UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

RODRIGO SANTANA DE ASSIS TITONELI

A GESTÃO DE LEITOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS / Ebserh

Belo Horizonte – MG

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

RODRIGO SANTANA DE ASSIS TITONELI

A GESTÃO DE LEITOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS / Ebserh

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Gestão Pública da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito para obtenção de título de graduação.

Orientador (a): Profª. Dra. Andréa Maria Silveira

Belo Horizonte – MG

2018

RODRIGO SANTANA DE ASSIS TITONELI

A GESTÃO DE LEITOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS / Ebserh

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Gestão Pública da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito para obtenção de título de graduação.

Aprovado em ____/_____/_____.

Banca Examinadora

_____
Prof.ª Dra. Andréa Maria Silveira
(Superintendente do HC-UFMG/Ebserh)
Universidade Federal de Minas Gerais

_____
Prof. Dr. Eduardo Moreira da Sila
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte – MG

2018

Dedico este trabalho em memória de Maria de Fátima Santana de Assis, mulher, mãe, que dedicou sua vida em benefício de seus filhos e tentou lhes proporcionar o maior nível de estudo possível, mesmo sem muita instrução.

Mãe, apesar de não estar mais presente, é com grande carinho, apreço e amor que lhe atribuo esta conquista em minha vida, que corrobora toda sua perseverança e amor para com seus filhos.

Também dedico este trabalho a minha esposa, Melissa Titoneli, que me apoiou e cuidou de nossa pequena Larissa Titoneli por incontáveis horas para que eu pudesse percorrer este caminho.

Minha eterna gratidão!

Primeiramente, agradeço a Deus por mais este feito.

A Professora Andréa Maria Silveira, Superintendente do HC-UFMG/Ebserh, que prontamente aceitou me orientar, e o fez com muita sabedoria e dedicação na transmissão de seus conhecimentos.

A Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do HC-UFMG/Ebserh Aparecida Kênia Bisinotto Thomaz, que me mostrou o funcionamento da estrutura regulatória dos leitos.

A Chefe da Unidade de Monitoramento e Avaliação em Saúde do HC-UFMG/Ebserh Luciana Daniella Lages Moselli, que me atendeu prontamente e fomentou dados importantes para este trabalho.

A Secretária do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do HC-UFMG/Ebserh Juliana Aníbal, que me auxiliou na interlocução com as chefias do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde e da Unidade de Monitoramento e Avaliação em Saúde do HC-UFMG/Ebserh.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

SUS – Siatema Único de Saúde

HC – Hospital das Clínicas

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

CTI – Centro de Tratamento e Terapia Intensiva

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

MS – Ministério da Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

CF – Constituição Federal

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

CNS – Conselho Nacional da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secrtários de Saúde

Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

DOU – Diário Oficial da União

CT-CIT – Câmara Técnica da Comissão Intergestora Tripartite

ST-CIT – Secretaria Técnica da Comissão Intergestora Tripartite

NOAS-SUS – Norma Operacional da Assistência à Saúde - Sistema Único de Saúde

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

PA – Pronto Atendimento

REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

NIR – Núcleo de Regulação Interna

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

FMS – Fundação Municipal de Saúde

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

UTI – Unidade de Tratamento e Terapia Intensiva

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Quando I – Leitos do SUS no Brasil.....11

Quadro II – Leitos do SUS em Belo Horizonte.....11

Figura I – Organograma.....21

Figura II – Estrutura Física.....22

Figura III – Produção Média Mensal dos Serviço.....23

Quadro III – Quantitativo de Leitos Cirúrgicos por Especialidades.....24

Quadro IV – Quantitativo de Leitos Clínicos por Especialidade.....24

Quadro V – Quantitativo de Leitos Hospital Dia por Especialidades.....25

Quadro VI – Quantitativo de Leitos Obstétricos e Pediátricos por Especialidades.....25

Quadro VII – Quadro de Referenciamento Emergêncial.....28

Quadro VIII – Quadro de Referenciamento Ambulatorial Média Complexidade.....29

Quadro IX – Quadro de Referenciamento Ambulatorial Alta Complexidade.....29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO – TEMA E PROBLEMATIZAÇÃO.....10
2. REVISÃO DA LITERATURA.....13
3. JUSTIFICATIVA.....18
4. OBJETIVOS.....28
4.1 GERAL.....28
4.2 ESPECÍFICOS.....28
5. METODOLOGIA DE PESQUISA.....28
5.2. TECNICAS A SER UTILIZADAS.....28
6. RESULTADOS.....29
7. CONCLUSÃO.....34
REFEÊNCIAS.....35

1. INTRODUÇÃO

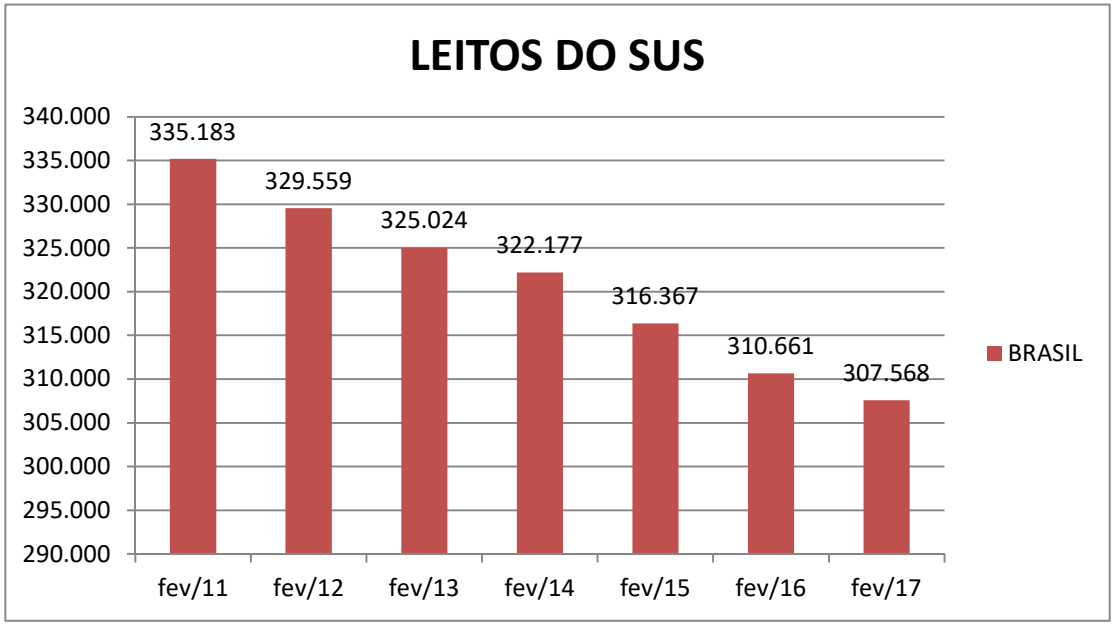
Um leito hospitalar é "a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço" (BRASIL, 2002). Os leitos hospitalares constituem recursos valiosos no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), e a redução no número de leitos em todo o país vem desafiando os gestores públicos a melhorarem a utilização dos leitos existentes, evitando ociosidade desnecessária e uso indevido. Assim, os estudos sobre gestão de leitos visam identificar problemas e/ou boas práticas que ajudem os hospitais no desenvolvimento dos serviços prestados e na otimização da utilização dos leitos. Em todos os processos em que há o envolvimento humano é possível prever falhas, e para diminuí-las é necessário um plano de ação constante, que garanta um aperfeiçoamento e treinamento contínuo de todo o corpo institucional. Um mapeamento que envolva o processo de gerenciamento de leito é essencial para localizar possíveis rupturas neste processo, pois tais rupturas contribuem para o aumento do tempo de espera por um leito hospitalar. O papel da gestão é essencial na estruturação e operacionalização de todos os leitos de um hospital. Assim, busco analisar de que forma se dá a gestão de leitos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

POR QUE ESTUDAR A GESTÃO DE LEITOS?

No decorrer do curso de graduação em Gestão Pública somos constantemente provocados a conhecer as políticas públicas, sua formulação, implementação e análise, assim como a gestão do bem público, tendo como base o Estado Democrático de Direitos. Aprendemos a importância das políticas para a sociedade, e que a avaliação e inovação são ferramentas fundamentais para que as políticas possam atingir seus objetivos. Com esta visão, após começar a trabalhar no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em ago./2015 comecei a observar as peculiaridades desse hospital (como a abrangência de especialidades e tratamentos oferecidos pelo complexo hospitalar, (conforme o Quadro II que veremos mais a frente) e a breve passagem pelo CTI Adulto (aproximadamente 08 meses trabalhando na secretaria administrativa daquela unidade despertou em mim o interesse de saber de que forma os leitos desse hospital eram disponibilizados para os usuários e como era feita a gestão deste recurso.

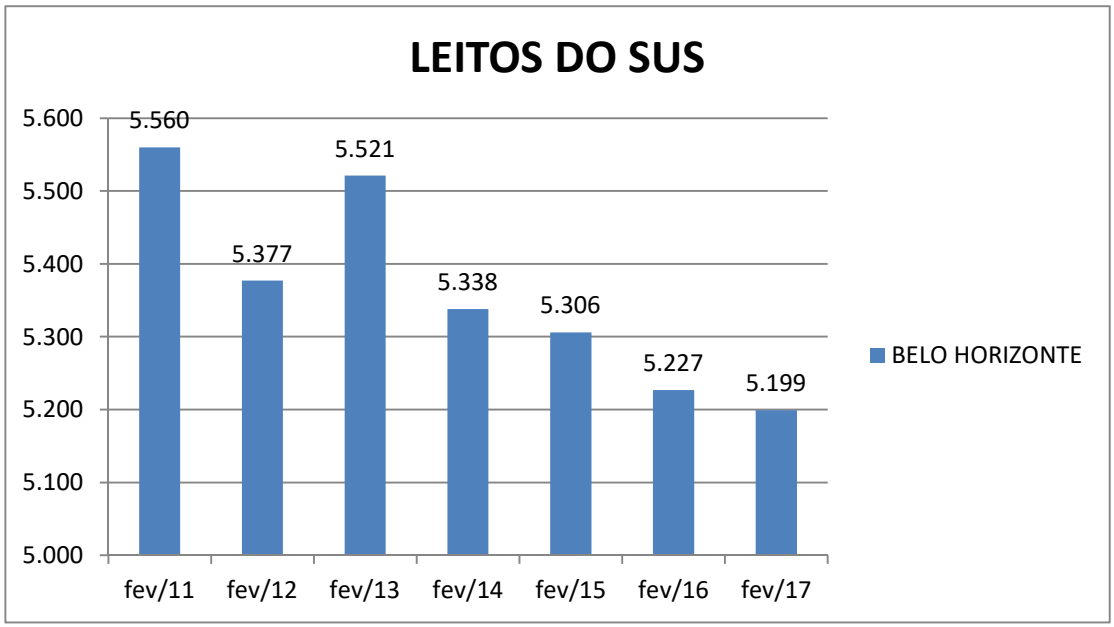
Um dos grandes gargalos do sistema de saúde brasileiro decorre da falta de leitos nos hospitais públicos. O Brasil conta com 438.234 mil leitos contabilizados na rede privada e no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um total de 302.966 mil leitos do SUS (Quadro 1) e 135.268 mil leitos particulares. Em Minas Gerais são 41.283 mil leitos contando rede privada e pública. O SUS conta com 27.734mil leitos, dos quais 5.299 estão localizados em Belo Horizonte (TABNET/DATASUS 2018).

Quadro I – Leitos do SUS no Brasil



FONTE: Ministério da Saúde - TabNet / DataSUS: 2018

Quadro II – Leitos do SUS em Belo Horizonte



FONTE: Ministério da Saúde - TabNet / DataSUS: 2018

(1) Ao verificar-se a maior oferta de leitos em fevereiro/2013, percebemos uma correlação entre o surto epidêmico de Dengue que tivemos em todo o estado nos anos de 2011, 2012 e 2013, o que impulsionou a provável reabertura de leitos outrora fechados.

Assim como em todo o Brasil, em Belo Horizonte a disponibilidade de leitos do SUS tem sofrido uma retração nos últimos anos. Dados do Ministério da Saúde (MS) apontam redução de 5.560 mil leitos em fevereiro de 2011 para – 5.199 leitos em fevereiro de 2017 (Quadro II).

Recomendações da Organização Mundial de Saúde determinam de 3 a 5 leitos para cada 1.000 mil habitantes. Estes parâmetros aplicados às estimativas populacionais de Belo Horizonte em 2017, que concentrava em seu território uma população total de 2.523.794 de habitantes (dados de estimativa da população mais recente disponibilizado pala Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), apontam uma média de 2,06 leitos para cada 1.000 mil habitantes considerando apenas os leitos do SUS, e de 3,54 leitos para cada 1.000 mil habitantes, se computados os leitos privados, atingindo assim o mínimo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A seguir apresentamos a matriz de cálculo

Número absoluto de leitos hospitalares disponibilizados para atendimento pelo SUS e atendimento Não SUS.

Número de leitos por 1.000 habitantes (Rede SUS): Número total de leitos hospitalares (SUS) X 1.000 / população residente na unidade federada.

Número de leitos por 1000 habitantes (Rede SUS + Particular): Número total de leitos hospitalares (SUS + Particular) X 1.000 / população residente na unidade federada.

Temos que:

$$X = \frac{(Sleitos \times 1.000)}{Tpopulação} = \ 2{,}06\ leitos/100\ mil\ habitantes$$

$$X = \frac{(Tleitos\ \times 1.000)}{Tpopulação} = 3{,}54\ leitos/100\ mil\ habitantes$$

Onde: *Sleitos = Total de leitos da rede SUS*

Tleitos = Total de leitos da rede SUS + leitos da rede Particular

Tpopulação = Total da população do município

Podemos assim, observar uma diminuição de 361 leitos da rede SUS desde Fevereiro/2011 até Fevereiro/2017. Essa redução somada à ineficiência das ocupações dos leitos gera um prejuízo enorme para a população, principalmente a mais vulnerável que depende integralmente da rede pública. A situação implica ainda em perdas para os próprios estabelecimentos, que por não ocuparem de forma eficiente seus leitos, perdem fontes de receitas, seja por perderem oportunidades de faturamento, seja por descumprimento de metas de produtividade acordadas com a gestão do SUS e consequentes perdas de incentivos repassados Ministério da Saúde (MS), particularmente nos hospitais universitários e de ensino.

As ineficiências na ocupação de um leito hospitalar decorrem de taxas de permanência desnecessariamente elevadas as quais decorrem da demora em se obter exames para esclarecimento do diagnóstico (incluindo interconsultas com especialistas) ou alta do paciente, cancelamento com adiamento de cirurgias, eventos adversos decorrentes da assistência (erros na administração de medicação, queda no leito, tratamentos incorretos, infecção hospitalar, ausência de insumos essenciais para o cuidado), assim como da não desocupação do leito pelo paciente, mesmo após alta pela equipe clínico-assistencial. Esta última situação resulta de abandono do paciente pela família no hospital, ausência ou atraso do transporte sanitário (quando necessário) para transferência do paciente para seu domicílio no município de origem, falta de suporte da rede quando da necessidade de recursos para a utilização no domicílio (oxigenoterapia, respiradores mecânicos, medicações diversas, hemodiálise ambulatorial etc.) de forma a permitir o retorno rápido ao domicílio, ou a ida para instituições hospitalares de menor complexidade ou de longa permanência (YOSHITO, 2016, SILVA, 2014)

2. REVISÃO DA LITERATURA

UMA VISÃO GERAL

A gestão de leitos no SUS constitui um dos grandes desafios para os hospitais. A rede SUS é constituída por hospitais públicos, Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), Unidades Básica de Saúde (UBS's), hospitais filantrópico e clínicas conveniados.

Em 1990, após os constituintes terem definido na nova Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6, que a saúde é um direito social, faltava a regulamentação de como o governo

iria atender a população, garantir a assistência imposta pela constituição e os mecanismos a serem utilizados para garantir esses direitos. Diferentemente do que foi estabelecido na CF 1988, a saúde nas constituições passadas, 1824, 1891, 1934, 1937, 1946 e 1967, sequer mencionavam a saúde como um papel do Estado (CF 1824 e CF 1891), e as que mencionavam, só reconheciam o direito à saúde aos trabalhadores formais. Contudo tais assistências iniciaram-se com as criações das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) na década de 20, regulamentadas pela Lei Eloy Chaves de 1923. Os CAPs eram criados por empresas e seus empregados a fim de garantir a seu corpo institucional aposentadorias e pensões em caso de morte. Em 1933, após uma suspensão por seis meses pelo então presidente da república Getúlio Vargas, foi criado os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que abrangiam todos os trabalhadores, pois eram vinculadas as categorias e não mais a uma empresa específica, e seus recursos proviam do governo, das empresas e dos empregados, sendo o governo responsável pela administração. Os IAPs, além de amparar um maior número de trabalhadores, garantiam também, os IAPs mais ricos, uma assistência á saúde aos seus participantes. (CARVALHO, J. M. – 2001). Na década de 70 houve uma nova formulação na política de saúde e assistência no Brasil, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em 1977, pela lei 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). Apesar das novas políticas, apenas os cidadãos que tinha carteira assinada (incluem-se os dependentes legais) e os que tinham condições de pagar pelos serviços tinham assistência à saúde, os demais dependiam de hospitais e instituições filantrópicas.

Com a elaboração da nova constituição, a CF 88, em seu título VIII, capítulo II, seção II, artigo 196, onde se universalizou o direito a saúde e tornou-se dever do Estado, fez com que, pelo menos na forma da lei, houvesse uma tutela do Estado a seus cidadãos garantindo-lhes o acesso à saúde sem condicionantes. Anteriormente a CF88 os serviços de saúde e assistenciais estavam restrito àqueles que possuíam vínculo empregatício formal (trabalhadores privados e públicos) ou os que tinham condições financeiras de pagar pela assistência. Wanderley Guilherme dos Santos, em seu livro: Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira (1979), ao introduzir o conceito de "cidadania regulada" para descrever a sociedade estratificada entre aqueles que eram reconhecidos como cidadãos por possuírem uma profissão regulamentada por lei, e que por este vínculo possuíam benefícios e assistências inerentes a sua profissão, e os demais indivíduos que não possuíam nenhum amparo legal, chama atenção para o tamanho da população que não possuía nenhum tipo de

assistência, ao qual faziam partes os desempregados, trabalhadores rurais, autônomos que não possuíam reconhecimento de suas profissões pelo governo. Após a CF 88 houve uma separação entre Assistência Social e Saúde, e uma universalização desses dois seguimentos. Em 19 de setembro de 1990, o então presidente Fernando Collor de Melo sancionou a Lei 8080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde. Nela ficaram estabelecidas as condições para promover, tratar e recuperar a saúde e a regulamentação da saúde no Brasil. Ela também prevê os estudos e avanços tecnológicos para melhorias dos sistemas de atendimento e tratamentos de seus usuários. Assim a saúde passou a ser para quem precisar e quando precisar e em todo o território nacional.

A gestão do SUS ocorre nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal conforme definido na Lei Orgânica de Saúde – Lei 8080 (BRAS IL, 1990) Sua gestão se dá principalmente pelo executivo federal, que através do MS juntamente com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que é composto por representantes dos governos federal, estadual, municipal e sociedade civil, traçam as diretrizes a serem pactuadas na área. O financiamento da política de saúde ocorre de forma tripartite (governo federal, estadual e municipal) e por força constitucional obriga os federados a um repasse e aporte mínimo para a saúde, sendo descrito da seguinte forma, segundo a Emenda Constitucional nº 29 e sua regulamentação pela Lei Complementar n.º 141 de 2012:

"Art. 5o A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual."

"Art. 6o Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios."

"Art. 7o Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea."b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal."

"Art. 8o O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal."

Neste contexto foram criadas algumas estruturas para a gestão do Sistema Único de Saúde. Uma delas é a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) que é composta de forma paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A CIT é reconhecida como uma inovação gerencial na política pública de saúde. Constituem-se como foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, fortalecem a governança, que é a capacidade planejar, formular, programar e cumprir as funções para qual a instituição se destina (PELUDO, A. 2013), nestes espaços e na responsabilização dos entes de modo que a tomada de decisão na gestão tenha transparência, buscando o acesso integral a assistência à Saúde. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, teve seu início marcado nos primeiros anos da década de 90, após promulgação da Constituição Federal (CF), quando da instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como um colegiado intergovernamental (SUS de A a Z).

Para atender as determinações da Lei 8.080, de 10 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como as recomendações da Resolução nº 02 do Conselho Nacional de Saúde e a necessidade de articulação e coordenação entre os gestores governamentais do SUS, foi instituída por meio da Portaria nº 1.180, de 22 de julho de 1991, a Comissão Técnica em âmbito nacional, posteriormente denominada Comissão Intergestores Tripartite. Atualmente, com a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, esse espaço de governança foi valorizado, pois o Decreto definiu que cabe às Comissões Intergestores pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, que permite a interlocução entre todas as instituições (Hospitais públicos, UPA's UBS's e conveniados) de forma a maximizar os serviços prestados a sociedade. Destaca-se ainda a publicação da Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, que acrescenta os Art. 14-A e 14-B à Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, que conferiu maior legitimidade às representações dos entes estaduais e municipais de saúde: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde(Conass), o Conselho Nacional de

Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), e as Comissões Intergestores, o que colabora efetivamente para o aprimoramento do pacto federativo, adequando às atribuições estabelecidas para estas comissões . No que se refere à organização e funcionamento da CIT, está se dá conforme seu regimento interno, publicado no Diário Oficial da União (DOU) por meio da Portaria Nº 2.686, de 16 de novembro de 2011, quanto à natureza, finalidade, responsabilidade, competências, organização e fluxos. Com as novas normas, mantêm-se a organização do Plenário, Câmara Técnica (CT-CIT) e Secretaria Técnica (ST-CIT). O Plenário é coordenado de forma tripartite e presidido mediante condução conjunta pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS, presidências do Conass e do Conasems, como estabelecido na Portaria GM/MS nº 567, de 28 de março de 2011. Reúne-se mensalmente para tomada de decisões por consenso, sendo formado paritariamente por 21 membros: sete representantes do Ministério da Saúde, quais sejam os titulares das Secretarias, sete representantes do Conass e sete do Conasems,

No que diz respeito à regulação dos recursos de atenção à saúde disponíveis no SUS, as diretrizes do Sistema Único de Saúde e a NOAS-SUS 01/2002 (Norma Operacional da Assistência à Saúde) que regulamentou as centrais de regulação regulam estes dispositivos que foram criados para organizar e coordenar as demandas por atendimentos e tratamentos, cirúrgicos ou não. A operacionalização dessas centrais é vinculada as comissões de regulação, que de acordo com as demandas de atendimento/tratamento do paciente e suas especificidades, irão encaminhar o paciente para um determinado hospital conveniado a rede SUS. Estas comissões são formadas por um corpo técnico de profissionais da área da saúde, definido pelo gestor municipal do SUS, que destinará conforme demanda e prioridade o melhor local para tratamento do paciente.

De um modo geral, um paciente que seja regulado para consulta médica especializada (eletiva) no HC-UFMG/Ebserh e que necessite de um tratamento cirúrgico qualquer ou clínico que exija internação deverá passar pela Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, a qual irá analisar o caso do paciente e o encaminhará para tratamento no próprio HC-UFMG/Ebserh ou em outro hospital da rede SUS em Belo Horizonte. Desta decisão o paciente pode participar expressando suas preferências, que se possível, serão atendidas.

As centrais de regulação são:

1. Central de Regulação de Consultas e Exames – Regula as consultas e exames ambulatoriais;

2. Central de Regulação de Urgência – Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência;

3. Central de Regulação de Internação/Leitos – Regula as internações hospitalares eletivas e urgência e emergência;

4. Central de Regulação de Alta Complexidade – Regula os procedimentos de Alta Complexidade.

No município de Belo Horizonte, a central de leitos operante é da prefeitura, que está ligada diretamente com a Secretaria Municipal de Saúde, a qual exerce a Gestão Plena do SUS conforme credenciamento e habilitação normatizada pela NOA-SUS 01/2002 (Norma Operacional da Assistência à Saúde), o que permite a transferência de recursos diretamente para a SMS/PBH. A Central de leitos tem por objetivo captar todas as demandas de leitos para os hospitais de BH, externas aos hospitais e que surgem no contexto dos atendimentos de urgência e emergência, tendo em toda a rede SUS hospitais referência conforme a especificidade do caso a ser atendido.

Já as demandas internas, no caso do HC a título de exemplo, decorrem de indicações cirúrgicas e tratamentos clínicos ocorridas nos ambulatórios. Estas demandas passam pelo Núcleo de Regulação Interna (NIR), do HC-UFMG/Ebserh, que é responsável pela reserva do leito para o dia indicado pelo médico para realização do procedimento cirúrgico e solicitação de autorização para que o mesmo ocorra. Reitere-se que mesmo se tratando de procedimentos provenientes de consultas eletivas, sua realização deve ser autorizada pelo SUS, principalmente quando se trata de procedimentos/tratamentos de alto custo quando uma comissão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que irá decidir quando e em qual unidade conveniada a rede SUS àquele paciente será tratado.

3. JUSTIFICATIVA

Com sua criação em 1928, o Hospital das Clínicas iniciou suas atividades com a construção do Hospital São Vicente de Paulo pela Sociedade São Vicente de Paula, sendo

transferido à Escola de Medicina em 1931, por ato de doação daquela Sociedade. No mesmo ano foi fundado o Hospital São Geraldo, que atua nas áreas de oftalmologia e otorrinolaringologia, também incorporado ao complexo. No início sua gestão era feita através do sistema Cátedras, do latim cathedra que significa "assento" ou "cadeira", onde cada especialidade ofertada nos hospitais era coordenada por professores catedráticos, conforme sua clínica, e detinham o poder organizacional sobre a composição de equipes modico-assistenciais e alunos, forma de atuação e tratamento de pacientes e execução orçamentária. Essa estrutura foi modificada em 1968 com a implementação do modelo departamental, apenas replicou o modelo catedrático, trazendo consigo as mesmas dificuldades de gestão devido à fragmentação organizacional. Somente em 1955 o conjunto dos hospitais São Vicente de Paulo, São Geraldo e Instituto Radium, este último fundado em 1922, passou a se denominar Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Em 1962 o prédio São Vicente de Paulo fora demolido para construção do então prédio principal, formado pelos blocos que constituem a HC-UFMG/Ebserh. Na mesma década de construção do prédio principal, o Hospital Borges da Costa (1967) e o Ambulatório Bias Fortes (1969), passaram a integrar o HC. Em 1976 o HC passou a ser composto pelo Pavilhão de Neurologia (atual anexo de Dermatologia), Pavilhão Carlos Chagas (atual anexo Carlos Chagas), Ambulatório Bias Fortes, Ambulatório Orestes Diniz, Ambulatório São Vicente, Hospital São Geraldo, Moradia Maria Guimarães e Hospital Borges da Costa (antigo Instituto Radium). Nesse mesmo ano o HC ganhou autonomia administrativa, passando a ser órgão autônomo da UFMG, não sendo mais vinculado à Faculdade de Medicina, e tendo sua direção nomeada pela reitoria da UFMG. Também em 1976 houve a formulação do Plano Diretor com implementação do Modelo de Cuidados Progressivos ao Paciente, modelo originado da Organização Pan-americana de Saúde e até então não utilizado em hospitais universitários. Em 1986 a UFMG, em seu Estatuto, definiu o Hospital das Clínicas como Órgão Suplementar ligado diretamente à Reitoria, sendo criada nesse mesmo ano a Vice-Diretoria do Hospital das Clínicas. No ano de 1992 o hospital teve seu primeiro seminário, com baixa participação dos docentes da Faculdade de Medicina, porém com uma grande adesão do público externo, como vereadores, deputados, secretários municipais e estaduais de saúde e professores de outras unidades acadêmicas da própria UFMG. Em 1996, após o agravamento da crise financeira com o fechamento de leitos e a demissão de um grande contingente de trabalhadores no ano de 1995, uma nova diretoria foi empossada e com a continuidade das dificuldades financeira houve uma aproximação da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte com o Hospital das Clínicas. Foi estabelecida uma parceria que permitiu a criação da Unidade de Pronto Atendimento (PA),

com transferências de recursos da Prefeitura para o hospital, para que se pudesse adequar os espaços físicos e adquirir equipamentos para manter a nova estrutura em pleno funcionamento. A implantação do PA teve um papel importantíssimo na reorganização e reestruturação do hospital, pois foi através dele que departamentos da Faculdade de Medicina começaram a engajar-se nas atividades do hospital o que fez com que a assistência e ensino evoluíssem, mesmo com alguns obstáculos gerados por alguns departamentos de ensino da medicina, que resistiam em não reconhecer o PA como unidade do hospital (COSTA et al, 2008).

Após um longo período de crise financeira e falta de investimentos, em 27 de janeiro de 2010, através do Decreto n° 7.082 o então presidente da república Luiz Inácio Lula da Silva instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que tem o objetivo a reestruturação e revitalização dos Hospitais Universitários dando-lhes condições materiais e institucionais para exercerem suas funções plenamente. Neste contexto foi criada em 15 de dezembro de 2011, através da Lei 12.550 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) que é a gestora do Programa REHUF e tem como objetivo principal a modernização da gestão nos Hospitais Universitários através de contrato firmado com as Universidades federais que optarem pelo Programa REHUF. Essa modernização de gestão veio com o aumento e reestruturação do corpo assistencial e administrativo dos hospitais, programas de treinamentos constantes, monitoramento constante para o cumprimento das metas pactuadas, entre outras ações afirmativas. E assim, em 12 de dezembro de 2013 a Universidade Federal de Minas Gerais firmou o Contrato de Gestão Especial Gratuita com a Ebserh.

A gestão dos leitos do Hospital das Clínicas da UFMG/Ebserh representa um grande desafio, uma vez que o hospital é referência em cuidados de média e alta complexidade, ofertando atendimentos de urgência e emergência clínicas, neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, transplantes (medula óssea, renal, cardíaco, hepático e córnea), oncologia clínica, cirurgia ortopédica, urológica, do aparelho digestivo, pediátrica, plástica, além de atendimentos clínicos em todas as especialidades pediátricas e de clínicas de adultos, maternidade, entre outros. O manual SUS de A a Z edição 2009 define a média complexidade como:

> A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da

> assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2009)

Já para a Alta complexidade o mesmo manual define:

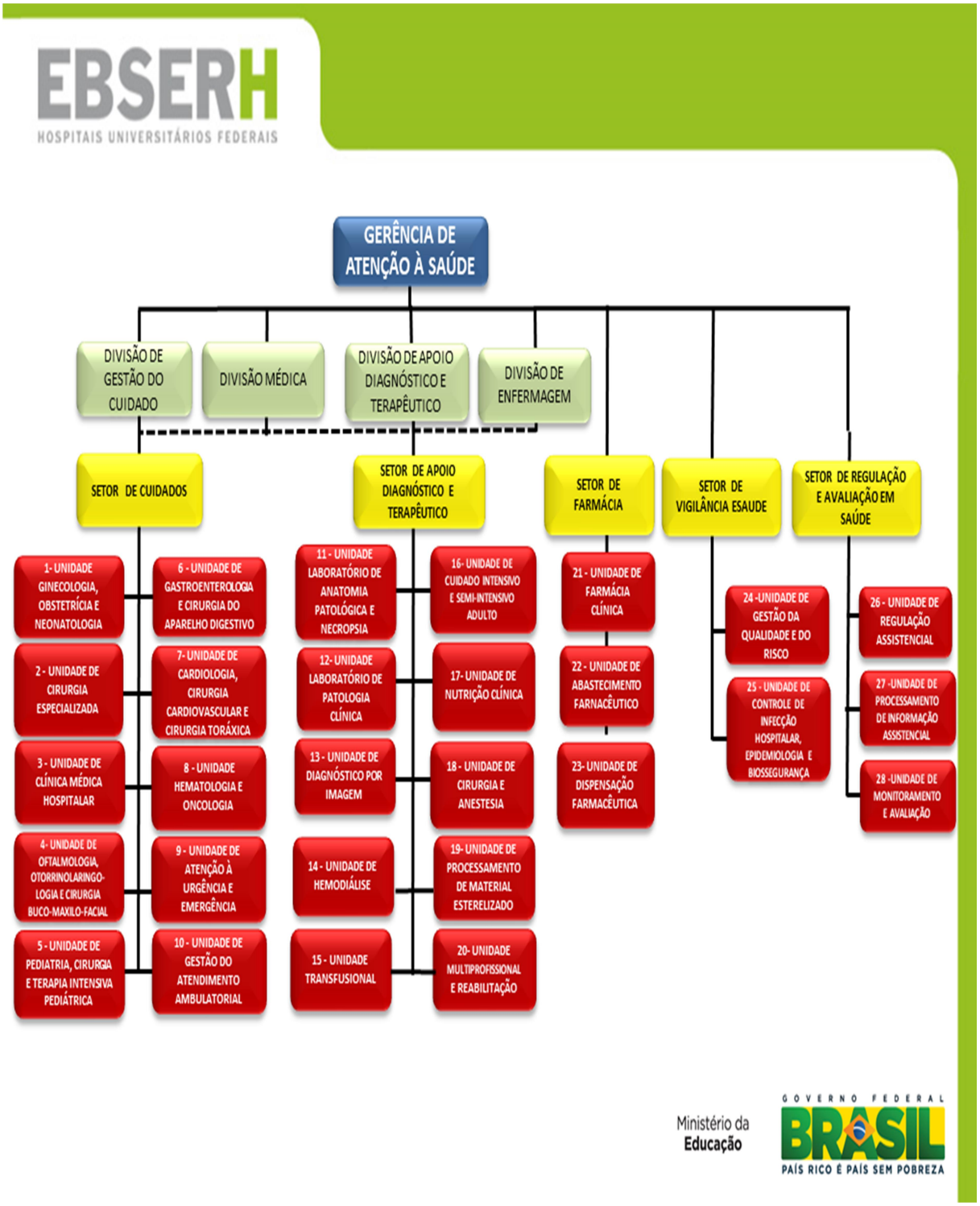
> Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em "redes", são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2009)

O hospital é 100% SUS tendo um papel fundamental nos cuidados à saúde da população de Belo Horizonte e região metropolitana. Ressalta-se, contudo que a instituição atende todo o estado de Minas Gerais, uma vez que 40% de seus atendimentos são de pacientes provenientes de municípios do interior. Seu organograma (Figura I), o mapa de infraestrutura física (Figura II) e o quadro de produtividade (Figura III) nos ajudam a entender o tamanho da instituição e a sua complexidade. Sem dúvida é um desafio para o gestor

administrar este complexo hospitalar, tendo que lançar mão de todas as ferramentas administrativas (Norma Operacionais, Planos de Trabalhos, Resoluções Internas, entre outras) para que o hospital sempre atenda a sua função, que é fornecer atendimentos e tratamentos de saúde à população.

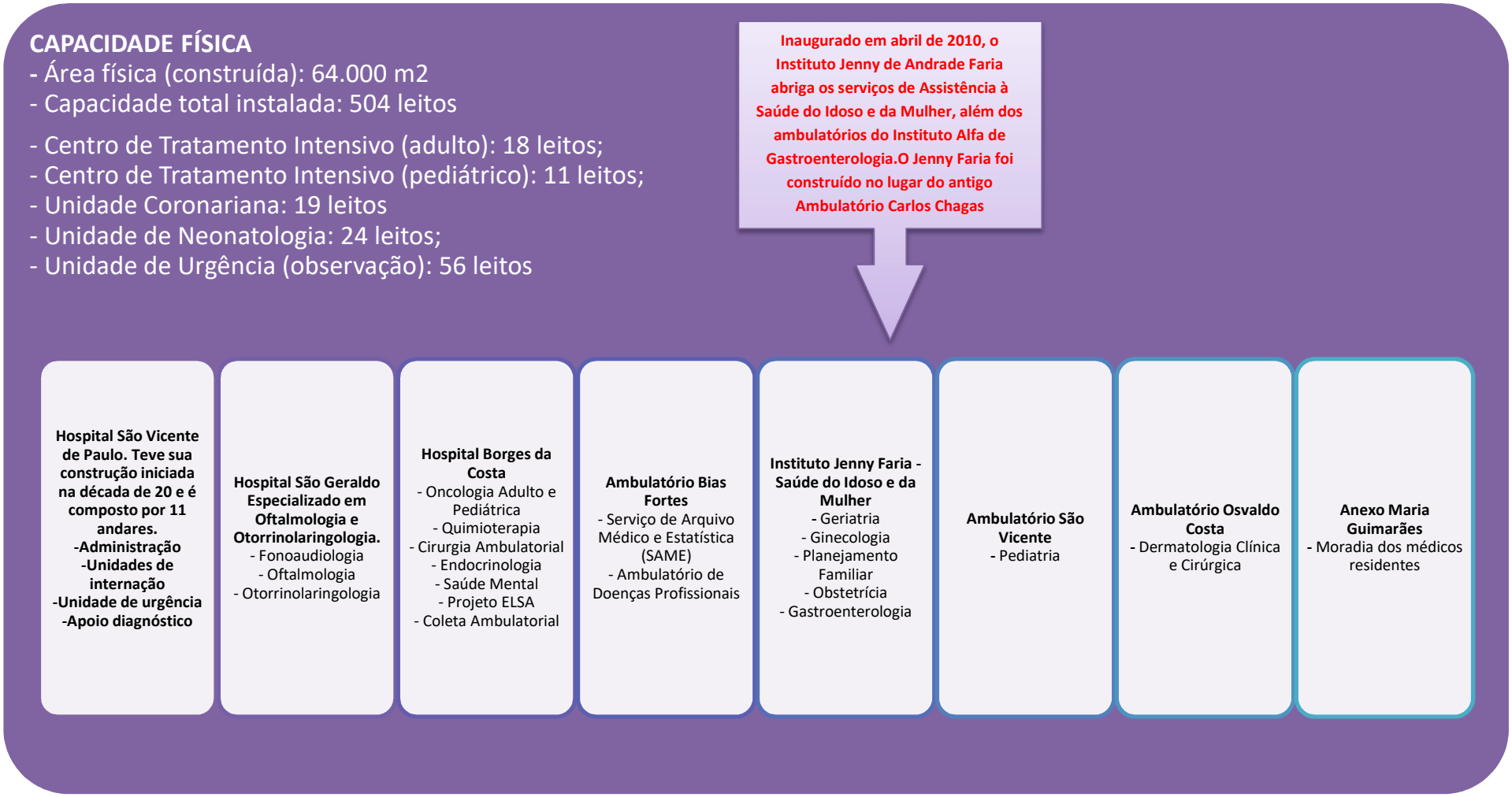
Notamos, com base no organograma (Figura I) que além de uma ampla estrutura assistencial há uma estrutura administrativa que busca a regulação do usuário para o seu pleno atendimento, além do monitoramento e avaliações constantes nos atendimentos aos usuários, nas ocupações de leitos do hospital, afim de que não só o HC-UFMG/Ebserh atinja suas metas pactuadas com a gestão municipal do SUS, mas possa ter uma constante evolução nas prestações de serviços de saúde a população.

Figura I - Organograma



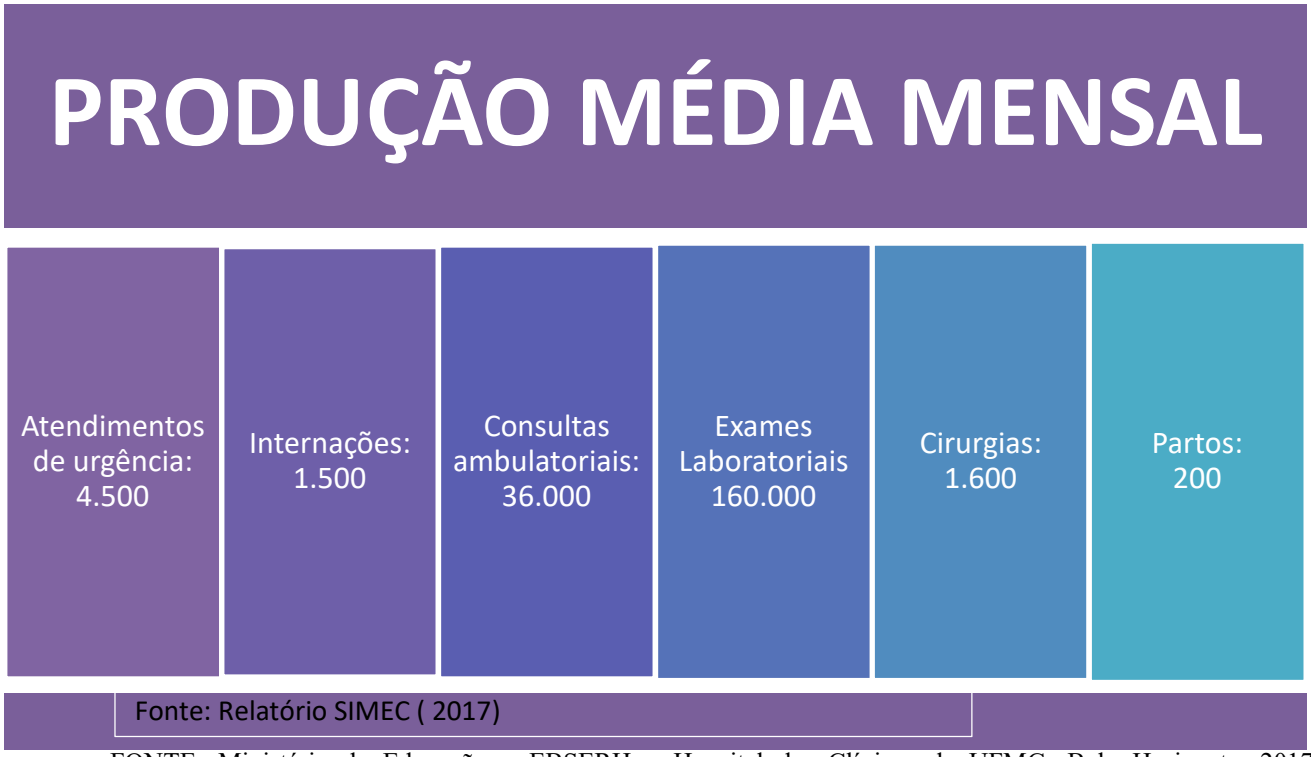
FONTE: Ministério da Educação – EBSERH – Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/organograma. Acessado em 24 de abril de 2018.

Figura II – Estrutura Física



FONTE: Ministério da Educação – EBSERH – Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/infraestrutura. Acessado em 24 de abril de 2018.

Figura III – Produção Média Mensal dos Serviço

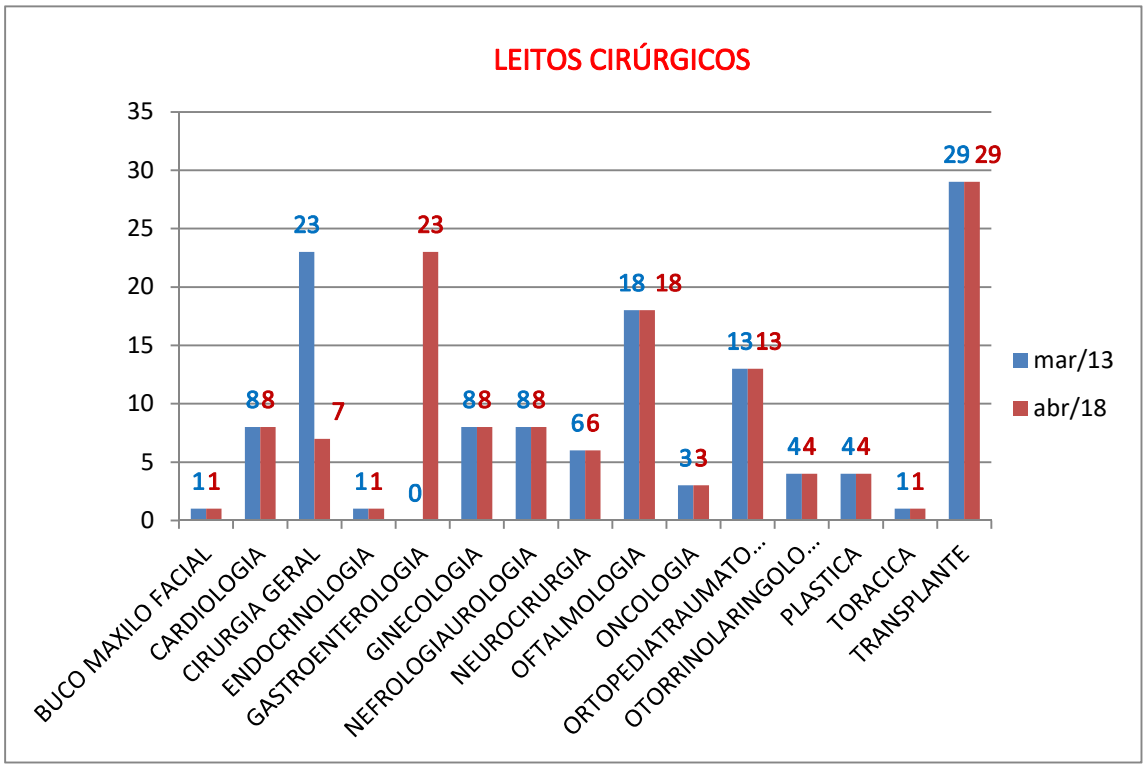


FONTE: Ministério da Educação – EBSERH – Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/infraestrutura. Acessado em 24 de abril de 2018

Uma estrutura tão grande e complexa deve ser gerida com grande dedicação e colaboração de todo corpo institucional, pois podemos visualizar sua estrutura como uma cadeia, em que unidades necessitam de outras para atingirem seus objetivos. Notamos desta forma que a visão organizacional do HC-UFMG/Ebserh, que é: "Ser reconhecido, em 2018, como hospital universitário de excelência"; preconiza-se no conhecimento, treinamento e evolução dos profissionais a fim de que seus clientes possam receber o melhor tratamento.

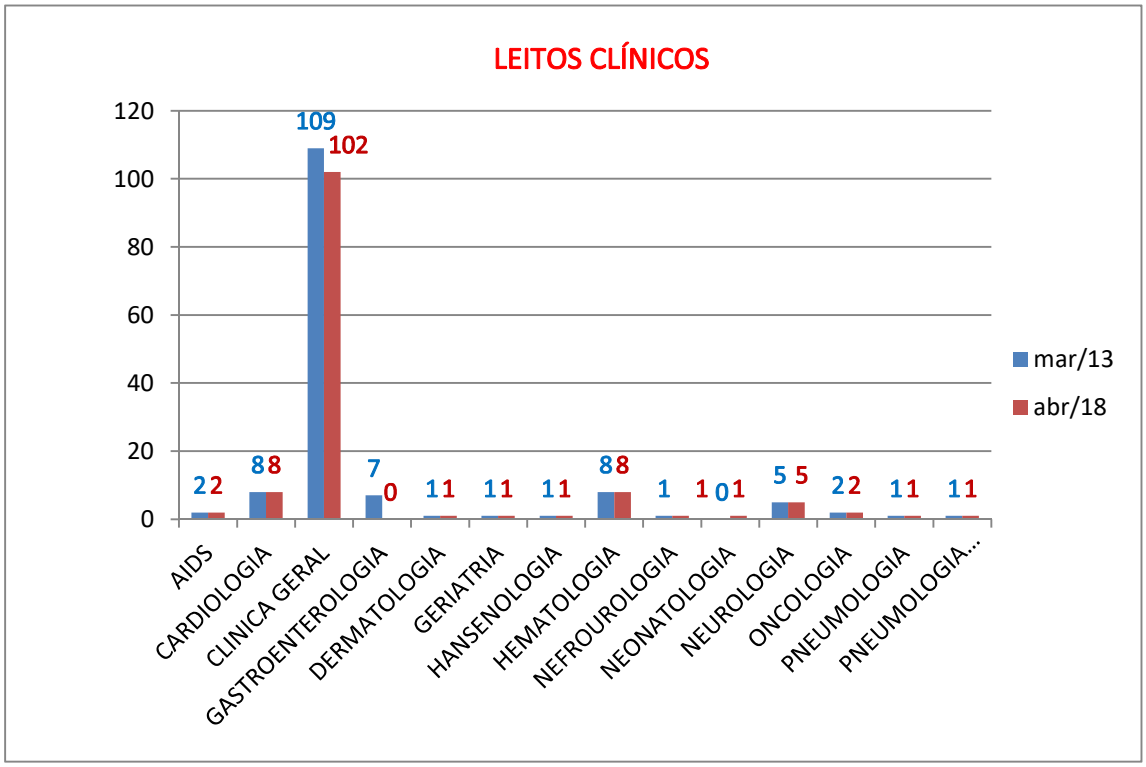
Levantamentos analíticos da estrutura de leitos no Hospital das Clínicas, através de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), entre os anos de 2013 a 2018, proporciona uma visão do tamanho da estrutura de leitos mostrando o quantitativo de leitos disponíveis por especialidades e o total geral de leitos no hospital. Estes levantamentos seguem abaixo dispostos em uma sequência de quatro gráficos (Quadro III, Quadro IV, Quadro V e Quadro VI) que também comparam a disponibilidade de leitos em março/2013 e abril/2018.

Quadro III – Quantitativo de Leitos Cirúrgicos por Especialidades



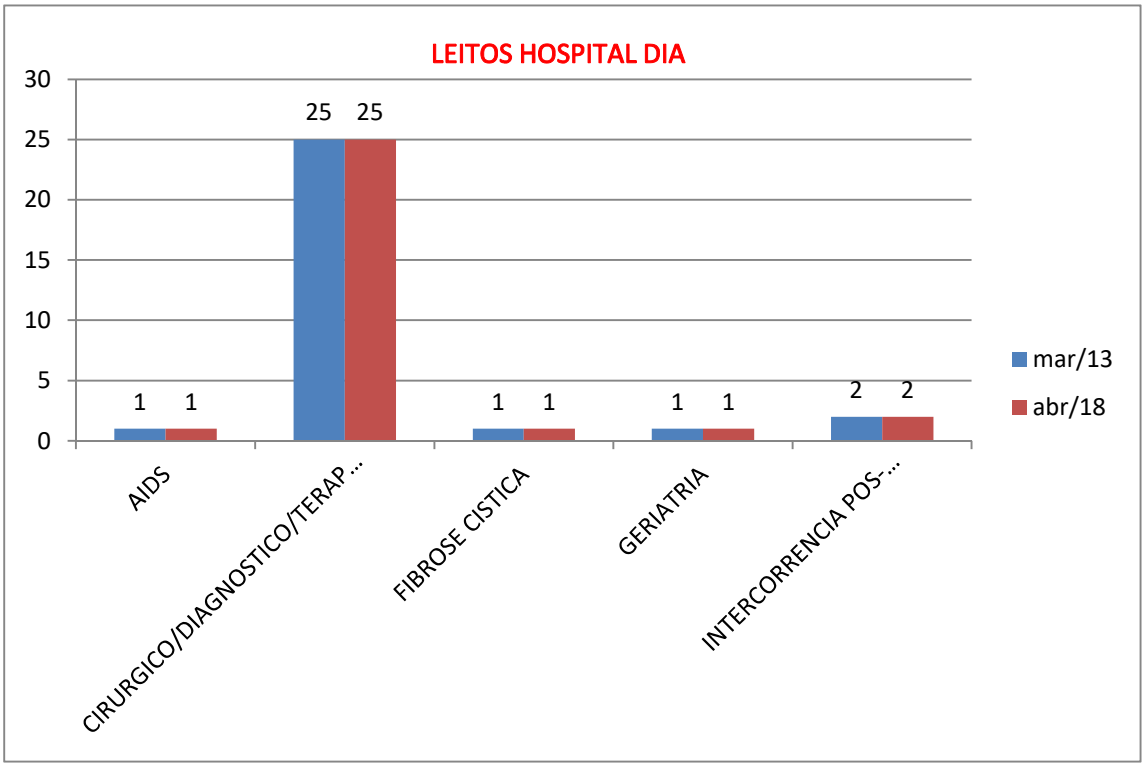
FONTE: Ministério da Saúde - TabNet / DataSUS 2018

Quadro IV – Quantitativo de Leitos Clínicos por Especialidade



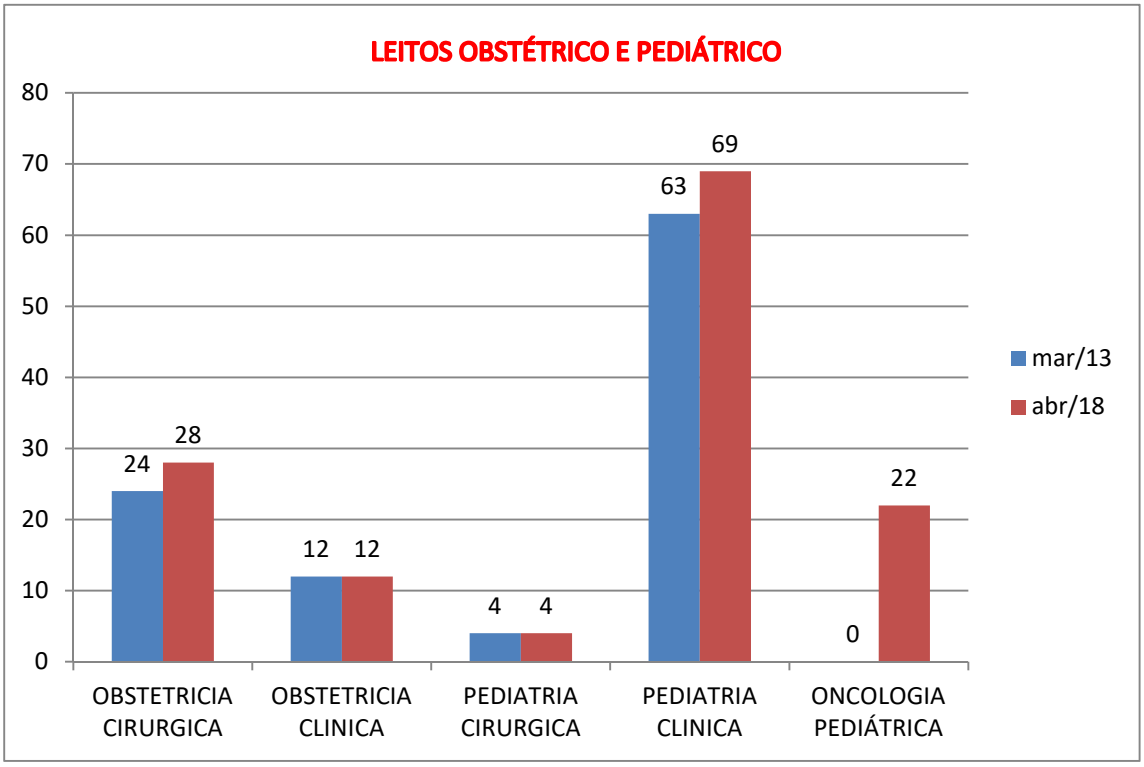
FONTE: Ministério da Saúde - TabNet / DataSUS: 2018

Quadro V – Quantitativo de Leitos Hospital Dia por Especialidades



FONTE: Ministério da Saúde - TabNet / DataSUS: 2018

Quadro VI – Quantitativo de Leitos Obstétricos e Pediátricos por Especialidades



FONTE: Ministério da Saúde - TabNet / DataSUS: 2018.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

O trabalho tem por objetivo descrever a gestão de leitos no âmbito do Hospital das Clínicas da UFMG/Ebserh, procurando entender de que forma se dão as ocupações, a definição das prioridades nas ocupações, e a disponibilidade desses leitos para os usuários do SUS, observada as normas, as contratualizações legais e pactuação com o gestor local do SUS.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Entender como o Núcleo Interno de Regulação (NIR) atua na gestão para suprir a demanda por leitos do HC-UFMG/Ebserh.

5. METODOLOGIA

O estudo realizou análises documentais de arquivos públicos da instituição, com coleta de dados em relatórios gerenciais, normas internas, documentos de contratualização do HC com o Sistema Único de Saúde e estatísticas institucionais e do SUS. Realizou ainda revisão bibliográfica sobre o tema e visita técnica ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do HC-UFMG/Ebserh.

5.1 TECNICAS UTILIZADAS

Buscou-se a análise de documentos públicos da instituição; bases de dados estatísticas do IBGE e DataSUS. Realizou-se ainda revisão da literatura sobre o tema, consulta a leis e normas do SUS, revisão das contratualizações e pactuação do HC-UFMG com a gestão do SUS em Belo Horizonte e visita Técnica ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do HC-UFMG/Ebserh.

6. RESULTADOS

Estudar o HC-UFMG/EBSERH e entender a estrutura gerencial dentro da perspectiva de gerenciamento de leitos é um grande desafio, e podemos notar isso pelos números da produção média mensal descrita na Figura III, na qual observamos que só o quantitativo das consultas ambulatórias mensal corresponde numericamente a mais do que 88,51% (por cento), aproximadamente, da população dos municípios mineiros, segundo as estimativas populacionais de 2018, ou seja, notamos que o HC-UFMG/Ebserh poderia atender mensalmente somente em consultas ambulatoriais a população inteira de qualquer um dos 755 municípios de Minas Gerais que possuem a sua população estimada em 2018 abaixo de 36 mil habitantes.

Ao concentrar o estudo no papel da gestão no gerenciamento de leitos para o paciente nos deparamos com uma estrutura regulatória muito grande que envolve não somente o HC-UFMG/Ebserh, mas todos os hospitais, instituições de saúde e os governos federal, estaduais e municipais que constituem a rede SUS. Como já mencionado, a gestão do SUS em Belo Horizonte é feita pela PBH através da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), na qualidade de Gestão Plena, que é a capacidade que o município possui de ofertar serviços de saúde e atender a sua própria demanada e a de outros municípios também, normatizada pela NOA-SUS 01/2002, o que permite contratualizar junto aos hospitais e instituições de saúde através de contratos, as referências de atendimentos e tratamentos para os usuários do SUS e permite assim as transferências dos recursos do Fundo Nacional da Saúde, do Fundo Estadual de Saúde e dos Fundos Municipais de Saúde diretamente à gestão superior dos hospitais e instituições de saúde da rede SUS.

No que concerne ao HC-UFMG/Ebserh e a contratualização com a SMSA/PBH há inúmeros requisitos que o hospital teve que se adequar ou manter para que essa pactuação pudesse ser construída e mantida, como podemos observar no Plano Operativo 2018-2020 assinado em 31 de outubro de 2018 entre HC-UFMG/Ebserh, representado pela Superintendente do hospital, e a SMSA, representado pelo Secretário Municipal de Saúde e Gestor do SUS-BH/FMS, que estabelece como metas entre outros pontos a manutenção das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, Revisão de Prontuários, Análise e Revisão de Óbitos, Farmácia e Terapêutica, Núcleo de Segurança do Paciente, Ética Profissional e de Ética em Pesquisa, e Residência Médica e Multiprofissional. O Plano Operativo também

estabelece que o HC-UFMG/Ebserh constituirá referência para atendimentos de urgências e emergências conforme relacionado no QuadroVII a seguir:

Quadro VII – Quadro de Referenciamento Emergêncial

SITUAÇÕES CLÍNICAS	REFERÊNCIAS
Síndrome Coronariana Aguda	UPA's, SAMU e CINT
Acidente Vascular Cerebral	UPA Leste, UPA Centro-sul, UPA Barreiro, SAMU e CINT
Choque de qualquer Etiologia (Adulto)	UPA Leste e UPA Centro-sul
Choque de qualquer Etiologia (Pediatria)	UPA Centro-sul, UPA Leste, SAMU e CINT
Distúrbios Hidroeletrolíticos Metabólicos Grave (Adulto)	UPA Centro-sul, UPA Leste, SAMU e CINT
Distúrbios Hidroeletrolíticos Metabólicos Grave (Pediatria)	UPA Centro-sul, UPA Leste, SAMU e CINT
Abdômen Agudo com indicação cirúrgica (Adulto)	UPA Centro-sul, UPA Leste, SAMU e CINT
Abdômen Agudo (Pediatria)	UPA Centro-sul, UPA Leste, SAMU e CINT
Emergências Oftalmológicas: Perfuração ocular, baixa visual aguda e hiperemia/dor ocular aguda.	UPA's, SAMU e CINT
Intercorrências clínicas em Transplante.	Usuários vinculados ao serviço.
Intercorrências clínicas em Nefrologia.	Usuários vinculados ao serviço.
Intercorrências clínicas em Oncologia.	Usuários vinculados ao serviço.
Intercorrências clínicas pós cirurgias.	Usuários vinculados ao serviço.
Obstetrícia	Distrito Noroeste, Pampulha, SAMU e CINT
Obstetrícia com risco materno.	Distrito Noroeste, Pampulha, SAMU e CINT
Urgências ginecológicas	UPA Centro-sul, UPA Leste, UPA Noroeste, SAMU e CINT

Fonte: HC-UFMG/Ebserh / Transparência / Contrato de Gestão / Plano Operativo 2018-2020.

Além dessas referências para atendimentos de urgência e emergência o HC-UFMG/Ebserh exerce grande protagonismo nos tratamentos clínicos e cirurgias eletivas de usuários que são encaminhados por diferentes UPA's e UBS de Belo Horizonte e região metropolitana, e outros usuários que fazem o Tratamento Fora do Domicílio (TFD). A Figura III, atesta isto ao mostrar que nos mostra, em média, 36 mil consulta eletivas por mês, 1.600 mil cirurgias/mês, 1.500 mil internações/mês. O hospital possui uma vasta gama de tratamentos ambulatoriais de média e alta complexidade ofertados aos usuários SUS e contratualizados com a SMS/PBH através do Plano Operacional 2018-2020, conforme os Quando VIII e IX a seguir:

Quadro VIII – Quadro de Referenciamento Ambulatorial Média Complexidade

QUADRO REFERENCIAL ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO
DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA
DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES
DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA
DIAGNÓSTICO POR TESTE RÁPIDO
FISIOTERAPIA
TRATAMENTOS CLÍNICOS (OUTRAS ESPECIALIDADES)
HEMOTERAPIA
TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS
TERAPIAS ESPECIALIZADAS
PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDO E MUCOSA
CIRURGIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO
CIRURGIAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO.
CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO
CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL.
CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR
CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO
CIRURGIA DA MAMA
CIRURGIA REPARADORA
BUCOMAXILOFACIAL
OUTRAS CIRURGIAS
ANESTESIOLOGIA
ÓRTESES, PRÓTESES, E MATERIAIS ESPECIAIS NÃO RELACIONADOS AO ATO CIRURGICO.

Fonte: HC-UFMG/Ebserh / Transparência / Contrato de Gestão / Plano Operativo 2018-2020.

Quadro IX – Quadro de Referenciamento Ambulatorial Alta Complexidade

QUADRO REFERENCIAL ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA
DIAGNÓSTICOS POR TOMOGRAFIA
DIAGNÓSTICOS POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES
TRATAMENTOS CLÍNICOS (OUTRAS ESPECIALIDADES)
TRATAMENTOS EM ONCOLOGIA
HEMOTERAPIA
CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL.

Fonte: HC-UFMG/Ebserh / Transparência / Contrato de Gestão / Plano Operativo 2018-2020.

Assim o HC-UFMG/Ebserh torna-se referência não apenas para as unidades do SUS de baixa e média complexidade de Belo Horizonte e região metropolitana, mas de inúmeros municípios que fazem parcerias com o gestor local do SUS para que seus munícipes sejam regulados e atendidos dentro da estrutura da rede SUS de Belo Horizonte, sendo boa parte desses atendimentos e tratamentos executados pelo HC-UFMG/Ebserh devido à abrangência de especialidades, infraestrutura e gerenciamento que permite suportar essa grande demanda.

No HC-UFMG/Ebserh há uma estrutura interna de regulação que gerencia todos os leitos do hospital, com exceção dos leitos de urgência, UTI's e pediatria que gerem suas demandas próprias por leitos, respeitando a legislação vigente, normas e protocolos assistenciais, além da pactuação com o SUS. O NIR (Núcleo de Regulação Interna) através da Unidade de Internação gere todos os demais leitos de internação do hospital. Essa gestão de leitos é feita de uma forma dinâmica, com atuação presente e constante da Unidade de Internação, que recebe as informações de leitos vagos e as solicitações de leitos, priorizando a destinação dos leitos para pacientes que receberam alta das unidades de tratamento intensivo (UTI's). A centralização da distribuição dos leitos visa a centralização das informações para um planejamento estratégico das distribuições das vagas. Esse é um trabalho diário e contínuo onde as informações precisam ser as mais fidedignas possíveis, pois a divisão dos leitos do HC-UFMG/Ebserh ocorre por clínicas ou por um conjunto de clínicas, por sexo e há alguns leitos de isolamentos que são disponibilizados aos pacientes com quadros infecciosos de grande transmissibilidade. Buscando com que essas informações sobre os leitos vagos sejam mais precisas há um trabalho desenvolvido pela Unidade de Internação que é de Busca Ativa de Leitos, que tem por objetivo averiguar as informações repassadas de leitos vagos com o objetivo de que não haja um bloqueio indevido de leito e que dentro das especificidades e respeitando o tratamento, saúde e segurança do paciente, possa ser disponibilizado um maior número de leitos possíveis. O processo de regulação é viabilizado por uma equipe composta por 78 pessoas e uma série de fluxos e de normas que disciplinam as ações desenvolvidas.

A gestão do hospital tem que trabalhar ativamente monitorando os processos e fluxos estabelecidos para que o maior número de leitos possa ser disponibilizado diariamente, pois esse giro de leitos está ligado diretamente com os repasses financeiros ao hospital e a disponibilização de serviço para o usuário também. Podemos notar esse giro de leitos como uma cadeia, por exemplo: Se um paciente internado no CTI Adulto, recebe alta para um leito clínico e esse leito clínico não é disponibilizado, ou pela lotação do hospital ou por ter leito

bloqueado, o hospital passa a receber remuneração referente a um leito normal, mesmo continuando o paciente a receber cuidados em regime de terapia intensiva, que são bem mais onerosos, ou seja, o hospital tem seus custos elevados para um paciente que não o exige mais. Já os usuários que aguardam em filas para cirurgias eletivas e que precisam de garantia de leito de CTI para que o procedimento cirúrgico seja realizado aguardam por mais tempo para realização do procedimento, o que pode implicar em agravamento do quadro clinico. Isso tudo somado, traz um prejuízo enorme para a sociedade em termos de tratamento de saúde e financeiro também, pois aquela equipe que estava cumprindo o seu labor não exerceu suas funções, mas houve o pagamento pelo dia de todos que ali estavam e estes recursos são provenientes de impostos por toda a sociedade.

Outro braço importante do NIR e o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), que é responsável pela guarda de todos os prontuários dos pacientes. O SAME trabalha continuamente revisando os prontuários através de auditores internos para que estes prontuários sejam disponibilizados aos supervisores do SUS, a fim de auditarem os procedimento e autorizarem ou não pagamento da conta hospitalar, considerando os tetos estabelecidos em tabela e a adesão aos procedimentos exigidos em normas e portarias do SUS para autorizar o pagamento, tais como apresentação de evidências de utilização de insumos como próteses, dispositivos, resultados de exames etc. O corpo de auditores internos verifica toda esta documentação antes de disponibilizá-la para os supervisores do SUS garantindo alinhamento a legislação e qualidade documental que permitirá rápida autorização de pagamento da conta e faturamento.

Podemos notar que o trabalho da gestão é um ciclo contínuo com observância de vários aspectos legais, contratuais e de fluxos e que todo o corpo institucional envolvido direta ou indiretamente no giro de leito tende a influenciar positivamente ou negativamente na disponibilização deste leito. Fazer com que os atores envolvidos neste processo se conscientizem do seu papel e entender a importância dessa dinâmica é fundamental para que os usuários do SUS tenham a disponibilização dos serviços não somente quando precisarem, mas se precisarem também.

Ressalta-se ainda que a regulação constitui um dispositivo importante em todo o sistema de saúde, não apenas para garantir mais eficiência na distribuição e utilização dos leitos hospitalares, mas também a garantia de equidade e impessoalidade no acesso ao recurso de internação por meio do emprego de regras claras e transparentes. Ou seja, distribuição e

acesso aos leitos se fazem de forma a priorizar o acesso daqueles que mais necessitam, evitando-se critérios clientelistas de acesso ao recurso público, que se daria da apropriação da estrutura institucional pelo profissional, para beneficiar um usuário ou um grupo de usuários, fazendo com que os mesmos possam passar por consultas ou procedimentos sem que estes obedeçam a ordem de prioridade e de fila.

Assim, percebemos que, com uma maior demanda por leitos e em contramão a diminuição deles, o gestor público preocupou-se em articular e integrar toda a rede de atenção a saúde otimizando os recursos físicos, financeiros e humanos para permitir o acesso à saúde dos usuários do SUS. Essa prática de gestão de redes em saúde possibilitou uma descentralização dos recursos e uma maior coordenação e cooperação entre os agentes envolvidos.

7. **CONCLUSÃO**

Ao estudarmos a gestão de leitos no HC-UFMG/Ebserh, podemos perceber um trabalho contínuo do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde para atender as contratualizações estabelecidas no Plano Operacional, através das suas Unidades Gerenciais. Há um monitoramento constante para que o usuário possa estar acessar de forma legal (regulado perante o sistema SUS) os leitos do HC-UFMG, a fim de que não haja descontinuidade ou interrupção em seu tratamento. Há também um trabalho contínuo da gestão, a fim de se combater práticas estranhas à regulação, como por exemplo: internar o paciente através do Pronto Atendimento, simulando uma urgência, para que ele faça uma cirurgia, sendo que este paciente não é um caso emergencial. Essa possível prática além de burlar uma ordem de prioridade para cirurgias e tratamentos eletivos, traz prejuízos de cunho monetário para o hospital, pois os supervisores do SUS ao auditarem o prontuário daquele paciente que foi atendido indevidamente, pois seu fluxo regulatório seria via eletiva e não emergencial, não autorizarão o pagamento desta conta hospitalar.

Percebi que as práticas utilizadas para a busca de leitos vagos, apesar de realizadas por telefone e confirmadas pela busca ativa de leitos, através de visita aos leitos para confirmação, poderia ser melhorada com a implementação de tecnologias que aprimorariam esta gestão. Na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS a implementação do programa informação assistencial chamado TASY, módulo de Gestão de Vagas, contribuiu para redução do tempo de espera por leito, melhorando o quadro de ocupação dos leitos, melhorando suas ocupações

e trazendo maior economia e maior receita para a instituição. Tais ferramentas, para o Hospital das Clínicas da UFMG/Ebserh, possibilitariam conhecer em tempo real a situação e acompanhar o status dos leitos, proporcionando um maior controle e melhores resultados para o hospital.

Para além da introdução de novas tecnologias no auxílio da gestão de leitos, pude perceber que a gestão desenvolve um trabalho contínuo de monitoramento e avaliação das ações empregadas a fim de proporcionar o melhor atendimento aos usuários. Há também um grande comprometimento dos profissionais envolvidos neste ciclo de leitos.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. C. O futuro dos hospitais e a gestão de qualidade. Revista Paulista de Hospitais V. 40, p. 53-59, 1992

BRASIL – Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Estatísticas–Sociais–População–Tabelas 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=22367&t=resultados. Acessado em novembro/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002

COSTA, M. A.; MOTA, J. A. C.; FIGUEIREDO, Ricardo Castanheira Pimenta . Hospital das Clinicas da UFMG: da origem como hospital de ensino á inserção no Sistema Único de Saúde. Revista Médica de Minas Gerais, v. 13, p. 212-219, 2008.

COUTO, C. R.; PEDROSA, G. M. T. Hospital acreditação e gestão em saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2007

Governo do Estado da Bahia – Secretaria Estadual de Saúde: Módulo de regulação de saúde. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/arquivos/modulo_de_Regulacao_20.01.12.pdf. Acesso em: 10 de set. 2016.

Hospital Santa Isabel. Melhores Práticas: Disponível em: http://www.hsi.org.br/galeria/assessoria-imprensa/midia/ATT00046.pdf. Acesso em: 11 de set. 2017.

http://www.sindihospa.com.br/jornadahotelaria2014/palestras/MELISSACANDIDO.pdf

MALIK, M.A; NETO, V. G. Gestão em Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

Ministério da Educação – EBSERH – Gerência de Atenção à Saúde – Relatório Final de Dimensionamento do HC/UFMG, Brasília, Março/2013. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/101855/UFMG_DIMENSIONAMENTO_SERVIOS_GAS_GEP_FINAL080313.pdf/6fd81bde-8524-4412-8729-0844e8e171fa. Acesso em 12 de fev. 2017.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – EBSERH – Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, Agosto/2016. Disponível em: http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/organograma. Acessado em 24 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – UFMG – Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, Agosto/2016. Disponível em: https://ufmg.br/comunicacao/noticias/hospital-das-clinicas-completa-90-anos. Acesso em 30 de set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - TabNet / DataSUS: Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def. Acesso em: 11 de jan. 2017.

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). Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em 10 de set. 2016.

BRASIL Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm, Acesso em 05 de set. 2017.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos, Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira, Rio de Janeiro, Ed. Campos, 1979,

SILVA, S A da et al. Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino. *Rev. Saúde Pública*, Abr 2014, vol.48, no.2, p.314-321

Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre – Melissa Cândido – Palestra:

YOSHITO AF Pacientes de alta que permanecem dentro do hospital: quem são e por que permanecem? (Dissertação de Mestrado) Fundação Getúlio Vargas -Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2016 61p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - PORTARIA Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html Acessado em 17 de dez. 2018.

Fleury S, Ouverney AM. GESTÃO DE REDES: A ESTRATÉGIA DE REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – O SUS de A a Z. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acessado em 18 de dez. 2018.