


**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**



**A REGULAÇÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR ENQUANTO FERRAMENTA  
GERENCIAL: A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS**

**UNESP - Botucatu**

**2013**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

**A REGULAÇÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR ENQUANTO FERRAMENTA  
GERENCIAL: A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS**

**Orientanda: Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues**

**Orientadora: Carmen Maria Casquel Monti Juliani**

**UNESP – Botucatu**

**2013**

**LUCIANE CRISTINE RIBEIRO RODRIGUES**

**A REGULAÇÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR ENQUANTO FERRAMENTA  
GERENCIAL: A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS**

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de  
Botucatu, para obtenção do Título de  
Doutor em Saúde Coletiva.

**Orientadora: Carmen Maria Casquel Monti Juliani**

**UNESP – Botucatu**

**2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 8/5651

Rodrigues, Luciane Cristine Ribeiro.

A regulação no contexto hospitalar enquanto ferramenta gerencial: a compreensão dos profissionais envolvidos / Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues. Botucatu, 2013

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Capes: 40602001

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Hospitais - Administração. 3. Leitos hospitalares. 4. Política de saúde.

Descritores: Acessos aos serviços de saúde; Gestão hospitalar; Ocupação de leitos; Referência e consulta.



## **DEDICATÓRIA**

## DEDICATÓRIA

À minha adorada **família**.

Meu querido marido **Emerson**, que sempre me acompanha, me apoia e me dá forças para continuar a nossa caminhada, pois todas essas conquistas são nossas.

Às nossas lindas filhas, **Fernanda e Lili**, que por conseguirem compreender esses momentos, com muita paciência, também colaboram.

À minha **mãe**, que me ajuda a cuidar das minhas filhas, da minha casa, e que me dá muita tranquilidade para continuar o meu caminho.

A vocês o meu muito obrigado, com todo o meu amor e carinho.

Aos meus irmãos **Mônica e Renato**, porque sempre nos orgulhamos das nossas conquistas, superamos muitas dificuldades, e essa vitória é de todos nós.

Ao meu cunhado **Júnior**, pelos conselhos e orientações.

Às minhas sobrinhas, **Letícia e Beatriz**, por distraírem a Lívia na Skype, enquanto a tia se dedicava aos estudos.

Ao meu **pai**, por me apoiar, ajudar, incentivar, além da carona, para mim e para a Lili.

**Nós não precisamos de muita coisa. Só precisamos  
uns dos outros"... e de sonhos.  
( Óscar Wilde )**



## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

À minha orientadora, professora **Carmen Maria Casquel Monti Juliani**, por ter proporcionado a continuidade na minha jornada - do Mestrado ao Doutorado – ao compartilhar e conduzir a construção deste sonho.

Aos profissionais do Complexo Famema, sujeitos dessa pesquisa - enfermeiros, médicos e gestores - obrigada pela disposição das informações aqui necessárias.





## **AGRADECIMENTOS**

## AGRADECIMENTOS

À minha grande amiga **Vanessa**, que sempre compartilha de muitos momentos, sendo companheira e fiel.

À professora **Shirlene**, que me auxiliou na elaboração e efetivação dessa ideia.

À Dr<sup>a</sup> **Marilda**, que também me ajudou na definição dessa temática.

À **Diretoria Geral do Complexo Famema**, pela disponibilização e confiança no desenvolvimento desse estudo.

À **Cristina Bocchile** pelo empenho e responsabilidade, na ajuda pela coleta dos dados.

Ao amigo e “padrinho” **Marco**, que sempre de forma descontraída nos ajuda muito.

Aos **professores e funcionários da Unesp de Botucatu**, pelo apoio e disposição.

À minha **equipe do NIR**, pela paciência em minhas ausências, bem como na colaboração com todo este processo.

À **Milena** pelo auxílio na revisão do trabalho.

Ao professor **Marcelo Pires**, pela contribuição com o inglês.

À **Célia** pela formatação e impressão do trabalho.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, por efetivar e contribuir com esta proposta.



## RESUMO

## RESUMO

A necessidade de garantir o acesso de forma condizente com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde, e considerar o atual contexto da utilização de leitos hospitalares, envolto à oferta insuficiente em relação à demanda, surge a necessidade de se pensar em propostas inovadoras de gestão, que contemplem tais expectativas propostas pelo Sistema Único de Saúde, e conseqüentemente atenda às reais necessidades de saúde da população, proporcionando um cuidado oportuno e integral. Diante deste contexto, o que se questiona é se com a instalação de um Núcleo Interno de Regulação, enquanto instrumento de gestão, ocorreu melhoria com o fluxo de leitos? Os objetivos foram: conhecer a percepção dos gestores em relação ao processo de elaboração, implantação e implementação do NIR; conhecer a percepção dos médicos e enfermeiros, que atuam no NIR sobre a implantação e o funcionamento do NIR; compreender as fragilidades e potencialidades das ações desenvolvidas pelo NIR, a partir da percepção de médicos e enfermeiros que vivenciam a regulação de leitos no complexo HC. Os resultados da pesquisa evidenciam que apesar das dificuldades, há um impacto considerável deste serviço na gestão de leitos e vagas, e conseqüentemente na gestão hospitalar, porém destaca-se a necessidade de integração na rede de saúde, com o compartilhamento de novas propostas inovadoras de gestão, com vistas à superação das fragilidades no sistema de saúde, visando disponibilizar um cuidado contínuo e integral.

**Descritores:** Acessos aos serviços de saúde, gestão hospitalar, Ocupação de leitos, referência e consulta.



## **ABSTRACT**

## **ABSTRACT**

The need the access so according to the principles and guidelines of the Health Policy and considering the current context of using the hospital beds, related to insufficient offer related to demand, arises the need to think of innovative proposals that management contemplate such expectations proposed by the Unified Health System, and consequently attend the real needs of health of the population, providing a comprehensive and timely integral. In this context, what is questioned is whether the installation of the Health care coordination and monitoring as a tool for management, improvement occurred in equating the beds? The objectives were to understand the perception of managers on the process of elaboration, implementation and deployment of NIR; to know the perception of doctors and nurses working in the NIR on its deployment and operation; understand the weaknesses and potential of the NIR already deployed, from the perception of doctors and nurses, who experience the regulation of t beds in HC institute. The survey results show that despite the difficulties, there is a considerable impact of this service in the management of beds and room, and consequently in hospital management, however we call the attention to the need for integration in the health system, with the sharing of innovative proposals management, aiming at overcoming the weaknesses in the health system, in order to provide a continuous and integral care.

**Keyword:** Health Service Accessibility, Hospital Administration, Bed Occupancy, Referral and Consultation.



## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CROSS</b>	Central de Regulação de ofertas de serviços de saúde
<b>DRS</b>	Divisão Regional de Saúde
<b>Famema</b>	Faculdade de Medicina de Marília
<b>FUMES</b>	Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília
<b>HC</b>	Hospital das Clínicas
<b>HC I</b>	Hospital de Clínicas – Unidade I
<b>HCII</b>	Hospital de Clínicas – Unidade II
<b>HCIII</b>	Hospital de Clínicas – Unidade III
<b>HM</b>	Hospital Municipal
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NGA</b>	Núcleo de Gestão Assistencial
<b>NIR</b>	Núcleo Interno de Regulação
<b>Noas</b>	Norma Operacional de Assistência à Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PS</b>	Pronto Socorro
<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular
<b>RRAS</b>	Rede Regional de Atenção à Saúde
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TMP</b>	Tempo Médio de Permanência
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva





## **LISTAS DE QUADROS**

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias temáticas das unidades de significados – análise nomotética – convergências dos depoimentos dos três grupos de sujeitos...	<b>60</b>
Quadro 2 - Subtemas das categorias temáticas das unidades de significados – análise nomotética – convergências dos depoimentos dos três grupos de sujeitos.....	<b>61</b>
Quadro 3 - Temáticas, objetivos e hipóteses desenvolvidos por artigos.....	<b>63</b>



## SUMÁRIO

## SUMÁRIO

### RESUMO/ABSTRACT

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO E DA ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>25</b>
2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL INICIAL DO COMPLEXO HC – FAMEMA	26
2.2 A PROPOSTA DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO .....	27
<b>3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>30</b>
3.1 A REGULAÇÃO NA SAÚDE .....	31
3.2 A TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO	33
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>39</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO</b>	<b>41</b>
5.1 REFERENCIAL TEÓRICO .....	42
5.1.1 A integralidade da atenção no contexto da regulação assistencial ..	42
5.1.2 - A regulação assistencial na perspectiva de organização das redes de atenção à saúde.....	44
5.2 A FENOMENOLOGIA COMO VERTENTE METODOLÓGICA.....	46
5.2.1 Trajetória metodológica do estudo .....	49
5.2.1.1 Caracterizando a região do estudo .....	49
5.2.1.2 Delimitando a região do inquérito .....	52
5.2.1.3 Obtendo as descrições .....	53
5.2.1.4 Análise das descrições .....	55
<b>6. CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>57</b>
6.1 ANÁLISE IDEOGRÁFICA .....	58
6.2 ANÁLISE NOMOTÉTICA .....	58
<b>7. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>62</b>
O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NO AMBIENTE HOSPITALAR: VIVÊNCIA DOS SUJEITOS.....	64
A REGULAÇÃO HOSPITALAR E A INTEGRIDADE DO CUIDADO .....	69
O NIR COMO FERRAMENTA INOVADORA DA GESTÃO .....	76
<b>8. REFLEXÕES ACERCA DO DESVELAMENTO .....</b>	<b>84</b>
<b>9. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>87</b>
<b>10. ANEXOS</b>	<b>95</b>

<b>Anexo 1 – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	<b>96</b>
<b>Anexo 2 – Autorização de Mudança do Título do Trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa</b>	<b>98</b>
<b>11. APÊNDICES</b>	<b>101</b>
<b>Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e esclarecido</b>	<b>102</b>
<b>Apêndice 2 – Modelo de quadro analítico</b>	<b>104</b>
<b>Apêndice 3 – Modelo de síntese da análise ideográfica</b>	<b>108</b>
<b>Apêndice 4 – Entendendo as categorias temáticas</b>	<b>109</b>
<b>OBS: Segue anexo arquivo em CD na versão PDF das entrevistas Realizadas na íntegra, as sínteses das análises ideográficas e os quadros analíticos.</b>	



## **1 INTRODUÇÃO**

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade. Ao ser desenvolvido sob esses princípios, o processo de construção dos SUS visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população (BRASIL, 2000).

Esse processo de Construção do Sistema Único de Saúde – SUS “desencadeou tentativas de articulação de promoção, prevenção, recuperação, além de reabilitação - em dupla dimensão, individual e coletiva - através de ‘modelos alternativos’, ao incorporar métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais” (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Ao longo dos anos observam-se direcionamento do Ministério da Saúde (MS), por meio de portarias, normas e estratégias, que visam o acesso às ações e serviços necessários à otimização e reorganização da assistência, de modo a atender às necessidades de saúde da população.

Entre estas propostas encontra-se a descentralização das funções de execução, controle, avaliação e regulação do sistema de saúde, o que implica em mudanças estruturais, além da postura gerencial, com elaboração e desenvolvimento de novos métodos e instrumentos (BRASIL, 2002).

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

A regulação pode ser entendida como a ação regulatória, como ordenadora e orientadora dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre gestão e os vários serviços de saúde, ao constituir o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação das solicitações. Diz respeito à capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução, consideradas as condições clínicas do paciente, e o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa

assistencial mais adequada a cada caso (BRASIL, 2006a; 2006b; SANTOS; MERHY, 2006).

A proposta de regulação é entendida como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (BRASIL, 2006a).

Assim, a população será beneficiada na medida em que o acesso aos serviços de saúde é proporcionado de forma ordenada, evita-se as filas e garante o atendimento ao usuário em tempo oportuno, levando-se em consideração a sua necessidade de saúde. Por outro lado, o usuário não precisará se locomover muito para realizar marcações de consultas, exames ou cirurgias eletivas (OLIVEIRA, 2002).

Para a gestão, o processo regulatório favorecerá a resolução dos casos de forma eficiente, permitirá um conhecimento mais aprofundado e dinâmico de sua rede de saúde, o que favorece a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde de maneira ampliada. Um melhor controle sobre os gastos em saúde, melhor utilização dos recursos e qualidade da prestação de serviços de saúde (OLIVEIRA, 2002).

O maior desafio será a implantação de uma ferramenta capaz de compreender a multiplicidade de cenários, sujeitos, ações e interesses, com vistas a atender às necessidades dos usuários, isto é, que os priorize, garantindo-lhe os direitos constitucionais. Então, o que se observa é a crescente necessidade de criar estratégias capazes de estabelecer na prática a relação dos conceitos estabelecidos pelo SUS e a sua aplicabilidade, com grande ênfase ao acesso, aqui considerado como o acesso universal e gratuito, ao considerar suas especificidades, quer seja numa atenção integral assim como com qualidade (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; BRASIL, 2011).

Frente a tal política, na minha atuação enquanto parte de uma equipe gestora de um hospital que serve como referência para 62 municípios do interior do estado de São Paulo para os atendimentos que demandam alta densidade tecnológica, portanto de nível terciário, tem-se como um grande problema a deficiência de leitos, o que leva a perpetuação de uma situação bastante crítica, com pacientes em estado grave sendo mantidos no pronto socorro, em condições que pouco auxiliam na sua recuperação. Sendo assim, foi proposto a implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR), com a finalidade de apoiar as equipes na otimização dos leitos,



no qual passei a fazer parte, procurando adequar à deficiência de vagas de forma a garantir um acesso mais igualitário e justo a todos que necessitam dessa modalidade de cuidado.

Na perspectiva de atender os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde e considerando o atual contexto da utilização de leitos hospitalares - envolto a oferta insuficiente em relação à demanda - questiono se a instalação do Núcleo Interno de Regulação, enquanto instrumento de gestão, leva a melhoria no fluxo dos leitos?



## **2 APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO E DA ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

## **2 APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO E DA ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

### **2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL INICIAL DO COMPLEXO HC-FAMEMA**

A instituição em tela trata-se do complexo hospitalar da Faculdade de Medicina de Marília, se constitui na principal porta de entrada para urgência e emergência - tanto ao município, como para toda a região - além de atender à demanda espontânea, pacientes referenciados pelas unidades de atenção primária e ambulatórios de especialidades da própria instituição.

Em razão de essa instituição ser referência para uma regional de saúde, com alta demanda, sempre se observou dificuldades referentes à adequação da oferta do serviço ao fluxo de pacientes.

A proposta de implementação do núcleo de regulação de leitos, no Complexo HC – Famema, surge em efeito as essas dificuldades e como decorrência de uma análise dos indicadores hospitalares - que traziam uma permanência muito elevada dos pacientes nas enfermarias, acima dos padrões estabelecidos, e uma dificuldade de internação por falta de leitos que acarretaram em um pronto-socorro superlotado, com pacientes internados pelos corredores, com excessiva ocupação dos leitos de observação, o que transforma o pronto-socorro numa unidade de internação, e não numa unidade de estabilização de paciente em situação de urgência.

A maior parte dos leitos das unidades hospitalares do complexo historicamente foi utilizada de forma não racionalizada - com baixa rotatividade de pacientes graves, com alta permanência de pacientes de altas nas UTIs, em pós-operatório no Centro Cirúrgico e no Pronto Socorro e na sala de emergência, com consequente descaracterização das enfermarias, com direcionamento de pacientes graves a essas alas.

Também se observava questões culturais na instituição que se perpetuam ao longo dos anos, como a cultura de “donos de leitos”, assim como o uso político dos leitos. Outra característica frequentemente encontrada é a da necessidade do paciente permanecer hospitalizado para garantia de leito para o pós-operatório, mesmo estando este em condições de aguardar o procedimento no domicílio.

Finalmente, o que se observava era um desconhecimento da real taxa de pacientes eletivos, ou seja, um desconhecimento da demanda cirúrgica em espera, o que perpetua a alta demanda nos ambulatórios pertencentes à instituição, e

consequentemente a não garantia de atenção/cuidado a pacientes de baixa e média complexidade, alimenta-se assim um círculo que reafirma a perpetuação do fluxo inadequado de atenção no PS.

Em decorrência desta situação apresentada, havia grande insatisfação das equipes multiprofissionais pela insuficiência de leitos para a internação, e consequente uso do pronto-socorro para as internações eletivas.

## 2.2 A PROPOSTA DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

O NIR foi implantado efetivamente em Outubro de 2010, seu objetivo era otimizar os recursos existentes, melhorar a qualidade da assistência aos pacientes e sua satisfação, assim como dos profissionais envolvidos neste processo de trabalho.

Para isso, a Superintendência do Complexo Assistencial da Famema, constituiu um Grupo de Trabalho destinado a elaborar a proposta de implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR), definido como uma ferramenta de gerenciamento do fluxo do paciente no Complexo Assistencial da Famema.

Conforme pontuado no Protocolo Institucional do Núcleo Interno de Regulação (2010), seu eixo central é o gerenciamento interno dos leitos com a finalidade de produzir melhor adequação da internação dos pacientes, reduzir o tempo de espera para internação. Em decorrência a esta organização interna, também tem a finalidade de melhorar a satisfação nos profissionais do serviço, à medida que pode utilizar sua competência para o cuidado, por utilizar menos tempo preocupando-se com a disponibilização dos leitos, além de diminuir os conflitos.

A proposta do NIR pode ser sintetizada como aquela que congrega, com um conjunto de profissionais que se responsabiliza por controlar internamente os leitos hospitalares e oportunizar a internação dos usuários que necessitam da resolução de seus problemas.

Funções do NIR:

- Apoiar o fluxo do paciente no complexo hospitalar, considerando a dinamicidade do processo saúde/doença.
- Regulação dos leitos das unidades de internação.

- Estimular a criação de protocolos clínicos: baseado no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência.
- Implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), por propor o compartilhamento das informações, em encontros de discussões multidisciplinares.
- Monitoramento do Tempo Médio de Permanência (TMP).

Na rotina cotidiana, os profissionais do NIR, desenvolvem este processo através da busca ativa de casos nas unidades de internação, no sentido de identificar o TMP, bem como a evolução dos casos, procura identificar os fatores que estão relacionados à alta permanência das internações, bem como a adequação dos casos já internados de acordo com o grau de complexidade, além das características das unidades de internação, propondo a transferência de pacientes entre as unidades do complexo e hospitais de retaguarda.

Também é feito o atendimento via telefone ou presencial, em grande maioria as equipes médicas, quer seja para a internação dos pacientes eletivos como também para a melhor adequação dos casos já internados.

A proposta de regulação foi iniciada pela Unidade I do Complexo (HCI) devido ao maior volume de demandas, considerando a alta complexidade dos pacientes atendidos e do número alto número de especialidades que compõem as equipes médicas desta unidade.

Concomitantemente à proposta de implantação da regulação interna, teve também a abertura de mais uma unidade de internação que compõe o complexo, e que apresenta como característica principal dar vazão a casos de baixa e média complexidade, demandados do PS ou principalmente a casos de cirurgias eletivas

Essa proposta também serviu como subsídio de gestão de leitos para o NIR, uma vez que favorece a adequação dos casos, conforme a complexidade dos mesmos, e conseqüentemente auxilia na reorganização interna do setor de urgência e emergência. A essa nova unidade do complexo HC, inicia-se pautada em princípios e diretrizes propostos pelo próprio NIR - como o trabalho em equipe interdisciplinar, cogestão, clínica ampliada, clínica do sujeito, entre outras - o que auxilia na reestruturação da gestão hospitalar.

Vale salientar que, a proposta de regulação do Complexo Famema, acontece de forma interna às unidades de internação do mesmo, bem como para transferências externas para alguns casos específicos, compartilhados com a central de regulação da DRS- Marília.

Portanto, a regulação do Complexo Famema, não apresenta características de regulação do fluxo municipal direto ou vínculo com a regulação de vagas do estado, uma vez que tem por finalidade dar vazão aos casos provenientes do próprio serviço interno, ao considerar o seu caráter de referência regional, entendendo aqui pacientes provenientes do eletivo, do pronto-socorro ou dos ambulatórios de especialidades.



### **3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 A REGULAÇÃO NA SAÚDE

A definição da terminologia “regulação” apresenta diferentes interpretações e aplicabilidades, e essa multiplicidade é advinda conforme o seu contexto de utilização. No setor saúde sua interpretação ocorre como “regulação de acesso do usuário aos serviços e ações de saúde”, cuja concepção, ainda que restrita, é advinda da NOAS – 01/02 (BRASIL, 2006d).

Já segundo a Política de “Regulação”, o ato de regulação é um conjunto de ações que dirigem, ajustam, facilitam ou não, determinados processos e está intimamente relacionada ao ato de regulamentação; enquanto ação social, ajunta-se a esse conceito as ações mediadas por sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, e no setor saúde, a regulação compreende o ato de elaborar regulamentação facilitadora (BRASIL, 2006a).

Ao longo da história, a regulação assumiu a característica de ser uma ação de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação, com características específicas de ação complexa, ao considerar os diferentes serviços e ações prestados aos diferentes públicos alvos, sejam na atenção individual ou coletiva e que requerem distintos cenários de atenção (BRASIL, 2011).

O ato de regular em saúde é caracterizado pelo campo de prestação de serviços realizados pelos diferentes atores e instituições, e representa a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução de forma a corrigir falhas na oferta e aumentar o bem estar social (SANTOS; MERHY, 2006; BRASIL, 2011).

Pode se entender ainda que a regulação sofre a intervenção do estado na economia e na atividade social; pode ser caracterizada do ponto de vista do acesso cotidiano do usuário (microrregulação), assim como na definição das políticas nas instituições (macrorregulação) (SANTOS; MERHY, 2006; BRASIL, 2011).

Essa regulação estatal inclui todas as atividades governamentais que de alguma forma afetam as operações da indústria privada ou a vida dos cidadãos, assume assim, a importância ampliada e se materializa nas agências reguladoras. Ela se dá quando o estado, assume o seu papel de mediador coletivo, exercitando um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as



regras pre-estabelecidas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais e a satisfazer as demandas, necessidades, além da representação da população (MENDES, 2002; BRASIL, 2011).

Diversos fatores justificam a necessidade de regulação estatal no setor saúde:

- Procurar amenizar falhas na produção e na oferta de ações e serviços de saúde, assim como a adequação da oferta à demanda;
- Resolver o problema do uso inadequado ou da introdução de novas tecnologias sem critério no sistema de saúde; planejar a oferta de acordo com as necessidades dos usuários, e não em detrimento de interesses pessoais;
- Garantir padrão de qualidade na atenção prestada, respeitando-se princípios de resolutividade e racionalidade;
- Amenizar o problema de presença de leitos e falta de vagas para diversas modalidades de tratamento,
- Organizar um modelo de atenção à saúde que seja mais eficiente e resolutivo (BRASIL, 2011; FARIAS et al, 2011).

O modelo regulatório adotado no SUS é burocrático, do tipo estatal normativo e escalonado, com vários órgãos públicos envolvidos nesse processo (Ministério da Saúde, Conselhos de Saúde e Comissão Intergestores, além das funções do legislativo e judiciário), com a participação tripartite – Estado, prestador de serviço e usuário – reunidos no espaço institucional do Conselho Nacional de Saúde, que tem como uma das funções principais a formulação e o controle da execução da Política Nacional de Saúde (FARIAS, 2009).

Assim, os objetivos da regulação no setor saúde são:

- Contribuição para a produção das ações de saúde no que diz respeito ao provimento de estrutura física, equipamentos, profissionais, habilitação a graus de complexidade;
- Estabelecer as relações contratuais;
- Rever e acompanhar o exercício das profissões em saúde;
- A adequação da oferta e da demanda de serviços;
- Promover e incentivar a implantação de protocolos assistenciais para o cuidado;
- Controle e avaliação de custos e gastos em saúde;

- Estabelecer fluxos de atendimento,
- Entre outros como: acompanhar a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos, condições de trabalho e ambientes.

Neste sentido, o processo regulatório, por intervir positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, apresenta um alto potencial de atuação sobre a oferta de serviços, exercendo o controle sobre os prestadores de serviços, seja na ampliação como no remanejamento da oferta programada, provendo a equidade do acesso, garantindo a integralidade, ou seja, a adequação da oferta em relação à demanda dos cidadãos (BRASIL, 2002).

### 3.2 A TRAJETÓRIA DE CONSTRUÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

O conceito “regulação” na área da saúde pode ser encontrado tanto no contexto atual da privatização e mercantilização, como na inserção do Estado no setor.

Enquanto sistema de saúde, a regulação encontra-se na função do Estado ordenar as relações de produção e distribuição de recursos, bens e serviços de saúde, considerando-se que o mercado contemporâneo não garante aos seus consumidores todos os benefícios esperados, ou seja, a eficiência do serviço prestado - cabe ao Estado a garantia dessa excelência, procurando otimizar os custos, benéficos e a equidade através da regulação do mercado (BRASIL, 2011).

A saúde no Brasil, embora constitucionalmente garantida, resulta num modelo em que há uma forte relação entre o público e o privado; é caracterizada pela dualidade de atenção prestada - numa vertente está o serviço público, e de outra, uma parcela significativa de serviço privado, subsidiados pelo Estado (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, observa-se que a condução do setor saúde público-privado, está relacionada às crescentes reformas no setor saúde, as quais proporcionaram a entrada de empresas multinacionais em programas financiados com recursos públicos (IRIART; FRANCO; MERHY, 2011).

Tal conformação entre o público/privado preencheu lacunas e procurou suavizar as contradições sociais, assim como introduziu conceitos como contenção de custos, custo-benefício, que modificaram o conceito de cuidados de saúde-

doença, e conseqüentemente limitando também o acesso aos serviços de saúde (IRIART, FRANCO e MERHY, 2011).

A regulação do estado sempre esteve intimamente relacionada ao complexo médico industrial, as corporações profissionais, os seguros e os planos de saúde, ou seja, com uma base fortemente relacionada entre o público e o privado, seja no que refere-se a regulação da assistência, e todo o contexto relacionado, como a provisão de serviços e financiamento. Ao estado associa-se a função de organização da clientela, o financiamento, alguns autores concluem que o perfil adotado é a de privatização precoce do sistema de saúde brasileiro (ELIAS, 2004).

Essa configuração público/privado na história do sistema de saúde brasileiro sofre uma forte influência economicista, uma vez que garante a manutenção e o desenvolvimento das forças econômicas dentro do modelo estabelecido no Brasil, ou seja, é uma expressão de mercantilização (ELIAS, 2004; SANTOS; MERHY, 2006).

Ao longo da história observa-se que as reformas no sistema de saúde acompanharam as reformas do Estado, por meio de um conjunto de leis e normas, que subsidiaram a ação regulatória na saúde.

E nessa evolução histórica, tem-se que um dos marcos legais - que apontam como o princípio de uma forma mais estruturada de regulação na saúde - a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas-SUS 01/2001), por estabelecer a descentralização de forma hierarquizada e regionalizada, objetivando a organização da regionalização da assistência à saúde (BRASIL, 2001; 2002; 2011; OLIVEIRA, 2002).

A Noas – 01/2001, foi substituída pela Noas – SUS 01/2002, sendo nessa agora, a regulação propriamente dita - é apresentada relativa ao acesso de usuários aos serviços de saúde, induzindo-se ao controle de acesso e a adequação de demanda à oferta; definiu mecanismos para a organização do fluxo de referência e contrarreferência, e a estruturação das ações de regulação assistencial por meio de complexos reguladores (BRASIL, 2001; 2002; 2011; OLIVEIRA, 2002).

Assim, a “Regulação Assistencial” é entendida como “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” (BRASIL, 2001; 2002; 2011; OLIVEIRA, 2002).

A NOAS/SUS 01-2002 pulverizou o conceito de regulação como sinônimo de regulação de acesso dos usuários a serviços de saúde. Uma concepção restrita de regulação, e que, portanto, induzido à iniciativa de controle de acesso, e adequação da oferta (BRASIL, 2011; BRASIL, 2006d).

Na portaria SAS/MS 423/2002 foram apresentadas as atribuições de cada nível do governo no que concerne o controle, a regulação e a avaliação da assistência à saúde no SUS, enfatiza a importância de se garantir a regulação do acesso por meio de sistemas funcionais, disponíveis a gestores estaduais e municipais do SUS. Foram também ratificadas as diretrizes de uma política de regulação, controle e avaliação, que já estavam delineadas na Noas-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002a; OLIVERIA, 2002; ROHDE; DOBASHI; OLIVA, 2009).

A portaria 1101/GM – 2002 estabelece parâmetros e diretrizes técnicas de orientação dos gestores do SUS, nas diferentes esferas de governo, no que concerne ao planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, o que possibilita a análise da oferta de serviços assistenciais à população, ao considerar parâmetros assistenciais, estatísticos e epidemiológicos (BRASIL, 2002).

A partir da portaria SAS/MS 729/2002, foram estabelecidos indicadores para a orientação, elaboração, avaliação, e implementação dos planos de controle, regulação e avaliação de estados e municípios (BRASIL, 2002b).

A portaria GM/MS 399/2006, Pacto pela Saúde - trata da consolidação do SUS, e no seu componente gestão, possibilita a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde, através da definição de Regulação como uma diretriz; define as devidas responsabilizações de acordo com a esfera de governo. As ações de Regulação da atenção à Saúde compreendem a contratação, a regulação do acesso à assistência ou Regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária, bem como a regulação dos prestadores de serviços (OLIVEIRA, 2002; BRASIL, 2006; 2006c).

A Política Nacional de Regulação da atenção à saúde insere-se, portanto, como um componente do Pacto pela Saúde, visa criar condições para responder às necessidades de saúde da população, procura adequar a demanda à real oferta dos

serviços, reafirmada pelos princípios e diretrizes do SUS, no sentido de viabilizar o acesso equânime e oportuno à atenção integral e de qualidade, com vistas à universalidade e à garantia dos direitos sociais, pautada em três eixos estruturantes, 1. recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos complexos reguladores, 2. Instrumentos para a operacionalização dos complexos reguladores e 3. Programa de capacitação permanente de recursos humanos (BRASIL, 2006a; 2006b; BRASIL, 2011).

A política de regulação da atenção à saúde deve enfrentar a questão da demanda real e demanda artificial, considerando a oferta potencial e a oferta existente, para criar as condições de resposta às necessidades reais para os serviços de saúde (BRASIL, 2006b, p.74).

A regulação do acesso ou regulação assistencial é definida por um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de Saúde e o acesso a esses. Para responder às diretrizes do SUS, deve-se viabilizar o acesso do usuário aos serviços de Saúde, de forma a adequar, à complexidade de seu problema, a gama de tecnologias exigidas para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz (BRASIL, 2011, p.481).

A portaria 1571/2007, estabelece incentivos financeiros destinados à implantação e implementação de complexos reguladores, respeitadas diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

A portaria 1559/GM/MS/2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, organizando a regulação em saúde em três dimensões:

1) Regulação dos Sistemas de Saúde, direcionado aos três níveis de governo, definindo as macro diretrizes para a regulação;

2) Regulação da atenção à Saúde exercida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, garante a adequada prestação de serviços à população e aos prestadores públicos e privados, define estratégias e macro diretrizes para a regulação do acesso e o controle da atenção à saúde,

3) Regulação do acesso ou Regulação assistencial, referente à organização, o controle, o gerenciamento e à priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS, exercidos por seus respectivos gestores públicos, estabelecido pelo complexo regulador e suas unidades operacionais (BRASIL, 2008).

Estes complexos reguladores, são estratégias para regular a oferta e a demanda em saúde, através da organização do conjunto de ações de regulação do acesso à assistência, de maneira integrada, articulada, pode ter abrangência

intramunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, com pactuação nas três esferas de gestão (BRASIL, 2008).

Portaria 2907/2009, dispõe sobre o financiamento para a implantação e implementação de complexos reguladores e informatização das unidades de saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

Os complexos reguladores podem ser compostos por centrais de regulação, que compõem a ação meio, e que são estruturas básicas que compõem o complexo regulador, entre elas a central de regulação de urgência, de internação, além das consultas e procedimentos ambulatoriais, entre outras, sendo ainda possível se trabalhar com centrais de regulação específicas que atuam em universo menor de procedimentos (BRASIL, 2006a; 2006b).

Alguns autores corroboram com a idéia de que as centrais de regulação são importantes ferramentas para a mediação do acesso dos usuários ao serviço de saúde, por adequar recursos às necessidades demandadas pelos usuários, propiciando uma atenção mais equânime e de qualidade ao usuário SUS (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008).

Algumas reflexões contribuem, no sentido de se fazer valer o princípio da descentralização preconizado pelo SUS, com o objetivo principal de promover uma atenção integral. Tal estratégia pode ser atendida a partir da responsabilização das esferas de gestão, apoiados pelo nível central, com estratégias para o enfrentamento de problemas de saúde locais, ao levar em consideração a conformação específica em cada contexto particular, bem como os princípios e diretrizes do SUS, o que se permite conhecer assim, cada especificidade, e as reais necessidades locais (MERHY; FUERWERKER; CECCIM, 2006).

E de acordo com o perfil histórico e legal acima descrito, observa-se um movimento de estados e municípios, com vistas à implantação da regulação, quer seja no âmbito de complexos reguladores ou de centrais de regulação, assim como numa preocupação das regulações intrainstitucionais, com a regulação "*in loco*" - "estratégia de gestão" dos serviços de saúde - com vistas a contemplar o acesso dos usuários a um serviço de saúde de forma equânime e universal, de acordo com as necessidades de saúde desses usuários, e o mais importante, que seja uma atenção prestada em tempo oportuno.

Alguns estados e municípios brasileiros apresentam iniciativas ou propostas de implementação de modelos de regulação, o estado do Rio de Janeiro iniciou, em

1999, uma proposta de implementação de uma Rede de Centrais de Regulação, com a criação de Núcleos internos de regulação em todos os hospitais públicos das três esferas de governo/2005 (RIO DE JANEIRO, 2005). Goiânia passou a assumir o controle efetivo do acesso dos serviços e ações prestados pelo SUS, através da instalação do Complexo Regulador/2008 (TRIBUNA, 2008). Na Bahia - A Política Estadual de Regulação/2011, propõe a implantação de centrais de regulação (SESAB, 2011). Pernambuco/Bahia - Macrorregião Interestadual do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco/Bahia, implementou ações compartilhadas que serão desenvolvidas no Complexo Regulador Interestadual, localizado em Juazeiro-BA (FESF, 2011). O estado de São Paulo – Cria a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde-CROSS (CONASS, 2010). Já no Ceará – Hospital Infantil Albert Sabin, cria o NIR (HIAS, 2012). Minas Gerais/ 2006 - Projeto Estadual de Regulação Assistencial (CIB, 2006). Mato Grosso do Sul – o Hospital Regional do Mato Grosso do Sul implantou o NIR (BITENCOURT, 2010).



## **4 OBJETIVOS**



#### **4 OBJETIVOS**

1. Conhecer a percepção dos gestores em relação ao processo de elaboração, implantação e implementação do NIR.
2. Conhecer a percepção de enfermeiros e médicos, que atuam no NIR sobre a implantação e o funcionamento do NIR.
3. Compreender as fragilidades e potencialidades das ações desenvolvidas pelo núcleo a partir da percepção de médicos e enfermeiros que vivenciam o processo de regulação de leitos no complexo HC.



## **5 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO**

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Nesta pesquisa a fenomenologia foi utilizada enquanto referencial metodológico apenas e o referencial teórico adotado foi o referencial da integralidade, considerando o arcabouço legal e conceitual do Sistema Único de Saúde e a regulação na perspectiva das redes de atenção à saúde.

### 5.1 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 5.1.1 - A integralidade da atenção no contexto da regulação assistencial

Em resposta à característica histórica do sistema de saúde no Brasil - que observamos e vivenciamos ao longo da sua trajetória de constituição, e que ainda perpetua nos dias de hoje temos como caminho sinalizador de enfrentamento, um leque de propostas estruturadas pelo SUS, baseadas em princípios e diretrizes já amplamente divulgados.

Entre estes, mais especificamente neste estudo, nos propomos à abordagem da integralidade da atenção, por se tratar de um dos princípios que se relaciona intimamente com a temática aqui em questão, e que converge para o seu objetivo final - o acesso oportuno, contínuo e integral na saúde, intermediado pela regulação assistencial.

Inicialmente e frente às diferentes definições encontradas em relação ao conceito do termo “integralidade”, passamos aqui a interpretá-la de acordo com a proposta encontrada em diferentes citações, que a classifica em três eixos/vertentes:

1- Aplicado às características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a problemas de saúde, ou seja, a interação entre políticas públicas em intersetorialidade.

2- Relacionado aos aspectos da organização dos serviços de saúde horizontalizados, com atendimentos sequenciais, e o monitoramento do percurso.

3- Voltado para os atributos das práticas em saúde, a partir de um olhar integral e ampliado do cuidado (MATTOS, 2004; SILVA, 2011).

Pode assim, ser entendida como a boa prática em saúde, em uma abordagem integradora de cuidados necessários; mas também em uma vertente relacionada ao modo de organização das práticas, com vistas a articular a prática assistencial a

prática de saúde pública, numa atenção que contemple as diferentes demandas advindas dos usuários, seja a espontânea ou a programada, organizada a partir das reais necessidades de saúde, apreendidas epidemiologicamente; e também a um eixo relacionado às políticas específicas ou especiais no sistema de saúde (MATTOS, 2004; MORAES, 2006).

Um aspecto fundamental a ser destacado aqui nesse estudo é o da vertente da integralidade como eixo norteador das ações e serviços em saúde, numa lógica de gestão do cuidado. Permite identificar e intervir em necessidades percebidas, não necessariamente demandadas diretamente pelos usuários, ou seja, tomar a integralidade numa nova proposta de agir social, e até numa nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permite assim, o aparecimento de ações inovadoras (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Na integralidade adota-se um modelo de cuidado, que atenda necessidades preventivas associadas às necessidades assistenciais, aproveitando as oportunidades de encontros para a ampliação do olhar às necessidades assim como para a ação, com práticas intersubjetivas, e para isso necessita-se de uma prática dialógica, compartilhada, com ações e serviços, com integralidade (MATTOS, 2004; FEVERWERKER, 2011).

Assim, a integralidade pode ser adotada por diferentes aspectos, entre eles o da construção ou organização de “redes de serviços”, como forma de integração dos diversos níveis de atenção e assistência.

Ainda em continuidade ao arcabouço de aplicabilidade deste princípio, numa maior aproximação com os objetivos do estudo em questão, tem-se uma abordagem mais específica no ambiente hospitalar, tomada a partir de dois ângulos distintos: o da integralidade no ambiente hospitalar em si, e o da integralidade tendo como referência a inserção do hospital no sistema de saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Do ângulo da integralidade na gestão hospitalar como parte de um sistema de saúde, ou pertencente a uma intrincada rede de cuidados, o hospital pode ser pensado enquanto elemento fundamental da integralidade do cuidado. Isto se este for de forma ampliada, numa perspectiva de continuidade do cuidado, num movimento contínuo de conectar o hospital, de forma mais adequada, à rede de serviços de saúde, pensando em dispositivos capazes de articular o atendimento hospitalar de continuidade do cuidado regular e apropriado em outros serviços de rede (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

“A integralidade do cuidado é tarefa de rede. A gestão do hospital centrada no cuidado deverá aprender a trabalhar, de forma radical, o hospital como apenas umas das estações da rede do cuidado.” (PINHEIRO; MATTOS, 2003, p.209).

Assim, com o princípio da integralidade, associa-se a integração, além do cuidado individual integrador, é preciso que haja uma rede de serviços organizados, sem barreiras à demanda socialmente constituída, e que favoreça ao acesso a um sistema com cuidados integrais (MORAES, 2006; CONIL, 2004).

#### 5.1.2 - A regulação assistencial na perspectiva de organização das redes de atenção à saúde.

Vivenciamos atualmente uma fase de transição da situação de saúde da população, ocasionado pela mudança de perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, marcado pelo aumento de doenças crônicas - um aumento de condições de saúde de causas externas, e uma persistência de doenças parasitárias, infecciosas entre outras, o que coloca na pauta de discussão atual e conseqüentemente nos convida a refletir a necessidade de se desenvolver um cuidado à saúde que contemple estas condições crônicas, concomitantemente às condições agudas. No entanto, existe atualmente uma dificuldade dos sistemas de saúde em acompanhar esta tendência (OMS, 2003).

Em conseqüência a estas condições de saúde, vivemos uma situação de crise e, para superá-la é preciso que haja um equilíbrio desta com o sistema de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Para que o sistema de saúde possa caminhar de forma a atender as necessidades das pessoas, é preciso que respondam aos desafios de um mundo em mudança, por meio de reorientação substancial do processo de organização dos serviços de saúde.

Para isso, se faz necessário o redirecionamento de ações e serviços, tendo como base a superação do modelo fragmentado de saúde que vivenciamos, e é neste sentido que aparece a proposta das redes de atenção à saúde (MENDES, 2010; BRASIL, 2010; OMS, 2008).

Enquanto arcabouço legal, a portaria 4279\2010 – estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde, como uma estratégia para a

superação da fragmentação da atenção e da gestão na saúde, e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, possibilitando a qualificação da gestão do cuidado.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas, caracterizadas por um rearranjo organizativo de um conjunto de serviços de saúde, com objetivos em comum, para tanto estabelecendo ações compartilhadas e interdependentes, de forma horizontalizada, integrando os sistemas de apoio e de gestão, conseqüentemente, ofertando um cuidado em saúde integral e longitudinal (MENDES, 2009; 2010; LAVRAS, 2011).

Segundo o conceito amplamente difundido, pelas duas fontes a seguir:

As redes de atenção à saúde se constituem de “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

“Uma rede de organização que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população que serve”. (OPAS, 2011, p.45)

Outra característica encontrada é que estas redes podem ser constituídas por três elementos fundamentais, a própria população e suas necessidades de saúde reais e contextualizadas como o centro da atenção; a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam estes nós, e o modelo de atenção à saúde vigente considerando para tanto a sua dupla característica crônica/aguda da situação de saúde da população (MENDES, 2010).

Neste contexto, tais redes tem se mostrado mais eficaz quando tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo norteador da proposta, ou seja, como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, visto a sua relevância na continuação do cuidado pela maior proximidade com o real contexto onde os usuários estão inseridos.

A APS deve constituir a base dos sistemas de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis, uma maior equidade no estado de saúde da população e a integralidade no cuidado (OPAS, 2010, 2011).

Como ponto chave desta discussão e finalizador desta temática, citamos a

afirmação da OPAS (2011), que trata da associação conjunta das redes de atenção à integralidade da atenção: “A integralidade só será alcançada com a constituição de uma rede de atenção e cuidado qualificada e integrada, tanto em nível primário, como secundário e terciário, além de inter-relacionada com outras políticas”

## 5.2 A FENOMENOLOGIA COMO VERTENTE METODOLÓGICA

Dentro das várias modalidades da pesquisa qualitativa, a opção por trabalhar com a fenomenologia deve-se à possibilidade de se estudar o fenômeno a partir da experiência vivida pelo sujeito.

Essa predileção à fenomenologia baseia-se na afirmação de Martins (1983): “Se é com seres humanos que vamos lidar, então devemos buscar a essência e a natureza constitutiva desses seres humanos que se colocam diante de nós”.

A palavra "fenomenologia" deriva de duas expressões gregas: "*phainomenon*" (fenômeno) - que significa aquilo que se mostra por si mesmo, o manifesto; e "*logos*" que tem o significado de discurso esclarecedor. Deste modo, fenomenologia é o discurso esclarecedor daquilo que se mostra a si mesmo. Do verbo "*phainesthai*", assume a conotação de mostrar-se, desvelar-se. Fenômeno é, pois, tudo o que se manifesta ou se desvela ao sujeito que o interroga (MARTINS, 1983; 1990).

O ponto fundamental da fenomenologia está na **descrição** fenomenológica. A relevância da descrição não está na explicação ou na análise, mas sim como forma de ir-as-coisas-mesmas. Como primeiro momento da trajetória fenomenológica, a descrição envolve três elementos: a percepção, a consciência que se direciona ao mundo-vida e o sujeito-pessoa que se vê capaz de experienciar o corpo-vivido por meio da consciência. Pode ser obtida com uma leitura do texto da entrevista ou relato do princípio ao fim, sem pretender-se a qualquer interpretação do exposto.

Como segundo momento da trajetória metodológica tem-se a **redução** fenomenológica, cujo objetivo é selecionar quais partes da descrição são essenciais e quais não o são, isto é: as partes da experiência que são partes verdadeiramente da consciência, diferentemente daquelas que são suposições. O propósito desta etapa é isolar o objeto da consciência, as coisas, as pessoas, as emoções, e para isso se utiliza a reflexão sobre as partes da experiência (também denominada de

variação imaginativa), que parecem possuir significados cognitivos e afetivos, imaginando cada parte como presente ou ausente na experiência.

Por meio da análise do contexto e possíveis eliminações, o pesquisador está capacitado a reduzir a descrição daquelas partes que são essenciais para a existência da consciência da experiência.

Descrição difere de explicação, pois estes dois conceitos divergem fundamentalmente para a fenomenologia; visto que descrever um fenômeno fenomenologicamente implica selecionar uma área de inclusão e uma área de exclusão. A explicação está na área da exclusão. A fenomenologia aborda inicialmente o campo da experiência pura, e procura eliminar a explicação ou explanação (MARTINS; DICHTCHEKENIAN, 1984).

O pesquisador precisa concentrar-se criteriosamente até encontrar lugar na descrição e viver a situação imaginativamente em todos os pormenores (MARTINS; BICUDO, 1989).

A **compreensão** fenomenológica surge em conjunto com a interpretação da linguagem do sujeito. Este momento é uma tentativa de especificar o “significado”, que é essencial na descrição e na redução, como forma de investigação da experiência. É natural que o pesquisador volte a ler o texto tantas vezes as quais julgue necessário, com o objetivo de discriminar “unidades de significado”, que apontem para a experiência do sujeito, isto é, que apontam para a consciência que este tem do fenômeno.

Inicialmente devem ser percebidas discriminações espontâneas do sujeito. Posteriormente, o pesquisador transforma as expressões cotidianas desse, em expressões próprias de discursos que sustentam o que se busca (na procura por elucidar os aspectos psicológicos em profundidade adequada ao acontecimento) e, finalmente, o pesquisador organiza uma síntese das unidades de significado, que resulta das análises dos vários sujeitos da pesquisa. É preciso integrar os *insights* (significa evidência e refere-se àquilo que se doa à consciência e é, no seu sentido mais elevado, um ato de razão) contidos nas unidades de significados em uma descrição consistente da estrutura situada do fenômeno.

Na sequência, conforme aponta Juliani (1996), o pesquisador, que realizou a análise psicológica do individual, detendo-se à descrição de cada um dos sujeitos (também denominada análise ideográfica), realizará a análise nomotética (também



denominada análise psicológica do geral), buscando as convergências e divergências presentes entre as diversas descrições.

A análise ideográfica refere-se ao emprego de ideogramas, ou seja, representação de ideias por meios de símbolos. Trata-se da análise da ideologia das descrições ingênuas do sujeito. A origem do termo está em ideografia, que se refere à representação de ideias por meio de símbolos gráficos (MARTINS; BICUDO, 1989).

O pesquisador deve partir de cada descrição individual ingênuas e procurar analisá-la psicologicamente, expressando o que encontra na forma que lhe parece mais reveladora do caso particular investigado (MARTINS; BICUDO, 1989). Ao fazer isso, ele isola as unidades de significado para fazer a análise psicológica e, ao mesmo tempo em que descobre, atribui significado àquilo que está descobrindo e vendo. O *insight* psicológico é tanto uma descoberta, quanto uma criação.

A análise nomotética refere-se à generalidade e à passagem do individual para o geral. Parte-se da abordagem ideográfica ou estrutura psicológica individual para a estrutura psicológica geral e o que se objetiva é a compreensão das convergências e das divergências que se encontram nos casos individuais (MARTINS, 1992).

Para chegar à compreensão do fenômeno, recorri à entrevista como forma de obter os depoimentos dos sujeitos que vivenciam a situação em questão “**A elaboração da proposta, a implantação e implementação do Núcleo Interno de Regulação no complexo HC – Famema.**”, visto que é através da linguagem que o ser se manifesta, que ele se torna presente. A fala remete o ser ao mundo e possibilita que o desvelado chegue à sua efetiva revelação.

Observa-se ainda a contribuição quando colocam que: “a entrevista é a única possibilidade que se tem de obter dados relevantes sobre o mundo-vida do respondente. Ao se entrevistar uma pessoa, o objetivo é conseguir descrição tão detalhada quanto possível das vivências do entrevistado” (MARTINS; BICUDO, 1989).

Assim sendo, tem a conotação de uma ciência voltada para as "experiências vividas", cujo pano de fundo é a realidade, o dia a dia, ou seja: o mundo (GOMES, et al, 2008).

Assim, a metodologia fenomenológica, considerando que coloca em evidência o homem e suas relações com o mundo e suas intersecções entre si, proporcionará

uma melhor compreensão dos sujeitos em sua perspectiva, ou seja, na percepção dos sujeitos que vivenciam o fenômeno em questão, o que vem ao encontro das tendências propostas pelas diretrizes e princípios do SUS.

Neste sentido a escolha pela fenomenologia no presente estudo se dá pela possibilidade de contribuir na superação das dificuldades de acesso, bem como da influência positivista na saúde, expressa pela visão focada na doença, na fragmentação do sujeito, no reducionismo ao biológico, vindo ao encontro das diretrizes e princípios propostos pelo SUS, procura com isto, vislumbrar os sujeitos do mundo e sua vivência, tal como ela se apresenta, puramente vivido ou experimentado nos significados e na percepção do ser humano-sujeito em relação ao fenômeno apresentado.

### 5.2.1 Trajetória metodológica do estudo.

#### 5.2.1.1 Caracterizando a região do estudo

A presente etapa tem por finalidade demonstrar o contexto de inserção dos sujeitos desta pesquisa.

O município de Marília foi fundado em 04/04/1929 e está situado no Centro Oeste Paulista, a uma distância de 376 Km, em linha reta, da capital do estado, e possui uma população de 224.094 habitantes (IBGE, 2010).

Em junho de 1998 a atenção à saúde passou a atuar na forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde, segundo a NOB 01/96.

O município mantém parcerias na assistência à saúde com Entidades do município - Hospital Espírita de Marília, Maternidade Gota de Leite, APAE, Santa Casa de Misericórdia de Marília e com o Complexo Assistencial Famema o que favorece a articulação com a atenção secundária e terciária, e permite a garantia de um sistema de referência mais resolutivo para toda a rede de atenção básica.

O município corresponde à área do Departamento Regional de Saúde IX, para a atenção à saúde, com área de abrangência para 62 municípios, agrupados em cinco microrregiões (Marília, Assis, Ourinhos, Adamantina e Tupã), com uma população aproximada de 1.200.000 habitantes.

Neste contexto, o Complexo Famema se integra à rede de atenção à saúde da DRS IX.

A Famema foi criada pela Lei Estadual nº 9236, de 19 de janeiro de 1966, atendendo à antiga reivindicação da prefeitura e da população local. A instituição surgiu como instituto isolado de ensino superior, com um Curso de Medicina. No entanto, seu funcionamento só foi autorizado um ano depois, em 30 de janeiro de 1967, como Instituição Pública Municipal, depois de ter sido constituída uma entidade mantenedora - Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FUMES).

Em 1994, a Famema foi estadualizada e o Governo do Estado de São Paulo, em cumprimento à Lei Estadual nº 8898, de 27.09.1994, criou a autarquia Faculdade de Medicina de Marília.

A Famema é, portanto, uma instituição pública, uma autarquia do governo do Estado de São Paulo, criada e regulamentada em 1994, ligada a Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo, e tem como principal mantenedora a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília, que possui autonomia administrativa e financeira.

O complexo assistencial HC – Famema é a principal referência para o SUS para atender à população de Marília e região. É composto por seis unidades de produção, três unidades hospitalares clínico-cirúrgicas (HCI, HCII e HCIII), Hemocentro, Ambulatório de especialidades e a Unidade Oftalmológica - e todo este complexo é coordenado e supervisionado pela Superintendência do complexo, que também apoia a gestão do Hospital Regional de Assis e do Núcleo de Gestão Assistencial (NGA), em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Um dos grandes objetivos traçados pela Superintendência do Complexo Famema é a orientação das ações e a qualificação da atenção prestada, num processo de trabalho pautado no trabalho em equipe integrando a cura do paciente, assim como a Promoção, a Prevenção, a Recuperação e a Reabilitação.

Tal proposta de gestão está pautada na saúde baseada em evidências, utiliza instrumentos de gestão da clínica direcionados à qualidade do cuidado e o uso otimizado dos recursos, bem como com a utilização de dispositivos e ferramentas que garantam a segurança do paciente atendido nas Unidades do Complexo.

A Unidade I do Complexo (HCI) é uma unidade clínico-cirúrgica, que tem como características a assistência e o ensino, e neste sentido é usado como cenário de ensino-aprendizagem para a Faculdade de Medicina de Marília, além de ser campo de estágio e pesquisa para vários outros cursos da área da saúde de nível

superior e técnico, e contribui para a formação do corpo de profissionais do SUS.

É uma unidade de referência para atenção especializada nos diferentes níveis de complexidade, operacionalizando 111 leitos em unidades de internação, além de 24 leitos de Unidades Terapia Intensiva; e também constando de uma unidade de urgência e emergência, que constitui em porta de entrada para o sistema, estando, portanto, incluído na Rede de Urgências loco-regionais, e funciona como “vaga zero” para o SAMU e para a Central de regulação médica do DRS IX e para a CROSS.

A Unidade II – Unidade Materno Infantil (HCII) - também integra a Rede Regional de Atenção a Saúde – RRAS, 10 do Departamento Regional de Saúde de Marília, e desde 2002 integra a Rede de Hospitais “Amigo da criança”.

Sua gestão, o direcionamento do processo de trabalho das equipes multiprofissionais tem como eixo norteador para o cuidado a integralidade da atenção.

São realizadas ações de cuidado individual e coletivos, nas áreas de atenção à Saúde da criança e da mulher, com capacidade operacional de 100 leitos, e 8 leitos de UTI neonatal, 8 leitos de unidade de cuidados intermediários, 7 leitos de UTI pediátrica, e também apresenta 1 unidade de urgência para cuidados de crianças e mulheres, e o atendimento ambulatorial nas diferentes especialidades pediátricas e da saúde da mulher.

A Unidade III – Unidade São Francisco (HCIII) - iniciou suas atividades em fevereiro de 2010, com características de prestação do cuidado em nível ambulatorio e internação hospitalar.

Apresenta uma capacidade operacional de 80 leitos, com ações de cuidado individual e coletivo, nas áreas de Atenção a Saúde Mental e Atenção Clínico-cirúrgica.

Tem como característica central, ser uma unidade em regime de internação clínico-cirúrgica de média complexidade e curta permanência para adultos e idosos, bem como para o atendimento ambulatorial e de internações para distúrbios psiquiátricos.

Integra a linha do cuidado do Complexo Famema, como suporte para pacientes referenciados das outras unidades hospitalares.

O Hemocentro é um centro de referência em Hemoterapia e Hematologia para a região oeste e centro-oeste do Estado de São Paulo.

É responsável pelo abastecimento de 6 grandes agências transfusionais de Marília, além de 14 agências transfusionais de municípios vizinhos (FAMEMA, 2013).

#### 5.2.1.2 Delimitando a região do inquérito

Para conduzir uma pesquisa fenomenológica é necessária a delimitação da região, do inquérito alvo, de averiguação do fenômeno.

No presente, a região do inquérito em que o fenômeno foi inquirido constituiu de depoimentos dos profissionais que compõem o quadro de funcionários do Complexo assistencial HC-Famema, entre médicos e enfermeiros, que, por vivenciarem o processo de trabalho na instituição, fizeram parte da experiência de implantação e implementação do NIR, assim como os gestores da instituição que participaram do planejamento e implementação dessa proposta.

O processo de escolha dos profissionais (sujeitos) se conformou em:

- Superintendente do Complexo, uma vez que teve papel central de idealização e efetivação da proposta de regulação no Complexo mesmo.
- Gestores das Unidades I e III do complexo. Cada unidade é composta por 01 Diretor Técnico (médico) e 01 Assistente Técnico de Direção (enfermeiro). Os sujeitos da Unidade II do Complexo, não foram representados por ainda não compõem o corpo de objeto de atuação da proposta de regulação de leitos.

Desse coletivo, foram entrevistados, quatro sujeitos por apresentarem vivência na implantação do NIR, não sendo seguida a saturação teórica por este grupo ser composto por um número reduzido de sujeitos. Em uma das unidades, por se tratar de um dos sujeitos recém-chegado ao cargo, não foi incluído na pesquisa.

- O segundo grupo de depoimentos foi composto por médicos e enfermeiros, que compõem as equipes do corpo de profissionais no Complexo HC - Famema, especificamente os pertencentes à unidade I e aos ambulatórios de especialidades médicas, separados pelo vínculo com a proposta do NIR.

Ressalta-se aqui que foram utilizados os princípios da saturação teórica nesse grupo de sujeitos, uma vez que respondeu aos objetivos, além de ser esse representado por um número significativamente grande de sujeitos.

▪ Dessa forma, foram incluídos médicos e enfermeiros da Unidade I do complexo, alocados nas unidades de internação clínico-cirúrgicas, no pronto – socorro, no centro-cirúrgico, e nas UTIs. É importante ressaltar que foram considerados os profissionais do diurno, uma vez que ainda não existe a implantação do NIR no período noturno.

Nesta classe de sujeitos existem algumas particularidades que foram respeitadas na classificação para compor o corpo de sujeitos dessa pesquisa, e considerados como critérios de inclusão para a mesma:

- Médicos fixos, não sendo inclusos os plantonistas;
- Profissionais com cargos de chefia ou assistenciais.
- Com vínculo institucional há mais de dois anos.

Portanto, do grupo inicial de sujeitos teriam possibilidades para participarem da pesquisa 29 profissionais, no entanto, após considerar os critérios acima citados, foi possível classificar 20 sujeitos para fazerem parte desse grupo de sujeitos e submetidos à saturação teórica, totalizando ao final com 08 profissionais entrevistados.

▪ Médicos e enfermeiros dos ambulatórios de especialidades médicas de referência do complexo. Entre os diferentes ambulatórios que integram o Complexo - Famema foram considerados com potencial para participarem dessa pesquisa, àqueles usuários da regulação proposta pelo NIR. Entre médicos e enfermeiros foram coletados os depoimentos de 05 sujeitos, após saturação teórica.

Nesta categoria considerou-se como sujeitos ativos do processo de regulação do NIR os residentes, médicos das diferentes disciplinas, que constituem os ambulatórios de especialidades médicas, uma vez serem estes os protagonistas da condução de internações dos pacientes ambulatoriais junto ao NIR.

➤ O terceiro grupo de sujeitos foi composto por médicos e enfermeiros que compõem a equipe do NIR, com exceção dessa pesquisadora, por fazer parte integrante da equipe do NIR. No total foram realizadas duas entrevistas.

#### 5.2.1.3 Obtendo as descrições

A primeira etapa de obtenção das descrições foi iniciada com o objetivo de verificar se a questão estava inteligível e apropriada para responder aos objetivos da

pesquisa. Assim, fez-se a opção mais adequada à inquietação dessa pesquisa e que permitiu aos sujeitos uma expressão mais livre e menos direcionada das ideias.

Tal etapa só foi considerada para a categoria de - profissionais da instituição, por se tratar de número suficiente para tal aplicação, os outros dois grupos de sujeitos da pesquisa se constituem de um número reduzido de sujeitos, e que, portanto fizemos a opção de aproveitar todos os depoimentos destes.

Após a obtenção da descrição desta primeira entrevista, e verificado que o fenômeno inquirido foi satisfatoriamente desvelado, passou-se às demais entrevistas.

Para a autorização dos procedimentos foi realizado contato com os responsáveis pela Coordenação das Unidades em questão, no sentido de adquirir autorização para o projeto, assim como para convidá-los a fazerem parte da pesquisa.

Em seguida, ao fazer contato com os profissionais das unidades já selecionadas previamente, verifiquei o interesse e a disponibilidade para a participação neste estudo, bem como a sugestão de horário e local, apropriado para cada equipe, para a realização das entrevistas previamente agendadas. Nesta oportunidade, expliquei o objetivo do estudo e o compromisso de apresentação genérica de dados.

Para a realização das entrevistas, foram respeitados os aspectos éticos, por meio da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, cuja aprovação (anexo 1) e o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 1) foi apresentado a todos os participantes do estudo, que o assinaram após esclarecimento do seu teor.

A obtenção dos depoimentos foi realizada por um entrevistador treinado, que não faz parte do corpo de profissionais selecionados como sujeitos do estudo, no sentido de manter a autenticidade dos depoimentos e garantir a liberdade de expressão. As entrevistas foram áudio-gravadas, após autorização de todos os participantes (médicos, enfermeiros, gestores).

Para nortear as descrições e a obtenção dos discursos destes sujeitos, foram lançadas as seguintes questões, norteadoras de acordo com as diferentes categorias de sujeitos:

- Gestores:

- **Relate, a partir de sua vivência, como foi o processo de elaboração,**

### **implantação e implementação do NIR.**

- Enfermeiros e médicos da instituição:
  - **Como você compreende as potencialidades e fragilidades do NIR?**
- Profissionais do NIR:
  - **Como você compreende o processo de implantação e de implementação do NIR?**

---

**Nota:** Considera-se para este estudo as seguintes definições, as quais coincidem com o que acontece na realidade do serviço, cada um com seus sentidos:

**Implantação** = Inaugurar, estabelecer, fixar, inserir, introduzir.

**Implementação** = Dar execução, levar a prática por meio de providências concretas, realizar.

#### 5.2.1.4 Análise das descrições

Esta etapa teve como objetivo principal a identificação da essencialidade do fenômeno estudado.

As entrevistas foram transcritas imediatamente após a sua realização, uma a uma, e os depoimentos, integralmente transcritos, constituíram a região de inquérito para o desvelamento da essência do fenômeno estudado. As entrevistas foram codificadas, mantendo o sigilo do entrevistado.

Foram realizadas várias leituras das descrições, lentamente, com vistas a ter um sentido do todo, familiarizando-me com o texto que descreve a experiência vivida, para então procurar identificar nos depoimentos os aspectos predominantes, ou seja, as unidades de significado, realizando uma busca da compreensão individual e inicial da linguagem e do sentido, sem, contudo, interpretar, deixando emergir a interação do pesquisador e do pesquisado, sem estabelecer, ou deixar transparecer qualquer idéia pré-concebida da temática.

A análise do caráter individual foi realizada pela análise ideográfica, na busca da compreensão fenomenológica nos depoimentos.

Na etapa seguinte, procurou-se destacar os temas que emergiram nos depoimentos individuais para contribuir para a análise do geral, considerando-se as



convergências, divergências e idiosincrasias evidenciadas nos discursos, chegando às categorias temáticas que expressam a essência do fenômeno, por meio da análise nomotética.



## **6 CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS**

## 6 CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS

### 6.1 ANÁLISES IDEOGRÁFICAS

A análise ideográfica foi obtida dos depoimentos de médicos e enfermeiros, assim como gestores e coordenadores, que vivenciaram direta ou indiretamente o processo de elaboração, implantação e implementação NIR, como descrevo a seguir.

Após cuidadosas leituras das descrições dos depoimentos e levantamento das unidades de significado, com o objetivo de selecionar as falas que responderão ao fenômeno em questão, estas unidades de significados foram transportadas para um quadro analítico composto por cinco colunas, apêndice 2:

1 Composta pelas falas originais dos sujeitos entrevistados, retiradas dos seus depoimentos, após terem sido codificadas;

2 Corresponde às elucidações, de falas ou palavras contidas nos depoimentos, de acordo com o seu significado bibliográfico ou conforme a minha compreensão;

3 Corresponde à linguagem do pesquisador. Nelas a linguagem do sujeito é transformada em linguagem do pesquisador por meio de redução fenomenológica, após a compreensão do significado.

4 É composta pelas unidades de significado, transformadas com enfoque no fenômeno. Nelas foram agrupadas algumas compreensões da terceira coluna, ou seja, foi realizada uma nova redução, o que possibilitou a junção de temas em comum.

Corresponde ao levantamento de temáticas a partir da quarta coluna (o quadro analítico foi adaptado a partir do trabalho proposto por SADALA, 1995).

Como próxima etapa, foi realizada uma síntese dos depoimentos, partindo da quinta coluna do quadro analítico em que cada unidade de significado foi transformada com enfoque no fenômeno, conforme apêndice 3.

### 6.2 ANÁLISE NOMOTÉTICA

Esta análise inicia-se a partir da identificação de temas convergentes, divergentes ou idiossincrasias, nos depoimentos que compõem a descrição do

fenômeno, busca evidenciar as essencialidades sobre a vivência dos profissionais acerca da elaboração, da implantação e da implementação do Núcleo Interno de regulação no Complexo assistencial da Famema, ou seja, aspectos relevantes nas descrições gerais, características únicas, mas importantes para as apreensões da essência do fenômeno. Ao contrário da análise ideográfica, que visa à identificação individual das descrições, aqui a análise nomotética busca identificar o enfoque geral do fenômeno.

Parte-se das sínteses das análises ideográficas, nos depoimentos individuais, e que, evidenciadas nos discursos, contribuem, para a análise do geral.

A partir das temáticas levantadas na quinta coluna dos quadros analíticos das análises ideográficas, foi realizado um novo quadro para melhor elucidar a classificação das temáticas e chegar às categorias, conforme segue.

Assim, chega-se às temáticas que apresento a seguir. A partir desses temas, realizei ainda uma nova redução fenomenológica, assim, cheguei às categorias, que agregam temas comuns ou fortemente relacionados.

As categorias temáticas, que expressam a essência das falas dos sujeitos em relação à elaboração, implantação e implementação do Núcleo Interno de Regulação estão contidas no Quadro 1.

**Quadro 1- Categorias temáticas das unidades de significados – análise nomotética – convergências dos depoimentos dos três grupos de sujeitos**

CATEGORIAS	TEMAS	CITAÇÕES DOS SUJEITOS – UNIDADES DE SIGNIFICADOS																		
		G1	G2	G3	G4	N1	N2	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
<b>1 – O contexto da implantação da regulação assistencial</b>	O contexto histórico hospitalar	03	02		05			04	03	03	02		02	04	12			01		01
	A resistência ao desconstruir e reconstruir de processos	02	02	01	07			01												
	Condução inadequada de implantação	11	08							03		04	01				01			
<b>2 – O contexto de implementação do NIR</b>	Dificuldades referentes às equipes	01	04	03		08	05	01	02	07		06	01	01	01		04	01		02
	Dificuldades estruturais	01	03	03	06			02	03	05	03				02	04				06
	Sugestões para melhorar as dificuldades atuais				01			01		03		01		01		01	01			01
<b>3 – O NIR como Ferramenta inovadora de gestão</b>	1 - As contribuições do novo na gestão do cuidado e nos processos de trabalho		03	12	14	04	01	12	06		02		04	07	03	01	01	03	04	04
	Contribuições atribuídas ao processo de trabalho do NIR	05	06	04	06	05	03	02	04	02	01	04	01	02	01			01	01	

**Quadro 2: Subtemas das categorias temáticas das unidades de significado – análise nomotética – convergências dos depoimentos dos três grupos de sujeitos**

<b>Categorias</b>	<b>TEMAS</b>	<b>Total de sujeitos</b>	<b>SUBTEMAS PARA A DISCUSSÃO</b>
<b>1 – O contexto da implantação da regulação assistencial</b>	<b>O contexto histórico hospitalar e a sua correlação com o processo de implantação</b>	12	Responsabilidade da regulação era da diretoria do hospital.
			Indicadores alterados.
			Equipes médicas reclamavam que por não terem leitos usavam o PS para eletivos.
			Lógica do dono de leitos e protagonismo dos residentes.
			Sobrecarga do Centro-cirúrgico.
			Sobrecarga dos enfermeiros.
			Prevalência de interesses pessoais nas manipulações das altas.
			Críticas na implantação do NIR.
	<b>As Dificuldades iniciais de uma nova proposta</b>	11	Prejuízos diretos para a população.
			Boicote e sonegação de informações iniciais.
			Período de adaptação do NIR, vista com críticas.
			Resistência relacionada às questões culturais.
			Processo de implantação centralizado, e sem o envolvimento da diretoria do HCI.
			Dificuldades com a gestão de pessoas.
<b>2 – O contexto de implementação do NIR</b>	<b>Dificuldades referentes às equipes</b>	15	Dificuldades atuais referentes à equipe multiprofissional.
			Dificuldades atuais referentes à equipe médica.
			Lógica tradicional do dono de leito.
			Ausência de altas programadas.
			Regulação do NIR burlada.
			Resistência de algumas disciplinas na transferência de pacientes para o HCIII.
	<b>Dificuldades estruturais</b>	11	A inadequada transferência de pacientes do ambulatório para o PS.
			O NIR sem influência na UTI.
			Quantidade insuficiente de leitos no HC.
			Dinâmica do Centro cirúrgico.
	<b>Sugestões para melhorar as dificuldades atuais</b>	08	Limitações dos hospitais e retaguarda.
			Mais autônoma e qualificação para os profissionais do NIR.
			Necessidade de funcionamento do NIR – 24 horas.
			Ampliação das visitas do NIR para período da tarde.
<b>3 - O NIR como Ferramenta inovadora de gestão</b>	<b>As contribuições do novo na gestão do cuidado e nos processos de trabalho</b>	16	Reuniões com o NIR.
			Melhoria nas parcerias com os hospitais de retaguarda.
			Otimização de procedimentos, tratamentos, internações, leitos e transferências.
			Influência direta no PS, UTI, CC, Ambulatórios, HCIII, Plantão Administrativo, Disciplinas médicas.
			Contribuição direta gestão do cuidado.
			Otimização do processo de trabalho específico dos enfermeiros.
	<b>Contribuições atribuídas ao processo de trabalho do NIR</b>	16	Alteração do perfil dos indicadores hospitalares.
			Redução de conflitos.
			Influência positiva da postura do NIR.
			Adequado relacionamento interpessoal com o NIR.
			O valor atribuído ao NIR.



## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como estratégia para sistematizar a apresentação dos resultados e discussão, e, concomitantemente, agilizar para a comunicação em periódicos do conhecimento produzido, optou-se por organizar este capítulo em três artigos. (Quadro 3)

As discussões das categorias na íntegra, as quais foram utilizadas para a elaboração dos artigos a seguir, estão apresentadas no Apêndice 4.

**Quadro 3** – Temática, objetivos e hipóteses desenvolvidos por artigos.

<b>Artigo</b>	<b>Temática</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Apontamentos</b>
<b>1. O contexto da implantação da regulação assistencial no ambiente hospitalar: vivência dos sujeitos</b>	O contexto da implantação da regulação assistencial	Apresentar o contexto histórico hospitalar e sua correlação com o processo de implantação do NIR.	Importância da superação de antigas práticas de poder em relação aos leitos visando a distribuição equânime voltada às necessidades de saúde
<b>2. A regulação hospitalar e a integralidade do cuidado.</b>	O contexto de implementação do NIR	Discutir o processo de implementação do NIR, no ambiente hospitalar	Importância da consideração da integralidade do cuidado, quando da proposta de uma ferramenta que viabiliza o acesso aos serviços e ações em saúde.
<b>3. O NIR como ferramenta inovadora de gestão</b>	A regulação hospitalar como ferramenta inovadora de gestão	Apresentar as potencialidades do NIR enquanto ferramenta de gestão	Aponta para a necessidade de integração do nível hospitalar em redes de atenção, considerando a regulação assistencial como uma ferramenta que possibilita o acesso, porém com necessidades de um acesso ordenado e oportuno.



## O contexto da implantação da regulação assistencial no ambiente hospitalar: vivência dos sujeitos<sup>1</sup>

Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues\*  
Carmen Maria Casquel Monti Juliani\*\*

### RESUMO

Frente a necessidade de adequar a deficiência de vagas e otimizar a oferta de ações e serviços de saúde, garantindo o acesso de forma condizente com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde e considerando o atual contexto insuficiente da utilização de leitos hospitalares, surge a necessidade de se pensar em propostas inovadoras de gestão em um hospital de alta densidade tecnológica, que contemplem às reais necessidades de saúde da população. Assim, surge a proposta de regulação, entendida como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão. O presente estudo é parte de uma pesquisa maior, que teve por finalidade identificar se com a instalação do Núcleo Interno de Regulação, enquanto instrumento de gestão, leva a melhorias no fluxo de leitos na instituição hospitalar. Diante disso, esse estudo tem a finalidade de compreender o contexto e o processo de implantação do Núcleo Interno de Regulação de leitos, no ambiente hospitalar. O objetivo desse estudo foi demonstrar o contexto e o processo de implantação do Núcleo Interno de Regulação de leitos, no ambiente hospitalar, para tanto utilizou-se a abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas audiogravadas com os profissionais do Complexo da Faculdade de Medicina de Marília, que vivenciaram esse processo. Foi possível extrair dos significados relacionados à categoria "O contexto da implantação da regulação assistencial", as subcategorias "Contexto histórico hospitalar e sua correlação com o processo de implantação" e "As dificuldades iniciais de uma nova proposta". Ficou evidenciada a carga de influência histórica que ainda permanece no cerne da gestão de leitos. Também foram apontadas, inicialmente dificuldades com o processo de implantação da regulação.

**Descritores:** Acessos aos serviços de saúde. Gestão hospitalar. Ocupação de leitos.

### INTRODUÇÃO

O sistema de saúde tem passado, ao longo dos anos, por um processo dinâmico de transformação, com propostas de mudanças estruturais e de modelos de gestão, com objetivo da qualificação do cuidado da população em sintonia com o proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Comprometidos com este movimento, cria-se então a necessidade de iniciativas, que fortaleçam os serviços de saúde, e que possibilitem o enfrentamento e o desafio de mudança do contexto atual.

Também relacionado a essa necessidade, tem-se o contexto de adequação da deficiência de vagas e otimização da oferta, garantindo o acesso de forma condizente com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Surge a necessidade de se pensar em propostas inovadoras de gestão, que contemplem tais expectativas propostas pelo SUS, e consequentemente atenda às reais necessidades de saúde da população, ao proporcionar um cuidado oportuno e integral.

Assim, a proposta de regulação, entendida como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (BRASIL, 2006a).

O maior desafio será a implantação de uma ferramenta capaz de compreender a multiplicidade de cenários, sujeitos, ações e

interesses, com vistas a atender as necessidades dos usuários, isto é, que priorize o usuário, ao garantir-lhes os direitos constitucionais. Então, o que se observa é a crescente necessidade de criar estratégias capazes de estabelecer na prática a relação dos conceitos estabelecidos pelo SUS e a sua aplicabilidade, com grande ênfase ao acesso, aqui considerado como o acesso universal e gratuito, considerando-se suas especificidades, quer seja numa atenção integral assim como com qualidade (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; BRASIL, 2011).

O presente estudo é parte de uma pesquisa maior, que teve por objetivo identificar se com a instalação do Núcleo Interno de Regulação, enquanto instrumento de gestão, leva a melhorias no fluxo de leitos na instituição hospitalar. Diante disso, esse estudo tem a finalidade de compreender o contexto e o processo de implantação do Núcleo Interno de Regulação de leitos, no ambiente hospitalar.

### MÉTODO

O estudo foi desenvolvido no Complexo Assistencial da Faculdade de Medicina de Marília (Famema).

Optou-se pela abordagem qualitativa, com a utilização da análise temática para a exploração do material e tratamento dos resultados.

<sup>1</sup>Trabalho originário de Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação, do Doutorado em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Botucatu

\*Doutoranda em Saúde Coletiva, Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação da Faculdade de Medicina de Marília, email: [lucianer@famema.br](mailto:lucianer@famema.br)

\*\*Carmen Maria Casquel Monti Juliani. Enfermeira. Prof. Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP, e-mail: [cjuliani@fmb.unesp.br](mailto:cjuliani@fmb.unesp.br)

Os dados foram constituídos a partir dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, que são profissionais que compõem o quadro de funcionários do Complexo assistencial Famema, entre médicos e enfermeiros que, por vivenciarem o processo de trabalho na instituição, fizeram parte da experiência de implantação do Núcleo Interno de regulação (NIR), assim como os gestores da instituição que participaram do planejamento e implementação dessa proposta. O Complexo Famema compreende 3 unidades hospitalares (HC 1, HC 2 e HC 3), os ambulatórios de especialidades médicas e o Hemocentro. O processo de escolha dos sujeitos se conformou em Gestores das Unidades I (Hospital de Clínicas I, referência para alta complexidade) e da Unidade III do Complexo (Unidade referenciada para baixa e média complexidade), assim como o Superintendente do mesmo - total de 4 sujeitos selecionados intencionalmente, uma vez que reuniram os informantes chave, por apresentarem vivência na implantação do NIR, por este grupo ser composto por um número reduzido de sujeitos, correspondendo à totalidade dos que possuíam tal experiência. Em uma das unidades, por se tratar de um dos sujeitos recém-chegado ao cargo, não foi incluído na pesquisa. O segundo grupo de depoimentos foi composto por médicos e enfermeiros, que compõem as equipes do corpo de profissionais no Complexo HC - Famema, especificamente os pertencentes à unidade I e aos ambulatórios de especialidades médicas. Ressalta-se aqui que foram utilizados os princípios da saturação teórica nesse grupo de sujeitos, pelo número significativo dos mesmos.

Nesta classe de sujeitos existem algumas particularidades que foram respeitadas na classificação para compor o corpo de sujeitos dessa pesquisa, e considerados como critérios de inclusão para a o trabalho: Médicos fixos, não sendo inclusos os plantonistas, profissionais que trabalham nos turnos da manhã e da tarde; profissionais com cargos de chefia e os apenas assistenciais e com vínculo institucional há mais de dois anos. Portanto, do grupo de 29 sujeitos, que inicialmente teriam possibilidades para participarem da pesquisa, após considerar estes critérios, foi possível classificar 20 sujeitos para fazerem parte desse grupo de sujeitos e submetidos à saturação teórica, totalizando ao final com 08 profissionais entrevistados. Ainda neste segundo grupo de sujeitos foram considerados os médicos e enfermeiros dos ambulatórios de especialidades médicas de referência do complexo. Entre os diferentes ambulatórios que integram o Complexo - Famema foram considerados com potencial para participarem dessa pesquisa, àqueles usuários da regulação proposta pelo NIR. Entre médicos e enfermeiros foram coletados os depoimentos de 05 sujeitos, após saturação teórica. Nesta categoria considerou-se como sujeitos ativos do

processo de regulação do NIR, os residentes médicos das diferentes disciplinas, que constituem os ambulatórios de especialidades médicas, uma vez serem estes os protagonistas da condução de internações dos pacientes ambulatoriais junto ao NIR.

O terceiro grupo de sujeitos foi composto por médicos e enfermeiros, que compõem a equipe do NIR, com exceção da pesquisadora, por fazer parte integrante da equipe do NIR. No total foram realizadas duas entrevistas, e que, portanto não foi considerada a saturação teórica, também por se tratar de um grupo reduzido de sujeitos.

Para a realização das entrevistas, foram respeitados os aspectos éticos por meio da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, protocolo de aprovação n. 563/11 de 27/06/2011, e o termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado a todos e assinado pelos participantes do estudo. A obtenção dos depoimentos foi realizada por um entrevistador treinado, que não faz parte do corpo de profissionais selecionados como sujeitos do estudo, no sentido de manter a autenticidade dos depoimentos e garantir a liberdade de expressão. As entrevistas, realizadas no período de Janeiro a Julho/2012, foram áudiogravadas, após autorização de todos os participantes (médicos, enfermeiros, gestores).

Para nortear as descrições e a obtenção dos discursos desses sujeitos, foram lançadas as seguintes questões norteadoras de acordo com as diferentes categorias de sujeitos: Gestores: **Relate, a partir de sua vivência, como foi o processo de elaboração, implantação e implementação do NIR.** Enfermeiros e médicos da instituição: **Como você compreende as potencialidades e fragilidades do NIR?** Profissionais do NIR: **Como você compreende o processo de implantação e de implementação do NIR?**

As entrevistas foram transcritas imediatamente após a sua realização, e os depoimentos, integralmente transcritos e codificados, mantendo o sigilo do entrevistado. Após, foram levantadas as unidades de significado para a maior aproximação com o fenômeno, e destacados os temas que emergiram nos depoimentos, considerando-se as convergências, divergências e idiosincrasias evidenciadas nos discursos, chegando às categorias temáticas que expressam a essência do fenômeno.

## Resultados e discussões

Considerando-se os depoimentos dos sujeitos sobre a implantação da proposta de regulação no ambiente hospitalar, foram evidenciadas, através da análise, a categoria central "O contexto da implantação da regulação assistencial", emergiu de duas temáticas

“Contexto histórico hospitalar e sua correlação com o processo de implantação” e “As dificuldades iniciais de uma nova proposta”.

### **Contexto histórico hospitalar e sua correlação com o processo de implantação**

Neste período de implantação, ficaram evidenciadas as influências históricas que o contexto hospitalar sofreu ao longo do processo de conformação do cuidado.

Em relação à regulação, esta sempre foi muito voltada para a articulação com a diretoria do hospital, ou com o setor de acolhimento, que fazia o agendamento dos casos solicitados pelas disciplinas, sem um protocolo técnico com vistas a atender a priorização dos casos solicitados.

**G1.04** - *Ficava muito na direção, a decisão da internação, a gente ficava sobrecarregado com a questão de internação, realmente, ficava na mão da secretária da diretoria técnica, realmente não era função nossa, fazer isso.*

**P11.04** – *Porque antes, a gente tinha que, é no acolhimento, ficar disputando um leito, com, entre todas as especialidades cirúrgicas, pra tá conseguindo internar um paciente, pra tá fazendo a cirurgia.*

Ou aqueles leitos, que historicamente eram pertencentes às disciplinas específicas, acabavam numa lógica de donos de leitos, no entanto na prática esta definição acabava não sendo tão exclusiva assim.

**P8.05** - *De que forma? Ou no final – de - semana alguém usava (leitos da disciplina), ou ia paciente do PS, e acabava gerando desconforto, os enfermeiros do PS, a enfermeira da enfermaria, ambulatório, né.*

Neste contexto todo, outro setor afetado, sempre foi o centro-cirúrgico, onde era bastante comum, a permanência de pacientes em pós-operatório na sala de recuperação.

**P7.05** - *Então chegava na segunda de manhã, tinha 6 pacientes internados no centro-cirúrgico, eu passava pro NIR, e elas já distribuíam. Tinha leito, só que o pessoal não ia atrás, não sei o que acontecia.*

Outra característica observada historicamente no processo de “regulação dos leitos”, é que a efetivação desta atividade na maioria das vezes era direcionada para os enfermeiros. Eram eles quem faziam a detecção e as articulações para a ocupação dos leitos.

**P3.01** – *Então, antes de ter o núcleo interno de regulação, quem regulava os leitos acabava sendo os enfermeiros junto com os médicos, e não via o todo da instituição. Acabava só discutindo as alas que precisava trocar o leito, e entrava outras pessoas que precisava...que era paciente grave, que não podia ficar em determinada ala, aí envolvia mais pessoas, se não, não.*

**P8.01** – *Bom, eu acho que começando historicamente, acho que antes a gente tinha que tá correndo atrás de leito, né,*

*vendo se estava de alta, administrando a questão de quem vai, pra qual ala.*

No entanto, foram apontados alguns desdobramentos, relacionados a este controle dos leitos realizado pelos enfermeiros, desde a inadequação da regulação até mesmo a conflitos diversos entre as categorias profissionais, e entre os próprios enfermeiros. Também foi apontado que esta atividade sempre ocupou uma parte do tempo do processo de trabalho, que poderia ser focado em outras atividades.

**P2.02** - *Quando eram os enfermeiros que faziam essa disponibilização, ficava algo mais local, porque assim, a gente ligava de uma unidade pra outra, via, por exemplo, o pronto-socorro tinha urgência de subi e a UTI tinha urgência de descer. Então ficava muito naquela disputa de leito. O PS não queria ceder para a UTI, e às vezes chegava grave na emergência e depois não tinha leito na UTI disponível, e por consequência a UTI também queria deixar o leito dela vago, já pensando numa emergência.*

**P3.02** - *E quando o ..., e isso gerava conflito, também entre os enfermeiros, porque as vezes tinha enfermeiro que achava que você queria fazer troca, não é..., por necessidade do paciente, mais por que aquele paciente era grave na ala e você queria tirar.*

Historicamente o que se observa é que os enfermeiros procuram adequar o seu processo de trabalho assistencial, simultaneamente ao trabalho gerencial/administrativo. Entretanto, a enfermagem vem apresentando uma tendência de mudanças em relação a este perfil de atividades, num movimento integrativo, cocompartilhado, numa relação de troca e ajuda mútua (PROCHNOW et al, 2007; RISH; GOMES, 2008).

Talvez essa contribuição que a regulação trás para a enfermagem possa ser realmente oportuna e influenciar o padrão de ação dos enfermeiros, numa lógica de integralidade da atenção, num movimento de superação do modelo de atenção ainda focado na ação, para um modelo de atenção mais voltado ao cuidado ao paciente.

Tal rotina de controle de leitos estava bastante relacionada a interesses pessoais, e em consequência disso, as altas eram manipuladas, de acordo com estes interesses.

**P3.08** - *Então ele segura um paciente que não precisava nem estar aqui, nem estar tomando antibiótico, andando, fumando, lá fora, pra ter tempo de internar outro paciente à noite. Então ele dava alta no final da tarde, e depois ele internava o que ele queria. Então acabava não dando vazão de novo pras altas da UTI e pra..., pra internação do PS.*

E mediante toda essa realidade, o que se observava era um prejuízo direto à população

a ser cuidada, com alta demanda reprimida para procedimentos cirúrgicos, cirurgias suspensas por falta de leitos, pacientes em longas esperas no ambulatório, aguardando vagar leito para internação.

**P8.12** - *É ..., um outro problema que nós tínhamos, era o de dispensar muitos pacientes, por falta de leitos, ele chegava, não tinha leito, vai embora, volta no dia seguinte, não tem leito, vai embora.*

**P8.21** - *Isso era uma situação que gerava muito estresse, muito desconforto, e até atrito com os pacientes; porque o fato dele tá..., você deixar ele esperando até as 4 da tarde, as 4 da tarde eu mandava ele embora, cinco pras 4, falava, surgiu um leito, eu já tinha dispensado o paciente. Aí você pegava o telefone, e pedia pro paciente volta. Então, hoje com essa questão, da administração pelo NIR, também a implantação do HCIII.*

Importante ressaltar aqui, como todo este contexto constituído historicamente na instituição é uma realidade observada em outras instituições (BITENCOURT, 2010, BITENCOURT et al 2009, ORTIZ, 2006, FARIAS et al, 2010, GRABOIS, 2009).

### As dificuldades iniciais de uma nova proposta

Quando da implantação do gerenciamento de leitos na instituição, o que se pode evidenciar nos depoimentos dos sujeitos que vivenciaram este processo, é que ocorreram algumas dificuldades iniciais.

Tais dificuldades estiveram relacionadas à necessidade de reconstrução de papéis e ações.

As dificuldades expressas pelos sujeitos da pesquisa estão relacionadas a:

1- Contexto de boicotes e sonegação de informações, ao processo de regulação:

**G1.20** - *As pessoas retraem, né. Não encara o processo de trabalho adequadamente, começam a boicotar. Então aí, a implantação é difícil, dificulta. E você consegue um resultado que você esperava, vai conseguir em seis meses ou 1 ano. Ainda mais nessa instituição, é que as relações são complicadas, né.*

**G2.19** - *As pessoas não conheciam claramente qual era o papel desse núcleo, então, é..., as pessoas sonegavam informação pra esse núcleo, justamente por não conhecer o papel, e aí, é, isso acabava solavando o trabalho delas, quer dizer, elas tinham uma visão disso, mais o iceberg era maior, e a proposta de trabalho que tinha que ser executado era maior. Eu acho que hoje tá tranquilo, é um processo que deu certo, e...*

2- Dificuldades relacionadas à condução inadequada do processo de implantação, e que segundo a percepção dos sujeitos:

- 3.1 - Se deu de forma muito centralizadora:

**G1.07** - *A única coisa que eu gostaria de comentar, é assim, o modo como foi implantado. É..., a idéia foi boa, mais eu acho que ficou na mão só de algumas pessoas, tá; então não houve uma divulgação do processo, tá. Deveria ter envolvido toda a estrutura. Por isso que no início foi meio difícil a implantação.*

**P3.06** - *É..., mais aí, como foi uma coisa mal conversada, ficava o que eu achava, o que o outro achava. Depois de muitos conflitos, é que se sentou e explico, porque que queria mesmo a...*

- 3.2 - Sem o envolvimento da diretoria:

**G1.09** - *Então assim, eu, eu estou sendo sincero, assim, aqui unidade hospitalar clínico – cirúrgico, e aonde que foi realmente implantado; a diretoria é..., ficou meio a parte do processo. Então, foi mostrado só como seria; não houve, uma participação efetiva da diretoria. Não sei se foi por causa da pessoa que cuidou disso, ou se era a maneira mesmo pra ser implantado, então a minha crítica é nesse aspecto.*

- 5.3 - Sem considerar a gestão de pessoas na instituição:

**G2.10** - *Um outro aspecto é importante que foi na elaboração e implantação, é que acabou criando uma situação bastante é, complexa, no ponto de vista de gestão de pessoas.*

*Porque assim, até hoje a gente ainda é indagado, porque que é que não foi consultado as pessoas que já estavam na instituição pra fazer parte desse núcleo. Porque que pego pessoas de fora, que não conheciam a estrutura, pra trazer, pra colocar aqui.... e assim, as pessoas na instituição, elas tem uma lógica que é assim, é....., o que não exige muito trabalho é passado pra quem não tá a muito tempo na instituição, e quem já tá aqui carregando o piano, fica sempre com o piano; não é dado oportunidade pra essas pessoas mudarem de lugar; e nós temos pessoas aqui dentro que conhecem muito a estrutura geográfica, que tem uma dinâmica, que tem um acesso muito favorável tanto com as equipes médicas, quanto com as outras equipes, que poderia ter contribuído muito na implantação desse núcleo, e que talvez hoje a gente não estaria com algumas dificuldades é....., principalmente de logística, que a gente tem hoje, em relação a isso.*

Considerando-se que esse modelo proposto de regulação de leitos tem como objetivo a reorganização e otimização de processos dentro do hospital, com conseqüente busca da garantia da integralidade do cuidado, a que se rever também os moldes como tal processo se estabelece, visto as dificuldades aqui evidenciadas nos depoimentos dos sujeitos. Para tanto vale ressaltar a afirmação que no processo de implantação de novas ferramentas, que possam auxiliar no contexto de gestão, e para que se possa ter uma superação das características historicamente preponderantes, é preciso considerar o compartilhamento das ações, e que para um processo compartilhado, é imprescindível a divisão de responsabilidades, sugerindo que todos os atores sejam envolvidos, e façam parte de todas as etapas de construção e efetivação da proposta, num movimento dialógico (CAMPOS, 2010).

Alguns autores colocam que para a implantação da regulação assistencial, uma potencialidade apresentada é a criação de espaços de diálogo entre os diferentes atores envolvidos no processo, o que facilita a responsabilização e compreensão dos pares,

tudo precisa ser construído e pactuado (BADUY, 2011; BITENCOURT et al, 2009; FEUERWERKER, 2011).

A proposta é de que a gestão de leitos seja compartilhada, pois a corresponsabilidade na criação e na manutenção do funcionamento é um dos elementos que interfere na subjetividade e cria maior sentido de pertencimento à equipe e ao projeto institucional (BITENCOURT et al, 2009).

Em contraponto à proposta do MS, para uma política de gestão mais participativa, que contemple objetivos comuns, em práticas que se complementem com solidariedade na assistência e na gestão. Reforça-se a importância da gestão participativa, como um importante instrumento na construção de mudanças, acreditando-se que é no fazer prático da cogestão, que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos vão se constituindo (BRASIL, 2007a).

### Considerações finais

Esta pesquisa desvelou a influência histórica ainda permanente no cerne da gestão de leitos de um serviço de saúde hospitalar.

As dificuldades aqui comprovadas estão relacionadas aos processos de trabalho e de gestão, acarretando deficiência no cuidado ao usuário.

Na tentativa de superação deste quadro apresentado, a proposta do Núcleo Interno de Regulação é visto inicialmente no seu processo de implantação em meio a conflitos, vinculados principalmente a forma inadequada de implantação deste serviço.

Os resultados aqui obtidos sinalizaram a necessidade de desenvolvimento de uma capacidade de gestão hospitalar para superação desse modelo historicamente constituído, de um cuidado fragmentado, descontínuo, curativista, biologicista, que não considera o ser vinculado a um contexto geral, que perpetua ao longo dos anos. No entanto, sinalizam que esta tentativa de superação deve ser cautelosa, com vistas à consideração do contexto atual, respeitando-se os sujeitos envolvidos no processo, numa construção compartilhada e dialógica.

### Referências

BADUY, R.S. et al. **A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção.** *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.2, p.295-304, 2011.

BITENCOURT, R.J. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional.** 2010. 152f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

BITENCOURT, R. J. et al. **Gestão de leitos e vagas hospitalares: relato de experiências do Hospital de**

**Urgência de Sergipe.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 9., 2009, SP. **Anais...** SP, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Controle, regulação e avaliação.** Brasília, DF, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Programa Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/GTH/Carilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em: 13 Ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 252p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CAMPOS, G.W.S. **Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde, combinando responsabilidade e autonomia.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5)757-764. Aug. 2010

FARIAS, E. et al. **Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica.** *Rev. Adm. Saúde*, v.12, n.47, p.63-70, 2010.

FEUERWERKER, L.C.M. **A cadeia do cuidado em saúde.** In: MARINS, J.J.N.; REGO, S. (Org.). **Educação, saúde e gestão.** São Paulo: Hucitec, 2011. p.99-113.

GRABÓIS V. **Gerenciamento de Recursos Críticos em Organizações Hospitalares.** Curso de Especialização em Gestão Hospitalar. GHC-ENSP/FIOCRUZ. Out 2009.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. **Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud.** *Salud Colect.*, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

ORTIZ, C. et al. **Núcleo Interno de Regulação – NIR: gestão de leitos como estratégia para organização dos recursos dos hospitais e integração com a rede de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Prochnow A.G.; LEITE, J.L.; ERDMAN, A.L.; TREVIZA, M.A. **O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro.** Ver. Esc. Enferm. USP, 2007; 41(4)- 542-50.

RISH, Z.M.R.; GOMES, E.L.R. **A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora.** Ver. Latino-am. Enf. , 2008 – Janeiro – Fevereiro, 16(1).

## A regulação hospitalar e a integralidade do cuidado.

Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues\*  
Carmen Maria Casquel Monti Juliani\*\*

### RESUMO

Ao longo dos anos observa-se o direcionamento do Ministério da Saúde (MS), por meio de portarias, normas e estratégias, visando o acesso às ações e serviços necessários à otimização e reorganização da assistência, de modo a atender às necessidades de saúde da população. Frente a isso, uma estratégia proposta é regulação assistencial, com o objetivo de adequar o fluxo das ações de saúde de acordo com a necessidade da demanda e da oferta dos serviços de saúde, e como medida facilitadora da reorganização estrutural, conseqüentemente do acesso e da integralidade no cuidado. O objetivo deste estudo foi demonstrar o processo de implementação de um Núcleo Interno de Regulação de leitos hospitalares, e sua correlação com a integralidade no cuidado. Em uma abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas audiogravadas com os profissionais do Complexo Faculdade de Medicina de Marília (Famema), que vivenciaram esse processo. Foi possível extrair dos significados relacionados à categoria "O contexto de implementação do NIR" e as subcategorias "As dificuldades atuais referentes às equipes", "As dificuldades estruturais na instituição" e "Sugetões para superar as dificuldades". Ficou evidenciado que a integralidade do cuidado no hospital se torna presente na discussão da regulação e acesso, uma vez que faz parte de uma visão maior, a integralidade relacionada aos modos de operar a gestão do cotidiano.

**Descritores:** Acessos aos serviços de saúde. Gestão hospitalar. Ocupação de leitos.

### INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade. Ao ser desenvolvido sob esses princípios, o processo de construção do SUS visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população (BRASIL, 2000).

Ao longo dos anos observam-se direcionamentos do Ministério da Saúde (MS), por meio de portarias, normas e estratégias, visando o acesso às ações e serviços necessários à otimização e reorganização da assistência de modo a atender às necessidades de saúde da população.

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

A regulação pode ser entendida como a ação regulatória como ordenadora e orientadora

dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre gestão e os vários serviços de saúde. Diz respeito à capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, o que altera e orienta a sua execução - consideradas as condições clínicas do paciente, e o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso (BRASIL, 2006a; b; SANTOS; MERHY, 2006).

Assim, a população será beneficiada na medida em que o acesso aos serviços de saúde é proporcionado de forma ordenada, evita-se filas e garante o atendimento ao usuário em tempo oportuno, levando-se em consideração a sua necessidade de saúde. Para a gestão, o processo regulatório favorecerá a resolução dos casos de forma eficiente, permitirá um conhecimento mais aprofundado e dinâmico de sua rede de saúde, o que favorece a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde de maneira ampliada. Um melhor controle sobre os gastos em saúde, melhor utilização dos recursos e qualidade da prestação de serviços de saúde (OLIVEIRA, 2002).

O que se observa é a crescente necessidade de criar estratégias capazes de

<sup>1</sup>Trabalho originário de Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação, do Doutorado em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Botucatu

\*Doutoranda em Saúde Coletiva, Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação da Faculdade de Medicina de Marília, email: [Lucianer@famema.br](mailto:Lucianer@famema.br)

\*\*Carmen Maria Casquel Monti Juliani. Enfermeira. Prof. Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP, e-mail: [cjuliani@fmb.unesp.br](mailto:cjuliani@fmb.unesp.br)

estabelecer, na prática, a relação dos conceitos estabelecidos pelo SUS e a sua aplicabilidade, com grande ênfase ao acesso, aqui considerado como o acesso universal e gratuito, analisa-se suas especificidades, quer seja numa atenção integral assim como com qualidade (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; BRASIL, 2011).

Frente aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde e considerando o atual contexto da utilização de leitos hospitalares, envolto a oferta insuficiente em relação à demanda, o que se coloca em discussão é a necessidade de nos ambientes hospitalares se instituir processos de regulação, como instrumentos de gestão, capazes de equacionar essa aparente deficiência, no qual se procura adequar a deficiência de vagas e otimizar a oferta, o que garante o acesso e o cuidado integral.

O presente estudo é parte de uma pesquisa maior, que teve por objetivo identificar se com a instalação do Núcleo Interno de Regulação, enquanto instrumento de gestão, ocorre a melhoria no fluxo de leitos na instituição hospitalar. Diante disso, esse estudo tem a finalidade de demonstrar o processo de implementação do Núcleo Interno de Regulação de leitos hospitalares e sua correlação com a integralidade no cuidado.

## MÉTODO

O estudo foi desenvolvido no Complexo Assistencial da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), no município de Marília.

Optou-se pela abordagem qualitativa, com a utilização da análise temática para a exploração do material e tratamento dos resultados.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais que compõem o quadro de funcionários do Complexo assistencial HC-Famema, entre médicos e enfermeiros que por vivenciarem o processo de trabalho na instituição, fizeram parte da experiência de implementação do NIR, assim como os gestores da instituição que participaram do planejamento e implementação dessa proposta. O processo de escolha dos profissionais (sujeitos) se conformou em Gestores das Unidade I (Hospital de Clínicas I que constitui unidade de referência para alta complexidade para casos cirúrgicos e clínicos) e da Unidade III do complexo (Hospital de referência para média e baixa complexidade), assim como o Superintendente do Complexo - num total de 4 sujeitos selecionados intencionalmente - uma vez que reuniram os informantes chave por apresentarem vivência na implantação do NIR, não sendo seguida a

saturação teórica, por motivos óbvios, ou seja, por este grupo ser composto por um número reduzido de sujeitos. Em uma das unidades, por se tratar de um dos sujeitos recém-chegado ao cargo, não foi incluído na pesquisa.

O segundo grupo de depoimentos foi composto por médicos e enfermeiros que compõem as equipes do corpo de profissionais no Complexo HC - Famema, especificamente os pertencentes à unidade I e aos ambulatórios de especialidades médicas, ressalta-se aqui que foram utilizados os princípios da saturação teórica nesse grupo de sujeitos, pelo número significativo de sujeitos.

Nesta classe de sujeitos existem algumas particularidades que foram respeitadas para compor o corpo de sujeitos desta pesquisa e considerados como critérios de inclusão para a pesquisa: Médicos fixos, não sendo inclusos os plantonistas, profissionais que trabalham nos turnos da manhã e da tarde; profissionais com cargos de chefia e os apenas assistenciais com vínculo institucional há mais de dois anos. Portanto, do grupo de 29 sujeitos que inicialmente teriam possibilidades para participarem da pesquisa, depois de considerados esses critérios, foi possível classificar 20 sujeitos para fazerem parte desse grupo de sujeitos e submetê-los à saturação teórica - totalizando ao final com 08 profissionais entrevistados. Ainda neste segundo grupo de sujeitos foram considerados os Médicos e enfermeiros dos ambulatórios de especialidades médicas de referência do complexo. Entre os diferentes ambulatórios que integram o Complexo - Famema foram considerados com potencial para participarem dessa pesquisa àqueles usuários da regulação proposta pelo NIR. Entre médicos e enfermeiros foram adquiridos os depoimentos de 05 sujeitos, após saturação teórica. Nesta categoria considerou-se como sujeitos ativos do processo de regulação do NIR, os residentes médicos das diferentes disciplinas, que constituem os ambulatórios de especialidades médicas, uma vez serem estes os protagonistas da condução de internações dos pacientes ambulatoriais junto ao NIR.

O terceiro grupo de sujeitos foi composto por médicos e enfermeiros, que compõem a equipe do NIR, com exceção da pesquisadora, por fazer parte integrante da equipe do NIR. No total foram realizadas duas entrevistas, e que, portanto não foi considerada a saturação teórica, também por se tratar de um grupo reduzido de sujeitos.

Para a realização das entrevistas, foram respeitados os aspectos éticos por meio da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, protocolo de aprovação n. 563/11 de 27/06/2011, e o termo de consentimento livre e esclarecido

foi apresentado a todos os participantes do estudo. A obtenção dos depoimentos foi realizada por um entrevistador treinado, que não faz parte do corpo de profissionais selecionados como sujeitos do estudo, no sentido de manter a autenticidade dos depoimentos e garantir a liberdade de expressão. As entrevistas foram áudio-gravadas, após autorização de todos os participantes (médicos, enfermeiros, gestores).

Para nortear as descrições e a obtenção dos discursos desses sujeitos, foram lançadas as seguintes questões norteadoras, de acordo com as diferentes categorias de sujeitos: Gestores: **Relate, a partir de sua vivência, como foi o processo de elaboração, implantação e implementação do NIR.** Enfermeiros e médicos da instituição: **Como você compreende as potencialidades e fragilidades do NIR?** Profissionais do NIR: **Como você compreende o processo de implantação e de implementação do NIR?**

As entrevistas foram transcritas imediatamente após a sua realização, e os depoimentos codificados, mantendo o sigilo do entrevistado. Após, foram levantadas as unidades de significado para a maior aproximação com o fenômeno, e destacados os temas que emergiram nos depoimentos, considerou-se as convergências, divergências e idiosincrasias evidenciadas nos discursos, e chegou-se às categorias temáticas que expressam a essência do fenômeno.

### Resultados e discussões

Considerando-se os depoimentos dos sujeitos em meio a implementação da proposta de regulação no ambiente hospitalar, foram evidenciadas a vivência desses sujeitos neste processo, e destacado a categoria central **“O contexto de implementação do NIR”, provenientes das temáticas extraídas das unidades de significados, “As dificuldades atuais referentes às equipes”, “Dificuldades estruturais na instituição”, “Sugestão para superar as dificuldades atuais”**

De acordo com os depoimentos obtidos dos sujeitos da pesquisa, o que se pode verificar é que o processo de implementação do Núcleo interno de regulação se fez em meio a um contexto de dificuldades, sejam elas referentes ao processo de trabalho das pessoas envolvidas, como as relacionadas aos problemas estruturais institucionais.

Evidenciou-se, portanto um contexto bastante conturbado e com resistências diversas para a efetiva implementação da nova proposta de regulação interna no ambiente hospitalar, conforme segue:

#### 1 - Dificuldades referentes às equipes

Algumas das dificuldades desveladas na pesquisa são comuns à maioria das categorias profissionais, que compõem as equipes na instituição, em especial aos médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem - que pelo próprio processo de trabalho, são estes que acabam tendo maior contato com a regulação de leitos realizada pelo NIR.

No entanto o que se evidenciou foi o acentuado protagonismo dos residentes médicos em meio à definição do acesso ao leito, o que acaba direcionando o cuidado para uma tendência mais centralizada e muitas vezes atendendo a interesses específicos das disciplinas médicas.

*G3.17 - E aí, a gente, tem “n”s problemas dessa natureza, ele segura o leito, pra poder por um paciente, que enquanto residente ele tem interesse de operar, num segue a demanda cirúrgica, eles manipulam, na realidade ele controla.*

Este protagonismo médico na instituição foi apontado neste momento como um fator dificultador do processo de organização do fluxo e ocupação dos leitos, uma vez que estes personagens acabam detendo o poder de decisão do uso final dos leitos.

Ainda é importante destacar como os médicos (incluindo os residentes) controlam o recurso crucial de assistência, ou seja, a definição do acesso ao leito, o que mostra o seu lugar estratégico de poder dentro da organização hospitalar. Qualquer um destes atos, de interferência ou de indiferença, trás à tona o poder médico e a sua indisponibilidade para relações horizontais com outros profissionais não-médicos (CECÍLIO; MENDES, 2004).

Porém ficou bastante evidente a resistência dos profissionais, aqui especificamente a categoria médica segundo os depoimentos, em aceitarem esta nova proposta de regulação, conforme percebemos nos depoimentos a seguir:

#### 1- Resistência ao novo:

*G2.16 - O que eu entendo é que as disciplinas, elas não aderiram ainda totalmente ao processo, e isso tem dificultado muito o trabalho delas (referindo-se ao NIR) também, né?*

O aspecto de desconforto frente ao novo, é evidenciado em outro estudo proposto com o mesmo sentido de regulação assistencial, apesar dos resultados positivos, e a satisfação com estes resultados, os profissionais não deixaram de se incomodar com o processo em si em meio às mudanças (BADUY, 2011).

#### 2- Lógica de donos de leitos:

*N2 .08 - E a dificuldade da equipe médica, porque a equipe médica sempre se achou dona do leito; eu tiro um e ponho quem eu quero, eu faço uma associação de pacientes, tipo*



*assim, sai esse, eu ponho outro da mesma disciplina, ele não vê a complexidade do todo, ele se acha dono daquele leito, ....*

“A gestão descentralizada de leitos vagos, estimula o uso dos micro-poderes, possibilitando a utilização privada da oferta mediante critérios inadequados” (BITENCOURT et al, 2009, p.136)

### 3- Ausência de programação das altas:

**P2.08** – *....a fragilidade que dificulta o nosso trabalho e o trabalho do NIR, é a questão das programações de alta. Por exemplo, a equipe médica, ela já tem programado que um paciente deles, vai ter alta depois de 4, 5 dias de antibiótico. E está correndo tudo bem, eles não avisam isso pra gente. Eles chegam e falam: - O paciente vai ter alta hoje à tarde. Então assim, daria pra equipe médica está se programando, no dia anterior estar avisando, correndo tudo bem, esse paciente vai de alta. Que era uma forma da gente estra passando pro NIR, e o NIR estra se programando. Porque tudo acontece de repente. Os médicos não tem uma programação e muitos pacientes dá pra se programar.*

Aqui temos que destacar que o NIR como instância regulatória de leitos, necessita em tempo real da informação da situação dos leitos, ou seja, a informação da liberação do leito é o elemento fundamental para o processo regulatório (BITENCOURT et al 2009; BITENCOURT, 2010).

### 4- Burlam o NIR:

**P10.07** - *...a vaga aparece, o NIR não é informado, tá. O que acontece muitas vezes, a gente pede uma vaga no NIR, e o NIR fala assim: - No momento eu não tenho leito. Você sai procurando direto, e sai ligando pra todas as alas, você consegue, tá?*

Esta característica de tentativa de burlar processos também foi observada em estudo similar a este, uma vez que no processo de internação dos pacientes há algumas condutas indesejáveis, já que a ocupação de leitos é feita, sem a regulação prévia (ORTIZ, 2006).

### 5- Problemas éticos nas condutas?

**P5.11** - *Uma das coisas que baixa no NIR, que eu acho, eu acho que é mentira, a má índole de muita gente, como por exemplo. - Ai o paciente é grave. Chega aqui em cima, arrancou a pontinha da ponta, da ponta do dedão, na amputação. - Ai, meu paciente está passando muito grave, não pode ficar em tal ala. Chega saturando 100%, sem O2.*

### 6- Recusa do hospital de retaguarda – HCIII:

**P3.15** - *Só que aí, às vezes, tem aquele outro entrave, que o paciente dá pra ir pro São Francisco, mais o médico não quer passar visita lá, então esse paciente não vai, mais é 1 paciente que fica o tempo todo andando ali fora, né?*

O hospital de retaguarda é uma das formas possíveis de gerenciamento da superlotação do hospital, uma vez que possibilita

o escoamento daqueles casos estabilizados e possíveis de transferência. (BITENCOURT et al, 2009).

O que se pode constatar nesta caracterização do ambiente hospitalar é que, desde que o hospital foi concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço hospitalar torna-se um instrumento terapêutico, o médico passou a ser o principal responsável pela organização do hospital, onde a sua autonomia é sustentada pela dominação de seu saber e da sua competência técnica na organização da divisão do trabalho, e como consequência, dirige e avalia o trabalho de todas as restantes categorias profissionais, e ainda hoje o que se pode observar é que esta característica da categoria médica ainda permanece numa posição hegemônica no hospital, ou seja, ainda se tem um modelo centrado na prática médica, e as diferentes áreas e unidades funcionam em função desse profissional (FOUCAULT, 2005).

As dificuldades encontradas também são extensivas às outras categorias profissionais, uma vez que foram mostradas com a resistência à nova proposta de regulação do NIR:

**P6.07** – *Agora, o que eu estava enfrentando esses dias, é a respeito dos funcionários, ....- Mais porque mudar? Porque mudar esse paciente de leito? Porque eles falam que dá mais trabalho. Eles falam que por causa do vínculo. Mais você sabe que no final vai dá mais trabalho, você tem que descer esse paciente pra outro lugar, receber outro paciente, né.*

Alguns autores contribuem com este aspecto percebido nesta pesquisa, quando referem que as relações que compõem a micropolítica hospitalar, são relações de poder, que são influenciadas por diferentes interpretações por parte dos profissionais envolvidos e estruturadas por um campo de características diversas, que permeiam os processos nas relações; e tais características ocasionam disputas e rupturas no processo de trabalho (CECÍLIO; MERHY, 2003; VAGHET et al, 2011).

Completam referindo que há aquilo que se mostra e o que se diz, mas também há o que se oculta e o que não é dito tão claramente, num movimento de aceitação e resistência, de mudança e conservação, pois os atores ali presentes e que vivenciam esta micropolítica são portadores de valores, de projetos, de interesses e disputam sentidos para o trabalho em saúde (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Porém, o que se faz necessário discutir é o impacto que a regulação descentralizada trás para a instituição, uma vez que estimula o uso dos micro-poderes instalados e velados, o que possibilita conseqüentemente o uso privado da oferta mediante critérios inadequados (BITENCOURT, 2010).

## 2 – Dificuldades estruturais na instituição

O que se pode observar é que este cenário de dificuldades é também influenciado com a coexistência de déficit na estrutura organizacional, ou seja, as dificuldades estruturais evidenciadas nos discursos dos sujeitos influenciam diretamente no fluxo dos pacientes na instituição, bem como quanto ao processo de trabalho dos profissionais, que nas duas vertentes apresentam incoerência e assincronia nas ações entre os diferentes setores da instituição, conforme segue:

- 1- Pacientes que passam em atendimento no ambulatório de especialidades e que são encaminhados ao Pronto-socorro:

*P1.09 - .....relacionados com os pacientes que vem lá do ambulatório, né. Eles pedem o leito pro paciente, né, lá do ambulatório, ligam pro NIR, eles falam que não tem leito, e eles falam então você liga pro pronto-socorro e vê com o pronto-socorro se eles têm um leito pra colocar ele lá. Tipo assim, acomodar, ele numa maca, e deixa ele lá. Então elas me ligam, e aí, eu acabo tendo que dar um leito, que eu não tenho leito aqui no fundo, eu dou um leito virtual, paciente fica acomodado numa maca, aguardando, né.*

2. Dinâmica do processo de trabalho do centro-cirúrgico:

*P4.03 - A única coisa que eu sinto assim, que tá meio complicado, é a questão assim, eu preciso internar, tal horário, principalmente nós que temos problemas com o centro-cirúrgico, que temos que entregar a demanda até as 3 horas, senão a gente não consegue, pra fazer o mapa, senão a gente perde; a gente tem problema com o horário de internação do paciente. Às vezes, não tem vaga pra internar, vai internar já tá muito tarde, a gente não sabe se deu tempo de internar, às vezes não dá, e a gente acaba perdendo dia cirúrgico, pra mim esse é o maior problema.*

3. Regulação de leitos do hospital acontece desvinculada da regulação de leitos da UTI:

*P3.10- É....., o que eu sinto ainda, é que o NIR não consegue ainda é ter influencia na UTI. Às vezes tem paciente grave lá na ala que eu trabalho e...eu não sei o quê que acontece, que.....O que eu escuto da boca de residentes, é que a médica da UTI é que não acaba aceitando, então eles esperam a médica ir embora, e depois que médica vai embora, é que esse paciente acaba sendo aceito.*

4. Número de leitos insuficientes para atender a demanda:

*P9.02 - I..., a grande dificuldade é a falta de leitos, é..., é a, é essa logística que hoje o HC está inserido, e que não é o ideal, longe disso, e que dificulta muito o esvaziamento da demanda do pronto-socorro, da demanda dos ambulatórios, e isso cria essa angústia toda, esse represamento, da quantidade de doentes.*

- 5- Dificuldade em articular a transferência de altas do complexo para hospitais de retaguarda:

*P9.05 – Não, o NIR passa a ser um refém dessa, dessa, relação toda. Quer dizer, como é que você vai desafogar um pronto-*

*socorro com uma demanda enorme, de atendimentos enormes, se você não tem pra onde por o doente. Isso, porque, as enfermarias do hospital terciário, no caso do HC, ele tem essa demanda reprimida, de uma forma brutal.*

Tal assincronia entre as partes que compõem o corpo hospitalar, na condução do processo de cuidar, talvez possa ser relacionada à inegável dicotomia entre os profissionais de saúde, em relação ao processo de administração e de cuidado, onde uns veem mais as questões gerenciais que se relacionam ao cuidado e outros os problemas assistenciais (VAGHETTI et al, 2011).

## 2- Sugestões para melhorar as dificuldades atuais

Foi possível visualizar o quanto os profissionais envolvidos com a regulação interna no complexo apresentam um processo de reflexão crítica acerca da implantação e, assim, consequentemente apresentaram sugestões para melhoria do serviço.

- 1- Necessidade de centralizar toda a regulação de leitos na central de regulação, sem que exista a possibilidade de regulações paralelas.

*P3.18 - Eu sinto isso, né, que tem que fixar uma lei mais..., é lei, não se vê leito nas outras enfermarias sem falar com o NIR. Não tem porque, eu tentar articular com a enfermeira antes.*

- 2 – Funcionamento regular e contínuo das atividades de regulação no complexo, com vistas a ter uma cobertura regulatória durante as 24 horas:

*P7.04 - Agora, o que eu acho de fraqueza, eu acho que precisava de 24 horas, é funcionar sábado, domingo, feriado, à noite. Porque senão, as coisas se perdem muito no noturno, nos finais de semana, eu sentia muito isso também.*

- 3 – Diversificação nos horários das visitas diárias dos profissionais do NIR, nas enfermarias quando da busca ativa dos casos e dos leitos:

*P5.07 - Porque as visitas delas, são matinais, elas não passam visita à tarde, quando passam, passam de manhã, vendo o que que ta acontecendo na enfermaria, como que ta, leito vago.*

- 4 - Criação de espaços de encontros dialógicos entre as equipes e o NIR:

*P3.24 - Eu acho que talvez, a gente poderia ter, um, um espaço, pra falar mais a nossa vivência pra eles. Pra mim faz, porque eu acho que às vezes eu estou enxergando uma coisa, que eu acho que às vezes dá pra mudar.*

- 5 – Ampliação das parcerias para com hospitais de retaguarda:

*P9.03 – Parcerias melhores, aonde fosse ofertado uma rede de hotelaria de leitos pra pequeno e média complexidade, eu*

*acho que isso ia amenizar muito, pelo menos a urgência e emergência do nosso hospital.*

Muitas dessas sinalizações dos sujeitos da pesquisa apresentam coerência, principalmente quando fortalecidos por outro estudo, que apresentou tais considerações como o funcionamento regular e ininterrupto do NIR, a centralização do processo regulatório, como fatores importantes para a adequada regulação e conseqüentemente melhoria do cuidado e do processo de trabalho institucional (BITENCOURT, 2010).

Ao concordar com as sugestões acima, citadas pelos sujeitos da pesquisa, uma vez que vivenciaram e fazem parte de todo este processo de implantação e implementação da regulação, temos a colocação de alguns autores que referem que é de extrema importância que se organize e experimente processos de trabalho em novos arranjos que objetivem facilitar a comunicação e a coordenação dentro da instituição. (CECÍLIO; MERHY, 2003)

E ainda, se considerar a vertente da integralidade no cuidado, é preciso que se mantenha nas relações do dia a dia, dos trabalhadores uma perspectiva de subjetividade nas relações, onde se deve levar em conta para tanto, além dos conhecimentos técnicos, aqueles conhecimentos de vida que o outro tem, e isso é possível de ser construído através do encontro entre os pares, da conversa entre os envolvidos em todo o processo de trabalho, ou seja, do diálogo com o outro (MATTOS, 2004).

### Considerações Finais

Conforme evidenciado, o contexto de implementação do NIR se deu em meio à dificuldades. Estas estão relacionadas às equipes que compõem a micropolítica do hospital, e também à estrutura organizacional da instituição.

Na superação destes entraves, destaca-se a necessidade da integração da regulação, como medida facilitadora da reorganização estrutural e conseqüentemente do acesso, com integralidade do cuidado.

Tal abordagem se torna um atributo relevante a ser considerado, uma vez que o usuário necessita do acesso a ações e aos serviços de saúde, vinculados a um cuidado com qualidade, ou seja, não adianta o usuário só ter acesso, é preciso que esse acesso esteja intimamente ligado a um cuidado contínuo e integral.

Portanto, a integralidade do cuidado no hospital se torna presente na discussão da regulação e acesso, por ser inerente a um olhar ampliado no cuidado, a integralidade relacionada aos modos de operar a gestão do cotidiano, ou seja, considera-se o ponto de vista da

organização dos serviços, e do cuidado em si, nos encontros, numa lógica do cuidado integral.

Em meio a esta questão tão complexa, é preciso também que se tenha como imagem objetivo, a necessidade dos profissionais desenvolverem uma prática articuladora no sistema, que preconize o cuidado, na ótica da integralidade da atenção, na busca constante de um horizonte que atenda às reais necessidades do usuário.

### Referências

BADUY, R.S. et al. **A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção.** *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.2, p.295-304, 2011.

BITENCOURT, R.J. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional.** 2010. 152f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

BITENCOURT, R. J. et al. **Gestão de leitos e vagas hospitalares: relato de experiências do Hospital de Urgência de Sergipe.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 9., 2009, SP. *Anais...* SP, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: informe técnico institucional. *Rev. Saúde Pública*, v.34, n.3, p.316-319, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A política regulação do Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2006a. 116p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, 2006b. 74p. (Série Pactos pela Saúde, v.1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 252p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CECÍLIO, L.C.O.; MENDES, T.C. **Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?** *Saúde Soc.*, v.13, n.2, p.39-55, maio, 2004.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **O singular processo de coordenação dos hospitais.** S.d. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-15.pdf>>. Acesso em: 28/07/2012.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital.** In: Foucault, M. *Microfísica do poder.* São Paulo: Graal, 2005.

MATTOS, R.A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. **Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud.** *Salud Colect.*, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

OLIVEIRA, R.R. **Os conceitos de regulação em saúde no Brasil**. 2002. 101f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ORTIZ, C. et al. **Núcleo Interno de Regulação – NIR: gestão de leitos como estratégia para organização dos recursos dos hospitais e integração com a rede de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.25-41, 2006.

VAGHETTI, H.H.; PADILHA, N.I.S.C.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; Costa, C.F.S. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros à partir de estudos empíricos. **Acta Paul Enferm** 2011; 24(11):87-93

## O NIR como ferramenta inovadora de gestão<sup>1</sup>

Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues\*  
Carmen Maria Casquel Monti Juliani\*\*

### RESUMO

Observa-se a crescente necessidade de criar estratégias capazes de estabelecer na prática a relação dos conceitos estabelecidos pelo SUS e a sua aplicabilidade, com grande ênfase ao acesso, aqui considerado como o acesso universal. Para tanto a proposta da regulação assistencial, tendo como objetivo adequar o fluxo das ações de saúde de acordo com a necessidade da demanda e da oferta dos serviços de saúde, e como medida facilitadora da reorganização estrutural, permite a estruturação de um sistema de saúde integrado, que favoreça o acesso com continuidade no cuidado. O objetivo desse estudo foi demonstrar o processo de implementação do Núcleo Interno de Regulação de leitos hospitalares, e sua correlação com a rede de atenção à saúde, numa abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas audiogravadas com os profissionais do Complexo Famema de Marília, que vivenciaram esse processo. Foi possível extrair dos significados relacionados à categoria “O contexto de implementação do NIR” e as subcategorias “O NIR como ferramenta inovadora de gestão”, extraída das temáticas “As contribuições do novo na gestão do cuidado e nos processos de trabalho” e “Contribuições atribuídas ao processo de trabalho do NIR”. Ficou evidenciado que a integralidade do cuidado no hospital se torna presente na discussão da regulação e acesso, uma vez que faz parte de uma visão maior, a integralidade relacionada aos modos de operar a gestão do cotidiano.

**Descritores:** Acessos aos serviços de saúde. Gestão hospitalar. Ocupação de leitos.

### INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade. Ao ser desenvolvido sob esses princípios, o processo de construção do SUS visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei, e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população (BRASIL, 2000).

Esse processo de Construção do Sistema Único de Saúde – SUS “desencadeou tentativas de articulação de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em dupla dimensão, individual e coletiva, por meio de ‘modelos alternativos’, incorporando métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais” (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Ao longo dos anos observam-se direcionamentos do Ministério da Saúde (MS), por meio de portarias, normas e estratégias, visando o acesso às ações e serviços necessários à otimização e reorganização da assistência de modo a atender às necessidades de saúde da população.

Entre estas propostas encontra-se a descentralização das funções de execução, controle, avaliação e regulação do sistema de saúde, o que implica em mudanças estruturais e de postura gerencial, com elaboração e desenvolvimento de novos métodos e instrumentos (BRASIL, 2002).

Uma estratégia utilizada pelo SUS para a garantia de tais diretrizes e conseqüentemente uma atenção à saúde, com qualidade, é a

organização das centrais de regulação assistencial, com o objetivo de adequar o fluxo das ações de saúde de acordo com a necessidade da demanda e da oferta dos serviços de saúde.

A regulação pode ser entendida como a ação regulatória como ordenadora e orientadora dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre gestão e os vários serviços de saúde, o que constitui o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação das solicitações.

Diz respeito à capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução, consideradas as condições clínicas do paciente, e o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso (BRASIL, 2006 a; b; SANTOS; MERHY, 2006).

A proposta de regulação, entendida como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (BRASIL, 2006a).

Comprometidos com este movimento proposto, cria-se então a necessidade de novos espaços, que fortaleçam os serviços de saúde, e que possibilitem o enfrentamento e o desafio de mudança do contexto atual.

Para o enfrentamento destes desafios será preciso a implantação de uma ferramenta capaz de compreender a multiplicidade de cenários, sujeitos, ações e interesses, com vistas a atender às necessidades dos usuários, isto é, que priorize o usuário, garantindo-lhe os direitos constitucionais.

<sup>1</sup>Trabalho originário de Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação, do Doutorado em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Botucatu

\*Doutoranda em Saúde Coletiva, Enfermeira do Núcleo Interno de Regulação da Faculdade de Medicina de Marília, email: [Lucianer@famema.br](mailto:Lucianer@famema.br)

\*\*Carmen Maria Casquel Monti Juliani. Enfermeira. Prof. Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP, e-mail: [cjuliani@fmb.unesp.br](mailto:cjuliani@fmb.unesp.br)

Então, o que se observa é a crescente necessidade de criar estratégias capazes de estabelecer na prática a relação dos conceitos estabelecidos pelo SUS e a sua aplicabilidade, com grande ênfase ao acesso, aqui considerado como o acesso universal e gratuito, considera-se suas especificidades, quer seja numa atenção integral assim como com qualidade (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; BRASIL, 2011).

Para tanto, devem ser promovidas mudanças radicais dos processos de planejamento, programação e regulação, associados à APS, visando à estruturação de um sistema de saúde integrado, que favoreça o acesso com continuidade no cuidado, superando assim a fragmentação do sistema e a falta de comunicação nos diferentes pontos de atenção à Saúde (BRASIL, 2010).

Ao considerar que o processo regulatório, pode intervir positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, apresenta um alto potencial de atuação sobre a oferta de serviços, e exerce o controle sobre os prestadores de serviços, seja na ampliação como no remanejamento da oferta programada, seja provendo a equidade do acesso, garantindo a integralidade, ou seja, a adequação da oferta em relação à demanda dos cidadãos (BRASIL, 2002).

O presente estudo é parte de uma pesquisa maior, que teve por objetivo identificar se com a instalação do Núcleo Interno de Regulação, enquanto instrumento de gestão, ocorre a melhoria no fluxo de leitos na instituição hospitalar. Diante disso, esse estudo tem a finalidade de demonstrar a relevância da regulação hospitalar na reorganização estrutural, o que permite a estruturação de um sistema de saúde integrado que favoreça o acesso com continuidade no cuidado, contribuindo com a rede regional de atenção à saúde.

## MÉTODO

O estudo foi desenvolvido no Complexo Assistencial da Faculdade de Medicina de Marília (Famema), no município de Marília.

Optou-se pela abordagem qualitativa, com a utilização da análise temática para a exploração do material e tratamento dos resultados.

Os dados foram constituídos a partir dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, que são profissionais que compõem o quadro de funcionários do Complexo assistencial HC-Famema, entre médicos e enfermeiros que, por viverem o processo de trabalho na instituição, fizeram parte da experiência de implantação do NIR, assim como os gestores da instituição que participaram do planejamento e implementação dessa proposta. O processo de

escolha dos profissionais (sujeitos) se conformou em Gestores das Unidades I (Hospital de Clínicas I, referência para alta complexidade) e Unidade III do complexo (referência para baixa e médica e complexidade) assim como o Superintendente do Complexo, num total de 4 sujeitos selecionados intencionalmente, uma vez que reuniram os informantes-chaves, por apresentarem vivência na implantação do NIR, por este grupo ser composto por um número reduzido de sujeitos, correspondendo à totalidade dos que possuíam tal experiência. Em uma das unidades, por se tratar de um dos sujeitos recém-chegado ao cargo, não foi incluído na pesquisa.

O segundo grupo de depoimentos foi composto por profissionais médicos e enfermeiros que compõem as equipes do corpo de profissionais no Complexo HC - Famema, especificamente os pertencentes à unidade I e aos ambulatórios de especialidades médicas, ressalta-se aqui que foram utilizados os princípios da saturação teórica nesse grupo de sujeitos, pelo número significativo dos mesmos.

Nesta classe de sujeitos existem algumas particularidades que foram respeitadas na classificação para compor o corpo de sujeitos dessa pesquisa e considerados como critérios de inclusão para a pesquisa: médicos fixos, não sendo inclusos os plantonistas, profissionais que trabalham nos turnos da manhã e da tarde; profissionais com cargos de chefia, os apenas assistenciais e com vínculo institucional há mais de dois anos. Portanto, do grupo de 29 sujeitos que inicialmente teriam possibilidades para participarem da pesquisa, após considerar estes critérios, foi possível classificar 20 sujeitos para fazerem parte desse grupo de sujeitos e submetidos à saturação teórica, totalizando ao final com 08 profissionais entrevistados. Ainda neste segundo grupo de sujeitos foram considerados os médicos e enfermeiros dos ambulatórios de especialidades médicas de referência do complexo. Entre os diferentes ambulatórios que integram o Complexo - Famema foram considerados com potencial para participarem dessa pesquisa, àqueles usuários da regulação proposta pelo NIR. Entre médicos e enfermeiros foram coletados os depoimentos de 05 sujeitos, após saturação teórica. Nesta categoria considerou-se como sujeitos ativos do processo de regulação do NIR, os residentes médicos das diferentes disciplinas, que constituem os ambulatórios de especialidades médicas, uma vez serem estes os protagonistas da condução de internações dos pacientes ambulatoriais junto ao NIR.

O terceiro grupo de sujeitos foi composto por médicos e enfermeiros, que compõem a equipe do NIR, com exceção da pesquisadora, por fazer parte integrante da equipe do NIR. No total foram realizadas duas entrevistas, e que, portanto, não foi considerada a saturação

teórica, também por se tratar de um grupo reduzido de sujeitos.

Para a realização das entrevistas, foram respeitados os aspectos éticos, por meio da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília protocolo de aprovação n. 563/11 de 27/06/2011, e o termo de consentimento, livre e esclarecido, foi apresentado a todos e assinado pelos participantes do estudo. A obtenção dos depoimentos foi realizada por um entrevistador treinado, que não faz parte do corpo de profissionais selecionados como sujeitos do estudo, no sentido de manter a autenticidade dos depoimentos e garantir a liberdade de expressão. As entrevistas, realizadas no período de Janeiro a Julho/2012, foram áudio-gravadas, após autorização de todos os participantes (médicos, enfermeiros, gestores).

Para nortear as descrições e a obtenção dos discursos desses sujeitos, foram lançadas as seguintes questões norteadoras de acordo com as diferentes categorias de sujeitos: Gestores: **Relate, a partir de sua vivência, como foi o processo de elaboração, implantação e implementação do NIR.** Enfermeiros e médicos da instituição: **Como você compreende as potencialidades e fragilidades do NIR?** Profissionais do NIR: **Como você compreende o processo de implantação e de implementação do NIR?**

As entrevistas foram transcritas imediatamente após a sua realização, e os depoimentos, integralmente transcritos e codificados, mantendo o sigilo do entrevistado. Após esta etapa, foram levantadas as unidades de significado para a maior aproximação com o fenômeno, e destacados os temas que emergiram nos depoimentos, ao considerar as convergências, divergências e idiosincrasias evidenciadas nos discursos, chegando às categorias temáticas que expressam a essência do fenômeno.

### Resultados e discussões

Considerando-se os depoimentos dos sujeitos em meio à implantação da proposta de regulação no ambiente hospitalar, foram evidenciadas, através da análise, categorias temáticas, que emergiram a partir do relato da vivência desses sujeitos no processo de implantação da regulação assistencial como ferramenta interna de gestão. A categoria central “O NIR como ferramenta inovadora de gestão”, extraída das temáticas “As contribuições do novo na gestão do cuidado e nos processos de trabalho” e “Contribuições atribuídas ao processo de trabalho do NIR”.

#### As contribuições do novo na gestão do cuidado e nos processos de trabalho

A elucidação de tal temática fez-se pela

revelação do fenômeno em questão, ou seja, as potencialidades e contribuições que a proposta de regulação de leitos proporcionou ao Complexo Famema, onde se evidencia a sua influência direta no desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais, e consequentemente repercutiu positivamente na gestão do cuidado.

Tais contribuições foram citadas em diferentes aspectos, quer sejam relacionadas à otimização de procedimentos, nos tratamentos e internações dos pacientes, na dinamização de transferências dos pacientes nos leitos e assim influenciam positivamente na dinâmica dos leitos, conforme observamos a seguir nos depoimentos:

*P1.21 - Mais eu achei que melhorou muito, assim sabe, em relação à....., parte de transferência de paciente, né, de tá acomodando, melhora bastante, acho que é isso.*

*P9.01 - Desde que o NIR começou aqui no HC.....Eu, nós acreditamos que a grande vantagem, a potencialidade do NIR, é agilizar as transferências, e dá respaldo, que elas aconteçam de uma forma rápida, né.*

Especificamente relativo à condição dos leitos da instituição, a pesquisa desvelou a melhoria na dinâmica dos mesmos, de forma a otimizá-los, o que repercutiu diretamente no usuário do serviço. Tais melhorias estão relacionadas ao acesso aos leitos, à adequação da internação de acordo com as necessidades e o grau de complexidade dos casos.

A gestão de leitos e vagas propicia o encontro entre a oferta e a demanda por leitos, estabelecendo prioridades de internações, para a maior agilidade nas mesmas, assim como nas transferências de pacientes internados (BITENCOURT, 2010).

*G2.22 - Melhorou a agilidade de leitos, e também diminuiu bastante a reclamação do usuário, principalmente àqueles usuários que estavam na fila. Então, são umas coisas, que a gente acaba ainda tendo dificuldade ainda nesse processo.*

*P12.02 - Antes nós tínhamos uma dificuldade, em relação à isso, os leitos de acordo com a gravidade do paciente.*

*É ....., às vezes nem sempre você ficava com um paciente, que exigia um leito, no HC.*

*Hoje, a gente consegue até separar de acordo com a gravidade, ou com a patologia cirúrgica. Os pacientes que requer leito no HC, com patologias mais graves, no pós-operatório, que exige recurso de maior complexidade, se precisa no HCl, a gente consegue colocar aqui, os menores no HCIII, alguns até no HM.*

Entre os pressupostos fundamentais da ação regulatória, está que ela é feita por profissional competente, capaz de análise crítica e com discernimento, capacitados a identificar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos (BRASIL 2006a; 2011).

*P4.07 - Não, não, acho que o que melhorou mesmo, foi essa questão de agilidade, de muita gente mandando, organizando, eu sei que melhorou bastante.*

Reúnem-se também muitos apontamentos significativamente positivos do NIR na instituição referentes à repercussão direta nos diferentes setores, tanto de forma a reduzir o número de pacientes nos corredores do pronto-socorro, quanto na adequação da alocação de pacientes em pós-operatório de forma a não retornarem a este setor, também dinamiza a saída dos pacientes em pós-operatório da sala de recuperação do centro-cirúrgico e conseqüentemente, também dinamiza a demanda cirúrgica, relacionada a saída dos pacientes de alta das UTIs em tempo oportuno, a adequação do perfil do paciente e de sua complexidade, disponibilização de leitos aos ambulatorios, assim como a distribuição equânime da oferta de leitos às especialidades médicas, e a notável repercussão com a diminuição dos chamados ao plantão administrativo ( finais – de – semana e noturno).

**G4.22** - *De todo jeito, melhorou muito, reduziu muito o número de pacientes no PS, isso é sentido, né, é....Não tem mais aquele volume pelos corredores, ainda tem, mais não é mais o que era naquele, naquela dimensão do que era antes, né.*

Alguns hospitais (BITENCOURT et al, 2009) como o caso do Hospital de Urgências de Sergipe e do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, a situação histórica é bastante semelhante ao Complexo Famema, com macas nos corredores do PS, sala de recuperação do centro-cirúrgico com uma permanência acima do esperado, pacientes que retornavam ao pronto-socorro no pós-operatório, e também, estes estudos apontam para uma diminuição significativa do número de macas nos corredores, após a implantação da regulação de vagas, apesar de ser esta, ainda uma tendência oscilante, com dados parciais e instáveis.

Assim, corroborando com a percepção dos depoimentos dessa pesquisa, pudemos encontrar outras realidades em conformidade com o Complexo Famema, no que concerne a coincidente afirmativa de que o NIR pode ser, entre outros, visualizado como uma das estratégias para se resolver o problema de superlotação do pronto-socorro, por ser um dispositivo central para agilizar a saída de pacientes deste setor, evita assim, a estagnação de atividades, assim como em outros pontos do hospital considerados nevrálgicos, como por exemplo o centro- cirúrgico (BITENCOURT, 2006; 2010; BITENCOURT et al, 2009; BITENCOURT; HORTALE, 2009).

Outra consideração a ser feita, no sentido de tentar minimizar este contexto de superlotação dos serviços de emergência, é a da necessidade de articulação em redes de atenção ao cuidado, com compartilhamento do atendimento do usuário de forma oportuna, integral e resolutive, dentro de seu contexto e atendendo às suas reais necessidades de saúde, de acordo com o seu grau de complexidade.

Para tanto, as redes de cuidado precisam ser pensadas, numa constante articulação entre os níveis de atenção, pois neste contexto de superlotação do pronto-socorro, uma realidade frequente é a constatação de que muitos pacientes, que poderiam ter a resolução de seu problema na atenção básica, buscam atendimento nos serviços de emergência (GEORGE; WESTLAKE, 1993; COLEMAN; IRONS; NICHOL, 1992).

**P1.19** - *E uma coisa que nós, assim, que organizo com o NIR, foi à parte de pacientes pós- cirúrgico, que antes eles faziam a cirurgia e retornavam pra cá, hoje não. Hoje paciente que tá no virtual, subiu pro centro-cirúrgico, é de competência do NIR, arrumar o leito, então esse paciente, ele fica alojado lá no centro-cirúrgico, até conseguir leito, né, então, e não volta, voltava tudo, tudo pra cá. Assim, paciente grava, paciente assim, sabe, que às vezes necessitava de leito de UTI. Paciente pós- Cath, vinha tudo pra cá, e agora não, agora, cada um é alocado numa enfermaria, se não tem, eles ficam lá no centro-cirúrgico, aguardam um leito.*

O centro cirúrgico é considerado como uma área nevrálgica na instituição, uma vez que os casos estagnados naquele setor, impedem o giro de casos novos, e limitam o fluxo na instituição. Para tanto esta é uma das áreas prioritárias na regulação interna institucional (BITENCOURT et al, 2009).

Outros setores na instituição também foram citados como favorecidos em consequência às ações do NIR, como a UTI, a MI, os ambulatorios, assim como para o plantão administrativo, conforme segue nos desvelamentos dos depoimentos:

**P6.06** - *Na UTI mesmo, antes quando eu tava lá, ficava uma semana, ou às vezes, mais, ficava esperando pra vagar, uma alta, pra descer. Agora não, é difícil um paciente não descer no mesmo dia, né. Às vezes, um caso ou outro que demora um pouquinho mais, né..*

**P11.05** - *Outra coisa, se tinha um paciente no ambulatório e tinha que internar, se tinha que falar com uma pessoa do pronto-socorro pra poder internar no fundo do PS, por exemplo, né, entendeu. Paciente grave, complicado, pré-operatório, internado no fundo do PS e depois ir pra enfermaria, melhorou, a mudança importante, é realmente relacionada a isso. Agilizou, vamos dizer assim, ficou uma coisa igual, entre as especialidades, porque era aquela briga, ficava disputando leito, né.*

Naturalmente aqui, nesse contexto de contribuições, foi possível perceber também sua ascendência sobre a gestão do cuidado, de forma a contribuir no planejamento de ações nas diferentes esferas da instituição, em uma vertente mais direta e interna relacionada propriamente à condição dos leitos de internação, assim como externamente à instituição, proporciona a continuidade do cuidado de seus usuários.

Neste caso concorda-se com o entendimento de gestão do cuidado em saúde podendo ser definida como:



O provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECILIO, 2011).

**P1.13** - *Hoje, todo dia, um dia antes, eu tenho essa, rotatividade de leito, eu consigo internar, ele vem hoje, faço toda a parte de enfermagem. Faz a....., a internação, vai pro HCIII, e vão internado.*

*Aí amanhã cedo, vai tá no leito, na hora da cirurgia, vai se chamado.*

Ainda nesta perspectiva de contribuição do NIR na gestão do cuidado, num ponto mais específico, que chama a atenção de acordo com os depoimentos, e que corrobora com a afirmativa de alguns autores, é a possibilidade de favorecer o fluxo da continuidade do cuidado dos pacientes, uma vez que essa é considerada uma das funções desse setor, por conseguir organizar redes assistenciais e corredores virtuais de atenção à saúde e possibilita a interface dessa rede, atendendo a real necessidade do usuário (BITENCOURT, 2010).

Conforme apontam alguns autores, para a necessidade de se conformar redes de cuidado, entendidas aqui como arranjos, que possibilitem articular o acesso aos serviços de diferentes tipos com possibilidades de encontros, conversações, endereçando as relações entre os envolvidos no trabalho em saúde nos diversos pontos da rede de atenção, mantendo vínculo e a continuidade do cuidado de acordo com as diferentes situações clínicas; e para pensar e produzir a cadeia de cuidados é preciso gestão, tanto dos serviços de saúde, mais essencialmente a gestão da produção do cuidado (BADUY et al, 2011; FEUERWERKER, 2011).

**G3.10** - *Então o NIR vê a média de permanência, e até ajuda a gente a encontra na rede social, na rede de cuidado, um local, adequado, né, pro, pra continuidade do cuidado. Eu acho que, em última instância, ele favorece o fluxo de continuidade do cuidado*

**P2.17** - *Acho que agilizou também a questão de algumas altas que eram travadas, pacientes de fora, paciente que precisa de oxigênio, ou que precisa de 1 assistente social, ou de um hospital e que não tem, eu acho que nisso ela conseguiu agilizar, também.*

No círculo de conflitos, experimentou-se a redução desses, a partir da proposta de endereçar a regulação dos leitos de forma mais centralizada, ou seja, no setor específico, assim, modifica-se o centro da trajetória histórica

observada em meio ao processo regulatório de leitos.

O hospital além de ser considerado como uma estrutura, também é um lugar de forças instituintes, de negociações, de conflitos, de coalizões e grupos de interesse e disputa e, por tudo isso, lugar de possibilidades de caminhar em outros sentidos e direções, e mudanças. Esses conflitos são manifestações fenomênicas, de superfície, de tensões constitutivas da vida organizacional, que localizamos em nível mais profundo, na estrutura, as tensões são produtivas/destrutivas; é a partir do conflito que muitas mudanças acontecem, e assim é preciso se fazer a gestão do conflito e não negá-lo, é preciso dotar os profissionais envolvidos com teoria e alguma competência prática para trabalhar o conflito, ajudando a lidar com a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde. Mais há que se considerar que isso não é fácil, lidar com conflitos é um aprendizado coletivo (CECILIO; MERHY, 2003).

Nesta ótica, o gerenciamento de leitos, em face das dificuldades vivenciadas, apresenta na luta de cada dia uma possibilidade de redução de “tensões” entre os serviços e profissionais (principalmente entre o pronto-socorro e as enfermarias), e redireciona as energias de aspectos gerenciais para outras ferramentas, como por exemplo a educação permanente, para a discussão clínica dos casos e integração das equipes (GRABÓIS, 2009).

**P1.13** - *Então assim, acabava gerando atrito entre as enfermarias, né. Eu acho que com o NIR, eu acho, eu acho que, acredito que não tenha isso, né. A gente acaba não tendo esse atrito também, que era uma coisa que a gente tinha muito, né, atrito.*

A centralização do gerenciamento do processo regulatório é considerada como um pressuposto técnico e operacional, favorece o conhecimento e visualização da rede como um todo, e proporciona uma maior agilidade e equidade no processo regulatório, ou seja, com foco na atenção ao paciente através da programação e aspectos de seu controle. Assim, deixa de ser um instrumento político de barganha dentro da instituição, o que é frequentemente desvelado em situações de privilégios corporativos, responsáveis por muitos momentos de conflitos entre trabalhadores (ORTIZ, 2006; BITENCOURT et al, 2009; FERREIRA et al, 2010; BITENCOURT, 2010; FARIAS et al, 2010).

E se considerarmos ainda que um dos objetivos do gerenciamento de leitos é melhorar a satisfação dos profissionais, uma vez que possibilita a diminuição do tempo passado na “gestão de leitos”, e conseqüentemente utilizar a melhor forma de competência de cada profissional, temos que tal perspectiva se aplica de forma direta, também especificamente ao enfermeiro, que é frequentemente visto incorporando a função de liderança e funções de

gestão (GRABÓIS, 2009; GARCIA; SANTA-BÁRBARA, 2009).

**P1.11** - *Agora assim, a parte de..., de vantagens, né, que acho que tem, que, do NIR né, que veio pra agregar, essa parte de tirar a responsabilidade, né do enfermeiro, de tá dando os leitos.*

**P1.09** - *Então isso dá mais tranquilidade, porque você administra o seu tempo com cuidado. Eu não fico me preocupando, eu vou passar, até mesmo a secretária, eu vou passar qual que é o perfil do paciente que eu vou operar.*

## 2 - Contribuições atribuídas ao processo de trabalho do NIR

Ao experimentar as consequências legítimas do fenômeno em questão, por meio das elucidações evidenciadas nos depoimentos, uma perspectiva que chama a atenção é a relacionada à postura de trabalho adotado pelo NIR, vista como ponto fundamental no escopo de implementação dessa proposta.

**G4.11** - *É..., então uma das coisas do pilar, é a busca ativa, então toda manhã a gente está indo no PS, o que, que tá internado, porque que tá internado, ali é lugar de estar internado, tem que realmente ficar no hospital, né? Ou é mais uma insegurança da equipe da urgência, em mandar pra casa, né.*

Essa atividade de acompanhamento diário, em tempo real, através de visitas nas enfermarias, para o monitoramento da oferta, é apontada como o primeiro dispositivo utilizado pelos profissionais encarregados pela gestão, para visualizarem o desempenho dessas enfermarias assim como reconhecerem a sua saturação, e também proporcionar sinergia entre as decisões (BITENCOURT, 2010).

Nesse empenho, uma das vertentes que reafirmam e sustentam o processo de condução do NIR, está voltada para o adequado relacionamento interpessoal do NIR para com os seus usuários.

**P2.13** - *Eu tenho um bom relacionamento com as enfermeiras do NIR, quando vem, não tenho assim, problema nenhum, a gente se entende.*

**P5.14** - *Agora, do restante..., eu acho que é tranquilo, o diálogo, elas tão sempre abertas, sempre acolhedoras, acolhe muito bem a gente, conversa, explica.*

**G3.08** - *E..., quando a gente tem que transferir paciente do HCIII para o HCl, a gente passa pelo diálogo com o NIR, e esse diálogo tem sido muito bom, entendeu. Porque o próprio NIR já se organiza internamente, junto aos setores do HCl pra fazer a transferência, né.*

Outros autores também apontam este aspecto de investimento na gestão de pessoas como imprescindível para a adequada condução de processos, principalmente aqueles em fase de construção, mantêm o foco no relacionamento intrapessoal e interpessoal estimulando assim, o trabalho em parceria (FARIAS et al, 2010).

Portanto, como pontua a Política Nacional de Humanização da Atenção, no processo de trabalho, os trabalhadores “usam de

si por si”. A cada situação que se coloca o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é próprio de todo trabalho humano. Assim, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir. É gerir junto com os outros. A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de fazer. Desta forma evita-se fazer a tarefa de forma mecânica, em um processo de aprendizagem permanente, uma vez que questiona as prescrições e constrói outros modos de trabalhar para dar conta de uma situação nova e imprevisível (BRASIL, 2007).

E o mesmo documento conclui que o trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos. Não é neutro em relação ao que provoca no sujeito: nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo; e, pode ser também, produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado. Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer uma comunicação circulante, criar espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde (BRASIL, 2007).

Assim como em outras realidades, onde houve a implantação de regulação de leitos, em que foram citados resultados favoráveis com esta proposta, em eventos diversos, como a melhoria no tempo médio de permanência, com fluxo mais efetivo do paciente, com melhor aproveitamento do leito hospitalar, enfim alguns estudos também já apontam para a valorização dos dados e resultados encontrados a partir da regulação de leitos (O'DWYER, 2009; BITENCOURT et al, 2009).

Foi possível assinalar, que a proposta advinda da implantação e implementação da regulação interna de leitos no Complexo Famema, está cheia de valores positivos, atribuídos pelos sujeitos.

**G2.17** - *Mais, eu acho, eu queria fechar dizendo o seguinte, que de um modo geral, o núcleo de regulação interna, ele veio pra beneficiar, ele está beneficiando, tá colaborando, né.*

**G3.16** - *O paciente não fica mais solto, tem alguém que se responsabiliza por ele, acho que isso o NIR, contribuiu; de aumentar o grau de responsabilidade na internação, aumento a responsabilização por parte dos profissionais que cuida, né. Eu vejo uma dificuldade ainda; maior é cultura das pessoas, em quererem a adesão, acho que num movimento de perceberem como uma ameaça, que tem haver com as relações de poder.*

**P7.03** - *O que eu acho assim, muito bom, é essa facilidade que nós profissionais, em tá ligando pro NIR, e eles tarem providenciando, eles que tem a dinâmica do hospital, né, elas que tem o contato com isso, né.*

**P5.08** - *Assim, pra mim é tranquilo, mais assim, é....., hoje eu acho que elas tão com um ganho de 80% de aprovação dos usuários do NIR, em si.*

Assim, ao analisar a característica positiva desta proposta, podemos também associar a ela, como fator potencializador, outra discussão que visa novos rumos, mais ampliados, como proposta de superação desse modelo vigente, onde o MS trata como elemento norteador dessa reforma, um modelo que contemple um cuidado integral, em redes de cuidado, e que tenha como eixo central a Atenção Primária à Saúde, e a reafirma enquanto Política Nacional desde 2006 (OPAS, 2011).

A política que fornece subsídios a estas redes de atenção, apesar de um fenômeno ainda recente, aponta para uma gestão compartilhada, traz no seu componente estrutura operacional a necessidade de se implementar o "acesso regulado" no sistema de saúde, como uma garantia de organização racional dos fluxos, num sistema eficaz de referência e contrarreferência (MENDES, 2010; LAVRAS, 2011; OPAS, 2009; 2010).

### Considerações Finais

Ao analisarmos a tendência histórica, ao longo da conformação do sistema de saúde brasileiro, o que se observa é a predominância de um modelo de atenção que perpetua um cuidado hospitalocêntrico e subespecializado, o que o torna descontínuo e sem contemplar o grande desafio da integralidade da atenção.

Numa perspectiva de enfrentamento às mudanças na situação de saúde da população vê-se a necessidade da reorganização do sistema, de forma a enfrentar esta tendência histórica, e que atenda às novas diretrizes proposta pelo Ministério da Saúde.

Para tanto, a proposta de regulação assistencial na saúde, apresenta um caminho de possibilidades na tentativa de contribuir nesta necessidade de reorganização do sistema.

Como observamos, esta ferramenta quando utilizada internamente no espaço de gestão hospitalar, apresenta um potencial positivo, e contributivo nesta reorganização estrutural.

No entanto, nos chama a atenção para a necessidade de tal iniciativa não estar focada apenas em benefício unilateral, mais sim que possa acompanhar a tendência necessária de continuidade do cuidado, e da articulação com os demais serviços de saúde que compõem o sistema de saúde.

Para tanto, podemos assim citar a nova proposta de redes de atenção à saúde, que se caracteriza pelo rearranjo organizacional, e que permite o compartilhamento de ações integradas com o intercâmbio entre os diferentes níveis de atenção, ou seja, que permita a articulação entre as três instâncias de governo.

Este modelo proposto, em nosso olhar<sup>2</sup>, está em consonância com os resultados até aqui levantados neste estudo, que também sinaliza

para a necessidade da ampliação das fronteiras da regulação na saúde, com a real necessidade de avançar para a construção de redes de atenção associadas à regulação de acesso à saúde, com vistas à ampliação desse acesso das pessoas às ações e serviços de saúde, de modo oportuno, organizado, resolutivo e integral.

Embora os problemas de acesso possam ter outros determinantes como os financeiros e os de dimensionamento dos serviços, de acordo com as necessidades reais da população, os quais não foram objeto deste estudo, certamente as ações de regulação contribuem para a melhor utilização e distribuição dos recursos de saúde existentes.

### Referências

BADUY, R.S. et al. **A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção.** *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.2, p.295-304, 2011.

BITENCOURT, R.J. **Pacto pela qualidade no SUS: estudos de viabilidade técnica no subsistema de urgência e emergência.** Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional.** 2010. 152f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

BITENCOURT, R. J. et al. **Gestão de leitos e vagas hospitalares: relato de experiências do Hospital de Urgência de Sergipe.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 9., 2009, SP. *Anais...* SP, 2009.

BITENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática.** *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.7, p.1439-1454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: informe técnico institucional. *Rev. Saúde Pública*, v.34, n.3, p.316-319, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde. Noas – SUS 01/02. Portaria n. 373 de 27 de Fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2.ed. Brasília, Ministério da Saúde. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria DE Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa:co-gestão/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. Ver. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A política regulação do Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2006a. 116p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos**

**reguladores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 68p.

12. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS.** 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 252p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- CECÍLIO, L.C.O. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.** *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.15, n.37, p.589-599, 2011.
- CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **O singular processo de coordenação dos hospitais.** *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v.27, n.64, PP.110-122. 2003.
- COLEMAN, P.; IRONS, R.; NICHOLL, J. **Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency?** *Emerg. Med.* 1992; 35(8):987-995.
- FARIAS, E. et al. **Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica.** *Rev. Adm. Saúde*, v.12, n.47, p.63-70, 2010.
- FERREIRA, J.B.B. et al. **O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores.** *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.345-58, 2010.
- FEUERWERKER, L.C.M. **A cadeia do cuidado em saúde.** In: MARINS, J.J.N.; REGO, S. (Org.). **Educação, saúde e gestão.** São Paulo: Hucitec, 2011. p.99-113.
- GARCIA, I.G.; SANTA-BÁRBARA, E.S. **Relationship between nurses leadership styles and power bases.** *Rev. Latino-am. Enfermagem.* 17(3): 295-301, 2009.
- GEORGE, S.; READ, S.; WESTLAKE, L. **Differences in priorities assigned to patients by triage nurses and by consultant physicians in accident and emergency departments.** *J. Epidemiol Community Health* 1993; 47(4):312-315.
- GRABÓIS, V. **Gerenciamento de Recursos Críticos em Organizações Hospitalares. Curso de Especialização em Gestão Hospitalar.** GHC- ENSP/FIOCRUZ. Out 2009.
- LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010.
- MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. **Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud.** *Salud Colect.*, v.2, n.2, p.147-160, 2006.
- O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S.P.; SETA, M.H.; **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5):1881-1890, 2009
- ORTIZ, C. et al. **Núcleo Interno de Regulação – NIR: gestão de leitos como estratégia para organização dos recursos dos hospitais e integração com a rede de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. **A atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS – Contribuição para o Debate.** Brasília: OPAS, 2011
- \_\_\_\_\_. **Redes Integradas de serviços de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.** Washington: OPAS; 2010. (La renovación de La atención primaria de salud em las Américas nº4)
- Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde, 49º Consejo Directivo. 61º Session Del Comité Regional. Resolución CD49R22. Original: Español. **Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas em La atención Primaria de Salud.** Disponível em: [HTTP://new.paho.org/HQ/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/HQ/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Esp.).pdf). Acesso em 31/05/2013.
- SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. **A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.25-41, 2006.
- TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde.** *Inf. Epidemiol. SUS*, v.7, n.2, p.7-28, 1998



## **8 REFLEXÕES ACERCA DO DESVELAMENTO**

## 8 REFLEXÕES ACERCA DO DESVELAMENTO

Essa pesquisa teve uma abordagem qualitativa, com a finalidade geral de refletir, descrevendo e analisando as principais contribuições e dificuldades em meio à proposta de regulação de leitos, interessados na extensão dos benefícios regulatórios enquanto uma nova ferramenta tecnopolítica voltada para a gestão da produção do cuidado. Assim, o foco principal dessa pesquisa foi compreender o movimento, o desenvolvimento e a contribuição quando da implantação e implementação do Núcleo Interno de regulação a partir das experiências dos atores sociais.

Nessa delicada tarefa, contudo, experimenta-se a possibilidade de adentrar mais profundamente nos espaços da micropolítica hospitalar, sem ter a pretensão de realizar avaliações de contexto, assim como não tendo o objetivo de quantificar seu impacto de intervenção, mas sim ampliar o olhar, numa perspectiva qualitativa, vislumbrando uma possibilidade de contribuição de uma nova ferramenta de gestão neste espaço, reconhecendo suas limitações em meio à complexa estrutura hospitalar.

Alguns pontos como a melhor organização do fluxo dos pacientes no hospital, a priorização dos casos de acordo com o grau de complexidade, a contribuição na organização de processos de trabalhos das diferentes equipes de profissionais e de diferentes setores da instituição, e conseqüente diminuição de conflitos, foram evidenciados no processo de análise dessa pesquisa que reforçam o valor positivo desta proposta para o processo de gestão no ambiente hospitalar, com contribuições adequadas ao objetivo final da ação em saúde, o cuidado integral ao usuário.

Aspectos relevantes foram destacados na superação do processo histórico hospitalar, entre processos estruturais, de gestão e de trabalho, de forma a otimizar o fluxo de leitos no complexo.

Um ganho evidenciado para a enfermagem é que com a implantação do NIR, o profissional enfermeiro ficou poupado de parte das atividades burocráticas de administração de leitos, podendo dedicar maior tempo ao cuidado.

Durante o processo de implantação e implementação da regulação assistencial, foram evidenciadas ainda dificuldades específicas relacionadas à influência histórica da constituição do contexto hospitalar, e conseqüentemente algumas resistências a essa nova proposta, também foram evidenciadas

dificuldades relacionadas à inadequada condução do processo de implantação e implementação da regulação de leitos na instituição.

No entanto, os resultados da pesquisa evidenciam que apesar das dificuldades, há um impacto significativamente considerável deste serviço na gestão de leitos e vagas, e conseqüentemente na gestão hospitalar, podendo o NIR ser reconhecido como um relevante instrumento de gestão. Porém deve ser constituído como uma das partes de todo um contexto, que não deve ser considerado de forma isolada, mas inserido na rede SUS, sendo este um ponto a avançar em futuros investimentos na gestão e/ou novas pesquisas.

Neste sentido é que chamamos a atenção da integração na saúde, com o compartilhamento de novas propostas inovadoras de gestão, mais que conversem num sistema em redes integradas de atenção, com vistas à superação das fragilidades no sistema de saúde, no sentido de disponibilizar um cuidado contínuo e integral.



## 9 REFERÊNCIAS



## 9 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Cad. Saúde Publ.*, Rio de Janeiro, 13(4):659-676, out-dez, 1997

BADUY, R.S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.2, p.295-304, 2011.

BITENCOURT, R.J. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixo desempenho organizacional**. 2010. 152f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. **Pacto pela qualidade no SUS: estudos de viabilidade técnica no subsistema de urgência e emergência**. Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, 2006.

BITENCOURT, R. J. et al. **Gestão de leitos e vagas hospitalares: relato de experiências do Hospital de Urgência de Sergipe**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 9., 2009, SP. **Anais...** SP, 2009.

BITENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.7, p.1439-1454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 252p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 481p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4279/GM/MS, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.907, de 23 de novembro de 2009**. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101439-2907>>. Acesso em: jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria MS/GM nº 1559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.571, de 29 de junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PT-COMPLEXOS%20REG%20-1571.pdf>>. Acesso em: Jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: gestão participativa:co-gestão/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. Ver. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde**: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006. 23p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A política regulação do Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2006a. 116p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006c. 74p. (Série Pactos pela Saúde, v.1).

\_\_\_\_\_. CONASS. **Política Nacional de Regulação**: nota técnica. Brasília, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde. Noas – SUS 01/02. Portaria n. 373 de 27 de Fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2.ed. Brasília, Ministério da Saúde. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1101/GM em 12 de junho de 2002**. Art. 1º Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>>. Acesso em: jun. 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 423, de 9 de julho de 2002. **Detalha as atribuições básicas inerentes a cada nível do governo no controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS**. Brasília, DF, 2002a. 16p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria n. 729 de 14 de Outubro de 2002**. estabelece os indicadores de avaliação e os requisitos básicos a serem contemplados no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Portaria n. 95 de 25 de Janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS – SUS 01/01. Brasília, Ministério da Saúde. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: informe técnico institucional. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.3, p.316-319, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde, combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5)757-764, 2010.

CECÍLIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.37, p.589-599, 2011.

CECÍLIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde Soc.**, v.13, n.2, p.39-55, mai-ago,2004.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **O singular processo de coordenação dos hospitais**. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v.27, n.64, PP. 110-122. 2003.

COLEMAN, P.; IRONS, R.; NICHOL, J. Will alternative imediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? **Emerg. Med.** 1992; 35(8):987-995.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB-MG). **A Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais - CIB-SUS-MG**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib>>. Acesso em: dia mês ano.

CONASS **São Paulo**. Acessado em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/orgaos-vinculados/comissao-intergestores-bipartite-cib/>>. Acesso em: Jul. 2012.

CONILL, E.M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, col.20, n.5, Rio de Janeiro, Sept./Oct. 2004

DELIBERAÇÃO CIB – RJ 205/2005. **A criação de núcleos internos de regulação em todos os hospitais públicos das três esferas de governo do Estado do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.cremelj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=351Setem=3>>. Acessado em: 08 jul. 2012

ELIAS, P.E.M. Estado e Saúde: desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspect.**, v.18, n.3, p.41-46, 2004.

EVANGELISTA, P.A.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.4. p.767-776, 2008.

FAMEMA. **Faculdade de Medicina de Marília**. Disponível em <http://www.famema.br/>. Acesso em 05/01/2013.

\_\_\_\_\_. **Faculdade de Medicina de Marília**. Protocolo do Núcleo Interno de regulação. 2010

FARIAS, E. et al. Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica. **Rev. Adm. Saúde**, v.12, n.47, p.63-70, 2010.

FARIAS, S.F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.16, supl.1, p.1043-1053, 2011.

\_\_\_\_\_. **Interesses estruturais na regulação da assistência médico hospitalar do SUS**. 2009. 221f. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

FERREIRA, J.B.B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.345-58, 2010.

FESF – SUS – **Regulação Pernambuco** – Bahia - Fundação Estatal Saúde da Família. Disponível em: <<http://portal.fesfsus.ba.gov.br/>>. Acesso em: Jul. 2012.

FEUERWERKER, L.C.M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S. (Org.). **Educação, saúde e gestão**. São Paulo: Hucitec, 2011. p.99-113.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. In: Foucault, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2005.

GARCIA, I.G.; SANTA-BÁRBARA, E.S. Relationship between nurses leadership styles and power bases. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. 17(3): 295-301, 2009.

GEORGE, S.; READ, S.; WESTLAKE, L. Differences in priorities assigned to patients by triage nurses and by consultant physicians in accident and emergency departments. **J. Epidemiol Community Health** 1993; 47(4):312-315.

GOMES, A.M.A. et al. Fenomenologia, Humanização e Promoção da Saúde: uma proposta de articulação. **Soc. São Paulo**, v.17, n.1, p.143-152, 2008.

GRABÓIS V. Gerenciamento de Recursos Críticos em Organizações Hospitalares. Curso de Especialização em Gestão Hospitalar. GHC- **ENSP/FIOCRUZ**. Out 2009.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmum=3529008&search=sao-paulo/marilia> . Acesso em 10/01/2013.

IRIART, C.; FRANCO, T.; MERHY, E.E. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. **Globalization Health**, v.7, n.2, 2011. Disponível em: <<http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/2>> Acesso em: jul. 2012. doi:10.1186/1744-8603-7-2.

JULIANI, C.M.C.M. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: percepção de enfermeiros. 1996. 136f. Dissertação (**Mestrado**) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 1996.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MARTINS, J. A ontologia de Heidegger. In: MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. (Orgs.). **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação.** São Paulo: Moraes, 1983. p.33-44.

\_\_\_\_\_. **Um enfoque fenomenológico do currículo:** educação como poiésis. São Paulo: Cortez, 1992.

MARTINS, J. et al. A Fenomenologia como alternativa metodológica para a pesquisa-algumas considerações. **Rev.Esc.Enf USP**, v.24, n.1, p.139-47,1990.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia:** fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1989.

MARTINS, J.; DICHTCHEKENICIN, M.F.S.F.B. **Temas fundamentais de fenomenologia.** São Paulo, Editora Moraes, 1984.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (5);1411-1416, set-out, 2004.

MENDES, E.V. As redes de atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2297-2305, 2010.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde:** o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 176p.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect.**, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MORAES, D.R. Revisitando as Concepções de integralidade. **Revista APS**, v.9, n.1, p. 64-72, jan./jun.2006.

**NÚCLEO interno de regulação do HIAS melhora atendimento aos pacientes.** Disponível em: <<http://avol.jusbrasil.com.br/politica/8360453/nucleo-interno-de-regulacao-do-hias-melh>>. Acesso em: Jul. 2012.

O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S.P.; SETA, M.H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (5):1881-1890, 2009

OLIVEIRA, R.R. Os conceitos de regulação em saúde no Brasil. 2002. 101f. Dissertação (**Mestrado**) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2008**: Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca. Genebra:OMS, 2008.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial de Saúde. Cuidados Inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. **A atenção à Saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS – Contribuição para o Debate. Brasília: OPAS, 2011

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana de Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras./Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Org. Pan-Americana da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana de Saúde. **Redes Integradas de serviços de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación em las Américas. Washington: OPS; 2010. (La renovación de La atención primaria de salud em las Américas nº4).

Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde, 49º Consejo Directivo. 61º Session Del Comitê Regional. Resolución CD49R22. Original: Espanõl. Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas em La atención Primaria de Salud. Disponível em: [HTTP://new.paho.org/HQ/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Esp.\).pdf.9](http://new.paho.org/HQ/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Esp.).pdf.9). Acesso em 31/05/2013.

ORTIZ, C. et al. **Núcleo Interno de Regulação – NIR**: gestão de leitos como estratégia para organização dos recursos dos hospitais e integração com a rede de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da Integralidade**: Cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS – UERJ – Abrasco. 2003

PREFEITO Iris Rezende inaugura Complexo Regulador. **Tribuna Campineira**, Goiânia, 08 de Abril de 2008. Disponível em: <[www.tribunacampineira.com.br/.../169-prefeito-iris-rezende-inaugur](http://www.tribunacampineira.com.br/.../169-prefeito-iris-rezende-inaugur)>. Acesso em: Jul. 2012.

PROCHNOW, A.G.; LEITE, L.L.; ERDMAN, A.L.; TREVIZAN, M.A. O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Rev.. Esc. Enferm. USP**, 2007; 41(4)- 542-50.

RESOLUÇÃO SMS-1205/ 2006. **Cria Núcleos Internos de Regulação (NIR) na rede hospitalar municipal do Rio de Janeiro.** Disponível em: <[www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib-novo/59-2012/fevereiro/1783-deliberacao-cib-n-1609](http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib-novo/59-2012/fevereiro/1783-deliberacao-cib-n-1609)>. Acesso em 08 jul. 2012.

RHODE, E.B.; DOBASHI, B.F.; OLIVA, C.A.G. A regulação do acesso interestadual de pacientes no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, v.17, n.4, p.1031-1046, 2009.

RISH, Z.M.R.; GOMES, E.L.R. A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. **Rev. Latino-am. Enf.**, 2008 – Janeiro – Fevereiro, 16(1).

SADALA, M.L.A. Estar com o paciente: a possibilidade de uma maneira autêntica de cuidar. 1995. 234f. Tese (**Doutorado**) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Escola de Enfermagem, São Paulo, 1995.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.25-41, 2006.

SANTOS, I.S.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.15, n.5, p.1431-1440, 2008.

SESAB. **Bahia – Regula Saúde – Complexos Reguladores.** Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br/regulasaude/complexo\\_regulador.asp](http://www.saude.ba.gov.br/regulasaude/complexo_regulador.asp)>. Acesso em: Jul. 2012.

SILVA, M.A.; Breves comentários sobre a acreditação dos prestadores de serviços de hemoterapia. **Jus Navigandi**, Teresina, v.9, n.592, 20 fev. 2005. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6250>. Acesso em: 15 junho, 2013.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6): 2753-2762, 2011.

SOUZA, A.A. et al. Controle de gestão em organizações hospitalares. **Rev. Gestão USP**, v.16, p.15-29, 2009.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. SUS**, v.7, n.2, p.7-28, 1998.

VAGHETTI, H.H.; PADILHA, N.I.S.C.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; Costa, C.F.S. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta Paul Enferm** 2011; 24(11):87-93



## **10 ANEXOS**





**ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE  
ÉTICA EM PESQUISA**

## AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,  
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA  
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

---

Marília, 13 de Julho de 2011

Ilmo Sr.  
Luciane Cristine R. Rodrigues  
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 563/11, intitulado: "A Regulação na Saúde Enquanto Perspectivas Gerenciais no Ambiente Hospitalar", foi considerado **APROVADO "Ad Referendum"** após responder a pendência apontada em Reunião Ordinária – 27/06/2011, aceito de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, aguardar parecer da CONEP para ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Valdeir Fagundes de Queiroz", written over a faint, illegible stamp or background.

**Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos



**ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA  
DO TÍTULO DO TRABALHO PELO COMITÊ  
DE ÉTICA EM PESQUISA**

## AUTORIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DO TÍTULO DO TRABALHO



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,  
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA  
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Marília, 27 de Agosto de 2013

Ilmo Sr.  
Luciane Cristine R. Rodrigues  
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 563/11, intitulado: "A Regulação na Saúde Enquanto Perspectivas Gerenciais no Ambiente Hospitalar", foi considerado **APROVADO "Ad Referendum"** após responder a pendência apontada em Reunião Ordinária – 27/06/2011, aceito de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado.

Recebemos a(s) seguinte(s) inclusão(ões), nesta data:

- Recebemos nesta data a comunicação da Alteração do Título: "A Regulação no Contexto Hospitalar Enquanto Ferramenta Gerencial: A Compreensão dos Profissionais Envolvidos" de acordo com a Resolução 466/12 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde

Estado do(s) Documento(s) Recebido(s) – Aprovado

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,  
CIÊNCIA E TECNOLOGIA

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA  
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

---

Marília, 13 de Junho de 2013

Ilmo Sr.  
Luciane Cristine R. Rodrigues  
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 563/11, intitulado: "A Regulação na Saúde Enquanto Perspectivas Gerenciais no Ambiente Hospitalar", foi considerado **APROVADO "Ad Referendum"** após responder a pendência apontada em Reunião Ordinária – 27/06/2011, aceito de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado.

Recebemos a(s) seguinte(s) inclusão(ões), nesta data:

- Recebemos nesta data a comunicação da **Alteração do Título**: "A Regulação no Contexto Hospitalar Enquanto Ferramenta Gerencial: A Compreensão dos Sujeitos Envolvidos" de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde

**Estado do(s) Documento(s) Recebido(s) – Aprovado**

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos



## **APÊNDICES**



**APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Você está convidado (a) para participar, voluntariamente, de uma entrevista que servirá para a realização de uma investigação científica o qual está intitulado: **A**

**REGULAÇÃO NA SAÚDE ENQUANTO PERSPECTIVAS GERENCIAIS NO  
AMBIENTE HOSPITALAR** tendo como pesquisadora a Enfermeira Luciane Cristine

Ribeiro Rodrigues.

Leia atentamente as informações a seguir antes de dar o seu consentimento.

1. A pesquisa tem como propósito de verificar o processo de implantação e implementação do Núcleo Interno de Regulação no complexo HC- Famema.
2. Caso você participe do nosso estudo, não haverá nenhum problema institucional, legal ou qualquer tipo de risco, uma vez que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Marília.
3. A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que você decida participar, você tem plena liberdade para se retirar a qualquer momento.
4. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgarem necessárias antes de concordar em participar da atividade, assim como a qualquer momento durante a entrevista.
5. Sua identificação será mantida como informação confidencial. Os resultados do estudo serão publicados sem revelar a sua identidade ou de outro participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para o uso da pesquisa.
6. As entrevistas serão gravadas em MP3 e transcritas, e estes arquivos serão delatados após a publicação da pesquisa.

Eu.....

Abaixo assinado(a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pela equipe da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
(nome e RG: do participante)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

---

Luciane Cristine Ribeiro Rodrigues RG: 26245742 – 8, Coren-78075, Fone: 3417 1421

E-mail: lucianer @ famema.br





## **APÊNDICE 2- MODELO DE QUADRO ANALÍTICO**

UNIDADES DE SIGNIFICADO LINGUAGEM DO SUJEITO G2	ELUCIDAÇÕES	LINGUAGEM DO PESQUISADOR	UNIDADES DE SIGNIFICADO TRANSFORMADAS COM ENFOQUE NO FENÔMENO	TEMÁTICAS
<p>G2. 01 - Bom, é..., inicialmente assim, na elaboração a gente não teve oportunidade enquanto gestor do hospital de tá participando da elaboração. É..., a gente até conhece a ideia, de outros locais; já tivemos a oportunidade de conversar com outros locais que utilizam essa metodologia, mais aqui, aqui na nossa instituição a gente não teve a oportunidade de tá participando.</p> <p>Nem participando da elaboração, e também não participando da implantação.</p> <p>G2. 02 - Já na implementação, a gente já teve uma participação mais ativa, porque, é..., no processo de elaboração, e implantação, é..., as pessoas que foram incumbidas de fazer esse processo, elas não conheciam a estrutura, né, do, do, hospital; e nós percebemos que elas tinham muita dificuldade geográfica, né.</p>	<p>Gente / gestor = diretoria técnica do Hospital de Clínicas</p> <p>Elaboração = elaboração da proposta de implantação do núcleo interno de regulação na instituição</p> <p>Implementação = do núcleo interno de regulação.</p> <p>Gente = diretoria técnica do Hospital de clínicas</p> <p>Pessoas = profissionais responsáveis pela implantação do núcleo interno de regulação</p>	<p>Os gestores do Hospital de clínicas não tiveram a oportunidade de participarem do processo de elaboração e implantação do Núcleo interno de regulação, apesar de conhecerem esta proposta de outras instituições.</p> <p>Já na implementação do núcleo interno de regulação houve uma participação mais ativa da diretoria do Hospital de clínicas, porque na elaboração e na implantação não houve a participação dos diferentes setores da instituição e os responsáveis por esse processo desconheciam a estrutura da instituição e tinham muita dificuldade geográfica.</p>	<p>Os gestores do Hospital de clínicas não tiveram a oportunidade de participarem do processo de elaboração e implantação do Núcleo interno de regulação, apesar de conhecerem esta proposta de outras instituições, só na implementação é que puderam ter uma participação mais ativa no processo.</p> <p>Os gestores puderam perceber a dificuldade inicial dos responsáveis pela implantação do núcleo, em relação ao desconhecimento da estrutura geográfica da instituição.</p>	<p>A elaboração, a implantação, e a implementação do NIR, de forma desarticulada, com dificuldades nas relações, sem divulgação e não compartilhada.</p> <p>Despreparo inicial dos profissionais do NIR em relação ao espaço geográfico do hospital</p>



**APÊNDICE 3 - MODELO DE SÍNTESE DA  
ANÁLISE IDEOGRÁFICA**

## ANÁLISE IDEOGRÁFICA - DEPOIMENTO - G2

A implantação do Núcleo foi positiva para o hospital e para o usuário, antes a regulação era realizada de forma informal e sem critérios, pelas escriturárias da Diretoria Técnica do Hospital de Clínicas, sem considerar o critério de gravidade ou a real necessidade do paciente. Muitas vezes, a priorização dos casos era feita por pressão da equipe ou da família, e alguns pacientes que poderiam aguardar por um procedimento médico, eram priorizados em detrimento a casos mais graves, nesse sentido a implantação do núcleo interno de regulação contribuiu para a melhor organização da priorização dos casos de pacientes a serem internados, através de critérios estabelecidos, apesar de que a divulgação desses critérios só aconteceu após a implantação do núcleo.

No entanto, um dos fatores que fez com que o núcleo interno de regulação não fosse mais efetivo, foi à implantação não compartilhada entre todos os setores da instituição, principalmente com a Diretoria Técnica do Hospital de Clínicas, e se esse processo tivesse sido melhor conduzido desde a implantação, muitas dificuldades que o núcleo enfrentou teriam sido amenizadas, poderia ter sido realizada de forma menos traumática.

Os gestores do Hospital de Clínicas não tiveram a oportunidade de participarem do processo de elaboração e implantação do Núcleo interno de regulação, apesar de conhecerem esta proposta de outras instituições, só na implementação é que puderam ter uma participação mais ativa no processo, mais puderam perceber a dificuldade inicial dos responsáveis pela implantação do núcleo, em relação ao desconhecimento da estrutura geográfica da instituição.

Os profissionais do Núcleo Interno de Regulação precisaram passar por um processo de adaptação, pelas dificuldades iniciais apresentadas, uma vez que essas dificuldades acabaram dificultando o andamento do processo de implantação do núcleo.

Outro aspecto em relação à elaboração e implantação do núcleo interno de regulação refere-se à gestão de pessoas, no sentido de que surgem indagações à cerca da escolha dos profissionais alocados no núcleo, uma vez que estes são profissionais recém contratados na instituição ou vieram de outra unidade do complexo, e que não foi aproveitado e nem dado oportunidade para alguns profissionais mais antigos da instituição e que tem maior conhecimento da estrutura

geográfica, da logística, e que tem um acesso favorável as equipes, e que portanto poderiam ter contribuído na implantação do núcleo e amenizado alguns dificuldades enfrentadas.

Ainda como dificuldades, encontra-se as relacionadas à gestão de informação, é apontado o fato de que a demanda cirúrgica é controlada pelos residentes de suas disciplinas, e que não há um cadastramento único na instituição que demonstre o real número dessa demanda de pacientes que aguardam o procedimento cirúrgico, e que portanto o núcleo interno acaba trabalhando com a informação demandada pelo residente e que nem sempre reflete ou atende as necessidades reais da demanda cirúrgica, e que pra reversão desse processo é preciso que haja maior envolvimento das diferentes especialidades da instituição.

Atualmente o núcleo interno de regulação funciona numa lógica bastante aceitável, em relação à alocação de leitos, e ainda tende a melhorar.



## **APÊNDICE 4 - ENTENDENDO AS CATEGORIAS TEMÁTICAS**

## ENTENDENDO AS CATEGORIAS TEMÁTICAS

### CATEGORIA 1 –

#### O CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

- **Contexto histórico hospitalar e sua correlação com o processo de implantação**

Neste período de implantação, ficaram evidenciadas as influências históricas que o contexto hospitalar sofreu ao longo do processo de conformação do cuidado, ou seja, a vivência dos sujeitos tal como ela se constituiu ao longo da história do contexto hospitalar em questão.

Em relação à regulação, ou direcionamento dos leitos na instituição, estas sempre foram muito voltadas para a articulação com a diretoria do hospital, ou com o setor de acolhimento, que fazia o agendamento dos casos solicitados pelas disciplinas, sem um protocolo técnico com vistas a atender a priorização dos casos solicitados.

***G1.04** - Ficava muito na direção, a decisão da internação, a gente ficava sobrecarregado com a questão de internação, realmente, ficava na mão da secretária da diretoria técnica, realmente não era função nossa, fazer isso.*

***G2.04** - É ....., a gente até tinha um núcleo de regulação, mais ele não era formal, ele funcionava com escriturárias, onde elas faziam essa, essa abordagem, a alocação dos leitos para os pacientes, mais não tinha muito critério. Primeiro o critério de gravidade do paciente, e o critério de real necessidade.*

***P11.04** – Porque antes, a gente tinha que, é no acolhimento, ficar disputando um leito, com, entre todas as especialidades cirúrgicas, pra tá conseguindo internar um paciente, pra tá fazendo a cirurgia, né.*

Em relação a característica da rotina de utilização dos leitos, o que os sujeitos colocam é que não havia uma sistematização ou um protocolo, que contemplasse critérios preestabelecidos, e que a percepção deles sempre foi que o número de leitos existentes sempre foi insuficiente para o atendimento de toda a demanda.

***G4.03** - É, é, havia uma choradeira das equipes, de que não tem leito, não tem leito, usam o pronto-socorro pra fazer internação eletiva, que era uma forma que eles encontravam de por os pacientes pra dentro, né, e um desconhecimento da demanda cirúrgica, eletiva, né.*

Ou aqueles leitos, que teoricamente e historicamente eram pertencentes a disciplinas específicas, acabavam numa lógica de eram os donos de leitos, no entanto na prática esta definição acaba não sendo tão exclusiva assim.

**P8.02** - *Porque geralmente....., historicamente, a disciplina, antigamente a gente tinha leitos próprios da disciplina, e esses leitos, geralmente a gente tentava gerenciar pra cirurgias eletivas.*

**P8.05** - *De que forma? Ou no final – de - semana alguém usava (leitos da disciplina), ou ia paciente do PS, e acabava gerando desconforto, os enfermeiros do PS, a enfermeira da enfermaria, ambulatório, né.*

Neste contexto todo, outro setor afetado, sempre foi o centro-cirúrgico, onde era bastante comum, a permanência de pacientes em pós-operatório na sala de recuperação.

**G4.06** - *Então, interna o paciente pra cirurgia eletiva sem ter preparo e se tem espaço no centro-cirúrgico, e vice-versa, quer dizer, aí se cria uma confusão..... Paciente internado no centro-cirúrgico, na recuperação pós-anestésica, né, é....., fica lá internado, tal.*

**P7.05** - *Então chegava na segunda de manhã, tinha 6 pacientes internados no centro-cirúrgico, eu passava pro NIR, e elas já distribuíam. Tinha leito, só que o pessoal não ia atrás, não sei o que acontecia.*

Outra característica observada historicamente no processo de “regulação dos leitos”, é que a efetivação desta atividade sempre foi direcionada para os enfermeiros. Eram eles quem faziam a detecção e as articulações para a ocupação dos leitos.

**P3.01** – *Então, antes de ter....., de ter o núcleo interno de regulação, quem regulava os leitos acabava sendo os enfermeiros junto com os médicos, e não via o todo da instituição. Acabava só discutindo as alas que precisava trocar o leito, e entrava outras pessoas que precisava....., que era paciente grave, que não podia ficar em determinada ala, aí envolvia mais pessoas, se não, não.*

**P4.02** - *outra coisa também, que é a parte de....., que antigamente pra achar o leito, antigamente era assim, eram várias....., eram as enfermeiras que controlavam; então nós tínhamos várias pessoas mandando, i aí, complicava, não tinha uma ordem só.*

*Às vezes, a gente conseguia vaga num lugar, aí uma não tinha passado pra outra, e aí ficava aquela confusão, e o paciente ficava, acabava ficando de fora, a gente não organiza, não tinha uma pressão pra í lá e perguntar. A gente tinha que perguntar pra várias ao mesmo tempo, né, pra consegui.*

**P7.06** - *A dificuldade que eu tinha antes, era que eu tinha que procura, de enfermaria em enfermaria, ala por ala, onde tinha leito, pra por determinado paciente.*

*E era eu que fazia isso, era o médico, mais às vezes o médico está em campo, e ele chama quem? A enfermeira pra arrumar o leito.*

**P8.01** – *Bom, eu acho que começando historicamente, acho que antes a gente tinha que tá correndo atrás de leito, né, vendo se estava de alta, administrando a questão de quem vai, pra qual ala.*

No entanto foram apontados alguns desdobramentos, relacionados a este controle dos leitos realizado pelos enfermeiros, desde a inadequação da regulação até mesmo a conflitos diversos entre as categorias profissionais, e entre os próprios enfermeiros. Também foi apontado pelos próprios enfermeiros que esta atividade



sempre ocupou uma parte do tempo do processo de trabalho, que poderia ser focado em outras atividades.

**P1.01** - *Eu vou começa assim, naquela parte....., antes da implantação, do núcleo, quem acabava fazendo contato com essa parte, de organização, de transferência de pacientes, eram os próprios enfermeiros daqui, do ....., do pronto-socorro.*

*Então assim, eu vejo assim, é.....acabava na verdade sendo um serviço à mais, porque ao invés de eu ficar cuidando da parte da organização da área do pronto-socorro, é....., a parte da assistência, e até mesmo lá na sala de emergência, é.....; a gente acaba ficando atrás dos leitos, eu não conseguia ver as outras coisas, e acabava criando atrito, né, até mesmo, com a equipe médica, até mesmo com os enfermeiros das outras unidades, né, aí acabava tendo a demora, né.....(pausa, pois houve interferência na sala).*

**P2.02** - *Quando eram os enfermeiros que faziam essa disponibilização , ficava algo mais local, porque assim, a gente ligava de uma unidade pra outra, via, por exemplo, o pronto-socorro tinha urgência de subi e a UTI tinha urgência de descer.*

*Então ficava muito naquela disputa de leito.*

*O PS não queria ceder para a UTI, e às vezes chegava grave na emergência e depois não tinha leito na UTI disponível, e por consequência a UTI também queria deixar o leito dela vago, já pensando numa emergência.*

**P3.02** - *E quando o ....., e isso gerava conflito, também entre os enfermeiros, porque as vezes tinha enfermeiro que achava que você queria fazer troca, não é....., por necessidade do paciente, mais por que aquele paciente era grave na ala e você queria tirar.*

Em termos de benefícios, talvez a mudança do foco da regulação possa significar avanços para os enfermeiros e que vão ao encontro com as tendências mais recentes de mudança de perfil atividades na profissão.

Historicamente o que se observa é que os enfermeiros procuram adequar o seu processo de trabalho assistencial, simultaneamente ao trabalho gerencial/administrativo, entretanto a enfermagem vem apresentando uma tendência de mudanças em relação a este perfil de atividades, num movimento integrativo, cocompartilhado, numa relação de troca e ajuda mútua (PROCHNOW et al, 2007; RISH; GOMES, 2008).

Talvez essa contribuição que a regulação possa trazer para a enfermagem possa ser realmente oportuna e influenciar o padrão de ação dos enfermeiros, numa lógica de integralidade da atenção, num movimento de superação do modelo de atenção ainda focado na ação, para um modelo de atenção mais voltado ao cuidado ao paciente.

Tal rotina de controle de leitos estava bastante relacionada a interesses pessoais, e em consequência disso, as altas eram manipuladas, de acordo com estes interesses.

**P3.08** - *Então ele segura um paciente que não precisava nem ta aqui, nem tomando antibiótico, andando, fumando, lá fora, pra ter tempo de internar outro paciente à noite. Então ele dava alta no final da tarde, e depois ele....., ele....., internava o que ele queria. Então acabava não dando vazão de novo pras altas da UTI e pra....., pra internação do PS.*

E mediante toda essa realidade, o que se observava era um prejuízo direto à população a ser cuidada, com alta demanda reprimida para procedimentos cirúrgicos, cirurgias suspensas por falta de leitos, pacientes em longas esperas no ambulatório, aguardando vagar leito para internação.

**P8.04** - *Esses pacientes, geralmente, é uma demanda alta, gerava uma fila de espera, interminável, é....., suspensões consecutivas de cirurgias, por falta de leitos, teoricamente dos 5 leitos, que eram mal gerenciados.*

**P8.12** - *É ....., um outro problema que nós tínhamos, era o de dispensar muitos pacientes, por falta de leitos, ele chegava, não tinha leito, vai embora, volta no dia seguinte, não tem leito, vai embora. Uma outra situação, o paciente vinha em jejum, ficava em jejum aqui, desciam pro centro - cirúrgico, esperava a cirurgia pra depois ir pro leito.*

**P8.21** - *Isso era uma situação que gerava muito estresse, muito desconforto, e até atrito com os pacientes; porque o fato dele tá....., você deixar ele esperando até as 4 da tarde, as 4 da tarde eu mandava ele embora, cinco pras 4, falava, surgiu um leito, eu já tinha dispensado o paciente. Aí você pegava o telefone, e pedia pro paciente volta. Então, hoje com essa questão, da administração pelo NIR, também a implantação do HCIII.*

Segundo os depoimentos, o que se pode observar é que a proposta de implantação do NIR, frente a todo este contexto, surge a partir da análise de indicadores, que se mostravam bastante alterados, o que vinha ao encontro das queixas e das percepções dos sujeitos que vivenciam o contexto naquela oportunidade.

**G4.01** - *Bom, na realidade, a proposta de, de implementação do núcleo, surge, pelo, pela....., por uma análise dos indicadores, da, hospitalares, que traziam uma permanência muito elevada, né, dos pacientes nas enfermarias, acima dos padrões estabelecidos, e uma dificuldade de internação, né, por falta de leito, é....., acarretando pra gente uma porta de entrada, um pronto-socorro com paciente internado pelos corredores, superlotando os leitos de os leitos de observação; na realidade transformando a....., o pronto-socorro, numa unidade de internação, e não numa unidade de estabilização de paciente em situação de urgência*

Esta iniciativa a partir de indicadores, está bastante coerente, uma vez que a avaliação de indicadores proporciona o alcance da eficiência da gestão, por possibilitar a associação estratégica entre os recursos humanos, equipamentos e matéria-prima para a prestação de serviços de saúde de qualidade (SILVA, 2005).

Importante ressaltar aqui, como todo este contexto constituído historicamente na instituição é uma realidade observada em outras instituições, que compartilham das mesmas características, com algumas especificidades, mais comungam da mesma conformação histórica e situação do contexto da organização dos processos de trabalho no ambiente hospitalar (BITENCOURT, 2010; BITENCOURT et al 2009, ORTIZ, 2006; FARIAS et al, 2010; GRABOIS, 2009).

## 2 – AS DIFICULDADES INICIAIS DE UMA NOVA PROPOSTA

Quando da proposta inicial de se implantar uma nova ferramenta para o gerenciamento de leitos na instituição, o que se pode evidenciar nos depoimentos dos sujeitos que vivenciaram este processo, numa vivência tal como ela foi experienciada por eles, é que houve algumas dificuldades iniciais.

Tais dificuldades estiveram relacionadas à necessidade de mudanças para a efetivação dessa proposta, que necessitaria de uma reconstrução de papéis e ações.

No entanto, conforme assinalado na temática anterior, as características gerenciais na instituição sempre estiveram firmemente ancoradas no movimento gerencial historicamente construído, e que, portanto influenciaram neste processo, e que de alguma forma necessitariam serem revistas para a implantação dessa nova proposta.

As dificuldades expressas pelos sujeitos da pesquisa, conforme vivência destes com o fenômeno em questão estão relacionadas a:

- Inicialmente o que se pode observar é que a proposta de implantação da regulação, sofreu algumas críticas, conforme segue:

*P7.10 - Muita crítica no início, depois, eu ouvia né, com o tempo foram acostumando, e começaram a valorizar.*

*P2.14 - No início, os funcionários ficavam assim, meio perdidos, mais porque que o NIR, ta pedindo pra fazer essa troca.*

- Também se observou um contexto de boicotes e sonegação de informações, ao processo de regulação:

*G1.20 - As pessoas retraem, né. Não encara o processo de trabalho adequadamente, começam a boicotar. Então aí, a implantação é difícil, dificulta. E você consegue um resultado que você esperava, vai conseguir em seis meses ou 1 ano. Ainda mais nessa instituição, é que as relações são complicadas, né.*

**G2.19** - *As pessoas não conheciam claramente qual era o papel desse núcleo, então, é....., as pessoas sonegavam informação pra esse núcleo, justamente por não conhecer o papel, e aí, é, isso acabava solavando o trabalho delas, quer dizer, elas tinham uma visão disso, mais o iceberg era maior, e a proposta de trabalho que tinha que ser executado era maior. Eu acho que hoje tá tranquilo, é um processo que deu certo, e.....*

**G4. 38** - *Esperava o NIR fechar, pra fazer a mudança que queria fazer, entendeu. Por isso que a gente prorrogou até as 19:00 horas, né, e você tem um número alto de visitas nesse horário, porque as ambulâncias da região costumam ir embora por esse horário, então se tinha muita alta e o paciente só saía esse horário, e aí esse uso desse montante de leito, era feito tudo por eles, do jeito deles, né, trocava a gente. E aí tinha, parente de um funcionário, que queria ir para a enfermaria A, porque lá, a enfermaria é uma enfermaria bonita, e o NIR, seguia o critério, pela doença, pelo agravo, pela pertinência, hora que saía, eles faziam a mudança, ainda tem isso depois que o NIR fecha, eu precisei intervir.*

- O período de adaptação dos profissionais do NIR, ao processo de conhecimento institucional e efetivação da regulação, também foi visto com críticas:

**G2.03** - *Então elas passaram por um processo crítico de adaptação; por que....., essa dificuldade geográfica acabava dificultando o andamento do processo, né.*

**P1.22** - *.....essa questão de adaptação, foi um pouco...., não digo difícil, mais até todo mundo se adaptar com tudo isso, foi um pouquinho....., foi diferente, mais agora, acho que tá funcionando, né.*

- Tal conformação em meio a dificuldades também está associada a questões culturais que são vividas ou experimentadas em seus reais significados, ou na percepção dos sujeitos em relação ao fenômeno:

**G3.07** - *Por outro lado, temos dificuldades, né. Que, que, eu penso que seja pela cultura dos profissionais, né. Quando o NIR oferta o leito, é o médico que, né, que está conduzindo o caso, né, liga para o profissional que está lá no HCIII, ele passa a ser da clínica, no momento que o paciente chega lá, a crise do paciente é aguda.*

*Então talvez, é....., eu penso que é uma dificuldade cultural, é, ou de querer desafogar né, o HC, prá encaminhar pro HCIII, que não é essa lógica, né, ou a proposta, nós temos um protocolo de internação, lá, mais que as vezes, ainda, a gente recebe....., né, no começo era mais, hoje já é menos, pacientes que....., que não tem um grau, que tem um grau de complexidade que não é pra lá, né, para o HCIII, então eu vejo isso.*

**4.26** - *Então assim, né, acho que é um processo de construção de cultura institucional né, de que é uma unidade que veio apoiar, e pra melhorar o cuidado, pra ajudar, dar resolutividade pros casos, é.....,*

Observou-se aqui, através dos depoimentos dos sujeitos o inadequado modelo proposto de implantação, uma vez que foram apontadas diversas dificuldades em consequência da condução inadequada de implantação.

- Dificuldades relacionadas à condução inadequada do processo de implantação, e que segundo a percepção dos sujeitos:

- 5.1 - Se deu de forma muito centralizadora:

**G1.07** - *A única coisa que eu gostaria de comentar, é assim, o modo como foi implantado. É....., a idéia foi boa, mais eu acho que ficou na mão só de algumas pessoas, tá; então não houve uma divulgação do processo, tá. Deveria ter envolvido toda a estrutura. Por isso que no início foi meio difícil a implantação.*

**G1.19** - *E eu sempre falo assim....., que.....na minha visão, o maior problema da instituição hoje, não é só do HC, mais de toda a instituição que eu vejo é a gestão de pessoas.*

*Então....., se a parte de gestão de pessoas flui, eu acho que mais de 50% dos nossos problemas vão estar elaborado, é, é, então já começa por aí. Não teve, essa agregação no processo, da criação do núcleo, né.*

**P3.06** - *É....., mais aí, como foi uma coisa mal conversada, ficava o que eu achava, o que o outro achava.*

*Depois de muitos conflitos, é que se sentou e explico, porque que queria mesmo a implantação do NIR aqui na instituição.*

**P6.08** - *No começo era mais.....*

*A impressão que a gente tinha, não sei se porque chegou muito assim, de supetão, não fez uma reunião com a gente antes, né; não teve, no processo de implantação.*

*Então, eu acho que....., a impressão que dá, no começo, que tinha muito normativo, né.*

*- É pra fazê tal coisa!*

*E as vezes, a gente, que não concordava, acabava fazendo, porque tava falando.*

*Hoje não, hoje a conversa com a gente é diferente.*

- 5.2 - Sem o envolvimento da diretoria:

**G1.09** - *Então assim, eu, eu estou sendo sincero, assim, aqui unidade hospitalar clínico – cirúrgico, e aonde que foi realmente implantado; a diretoria é....., ficou meio a parte do processo.*

*Então, foi mostrado só como seria, né; não houve né, uma participação efetiva da diretoria. Não sei se foi por causa da pessoa que cuidou disso, ou se era a maneira mesmo pra ser implantado, então a minha crítica é nesse aspecto, tá.*

**G2.01** - *É....., a gente até conhece a idéia, de outros locais; já tivemos a oportunidade de conversar com outros locais que utilizam essa metodologia, mais aqui, aqui na nossa instituição a gente não teve a oportunidade de estar participando.*

*Nem participando da elaboração, e também não participando da implantação.*

- 5.3 - Sem considerar a gestão de pessoas na instituição:

**G2.10** - *Um outro aspecto é importante que foi na elaboração e implantação, é que acabou criando uma situação bastante é, complexa, no ponto de vista de gestão de pessoas, né.*

*Porque assim, né, até hoje a gente ainda é indagado, porque que é que não foi consultado as pessoas que já estavam na instituição pra fazer parte desse núcleo. Porque que pego pessoas de fora, que não conheciam a estrutura, pra trazer, pra colocar aqui..... e assim, as pessoas na instituição, elas tem uma lógica que é assim, é ....., o que não exige muito trabalho é passado pra quem não tá a muito tempo na instituição, e quem já tá aqui carregando o piano, fica*

*sempre com o piano; não é dado oportunidade pra essas pessoas mudarem de lugar; e nós temos pessoas aqui dentro que conhecem muito a estrutura geográfica, que tem uma dinâmica, que tem um acesso muito favorável tanto com as equipes médicas, quanto com as outras equipes, que poderia ter contribuído muito na implantação desse núcleo, né, e que talvez hoje a gente não estaria com algumas dificuldades é ....., principalmente de logística, que a gente tem hoje, em relação a isso.*

Considerando-se que esse modelo proposto de regulação de leitos, tem como objetivo a reorganização e otimização de processos dentro do hospital, com consequente busca da garantia da integralidade do cuidado, a que se rever também os moldes como tal processo se estabelece, visto as dificuldades aqui evidenciadas nos depoimentos dos sujeitos.

Para tanto vale ressaltar a afirmação que no processo de implantação de novas ferramentas que possam auxiliar no contexto de gestão, e para que se possa ter uma superação das características historicamente preponderantes, é preciso considerar o compartilhamento das ações, e que para um processo compartilhado, é imprescindível a divisão de responsabilidades, sugerindo que todos os atores sejam envolvidos, e façam parte de todas as etapas de construção e efetivação da proposta, num movimento dialógico (CAMPOS, 2010).

Em termos de contribuição, em estudo apresentado sobre a implantação da regulação assistencial, uma potencialidade apresentada foi a criação de espaços de diálogo entre os diferentes atores envolvidos no processo, facilitando a responsabilização e compreensão dos pares (BADUY, 2011; BITENCOURT et al, 2009).

Nada pode ser considerado dado, tudo precisa ser construído e pactuado, tudo precisa ser significado no cotidiano, ativamente envolvendo todos e cada um dos trabalhadores dos diferentes serviços (FEUERWERKER, 2011).

A proposta é de que: “A gestão de leitos seja compartilhada, pois a corresponsabilidade na criação e na manutenção do funcionamento é um dos elementos que interfere de subjetividade e cria maior sentido de pertencimento à equipe e ao projeto institucional (BITENCOURT et al, 2009).

Em contraponto a proposta do MS, para uma política de gestão mais participativa, que contemple objetivos comuns, em práticas que se complementem com solidariedade na assistência e na gestão. Reforça-se a importância da gestão participativa, como um importante instrumento na construção de mudanças,

acreditando-se que é no fazer prático da cogestão, que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos vão se constituindo (BRASIL, 2007).

## CATEGORIA 2

### O CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO DO NIR

De acordo com os depoimentos obtidos dos sujeitos da pesquisa, o que se pode verificar é que o processo de implementação do Núcleo interno de regulação se fez em meio a um contexto de dificuldades, sejam elas referentes ao processo de trabalho das pessoas envolvidas, assim como as relacionadas aos problemas estruturais institucionais.

Evidenciou-se, portanto um contexto bastante conturbado e com resistências diversas para a efetiva implementação da nova proposta de regulação interna no ambiente hospitalar, conforme segue:

#### 1 - DIFICULDADES REFERENTES ÀS EQUIPES

Algumas das dificuldades desveladas na pesquisa são comum à maioria das categorias profissionais que compõem as equipes na instituição, em especial aos médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem, que pelo próprio processo de trabalho, são estes que acabam tendo maior contato com a regulação de leitos realizada pelo NIR.

Neste contexto o que se evidenciou foi o acentuado protagonismo dos residentes médicos em meio a definição do acesso ao leito, o que acaba direcionando o cuidado para uma tendência mais centralizada e muitas vezes atendendo a interesses específicos das disciplinas médicas.

**G3.16** - *Tem um protagonismo muito grande dos residentes, no processo do cuidado aqui do HC, né, e aí isso deixa a desejar, com uma supervisão fragilizada, então você tem outros problemas, que a regulação acabou mostrando isso, quer dizer, o controle, é....., o cuidado da execução das ações que foram planejadas praquele paciente, fica na gestão do residente.*

**G3.17** - *E aí, a gente, tem “n”s problemas dessa natureza, ele segura o leito, pra poder por um paciente, que enquanto residente ele tem interesse de operar, num segue a demanda cirúrgica, eles manipulam, na realidade ele controla.*

**G3.18** - *E aí, quando ele muda, ele vai embora, termina o R2, começa uma nova lista de, de paciente, a dele, ele leva com ele, isso é um caos, né, porque você não segue os princípios, da equidade, o paciente é, que estava na fila, continua na fila, a de eterno, porque ele já mudo de prioridade, o outro residente trás outra prioridade.  
Ele começa de novo pelas cirurgias mais simples, que ele está entrando no R1, então ele controla a internação.*



Este protagonismo médico na instituição foi apontado neste momento como um fator dificultador do processo de organização do fluxo e ocupação dos leitos, uma vez que a estes personagens acabam detendo o poder de decisão do uso final dos leitos.

Para alguns autores esta característica da centralidade médica, tem um componente histórico significativo, e sempre esteve muito relacionado ao tipo de vínculo/tutela com o Estado, o que sempre determinou o grau de autonomia dessa classe (ALMEIDA, 1997).

Ainda é importante destacar como os médicos (incluindo os residentes) controlam o recurso crucial de assistência, ou seja, a definição do acesso ao leito, o que mostra o seu lugar estratégico de poder dentro da organização hospitalar. Qualquer um destes atos, de interferência ou de indiferença, trás à tona o poder médico e a sua indisponibilidade para relações horizontais com outros profissionais não médicos (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Mais também ficou bastante evidente a resistência dos profissionais, aqui especificamente a categoria médica segundo os depoimentos, em aceitarem esta nova proposta de regulação, conforme percebemos nos depoimentos a seguir:

- Resistência ao novo:

***G2.16** - O que eu entendo é que as disciplinas, elas não aderiram ainda totalmente ao processo, e isso tem dificultado muito o trabalho delas (referindo-se ao NIR) também, né.*

***P5.09** - E a gente percebeu que, tem muito da parte médica, porque assim, o NIR que se vire, elas ganham pra isso, muito dessa coisa assim, você que se ferre, você que se ..... e o paciente é mais um paciente, é mais um número, e pronto acabo, de algumas equipes, de algumas equipes isso é muito claro.*

Esse aspecto de desconforto frente ao novo é evidenciado em outro estudo proposto com o mesmo sentido de regulação assistencial, apesar dos resultados positivos, e a satisfação com estes resultados, os profissionais não deixaram de se incomodarem com o processo em si em meio a mudanças (BADUY, 2011).

- Lógica de donos de leitos:

***N1. 16** - .....é, uma outra dificuldade que a gente tem, quando os profissionais médicos, eles não entendem que o leito é do hospital, é, .....é, tá sob o cuidado do núcleo, eles querem que esse leito seja deles, então, é....., eles não entendem que o giro não é dessa maneira, então isso é um pouco complicado pra gente.*

***N2 .08** - E a dificuldade da equipe médica, porque a equipe médica sempre se achou dona do leito; eu tiro um e ponho quem eu quero, eu faço uma*

*associação de pacientes, tipo assim, sai esse, eu ponho outro da mesma disciplina, ele não vê a complexidade do todo, ele se acha dono daquele leito, sempre foi dele, só pra disciplina dele, e nós do núcleo vemos a disciplina global, geral, certo? Então isso dificulta pra eles entenderem, que eles não são donos do leito, que o leito é da instituição, né, e pro paciente que necessita mais naquele momento.*

“A gestão descentralizada de leitos vagos, estimula o uso dos micro-poderes, possibilitando a utilização privada da oferta mediante critérios inadequados”. (BITENCOURT et al, 2009, p.136)

- Ausência de programação de otimização das altas:

**P2.08** – *Do NIR eu não vejo. O que eu vejo, a fragilidade que dificulta o nosso trabalho e o trabalho do NIR, é a questão das programações de alta.*

*Por exemplo, a equipe médica, ela já tem programado que um paciente deles, vai ter alta depois de 4, 5 dias de antibiótico. E está correndo tudo bem, eles não avisam isso pra gente.*

*Eles chegam e falam:*

*- O paciente vai ter alta hoje à tarde.*

*Então assim, daria pra equipe médica ta se programando, no dia anterior ta avisando, correndo tudo bem, esse paciente vai de alta.*

*Que era uma forma da gente ta passando pro NIR, e o NIR ta se programando.*

*Porque tudo acontece de repente.*

*Os médicos não tem uma programação e muitos pacientes dá pra se programar.*

**P2.10** - *E assim, também as visitas médicas.*

*Eu entendo assim, que eles têm o residente, tem os plantonistas pra ta passando a visita, mais eu acho que eles demoram muito nessa visita e demoram muito pra disponibilizar o leito. Meio – dia, meio – dia e meia que eles assinam a alta.*

*Então nisso, já atrapalha todo o andamento do NIR.*

*Porque até eles ficarem sabendo de todas as altas, e começarem a mexer nos leitos, é em torno de 3, 4 horas da tarde.*

Aqui temos que destacar que o NIR como instancia regulatória de leitos, necessita em tempo real da informação da situação dos leitos, ou seja a informação da liberação do leito é o elemento fundamental para o processo regulatório (BITENCOURT et al 2009; BITENCOURT, 2010).

- Burlam o NIR:

**P3.11** - *Uma dificuldade que eu tenho ainda também, que alguns médicos do pronto-socorro, não sei qual que é a intenção, eles tem que primeiro ir na enfermaria perguntar se tem leito vago na enfermaria.*

*- Então, por exemplo, eles vão lá na ala e perguntam, tem leito vago?*

*- Por quê?*

*- Porque tem paciente no PS.*

*- Mais você tem que conversar isso com o NIR.*

*- A impressão que eu tenho, é que eles acham que o NIR vai negar leito, então eles já vão armado, dizendo, eu sei que tem leito vago; e eu não sei....., porque....., isso, eu acho que não haveria essa necessidade.*

**P10.07** - *É o seguinte, a vaga aparece, o NIR não é informado, tá.*

*O que que acontece muitas vezes, a gente pede uma vaga no NIR, e o NIR fala assim:*

*- No momento eu não tenho leito.*

*Você sai procurando direto, e sai ligando pra todas as alas, você consegue, tá.*

*- Ah, eu tenho uma paciente assim, eu tenho uma vaga sim.*

Esta característica de tentativa de burlar processos também foi observado em estudo similar a este, uma vez que no processo de internação dos pacientes há algumas condutas indesejáveis, uma vez que a ocupação de leitos é feita, sem a regulação prévia (ORTIZ, 2006).

- Problemas éticos nas condutas?

**P5.11** - *Uma das coisas que baixa no NIR, que eu acho, eu acho que é mentira, a má índole de muita gente, como por exemplo.*

*- Ai o paciente é grave.*

*Chega aqui em cima, arrancou a pontinha da ponta, da ponta do dedão, na amputação.*

*- Ai, meu paciente ta passando muito grave, não pode ficar em tal ala.*

*Chega saturando 100%, sem O<sub>2</sub>.*

**P5.12** - *Então assim, às vezes existe muita má fé, de muita gente, tanto da enfermagem, das auxiliares, dos médicos. Pra quê?*

*Pra tirar os pacientes de onde ta e desovar, e às vezes, esquece que tem algum paciente mais grave em outro lugar precisando coisa.*

- Recusa do hospital de retaguarda – HCIII:

**P3.15** - *Só que aí, às vezes, tem aquele outro entrave, que o paciente dá pra ir pro São Francisco, mais o médico não quer passar visita lá, então esse paciente não vai, mais é 1 paciente que fica o tempo todo andando ali fora, né.*

**P11.07** – *As fragilidades, pra mim, é uma só, né.*

*Que são as especialidades, digamos assim, ordenar, por exemplo, assim, um paciente deles nunca pode ir pro São Francisco, sempre tem que ficar aqui, e você acaba tendo que dar prioridade pra essas especialidades aqui.*

*A gente tem um paciente que a gente prioriza aqui e que não tem leito, e que não poderia ir pro São Francisco, as outras especialidades tem um paciente que encaixa, no perfil do São Francisco, mais a especialidade não quer que interna lá, sabe. Eu acho que isso é um ponto ruim.*

O hospital de retaguarda é uma das formas possíveis de gerenciamento da superlotação do hospital, uma vez que possibilita o escoamento daqueles casos estabilizados e possíveis de transferência (BITENCOURT et al, 2009).

O que se pode constatar nesta caracterização do ambiente hospitalar é que desde que o hospital foi concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço hospitalar tornam-se um instrumento terapêutico, o médico passou a ser o principal responsável pela organização do hospital, onde a sua autonomia é sustentada pela dominação de seu saber e da sua competência técnica na organização da divisão do trabalho, e como consequência, dirige e avalia o trabalho de todas as restantes categorias profissionais, e ainda hoje o que se pode observar

é que esta característica da categoria médica ainda permanece numa posição hegemônica no hospital, ou seja, ainda se tem um modelo centrado na prática médica, e as diferentes áreas e unidades funcionam em função desse profissional (FOUCAULT, 2005).

As dificuldades encontradas, também são extensivas as outras categorias profissionais, uma vez que foram mostradas com a resistência a nova proposta de regulação do NIR:

*P6.07 – Agora, o que eu tava enfrentando esses dias, é a respeito dos funcionários, ....- Mais porque mudar? Porque mudar esse paciente de leito? Porque eles falam que dá mais trabalho. Eles falam que por causa do vínculo. Mais você sabe que no final vai dá mais trabalho, você tem que descer esse paciente pra outro lugar, receber outro paciente, né.*

*P7.11 - Em falar com enfermeira, alguns (aqui referindo-se aos médicos) tem muita dificuldade.  
- Ah, eu quero falar com a Médica do NIR.  
Isso eu ouvia muito, enfermeira agora vai falar comigo, enfermeira vai discutir leito comigo. Alguns respeitavam outros não, e com o tempo, né, acabam acostumando.*

Alguns autores contribuem com este aspecto percebido nesta pesquisa, quando referem que estas relações que compõem a micropolítica hospitalar, são relações de poder, que são influenciadas por diferentes interpretações por parte dos profissionais envolvidos e estruturado por um campo de características diversas que permeiam os processos nas relações; e tais características ocasionam disputas e rupturas no processo de trabalho (CECÍLIO; MERHY, 2003; VAGHETTI et al, 2011).

Completam referindo que há aquilo que se mostra e o que se diz, mais também há o que se oculta e o que não é dito tão claramente, num movimento de aceitação e resistência, de mudança e conservação, pois os atores ali presentes e que vivenciam esta micropolítica são portadores de valores, de projetos, de interesses e disputam sentidos para o trabalho em saúde (CECILIO; MERHY, 2003).

Porém o que se faz necessário discutir é o impacto que a regulação descentralizada trás para a instituição, uma vez que estimula o uso dos micropoderes instalados e velados, o que possibilita conseqüentemente o uso privado da oferta mediante critérios inadequados (BITENCOURT, 2010).

## **2 – DIFICULDADES ESTRUTURAIS NA INSTITUIÇÃO**

O que se pode observar é que este cenário de dificuldades é também influenciado com a coexistência de déficit na estrutura organizacional, ou seja as

dificuldades estruturais evidenciadas nos discursos dos sujeitos influenciam diretamente no fluxo dos pacientes na instituição, bem como quanto ao processo de trabalho dos profissionais, que nas duas vertentes apresentam incoerência e assincronia nas ações entre os diferentes setores da instituição, conforme segue:

- Pacientes que passam em atendimento no ambulatório de especialidades e que são encaminhados ao Pronto-socorro:

*P1.09 - .....relacionados com os pacientes que vem lá do ambulatório, né. Eles pedem o leito pro paciente, né, lá do ambulatório, ligam pro NIR, eles falam que não tem leito, e eles falam então você liga pro pronto-socorro e vê com o pronto-socorro se eles tem um leito pra colocar ele lá. Tipo assim, acomodar, ele numa maca, e deixa ele lá.*

*Então elas me ligam, e aí, eu acabo tendo que dar um leito, que eu não tenho leito aqui no fundo, eu dou um leito virtual, paciente fica acomodado numa maca, aguardando, né.*

- Dinâmica do processo de trabalho do centro-cirúrgico:

*P4.03 - A única coisa que eu sinto assim, que tá meio complicado, é a questão assim, eu preciso internar, tal horário, principalmente nós que temos problemas com o centro-cirúrgico, que temos que entregar a demanda até as 3 horas, senão a gente não consegue, pra fazer o mapa, senão a gente perde; a gente tem problema com o horário de internação do paciente.*

*Às vezes, não tem vaga pra internar, vai internar já tá muito tarde, a gente não sabe se deu tempo de internar, às vezes não dá, e a gente acaba perdendo dia cirúrgico, pra mim esse é o maior problema.*

- Regulação de leitos do hospital acontece desvinculada da regulação de leitos da UTI:

*P3.10- É....., o que eu sinto ainda, é que o NIR não consegue ainda é ter influencia na UTI.*

*Às vezes tem paciente grave lá na ala que eu trabalho, e....., eu não sei o quê que acontece, que.....O que eu escuto da boca de residentes, é que a médica da UTI é que não acaba aceitando, então eles esperam a médica ir embora, e depois que médica vai embora, é que esse paciente acaba sendo aceito.*

*G4.44 - E as UTIs, ainda é um lugar que nós não estamos regulando; agora que a gente começo a discussão, que o lugar mais difícil, e a gente sentia que tinha isso, eu seguro alta, pra não entrar paciente novo, né, vira e mexe, a gente vê acontecer isso.*

- Número de leitos insuficientes para atender a demanda:

*P8.17 - ... nós passamos pro NIR pra tentar internar, mais essa é uma grande dificuldade ainda. Se eu preciso interna no HC, eu não consigo, é difícil, por ser pacientes de maior complexidade. Agora de baixo e média, não tenho tido.*

*P9.02 - I....., a grande dificuldade é a falta de leitos, é....., é a, é essa logística que hoje o HC está inserido, e que não é o ideal, longe disso, e que dificulta muito o esvaziamento da demanda do pronto-socorro, da demanda dos ambulatórios, e isso cria essa angústia toda, esse represamento, da quantidade de doentes em relação às vagas que tem hoje aí em Marília.*

**G3.21** - *Porque hoje a gente tá com uma redução de leitos real, quantitativo, né. A gente teve que fechar uma enfermaria por causa da reforma da hemodinâmica, que é a ala B, que está fechada, apesar de ter aumentado os 40 leitos no HCIII. No entanto, nós já tínhamos uma demanda reprimida, e pra alta complexidade, continua reprimida, porque os leitos do HCIII, ele serve só pra média complexidade, né, baixa complexidade; pra alta a gente ainda tem problema, né.*

**G4.41** - *Quer dizer, na, na minha avaliação falta leito, a gente hoje uma análise de que está faltando leito.*

- Dificuldade em articular a transferência de altas do complexo para hospitais de retaguarda:

**P9.05** – *Não, o NIR passa a ser um refém dessa, dessa, relação toda. Quer dizer, como é que você vai desafogar um pronto-socorro com uma demanda enorme, de atendimentos enormes, se você não tem pra onde por o doente. Isso, porque, as enfermarias do hospital terciário, no caso do HC, ele tem essa demanda reprimida, de uma forma brutal.*

Tal assincronia entre as partes que compõem o corpo hospitalar, na condução do processo de cuidar, talvez possa ser relacionada a inegável dicotomia entre os profissionais de saúde, em relação ao processo de administração e de cuidado, onde uns veem mais as questões gerenciais que se relacionam ao cuidado e outros os problemas assistenciais (VAGHETTI et al, 2011).

- **Sugestões para melhorar as dificuldades atuais**

Aqui, foi possível visualizar o quanto os profissionais envolvidos com a regulação interna no complexo, apresentam um processo de reflexão crítica acerca da implantação e assim, conseqüentemente apresentaram sugestões para melhoria do serviço.

- 1- Necessidade de centralizar toda a regulação de leitos na central de regulação, sem que exista a possibilidade de regulações paralelas:

**P 3.18** - *Eu sinto isso, né, que tem que fixar uma lei mais....., é lei, não se vê leito nas outras enfermarias sem falá com o NIR. Não tem porque, eu tentar articular com a enfermeira antes.*

**P10.09** - *A função do NIR, inclusive é, é, vendo o panorama geral, porque esse panorama a pessoa de cada ala, de cada enfermaria não tem, então ela pode colocar melhor o paciente, onde o melhor recurso para ela tá disponível, e não é isso que acontece. Eu acho que a diretoria deveria passar poderes ao NIR, tipo assim, eu regulo as vagas, sem passar por mim, esse paciente não vai a lugar algum.*

2 – Funcionamento regular e contínuo das atividades de regulação no complexo, com vistas a ter uma cobertura regulatória durante as 24 horas:

*P7.04 - Agora, o que eu acho de fraqueza, eu acho que precisava de 24 horas, é funcionar sábado, domingo, feriado, à noite. Porque senão, as coisas se perdem muito no noturno, nos finais de semana, eu sentia muito isso também.*

3 – Diversificação nos horários das visitas diárias dos profissionais do NIR, nas enfermarias quando da busca ativa dos casos e dos leitos:

*P5.07 - Porque as visitas delas, são matinais, elas não passam visita à tarde, quando passam, passam de manhã, vendo o que tá acontecendo na enfermaria, como que tá, leito vago. É da parte da sete até à uma hora da tarde, é a hora que começa o rebuliço pra.....*

3- Criação de espaços de encontros dialógicos entre as equipes e o NIR:

*P3.24 - Eu acho que talvez, a gente poderia ter, um, um espaço, pra falar mais a nossa vivência pra eles. Pra mim faz, porque eu acho que às vezes eu to enxergando uma coisa, que eu acho que às vezes dá pra mudar.*

5 – Ampliação das parcerias para com hospitais de retaguarda:

*P9.03 – Parcerias melhores, aonde fosse ofertado uma rede de hotelaria de leitos pra pequeno e média complexidade, eu acho que isso ia amenizar muito, pelo menos a urgência e emergência do nosso hospital. Agora, as internações ambulatoriais, talvez fazer uma programação de internação é....., com uma rotatividade maior, pra que a demanda não seja tão represada do ponto de vista do ambulatório, porque da urgência e emergência, o que falta é uma parceria consistente, um parceiro de verdade, que nós não temos.*

Muitas dessas sinalizações dos sujeitos da pesquisa apresentam coerência, principalmente quando fortalecidos por outro estudo, que apresentou tais considerações como o funcionamento regular e ininterrupto do NIR, a centralização do processo regulatório, como fatores importantes para a adequada regulação e conseqüentemente melhoria do cuidado e do processo de trabalho institucional (BITENCOURT, 2010).

Concordando com as sugestões acima citadas pelos sujeitos da pesquisa, uma vez que vivenciaram e fazem parte de todo este processo de implantação e implementação da regulação, temos a colocação de alguns autores que referem que é de extrema importância que se organize e experimente processos de trabalho em

novos arranjos que objetivem facilitar a comunicação e a coordenação dentro da instituição (CECÍLIO; MERHY, 2003).

E ainda, se considerar a vertente da integralidade no cuidado, é preciso que se mantenha nas relações do dia-a-dia, dos trabalhadores uma perspectiva de subjetividade nas relações, onde se deve levar em conta para tanto, além dos conhecimentos técnicos, aqueles conhecimentos de vida que o outro tem, e isso é possível de ser construído através do encontro entre os pares, da conversa entre os envolvidos em todo o processo de trabalho, ou seja, do diálogo com o outro (MATTOS, 2004).

Em meio a esta questão tão complexa, é preciso que se tenha como imagem objetivo, a necessidade dos profissionais desenvolverem uma prática articuladora no sistema, que preconize o cuidado, na ótica da integralidade da atenção, na busca constante de um horizonte que atenda as reais necessidades do usuário.

Conforme evidenciado no contexto de implementação do NIR se deu em meio a dificuldades.

Tais dificuldades estão relacionadas às equipes que compõem a micropolítica do hospital, e também a estrutura organizacional da instituição.

Ao final da análise dos depoimentos dos sujeitos dessa pesquisa, apesar das questões centrais de regulação estarem vinculadas a dificuldades, os sujeitos sinalizam que existem muitos valores positivos nessa proposta, no entanto indicam a necessidade de ajustes.

Na superação destes entraves, destaca-se a necessidade da integração da regulação, como medida facilitadora da reorganização estrutural e conseqüentemente do acesso, com a integralidade do cuidado.

Tal abordagem se torna um atributo relevante a ser considerado, uma vez que o usuário necessita do acesso às ações e aos serviços de saúde, vinculados a um cuidado com qualidade, ou seja, não adianta o usuário só ter acesso, é preciso que esse acesso esteja intimamente ligado a um cuidado contínuo e integral.

Portanto a integralidade do cuidado no hospital se torna presente na discussão da regulação e acesso, por pertencer a uma discussão mais complexa, a integralidade relacionada aos modos de operar a gestão do cotidiano, ou seja, considerando o ponto de vista da organização dos serviços, e do cuidado em si, nos encontros, numa lógica do cuidado integral.



## CATEGORIA 3

### O NIR COMO FERRAMENTA INOVADORA DE GESTÃO

#### 1 AS CONTRIBUIÇÕES DO NOVO NA GESTÃO DO CUIDADO E NOS PROCESSOS DE TRABALHO

A elucidação de tal temática fez-se pela revelação do fenômeno em questão, ou seja, as potencialidades e contribuições que a proposta de regulação de leitos proporcionou ao Complexo Famema, onde se evidencia a sua influência diretamente no desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais, e conseqüentemente repercutindo positivamente na gestão do cuidado.

Tais contribuições foram citadas em diferentes aspectos, quer sejam relacionadas à otimização de procedimentos, nos tratamentos e internações dos pacientes, na dinamização de transferências dos pacientes nos leitos e assim influenciando positivamente na dinâmica dos leitos, conforme observamos a seguir nos depoimentos:

**N1.03** - *Eu acho que o núcleo vai ser preponderante na organização do serviço. Eu acho que ele é ....., faz muito bem isso, no sentido de organizar, a internação, no sentido de, é ....., tá vendo o tempo que ..... os pacientes ficam internados, até no sentido de ver han....., as indicações cirúrgicas, quando que elas estão sendo feitas, é....., se estão sendo feitas, como; se não estão sendo feitas, porque não estão sendo feitas. Eu acho que isso é uma coisa que tá sendo vista, han..... pelo núcleo, e que tem primordialmente a função de organizar mesmo o serviço dentro do HC.*

**P11.01** – *Primeira coisa é a organização do sistema de internar os pacientes, então de leitos, organizados, são sistematizados, né. Porque, quando a gente precisava fazê uma troca, uma coisa, precisava falar com a enfermeira, fala com a outra, fala com a outra, era sempre mais difícil, então isso aí, vamos dizer que sistematizar, centralizar em vocês isso daí, tá, primeira coisa.*

**P1.21** - *Mais eu achei que melhorou muito, assim sabe, em relação à....., parte de transferência de paciente, né, de tá acomodando, melhora bastante, acho que é isso.*

**P9.01** - *Desde que o NIR começou aqui no HC.....Eu, nós acreditamos que a grande vantagem, a potencialidade do NIR, é agilizar as transferências, e dá respaldo, que elas aconteçam de uma forma rápida, né.*

Especificamente relativo à condição dos leitos da instituição, a pesquisa desvelou a melhoria na dinâmica dos mesmos, de forma a otimizá-los, repercutindo diretamente no usuário do serviço. Tais melhorias estão relacionadas ao acesso aos leitos, à adequação da internação de acordo com as necessidades e o grau de complexidade dos casos.

A gestão de leitos e vagas propicia o encontro entre a oferta e a demanda por leitos, estabelecendo prioridades de internações, para a maior agilidade nas internações, assim como nas transferências de pacientes internados (BITENCOURT, 2010).

**G2.22** - *Melhorou a agilidade de leitos, e também diminuiu bastante a reclamação do usuário, principalmente àqueles usuários que estavam na fila. Então, são umas coisas, que a gente acaba ainda tendo dificuldade ainda nesse processo.*

**G3.04** - *Faz um movimento de otimização dos leitos.*

**P12.02** - *Antes nós tínhamos uma dificuldade, em relação à isso, os leitos de acordo com a gravidade do paciente.*

*É ....., às vezes nem sempre você ficava com um paciente, que exigia um leito, no HC.*

*Hoje, a gente consegue até separar de acordo com a gravidade, ou com a patologia cirúrgica. Os pacientes que requer leito no HC, com patologias mais graves, no pós-operatório, que exige recurso de maior complexidade, se precisa no HCl, a gente consegue colocar aqui, os menores no HCIII, alguns até no HM.*

Entre os pressupostos fundamentais da ação regulatória, está que ela é feita por profissional competente, capaz de análise crítica e com discernimento, capaz de identificar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos (BRASIL 2006a; 2011).

**P4.07** – *Não, não, acho que o que melhorou mesmo, foi essa questão de agilidade, de muita gente mandando, organizando, eu sei que melhorou bastante.*

Reúnem-se também muitos apontamentos significativamente positivos do NIR na instituição referentes à repercussão direta nos diferentes setores, tanto de forma a reduzir o número de pacientes nos corredores do pronto-socorro, assim como na adequação da alocação de pacientes em pós-operatório de forma a não retornarem a este setor, também dinamizando a saída dos pacientes em pós-operatório da sala de recuperação do centro-cirúrgico e conseqüentemente dinamizando também a demanda cirúrgica, relacionada também a saída dos pacientes de alta das UTIs em tempo oportuno, a adequação do perfil do paciente e de sua complexidade, disponibilização de leitos aos ambulatórios assim como a distribuição equanime da oferta de leitos às especialidades médicas, e a notável repercussão com a diminuição dos chamados ao plantão administrativo (finais-de-semana e noturno).

**G4.22** - *De todo jeito, melhorou muito, reduziu muito o número de pacientes no PS, isso é sentido, né, é.....Não tem mais aquele volume pelos corredores,*

*ainda tem, mais não é mais o que era naquele, naquela dimensão do que era antes, né.*

Alguns hospitais (BITENCOURT et al, 2009) como o caso do Hospital de Urgências de Sergipe e do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul, a situação histórica é bastante semelhante ao Complexo Famema, com macas nos corredores do PS, sala de recuperação do centro-cirúrgico com uma permanência acima do esperado, pacientes que retornavam ao pronto-socorro no pós-operatório, e que também, estes estudos apontam para uma diminuição significativa do número de macas nos corredores, após a implantação da regulação de vagas, apesar de ser esta, ainda uma tendência oscilante, com dados parciais e instáveis.

Assim, corroborando com a percepção dos depoimentos dessa pesquisa, pudemos encontrar outras realidades em conformidade com o Complexo Famema, no que concerne a coincidente afirmativa de que o NIR pode ser, entre outros, visualizado como uma das estratégias para se resolver o problema de superlotação do pronto-socorro, por ser um dispositivo central para agilizar a saída de pacientes deste setor, evitando a estagnação de atividades, assim como em outros pontos do hospital considerados nevrálgicos, como por exemplo o centro-cirúrgico (BITENCOURT, 2006; 2010; BITENCOURT et al, 2009; BITENCOURT; HORTALE, 2009).

Outra consideração a ser feita, no sentido de tentar minimizar este contexto de superlotação dos serviços de emergência, é a da necessidade de articulação em redes de atenção ao cuidado, com compartilhamento do atendimento do usuário de forma oportuna, integral e resolutive, dentro de seu contexto e atendendo as suas reais necessidades de saúde de acordo com o seu grau de complexidade.

Para tanto, as redes de cuidado precisam ser pensadas, numa constante articulação entre os níveis de atenção, pois neste contexto de superlotação do pronto-socorro, uma realidade frequente é a constatação de que muitos pacientes que poderiam ter a resolução de seu problema na atenção básica, acabam buscando atendimento nos serviços de emergência. (GEORGE e WESTLAKE, 1993; COLEMAN; NICHOL, 1992).

**P1.19** - *E uma coisa que nós, assim, que organizo com o NIR, foi à parte de pacientes pós-cirúrgico, que antes eles faziam a cirurgia e retornavam pra cá, hoje não.*

*Hoje paciente que tá no virtual, subiu pro centro-cirúrgico, é de competência do NIR, arrumar o leito, então esse paciente, ele fica alojado lá no centro-cirúrgico, até conseguir leito, né, então, e não volta, voltava tudo, tudo pra cá.*

*Assim, paciente grava, paciente assim, sabe, que às vezes necessitava de leito de UTI. Paciente pós-Cath, vinha tudo pra cá, e agora não, agora, cada um é alocado numa enfermaria, se não tem, eles ficam lá no centro-cirúrgico, aguardam um leito.*

**P11.06** - *Aumentou a disponibilidade dos leitos, né, digamos que isso aí, de uma forma indireta, agilizou o sistema do centro cirúrgico, porque antes marcava cirurgia, e não conseguia internar o paciente, perdia o dia cirúrgico.*

*As vezes, uma especialidade deixava de marcar cirurgia porque eu já marcado já, mais o meu paciente que eu internei, eu não operei, e quem não marco também não operou, então melhorou isso daí também indiretamente.*

O centro – cirúrgico é considerado como uma área nevrálgica na instituição, uma vez que os casos estagnados naquele setor, impedem o giro de casos novos, e o fluxo na instituição, e para tanto esta é uma das áreas prioritárias na regulação interna institucional (BITENCOURT et al, 2009).

Outros setores na instituição também foram citados como favorecidos em consequência às ações do NIR, como a UTI, a MI, os ambulatórios, para o plantão administrativo, conforme segue nos desvelamentos dos depoimentos:

**P6.06** - *Na UTI mesmo, antes quando eu estava lá, ficava uma semana, ou às vezes, mais, ficava esperando pra vagar, uma alta, pra descer.*

*Agora não, é difícil um paciente não descer no mesmo dia, né.*

*As vezes, um caso ou outro que demora um pouquinho mais, né.*

*Então assim, pra mim, eu acho que foi muito bom, né.*

**P7.02** - *Aqui também, aqui quando eu preciso de leito, é....., o que que eu faço, eu ligo, e falo:*

*- O paciente está imunodeprimido.*

*Elas adequam melhor, aonde é melhor internar esse paciente.*

*Não colocar com alguém que tem alguma doença contagiosa, então facilitou muito, ....., eu achei que ....., que a criação do NIR foi uma maravilha, que facilitou muito.*

**P8.11** - *Hoje, eu (ambulatório) deixo isso pro NIR.*

*- Eu preciso de 1 no HCI e 5 no HCIII.*

*Essa demanda, ela tá sendo absorvida, sem ter grandes problemas com isso, pelo contrário.*

**P11.05** - *Outra coisa, se tinha um paciente no ambulatório e tinha que internar, se tinha que falar com uma pessoa do pronto-socorro pra pode internar no fundo do PS, por exemplo, né, entendeu. Paciente grave, complicado, pré-operatório, internado no fundo do PS e depois ir pra enfermaria, melhorou, a mudança importante, é realmente relacionada a isso.*

*Agilizou, vamos dizer assim, ficou uma coisa igual, entre as especialidades, porque era aquela briga, ficava disputando leito, né.*

**G3.15** - *..... eu vejo que o NIR tem contribuído, não tenho dúvida, né; mais o que eu percebo, pelos plantões administrativos que eu venho fazendo, no início havia muitas ligações pra gente conseguir leitos pra internação; os conflitos ....., hoje, hamm, as ligações à esse respeito são bem menores, e são ligações pertinentes que se referem, por exemplo, a UTI tá superlotada, chega um acidentado, casos de urgência, e não mais, aquela rotina, né, paciente tá esperando, não tem local.*

Naturalmente aqui, nesse contexto de contribuições, foi possível perceber também sua ascendência sobre a gestão do cuidado, de forma a contribuir no planejamento de ações nas diferentes esferas da instituição, numa vertente mais direta e interna relacionada propriamente à condição dos leitos de internação, assim como externamente à instituição, proporcionando a continuidade do cuidado de seus usuários.

Neste caso concordando com o entendimento de gestão do cuidado em saúde podendo ser definida como:

A gestão do cuidado em saúde, pode ser definida como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva feliz. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanescentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECÍLIO, 2011, p.10).

**G3.06** - *Então, a gente já tem um panorama geral, de como isso, é ....., vai favorecer na organização do cuidado interno da equipe. Então eu sei quais são os pacientes que vão pra nós, com que gravidade ou não, né, que eles tem; então a equipe se prepara pra isso.*

**G4.15** - *Porque a gente ficou em cima, né, falta o aluguel de um equipamento, elas avisam, e a gente vai a luta, né. Às vezes, o médico demora, né, o pedido fica perdido, né.*

**P1.13** - *Hoje, todo dia, um dia antes, eu tenho essa, rotatividade de leito, eu consigo internar, ele vem hoje, faço toda a parte de enfermagem. Faz a ....., a internação, vai pro HCIII, e vão internado. Aí amanhã cedo, vai tá no leito, na hora da cirurgia, vai se chamado.*

Ainda nesta perspectiva de contribuição do NIR na gestão do cuidado, num ponto mais específico, que chama a atenção de acordo com os depoimentos, e que corrobora com a afirmativa de alguns autores, é a possibilidade de favorecer o fluxo da continuidade do cuidado dos pacientes, uma vez que essa é considerada uma das funções desse setor, por conseguir organizar redes assistenciais e corredores virtuais de atenção à saúde e possibilita a interface dessa rede, atendendo a real necessidade do usuário (BITENCOURT, 2010). Conforme apontam alguns autores, para a necessidade de se conformar redes de cuidado, entendidas aqui, como arranjos que possibilitem articular o acesso aos serviços de diferentes tipos com possibilidades de encontros, conversações, endereçando as relações entre os

envolvidos no trabalho em saúde nos diversos pontos da rede de atenção, mantendo vínculo e a continuidade do cuidado de acordo com as diferentes situações clínicas; e para pensar e produzir a cadeia de cuidados é preciso gestão, tanto dos serviços de saúde, mais essencialmente a gestão da produção do cuidado (BADUY et al, 2011; FEUERWERKER, 2011).

**G3.10** - *Então o NIR vê a média de permanência, e até ajuda a gente a encontra na rede social, na rede de cuidado, um local, adequado, né, pro, pra continuidade do cuidado.*

*Eu acho que, em última instância, ele favorece o fluxo de continuidade do cuidado*

**P2.17** - *Acho que agilizou também a questão de algumas altas que eram travadas, pacientes de fora, paciente que precisa de oxigênio, ou que precisa de 1 assistente social, ou de um hospital e que não tem, eu acho que nisso ela conseguiu agilizar, também.*

*Porque ela como ....., médica reguladora, ela consegue agilizar, algumas coisas.*

*Então, eu vejo que algumas altas, estão indo muito mais rápido do que antigamente.*

Tal situação positiva com a implantação do NIR, transita nos diferentes setores que compõem a instituição, e é ascendente de diferentes processos, com repercussão direta nos usuários do serviço, assim como no aspecto de gestão, aqui especificamente referenciado através dos indicadores hospitalares, que apresentam uma diferenciação significativa, percebida efetivamente em números e na percepção subjetiva dos profissionais.

Todavia, foi sinalizado nesta pesquisa que é indispensável que medite-se sobre esta tendência de deslocamento no perfil dos indicadores, pois ainda são percebidos de forma absoluta, sem nenhum tratamento estatísticos.

**G4.47** - *Mais quando você pega, principalmente a média de permanência do HC, você percebe que houve uma redução.*

**N1.13** - *A gente ó, hoje eu soube dos indicadores aqui dentro do hospital que melhoraram muito, muito.*

*Então assim, diminui muito o tempo de permanência dos pacientes internados, que é uma coisa vinculada diretamente a nós...*

**P6.05** - *Assim, eu sei que tem as estatísticas que fazem, os indicadores, né; mais assim, mesmo assim, a gente que não tá acompanhando os indicadores, a gente percebe como mudou.*

*A gente já percebe como mudou, como anda mais rápido as coisas; como interna mais rápido.*

*A gente conversa com o paciente, o paciente fala que, foi rápido, que foi chamado pra internar.*

**G3.13** - *E aí a gente começou a observar, que a ferramenta começou, a....., a mostrar pra gente que tinha problemas, então, paciente....., tanto é que se você pegar os indicadores de outubro prá cá, houve uma redução da média de permanência, significativa, né.*

**G4.46** - ..... acho que precisa analisar melhor os dados, eu acho que os indicadores, pra ver melhor os resultados. Fazer um tratamento estatístico, né, pra ver se a redução é significativa, né. Precisa avaliar se não teve nenhuma alteração do perfil de morbidade, dos pacientes internados, que justifique essa redução de média de permanência.

É indispensável que os gestores hospitalares, busquem ferramentas que abram novos horizontes, e possam ser capazes de demandarem uma gestão eficiente, e neste sentido os indicadores hospitalares contribuem significativamente para a eficiência da gestão, por trata-se de uma ferramenta fundamental para a tomada de decisão eficiente pelo gestor hospitalar (SOUZA et al, 2009).

Neste contexto considero relevante a afirmativa de que alguns indicadores expressam que existem dificuldades, mesmo que não sejam capazes de resolvê-los, e que também podem ser construídos indicadores mais específicos, que contemplem as necessidades de avaliação (GRABÓIS, 2009).

No círculo de conflitos, experimentou-se a redução desses, a partir da proposta de endereçar a regulação dos leitos de forma mais centralizada, ou seja, no setor específico, modificando assim o centro da trajetória histórica observada em meio ao processo regulatório de leitos.

O hospital além de ser considerado como uma estrutura, também é um lugar de forças instituintes, de negociações, de conflitos, de coalizões e grupos de interesse e disputa e, por tudo isso, lugar de possibilidades de caminhar em outros sentidos e direções, e mudanças. Esses conflitos são manifestações fenomênicas, de superfície, de tensões constitutivas da vida organizacional, que localizamos em nível mais profundo, na estrutura, as tensões são produtivas/destrutivas; é a partir do conflito que muitas mudanças acontecem, e assim é preciso se fazer a gestão do conflito e não negá-lo, é preciso dotar os profissionais envolvidos com teoria e alguma competência prática para trabalhar o conflito, ajudando a lidar com a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde. Mais há que se considerar que isso não é fácil, lidar com conflitos é um aprendizado coletivo (CECILIO; MERHY, 2003).

Nesta ótica, o gerenciamento de leitos, em face das dificuldades vivenciadas, apresenta na luta de cada dia uma possibilidade de redução de “tensões” entre os serviços e profissionais (principalmente entre o pronto-socorro e os andares), e redireciona as energias de aspectos gerenciais para outras ferramentas, como por

exemplo a educação permanente, para a discussão clínica dos casos e integração das equipes (GRABÓIS, 2009).

*P1.13 - Então assim, acabava gerando atrito entre as enfermarias, né. Eu acho que com o NIR, eu acho, eu acho que, acredito que não tenha isso, né. A gente acaba não tendo esse atrito também, que era uma coisa que a gente tinha muito, né, atrito.*

*P8.10 - E a questão do NIR, ela veio, suprir as questões de fragilidade, é....., diminuiu pelo menos, na minha impressão, o conflito, o estresse, de tá definindo, é....., de defini prioridades.*

A centralização do gerenciamento do processo regulatório é considerado como um pressuposto técnico e operacional, favorece o conhecimento e visualização da rede como um todo, e proporciona uma maior agilidade e equidade no processo regulatório, ou seja com foco na atenção ao paciente através da programação e aspectos de seu controle, e assim deixa de ser um instrumento político de barganha dentro da instituição, o que é frequentemente desvelado em situações de privilégios corporativos responsáveis por muitos momentos de conflitos entre trabalhadores (ORTIZ, 2006; BITENCOURT et al, 2009; FERREIRA et al, 2010; BITENCOURT, 2010; FARIAS et al, 2010).

De forma pormenorizada em relação à redução de conflitos, e aqui sendo extremamente condizente ao número de depoimentos referenciados nesta perspectiva, a categoria profissional que mais mostrou-se afagada e beneficiada pela proposta do NIR, foi a de enfermeiros, uma vez que alterado o fluxo das regulações, que antes era realizada por estes profissionais, proporcionou a redução dos conflitos entre os próprios enfermeiros e destes para com as outras categorias, acarretando numa melhor adequação do processo de trabalho e conseqüentemente uma melhor organização do cuidado.

A enfermagem não faz, “apenas”, a coordenação do pessoal de enfermagem, ela vai mais longe, joga um papel muito mais “estratégico” para a vida hospitalar e muito mais complexo e difícil do ponto de vista de sua operacionalização: a gestão do cotidiano das unidades assistenciais (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 07).

E se considerarmos ainda que um dos objetivos do gerenciamento de leitos é melhorar a satisfação dos profissionais, uma vez que possibilita a diminuição do tempo passado na “gestão de leitos”, e conseqüentemente utilizar da melhor forma a competência de cada profissional, temos que tal perspectiva se aplica de forma direta também especificamente ao profissional enfermeiro, que é frequentemente



visto incorporando a função de liderança e funções de gestão (GRABÓIS, 2009; GARCIA; SANTA-BÁRBARA, 2009).

*P1.11 - Agora assim, a parte de....., de vantagens, né, que acho que tem, que, do NIR né, que veio pra agregar, essa parte de tirar a responsabilidade, né do enfermeiro, de tá dando os leitos.*

*P1.09 - Então isso dá mais tranquilidade, porque você administra o seu tempo com cuidado. Eu não fico me preocupando, eu vou passar, até mesmo a secretária, eu vou passar qual que é o perfil do paciente que eu vou operar.*

*P6.09 - Então tá bem melhor, né, eu acho que ajudou muito.*

*Porque antes era um serviço que a gente fazia, por que a gente, é que tinha que corre atrás.*

*A ala é sempre corrida, porque às vezes, não tempo nem pra ir no banheiro, tomar um café, nem nada, tem dia que é terrível.*

*Mais, mais assim, é..... Assim, pelo menos essa parte, a gente, não tem que se preocupar, né.*

*Porque antes, eu tinha que correr atrás de leito, eu tinha que correr atrás, ligar num setor, ligará no outro. A partir do momento que implantou o NIR, não; eu passava pro NIR o que tinha na minha unidade, e elas correm atrás. Eles vão vê com as enfermarias, elas checavam aonde que conseguiria esse leito pra mim, aonde seria mais adequado coloca o paciente, né.*

*P2.05 - Eu acho que além disso, tirou um pouco do enfermeiro de ta fazendo essa regulação de leito, que eu achava assim, ficava um pouco mais demorado, e também assim, gastava um pouco mais do nosso tempo, quanto de cuidado, de gerenciar a unidade de uma outra forma, que a gente ficava nessa disputa, que a gente fazia contato às vezes, com várias pessoas, não era uma enfermeira nem duas, que às vezes, fazia contato com 3, 4, e hoje o NIR faz isso pra gente.*

São, as enfermeiras, as verdadeiras tecedoras de relações entre os diferentes profissionais e entre as diferentes unidades assistenciais para assegurar o cuidado integral dos pacientes, apesar delas estarem fixas na unidade assistencial e não percorrerem, como os médicos, a linha de cuidado dos pacientes. Elas são as verdadeiras gerentes do cuidado ao paciente, orquestrando o processo de trabalho da equipe de enfermagem e estabelecendo relações com as unidades de produção como farmácia, almoxarifado, lavanderia, esterilização, entre outros, para garantir os insumos e equipamentos necessários para evitar a “desassistência”. Elas têm também um papel fundamental na alta do paciente e nas orientações dos cuidados para o paciente e seus acompanhantes. Logo, o médico trabalha em uma lógica mais longitudinal em relação à linha de cuidado e a enfermagem em uma lógica mais focal. São lógicas complementares e que necessitam de intenso processo de negociação e conversação entre as duas categorias profissionais para que esta complementariedade aconteça de forma plena. Porém, na prática, a enfermagem não detém o poder formal para tomar as todas as decisões necessárias devido ao atravessamento da dominação médica (CECÍLIO; MENDES, 2004, p. 42).

## **2 CONTRIBUIÇÕES ATRIBUÍDAS AO PROCESSO DE TRABALHO DO NIR**

Experimentando as consequências legítimas do fenômeno em questão, através das elucidações evidenciadas nos depoimentos, uma perspectiva que

reclama a atenção é a relacionada à postura de trabalho adotado pelo NIR, vista como ponto fundamental no escopo de implementação dessa proposta.

**N1.10** - *E também, uma coisa que eu acho, que eu acho muito importante aqui no núcleo, no fato de a gente fazer as coisas da maneira mais, é...vamos dizer assim, mais correta possível, dentro da visão do a gente pretende, a gente não prioriza pessoas, a gente prioriza patologias, e as situações em que elas se encontram. Então eu acho que isso é muito bom mesmo no núcleo.*

**G4.11** - *É....., então uma das coisas do pilar, é a busca ativa, então toda manhã a gente está indo no PS, o que, que tá internado, porque que tá internado, ali é lugar de estar internado, tem que realmente ficar no hospital, né? Ou é mais uma insegurança da equipe da urgência, em mandar pra casa, né.*

**P2.15** - *O NIR já veio aqui, porque a gente ta tendo educação permanente, já veio num momento junto com os funcionários pra ta fazendo a colocação, a proposta deles.*

*As funcionárias falaram:*

*Nossa, a gente não sabia o que o trabalho de vocês era tão difícil.*

Essa atividade de acompanhamento diário, em tempo real, através de visitas nas enfermarias, para o monitoramento da oferta, é apontada como o primeiro dispositivo utilizado pelos profissionais encarregados pela gestão, para visualizarem o desempenho dessas enfermarias assim como reconhecerem a sua saturação, assim como, por proporcionar sinergia entre as decisões (BITENCOURT, 2010).

Nesse empenho, uma das vertentes que reafirmam e sustentam o processo de condução do NIR, está voltada para o adequado relacionamento interpessoal do NIR para com os seus usuários.

**P2.13** - *Eu tenho um bom relacionamento com as enfermeiras do NIR, quando vem, não tenho assim, problema nenhum, a gente se entende.*

**P3.19** - *A integração é boa, eu acho que os médicos do PS é que vem desintegrar. São os médicos do PS, alguns, que veem desintegrar a enfermaria, querendo saber se tem leito vago, antes de ligar no NIR, não são os da enfermaria.*

**P8.18** - *A relação com o pessoal, é tranquila, não teve problema.*

**P5.06** - *Então assim, eu tenho um contato muito bom com o NIR, tenho um contato de diálogo, eu tenho, vamos dizer assim, autoridade de ta questionando alguma coisa, de estar vendo na enfermaria, porque ela me deu essa abertura, ela pergunta pra mim.*

**P5.14** - *Agora, do restante....., eu acho que é tranquilo, o diálogo, elas tão sempre abertas, sempre acolhedoras, acolhe muito bem a gente, conversa, explica.*

**G3.08** - *É....., quando a gente tem que transferir paciente do HCIII para o HCl, a gente passa pelo diálogo com o NIR, e esse diálogo tem sido muito bom, entendeu. Porque o próprio NIR já se organiza internamente, junto aos setores do HCl pra fazer a transferência, né.*

Outros autores também apontam este aspecto de investimento na gestão de pessoas, como imprescindível para a adequada condução de processos, principalmente aqueles em fase de construção, mantendo o foco no relacionamento intrapessoal e interpessoal estimulando o trabalho em parceria (FARIAS et al, 2010).

Assim como pontua a Política Nacional de Humanização da Atenção, no processo de trabalho, os trabalhadores 'usam de si' por si. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir. É gerir junto com os outros. A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de fazer. Assim, evita-se fazer a tarefa de forma mecânica, em um processo de aprendizagem permanente, uma vez que questiona as prescrições e constrói outros modos de trabalhar para dar conta de uma situação nova e imprevisível (BRASIL, 2007).

E o mesmo documento conclui que o trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos. Não é neutro em relação ao que provoca no sujeito: nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo; e, pode ser também, produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado. Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde (BRASIL, 2007).

Assim como em outras realidades onde houve a implantação de regulação de leitos, em que foram citados resultados favoráveis com esta proposta, em eventos diversos, como a melhoria no tempo médio de permanência, com fluxo mais efetivo do paciente, com melhor aproveitamento do leito hospitalar, enfim alguns estudos também já apontam para a valorização do dados e resultados encontrados a partir da regulação de leitos. (O'DWYER, 2009; BITTENCOURT, 2009)

Foi possível assinalar, que a proposta advinda da implantação e implementação da regulação interna de leitos no Complexo Famema, está cheia de valores positivos, atribuídos pelos sujeitos.

**G1.01** - *Realmente eu concordo que o processo é extremamente favorável.*

**G2.17** - *Mais, eu acho, eu queria fechar dizendo o seguinte, que de um modo geral, o núcleo de regulação interna, ele veio pra beneficiar, ele está beneficiando, tá colaborando, né.*

**G3.16** - *O paciente não fica mais solto, tem alguém que se responsabiliza por ele, acho que isso o NIR, contribuiu; de aumentar o grau de responsabilidade na internação, aumento a responsabilização por parte dos profissionais que cuida, né. Eu vejo uma dificuldade ainda; maior é cultura das pessoas, em quererem a adesão, acho que num movimento de perceberem como uma ameaça, que tem haver com as relações de poder.*

**P1.10** - *Então assim, pra mim, o NIR, veio a somar, agora como todo programa novo tem sua fase de adaptação, tem sua fase de, mexe aqui, mexe ali, isso eu so uma pessoa muito aberta pra isso. Pra mim hoje, o NIR é muito essencial pra instituição, ele dá um bom fluxo, ele dá um andamento, ele consegue vê.*

**P7.03** - *O que eu acho assim, muito bom, é essa facilidade que nós profissionais, em tá ligando pro NIR, e eles tarem providenciando, eles que tem a dinâmica do hospital, né, elas que tem o contato com isso, né.*

**P5.08** - *Assim, pra mim é tranquilo, mais assim, é ....., hoje eu acho que elas tão com um ganho de 80% de aprovação dos usuários do NIR, em si.*

Ao analisarmos a tendência histórica ao longo da conformação do sistema de saúde brasileiro, o que se observa é a predominância de um modelo de atenção que perpetua um cuidado hospitalocêntrico e subespecializado, tornando-se descontínuo e sem contemplar o grande desafio da integralidade da atenção.

Numa perspectiva de enfrentamento às mudanças na situação de saúde da população vê-se a necessidade da reorganização do sistema, de forma a enfrentar esta tendência histórica, e que atenda às novas diretrizes proposta pelo Ministério da Saúde.

Neste contexto de proposta de superação de modelo vigente, o MS trata como elemento norteador dessa reforma, um modelo que tenha como eixo central a Atenção Primária à Saúde, e a reafirma enquanto Política Nacional desde 2006 (OPAS/2011).

Para tanto podemos assim citar, a nova proposta que contempla tal política, às de redes de atenção à saúde, que se caracteriza pelo rearranjo organizacional, e que permite o compartilhamento de ações integradas com o intercâmbio entre os diferentes níveis de atenção, ou seja, que permite a articulação entre as três instâncias de governo, com mecanismos de governança regionais.

A política que fornece subsídios a estas redes de atenção, apesar de um fenômeno ainda recente, aponta para uma gestão compartilhada, traz no seu

componente estrutura operacional a necessidade de se implementar o "acesso regulado" no sistema de saúde, como uma garantia de organização racional dos fluxos, num sistema eficaz de referência e contrarreferência (MENDES, 2010; LAVRAS, 2011; OPAS, 2009; 2010).

Estas redes constituem uma das principais expressões operacionais da APS em nível de prestação de serviços de saúde a contribuir para melhoria de seus elementos essenciais, entre eles o acesso.

Para tanto, devem ser promovidas mudanças radicais dos processos de planejamento, programação e regulação, associados à APS, visando a estruturação de um sistema de saúde integrado que favoreça o acesso com continuidade no cuidado, superando assim a fragmentação do sistema e a falta de comunicação nos diferentes pontos de atenção à Saúde (BRASIL, 2010).

Este modelo proposto, em nosso olhar, está em consonância com os resultados até aqui levantados neste estudo, que também sinaliza para a necessidade da ampliação das fronteiras da regulação na saúde, com a real necessidade de avançar para a construção de redes de atenção associadas a regulação de acesso à saúde, com vistas a ampliação desse acesso das pessoas às ações e serviços de saúde, de modo oportuno, organizado, resolutivo e integral.