

ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DO AMBIENTE INTERNO NO GERENCIAMENTO DE LEITOS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES PRIVADAS: APLICAÇÃO DO SOFTWARE NVIVO

ANALYSIS OF INTERNAL ENVIRONMENTAL VARIABLES IN BED MANAGEMENT IN PRIVATE HOSPITAL ORGANIZATIONS: APPLICATION OF NVIVO SOFTWARE

ANÁLISIS DE LAS VARIAS DEL MEDIO AMBIENTE INTERNO EN LA GESTIÓN DE LECTOS EN ORGANIZACIONES HOSPITALES PRIVADAS: APLICACIÓN DEL SOFTWARE NVIVO

Claudia Raffa

Centro Universitário São Camilo (SP)
clau197018@gmail.com

Ana Maria Malik

Fundação Getulio Vargas de São Paulo (FGV-SP)
ana.malik@fgv.br

Luis Hernan Contreras Pinochet

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
luis.hernan@unifesp.br

RESUMO

Este trabalho objetiva identificar variáveis relacionadas ao ambiente interno relevantes no gerenciamento de leitos em organizações hospitalares. O tipo do estudo foi exploratório com abordagem qualitativa e os dados foram analisados pelo método da análise de conteúdo com o apoio do software NVivo II Pro. Como resultado, verificou-se que a gestão de leitos envolve processos estratégicos e para sua gestão são necessários conhecimentos que vão além das rotinas administrativas, justificando a necessidade de capacitação da equipe, bem como o investimento em infraestrutura e pessoal. Neste estudo, identificou-se que melhores indicadores (menor tempo médio de permanência, maior índice de giro e menor índice de intervalo de substituição) estão associados a modernas práticas de gestão, bem como ao apoio da tecnologia. Conclui-se que na saúde a solicitação de leitos deve ser considerada um processo estratégico, devendo ser redesenhado, se necessário para garantir o suporte para o alcance das estratégias organizacionais.

Palavras-chave: Gestão de Leitos; Hospitais; Processos.

ABSTRACT

This study aims to identify variables related to the internal environment relevant to bed management in hospital organizations. One of the critical processes that hospitals have experienced is bed management. The type of the study was exploratory with a qualitative approach and the data were analyzed by the content analysis method with the support of the software NVivo II Pro. Thus, it was found that bed management involves strategic processes and for these management, knowledge is needed that go beyond administrative routines, justifying the need for staff training, as well as investment in infrastructure and personnel. In this study, it was confirmed that the most productive hospital was the one with the shortest average length of stay, the highest turnover rate and the lowest replacement interval index. It is concluded that in health the request of beds should be considered a strategic process, and should be redesigned, if necessary to guarantee support for the reach of organizational strategies.

Key words: Hospital Beds; Hospitals; Processes.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es identificar variables relacionadas al ambiente interno relevantes en la gestión de lechos en organizaciones hospitalarias. El tipo del estudio fue exploratorio con enfoque cualitativo y los datos fueron analizados por el método del análisis de contenido con el apoyo del software NVivo II Pro. Como resultado, se verificó que la gestión de lechos involucra procesos estratégicos y para su gestión son necesarios conocimientos que van más allá de las rutinas administrativas, justificando la necesidad de capacitación del equipo, así como la inversión en infraestructura y personal. En esta investigación se identificó que mejores indicadores (menor tiempo medio de permanencia, mayor índice de giro y menor índice de intervalo de sustitución) están asociados a modernas prácticas de gestión, así como al apoyo de la tecnología. Se concluye que en la salud la solicitud de camas debe ser considerada un proceso estratégico, debiendo ser rediseñado, si es necesario para garantizar el soporte para el alcance de las estrategias organizacionales.

Palabras clave: Gestión de Lechos; Hospitales; Procesos.

INTRODUÇÃO

Em serviços de saúde, eficiência pode ser definida como a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Uma organização hospitalar pode ser considerada alocativamente eficiente quando o conjunto de entradas (*inputs*) alcança a possibilidade de minimizar os custos, conforme os recursos ou insumos utilizados, ou quando o conjunto de saídas for aquele que consegue

maximizar as receitas, dados os preços das saídas (O'NEILL *et al.*, 2008; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Assim, para o presente estudo, adotou-se o conceito de eficiência vista como a produção da quantidade máxima de saídas (*outputs*) para determinado nível fixo de entradas (*inputs*).

Além disso, a ineficiência pode ser observada segundo o exemplo citado por Cunningham e Sammut (2012), ao afirmarem que o *Metropolitan* Australia (hospital para atendimento de pacientes com problemas agudos de saúde) enfrentava uma grave escassez de leitos e, para minimizar este problema, buscou-se requerer maior planejamento e controle dos leitos existentes. Em outro contexto, o *National Health Service (NHS)* encontra-se cada vez mais criticado pela falta de leitos, o que ocasiona atrasos nas internações eletivas e longas filas de espera (HENDY *et al.*, 2013).

Frente ao exposto, nota-se que os hospitais estão perdendo a sua capacidade de flexibilidade a ponto de se manterem à margem para eventos não planejados tais como as internações advindas dos serviços de pronto-socorro, por exemplo (SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING, 2010, STATISTISKA CENTRALBYRAN, 2014).

Diante disso, a primeira premissa deste estudo pressupõe que a eficiência relacionada à gestão de leitos não está sendo alcançada. Conforme afirma Bittar e Olimpo (2000), a eficiência no atendimento à saúde presente em uma instituição complexa requer a implantação de instrumentos de gestão organizacional capazes de organizar e padronizar os processos de trabalho.

Tem-se que o termo “Gestão de Leitos” ou “*Bed Management*” em inglês é sinônimo de habilidade, ou seja, compreende a capacidade de acomodar pacientes provenientes do Serviço de Urgência e Emergência, sem comprometer a demanda eletiva (internações programadas) (NATIONAL AUDIT OFFICE, 2010). Para tratar do assunto gerenciamento de leitos, insta-se, nesse momento, a necessidade de esclarecer que esse trabalho de gestão envolve, desde o desenvolvimento de sistemas de informação, até o monitoramento e planejamento da ocupação hospitalar, seguido da elaboração de processos operacionais de admissão e alta, considerados parte importante do planejamento da capacidade operacional (FARIA *et al.*, 2010).

Estudo realizado por Claret *et al.* (2015) viabilizou um levantamento de vários cenários simulados correspondentes a diferentes políticas de gestão de leitos, todavia aquele que deu prioridade às admissões eletivas foi capaz de apresentar melhores resultados, haja vista o adiamento de intervenções cirúrgicas programadas e que não foi considerado um procedimento eficiente a ponto de solucionar a superlotação hospitalar. Assim, a segunda premissa propõe que os hospitais encontrem oportunidades de melhorias no planejamento da ocupação dos leitos, pois ao alterar a política de gestão desse setor, será possível alcançar a melhora no fluxo de pacientes.

Considerando que os Sistemas de Informação (SI) permitem coletar, armazenar, recuperar e disseminar informações para fins específicos, a organização de saúde busca apoiar-se na qualidade das funções operacionais, gerenciais e de tomada de decisão (GÜRSEL, 2014). Quanto à terceira premissa, pretende-se tratar da realidade brasileira ao trazer à tona que a maioria dos hospitais não possui sistemas de informação adequados a ponto de conseguirem atender às necessidades advindas do processo de gestão de leitos.

Considerando o exposto nesta contextualização, surgem variáveis que podem interferir na eficiência de oferta de leitos hospitalares. Nesse sentido, o objetivo geral desta pesquisa busca identificar as variáveis relacionadas ao ambiente interno tais como as práticas de gerenciamento de recursos, características estruturais da prestação de serviços e processos, ciente de que todos são considerados relevantes para o gerenciamento de leitos em organizações hospitalares.

O artigo está estruturado em introdução; referencial teórico, que abrange os temas que embasaram conceitualmente este estudo; procedimentos metodológicos; apresentação da análise dos dados; e por fim, as conclusões e considerações finais.

REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção apresenta as abordagens teóricas que nortearam esta pesquisa e que envolveram os processos e a estratégia organizacional nos hospitais e a importância da gestão de leito hospitalar.

Processos e estratégia organizacional nos hospitais

Os hospitais têm adotado o modelo tradicional de organização com uma visão fragmentada, e conseqüentemente, traz vários problemas, dentre eles a dificuldade de integração entre as unidades salientando a apresentação de problemas de coordenação que, ao envolverem mais de uma área, tornam-se complexos, dada a existência de lacunas ou sobreposições nas atividades executadas; problemas de comunicação; até mesmo a busca de objetivos dissociados pode não contribuir com o alcance de bons resultados em processos de atendimento (RAMOS; MAIYAKE, 2010; QUEIROZ; ALBUQUERQUE; MALIK, 2013).

O elevado grau de variabilidade nos serviços de saúde tais como os diferentes graus de complexidade e durações de tratamentos, acabam por interferir e inviabilizar a normalização completa de processos. Frente ao exposto, considera-se um desafio integrar os fluxos estabelecendo uma conscientização sobre a necessidade de processos mais ágeis, a fim de responder rapidamente às mudanças na demanda de pacientes, o que viabilizará possibilidades de uma inovação proativa (ARONSSON; ABRAHAMSSON; SPENS, 2011). Pode-se tomar como exemplo o mapa estratégico de uma organização hospitalar focada em compreender como a melhoria de processos pode ser uma alternativa capaz de aumentar a eficiência na oferta de serviços hospitalares.

O processo decisório dos gestores da saúde, especialmente na programação assistencial, com ênfase no cuidado hospitalar, precisa definir parâmetros, indicadores e ferramentas que venham subsidiar uma prática estruturada de planejamento e programação. A partir desses elementos, os dirigentes podem balizar a tomada de providências alinhadas ao modo mais adequado ao cenário real com foco em minimizar custos e otimizar resultados (RADNOR; WALLEY, 2008; PESSOA *et al.*, 2012).

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

No Brasil, alguns estudos sugerem uma conscientização crescente sobre a importância do uso de indicadores de produtividade (BITTAR; OLIMPO, 1996; BITTAR; OLIMPO, 2000) e qualidade, cujo foco é alcançar a melhoria do desempenho de processos hospitalares. Estudos realizados por Souza, Taylor e Rocha (2016) trazem à tona que os programas de acreditação e qualidade apresentam impacto positivo nos serviços de saúde, entretanto alguns desafios ainda permanecem presentes nessa iniciativa. Dentre eles, identificaram-se os custos econômicos e financeiros, enraizados na implantação desses programas; o estresse que se instala junto aos funcionários de uma organização; a inexistência de uma metodologia que promova a escolha de padrões e indicadores capazes de permitir uma avaliação mais eficaz, referente ao desempenho dos serviços hospitalares; além da iniciativa que carece de indicadores e parâmetros legais, assunto a ser tratado na sequência.

A importância da gestão do leito hospitalar

O hospital é um dos serviços em saúde capaz de prestar assistência preventiva e curativa à população, todavia um dos fatores de grande importância para que esta prestação de serviços aconteça é o serviço de gestão de leitos, responsável por realizar internações e altas de paciente numa organização hospitalar. Os gerentes precisam realizar previsões adequadas com base em informações atualizadas sobre internações e saídas de pacientes (PAN; POKHAREL, 2007). Muito embora a decisão de alta deva ser predominantemente uma decisão clínica, podem haver fatores não-clínicos que influenciam a tomada de decisão, além de preferências das equipes médicas e de familiares (BRYAN; GAGE; GILBERT, 2006).

O impacto dos atrasos na alta hospitalar, ocasionados por fatores não clínicos, tem impacto significativo sobre a eficiência que interferem nos custos, qualidade e adequação dos cuidados e, por isto, têm atraído a atenção internacional (GODDEN; MCCOY; POLLOCK, 2009; SCHLAIRET, 2014). Um estudo desenvolvido por Wong *et al.* (2009) investigou o efeito dos fins de semana e feriados nas taxas de alta, uma vez que essas datas têm sido fonte de ineficiência hospitalar (FACUNDIN, 2007; ZAFAR *et al.*, 2007; JASINARACHCHI *et al.*, 2009; PERROCA; JERICÓ; FARIA *et al.*, 2010).

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

Com relação à gestão de leitos, segundo Jones (2009), o ideal para um atendimento com qualidade e para uma adequada gestão corresponde a uma ocupação média máxima que não deve superar 85%, alinhada a uma média de permanência equivalente entre 3 a 5 dias nos hospitais gerais (SALAS, 2013). Diante disso, as altas com atraso podem expor o paciente a riscos de infecção hospitalar, além de outras consequências. A correção destes atrasos proporcionaria a redução de custos e a melhoria da qualidade de atendimento. Como a variação e os atrasos, neste processo, podem criar pontos de estrangulamento que, em última análise, acabam por atrasar novas admissões, por este motivo, o processo de alta tem recebido especial atenção da gestão organizacional (WONG *et al.*, 2009; HENDY *et al.*, 2013).

De acordo com Falcão, Repetto e Gelonesi (2015) algumas medidas podem ser colocadas em prática, a fim de que seja possível implantar uma adequada gestão de leitos em instituições de saúde, considerando o perfil da instituição e suas condições. Outro fator a ser considerado prioridade é a definição de processos nos serviços de urgência e emergência, pois, além de constituírem importante componente da assistência à saúde no Brasil, quando devidamente organizados, são capazes de auxiliar na rapidez da internação do paciente (SOUZA *et al.*, 2011).

A revisão de literatura (acadêmica e profissional) permitiu constatar que a ineficiência na saúde possui como consequência a dificuldade de acesso ao sistema, tempo de espera para consultas, tempo de espera nos serviços de emergência, falhas estruturais caracterizadas pela falta de leitos, falhas de gestão identificadas por lacunas na previsão de leitos, no que tange à internação de emergência, falha na análise de sazonalidade, falhas de comunicação entre a equipe multiprofissional, na previsão de alta e na alta tardia (JONES, 2009, TURNER *et al.*, 2013, ALAMO *et al.*, 2013; SCHLAIRET, 2014; CLARET *et al.*, 2015).

METODOLOGIA

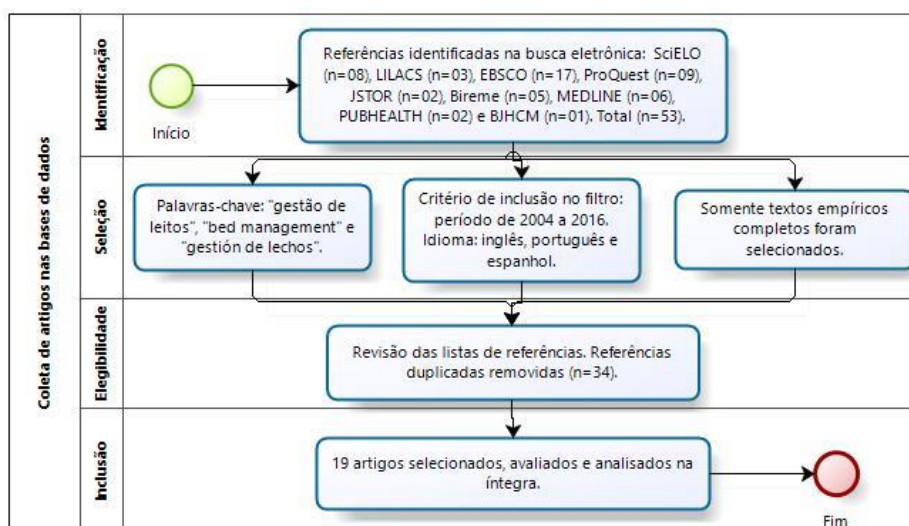
Para atingir o objetivo proposto neste estudo, que objetivou identificar as variáveis relacionadas ao ambiente interno tais como as práticas de gerenciamento de recursos, características estruturais da prestação de serviços e processos, ciente de que todos são considerados relevantes para o gerenciamento

de leitos em organizações hospitalares foram utilizadas algumas técnicas e métodos de coleta e análise de dados: Revisão Sistemática da Literatura, Estudo de Caso e Análise de Conteúdo.

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

A revisão das principais bibliografias que conduziram a proposição desta pesquisa foi realizada por meio de levantamento no acervo nas principais bases de dados da área (SciELO, LILACS, EBSCO, ProQuest, JSTOR, Bireme, MEDLINE, PUBHEALTH e BJHCM). Nesse sentido, o presente estudo obteve o total de 53 artigos como resultados das buscas. Destes, foram excluídos 34, por não apresentarem foco na gestão de leitos, ou seja, apresentavam resultados sobre assistências, de alteração de conduta clínica e/ou não a apresentavam o texto completo. Sendo assim, alinhando-se ao objetivo deste trabalho, analisou-se um total de 19 artigos, conforme observa-se no fluxo de processos apresentados na Figura I.

Figura I - Coleta de artigos nas bases de dados



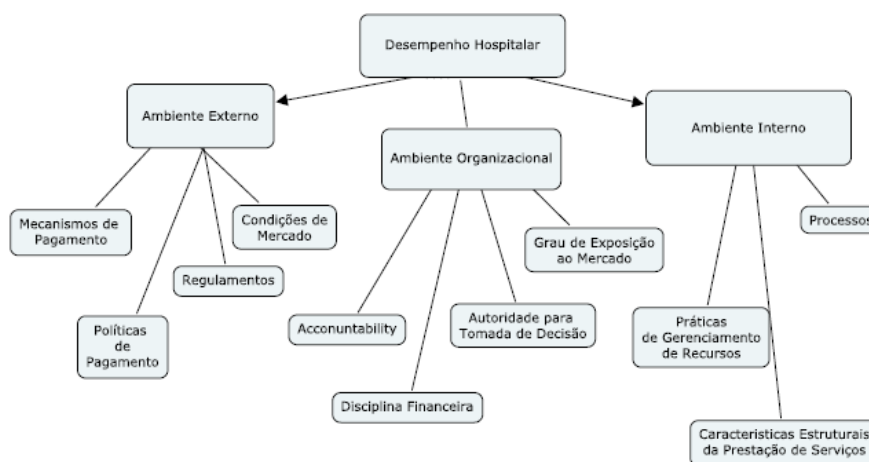
Fonte: elaboração própria com o apoio do *software Bizagi Process Modeler 2.7*.

Para atingir os objetivos propostos para este estudo, após a revisão de bibliografia e identificação de uma lacuna no referencial teórico, em função do reduzido número de estudos empíricos desenvolvidos sobre fatores relevantes à gestão de leitos em hospitais privados, foi desenhada uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa, no intuito de responder quais variáveis são relevantes nesta gestão em organizações privadas de saúde. Este estudo pode ser classificado como exploratório, tendo sido realizada análise de casos múltiplos.

Em projetos de casos múltiplos, cada caso deve servir a um propósito único dentro do escopo global da investigação (YIN, 2013). Eisenhardt (1989) considera desejável fazer um levantamento entre quatro e dez casos para a construção de teoria. Para tanto, foi construído um instrumento de pesquisa (roteiro de entrevista contendo perguntas abertas), aplicado a gestores hospitalares, até que as informações comesçassem a se repetir, considerando o fechamento amostral por saturação.

O instrumento de coleta de dados direcionado aos dirigentes hospitalares foi construído com base na leitura dos trabalhos de La Forgia e Couttolenc (2009), conforme apresentado na Figura 2:

Figura 2 - Fatores que afetam o Desempenho Hospitalar



Fonte: Adaptado de La Forgia e Couttolenc (2009, p. 05).

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

Dentre as variáveis propostas pelos autores, somente aquelas vinculadas ao ambiente interno foram consideradas, ou seja, Características Estruturais da Prestação de Serviços, Práticas de Gerenciamento de Recursos e Processos. La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam que, em conjunto, essas variáveis afetam diretamente os resultados do hospital. As variáveis, ambiente organizacional e ambiente externo, não fizeram parte deste estudo.

A análise de conteúdo foi utilizada como ferramenta para a compreensão da construção de significado, cujos sujeitos de pesquisa exteriorizam no discurso. Laille e Dionne (1999) observaram que os dados coletados, na forma bruta, precisam ser preparados para se tornar utilizáveis na construção dos saberes. A forma numérica da apresentação dos dados permite o tratamento e a análise com a ajuda dos instrumentos estatísticos, ao passo que os dados que tomam forma literal serão objeto de uma análise de conteúdo, podendo ter ou não apoio de *softwares* para analisar agrupamentos (BARDIN, 2011).

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

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

Em se tratando da aglomeração entre pares de documentos, requer uma medida de cálculo de similaridade/distância capaz de permitir a criação de *clusters* de dados não estruturados ou semiestruturados. Dada a diversidade de medidas para a constituição de *clusters* (HUANG; HOROWITZ; MA, 2008), optou-se pelo coeficiente de correlação de Pearson (ρ), uma vez que o *software NVivo IIPro* propõe fornecer de forma automática o seu cálculo. Esta medida avalia a intensidade da associação linear entre duas variáveis (x e y), a qual assume valores entre -1 e 1 (esta

pesquisa obteve apenas valores na escala positiva). O cálculo de ρ de Pearson formaliza-se na seguinte equação:

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

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

Tabela I - Escala coeficiente de correlação de Pearson para aferição de similaridade

ESCALA DE ρ DE PEARSON	Interpretação
0,00 a 0,19	Uma correlação bem fraca
0,20 a 0,39	Uma correção fraca
0,40 a 0,69	Uma correlação moderada
0,70 a 0,89	Uma correlação forte
0,90 a 1,00	Uma correlação muito forte

Fonte: Adaptado de Cramer e Howitt (2004, p. 38-40).

Tendo em vista a organização e a apresentação dos dados coletados, criaram-se categorias e subcategorias, conforme Figura 3, entre elas: Categoria: Características Estruturais da Prestação de Serviços; subcategorias (Infraestrutura e Recursos Humanos, Tecnologia e Informação, Estrutura Hospitalar); Categoria: Práticas de Gerenciamento de Recursos, subcategorias (Autonomia, Planejamento da ocupação do leito, Indicadores, Conscientização da equipe, Metas); Categoria: Processos, subcategorias (Formalização, Planejamento de alta, Protocolos Clínicos).

Figura 3 - Organização das Categorias e Subcategorias

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

Fonte: Saída NVivoIIPro.

Na Figura 3, observa-se a tela gerada pelo *software NVivoIIPro*, após lançamento dos conteúdos de textos referentes a cada uma das subcategorias e consequentemente categoria.

Em paralelo às entrevistas, foram analisados indicadores dos hospitais estudados, vinculados aos processos que envolvem a gestão de leitos, apontados pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) (2015) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2015).

Optou-se pela seleção de cinco hospitais pelo critério de reconhecimento no segmento saúde e por apresentarem características estruturais, com perfil de atendimento diferenciado, conforme o propósito de encontrar similaridades e diferenças entres estas organizações no que tange as práticas de gerenciamento de recursos, características estruturais da prestação de serviços e processos. Os hospitais

A, B e E são hospitais gerais e que atendem convênios e particulares (um deles com atendimento também ao SUS). As organizações A e B atendem pacientes com alto poder aquisitivo, enquanto os hospitais C e D são especializados (um deles com atendimento SUS e classificado como hospital-escola). Já o Hospital D atende um público classe alta, conforme indica a Tabela 2. A pedido dos entrevistados, foram omitidos os nomes e as identificações dos respondentes, assim como da organização.

Tabela 2 - Características dos hospitais

	HOSPITAL A	HOSPITAL B	HOSPITAL C	HOSPITAL D	HOSPITAL E
Natureza	Filantropico – Privado	Filantropico – Privado	Filantropico – privado (Hospital Escola)	Fundação (pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos)	Filantropico – privado
Porte (*)	Grande	Grande	Pequeno	Médio	Extra
Localização	São Paulo – capital, região central	São Paulo – capital, região central	São Paulo, capital, região sul	São Paulo – capital, região central	São Paulo – capital, região central
Características	Hospital Geral. Instalações clínico-hospitalares de alto padrão, tecnologia superior em equipamentos médicos e um serviço completo de hotelaria. Posicionamento de mercado para as classes A e B	Hospital Geral, com ênfase em pacientes cirúrgicos. Centro de Diagnóstico Especializado, Cirúrgico. Posicionamento de mercado para as classes A e B	Hospital especializado, com posicionamento de mercado voltado para as classes C	Hospital Especializado, com ênfase em pacientes cirúrgicos, dispondo de todos os serviços diagnósticos e terapêuticos. Posicionamento de mercado voltado para as classes A e B	Hospital Geral. Todos os serviços de diagnósticos e terapêuticos. Posicionamento de mercado para as classes B e C+
Leitos	186	323	30	108	798
UTI	33	85	07	28	190
Perfil do paciente	Crônico	Cirúrgico	Clínico	Clínico	Cirúrgico
Acreditação	Acreditado pela ONA nível 2	Acreditado pela ONA nível 3. Prepara-se para o processo de acreditação internacional – JCI	Ainda não acreditado em fase de conquista da JCI	Acreditado pela JCI	Acreditado pela ONA nível 3
Tecnologia de Informação	MV Sistemas	MV Sistemas – em fase de aquisição do módulo Vice	Sistema Próprio	MV Sistemas	Sistema Próprio

Fonte: Elaboração própria.

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

As fontes coletadas para efeito de estudo foram provenientes de entrevistas semiestruturadas (MINAYO, 1993) angariou informações suficientes para dar continuidade a esse estudo. A duração

média das entrevistas variou entre 1,5 (uma hora e meia) e 2 (duas) horas, totalizando aproximadamente 10 horas. As entrevistas foram gravadas, transcritas (em torno de 20 laudas digitadas por transcrição) e analisadas segundo o critério metodológico previamente estabelecido. A amostra desta pesquisa foi constituída por cinco gestores de leitos apresentados na Tabela 3, coordenadores diretos da área em estudo, que idealmente teriam cerca de, ao menos, seis meses de tempo de trabalho na instituição, o que permitiria a estes profissionais a ambientação e sintonia com as características da instituição, bem como a familiarização com os principais processos que envolvem a gestão de leitos.

Tabela 3 - Caracterização dos sujeitos de pesquisa

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

Fonte: Elaboração própria.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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

Apresentação das categorias e subcategorias

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

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

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

Quadro I- Resumo das categorias e subcategorias do estudo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	DESCRIÇÃO	AUTORES
Características Estruturais da Prestação de Serviços	Infraestrutura Física e Recursos Humanos	Instalações físicas e dos recursos humanos e da sua evolução ao longo dos anos para o adequado funcionamento do setor de gestão de leitos	La Forgia e Couttolenc (2009). Gonçalves (2015).
	Tecnologia da Informação	Tecnologia da informação adotada pela organização, e sua adequação para as necessidades específicas da gestão de leitos.	La Forgia e Couttolenc (2009). Kumar, Sawanson e Tran (2008). Lin e Stead (2009). Gartner, Zwicker e Rodder (2009). Falcão, Repetto e Gelonesi (2015). Vries e Huijsman, 2011).
	Estrutura Hospitalar	Estrutura Hospitalar se refere ao volume de leitos disponíveis, de internação geral e UTI, para atender a demanda da organização.	Faria <i>et al.</i> (2010).
Prática de Gerenciamento de Recursos	Autonomia	Liberdade para tomada de decisão no que diz respeito a responsabilidade total pela ocupação e desocupação sem a interferência de equipes multiprofissionais	Gonçalves (2015). La Forgia e Couttolenc (2009).
	Planejamento da ocupação do leito	Maneira como as organizações planejam a ocupação dos leitos, considerando a previsão de alta, mapa cirúrgico e o atendimento de urgência.	La Forgia e Couttolenc (2009). Godden, McCoy e Pollock (2009). Faria <i>et al.</i> (2010). Schlaret (2014). Falcão, Repetto e Gelonesi, 2015).
	Indicadores	Apoio da tecnologia de informação no que tange à geração de indicadores e relatórios para a tomada de decisão relacionada a gestão de leitos.	Bittar e Olimpo (1996). Takashina (2004).
	Conscientização da equipe	Importância da conscientização da equipe multiprofissional para a eficiência na gestão do leito.	Pereira <i>et al.</i> (2012). Gelonesi (2014). Falcão, Repetto e Gelonesi (2015).
	Metas	Conhecimento das metas do setor de gestão de leitos pela equipe multiprofissional.	Porter (2004).
Processos	Formalização	Formalização dos processos relacionados à gestão do leito, bem como sua adoção como instrumento de integração e treinamento.	Bittar e Olimpo (2000). Faria <i>et al.</i> (2010).
	Planejamento de Alta	Processo de orientação de alta, bem como o planejamento de alta nas organizações pesquisadas.	Cavaliere e Martinelli (2014).
	Protocolos Clínicos	Existência de protocolos ou diretrizes clínicas nas organizações pesquisadas, bem como o auxílio deste na gestão do leito.	Cavaliere e Martinelli (2014).
	Comunicação Formal e Visual	Maneira como as informações sobre a gestão de leitos são repassadas aos demais setores envolvidos, a fim de agilizar o processo de desocupação do leito.	Gonçalves (2015). La Forgia e Couttolenc (2009).

Fonte: Elaboração própria.

Análise Geral das Subcategorias e dos Entrevistados

O processo de codificação resulta em um sistema de categorias definidas, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) agrupados sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos, constituindo o processo denominado de categorização. Estes critérios, na visão de Bardin (2011), podem ser semânticos (categorias temáticas), sintáticos (verbos e adjetivos) ou léxicos (de acordo com o sentido das palavras). A Figura 4 demonstra o agrupamento gerado pelo *software NVivoIIPro*.

Figura 4 - Mapa de Cluster das Subcategorias



Fonte: Saída NVivoIIPro.

Face aos resultados da análise de *cluster* relativos às subcategorias, de acordo com a Figura 4, verifica-se que, no que tange à similaridade de sequência de palavras, no *cluster* Planejamento de Alta e Planejamento da Ocupação de leitos, há uma estrutura de articulados semelhantes entre si e, pela proximidade, apresentam forte correspondência, possuindo uma relação com a tecnologia da informação. Por meio dos indicadores apresentados, nesta tese, percebe-se que a organização D possui melhores resultados vinculados à gestão do leito e o diferencial tecnológico está diretamente relacionado ao planejamento de ocupação e alta, conforme demonstrado na imagem. A tecnologia de informação é uma ferramenta capaz de ajudar os funcionários a realizar tarefas de forma mais fácil, bem como quando se pretende elevar a eficiência organizacional (VRIES; HUIJSMAN, 2011). Na sequência, observada na Figura 4, a conscientização da equipe e a comunicação podem assumir tanto um caráter formal como informal.

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

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

As saídas da análise de *clusters* dos entrevistados indicaram a forte correspondência entre planejamento de ocupação e planejamento de alta ($\rho=0,93$), planejamento de ocupação e comunicação visual e formal ($\rho=0,90$), planejamento de alta e comunicação verbal e visual ($\rho=0,89$), planejamento de ocupação e tecnologia da informação ($\rho=0,89$). Pode-se citar algumas variáveis com baixa correspondência tais como autonomia e metas ($\rho=0,38$), protocolos e metas ($\rho=0,47$).

Figura 5 - Mapa de Cluster dos Entrevistados



Fonte: NVivoIIPro.

Apesar das diferenças entre as organizações estudadas, a análise dos *clusters* das organizações, observada na Figura 5, possibilita verificar que a organização C foi agrupada em um *cluster* isolado. Trata-se da única organização, caracterizada como de pequeno porte, especializada e com grande volume de atendimento ao SUS, sendo, também, classificada como hospital-escola, além de ser a única, no estudo, que não possuía certificação de qualidade, no momento da entrevista. Já as organizações A e E foram agrupadas em um *cluster*, indicando forte correspondência entre elas.

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

Conforme a Figura 5, as organizações B e D formam o último *cluster*. Estes dois hospitais atendem clientes de alto poder aquisitivo e convênios diferenciados, localizam-se em regiões centrais, demonstram preocupação com o uso e apoio da tecnologia da informação, visto que possuem o MV sistemas, com módulo de gestão de leitos e módulo *Voice* como apoio (uma delas em fase de aquisição no momento da visita), além de possuírem creditações internacionais. Vale ressaltar que, neste caso, a classificação como geral e/ou especializado não interferiu no agrupamento do *cluster*. Diante disso, verificou-se que as práticas de gestão e os problemas identificados foram considerados como semelhantes. Observou-se que as organizações A/E possuem forte correlação ($\rho=0,95$), E/C ($\rho=0,94$), C/A ($\rho=0,94$), D/B ($\rho=0,91$), enquanto as organizações B/A ($\rho=0,78$), E/B ($\rho=0,78$), C/B ($\rho=0,78$) possuem correlação moderada.

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

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

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

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

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

Pode-se observar que, apesar das zonas de similitudes, os resultados são diferentes e podem ser atribuídos às práticas de gestão adotadas por estas organizações. Vale destacar que o hospital D adota como prática de gestão brigada de alta (equipe de limpeza específica para agilizar os quartos de pacientes em alta); reunião diária com as equipes envolvidas na gestão do leito; priorizam internações de paciente de P.S em função da realidade do hospital; possuem autonomia total sobre o leito, possuem parceria com a MV sistemas acoplado ao módulo *Voice*, gerenciam todos os tempos que envolvem as etapas do processo de gestão do leito. A organização que apresentou um resultado considerado insatisfatório foi identificada nessa pesquisa como Hospital A que, por sua vez, não consegue gerenciar todos os tempos gastos com os processos de gestão do leito, (estavam adquirindo o módulo *Voice* no momento da entrevista), e é a única, dentre as estudadas, que trabalha com linhas de cuidados específicos, ou seja, cada andar possui um direcionamento do perfil de paciente a ser atendido, podendo dificultar o processo de internação. A Quadro 2 apresenta variáveis relevantes na gestão de leitos.

Quadro 2 - Variáveis de maior incidência para a gestão de leitos

DIMENSÃO	VARIÁVEIS	REFERÊNCIAS
Práticas de gerenciamento de recursos	Média de permanência/taxa de ocupação fora do padrão preconizado.	Jones (2009).
	Falta de times de especialistas em UTI para direcionar/autorizar esta internação.	Godden, McCoy e Pollock (2009).
	Comunicação e conscientização da equipe multiprofissional.	Vries e Huijsman (2011).
	Setor de gestão de leitos não ser totalmente responsável pelos leitos hospitalares.	Jones (2009).
Características estruturais da prestação de serviços	Ausência de Apoio Tecnológico.	Kumar, Sawanson e Tran (2008); Lin e Stead (2009); Gartner, Zwicker e Rodder (2009); Vries e Huijsman (2011).
	Falta de leitos de UTI.	Scott, Vaughan e Bell (2015).
Processos	Processo de desocupação/alta.	Godden, McCoy e Pollock (2009); Hendy <i>et al.</i> (2013).
	Falta de conhecimentos dos tempos que envolvem o processo de gestão de leitos.	Araújo, Barros e Wanke (2014).
	Falhas na orientação de alta/ orientação de alta tardia.	Hendy <i>et al.</i> (2013).
	Metas estarem centralizadas na admissão e não na rotina de alta.	Araújo, Barros e Wanke (2014).
	Não trabalhar com “leitos de giro”.	Jones (2009).

Fonte: Elaboração própria.

As variáveis destacadas no Quadro 2 estão relacionadas basicamente às práticas de gerenciamento de recursos e aos processos, com exceção da falta de leitos em UTI e apoio tecnológico, que estão relacionados às características estruturais da prestação de serviços. No ambiente interno das organizações hospitalares é possível observar a influência dos ambientes externo e organizacional. É neste ambiente que recursos são convertidos em serviços prestados, por isso deve-se refletir sobre as práticas de gerenciamento de recursos (humanos, materiais, clínicos, financeiros entre outros), características estruturais da prestação de serviços vistas como instalações, equipamentos e mão de obra, além dos processos de tratamento, uma vez que estes interferem no desempenho e na eficiência das organizações (LA FORGIA; BERNARD, 2009).

Outra variável importante identificada no decorrer desse estudo foi demarcada pelo poder dos médicos dentro das organizações hospitalares. Em dois dos hospitais estudados (um hospital geral e outro especializado), foi evidenciado que este poder exerce impacto na gestão do leito, mas de maneira negativa. A literatura pontua que nos hospitais ocorrem tensões de natureza grupal e profissional, uma vez que os médicos, que têm muita dificuldade em repartir a sua autonomia, aceitar normas ou ouvir sugestões ou recomendações (GONÇALVES, 2000).

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

Com relação ao planejamento da ocupação dos leitos, percebe-se que a agenda cirúrgica é sempre priorizada, muito embora não seja considerada um dado estatístico de volume diário, semanal ou mensal de atendimento de pronto-socorro, nem tampouco chega a dar conta dos indicadores epidemiológicos desta porta de entrada para o planejamento da ocupação. Uma variável que merece destaque corresponde à importância do planejamento de alta para uma desocupação mais ágil e segura tanto de pacientes como familiares, todavia o resultado dos estudos empreendidos nas organizações envolvidas, nessa pesquisa, evidencia a inexistência de planejamento de alta.

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

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

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

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

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

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

Como recomendações gerenciais, sugere-se que os gestores de leitos hospitalares formalizem todos os processos relacionados à gestão de leitos, dentre eles: partir do princípio baseado na

necessidade de determinar critérios de desocupação alinhavados ao planejamento de alta; instituir leitos de giro para que seja possível dinamizar o processo de internação; compartilhar, entre os colaboradores, as metas e indicadores do setor; desenvolver programas de conscientização capazes de envolver a equipe multiprofissional, incluindo a equipe médica em busca de uma gestão de leitos mais eficiente; comunicar diariamente a ocupação do hospital a todas as lideranças envolvidas neste processo (andares, UTI, diretorias); estabelecer um padrão de controle das reservas de UTI, com acompanhamento mais efetivo dos indicadores, visto que a UTI normalmente é um “gargalo” no processo de gestão de leitos; estabelecer uma unidade de longa permanência para monitoramento constante da média de permanência; determinar processos e responsabilidades relacionadas ao encaminhamento de pacientes para *Home Care*; apontar a necessidade de se estabelecer ou ampliar o volume de protocolos clínicos, assim como trabalhar as unidades de internação como unidades de negócios.

Ressalta-se também que o gestor de leitos deverá analisar os indicadores epidemiológicos de porta de entrada do pronto-socorro a ponto de considerar esta demanda, além de simplesmente analisar o mapa cirúrgico. Cabe complementar que é imprescindível que o responsável pela gestão de leito estabeleça uma equipe de limpeza como brigada de alta, ou seja, um grupo específico, dentre os funcionários da higienização, para agilizar os apartamentos com alta. Também se faz necessário o apoio da tecnologia, a fim de poder mapear todos os tempos relacionados a gestão deste setor.

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

Esta pesquisa possui limitações características das abordagens qualitativas, tendo em vista a influência intrínseca aos preconceitos e pressupostos do pesquisador nas descobertas e na análise dos dados coletados. Quanto à coleta dos dados primários, existem as limitações inerentes ao procedimento concretizado por meio de entrevistas, uma vez que permeia a possibilidade de omissão de fatos por parte do entrevistado, cabendo ao entrevistador conduzir o processo cruzando informações relatadas com outras fontes, a fim de verificar a confiabilidade dos dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAMO, S. T., WAGNER, G. J., OUMA, J. SUNDAY, P., MARIE, L. COLEBUNDERS, R. WABWIRE-MANGEN, F. Strategies for optimizing clinic efficiency in a community-based antiretroviral treatment programme in Uganda. *AIDS and behavior*, 2013, Jan;17(1):274-83. DOI: [10.1007/s10461-012-0199-9](https://doi.org/10.1007/s10461-012-0199-9).

ANAHP. *Livro Branco*. Caderno de Propostas. Disponível em: <http://anahp.com.br/publicacoes-anahp/livros/livro-branco-brasil-saude-2015-caderno-de-propostas>> Acesso em: 02.05.15.

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

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

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

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta, Edição: 2ª, 2011.
- BITTAR, N. V.; OLIMPO, J. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v.46, n.1, jan./mar, 2000.
- BITTAR, N. V.; OLIMPO, J. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, v.30, n.1, 1996.
- BRYAN, K.; GAGE, H.; GILBERT, K. Late transfers of older people from hospital: causes and policy implications. *Health Policy*. Cross Ref Medline Web of Science Google Scholar, v.76 (2),p. 194 – 201, 2006.
- CAVALINE, R. G.; MARTINELLI, T. T. Gestão de leito um desafio em um hospital público: relato de caso. *Qualihosp – Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e sistemas de Saúde (FGV EAESP)*. Trabalho nº356, p. 317-318, Anais 2015.
- CHANG, Ching-Sheng.; CHEN, Su-Yueh.; LAN, Yi-Ting. Motivating medical information system performance by system quality, service quality, and job satisfaction for evidence-based practice. *BMC Medical Informatics & Decision Making*. 12:135, p. 1-12, 2012.
- CLARET, P. G., BOUDEMAGHE, T., BOBBIA, X., STOWELL, A., MIARD, E., SEBBANE, M., LANDAIS, P. DE LA COUSSAYE, J. E. Consequences for overcrowding in the emergency room of a change in bed management policy on available in-hospital beds. *Australian Health Review: A Publication Of The Australian Hospital Association*, 2015. *A Publication of The Australian*. Oct 19. DOI: 10.1071/AHI5088.
- CRAMER, D., & HOWITT, D. *The Sage dictionary of statistics: a practical resource for students in the social sciences*. London; Thousand Oaks: SAGE Publications, 2004.
- CUNNINGHAM, P., SAMMUT, J. Inadequate acute hospital beds and the limits of primary care and prevention. *Emergency Medicine Australasia (EMA)*, 24, 566–572. DOI: 10.1111/j.1742-6723.2012.01601.x, 2012.
- EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 1989; 14:523-50.
- FALCÃO, P; REPETTO, S.; GELONESI, A. P. O Impacto do Gerenciamento de Leitos Baseado na Metodologia Lean Six Sigma. *Anais Qualihosp*, 2015.
- FARIA, E., COSTA, K. R. A., SANTOS, M. A., FUMIO, M. K. Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica. *Revista: RAS*. Vol.12, nº 47. Abril; junho, 2010.
- GARTNER, R. I.; ZWICKER, R.; RODDER W. Investimentos em tecnologia da informação e impactos na produtividade empresarial: uma análise empírica à luz do Paradoxo da Produtividade. *Revista de Administração Contemporânea*. 13(3), 391-409, 2009.
- GODDEN, S.; McCOY, D.; POLLOCK, A. Policy on the rebound: trends and causes of delayed discharges in the NHS. *Journal of The Royal Society of Medicine*, v.102 (1), p.22-28, 2009, DOI: [10.1258/jrsm.2008.080202](https://doi.org/10.1258/jrsm.2008.080202)

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 2000.

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

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

HENDY, P.; PATEL, J. H.; KORDBACHEH, T.; LASKAR, N.; HARBORD. M. In-Depth Analysis of Delays to Patient Discharge: a metropolitan teaching hospital experience. *Journal of the Royal College of Physicians*. V. 12, N. 4, p. 320-323, 2013.

HUANG, J., HOROWITZ, J. L., MA, S. Asymptotic properties of bridge estimators in sparse high-dimensional regression models. *Annals of Statistics*. 2008; 36:587–613. DOI: 10.1214/009053607000000875

JONES, R. Emergency admissions and hospital beds *British Journal of Healthcare Management*. v.15 (6), p. 289-296, 2009. DOI: [10.12968/bjhc.2009.15.6.42572](https://doi.org/10.12968/bjhc.2009.15.6.42572)

JASINARACHCHI, H. K., IBRAHIM, I. R., KEEGAN, B. C., MATHALAGAN, R., MCGOURTY, J. C., PHILLIPS, J. R., MYINT, P. K. Delayed transfer of care from NHS secondary care to primary care in England: its determinants, effect on hospital bed days, prevalence of acute medical conditions and deaths during delay, in older adults aged 65 years and over. *BMC Geriatr*, 2009, Jan 22, 9:4. DOI: 10.1186/1471-2318-9-4

KUMAR, S.; SAWANSON, E.; TRAN, T. RFID in the healthcare supply chain: usage and application. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. v. 22(1), p. 67-68, 2008.
LA FORGIA, M.G.; COUTTOLENC, F.B. *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. 1º Ed. São Paulo: Singular, 2009.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber*. Belo Horizonte: UFMG, 1999. 340p.

LIN, W.; STEAD, B. The Business value of information technology and inputs substitution: the productivity paradox. *Revised. Decision Support Systems*, v. 42 (2), p. 493-507, 2009.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, pp. 19-51.

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

O'NEILL, L., RAUNER, M., HEIDENBERGER, K., KRAUS, M. A cross-national comparison and taxonomy of DEA-based hospital efficiency studies. *Socio-Economic Planning Sciences*, v. 42, p. 158–189, 2008.

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

PARÉ, G., TRUDEL, M. C., JAANA, M., KITSION, S. Synthesizing information Systems Knowledge: a typology of literature reviews, *Information & Management* 52(2): 183-199.

PEREIRA, S. R., PAIVA, P. B., SOUZA, P. R. S., SIQUEIRA, G, PEREIRA, A. R. J. Sistemas de Informação para Gestão Hospitalar. *Health Inform.* Outubro-Dezembro; 4(4): 170-175, 2012.

PESSOA, M. G. A., LIMA, R. E. P. de., BARBOSA, N. B., NAJBERG, E., SILVA, M. C. da. Rede Hospitalar Pública no Rio Grande do Norte: um estudo sobre a utilização dos leitos hospitalares por Região de Saúde. *Revista: Com. Ciências Saúde*, 2012; 22 (4):315-326.

PERROCA, M. G., JERICÓ, M. de C., FACUNDIN, S. D. Monitorando o cancelamento de procedimentos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007;41(1):113-9. DOI: 10.1590/S0080-62342007000100015

PITTELKOW, E., CARVALHO, R. Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública. *Einstein (São Paulo)*. 2008;6(4):416-21. 16. Bitencourt RJ.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Redefining competition in health care. *Harvard Business Review*: Boston, v. 82, n. 6, jun. 2004.

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

QSRINTERNATION. Products -Nvivo. Disponível em: http://www.qsrinternational.com/products_nvivo.aspx>. Acesso em: 02.02.2017.

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

RAMOS, W. A; MIYAKE, I. D. Desenvolvendo Indicadores de Produtividade e Qualidade em Hospitais: uma proposta de método. *Revista: Produto e Produção*, v.11, n°2, p.87-64, jun.2010.

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

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

SCOTT, I., VAUGHAN, L. BELL, D. Effectiveness of acute medical units in hospitals: a systematic review. *International Journal for quality in Health Care*, Volume 21, Issue 6, 1 December 2009, Pages 397-407. DOI: doi.org/10.1093/intqhc/mzp045

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

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

STATISTISKA CENTRALBYRÅN. Från folkbrist till åldrande befolkning. Retrieved 2014. Disponível em: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Publiceringskalender/Visa-detaljerad-information/?PublObjId=2015> Acesso em: 03.01.16.

SVERIGES Kommuner och Landsting. *Vårdrelaterade Infektioner – Framgångsfaktorer som förebygger*. Kombinera AB, 2010.

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

TURNER, D., SALWAY, S., MIR, G., ELLISON, G. T., SKINNER, J., CARTER, L., BOSTAN, B. Prospects for progress on health inequalities in England in the post-primary care trust era: professional views on challenges, risks and opportunities. *BMC Public Health*; 13: 274, 2013, DOI: 10.1186/1471-2458-13-274

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

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

WONG, H., WU, R. C., TOMLINSON, G., CAESAR, M., ABRAMS, H., CARTER, M. W., MORRA, D. How much do operational processes affect hospital inpatient discharge rates? *J Public Health (Oxf)*. 2009, Dec: 31(4):546-53. DOI: 10.1093/pubmed/fdp044.

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

ZAFAR, A., MUFTI, T. S., GRIFFIN, S., AHMED, S., ANSARI, J. A. Cancelled elective general surgical operations in Ayub Teaching Hospital. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2007; Jul-Sep; 19(3):64-6.