decisões gerenciais (Fenili, Correa & Barbosa, 2017).

Neste contexto, em 2013 foi instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) onde estão descritas as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), dentre as recomendações encontra-se a criação de Núcleos Internos de Regulação (NIR) nos hospitais (Brasil, 2013). No entanto, a metodologia para seu devido funcionamento dentro das instituições de saúde não foi detalhada, tendo sido apenas recentemente estruturada (Brasil, 2017).

O NIR é a instância de coordenação institucional que tem como objetivo trabalhar o gerenciamento de leitos de forma centralizada, trabalhando conjuntamente com as Centrais de Regulação correspondentes, de forma integrada e pactuada, visando otimizar a utilização do leito hospitalar. Pode ser considerado como uma unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada ao hospital, seu processo de internação, movimentação interna e externa, até a alta hospitalar, devendo ter seu papel definido e conhecido dentro da instituição (Brasil, 2017).

Nesse contexto, a gestão do acesso à internação e da permanência dos pacientes nos leitos, desempenhadas pelo NIR, são rotinas essenciais para alcançar o uso eficiente da capacidade instalada. Alocar o paciente certo no leito certo é uma

tarefa complexa, dinâmica e que exige conhecimento das necessidades do paciente bem como da estrutura disponível para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isso, o hospital precisa estar efetivamente inserido no sistema de saúde (público e privado), de forma a expandir a sua capacidade de prover o melhor cuidado, transferindo e recebendo pacientes em parceria com outras instituições. Dessa forma é possível extrair da capacidade instalada mais valor para o usuário, para as equipes e para o próprio hospital (Borges, Bernardino, Stegani & Tonini, 2020).

Assim sendo, o uso de dispositivos gerenciais tem ajudado a incorporar o monitoramento e a avaliação às práticas da gestão, visando melhorar as ações em saúde, prestar contas e produzir o conhecimento para a prática de uma saúde de qualidade na visão dos atores envolvidos. Assim, o objetivo principal do NIR é promover a equidade do acesso e da integralidade da assistência e ajustar a oferta às necessidades imediatas do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e racional. O NIR busca organizar o acesso a consultas, serviços diagnósticos e terapêuticos e, principalmente, aos leitos de internação (Brasil, 2013; Brasil 2017). Este estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas, disponíveis na literatura, acerca da implantação e operacionalização dos Núcleos Internos de Regulação nos hospitais.

2. Metodologia

A revisão integrativa foi escolhida como método para atingir o objetivo do estudo, pois corresponde à estratégia metodológica abrangente que permite busca, avaliação crítica e síntese de evidências relevantes sobre implantação e operacionalização dos NIRs nos hospitais. Concebe-se que esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desde 1980 a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

O percurso metodológico subdividiu-se em seis etapas. 1. Identificação do tema: NIR nos hospitais; 2. Construção da questão de pesquisa com a estratégia PICO, constituída por P (população): hospitais, I (intervenção): importância do NIR, C (comparação): não se aplica e O (outcomes): implantação e operacionalização, definindo-se assim a seguinte questão: “Quais as evidências disponíveis na literatura acerca da implantação e operacionalização dos Núcleos Internos de Regulação nos

hospitais?"; 3. Estabelecimento de critérios de inclusão: artigos de pesquisa primária, publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol, que versavam sobre implantação e/ou operacionalização do NIR nos hospitais. Tendo em vista que NIR é denominação de uma política do Ministério da Saúde (MS) e que a nível internacional não há essa mesma especificação elencou-se que nas publicações internacionais utilizar-se-ia das evidências sobre gestão de leitos e sua interceptação com as atribuições consideradas para o Brasil com base na Política do MS (BRASIL, 2014). Aqueles duplicados nas bases de dados foram considerados apenas uma vez. A aplicação dos critérios de inclusão foi feita por duas pesquisadoras de forma dupla independente, a fim de garantir fidedignidade dos resultados; 4. Definição das informações a serem extraídas dos estudos: referência, país de origem do estudo, objetivo, principais resultados e delineamento (a fim de se estabelecer o nível de evidência); 5. Avaliação das evidências e análise (categorização): o método utilizado para classificação da força de evidências foi ordenado por sete níveis, sendo: Nível I – evidências originárias de revisões sistemáticas ou meta-análise de relevantes ensaios clínicos; Nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e Nível VII – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas. A análise dos dados foi realizada na forma descritiva com agrupamento por similaridade de evidência; 6. Discussão e apresentação da síntese do conhecimento.

Realizou-se a busca, em setembro de 2020, nas bases de dados on-line: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Public Medline (PubMed) e SCOPUS. Para a escolha dos descritores a serem utilizados na busca, foram realizadas consultas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH), e foram utilizadas palavras-chave a fim de localizar um maior número de evidências. Tendo em vista as especificidades das bases de dados, foram utilizadas estratégias de busca diferentes para cada uma delas, tendo como eixo norteador a questão de revisão e os critérios de inclusão (Tabela 1).

Tabela 1 - Estratégias de busca utilizadas e produções selecionadas sobre a implantação e operacionalização do NIR nos hospitais. LILACS, PubMed, SCOPUS.

Bases	Estratégia de busca	Publicações	Amostra
LILACS	"número de leitos em hospital" OR "Stretchers" OR "Beds"	205	5
PubMed	"Bed management" AND "hospitals"	48	2
Scopus	"Bed management" AND "hospitals"	775	19
Total		1028	26

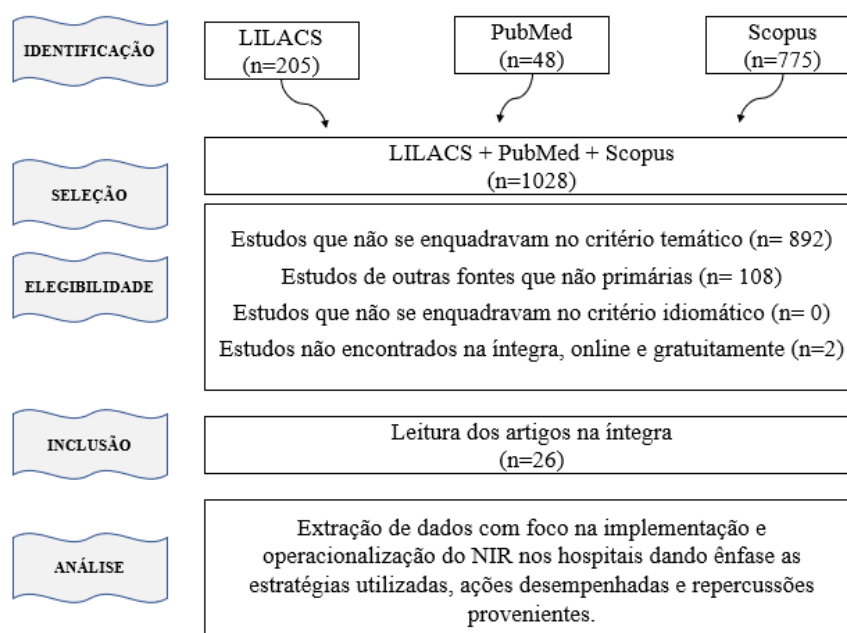
Fonte: Dados da pesquisa, Santa Maria/RS, 2021

Posterior à busca e aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados 26 artigos, que compuseram o corpus da pesquisa, para este processo de seleção, foram utilizadas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), conforme figura 1. A recuperação dos mesmos foi realizada pela própria base de dados e, quando não estavam disponíveis, buscou-se no Portal Capes e, após, no site das revistas.

Para o estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos, foi preenchido um quadro sinóptico, contendo as seguintes informações: referência do artigo, país onde o estudo foi realizado, objetivo, principais resultados e classificação do nível de evidência. Logo após foi realizada a análise das informações pertinentes para o alcance do objetivo da revisão, de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método.

Foram respeitados os aspectos éticos das produções, assegurando ideias, conceitos e definições de autoria de cada artigo analisado, as quais estão apresentadas e referenciadas fidedignamente.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos primários para a revisão integrativa.



Fonte: Adaptado do modelo PRISMA, Santa Maria/RS, 2021.

3. Resultados e Discussão

A amostra desta revisão foi composta por 26 estudos que descrevem as evidências científicas acerca da operacionalização do NIR nos hospitais. Apresenta-se no Quadro 1, a seguir, uma síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa e suas características, a fim de contextualizar as evidências extraídas para responder à questão de revisão.

Quadro 1 Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa de operacionalização e implantação do NIR nos hospitais, Brasil, 2018

AUTOR (ES), ANO/ PAÍS	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS	NE*
Hiragi et al, 2020/ Japão	Propor e avaliar um novo método para alocação de leitos aplicando mecanismo de mercado simbólico.	O sistema de alocação de leito baseado em um mercado simbólico pode ser eficaz quando usado com design operacional apropriado.	6
Oakley, Onggo & Worthington, 2020/ Inglaterra	Investigar sistemas de suporte à decisão de simulação simbiótica no contexto da gestão operacional de leitos.	O Δ-Método é a primeira técnica conhecida a considerar a distribuição completa dos resultados da simulação ao longo do tempo, em vez de usar estatísticas de resumo selecionadas.	6
Borges et al, 2020/ Brasil	Analisar a atuação de enfermeiros na gestão de leitos de um hospital público de ensino	Os enfermeiros que atuam na gestão de leitos devem ter conhecimento em gestão e na assistência, assim como, otimizar comunicação e divulgação dos fluxos.	6
Schäfer et al, 2019/ Alemanha	Propor um modelo de decisão para alocação operacional ad	O modelo de suporte para alocação de leitos utilização do PBA possibilita o recebimento de recomendações online rápidas para alocação de leito de paciente.	6

	hoc de leitos em grandes hospitais.		
Chalgham et al, 2019/ Tunísia	Sugerir o método de tomada de decisão multicritério (MCDM) para melhorar o fluxo de pacientes internados.	O método MCDM é útil para classificar os possíveis departamentos de destino dos pacientes, mesmo que sua clínica de destino já esteja ocupada.	6
Vancroonenburg, Causmaecker & Vanden, 2019/ Bélgica	Propor um modelo de chance restrita para o agendamento de admissão de pacientes cirúrgicos.	O modelo permite gerenciar o risco de escassez de leitos por meio de uma formulação restrita ao acaso.	4
Cudney et al, 2019/ Suécia	Desenvolver uma simulação de eventos discretos para auxiliar nas decisões de admissões, transferência de pacientes, tempo de permanência (LOS), tempo de espera e tempo de fila.	O número adequado de leitos para cada clínica pode ser ajustado fazendo uso de estatísticas de filas e tempo de espera. No sistema hospitalar o envio de notificação à equipe de limpeza poderia antecipar a disponibilidade do leito. O estado do paciente e o nível de cuidados necessários devem ser examinados com frequência para reduzir o tempo de permanência dos pacientes.	6
England et al, 2019/ Inglaterra	Destacar a utilidade de uma ferramenta de curto prazo para o planejamento de leitos dentro de uma especialidade de Trauma e Ortopedia.	Esta ferramenta é mais útil no planejamento semanal e revisão para a melhoria contínua, em vez de uso diário, usando eventos passados para melhorar a tomada de decisões futuras.	4
Wang et al, 2019/ China	Formular um modelo de programação estocástica através do algoritmo MSO-AHA, com o objetivo de minimizar os custos ponderados de rejeição de pacientes e de mantê-los à espera.	Reavaliar as decisões quanto ao número de leitos atribuídos a cada clínica e a taxa de aceitação de cada tipo de paciente. A estocasticidade na chegada e nos tempos de atendimento torna difícil equilibrar a aceitação do paciente com a qualidade do serviço.	6
Lotlikar et al, 2018/ Índia	Compreender o processo de alocação de leitos, avaliar os motivos do atraso na alocação de leitos e minimizar o tempo de espera por novas admissões.	A implementação do sistema de distribuição de leitos online resultará na redução do tempo de espera dos pacientes, neste sistema, junto ao Prontuário do paciente, pode constar a história clínica do paciente a fim de agilizar o recebimento na nova Unidade.	4
Landa et al, 2018/ Itália	Simular o impacto de decisões alternativas sobre alocação da capacidade do leito para múltiplos fluxos de pacientes.	A suavização dos fluxos é obtida por meio de dois métodos de tamponamento: (a) alocação incorreta de pacientes que são admitidos temporariamente em leitos que não são os apropriados (por exemplo, na enfermaria médica enquanto espera por um paciente cirúrgico) e (b) bloqueio de admissões eletivas de pacientes.	6
Novati et al, 2017/ Itália	Testar a eficácia de um modelo inovador de gerenciamento de camas.	O BMP permite alocação externa racional de pacientes e suporte para altas "difíceis"; trabalhar no gerenciamento de leitos exige perfil interativo, operativo e de apoio, associado por vezes a um papel mais autoritário; O serviço social é imprescindível para gerenciar as altas de pacientes "difíceis";	6
Belciug & Gorunescu, 2016/ Inglaterra	Propor uma estratégia flexível para a otimização	A gestão deve abranger a análise: (a) dos registros de dados sobre o fluxo do paciente, (b) do histórico de alocação de leitos (restrições no estoque de leitos, fechamento de leitos, crise de leitos etc.), e (c) mudanças na filosofia quanto ao orçamento alocado.	6
Allen, 2015/ Inglaterra	Abordar o gerenciamento de leitos do ponto de vista de enfermeiras.	Todos os pacientes devem ter uma data de alta prevista, devem ocorrer antes do meio-dia, e devem estar disponíveis imediatamente. A equipe de gerenciamento de leitos deve fazer round e providenciar transferências de pacientes prontos para alta. Todos os profissionais devem ser incluídos no gerenciamento de leitos.	6
Tsai & Lin, 2014/ Taiwan	Enfocar o problema de decisão na atribuição de leito de paciente em um centro de colocação de paciente como uma abordagem dinâmica.	A teoria do valor multi-atributo (MAVT) e a função de valor ponderado é usada para capturar as essências nas decisões de admissão e mostra vantagens;	6
Wong et al, 2014/ Austrália	Compreender o fluxo do paciente através do sistema de medição de fluxo intitulado Bed Unit Day (BUD).	O BUD mostra-se como uma ferramenta multifacetada, que examina os requisitos de leito para todos os pacientes, eletivos e de emergência, não apenas para o dia de sua admissão, mas também como previsão de duração da sua estadia.	6

Thomas et al, 2013/ Estados Unidos	Desenvolver um protótipo para solução de atribuição de leitos.	A atribuição eficiente de leitos requer a fusão de informações clínicas, informações de operações hospitalares, interdependências entre unidades e informações em tempo real sobre pacientes, recursos e fluxos de trabalho, tudo está incorporado no protótipo e assim o mesmo recomenda periodicamente e automaticamente o paciente ao leito.	6
Zhu, 2011/ Singapura	Quantificar o efeito do padrão de descarga na gestão do leito, utilizando-se de dois indicadores: taxa de ocupação e tempo de espera do leito.	Os resultados da simulação mostram que um padrão adequado de descarga, utilizando dados do padrão de alta e da transação real de admissão e alta, suaviza significativamente a flutuação da ocupação do leito e reduz o tempo de espera por leito. A política de separar leitos por clínicas pode causar desequilíbrio na utilização de recursos.	6
Proudlove, Boaden & Jorgensen, 2007/ Inglaterra	Descrever e analisar o papel dos gerentes de leitos em hospitais e como isso pode ser apoiado por meio de um programa de desenvolvimento.	A gestão de leitos deve conciliar a competição por leitos eletivos e de emergência e estabelecer fluxos sincronizados de admissões e altas. Um programa de desenvolvimento aos gestores de leito mostra-se como imprescindível a esses profissionais.	6
Ortiga et al, 2010/ Espanha	Avaliar a eficácia de uma unidade de admissão de cirurgia para pacientes de cirurgia eletiva de grande porte que foram admitidos para cirurgia no mesmo dia.	A criação de cadeiras de tratamento onde os pacientes internavam duas horas antes da cirurgia para o preparo pré-operatório aumentou os leitos disponíveis para internações de emergência. Durante o processo cirúrgico e de recuperação havia tempo para disponibilizar leitos em decorrência das altas do dia.	6
Maloney et al, 2007/ Estados Unidos	Desenvolver e implementar um aplicativo denominado "Patient Tracker".	- O software facilitou a alta do paciente em tempo hábil, minimizou atrasos nas admissões e minimizou cancelamentos de procedimentos cirúrgicos na mesma capacidade de leito hospitalar. O sistema é uma ferramenta de comunicação interdisciplinar, que permitiu que os profissionais se comunicassem por meio de uma única página da web usando caixas de diálogo no Rastreador de Pacientes.	6
Soares, 2017/ Brasil	Avaliar a composição dos Núcleos Internos de Regulação instituídos em hospitais de uma capital.	Os Núcleos Internos de Regulação foram uma ferramenta gerencial com grande potencial e resultados promissores nas experiências avaliadas.	6
Peiter, Lanzoni & Oliveira, 2016/ Brasil	Compreender as atividades desenvolvidas por enfermeiros no contexto da regulação em saúde.	As atividades exigem habilidades de comunicação, liderança, tomada de decisão, planejamento, gerenciamento de pessoal e trabalho em equipe, instrumentos para atuação autônoma no contexto gerencial.	6
Lemões et al, 2013/ Brasil	Descrever as ações de regulação assistencial em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil	Foram reveladas fragilidades na regulação assistencial, contribuindo para a discussão sobre a qualificação da rede de serviços no Brasil.	6
Rodrigues & Juliani, 2015/ Brasil	Comparar indicadores hospitalares antes e após a implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos.	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.	6
Leitão-Júnior, 2016/ Brasil	Classificar os aspectos reguladores necessários ao atendimento das exigências legais de segurança de dados em Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde.	Os documentos reguladores são classificados como: (i) especificações técnicas que orientam o emprego do objeto a que se destina; (ii) regras, tais como: leis, projetos de lei, medidas provisórias, resoluções de conselhos federais de saúde, decretos e portarias; (iii) critérios de qualidade para S-RES; e (iv) políticas de gestão.	6

Fonte: Dados da pesquisa, Santa Maria/RS, 2021. *Nota: NE= Nível de Evidência

Entre os 26 manuscritos selecionados, observa-se prevalência de publicações recentes sobre a temática em destaque. Dezoito publicações são oriundas dos últimos

seis anos, entre o período de 2015 a 2020. As demais (oito) englobam o período de 2007 a 2014. O destaque acerca da temática de gestão interna de leitos hospitalares é recente, e ocorre a partir da valorização desse espaço como pauta a otimizar a utilização da capacidade instalada e melhorar o atendimento ao usuário (Rodrigues & Juliani, 2015). No cenário de construção do conhecimento a gestão de leitos tem sido considerada como um campo inovador ao enfermeiro, possibilitando ampliação dos seus campos de prática, visibilidade, experiência administrativa, e contribuição para melhor otimizar os leitos hospitalares (Borges et al, 2020).

Observa-se que a presença, nos hospitais, de um setor de gerenciamento de leitos é um assunto mundialmente discutido. A origem das publicações do corpus de pesquisa do presente manuscrito é o Brasil com seis publicações, a Inglaterra com cinco, Estados Unidos e Itália com duas publicações cada e todos os demais países (Singapura, Austrália, Japão, Alemanha, Tunísia, Bélgica, Suécia, China, Índia, Espanha e Taiwan) com apenas uma publicação cada. A nível mundial tem sido perpetuado a importância de regular o acesso à estrutura diagnóstica e terapêutica hospitalar, com foco no uso eficiente dos leitos de internação (Lotlikar et al, 2018).

Quanto ao nível de evidência observou-se que a maioria dos estudos (23) se classificaram no nível VI, que corresponde a estudos qualitativos e/ ou descritivos. Apenas três estudos eram de coorte, classificados no nível IV de evidência. Estes achados apontam para a necessidade de realização de novas pesquisas que gerem evidências relevantes, de modo a contribuir com a tomada de decisão dos profissionais que compõem o NIR. Ressalta-se que o conhecimento dos níveis de evidência dos estudos é importante para auxiliar na seleção das melhores práticas a serem incorporadas na gestão e assistência.

De acordo com a extração das evidências dos manuscritos selecionados sinaliza-se que a operacionalização e implantação dos NIRs abarca gestão de leitos como uma ferramenta de acesso aos serviços de saúde; o processo de trabalho para aplicação da gestão de leitos nos serviços de saúde; e a promoção do gerenciamento de leitos através de ferramentas operacionais.

3.1 Gestão de leitos: uma ferramenta de acesso aos serviços de saúde

No atual contexto demográfico e epidemiológico emerge a necessidade de aumentar o acesso a cuidados de saúde e recursos oportunos, a fim de preservar ou

melhorar a saúde da população, reduzir mortes evitáveis, aumentar a qualidade e expectativa de vida e prevenir a propagação de doenças. As barreiras na prestação de serviços incluem a falta de leitos disponíveis, aumento do tempo de espera por atendimento, aumento do número de pacientes que saem sem serem atendidos e atrasos prolongados no atendimento. Nesse contexto, os processos de saúde e gestão podem ser otimizados ao se determinar os gargalos no sistema e facilitar o fluxo de pacientes dentro do hospital através do NIR (England et al, 2019).

O conceito de NIR é abrangente e inclui a regulação do acesso a todos os recursos diagnósticos e terapêuticos da capacidade hospitalar instalada. Assim, desenvolve, padroniza e executa práticas de alocação criteriosa de internações, articula o relacionamento com outras instituições e monitora em tempo real o uso dos leitos. A regulação de cirurgias figura, em muitas instituições, como causa motivadora para implantação do NIR, seguido pela superlotação do setor da emergência (Soares, 2017; Gamarra, 2014; Lemões et al, 2013). Neste ínterim, este órgão busca otimizar a utilização dos leitos hospitalares para redução da taxa de ocupação, do tempo médio de permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos, tanto no âmbito intra-hospitalar, quanto para outros serviços disponibilizados pela Rede de Atenção à Saúde (Thomas et al, 2013; Zhu, 2011).

Barreiras podem tangenciar o processo a medida que a incorporação de uma unidade técnico administrativa passa a centralizar o processo de monitoramento do paciente. A aceitação do NIR no estudo proposto por Rodrigues e Juliani (2015) foi estabelecida ao ser identificado pela equipe médica assistencial a problemática do aumento no cancelamento cirúrgico por falta de leitos. Assim, foi a maneira que este hospital estabeleceu a efetiva implantação do NIR. A partir disso, garantiram a programação prévia e organização das demandas cirúrgicas, conseguindo estabelecer prioridades, bem como, buscar alternativas para as internações, de acordo com o grau de complexidade dos pacientes, reduzindo assim, o número de suspensões cirúrgicas.

A participação no processo de alta dos pacientes internados é uma atribuição posta ao NIR, no entanto, também pode-se encontrar barreiras nesse processo. A oposição entre a liderança do NIR e da equipe assistencial, que presta cuidados diretos ao paciente, pode embater conflitos de egos e entonar embaraços a implantação da gestão de leitos (Lotlikar et al, 2018).

Segundo o estudo de Soares (2017) que analisou o NIR de um hospital, o aumento do tempo de permanência na emergência é a principal causa de superlotação e a falta de leitos para internação. O estudo destaca que é necessário reconhecer que a superlotação não é consequência apenas de eventuais rotinas disfuncionais, mas um reflexo do funcionamento de todo o hospital. Para Gamarra (2014) a criação de um NIR tem, em todo este contexto descrito, função primordial para promover o uso eficiente e racional dos leitos de internação. A principal meta é manter as taxas de ocupação dentro de limites seguros, tendo um mínimo de leitos vagos, que permita acomodar as variações de demanda por internação, minimizando o risco de crises de superlotação na emergência, promovendo o acesso aos serviços de saúde.

Para Soares (2017) o uso ineficaz dos leitos em outros setores do hospital gera problemas no setor da emergência, sendo que a superlotação é consequência do funcionamento de todo o hospital. Portanto, o NIR tem a função primordial de promover o uso eficiente e racional dos leitos de internação. A admissão de novos pacientes está condicionada à existência de leitos vagos e a processos organizados de transporte do paciente para estes leitos. Estudos mostram que taxas de ocupação hospitalares superiores a 85% comprometem a dinâmica de acomodação de novas admissões via emergência, e quando este indicador ultrapassa os 90%, é esperado o bloqueio de acesso frequente, devido à indisponibilidade de leitos livres nas unidades de internação. Manter as taxas de ocupação dentro de limites seguros precisa ser uma das metas principais do NIR (Wong et al, 2014; Ortiga et al, 2010).

A implantação do NIR deve fazer interlocução com o estudo do perfil epidemiológico dos pacientes e da estrutura de assistência existente, com a revisão e padronização dos processos de internação e alta hospitalar com o desenvolvimento de interfaces efetivas com órgãos reguladores de leitos externos e com a revisão dos indicadores atuais (geral e por unidade/setor), como taxa de ocupação e tempo médio de permanência, giro de leitos, volume e caráter das internações (Tsai & Lin, 2014; Allen, 2015). Observou-se que após a implantação do NIR a taxa de ocupação dos hospitais aumentou, apesar de parecer paradoxal que estas instituições apresentassem leitos ociosos no contexto atual. No entanto, na prática a gestão dos leitos com a implantação de uma unidade técnico-administrativa hospitalar, influencia e otimiza a capacidade instalada à medida que instaura protocolo com critérios de

internação, define o perfil de atendimento, e aloca o paciente certo no leito certo (Lotlikar et al, 2018, Landa et al, 2018).

Atualmente, o gerenciamento de leitos é considerado uma ferramenta importante de aprimoramento do fluxo de pacientes. A gestão de leitos deve ser composta essencialmente pelo profissional enfermeiro e também por outros profissionais como médicos e assistentes sociais (Borges et al, 2020). A fim de planejar a capacidade operacional e de controle, com relevância no que concerne ao uso eficiente de recursos escassos, os hospitais devem abordar o fluxo de pacientes internados como parte principal de suas agendas estratégicas e operacionais, visto que o número de leitos para internação em um hospital não equivale aos melhores cuidados para a comunidade, e sim o bom uso deles (Hiragi et al, 2020; Schäfer et al, 2019).

Compreendendo que no contexto hospitalar o recurso limitado mais comum é o número finito de leitos, e que frequentemente há fila de pacientes aguardando a entrada no hospital, torna-se necessário que o NIR em seu processo de execução compreenda o nível de cuidado e as funções internas e externas do hospital para planejar com eficácia a atuação da equipe. Além disso, os profissionais que trabalham no NIR devem saber o comportamento operacional de cada setor e as relações interdepartamentais, a fim de que a alocação de um leito para um paciente ocorra com tempo mínimo de espera e que haja redução do número de pacientes aguardando leitos (Cudney et al, 2019; Vancroonenburg, Causmaecker & Vanden, 2019).

3.2 O processo de trabalho para aplicação da gestão de leitos nos serviços de saúde

No cenário estudado, destaca-se a presença do enfermeiro, em posição de liderança, integrando cuidados e garantindo o acesso à saúde. Além disso, o enfermeiro mostrou-se responsável pelas capacitações e treinamentos sobre o funcionamento da gestão de leitos, em especial à manipulação do sistema de informações. Apesar dos demais profissionais apresentarem funções bem definidas ficou evidenciada a importante articulação promovida pelo enfermeiro na equipe. É o enfermeiro que busca estabelecer uma relação de parceria junto à coordenação, participando de reuniões de planejamento internas, juntos às demais diretorias e prestadores de serviços externos (Peiter, Lanzoni & Oliveira, 2016; Rodrigues & Juliani, 2015).

Ainda nessa perspectiva, a atuação do enfermeiro foi compreendida como essencial para composição do quadro de pessoal na gestão de leitos (Borges et al, 2020; Allen, 2015). Embora a decisão de admitir e tratar pacientes seja responsabilidade dos médicos, são os enfermeiros os principais responsáveis pelo gerenciamento da capacidade total do leito, o que valoriza a performance desse profissional. Vislumbra-se que para atuar na gestão de leitos, o enfermeiro deve ter em conjunto o conhecimento em gestão e na assistência (Peiter, Lanzoni & Oliveira, 2016).

Os profissionais alocados à atribuição de gerir os leitos hospitalares necessitam instrumentalizar-se em decisões operacionais e mecanismos plausíveis a auxiliar nesse processo. A esses cabe, minimamente, reconhecer o número de pacientes mal alocados, o tempo médio de espera no pronto-socorro, antes da efetiva internação e o número de pacientes que aguardam cirurgias eletivas (Landa et al, 2016; Belciug & Gorunescu, 2016). Ainda, necessitam atentar-se a outros fatores que afetam a alocação de leitos e o aceite de novas admissões, como o processo e tempo de alta prolongados e ineficientes, a indisponibilidade de equipe de limpeza, a comunicação ineficiente e a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem (Lotlikar et al, 2018). Uma alternativa às questões de limpeza dos leitos é a implementação de um sistema de notificação instantâneo da alta dos pacientes à equipe de limpeza para que o leito esteja disponível o mais rápido possível (Cudney et al, 2019; Allen, 2015).

Incorporar o serviço social à equipe de gestão de leitos é imprescindível, objetivando criar esforços fortes e colaborativos para gerenciar as altas de pacientes "difíceis" (Novati et al, 2017). Neste contexto, também é notório a necessidade de priorizar o planejamento da alta, e garantir que as mesmas ocorram antes do meio-dia, a fim de permitir aproveitamento diário máximo ao leito (Allen, 2015).

O perfil dos pacientes mostra-se como um dos critérios para alocação no leito hospitalar, assim, a gestão do leito deve levar em conta dados clínicos e epidemiológicos do paciente (Borges et al, 2020). Visto que, em alguns momentos, será necessário fazer escolhas racionais com relação ao setor que o paciente internado pode ser atribuído, considerando que o relacionado à sua patologia já esteja lotado (Chalgham et al, 2019; Zhu, 2011). Também, a monitorização do perfil, estado do paciente e o nível de cuidados necessários devem ser examinados com frequência buscando reduzir o tempo de permanência hospitalar (Cudney et al, 2019; Wong et al, 2014).

A determinação do número apropriado de leitos para cada especialidade perpassa às atribuições do NIR e não deve ser embasada apenas em experiências empíricas, mas em estatísticas de filas e tempo de espera e quando necessário redistribuir os leitos de acordo aos gargalos identificados (Cudney et al, 2019; Wang et al, 2019; Landa et al, 2018). Os leitos utilizados pelos pacientes que aguardam procedimentos eletivos mostram-se como fator de impacto à taxa de ocupação hospitalar, destarte estudo desenvolvido na Espanha apresentou estratégia de criação de pontos de atendimento (cadeiras), distribuídos em enfermarias já existentes para realização do preparo pré-operatório de pacientes em condições clínicas estáveis. A internação no hospital ocorria duas horas antes da cirurgia. Assim, durante o transoperatório e recuperação anestésica havia tempo para disponibilizar leitos oriundos das altas do dia (Ortiga et al, 2010).

A operacionalização das atividades do NIR deve ser amplamente divulgada no nível hospitalar, devendo todos os profissionais da instituição conhecer o fluxo de gestão interna dos leitos e reconhecer a responsabilidade do setor perante o gerenciamento dos leitos. Neste processo, a comunicação é uma característica prezável, devendo estar alinhada entre os profissionais da gestão de leitos, os enfermeiros assistenciais e os médicos, incluindo os residentes (Borges et al, 2020). Considera-se que médicos e enfermeiros que trabalham diretamente no processo de gerenciamento de leitos devem possuir um perfil interativo, operativo e de apoio, associado por vezes a um papel mais autoritário (Novati et al, 2017).

Foi evidenciado que a gestão de leitos pode garantir, através de sua equipe de reguladores, o atendimento a todos os casos que necessitem da aplicação do princípio da equidade. Para que isso se efetue, a equipe necessita de constante atualização. Por isso, através de um programa de desenvolvimento com treinamentos e suporte, com mais de 70 funcionários por um período de 2 anos, os autores Proudlove, Boaden & Jorgensen (2007) descreveram e analisaram em seu estudo o papel dos gerentes de leitos nos hospitais de Londres. À medida que o acesso e metas foram desenvolvidas pelos gerentes, seu papel aumentou a importância e melhorou o conhecimento e habilidades. O perfil de gestão de leitos levanta desafios para a enfermagem em muitas áreas da organização. Ainda, reconhece-se que atribuição eficiente de leitos requer a fusão de informações clínicas, informações de operações hospitalares, interdependências entre unidades e informações em tempo real sobre pacientes, recursos e fluxos de trabalho (Thomas et al, 2013).

3.3 Promoção do gerenciamento de leitos através de ferramentas operacionais

O gerenciamento de leitos, desempenhado pelo NIR, deve abranger desde o desenvolvimento de sistemas de informação para monitoramento e planejamento da ocupação hospitalar à elaboração de processos operacionais de admissão e alta. O incremento de formas potenciais para explorar melhor a capacidade dos leitos hospitalares e coordenar os fluxos de pacientes atendidos pelo hospital, assume destaque nesse contexto (Landa et al, 2018).

Nos artigos do estudo, os instrumentos desenvolvidos foram utilizados para garantir ou facilitar o fluxo dos pacientes através do gerenciamento de serviços disponíveis. Os autores Hiragi et al (2020), que realizaram a pesquisa no hospital universitário de Kyoto, propuseram um novo método para alocação de leitos e o avaliaram com sistema de simulação semelhante a um jogo. Além de analisar custos de tratamento por doenças, este software favoreceu aos gestores melhor controle de recursos humanos, e a alocação de leitos baseada na necessidade de saúde, para determinadas patologias.

Outro estudo que realizou simulação semelhante a anterior, foi nos Estados Unidos, desenvolvido pelos autores Cudney et al (2019), apresentou um modelo de simulação hospitalar para analisar admissões, transferência de pacientes, tempo de internação, tempo de espera e fila. A simulação continha 50 leitos e quatro departamentos. Vários cenários foram analisados para determinar o impacto do número de pacientes esperando em fila, o tempo de espera e o tempo de permanência dos pacientes. Esse modelo reduziu o tempo de utilização de leito em uma hora e resultou em uma redução estatisticamente significativa no tempo de espera do paciente na fila. Ainda, mostrou possibilidades de aplicabilidade da simulação na área da saúde em outras instituições, o que permite à gestão do hospital testar o impacto de mudanças sem custo e risco.

Também sob essa perspectiva, o estudo de Oakley et al (2019) mostra uma simulação simbiótica, ou seja, uma simulação usando um modelo de meio/unidade hospitalar existente para ajudar os hospitais em importantes tomadas de decisão operacional de curto prazo e propuseram um novo modelo estatístico adequado para validar um modelo de simulação simbiótica estocástica. O estudo mostrou que esse sistema pode servir como alerta precoce, sendo a primeira técnica conhecida a

considerar a distribuição completa dos resultados da simulação ao longo do tempo, em vez de usar estatísticas de resumo selecionadas.

Um software para gerenciar o processo de alta, minimizar atrasos na admissão e reduzir o cancelamento de procedimentos cirúrgicos foi desenvolvido e implantado pelos autores Maloney et al (2007) em um hospital Universitário de Utah. Após a implementação do software, o número de procedimentos cirúrgicos cancelados diminuiu 120 vezes. Durante o mesmo período, o número médio de internações aumentou de 5725 para 6120, e a mediana de tempo de permanência do departamento de emergência diminuiu de 247 para 232. Assim, o software mostrou-se como uma ferramenta tecnológica apta para melhorar a eficiência de gerenciamento de leitos.

Um modelo de gestão de leito através da simulação também foi desenvolvido no Reino Unido, pelos autores England et al. (2019) em enfermarias de Trauma e Ortopedia. O modelo inclui previsão de número de admissões na emergência, discriminadas por sexo e o tempo real dos pacientes admitidos em determinados dias, em um período de 7 dias. O estudo mostrou que é possível prever corretamente os processos de curto prazo de um sistema de gerenciamento de leitos, prevendo chegadas com precisão, ao se utilizar de dados conhecidos e distribuições estatísticas para prever tempo de internação do paciente e aplicação de regras genéricas de gerenciamento de leitos para ditar sua colocação.

Também sob a perspectiva de prever a chegada dos pacientes, otimizar a distribuição dos leitos e conseqüentemente reconhecer a importância desses fatos ao sistema hospitalar o estudo de Schafer et al (2019) desenvolveu um modelo de decisão para alocação operacional ad hoc de leitos (PBA), considerando pacientes, equipe de enfermagem e médicos. Assim, estruturou modelos para alocações flexíveis de leitos, e de antecipação de futuras chegadas de pacientes eletivos e de emergência. O modelo e a abordagem da solução desenvolvidos são projetados para propor instantaneamente ao gerente de leitos a alocação para cada paciente, no momento de sua chegada, com base em todas as informações conhecidas naquele momento.

Ainda, o estudo de Thomas et al (2013), realizado em Nova York, desenvolveu modelo de decisão analítica como ferramenta de suporte, com modelos matemáticos incorporados para recomendar periodicamente atribuições de paciente ao leito. O protótipo visa prescrever solução a atribuição de leitos, ao utilizar um aplicativo

baseado na nuvem, a partir da coleta de dados em tempo real, o algoritmo prepara uma lista de leitos, incluindo o estado do leito e o status (indisponível, disponível, sendo limpo ou pronto a ser ocupado), facilitando o acesso ao leito.

Com o objetivo de minimizar o tempo de espera de atendimento, de internação e as negativas para o atendimento em saúde, em Xangai, na China os autores Wang et al (2019) desenvolveram um modelo de programação baseados em um modelo de filas com informações estruturais e com base em dados reais que foram coletados em um hospital público. Os resultados numéricos demonstram a eficiência do método proposto e ao acesso ao leito hospitalar.

O estudo de Zhu (2011), em Singapura, evidencia um modelo de simulação construído para avaliar o padrão de alta existente, em um hospital regional, usando dados da transação real de admissão e alta hospitalar. Em seguida, diferentes padrões de alta foram testados, os resultados da simulação mostram que altas em tempo adequado, suaviza significativamente a flutuação da ocupação do leito e reduz o tempo de espera pelo leito.

Para compreender o fluxo do paciente e análise dos fenômenos que contribuem para o bloqueio do acesso, que pode ocorrer por superlotação, procedimentos atrasados, extensão do tempo de internação e outros obstáculos do fluxo, o estudo realizado na Austrália por Wong et al (2014) visou desenvolver uma técnica simples de disponibilidade de camas e altas antecipadas (BUD). A prioridade desta ferramenta é preencher três fontes de dados do sistema de informação que examina os pré-requisitos do leito para todos os pacientes, eletivos e de emergência, não apenas para o dia de sua admissão, mas também para prever a duração da sua estadia.

Em relação a otimização de custos o estudo de Belciug & Gorunescub (2016) realizado em Londres propôs um modelo para o fluxo de pacientes em hospitais a fim de aumentar a capacidade e de otimizar o gerenciamento de leitos e os custos associados, demonstrando como é possível melhorar o desempenho enquanto controla os custos. Este modelo mostrou-se no estudo, uma ferramenta eficiente para otimizar a alocação de leitos e custos associados.

O estudo de Lotlikar et al (2018) realizado em Mumbai, na Índia, apresenta subsídios à modificação do sistema de informações do hospital, ao incorporar neste a implementação do sistema de distribuição de leitos online, com o intuito de reduzir o tempo de espera dos pacientes, otimizando assim a utilização dos recursos hospitalares. A disponibilidade do sistema a todos os profissionais do hospital elimina

atrasos na comunicação entre o gerenciamento de leitos e a unidade receptora. Além disso, traz repercussões a queda de recusa dos pacientes e protelamento pelas Unidades. A fim de agilizar a transferência do paciente entre uma unidade e outra no sistema há incorporado espaço para relatório do paciente, o qual deve sempre ser mantido atualizado. A implementação desse sistema também incluiu a disponibilidade de monitores eletrônicos em todos os setores do hospital, o qual exibe em sua tela o status de ocupação das camas de todos os andares e, assim, busca sensibilizar o processo de trabalho das equipes.

4. Conclusão

Identificou-se, nessa revisão, a importância do NIR no processo de gestão do acesso a assistência à saúde. O acesso ao leito hospitalar, mediado pelo NIR, possibilita manejar os recursos disponíveis e reforça a importância de atuar segundo as normas construídas nos serviços regulatórios. Percebe-se que a gestão de leitos é um serviço complexo que envolve o hospital como um todo no processo de trabalho. As atividades desenvolvidas nesse serviço perpassam um caminho com elementos que englobam o paciente e o leito hospitalar.

A literatura demonstra que, sob o aspecto da tecnologia simuladores e softwares mostraram-se eficientes para regulação de leitos e geram uma série de informações importantes como tempo de ocupação, custos da internação e monitorização da alta. Além disso, apresentam-se como soluções na área de gestão de leitos para tomada de decisões. Nesse cenário, a tecnologia pode auxiliar o bom funcionamento do NIR, implantando ferramentas que possam gerir de forma facilitada e gerem reflexos na qualidade de atendimento.

É preciso considerar que a regulação em saúde, tem a intenção principal de proteger o interesse público, e constitui-se em um conjunto de processos com grande complexidade. O conhecimento das evidências relacionadas as atribuições, mazelas e sistematização do NIR permitiu a composição de uma estrutura ao gerenciamento do fluxo dos leitos hospitalares, tornando claro esse processo.

Concebe-se a incipiência do NIR no sistema de saúde brasileiro, assim sendo, estudos futuros de natureza exploratória, descritiva e de intervenção assumem destaque nesse contexto. Comparando a realidade brasileira à internacional vincula-se que o Brasil necessita aprimorar e testar ferramentas que auxiliem a operacionalização do processo de trabalho.

Referências

- Allen, D. (2015). Inside 'bed management': Ethnographic insights from the vantage point of UK hospital nurses. *Sociology of Health and Illness*, 37(3), 370-384. doi: 10.1111/1467-9566.12195.
- Belciug, S., Gorunescu, F. A hybrid genetic algorithm-queuing multi-compartment model for optimizing inpatient bed occupancy and associated costs. *Artificial Intelligence in Medicine*, 68, 59-69. doi: 10.1016/j.artmed.2016.03.001.
- Borges, F., Bernardino, E., Stegani, M.M., Tonini, N. S. (2020). Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(4), e20190349. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0349.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Portaria nº 252/ GM de 19 de fevereiro de 2013. *Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. *Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência*. Brasília, DF.
- Chalgham, M., Khatrouch, I., Masmoudi, M. Walha, O. C., Dammak, O. (2019). Inpatient admission management using multiple criteria decision-making methods. *Operations Research for Health Care*, 23(100173). doi: 10.1016/j.orhc.2018.10.001.
- Cudney, E.A., Baru, R.A., Guardiola, I., Martela, T., Cahill, W., Phillips, R., Mutter, B., Warner, D., Masek, C. (2019). A decision support simulation model for bed management in healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(2), 499-515. doi: 10.1108/IJHCQA-10-2017-0186.
- England, T., Gartner, D., Ostler, E., Harper, P., Behrens, D., Boulton, J. (2019). Near real-time bed modelling feasibility study. *Journal of Simulation*, 1-12. doi: 10.1080/17477778.2019.1706434.
- Fenili, R., Correa, C. E.G. & Barbosa, L. (2017). Planejamento estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 08(1), 18-36.
- Gamarra, T. P. das N. (2014). Contribuições epistemológicas da ergologia para a regulação em saúde. *Trab. educ. saúde*; 12(3):483-498. doi: 10.1590/1981-7746-sip00001.
- Hiragi, S., Sugiyama, O., Hatanaka, J., Ohtera, S., Yamamoto, G., Okamoto, G., Nambu, M., Kuroda, T. (2020). Preliminary Evaluation of Market Mechanism-Based Bed Allocation System. *Stud Health Technol Inform*, 16(217), 1663-1664. doi: 10.3233/SHTI200443.
- Landa, P., Sonnessa, M., Tànfani, E. & Testi, A. (2018). Multiobjective bed management considering emergency and elective patient flows. *International Transactions in Operational Research*, 25(1), 91-110. doi: 10.1111/itor.12360.
- Leitão-Júnior, P. de S., Lucena, F. N. de, Braga, R. D. & Neira, R. A. Q. (2016). Regulação de segurança da informação eletrônica em saúde: visão geral. *Journal of Health Informatics*, 8(4):148-55.
- Lemões, M. A. M., Thumé, E., Tomasi, E., Dilélio, A. S., Borges, C. L. dos & Facchini, L. A. (2013). Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22(4):631-640. doi: 10.5123/S1679-49742013000400009.
- Lotlikar, V., Dsouza, B., Kamath, R., Apuri, N. (2018). Business Process Re-engineering for Bed Allocation Process in a Tertiary Care Hospital in Mumbai. *Journal of Health Management*, 20(2), 136-143. doi: 10.1177/0972063418763649.

- Maffissoni, A. L., Vendruscolo, C., Trindade, L. de L. & Zocche, D. A. de A. (2018). Redes de atenção à saúde na formação em enfermagem: interpretações a partir da atenção primária à saúde. *Revista Cuidarte*, 9(3), 1-13. doi: 10.15649/cuidarte.v9i3.549.
- Maloney, C. G., Wolfe, D., Gesteland, P.H., Hales, J. W., Nkoy, F. L. (2007). A Tool for Improving Patient Discharge Process and Hospital Communication Practices: the Patient Tracker. *AMIA Annu Symp Proc.*, 493–497.
- Melo, E. A.; Gomes, G. G., Carvalho, J. O., Pereira, P. H. B. & Guabiraba, K. P. de L. (2021). A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(1), e310109. doi: 10.1590/S0103-73312021310109.
- Mendes, K. D.S., Silveira, R. C. de C. P., Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, 17(4): 758-64.
- Novati, R., Papalia, R., Peano, L., Gorraz, A., Artuso, L., Canta, M. G., Vescovo, G. del. & Galotto, C. (2017). Effectiveness of an hospital bed management model: Results of four years of follow-up. *Annali di Igiene*, 29(3), 189-196. doi: 10.7416/ai.2017.2146.
- Oakley, D., Onggo, B.S. & Worthington, D. (2020). Symbiotic simulation for the operational management of inpatient beds: model development and validation using Δ -method. *Health Care Management Science*, 23, 53–69. doi: 10.1007/s10729-019-09485-1.
- Ortiga, B., Capdevila, C., Salazar, A., Bartolomé, C. & Viso M. F. (2010). Effectiveness of a Surgery Admission Unit for patients undergoing major elective surgery in a tertiary university hospital. *BMC Health Services Research*, 10(23). doi: 10.1186/1472-6963-10-23.
- Peiter, C. C., Lanzoni, G. M. de M. & Oliveira, W. F. de. (2016). Regulação em saúde: a atuação de enfermeiros. *Rev Rene*, 17(6):820-7. doi: 10.15253/2175-6783.2016000600013.
- Proudlove, N., Boaden, R. & Jorgensen, J. (2007). Developing bed managers: The why and the how. *Journal of Nursing Management*, 15(1), 34-42. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00632. x.
- Rodrigues, L. C. R. & Juliani, C. M. C. M. (2015). Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino. *Einstein (São Paulo)*, 13(1), 96-102. doi: 10.1590/S1679-45082015GS3235.
- Rodrigues, W. P. (2020). *Saúde Pública e o SUS*. Santa Catarina: Clube de Autores.
- Schäfer, F., Walther, M., Hübner, A. & Kuhn, H. (2019). Operational patient-bed assignment problem in large hospital settings including overflow and uncertainty management. *Flexible Services and Manufacturing Journal*, 31(4), 1012-1041. doi: 10.1007/s10696-018-9331-0.
- Soares, V. S. (2017). Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern Brazilian city. *Einstein (São Paulo)*; 15(3): 339-343. doi: 10.1590/s1679-45082017gs3878.
- Thomas, B.G., Bollapragada, S., Akbay, K., Toledano, D., Katlic, P., Dulgeroglu, O. & Yang, D. (2013). Automated bed assignments in a complex and dynamic hospital environment. *Interfaces*, 43(5), 435-448. doi: 10.1287/inte.2013.0701.
- Tsai, P. F., Lin, F.M. (2014) An application of multi-attribute value theory to patient-bed assignment in hospital admission management: An empirical study. *Journal of Healthcare Engineering*, 5(4), 439-456. doi: 10.1260/2040-2295.5.4.439.
- Vancroonenburg, W., De Causmaecker, P., Vanden B. G. (2019). Chance-constrained admission scheduling of elective surgical patients in a dynamic, uncertain setting. *Operations Research for Health Care*, 22(100196). doi: 10.1016/j.orhc.2019.100196.

Wang, X., Gong, X., Geng, N., Jiang, Z., Zhou, L. (2019). Metamodel-based simulation optimisation for bed allocation. *International Journal of Production Research*, 1-21. doi: doi.org/10.1080/00207543.2019.1677962.

Wong, A., Kozan, E., Sinnott, M., Spencer, L., Eley, R. (2014). Tracking the patient journey by combining multiple hospital database systems. *Australian Health Review*, 38(3), 332-336. doi: 10.1071/AH13070.

Zhu, Z. (2011). Impact of different discharge patterns on bed occupancy rate and bed waiting time: A simulation approach. *Journal of Medical Engineering and Technology*, 35(6), 338-343. doi: 10.3109/03091902.2011.595528.

3. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa dá ênfase às expectativas do pesquisador, possibilita um relacionamento mais harmonioso junto às questões do estudo. A pesquisa qualitativa permite abrir novas perspectivas para compreender os diferentes significados (GIL, 2010).

É o tipo de pesquisa mais utilizada entre os pesquisadores sociais, preocupados com a atuação prática. Essa pesquisa é utilizada quando se tem o objetivo de investigar as características de um grupo, de levantar opiniões, atitudes e crenças da população, também pesquisas que visam descobrir associações entre as variáveis, por exemplo, as pesquisas eleitorais, entre outras (GIL, 2010).

Para o presente estudo optou-se pela pesquisa qualitativa por ter como objetivo verificar de que modo as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento. Utilizada também, para casos em que o objetivo é a “demonstração lógica das relações entre conceitos e fenômenos, com o objetivo de explicar a dinâmica dessas relações em termos intersubjetivos” (MENDES, 2006, p. 11).

Os estudos exploratórios permitem ao pesquisador uma aproximação com a temática ou o fenômeno a ser estudado, tornando-o mais compreensível. A coleta de dados pode ser variada, com levantamentos bibliográficos, entrevistas com pessoas que vivenciaram o fenômeno de interesse e análise de estudos (GIL, 2010)

As pesquisas descritivas segundo Gil (2010, p 42) “têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”. A associação da pesquisa descritiva com a exploratória, permite descrever características ou situações de determinada realidade, possibilitando um maior entendimento da atuação prática. Assim, frente ao objeto de estudo, visualiza-se que os estudos descritivos e exploratórios subsidiaram o esgotamento teórico nesse processo.

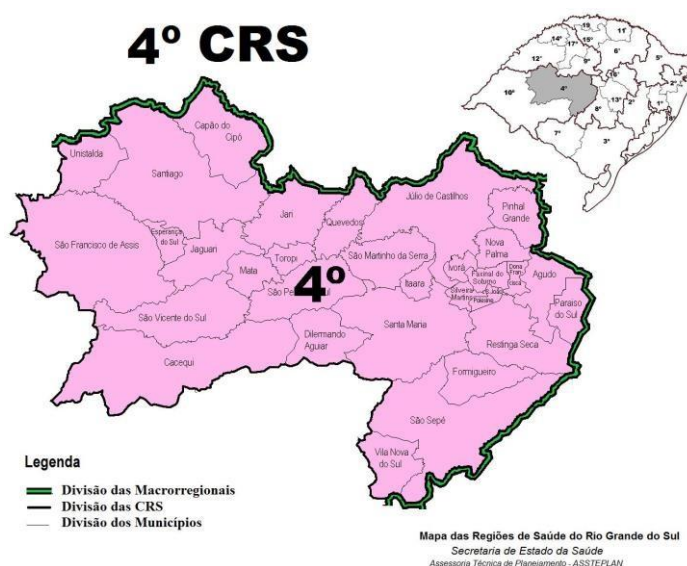
3.2 CENÁRIO DE PESQUISA

O cenário de pesquisa foi um hospital público, localizado no interior do Rio Grande do Sul, que tem por finalidade desenvolver ações de ensino, pesquisa e extensão por meio da assistência à comunidade na área da saúde. Este hospital

localiza-se no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e está sob gestão administrativa da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para fins de coordenação administrativa e de gestão em saúde.

O Hospital conta com uma capacidade de 370 leitos e presta cobertura de atendimentos à 45 municípios pertencentes à 4ª e à 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Os municípios pertencentes a 4ª CRS, são 32, a saber: Faxinal do Soturno, Pinhal Grande, Ivorá, São Pedro do Sul, Quevedos, São João do Polêsine, Paraíso do Sul, Dona Francisca, Silveira Martins, São Sepé, São Martinho da Serra, Toropi, Itaara, Formigueiro, Agudo, Dilermando de Aguiar, Vila Nova do Sul, Restinga Seca, Júlio de Castilhos, Nova Palma, Jari, Jaguari, Mata, São Vicente do Sul, Capão do Cipó, Cacequi, Itacorubi, Nova Esperança do Sul, São Francisco de Assis, Unistalda e Santiago (SES/BRASIL, 2017) (Figura 3). Com uma população estimada de 682.485 habitantes (IBGE, 2018).

Figura 3 - Municípios pertencentes a 4ª CRS

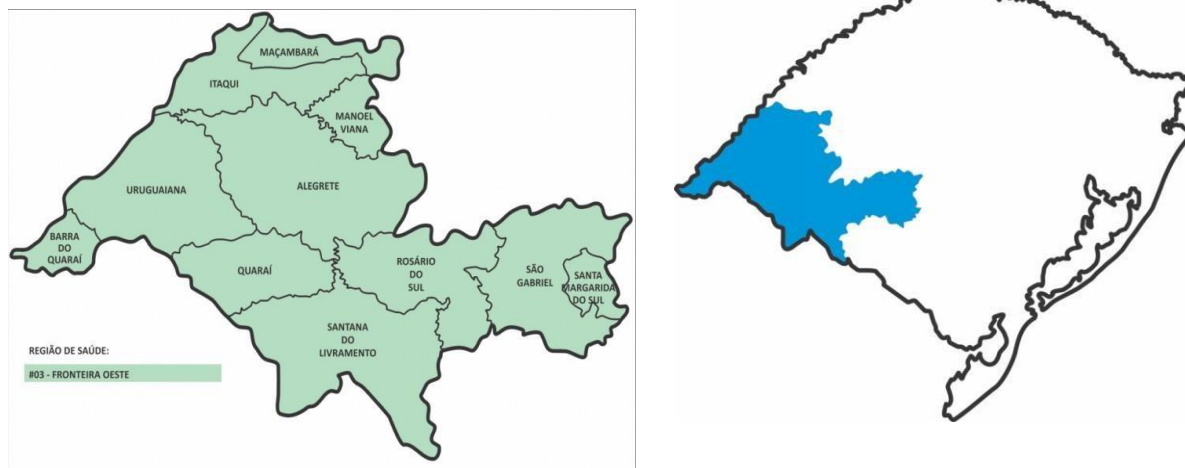


Fonte: BRASIL, 2017. Disponível em:

<http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=6053>

Já a 10ª CRS é composta por 11 municípios que são: Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel e Uruguaiana. Tendo uma população de 465.038 de habitantes (IBGE, 2018).

Figura 04: Municípios pertencentes a 10ª CRS



Fonte: BRASIL, 2017. Disponível em:

<http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=6053>.

O Hospital caracteriza-se como um hospital de ensino, geral, público, de nível terciário, atendendo 100% pelo SUS. Quanto à estrutura, o hospital possui 370 leitos ativos, entre UTI Pediátrica, UTI Neonatal, UTI Adulto, UTI cardiológica, clínicas médicas, clínica cirúrgica, toco-ginecológica, obstetrícia, pediatria e nefrologia. O hospital também conta com 58 consultórios ambulatoriais nas mais diversas especialidades, serviços de diagnóstico por imagens e serviços de apoio terapêutico. Atende 45 municípios, e abrange uma população de 1,2 milhões de habitantes. Conta em seu quadro profissional com aproximadamente 2000 funcionários, entre Ebserh, RJU (Regime Jurídico Único) e terceirizados (FONTE PRIVADA, 2020).

A unidade em que foi realizada a etapa de coleta de dados denomina-se unidade de internação da área cirúrgica. A escolha pela unidade ocorreu devido essa ser a primeira unidade a ter seus leitos regulados pelo NIR. A referida unidade é composta por 52 leitos, com internação de várias especialidades (bucal-maxilo-facial, cabeça e pescoço, digestiva, plástica reparadora, torácica, urologia, vascular, otorrinolaringologia, proctologia, traumatologia, oncologia, entre outros). Conta com 35 médicos, 17 enfermeiros (01 chefe da unidade), 40 técnicos de enfermagem, 06 auxiliares de enfermagem, 01 assistente social, 01 nutricionista, 01 psicóloga, 02 fisioterapeuta, 01 terapeuta ocupacional. Tendo em vista o quantitativo de profissionais, assim como, a oferta de leitos da referida unidade, que corresponde a aproximadamente 25% do total de leitos adultos do hospital, compreende-se a importância da otimização de fluxos e processos com vistas a ocupação do leito.

Com relação ao NIR deste hospital o mesmo funciona 24 horas por dia e sete dias da semana. Atualmente, ainda não regulam todos os leitos hospitalares. Ainda há especialidades do hospital que não são reguladas por essa unidade técnico administrativa, a citar: as Unidades de Terapia Intensiva, Unidade de clínica médica I e unidade pediátrica. Com relação ao quantitativo de profissionais, atualmente compõem o quadro 12 enfermeiros, dois médicos, e quatro funcionários administrativos.

3.3 POPULAÇÃO

A população desta pesquisa contou com os profissionais de saúde, que integram diretamente o processo de internação e alta do paciente, (enfermeiros e médicos) da unidade de clínica cirúrgica. O quantitativo de participantes da pesquisa seguiu os pressupostos de saturação das respostas, ou seja, quando o pesquisador percebeu repetições no conteúdo das entrevistas, cessou a etapa de coleta de dados (MINAYO, 2014). Participaram da presente pesquisa, 09 enfermeiros e 04 médicos, totalizando 14 profissionais.

Os critérios de inclusão foram: profissionais médicos ou enfermeiros lotados na unidade; que estavam trabalhando na unidade há no mínimo 6 meses (tempo considerado suficiente para a familiarização com a rotina e ambiente do serviço); e que aceitaram participar livremente da pesquisa. Os critérios de exclusão: residentes, profissionais em licença por qualquer motivo no período de coleta de dados.

A seleção dos participantes ocorreu por conveniência de acordo com o desenvolver da etapa de coleta de dados. Envolveu-se os três turnos de trabalho, manhã, tarde e noite. O convite para participação na pesquisa ocorreu por meio de contato pessoal da pesquisadora com os profissionais em ordem aleatória.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou após aprovação em todas as instâncias e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, ocorrendo entre o período de janeiro a março de 2021. A técnica de coleta utilizada foi a entrevista semiestruturada. Segundo Gil (2010), nesta técnica, entrevistador e entrevistado ficam frente a frente num jogo de perguntas e respostas, no qual é possível adquirir informações e explicações para as opiniões dos entrevistados.

A entrevista é conceituada como técnica em que o investigador se apresenta

frente ao investigado e lhe formula perguntas, objetivando a obtenção de dados que sejam interessantes à pesquisa. Ela é adequada para a obtenção de múltiplas informações, como características demográficas, conhecimentos, comportamentos, opiniões, sentimentos, valores, expectativas e reações sensoriais dos participantes. A entrevista semiestruturada costuma referir-se às entrevistas abertas, com perguntas previamente estabelecidas, mas sem alternativas de resposta. Sua principal vantagem é a adequação às características do entrevistado (GIL, 2019).

Para a produção dos dados por meio da entrevista semiestruturada foi utilizado um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE B). A etapa de entrevista ocorreu em sala reservada localizada no próprio hospital, de modo que se permitiu a privacidade do entrevistado. Sinaliza-se, ainda, que a escolha pela sala foi sempre guiada pelo atendimento ao distanciamento necessário entre a entrevistadora e participante de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde. Salienta-se que todos os cuidados relacionados as prevenções da pandemia COVID-19 foram rigorosamente seguidos.

Desse modo, essa etapa de produção dos dados ocorreu de modo individual, sendo abordada à caracterização dos participantes e a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre o NIR. O tempo de duração das entrevistas dependeu do desejo do participante em dissertar sobre o assunto. Sintetiza-se que cada entrevista teve uma duração média de 30 minutos.

As entrevistas foram armazenadas por meio de gravação em áudio, sob autorização do participante, a fim de extrair o maior número possível de informações e de garantir a fidedignidade às falas dos participantes. As respostas foram semanalmente organizadas em um banco de dados após a transcrição. O banco de dados foi salvo em HD externo, sob responsabilidade e guarda da pesquisadora principal.

Para validar o roteiro de entrevista, utilizou-se de um estudo piloto, onde anterior à produção efetiva dos dados, este foi aplicado a um participante que não se enquadrava nos critérios de inclusão da pesquisa, com o objetivo de verificar se haveria dificuldade de entendimento nas questões propostas. No intuito de manter a privacidade dos entrevistados utilizou-se um sistema de códigos para identificá-los. Sendo empregue a letra “E”, seguida de um número (E1, E2, E3...) para os enfermeiros e a letra “M” seguida de um número (M1, M2, M3...) para os médicos.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo (AC) de Bardin, na qual se busca converter o material bruto das entrevistas em uma representação do conteúdo (BARDIN, 2016).

Em sua obra consta uma definição direta do que seja a AC:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1977, p. 42).

O método de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin tem as seguintes fases para a sua condução (BARDIN, 2017): a) Pré – Análise, b) exploração do material c) categorização; d) tratamento dos resultados; e) inferência e a interpretação dos resultados.

a) Pré-análise: trata-se da fase de organização dos dados, objetivando operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Possui três missões: escolha dos documentos, formulação de hipóteses e objetivos, elaboração de indicadores. Não se sucedem obrigatoriamente, embora se mantenha estreitamente ligados uns aos outros.

b) Exploração do material: nesta fase, os dados são codificados, classificados e categorizados;

c) Categorização: Reúne um grupo de elementos (unidades de registros), sob um título genérico, efetuado em razão das características comuns destes elementos.

d) Tratamento dos resultados: Os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos e válidos. Consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

e) Inferência e Interpretação: produzir inferência em análise de conteúdo, significa não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores.

Conforme a autora o analista é comparado com um espião, um investigador, e este necessita desviar os olhos para o que não está explícito, e atentar para o

implícito, visto que a AC considera o texto contendo vários sentidos e, dessa forma, atribui uma característica de opacidade à linguagem (BARDIN, 2016).

Posterior à análise de todos os dados e conclusão do trabalho de pesquisa, seu resultado deverá ser divulgado junto aos trabalhadores do HUSM, das unidades quanto das instâncias de gestão, possibilitando a implementação de sugestões produzidas pelo grupo participante do estudo ou, ao menos, a continuação das discussões.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa respeitou os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo eles: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e, posteriormente, foi solicitada autorização da unidade de internação cirúrgica e após foi solicitada a autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM, para obtenção da autorização institucional. Após esse momento, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e, concomitantemente, encaminhado para análise do CEP/UFSM. A produção de dados iniciou somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O projeto foi aprovado pelo CEP perante CAAE 39368920.3.0000.5346, Número do Parecer: 4.390.574.

O princípio de autonomia foi garantido pela voluntariedade dos profissionais médicos e enfermeiros, que compõem a equipe da unidade de internação cirúrgica, na participação da técnica de produção de dados, podendo exercer o livre direito de escolha, mesmo depois de aceitar participar da pesquisa, podendo assim, a qualquer momento optar por retirar-se dessa. O TCLE (APÊNDICE A) foi apresentado em duas vias, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra com a pesquisadora, constando a assinatura de ambos. Por meio deste e do Termo de Confidencialidade dos Dados (APÊNDICE D), no qual as pesquisadoras se responsabilizam pela ciência dos preceitos éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos, foi garantido o caráter confidencial e o anonimato.

Em conformidade com os princípios norteadores da justiça e equidade, o acesso, convite e seleção dos profissionais que participaram das entrevistas individuais aconteceram de forma aleatória e de modo a contemplar aqueles que

expressaram disposição para participar da pesquisa, respeitando àqueles que não aceitaram o convite. Foi vetada qualquer forma de pagamento e/ou recebimento de quaisquer formas de gratificações em virtude de sua participação.

As informações fornecidas pelos entrevistados teve sua privacidade garantida pelas pesquisadoras responsáveis. Os participantes da pesquisa não foram e nem serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Os benefícios da pesquisa para os participantes da pesquisa são indiretos, visto que esta pesquisa traz maior conhecimento sobre o tema abordado, aprimorando as ações já desenvolvidas e a ascensão de espaços para novas atividades e valorização do NIR.

Quanto aos riscos, a participação na pesquisa não ofereceu risco físico, moral, social ou cultural. Contudo, no momento da realização das entrevistas e da observação o participante poderia sentir-se constrangido ou emocionado ao resgatar e compartilhar sentimentos relacionados às vivências. Neste caso, a pesquisadora iria fornecer atenção especial escutando-o e aguardando a sua disposição em continuar participando na pesquisa. Caso o participante optasse por encerrar a entrevista, sua opinião seria respeitada. Não foi manifestado a ocorrência de nenhum dos riscos previstos.

Os termos supracitados, os instrumentos de coletas dos dados, bem como o HD externo com o banco de dados ficaram e ficarão sob responsabilidade da pesquisadora responsável, por um período de cinco anos, e serão utilizados apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, após, serão eliminados de maneira sustentável (picotados e encaminhados para reciclagem).

A fim de preservar a identidade dos participantes do estudo, os discursos foram identificados com a letra E (Enfermeiros) e M (Médicos), seguidos de uma numeração de forma aleatória.

Quanto à divulgação dos resultados, pretende-se apresentá-los aos profissionais por meio de um seminário junto as equipes do hospital promovido pela pesquisadora. Além disso, os resultados serão apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais, bem como em artigos científicos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação do NIR no cenário atual, tornou-se indispensável devido a carência de leitos de internação e conseqüentemente a superlotação e limitação no acesso aos serviços de saúde. Este estudo, permitiu voz aos profissionais de saúde que indiretamente fazem parte desse processo e compreendeu suas perspectivas acerca dessa unidade técnico-administrativa. Inicialmente apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos participantes. E após, a partir da realização da análise dos dados, sob a lente da análise de conteúdo, subdividiu-se em duas categorias, a citar: Conhecimento dos profissionais de uma clínica cirúrgica de um Hospital Universitário acerca do NIR; Potencialidades e fragilidades do NIR sob a perspectiva dos profissionais de uma clínica cirúrgica.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

A população deste estudo foi composta por 14 profissionais que participaram da coleta de dados entre janeiro e março de 2021. Desses, nove eram enfermeiros e cinco eram médicos. Na tabela 02 está apresentado o perfil sociodemográfico da população pesquisada e na tabela 03 o perfil laboral.

Tabela 02 – Caracterização sociodemográfica dos participantes.

Variáveis sociodemográficas	Frequências	
	N*	%
Sexo		
Masculino	07	50
Feminino	07	50
Faixa etária		
28 a 37 anos	04	28,6
38 a 47 anos	06	42,8
48 a 57 anos	03	21,3
58 a 63 anos	01	7,3
Escolaridade		
Especialização	05	35,5
Mestrado	08	57,2
Doutorado	01	7,3
Situação Conjugal		
Solteiro	05	35,5
Casado	08	57,2
Divorciado	01	7,3

*N= 14.

Fonte: Dados da pesquisa, Santa Maria/RS, 2021

Evidencia-se que a escolha dos participantes foi aleatória e resultou em paridade entre os sexos, masculino (50%) e feminino (50%). Dada a paridade dessa variável e a ocorrência ocasional deste dado, compreende-se que este foi um dado isolado quando comparado a maioria dos estudos que envolvem a área da saúde. Em censo divulgado em 2018 (IBGE, 2018) as mulheres são a principal força de trabalho da saúde, representando 65% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no

setor público e privado. Na Enfermagem a amostra feminina ocupa percentual acima de 80% (IBGE, 2018).

A idade média foi 41,5 anos, com extremos de 28 e 63 anos; maior percentual na faixa etária entre 38 e 47 anos (42,8%). Maior percentual referiu ser casado (57,2%).

Um dos critérios de inclusão da presente pesquisa era que os participantes fossem médicos ou enfermeiros, assim sendo, a escolaridade mínima associada seria nível superior. No entanto, observa-se que todos os participantes possuem no mínimo especialização (35,5%), sendo que a escolaridade predominante foi de Mestrado (57,2%).

O desenvolvimento da capacidade de pensar, raciocinar, usar a informação para aquisição de conhecimento, compreensão do mundo e tomada de decisão apropriadas à um indivíduo é relevante aos contextos sociais e profissionais. Esses processos são aprendidos, de forma única, por meio das relações, sofrendo influências diversas, incluindo o nível de instrução alcançado (CARVALHO; OLIVEIRA-KUMAKURA; MORAIS, 2017). Assim sendo, pode-se compreender os impactos positivos do dado acima relatado.

Tabela 03 – Caracterização laboral dos participantes.

Variáveis laborais	Frequências	
	N*	%
Profissão		
Enfermeiro	09	64,5
Médico	05	35,5
Tempo de formado		
07 a 10 anos	05	35,5
12 a 15 anos	05	35,5
19 a 24 anos	03	21,7
30 anos	01	7,3
Tempo na Instituição		
01 a 05 anos	05	35,5

	06 a 09 anos	06	42,8
	15 a 21 anos	02	14,4
30 anos		1	7,3
Vínculo			
EBSERH		10	71,0
RJU		03	21,7
Ambos		01	7,3

*N= 14.

Fonte: Dados da pesquisa, Santa Maria/RS, 2021

Com relação ao perfil laboral, evidenciou-se que o maior percentual (64,5%) são enfermeiros. O tempo médio de formado dos participantes foi 14,7 anos, com extremos de 07 e 30 anos; maiores percentuais nas faixas etárias entre 07 e 10 anos (35,5%) e entre 12 e 15 anos (35,5%).

Com relação ao tipo de vínculo empregatício a maioria são EBSEH (71,0%) e um participante (7,3%) possui duplo vínculo. O tempo médio desempenhando suas atividades laborais na instituição foi 8,5 anos, com extremos de 01 e 29 anos; maiores percentuais na faixa de 06 a 09 anos (42,8%).

É sabido que o retrato do perfil dos profissionais contribui para uma melhor performance no desenvolvimento de novas metas e políticas de saúde. Os gestores de hospitais e do poder público podem fazer uso desses dados para aprimorar suas tomadas de decisão sobre a rotina de trabalho e ações para a educação permanente dos profissionais (ARAÚJO et al., 2017).

4.2 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE UMA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ACERCA DO NIR

O NIR busca à organização do acesso às consultas, serviços diagnósticos e terapêuticos e aos leitos de internação. É fundamental o conhecimento do perfil epidemiológico e ajuste de seus processos de trabalho de modo a garantir o fluxo no sistema de saúde. Assim, permitir destacar o conhecimento desses profissionais sobre esse órgão é fundamental para conceber a interlocução desse ao ambiente institucional.

A gestão de leitos, a organização de fluxos de internações, a avaliação de qualidade e os resultados são avanços para articular e integrar os serviços de saúde, aumentando a ocupação de leitos, otimizando a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao paciente integrando a prática clínica no processo de internação e de alta (TOLEDO, 2018). Os profissionais relatam que possuem conhecimento sobre o NIR apesar de se tratar de um serviço recente na instituição, como vemos nas falas a seguir:

Eu sei que é um núcleo interno aqui de regulação de leitos dos pacientes, então os pacientes para internar dentro da nossa instituição eles precisam ter um leito reservado e o núcleo que faz essa regulação (E2).

Eu penso que tem o objetivo de selecionar os pacientes, gerir essa questão de leitos com a finalidade de agilizar fluxos, organizar conforme as clínicas, as especialidades no hospital universitário, distribuído de maneira organizada e principalmente agilizar o fluxo de uma transferência de unidade para outra enferm, para agilizar cirurgias e procedimentos (E3).

Eu sei que é o núcleo interno de regulação, destinam os leitos, qual o paciente vai internar em cada leito. Fazem até questão dos remanejamentos, também definem quando vai trocar algum paciente de unidade (E6).

Como elucidado pelos profissionais, a regulação pode ser entendida como a ação regulatória ordenadora e orientadora dos fluxos assistenciais, também sendo responsável pelo mecanismo de relação entre gestão e os vários serviços de saúde além, da disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do paciente, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, portanto o NIR regula o acesso do paciente ao leito hospitalar (LANG, 2018). Apresentando conformidade com as orientações de Brasil (2017) o NIR deve ter o controle de todos os leitos das instituições, para centralizar a forma de atender as demandas de novas admissões e de transferências internas entre as unidades.

A gestão hospitalar vem ganhando cada vez mais importância devido à ampliação dos sistemas de saúde e o aumento da complexidade da organização dos serviços hospitalares. O estudo de Rodrigues e Juliani (2015), demonstrou que após três anos de implantação do NIR em um centro cirúrgico os indicadores demonstraram que houve impacto na diminuição de procedimentos cirúrgicos suspensos. No presente estudos, os entrevistados mostraram este conhecimento:

Eles se envolvem com as prioridades de leitos, da necessidade por exemplo de paciente que são eletivos e tem que prever mais ou menos as cirurgias que estão precisando, para ter já o leito disponível na hora que esse paciente interna. Desde que o NIR começou a atuar dá para perceber que mais cirurgias acontecem e comparado há tempos atrás menos são suspensas (E5).

Analisando o contexto do hospital do estudo, o processo de adesão à regulação, aparentemente está ocorrendo de forma gradual, na instituição desde sua implementação, uma adesão progressiva. O gerenciamento de internações além da disponibilidade de leitos, fornece informações para as equipes internas do hospital e para as centrais de regulação externas, além de subsidiar a elaboração e acompanhamento de indicadores gerenciais de regulação assistencial.

O estudo de Laurindo et al (2019) sobre a implantação do NIR no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, constatou que a comunicação entre as equipes de saúde pode assumir diversas interfaces que podem gerar desconfortos e conflito se não forem bem gerenciadas e essas interfaces vão depender da organização dos serviços. As atividades que articulam o NIR com as diferentes interfaces da instituição é determinado pela necessidade de se conhecer as instalações e os recursos disponíveis para garantir o fluxo dos pacientes. Deve-se também buscar identificar a gravidade dos pacientes e garantir processos de transferência com segurança (LAURINDO et al. 2019).

Em outro estudo, Bernardes et al (2012), concluem que modelos de gestão inovadores como NIR, tem como premissa a descentralização da tomada de decisão e intensificação da comunicação incentivam a motivação, a responsabilização, o aumento da satisfação do pessoal, além de contribuir para melhorar a qualidade do atendimento.

O funcionamento do NIR considerando seu processo de trabalho e organização funcional precisa ser de conhecimento de toda a Instituição a fim de que suas atribuições sejam com êxito desenvolvidas (ALLEN et al, 2019). Os participantes

sinalizam que desconhecem os horários de funcionamento do Núcleo e como ocorre a operacionalização das atividades na sua ausência.

Eu acho que essa equipe ela atua somente durante o dia, pelo que eu sei. Acho que não é 24 horas. Também não sei como funciona durante final de semana e feriados (E9).

Eu percebo que o giro à noite é menor, mas eu não tenho total propriedade por falar do assunto. Eu acho que o NIR não funciona a noite (E3).

Aqui de noite não tem ninguém, só eu e os técnicos. Tu tens que te virar. Antes da pandemia tinha uma pessoa do NIR que quando ela era o plantão ela vinha pelas 20:00h para orientar o que fazer se vagasse algum leito, mas, agora não sei o que aconteceu nunca mais veio ninguém (E4).

Melhorar o planejamento da capacidade dos leitos e o gerenciamento das admissões é crucial entre as atividades desempenhadas pelo NIR a fim de coordenar os fluxos de pacientes atendidos pelo hospital. A divulgação de seu método de trabalho e regimento interno entre os diversos setores clínicos e enfermarias é essencial (LANDA et al, 2016).

O funcionamento do NIR por período integral é uma recomendação do Ministério da Saúde, no manual de implementação do NIR (BRASIL, 2017). O funcionamento 24 horas por dia permite o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com ambulatorios, emergência, internação e centrais de regulação (NOONAN et al, 2019).

No Manual do NIR se recomenda que o dimensionamento de pessoal deve ocorrer conforme o trabalho e o grau de atuação e que sua estrutura mínima de pessoal deve ser médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e uma assistente social e ainda não se tem uma regra rígida, mas orienta que o funcionamento do NIR seja de 24 horas/por dia, sete dias por semana e necessita ainda de apoio de profissionais de outros setores “como coordenadores de unidade para alinhamento de rotinas e processos, do departamento de informática para coleta e processamento de dados dos indicadores, dos colaboradores para aplicação dos protocolos administrativos, médico-assistenciais e etc” (BRASIL, 2017, p. 12).

Sobre os profissionais que atuam no NIR os profissionais relatam que tem conhecimento sobre o tema, porém destacaram o papel do enfermeiro:

Pois então, eu participei da primeira reunião que teve de implantação eu sei que são inúmeros profissionais. Acho que incluía: médico, assistente social, o enfermeiro, porém, a gente só sabe, a gente só vê atuando mesmo, só o enfermeiro (E2).

Eu vejo, eu vejo mais enfermeiros, então eu acredito que são enfermeiros (E3).

Olha eu só sei do enfermeiro, eu só tenho contato com o enfermeiro. Mas eu sei que deveria ser mais gente (E6).

Eu só tenho contato, nós todos aqui da enfermagem só temos contato com o enfermeiro. Eu não sei, nem sei o papel do médico porque a gente não tem esse contato (E7).

O enfermeiro tem, como principal função no NIR, gerenciar em tempo real os leitos livres, autorizar ou negar as novas admissões das reservas solicitadas, trocas e bloqueios necessários conforme demanda e disponibilidades. De acordo com censo hospitalar é possível alocar corretamente os pacientes, promovendo o uso eficiente dos leitos (BRASIL, 2017). Além disso, conforme o Decreto 94.406/87 que regulamenta a Lei do exercício profissional da enfermagem, o enfermeiro está habilitado a atuar na coordenação do processo de gerenciamento de leitos, tendo em vista sua competência técnica e gerencial.

Conforme estudo realizado por Tavares, Miranda e Graf (2017) sobre o NIR como área de atuação do enfermeiro, evidenciou que normalmente é este o profissional que vai estar na linha de frente na comunicação com a assistência. Assim, “o enfermeiro do NIR deverá apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes nas observações, a qual deverá ocorrer diariamente” (BRASIL, 2017, p. 40).

O processo de trabalho do NIR, considerando a distribuição de leitos consta no discurso dos participantes como uma das atividades desse setor. No entanto, percebe-se que, mesmo o NIR estando há quatro anos implantado na estrutura hospitalar, os profissionais ainda não sabem descrever quais são os critérios ou fatores utilizados na dinâmica do gerenciamento dos leitos disponíveis.

Eu não sei como eles atuam, eu não tenho conhecimento. Não sei quais os critérios que eles usam para escolher os leitos e os pacientes (M2).

Eu sei que regula a entrada do paciente no hospital, tanto via Pronto Socorro, quanto via ambulatório e define o leito para ele dentro do hospital. Mas, como é feito isso eu não sei (M1).

Percebe-se que as duas falas acima pertencem a médicos. Assim, observou-se maior desconhecimento do processo de trabalho por parte da equipe médica. A apresentação da visão geral da área de gestão de leitos, deve ser divulgada em via institucional a fim de contribuir com a gestão dos recursos e tornar horizontal os

desafios presentes (NOONAN et al, 2019). O manual de implantação e implementação elege que o NIR deve aprimorar os canais de comunicação internos, por meio de melhor divulgação de atividades do NIR (murais, ofícios, jornais internos, site etc (BRASIL, 2017).

As instituições que têm uma equipe dedicada à alocação de leitos, para gerenciar os recursos e os leitos para os pacientes necessita especificar aos demais integrantes como convergem os pedidos de leitos, a disponibilidade dos leitos nas unidades, requisitos de isolamento e os quesitos de gênero. O desempenho das unidades pode ser afetado por esta carência de informações (HE et al, 2019).

As atribuições do NIR podem ser complexas e isso surge por causa de vários fatores, como a incerteza de chegadas de pacientes, o tempo de permanência, tempo de alta, limitações de pessoal e recursos, falta de comunicação, cooperação e transparência entre as diferentes unidades e instalações, e a necessidade de compartilhamento de informações em tempo hábil (BLOOMER et al, 2016).

Assim, é necessário que o NIR seja de conhecimento de todos os profissionais atuantes na instituição hospitalar, visto que o seu trabalho impacta o funcionamento e organização da instituição. Portanto, tornar claro sua rotina, seus critérios de gerenciamento de leitos e seu quadro de profissionais é imprescindível no contexto hospitalar.

4.3 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO NIR SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE UMA CLÍNICA CIRÚRGICA

Os profissionais endossaram em suas entrevistas, por meio de suas vivências, o impacto e o potencial positivo que o núcleo repercute aos pacientes, profissionais e Instituição. No entanto, elencam também aspectos frágeis que urgem reflexões e melhorias com efeito no gerenciamento dos recursos e efetivação dos princípios do SUS.

A composição interna do NIR, considerando seus membros e suas atribuições, considera-se que formação e atuação prévia constituem, na visão dos participantes, ponto importante a esse processo. Assim, compreende-se que a depender do perfil dos profissionais é possível considerar consequências positivas a seu direcionamento, as quais podem ser compreendidas como potencialidades.

Tem uma funcionária que trabalha lá que já foi aqui da Unidade, então, ela entende um pouco a rotina, ela já vivenciou essa realidade, ela sabe qual o perfil da Unidade. Tem diferença quando é ela ou quando é outro que está de plantão (E1).

Dá para notar diferença no processo de gestão de leito, dependendo de quem está de plantão lá. Quem gere o leito e já foi da assistência aqui da Unidade, é muito diferente quando é essa pessoa que está lá (E3).

A atividade de gestão de leitos requer habilidades de comunicação, eficiência pessoal e conhecimento de sistemas institucionais (VELASQUEZ et al, 2020). A importância desse conjunto de responsabilidades evolui ao longo do tempo, à medida que os sistemas de saúde se tornam cada vez mais complexos. Com ênfase nas métricas de eficiência hospitalar, o pensamento baseado em sistemas é uma habilidade necessária para a prática da gestão de leitos dos pacientes internados (WANG et al, 2019).

Oferecer aos pacientes os melhores cuidados possíveis é a função primordial de qualquer hospital. A fim de cumprir esse objetivo o perfil das pessoas que executam suas atribuições em equipes de gerenciamento de leitos deve ser adequado à luz das complexidades e da variação das necessidades (DUFFIELD et al, 2019).

Vislumbra-se que os profissionais que trabalham no NIR, em especial os enfermeiros, são esferas importantes para a organização e coordenação da capacidade hospitalar e conseqüente impelem impactos à assistência ao paciente, mas recebem pouca preparação formal para este trabalho. A experiência necessária

para desenvolver seu potencial como provedores e organizadores da gestão de leitos e de articular e desenvolver esses aspectos na prática institucional, muitas vezes, advêm apenas de suas práticas assistenciais anteriores (ALLEN et al, 2019).

Buscar o equilíbrio entre a demanda e a oferta da capacidade instalada é um enfrentamento diário da equipe que atua no NIR, principalmente do profissional enfermeiro. Compreender uma instituição hospitalar exige conhecer seus fatores internos e externos que possam impactar no fluxo dos pacientes. Assim, se reconhece o papel que o NIR possa efetuar frente a essas condições e repercussão, à movimentação de leitos e melhora de indicadores hospitalares.

Eu percebi que assim, querendo ou não, à pandemia agilizou muitas altas, permitiu uma rotação bem maior aqui dentro do setor. E o NIR nesse momento estava ajudando ver quem podia ir embora, para ficar o menor tempo possível no hospital (E4).

No dia a dia, o desempenho da administração de leitos pode ser complexa e estressante, pois envolve lidar com muitas funções distintas que são tanto internas quanto externas ao sistema hospitalar, bem como fazer malabarismos com demandas concorrentes por recursos (BROWN et al, 2019). Sintetiza-se que, em meio à pandemia de COVID-19, a gestão de leitos hospitalares tornou-se um desafio ainda maior (NETO et al, 2020).

O impacto do COVID-19 exigiu que os sistemas hospitalares lidassem com um grande número de pacientes contando com um número reduzido de leitos hospitalares para a demanda e profissionais. Uma das ações cruciais que garantiu uma resposta rápida aos efeitos da pandemia foi o aumento da capacidade dos serviços de saúde além de sua capacidade normal para atender ao aumento da demanda (PECORARO; LUZI; CLEMENTE, 2021).

O respeito aos princípios do SUS, de universalidade, igualdade, equidade e justiça, compõem os preceitos atrelados ao desempenhar às atividades do NIR. Reconhecer em suas atribuições respeito a esses princípios permite ascensão a sua capacidade operativa.

Antes do NIR cada especialidade tinha seu número de leitos e aí a gente brigava porque não tinha uma distribuição igualitária ou sazonal, algumas especialidades eram as queridinhas. Tinha épocas que eu chegava e contava os leitos, porque as vezes roubavam nossos leitos. Agora, isso melhorou, não tenho mais me preocupado (M4).

Eu lembro que meus professores encaminhavam direto para cá, direto do consultório deles para o PA e muitas vezes já até reservavam o leito. O NIR

ajudou a tornar mais democrático. Antes era para quem tivesse poder aquisitivo maior, tivesse mais facilidade ou quem tinha influências (M1).

Depois da entrada do NIR melhorou muita coisa na distribuição de leitos, antes cada médico tinha seus leitos. Hoje é um processo igualitário para todos. Conseguiu melhorar o rodízio de pacientes, a rotatividade das cirurgias aumentou muito, muito (M5).

Diante dos desafios em considerar a igualdade da assistência e atender a demanda de forma satisfatória, conforme determina os objetivos do SUS, a regulação, associada a gestão de leitos, surge como instrumento de gestão para uniformizar a demanda e a oferta (PEITER, LANZONI, OLIVEIRA, 2016). As comparações atreladas pelos participantes ao desempenho do NIR e sua essência instilam a maestria que esse órgão assume frente às ações de gestão e seu impacto ao regulamento dos princípios constitucionais.

A criação do NIR nos hospitais apresenta-se como estrutura abrangente que inclui a regulação do acesso a todos os recursos diagnósticos e terapêuticos da capacidade hospitalar instalada. Essa estrutura gerencial deve organizar o acesso a consultas, serviços diagnósticos e terapêuticos e, principalmente, aos leitos de internação (SOARES, 2017).

Concebe-se que a porta de entrada do paciente no hospital, na maioria das vezes, é o Pronto Socorro e que, essa passagem, deve ser do tempo mínimo possível até a alta ou até o alcance de um leito para internação. No entanto, frente a realidade brasileira e mundial em foco, pode haver distorção dessa meta. A inserção de um órgão único, interno e com características centralizadoras foi avaliada pelos participantes como profícua, a medida que ocorre percepção de melhores registros em todo fluxo do paciente.

Eu tenho observado que comparado há tempos atrás o número de pacientes que aguardam por leitos em maca no Pronto Socorro diminuiu e isso talvez graças ao trabalho do NIR, que desde quando o paciente chega já querem achar um leito e querendo que os leitos não fiquem vagos por muito tempo (E1).

O NIR ajuda quando o paciente trava mesmo, e a gente vai pedir ajuda. Quando não tinha eles, era pior, tinha paciente aí que penava, que ficava 120, 150 dias internado. Era esse meio de campo que a gente precisava, de alguém que desse as coordenadas, consegue um leito ali, consegue botar ele lá ou a gente fala com o local para transferência. E isso ajuda a liberar mais leitos (M4).

Fazendo uma retrospectiva do que é hoje em relação ao passado, dá pra se dizer que foi uma grande evolução. Foi muito bom para o hospital e para a região (M1).

Tempos atrás quando não tinha o NIR sobrava bastante leito, até tinha as clínicas que tinham tal leito, leito 33 é da torácica só internavam paciente da torácica, leito não sei o que é da vascular, aí o leito ficava lá esperando, as vezes ficava quatro ou cinco dias aquele leito vago (E5).

A melhora dos indicadores hospitalares inclui a redução do tempo que os pacientes permanecem no pronto-socorro até que leitos de internação estejam disponíveis, visto que essa situação está associada a vários eventos adversos (BOUDI et al, 2020). O gerenciamento de leitos apresenta-se como uma área de processo sob uma perspectiva ampla, e se refere principalmente aos processos logísticos relacionados aos leitos físicos em hospitais. No entanto, esses estão intimamente ligados a diversos processos de gerenciamento e suporte (KERPEDZHIEV et al, 2020).

Gerenciar a utilização de leitos garantindo que o suprimento acompanhe a demanda requer dados de diversas dimensões, vários sistemas de informação do hospital, os quais apoiam os processos em sala de emergência, clínicas especializadas e enfermarias (TAN et al, 2019). A implementação de um NIR permite a centralização do trabalho da regulação no nível institucional e fornecimento de subsídios para adequar o gerenciamento dos leitos; disponibilização da situação dos leitos hospitalares em tempo real; e, acompanhamento contínuo da elaboração de relatórios de indicadores gerenciais envolvendo a regulação do acesso hospitalar (SOARES, 2017).

Para além os participantes reconhecem fragilidades, reconhecendo que a implantação de uma nova unidade de serviço, no contexto hospitalar, requer consciência de que é um processo, o qual exige constantes atualizações e progresso. Associar processos de avaliação e permitir voz aos diversos atores envolvidos nesse processo, a citar o presente estudo, intensifica e qualifica a assistência, a gestão e o cumprimento da missão proposta.

A gente vê que eles ainda estão amadurecendo também nesse processo, é um serviço novo, eu acho que é novo para todo mundo (E1).

Cada vez que troca os residentes deveria partir não sei se da direção, se do NIR, uma capacitação que o NIR se disponibilizasse fazer. Uma capacitação para orientar como que se dá o fluxo da alta, da internação, o que precisa ser preenchido. Eu acho que isso seria importante e isso não existe. O NIR é um órgão novo nem os preceptores sabem direito sobre isso (E9).

A implantação de uma unidade técnico-administrativa, no contexto hospitalar, é relatada pelos participantes como exigente de tempo e de formações, tendo em vista

a repercussão que esse órgão traz aos demais setores e à prática clínica diária. A importância de uma estrutura, como o NIR, evoluiu ao longo do tempo, à medida que os sistemas de saúde se tornam cada vez mais complexos para as equipes de saúde e pacientes (WANG et al, 2019).

Fomentar estratégias de aprimoramento internas é excepcional à equipe de gestão de leitos. Incluir a disseminação de conhecimento e de suas atribuições é essencial para o desempenhar com eficiência de sua capacidade. Assim, o NIR deve fornecer recomendações abrangentes que orientem os profissionais na tomada de decisões informadas durante o processo de admissão, alta e triagem, bem como na resolução de questões de tratamento e racionamento (NATES et al, 2016).

O NIR, ao tomar posse de sua conjuntura e objetivos, deve acompanhar todo curso do paciente e seu período de chegada, internação e alta. No entanto, vislumbra-se no discurso dos participantes associação apenas a etapas específicas e lacunas em outras, ressaltando que o mesmo ainda necessita aprimorar suas atividades.

Talvez, às vezes, o NIR poderia agilizar e participar do planejamento de alta dos pacientes. Eu não conheço o trabalho deles, não sei se essa função é deles, mas eu não vejo eles participando desse processo. Eles poderiam atuar mais nisso. Estão preocupados em achar um leito, remanejar, onde o paciente pode ficar. Mas, na gestão de alta eu vejo que é equipe assistencial que tem que se virar (E8).

Tem pacientes que não precisariam estar num hospital de alta complexidade, tem alguns que estão aqui para terminar a medicação, porque não tem ninguém para cuidar. Eu não vejo empenho do NIR em agilizar alta. Eu vejo eles preocupados em achar leito e não disponibilizar (E7).

O gerenciamento da capacidade de demanda em tempo real deve ser uma das atribuições do NIR. Participar dos rounds é uma dessas iniciativas em que é possível prever os pacientes que podem sair no mesmo dia e participar das tarefas restantes para alta precoce (BARNES et al,2015).

A mensuração, avaliação e análise dos leitos é função e tarefa constante do rol de atribuições desse órgão de gestão. O NIR deve fazer uso de indicadores, a citar o tempo de permanência (LOS). A previsão do LOS tem forte impacto na coordenação do influxo e gerenciamento de leitos. Tendo como base esses indicadores é possível formular planos de gerenciamento de leitos abrangentes, que impactem na taxa de rotatividade de leitos (HSU et al, 2019).

As consequências de uma ineficiente gestão do fluxo dos pacientes, resultam em períodos de permanência mais longos do que o necessário. Isso é frequentemente

alegado como prejudicial à qualidade do atendimento ao paciente (HIRAGI et al, 2020).

Sinalizando os gargalos que compõem o transcorrer do paciente na conjuntura hospitalar, os participantes incluem a incorporação do NIR nas diferentes esferas e tangentes desse processo. Compreendem que alguns pontos não seriam sua competência direta, mas que deveriam se preocupar e esmerar as mazelas que interceptam a gestão de leitos.

Às vezes o paciente deu alta de manhã, vai sair do hospital lá no final do dia, porque o transporte do município não veio buscar. Então, algumas coisas que talvez o NIR precisaria trabalhar. Não necessariamente o NIR em si, mas ele apresentar essa demanda e buscar em conjunto à direção do hospital a resolução. Tem hospitais a nível mundial que tem salas de alta. Acaba levando a uma sequência de suspensões e atrasando o tratamento dos outros pacientes. Vejo que seria importante tentar avançar com relação a agilizar a saída, não é nem a alta, mas a saída do paciente do hospital depois de alta (M3).

A capacidade limitada dos hospitais denota a necessidade de acelerar o processo de alta hospitalar dos pacientes. Dada a ampla gama de prioridades interdependentes e participantes envolvidos no processo de alta hospitalar, várias horas podem decorrer desde o momento em que entra a ordem de alta e quando o paciente desocupa fisicamente seu leito. Tal fato atrasa a disponibilidade de leito de internação para outros pacientes (MUSTAFA; MAHGOUB, 2016)

Como uma contramedida para este fenômeno de atraso na liberação do leito de internação, alguns hospitais têm implementado salas de alta, áreas designadas onde os pacientes esperam - sem ocupar desnecessariamente um leito de internação - entre o momento em que sua ordem de alta foi designado e a conclusão do seu processo de alta ou transporte. Em geral, as salas de alta são amplamente endossadas como um mecanismo para acelerar o acesso aos leitos de internação (FRANKLIN et al, 2020; ISFAHANI et al, 2020).

O uso da totalidade da capacidade hospitalar instalada pode repercutir aos profissionais que estão na assistência, ao se depararem com alocação de pacientes em espaços diferentes aos predestinados. É de praxe que os profissionais, em especial os da Enfermagem, sejam alocados em setores com afinidades, considerando as especialidades e o perfil dos pacientes. Assim, o NIR para além da gestão de leitos deve considerar as variáveis do paciente, recursos humanos e falhas de gestão.

Acaba, às vezes, aceitando pacientes que nem são da nossa clínica, da nossa especialidade. O NIR alega que é o leito vago que tem no momento. As vezes vem paciente que seriam de outra unidade e a gente tem que administrar quimioterapia, não é uma rotina nossa. Teve vez que já veio da obstetrícia, mãe que tinha que amamentar, tinha que ordenhar, não é nossa rotina também, e a gente vê que traz prejuízos para o paciente (E1).

Muitos deles não entendem a dinâmica desse setor e acaba que a gente recebe muitos pacientes que não são nossos. E aí sobrecarrega muito a equipe, a equipe está defasada, a gente tem uma quantidade de profissionais pequena para a quantidade de leitos que a gente tem. E aí termina que se sobrecarrega com muitas coisas que não são nossas (E7).

Pacientes de outras clínicas, é um caos pra gente. Porque tu não tem acesso ao médico, não tem acesso a equipe, não sabe pra quem tu vais telefonar, e até a questão do cuidado, porque todas unidades aqui no hospital tem especialidades, então, tu tens uma vivência naquilo. A impressão que dá que a gente tem que cuidar de todo mundo. O NIR as vezes acaba nos impondo esse tipo de situação (E6).

Em sistemas de saúde, a busca pelo uso mais eficiente de recursos escassos, incluindo a capacidade dos leitos hospitalares, aumenta a carga de trabalho das equipes, em especial, da enfermagem. Cada enfermagem ou unidade de um hospital terciário é altamente complexa e variável e essas diferenças não podem ser mascaradas pela equipe que executa a gestão dos leitos (NEEDLEMAN, 2017).

Os hospitais, muitas vezes, sofrem com a falta de planejamento adequado e gerenciamento ineficaz de leitos hospitalares. Quando os pacientes são obrigados a permanecer em uma clínica até que um leito esteja disponível na sua especialidade, ocorre o bloqueio também daquele leito e, na maioria das vezes, depois não assumem a vaga pretendida devido a capacidade finita desses espaços, forçando a manutenção do paciente nesse leito. O planejamento adequado e meticuloso ajuda a controlar o número de leitos em cada especialidade. Por outro lado, planejamento fraco resulta em bloqueio da cama, cancelamento de cirurgias, recusa de pacientes e caos operacional (AGHAABDELLAHIAN; BIJARI, 2020).

O desenvolver das habilidades e competências do NIR, apesar de ser uma estrutura independente, necessita incorporar os diferentes profissionais que perpassam a assistência direta aos pacientes. A exclusão, afastamento ou menosprezo no processo de gestão dos leitos é discutida pelos participantes como um ponto negativo o que, por vezes, impacta em seus processos de trabalho.

Eles costumam vir com uma listinha pronta, troca esse (paciente) pra cá, esse pra lá, e aí tem que movimentar vários leitos. Isso incomoda a equipe porque querendo ou não tem que fazer desinfecção, limpa isso e vira isso, demora

um turno praticamente. Aí muitas vezes, a gente tem que bater o pé, mostrar que tem um jeito melhor para fazer toda essa rotação. Porque como a gente está acostumado, sabe melhor quem são os pacientes, a gente identifica que só mudando um leito daria para fazer esse jogo. Não precisa mexer 10 pacientes para receber um paciente (E1).

Muitas vezes a gente vê que esse esse leito não é adequado para aquele paciente, aí a gente entra em contato com eles e conversa com eles, tenta mostrar para eles o porque essa vaga não seria para esse. Às vezes eles escutam a gente, outras não, depende de quem está lá de plantão (E7).

O NIR entra em contato com a secretária. A secretária vem e nos entrega o que eles definiram, daí quando a gente não concorda entra em contato e diz que vai ver o que que dá pra fazer e daí depois a gente dá o retorno. O NIR é bem, bem longe da unidade. Não vive a nossa realidade, então acaba que às vezes a gente tem que ficar aqui se reunir entre os enfermeiros do plantão, parar tudo que está fazendo, só para pensar o que pode ser feito, quais remanejos de leito temos que fazer. Que isso aí não precisava ser a gente fazer (E6).

Na instituição do estudo, o NIR possui escritório com sala própria no hospital do estudo para executar sua rotina de trabalho, os participantes relatam que, devido a isto possuem pouco contato com os profissionais que trabalham no setor, além de não circularem pelas unidades pessoalmente, o que interfere nas trocas de informações:

O Ministério da Saúde elenca como um dos pilares do NIR as práticas de regulação, as quais podem ser compreendidas como as atividades que articulem o NIR com as diferentes interfaces da instituição, determinando a necessidade de se conhecer as instalações e os recursos disponíveis para garantir o fluxo dos pacientes (BRASIL, 2018). A comunicação, entre equipes de saúde, pode assumir diversas interfaces que podem gerar desconfortos e conflito se não forem bem gerenciadas e essas interfaces vão depender da organização dos serviços (LAURINDO et al, 2019).

Há uma percepção crescente de que o gerenciamento eficaz do fluxo de pacientes internados em hospitais é fundamental para a assistência hospitalar de boa qualidade e para atingir as metas hospitalares. Como consequência, a organização dos fluxos de internação do dia a dia geralmente se concentra na gestão de leitos, que na prática consiste em identificar leitos vazios e alocar os pacientes em espera (PROUDLOVE; BOADEN; JORGENSEN, 2007).

No entanto, a real administração dos leitos vai além desses aspectos e necessita conhecer a dinâmica e os fluxos das unidades. Para aumentar seu valor, a função de gerenciamento de leitos precisa evoluir para um profissional que é capaz de olhar além do imediato. Talvez, um fator crítico de sucesso para seu papel é o

desenvolvimento de relacionamentos com pessoas chave que trabalham em diferentes estágios da jornada do paciente. Conhecer o histórico clínico dos pacientes é importante a fim de que a decisão de alocação dos pacientes seja a melhor prática disponível (AGHAABDELLAHIAN; BIJARI, 2020).

No contexto dos discursos anteriores os profissionais elencam a importância de que o NIR, enquanto unidade hospitalar, se faça presente no acompanhamento do fluxo da unidade e transcorrer da ocupação dos leitos. Concebendo que a gestão de leitos é o objetivo mãe desse órgão, os participantes compreendem que o acompanhamento adjacente dos pacientes e da equipe é fator primordial nesse processo.

De todos os profissionais, acho que eu só consigo visualizar uma pessoa do NIR, vindo aqui. Vê como é, se dá para a gente receber aquele paciente e tudo mais. A maioria não vem aqui, já avisa esse leito é reservado para o paciente tal. E aí cabe a gente procurar saber, olhar no sistema evolução, se tem evolução (E7).

Acho que se eles fossem mais presentes, se acompanhassem a rotina, o round, eles poderiam acompanhar a demanda e as pendências dos pacientes. E aí, poderia ser mais ágil o processo, em especial das altas, porque eles ficam lá na sala deles. Se envolve com várias coisas e depois só é que tu pensa, bah, poderia ter falado com o NIR! Só que aí no fim tu não foi porque surgiu outra cirurgia, se envolveu com outro paciente, e aí acaba se perdendo, fica para o outro dia. E outra, que as vezes, realmente, a gente fica muito atrelado ao caso, e a gente esquece que tem o NIR. Que poderia ter visto com eles pra transferir, para agilizar. Porque é a gente que tem que ir atrás deles, os alunos que me falaram o NIR ajuda nisso aí, foi assim que eu descobri (M4).

Outro dia tinham duas altas no sistema e o NIR disse que precisava de mais leitos. Daí eu falei que tinha mais 6 altas, conversei com os médicos e com os outros enfermeiros, e eles “bah a gente não sabia”. Isso eu acho que é uma atribuição deles, eles ir atrás. O NIR é pra isso (E9).

O acompanhamento e presença física são elencados pelos participantes como pontos de tessitura frágil frente as atribuições desempenhadas pelo NIR. A interpretação vaga sobre suas atribuições e esquecimento frente as suas possibilidades de atuação, diagramam que alguns pontos de sua implantação necessitam ser revistos.

O papel dos gerentes de leitos corresponde a entregar e facilitar os fluxos de pacientes dentro dos hospitais. A utilização de dinâmicas de precisão, que facilitem a comunicação e possibilitem a tomada de decisões em grupo é essencial nesse contexto. A comunicação, liderança, tomada de decisão, planejamento, gerenciamento de pessoal e trabalho em equipe são considerados instrumentos para

atuação autônoma no contexto gerencial (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

O trabalho desempenhado pelo NIR pode ser compreendido como um processo de combinação, que envolve a gestão diária dos leitos e envolve inúmeras traduções. As necessidades dos pacientes são negociadas e a organização é reformulada a fim de criar as acomodações necessárias para otimizar utilização dos leitos. Os leitos, podem ser compreendidos como uma moeda complexa; que os envolvidos com a gestão de leitos são obrigados a compreender a fim de otimizar seu uso (ALLEN, 2014).

Compreender a dinâmica da unidade é elencado pelos profissionais como algo além de apenas distribuir o nome do paciente que irá para determinado leito. A depender da instrução fornecida pelo NIR essa pode enternecer estresse, retrabalho ou outras preocupações à equipe, o que é concebida como uma fragilidade.

Ontem a gente tinha três camas que estavam com problema, aí os colegas do NIR falaram a gente vai ter que organizar, vai ter que resolver isso, vamos pegar três camas manuais e vamos levar para aí. Achei ótimo. Só que chegou uma paciente eletiva, obesa, para colocar nessa cama, a cama não baixa a cama é alta, e aí foi um tendeu. Porque a paciente tinha um AVC prévio, não saía da cadeira de rodas para subir na cama. Então, assim, precisa ter uma visão mais ampliada em relação ao setor, para poder as coisas melhorarem também para o profissional. Passei a manhã quase toda resolvendo isso, remanejando paciente. Falar que o paciente vai para o leito é fácil, mas as vezes eles não sabem os empecilhos que tem por trás (E7)

Atribuir pacientes às categorias de serviço adequadas compõe o trabalho de gerenciamento do fluxo de pacientes. As avaliações devem ser somativas e categorizadas de acordo com o tipo de leito que o paciente pode ser alocado. Compreendendo, que por vezes, mesmo dentro de uma mesma Unidade as camas não são iguais e que há condições que as tornam mais ou menos adequadas para determinados pacientes é transigente essa avaliação por parte do NIR (ALLEN, 2014).

Para atuar na Gestão de Leitos o profissional deve ter em conjunto conhecimento em gestão e na assistência. Assim, deve avaliar o perfil dos pacientes como um dos critérios para alocá-los no leito hospitalar. A fim de bons resultados a comunicação deve ser efetiva entre profissionais da gestão de leitos, enfermeiros assistenciais e médicos, assim como, esses devem conhecer os fluxos de transferência do paciente ao leito hospitalar (BORGES et al, 2020).

No âmbito do trabalho integrado, os participantes elencam considerações que no dia-a-dia poderiam ser mais bem dispostas pelo NIR. Compreender e incluir a equipe assistencial urgiu como principal estratégia a esse processo.

Eu acho que eles deveriam andar mais junto com a gente. E quando eu digo assim, é realmente entendendo o processo que a gente vive. Porque tem uns que vêm, outros não vem aqui, mas mesmo assim os que vem muitas vezes impõe. Eu acho que para a gente trabalhar melhor precisava ter uma comunicação melhor. E não ter essa questão de impor (E7).

Eles estão muito restrito ali dentro da sala deles, acho que eles deveriam é socializar mais com as equipes da assistência, que tão lá na ponta, nas unidades. Acho que isso ajudaria muito com relação a rotatividade dos pacientes e agilizar esses leitos. Eles pegam o telefone, olham no sistema se tem leito vago, se tem paciente com provável alta e direcionam aquele leito para um outro paciente. Só que no sistema só aparece aquele paciente que já deu alta, mas se tu for lá na unidade conversar com a equipe, tu vai ver que na verdade a realidade é outra. Tu tem hoje, um exemplo, duas altas no sistema, mas que se tu for na unidade, as vezes tem mais 4, 5 ou 6 altas prováveis (E9).

A interação interprofissional desempenhada entre os profissionais envolvidos à assistência do paciente e nas atividades de regulação interna exigem participação ativa, horizontal e presencial sob a perspectiva dos participantes deste estudo. Aspectos tangenciais à comunicação precisam ser explorados pela equipe do NIR a medida que executam suas atribuições com considerações positivas ao bom desempenho de suas atribuições gerenciais.

Os locais de trabalho onde diferentes perspectivas profissionais e das partes interessadas são reunidas no planejamento da assistência e da alta e que valorizam as interações face a face e interpessoais ensejam melhor entendimento compartilhado sobre o atendimento e coordenação do paciente e geram planos de alta mais abrangentes. Os limites e funções profissionais dos integrantes do NIR devem ser adequados as demandas e envolvem habilidades técnicas, organizacionais e sociais sofisticadas (GOLDMAN et al, 2018).

A proporção de comunicação exige que as informações compartilhadas e que a capacidade de resposta seja adequada ao plano de cuidados para os pacientes. O rendimento das atribuições de uma equipe responsável pelo gerenciamento de leitos abrange os processos de processamento do paciente que requerem coordenação e comunicação contínua. Lapsos na coordenação e comunicação em qualquer ponto do processo pode resultar em atrasos que muitas vezes têm efeitos cumulativos (TORTORELLA et al, 2013).

O fluxo de internação dos pacientes perpassa por demandas consideradas como urgência/ emergência e outras categorizadas como eletivas. No contexto das eletivas otimizar o curso do paciente e seu tempo de permanência no contexto hospitalar, implica em melhores indicadores na gestão de leitos e na menor exposição

do paciente às intempéries do ambiente hospitalar.

O NIR e a gente como profissional precisa contribuir e dar uma atenção maior para que os pacientes só internem com pré-operatório pronto no dia, ou no dia anterior a cirurgia. Às vezes, o paciente estável, aguardando uma eletiva, fica ocupando um leito por vários dias, a cirurgia é cancelada, o pré não está pronto, as salas do bloco está faltando algum material, e assim vai (M1).

A admissão no dia da cirurgia daqueles pacientes cujas necessidades de atendimento são parcialmente conhecidas pelo hospital com alguma antecedência (pacientes eletivos) é uma prática internacionalmente reconhecida. Gera uma economia significativa em termos de ocupação de leitos hospitalares e melhora a satisfação do paciente. Um fator chave para o sucesso desta prática é o engajamento de todas as partes interessadas (MONKS et al, 2016; BROWN et al, 2019).

A admissão antecipada de pacientes eletivos infere na redução da capacidade hospitalar de tratar pacientes com demandas emergentes e resulta em dados potencialmente negativos, como ter que recusar pacientes ou alocar os pacientes em enfermarias que não são idealmente adequadas para sua condição. Aumentar a capacidade dos leitos hospitalares, potencializando e otimizando estratégias aos pacientes caracterizados como eletivos, beneficia também os demais pacientes que são deixados em listas de espera (MONKS et al, 2016; BROWN et al, 2019).

Compreender e gerir a magnitude da capacidade dos leitos hospitalares instalada faz congruência à um sistema de gestão eficaz, personifica e impõe a competência do NIR. Os participantes relatam que alguns leitos pertencentes há alguns setores do hospital não convergem às atribuições do NIR.

O que eu considero como negativo é que o NIR não regula todos os leitos do hospital. A gente sabe que tem um andar e a pediatria que não é ele que regula. Isso é um ponto muito negativo. Não sei te dizer porquê. Teria que regular todos, se o NIR existe é para todo o hospital, não é para uma unidade ou outra (E9).

As gurias falam que nesses setores, não é elas que definem quem vai internar. Por exemplo, essa parte não é com a gente tem que ver com o pessoal lá da UTI (E8).

Como o NIR gerencia a admissão dos pacientes no hospital, ele passou a identificar, filtrar e encaminhar estes casos antes mesmo que o paciente chegue na unidade. Na prática, o NIR deveria assumir a regulação de leitos de forma autônoma, dentro dos protocolos da portaria reguladora, disponibilizando leitos de forma igualitária. No estudo constatou-se que o NIR regula os leitos cirúrgicos e clínicos

adultos, não incluindo leitos oncológicos, pediatria e de terapia intensiva.

Concebe-se que o NIR é uma instância colegiada, ligada diretamente à direção do hospital e, portanto, validada por ela. Nesse contexto, a centralização da gestão de leitos via este órgão possibilita melhor distribuição das internações, com otimização da utilização dos leitos (BRASIL, 2017). A gestão de leitos com alocação fixa de leitos por especialidade já pode ser considerada uma evidência ultrapassada. O padrão-ouro nessa conjuntura é a adequação da oferta disponível à demanda real, gerenciando a totalidade de recursos humanos e estruturais disponíveis (AYUSO et al, 2002).

A criação de um NIR gera grande potencial para o desenvolvimento de ações que resultam em uso eficiente da capacidade hospitalar instalada. Neste sentido, a inserção desse núcleo converge aos princípios do SUS, e assim pode ser vista como estratégia para enfrentar a escassez de leitos. O uso racional da estrutura hospitalar promovido por este núcleo deve ser reconhecido pelas instituições como fundamental para sua sustentabilidade (SAORES, 2017).

Frente ao discurso dos participantes compreende-se que o NIR da referida instituição permitiu avanços ao contexto hospitalar, à medida que organizou o acesso dos pacientes aos leitos, centralizou as demandas e reforçou a regulação igualitária a um hospital público. No entanto alguns profissionais desconhecem sua organização e percebem fragilidades que devem ser superadas na rotina e que poderiam impactar em melhor eficiência do uso de leitos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em tela permite compreender a percepção de médicos e enfermeiros de uma unidade cirúrgica acerca da operacionalização do NIR em um Hospital Universitário. Os participantes elencaram considerações lacunares acerca do conhecimento das funções e execução do NIR e construções positivas à estrutura hospitalar advindas da implementação das atribuições dessa unidade técnico-administrativa.

A função dos profissionais do NIR está na vanguarda do uso eficiente dos recursos hospitalares limitados, que são os leitos hospitalares. A implementação do NIR, enquanto ferramenta de gestão possibilita impedir encaminhamentos colaterais, influenciados por critérios que fogem aos princípios do SUS. Ainda, possibilita o acesso de serviços e recursos, oportunos, equânime e ordenado de acordo com a prioridade e necessidade dos usuários. Assim, conhecer a percepção de profissionais acerca da atuação do NIR contribuiu para dar maior transparência, controle, avaliação e auditoria na atuação dessa ferramenta.

A implantação do NIR, neste hospital, há aproximadamente quatro anos, conquistou mudanças estruturais aos aspectos de gestão e atendimento aos princípios do SUS, sob a visão dos participantes. Possibilidades de acesso universal, igualitário foram um dos benefícios propiciados pela atuação do NIR. Ainda foi descrito, na percepção dos trabalhadores, o impacto que esse núcleo propiciou nas taxas de ocupação de leitos, oportunizando a ocupação do leito no menor tempo possível à um próximo paciente após a saída do anterior.

A gestão de leitos hospitalares por equipe própria é fundamental. No entanto, pode-se conceber que o NIR, deste referido hospital, ainda é imaturo frente à sua atuação, na perspectiva dos participantes deste estudo, e das atribuições elencadas pelas portarias do Ministério da Saúde. Frente a percepção dos enfermeiros e médicos torna-se necessário que as operações desempenhadas pela equipe do NIR envolvam interações entre pacientes, equipe assistencial e recursos.

Os participantes compreendem que a função dos integrantes do NIR é fazer o melhor uso dos leitos existentes, no entanto, percebem que no dia-a-dia não se envolvem com a disponibilização do leito, apenas com os processos de alocação. A operacionalização distante da unidade, indicando os pacientes por telefone ou entregando recado à secretária, é fundamentada pelos participantes como fator que

aumenta a sobrecarga de trabalho e provoca estresses.

O distanciamento frente ao acompanhamento da internação e processo de alta foram aspectos argumentados pelos participantes à medida que não percebem atuação do NIR nessas etapas do fluxo dos pacientes. A presença em *rounds*, conhecimento das pendências para alta, operacionalização de atitudes coletivas que possam agilizar a saída do paciente do leito são elementos que suscitam revisão por parte da equipe que integra o NIR da referida Instituição hospitalar.

Uma limitação do presente estudo é o fato de que o mesmo apenas deu voz aos médicos preceptores, no desenvolver da pesquisa compreendeu-se que devido a referida Instituição ser um hospital escola os residentes tem papel ativo no processo e podem ter percepções significativas desse processo. Ainda, outra limitação é o fato de o estudo apenas ter permitido voz aos profissionais de uma única clínica hospitalar.

Elucida-se que outros estudos que possam enfatizar a equipe que trabalha diretamente no NIR, seus processos de trabalho, ferramentas e quadro de pessoal mostram-se como relevantes nesse contexto. Ainda, estudos com foco em intervenção podem assumir magnitude nesse cenário, a medida que possam convergir as demandas com mudanças diretas à realidade.

REFERÊNCIAS

- AGHAABDELLAHIAN, Z.; BIJARI, M. Bed management considering bed-blocking and elective patient admissions using simulation optimisation. **International Journal of Simulation and Process Modelling**, 15(3), 278, 2020.
- AJIMURA, Y.F. Pacientes de alta que permanecem dentro do hospital: quem são e por que permanecem? [**Dissertação de Mestrado**]. Fundação Getulio Vargas, 2016. Disponível em: http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/dissertacao_versao_final_fabio_0pdf >. Acesso em: 02 out. 2019.
- ALLEN, D. et al. Integrating preparation for care trajectory management into nurse education: Competencies and pedagogical strategies. **Nursing Inquiry**, e12289, 2019.
- ALLEN, D. Inside 'bed management': Ethnographic insights from the vantage point of UK hospital nurses. **Sociology of Health and Illness**, 37(3), 370-384, 2015.
- ARAÚJO, J.P.; et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e respectivas. **Rev. Bras. Enferm.** V. 67, n 6, p.1000 – 1007, 2014.
- ARAÚJO, M. A. N. de. et al. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 11):4716-25, nov., 2017.
- AYUSO, D. Experiencia en la gestión de camas desde la dirección de enfermería. **Revista de Calidad Asistencial**, 17(1), 17–21, 2002.
- BARNES, S. et al. Real-time prediction of inpatient length of stay for discharge prioritization. **Journal of the American Medical Informatics Association**, 23(e1), e2–e10, 2015.
- BLOOMER, M. J. et al. Single-room usage patterns and allocation decision-making in an Australian public hospital: a sequential exploratory study. **Journal of Clinical Nursing**, 25 , 2200–2210, 2016.
- BORGES, F. et al. Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital. *Revista brasileira de enfermagem*, v.73, n.4, p. e20190349, 2020. BOUDI, Z., et al. *Association between boarding in the emergency department and in- hospital mortality: A systematic review*. **PLOS ONE**, 15(4), e0231253, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 252/ GM de 19 de fevereiro de 2013**. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União. Brasília, DF, 19 fev. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html >. Acesso em: 05 out. 2019.
- BRASIL. **Lei 8.080, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre as condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento

dos Serviços Correspondentes, e dá outras Providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema de Saúde – SUS. Disponível em: <http://bvsms.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html> Acesso em 06 de janeiro de 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011a. p. 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2013. p. 54.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 423, de 24 de junho de 2002**. Aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível de governo no controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jun. 2002b. p. 97.

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 2019 Set 04]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%202002.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação : núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BROWN, R. et al. Using Lean Six Sigma to improve rates of day of surgery admission in a national thoracic surgery department. International. **Journal for Quality in Health Care**, 31(Supplement_1), 14–21, 2019.

CARVALHO, M. M. et al. **Gestão da qualidade**: teoria e casos. 2 ed. Elsevier: ABEPRO, 2012.

CARVALHO, E. C. de; OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. de S.; MORAIS, S. C. R. V. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. **Rev. Bras. Enferm.** 70 (3) • May-Jun, 2017.

COELHO, I. B. **Os hospitais no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016. 221 p.

DI PIETRO, M. S. Z.. **Limites da função das Agências diante do princípio da legalidade**. In: DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. (Org.). Direito regulatório: Temas Polêmicos. Belo Horizonte: Fórum; 2009. 2^a Ed. rev. e ampl. reimpressão. pag. 20.

DUFFIELD, C. Harnessing ward-level administrative data and expert knowledge to improve staffing decisions: A multi-method case study. **J Adv Nurs.** 00:1–10, 2019.

FMS. Fundação Municipal de Saúde de Terezinha. **HUT diminui tempo de atendimento no Pronto Atendimento de 24 para 8 horas**. Terezinha, Piauí, Brasil. Publicado em: 30/07/2019. Disponível em: <http://www.fms.teresina.pi.gov.br/noticia/2751/hut-diminui-tempo-de-atendimento-no-pronto-atendimento-de-24-para-8-horas>.

FRANKLIN, B. J. et al. The Inpatient Discharge Lounge as a Potential Mechanism to Mitigate Emergency Department Boarding and Crowding. **Annals of Emergency Medicine**, 75(6):704-714, 2020.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais**. In: M. W. Bauer, & G. Gaskell (Orgs.), Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático (pp.64-89). Petrópolis: Vozes. 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5^a ed. São Paulo: Atlas. 2010.

GIOVANELLA L, E. S.; MENDONÇA, M. H. M. **Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos**: relatório de pesquisa: Aracaju. Rio de Janeiro: ENSP/DAPS/NUPES; 2009. 458 p.

GOLDMAN, J. et al. Bedside nurses' roles in discharge collaboration in general internal medicine: Disconnected, disempowered and devalued? **Nursing Inquiry**, 25(3), e12236, 2018.

HE, L. et al. A Systematic Review of Research Design and Modeling Techniques in Inpatient Bed Management. **Computers & Industrial Engineering**. 127:451-466, 2019.

HIRAGI, S. et al. Preliminary Evaluation of Market Mechanism-Based Bed Allocation System. **Stud Health Technol Inform.**; 16;270:1363-1364, 2020.

HSU, C.M. et al. Emergency department overcrowding: Quality improvement in a

Taiwan Medical Center. Journal of the Formosan Medical Association. **J Formos Med Assoc.**; 118(1 Pt 1):186-193, 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas **Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.38, 2018.

ISFAHANI, M. N. et al. Decreased Emergency Department Overcrowding by Discharge Lounge: A Computer Simulation Study. **Int J Prev Med.**; 11(13), 2020.

IZAIAS, É. M. et al. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3395-3402. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2KAhsqo> Acesso em: 16 set 2019.

KERPEDZHIEV, G. et al. **Towards a maturity model**: Bed management capabilities in hospitals. 27th European Conference on Information Systems - Information Systems for a Sharing Society, ECIS, 2020.

KURUNMAKI, L.; MILLER, P. Counting the costs: the risks of regulating and accounting for health care provision. **Health, Risk & Society**, London, v. 10, n. 1, p. 9-21, 2008.

LANDA, P. et al. Multiobjective bed management considering emergency and elective patient flows. *International Transactions in Operational Research*, 25(1), 91–110, 2016.

LANG, C. E.. **Modelo de gestão assistencial para a Rede EBSERH baseado na cogestão, núcleo interno de regulação, Kanban e painel de indicadores** / Cláudia Emília Lang. - 2018. 116f.: il.

LAURINDO, M. C. et al. **A implantação do Núcleo Interno de Regulação em Hospital Público Terciário** – A experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. *Medicina (Ribeirão Preto. Online.)*;52(1):16-23, 2019.

LOYOLA FILHO, A. I. et al . Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 13, n. 4, p. 229-238, dez. 2004. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 out. 2019.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-28, 2011.

MELIONE, Luís Paulo Rodrigues; MELLO-JORGE, Maria Helena Prado de. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 1814-1824, Aug. 2008. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800010&lng=en&nrm=iso. access on 09 Oct. 2019.

MENDES, A. M. **Escuta e ressignificação do sofrimento: o uso de entrevista e análise categorial nas pesquisas em clínica do trabalho.** In Sociedade Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho (Org.), Anais Eletrônicos do II Congresso de Psicologia Organizacional e do Trabalho. Brasília, DF., 2006.

MENDES, E. V. **As redes da atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana, 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde: o Imperativo da consolidação da Estratégico de Saúde da Família.** Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2012.

MENICUCCI TMG. **Regulação da assistência à saúde:** o caso de Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONKS, T. et al. A modelling tool for capacity planning in acute and community stroke services. **BMC Health Serv Res.**, 16, 530, 2016.

MUSTAFA, A.; MAHGOUB, S. Understanding and overcoming barriers to timely discharge from the pediatric units. **BMJ Open Quality**;5:u209098.w3772, 2016.

NATES, J. L., et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines. **Critical Care Medicine**, 44(8), 1553–1602, 2016.

NEEDLEMAN, J. Nursing skill mix and patient outcomes. **BMJ Quality & Safety**, 26(7), 525–528. 2017.

NETO, L. L. de S. et al. Forecast UTI: aplicativo para previsão de leitos de Unidades de Terapia Intensiva no contexto da pandemia de COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 29(4):e2020391, 2020.

NOONAN, F. et al. **Hospital Bed Management Practices:** A Review. Proceedings of the 12th International Joint Conference on Biomedical Engineering Systems and Technologies (BIOSTEC), p. 326-331, 2019

O'DWYER, G. et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 125, 2017b.

O'DWYER, G., MATTOS, R.M. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis**, Rio de Janeiro, 20(2): 609-623, 2010.

OLIVEIRA, R. R. **Os conceitos de regulação em saúde no Brasil** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, 2012.

PAIM, J. S.. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [4]: 625-644, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf> Acesso em 09 out 2019.

PECORARO, F; LUZI, D.; CLEMENTE, F. The efficiency in the ordinary hospital bed management: A comparative analysis in four European countries before the COVID-19 outbreak. **PLoS ONE**, 16(3): e0248867, 2021.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. de M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde: a atuação de enfermeiros. **Rev Rene**.; 17(6):820-7, nov-dez, 2016.

PEITER, C. C.; LANZONI, G.M.M.; OLIVEIRA, W.F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde em Debate**, 40(111): 63–73, 2016.

PIUVEZAM, G. et al . Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 63-68, Mar. 2015

Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000100063&lng=en&nrm=iso. access on 09 Oct. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Site da Secretaria Municipal de Saúde. **Hospital Tide Setúbal eleva internações em 14%**. Publicado em: 23/09/2016.

Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=223458>

PROUDLOVE, N.; BOADEN, R.; JORGENSEN, J. Developing bed managers: the why and the how. **Journal of Nursing Management**, 15(1), 34–42, 2007.

Regulação do acesso e da atenção à saúde nos serviços públicos: conceitos, metodologias, indicadores e aplicações / Organizadora: Gládis Jung – Porto Alegre: Moriá, 2016.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma revisão. **Interf - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SILVA, Gilmara Silveira da et al . Avaliação do tempo de permanência hospitalar em cirurgia de revascularização miocárdica segundo a fonte pagadora. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 248-253, June 2013 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000300010&lng=en&nrm=iso. access on 09 Oct. 2019..

SOARES, V. S.. **Análise dos Núcleos Internos de Regulação hospitalares de uma capital.** **Einstein** (São Paulo), São Paulo, 15(3):339-343, Sept. 2017.

TAN, K. W., et al. **Data-Driven Decision-Support for Process Improvement through Predictions of Bed Occupancy Rates**. 2019 IEEE 15th International Conference on Automation Science and Engineering (CASE),2019.

TOLEDO, B. C. M. Mapeamento e análise dos processos realizados pelo Núcleo Interno de Regulação da unidade de emergência de um hospital universitário público. **Trabalho de conclusão de curso** – TCC Universidade de São Paulo-USP , são Carlos . 2018.

TORTORELLA, F., et al. Improving Bed Turnover Time With a Bed Management System. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, 43(1), 37–43, 2013.

VELASQUEZ, S. T. et al. Hospitalists as Triagists: Description of the Triagist Role across Academic Medical Centers. **J. Hosp. Med.** 15(2):87-90, 2020.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciencia e Saúde Coeltiva**. 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n1/181-190/> acessado em: 09 de out 2019.

WANG et al. Triageing Inpatient Admissions: an Opportunity for Resident Education. **J Gen Intern Med**. 34(5):754-757, 2019.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DO ESTUDO: Percepção de profissionais de saúde sobre o Núcleo Interno de Regulação em um hospital universitário.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profª Drª Suzinara Beatriz Soares de Lima.

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem.

TELEFONE E ENDEREÇO POSTAL COMPLETO: Telefone 32131452; E-mail: suzibslima@yahoo.com.br. Endereço postal: Av. Roraima, nº 1000, prédio 26, sala 13, 97105-970, Santa Maria- RS.

LOCAL DA COLETA DE DADOS: Hospital Universitário de Santa Maria

Caro participante da pesquisa: ²

- Você está convidado (a) a participar desta pesquisa por meio da realização de uma entrevista individual. Essa será desenvolvida na Unidade Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria, de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- A pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

Sobre a pesquisa: A pesquisa tem como objetivo: *conhecer a percepção de médicos e enfermeiros, que integram o processo de internação e alta do paciente, sobre a atuação do NIR em uma unidade cirúrgica de um hospital Universitário do Rio Grande do Sul.*

Sua participação nesse estudo ocorrerá através da participação em uma entrevista individual semiestruturada. As entrevistas serão realizadas conforme disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas serão previamente agendadas e realizadas em sala reservada na Instituição. Os dados serão gravados, com autorização dos entrevistados e após transcritos. Será mantido em segredo seu nome e não será divulgada nenhuma informação que possa identificá-lo, preservando o seu anonimato.

Benefícios: Os benefícios da pesquisa para os participantes serão indiretos, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a temática, contribuindo para o contexto hospitalar e a política pública dos Núcleos Internos de Regulação. Assim, *acreditamos que ela seja importante, pois compreende-se que dar voz aos atores envolvidos indiretamente a esse processo poderá permitir contribuições para aprimorar, avaliar e Para*

contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 2º andar -Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria– RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com. **Pesquisador responsável: Suzinara Beatriz Soares de Lima** - UFSM - Departamento de Enfermagem, fone (55) 3220-8263 e E-mail [E-mail E-mail suzibslima@yahoo.com.br](mailto:suzibslima@yahoo.com.br)

(re)pensar esse órgão administrativo, que hoje já pode ser considerado como imprescindível no interior dos cenários hospitalares. A pesquisa não apresentará qualquer tipo de ônus financeiro ao participante.

Riscos: A pesquisa não oferece risco físico, moral, social ou cultural para os participantes. Contudo, no momento da realização da entrevista você poderá sentir-se constrangido ou emocionado ao resgatar e compartilhar sentimentos relacionados às vivências. Neste caso, a pesquisadora irá fornecer atenção especial escutando-o e a sua disposição em continuar participando na pesquisa. Se você optar em pausar a entrevista, será aceito e parada a gravação.

Confidencialidade: As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento somente dos pesquisadores. As gravações ficarão guardados sob os cuidados da pesquisadora responsável. O nome do participante não será divulgado e nem identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com a Prof.^a Dr.^a Suzinara Beatriz Soares de Lima (pesquisadora responsável), bem como, com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria nos endereços constantes deste Termo¹.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria e será apresentado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra via para o participante da pesquisa, estando em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos.³

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando os autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Desde já, agradeço pela colaboração,

Santa Maria/RS _____, _____ 2021.

Nome e assinatura do participante

Suzinara Beatriz Soares de Lima

Para contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 2º andar -Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria– RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com. **Pesquisador responsável: Suzinara Beatriz Soares de Lima** - UFSM - Departamento de Enfermagem, fone (55) 3220-8263 e E-mail: suzibslima@yahoo.com.br

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA- UFSM
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF / Comitê de Ética em
 Pesquisa da UFSM
 Roteiro semiestruturado de entrevista

- Caracterização do participante _____ Data: _____ Data de
 Nascimento: _____ Sexo: F () M ()
 Estado Civil: () Solteiro (a) () casado (a) () viúvo (a) () companheiro (a) Cargo
 ocupado/ função:
 Tempo de formado:
 Desde quando Trabalho neste Hospital: _____ e na Unidade: _____
 Vínculo Empregatício: Regime Jurídico na União (RJU) () EBSEH ()
 Escolaridade profissional: () Graduação () Especialização
 () Residência () Mestrado () Doutorado outro:
 1) Conte-me o que você sabe sobre o Núcleo Interno de Regulação?
 2) Fale-me sobre o seu papel, enquanto profissional da Unidade de Clínica
 Cirúrgica, perante as atividades do NIR?
 3) você sabe quem são os profissionais que participam do NIR?
 4) Quais as dificuldades ou facilidades você identifica no processo de alta do
 paciente?
 5) Você acha que a especialidade de internação influencia na taxa de ocupação de
 leitos?
 6) Quais elementos você identifica como facilitadores da atividade de regulação?
 7) Quais elementos você identifica como dificuldades da atividade de regulação?
 8) Você conhece o processo de trabalho do NIR?
 09) Comente sobre o papel do NIR no acesso aos leitos.
 10) Gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO EM
ENFERMAGEM

Título do Estudo: Percepção de profissionais de saúde sobre o Núcleo Interno de Regulação em um hospital universitário

Pesquisador Responsável: Prof^a Dr^a Suzinara Beatriz Soares de Lima

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato:32131452

Local de coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria, HUSM.

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevista semiestruturada no Hospital Universitário de Santa Maria, de agosto a novembro de 2020.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 13, CEP 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof^a Dr^a Suzinara Beatriz Soares de Lima. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em __/__/__, com o número de registro CAAE _____.

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do pesquisador responsável
Dr^a Suzinara Beatriz Soares de Lima

APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, _____, abaixo-assinado, responsável por _____ da UFSM, autorizo a realização do estudo _____ (nome do projeto e número no GAP/Centro) a ser conduzido pelos pesquisadores _____ (nome, cargo e lotação).

O estudo só poderá ser realizado se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Santa Maria,

Nome, cargo e lotação
(carimbo)