



artigo original

Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica

A new approach between bed management and surgery schedule

Elizabeth de Faria¹, Karla Ryuko Abe Costa², Marcelo Antônio Santos³, Marcos Koyama Fumio⁴

RESUMO

Introdução: atualmente, um dos desafios para os hospitais é ser hábil em acomodar os pacientes provenientes do Serviço de Urgência e Emergência sem comprometer a programação cirúrgica eletiva. **Objetivo:** maximizar o uso dos leitos hospitalares bem como a produção cirúrgica. **Metodologia:** implantação do Gerenciamento Interno de Leitos e Agenda Cirúrgica (GILAC). **Resultados:** em março de 2009, com 165 leitos, foram realizadas 390 internações, com taxa de ocupação de 77 e 57% dos leitos clínicos e cirúrgicos respectivamente; em março de 2010, com 225 leitos, internaram-se 828 pacientes, com taxa de ocupação de 87 e 79% dos leitos clínicos e cirúrgicos respectivamente; a média de permanência foi de 8,7 dias e de 5,0 dias para pacientes clínicos e cirúrgicos, respectivamente. No contexto do gerenciamento cirúrgico, em março de 2009, com 3 salas, realizaram-se 209 cirurgias, obtendo taxa de ocupação do centro cirúrgico de 70%; em março de 2010, com 8 salas, foram realizadas 483 cirurgias, com 82% de taxa de ocupação e 2,03% de taxa de cirurgia suspensão. **Conclusão:** foi possível desenvolver e aperfeiçoar um sistema de gestão hospitalar que não só atende as necessidades do paciente, mas também aumenta, de forma significativa, a eficiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), com base na ferramenta de tecnologia de informação, combinando o uso racional de leitos e salas cirúrgicas.

ABSTRACT

Introduction: one of the most critical challenges for health care providers today is the ability to accommodate patients with a decision to admit out of accident and emergency, without resulting in cancellations of admissions for planned surgery. **Objective:** to ensure high occupancy rates and full schedule surgeries in the Surgical Center. **Methods:** to create a center of internal bed management and surgical schedule (Gerenciamento Interno de Leitos e Agenda Cirúrgica, GILAC). **Results:** in march 2009, 165 beds had allowed 390 hospital admissions, with occupancy rates of 77% for clinical beds and 57% for surgical beds. In march 2010, 225 beds had generated 828 hospital admissions, with occupancy rates of 87% for clinical beds and 79% for surgical beds, and average length of stay of 8.7 and 5.0 days. In march 2009, the surgical center had 3 operating rooms and performed 209 surgeries; operating room occupancy rates were 70%. In march 2010, with 8 operating rooms, there were 483 surgeries, and operating room occupancy rates were 82%, keeping just 2.03% surgeries suspended. **Conclusion:** it was possible to develop a hospital management system that not only meets the needs of the patient, but also significantly increases the efficiency of Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), based on IT resources, combining rational use of beds and surgery rooms.

Palavras-chave

Ocupação de leitos
Eficiência organizacional
Número de leitos em hospital
Gestão hospitalar

Keywords

Bed occupancy
Efficiency, organizational
Hospital bed capacity
Hospital management

Conflito de interesse: nenhum declarado
Financiador ou fonte de fomento: nenhum declarado
Data de recebimento: 20/05/2010
Data de aprovação: 21/06/2010

1. Médica; Assistente Médica Executiva e Responsável pelo GILAC; Residência em Administração em Saúde pelo Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP); Pós-Graduação em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pelo Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Sistema de Saúde da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGVSP).
2. Enfermeira; Coordenadora do GILAC; Graduada pela Escola de Enfermagem da USP; Cursando Especialização em Administração Hospitalar e de Serviços de Saúde no Curso de Especialização em Administração Hospitalar e Sistema de Saúde da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGVSP.
3. Enfermeiro; Coordenador do GILAC; Graduado pela Universidade Nove de Julho (Uninove).
4. Médico; Diretor Executivo do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP); Mestre em Administração de Empresas pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGVSP.

Endereço para correspondência: Avenida Dr. Arnaldo, 251, 1º subsolo – Cerqueira César – CEP: 01246-000. São Paulo (SP) – E-mail: elizabeth.faria@icesp.org.br
Trabalho apresentado anteriormente na seção de Pôster do XIV Congresso Brasileiro de Qualidade em Serviços de Saúde durante o evento CQH'2010.

INTRODUÇÃO

Segundo o *National Audit Office* (NAO)⁽¹⁾, entende-se como “*bed management*” a habilidade de acomodar pacientes provenientes do Serviço de Urgência e Emergência sem comprometer a demanda eletiva. A falta de leitos resulta no cancelamento de cirurgias eletivas, no atraso da admissão de pacientes com urgência médica e na alocação dos mesmos em leitos inapropriados (clínico *versus* cirúrgico, feminino *versus* masculino). Acrescido a esse cenário há a dificuldade de transferência de pacientes entre alas, com eventual postergação de altas da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podendo elevar o tempo de permanência hospitalar. O gerenciamento de leitos abrange desde o desenvolvimento de sistemas de informação de monitoramento e planejamento da ocupação hospitalar à elaboração de processos operacionais de admissão e alta. Constitui parte importante do planejamento da capacidade operacional e de controle, com relevância no que concerne ao uso eficiente de recursos escassos. O desenvolvimento desse conceito clama por melhorar o planejamento e o controle de oferta e demanda de leitos com a finalidade de manter a taxa de ocupação viável para uso.

Visando a uma gestão profissionalizante, estabeleceu-se uma parceria entre a Secretaria Estadual da Saúde e a Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), resultando na inauguração do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) em maio de 2008. Concebido para ser o maior hospital especializado em tratamento de câncer da América Latina, foi projetado para se tornar centro nacional e internacional de excelência em assistência, ensino e pesquisa em Oncologia. Por meio de um contrato de gestão, estabeleceram-se os

objetivos da assistência à saúde, bem como as metas a serem alcançadas, promovendo a avaliação contínua e a possibilidade de mecanismos ágeis e eficientes de gestão hospitalar.

O instituto emprega o sistema rotativo de leitos com demarcação parcial de subespecialidades, resultando em uma maior flexibilidade na utilização dos recursos e no atendimento da demanda. As salas cirúrgicas também compartilham do uso colegiado dos espaços, de modo a evitar períodos de ociosidade. Esse modelo compartilhado difere de algumas instituições hospitalares de ensino nas quais parte da estrutura é destinada a subespecialidades específicas, proporcionado ao ICESP mais autonomia no que tange à ocupação dos leitos.

Entretanto, o mapeamento situacional do ICESP demonstrou uma ocupação hospitalar caracterizada por aspectos departamentais, com processo decisório de internação descentralizado por especialidades (clínicas e cirúrgicas). Enquanto os leitos clínicos ficavam sob o gerenciamento médico, os cirúrgicos ficavam sob os cuidados da equipe de Enfermagem. A ocupação dos leitos clínicos alternava entre a demanda eletiva e a necessidade das transferências internas, tanto do Serviço de Urgência e Emergência quanto da UTI, sem compreender a real ocupação hospitalar e desconsiderando a efetiva prioridade dos casos. Já a ocupação dos leitos cirúrgicos refletia o agendamento cirúrgico desvinculado da ocupação da Unidade de Internação ou UTI.

Como resultado da gestão descentralizada, observou-se uma ocupação oscilante dos leitos cirúrgicos durante a semana, decaindo para até 30% aos finais de semana, enquanto os leitos clínicos apresentavam uma ocupação linear. Em relação à produção cirúrgica,

destacava-se o cancelamento de cirurgias por falta de leitos de UTI bem como ociosidade da ocupação cirúrgica.

Com o propósito de garantir um modelo de gestão orientado para resultados, fez-se necessária a centralização dos processos operacionais da reserva de leitos e da programação cirúrgica, resultando na implantação do Gerenciamento Interno de Leitos e Agenda Cirúrgica (GILAC). Para isso, buscaram-se evidências científicas internacionais descritivas de experiências de gerenciamento do uso de leitos por meio do unitermo “*bed management*”. Em se tratando de experiências internacionais, destaca-se o *National Health Service* (NHS)⁽²⁾, sistema de saúde inglês com atividades de gerenciamento de leitos por intermédio de ações programáticas oriundas de políticas públicas, com objetivo de planejar e tomar decisões, a partir de sólidos sistemas de informação. Entretanto, o cenário desses estudos se dá principalmente em hospitais de agudos⁽³⁾. Já a experiência brasileira é marcada pela gestão do uso de leitos como estratégia de mercado e, assim, é praticada majoritariamente por prestadores hospitalares privados.

A pesquisa foi ainda complementada com o recurso do *benchmarking* funcional que, segundo Bittar⁽⁴⁾, é a comparação de processos semelhantes entre hospitais que atuam em mercados distintos. Realizaram-se visitas a hospitais da região metropolitana de São Paulo que exerciam tais práticas gerenciais para compreender de maneira mais ampla o cenário no Município de São Paulo. Em março de 2009, buscaram-se quatro hospitais de referência (três privados e um público). Em cada um desses hospitais, consideraram-se os seguintes dados comparativos:

1. indicadores de desempenho: taxa de ocupação hospitalar (TOH), tempo médio de permanência (TMP) e número de cirurgias/dia;
2. estrutura: número de leitos e salas cirúrgicas;
3. presença de Serviço de Controle de Leitos e funcionamento;
4. execução de liberação e reserva de leitos;
5. presença de Sistema de Informação Hospitalar (SIH);
6. fluxo de internação;
7. prioridade de admissão;
8. fluxo de alta hospitalar;
9. tipo de acomodação: enfermaria ou apartamento;
10. Serviço de Agenda Cirúrgica.

De modo comparativo, o Quadro 1 apresenta, sempre que possível e cabível, os dados entre os hospitais visitados e o ICESP.

Baseando-se nas informações coletadas, foi possível verificar que o controle institucional centralizado dos leitos, o emprego de uma ferramenta gerencial (SIH) e o estabelecimento de critérios de ocupação refletiam diretamente na ocupação hospitalar.

Reconhecendo que o hospital é uma das organizações mais complexas operadas, torna-se imperativa a presença de um instrumento que disponibilize com maior agilidade os dados sobre o seu funcionamento, de modo a estruturar a gestão sistemática⁽⁶⁾.

OBJETIVOS

Nesse contexto, o GILAC desenvolve e executa ações necessárias para maximizar o uso do leito hospitalar:

- disponibilizar no SIH o *status* do leito em tempo real;
- identificar a TOH por especialidade;
- identificar o TMP por especialidade;

- identificar os padrões de demanda por especialidade;
- reduzir a permanência do paciente com indicação de internação no serviço de urgência e emergência.

E para maximizar a produção cirúrgica:

- padronizar o fluxo ambulatorial pré-cirúrgico;
- criar banco de pacientes cirúrgicos por subespecialidade;
- otimizar a ocupação das salas cirúrgicas;
- reduzir o número de procedimentos eletivos cancelados;
- reduzir o tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento.

METODOLOGIA

O GILAC iniciou suas atividades em abril de 2009, dividindo-se em dois pilares: (a) gerenciamento interno de leitos, que tem como premissa a centralização, o controle e o monitoramento dos leitos hospitalares; e (b) gerenciamento da agenda cirúrgica, que é direcionado por demandas eletivas.

A fim de viabilizar os processos operacionais, foi necessária a implantação, a parametrização e a customização SIH corporativo. Tal ferramenta permite acesso às informações referentes a:

1. ocupação hospitalar: *status* do leito (livre, ocupado, higienização, em alta, reservado, interditado e isolamento) por setor e dados do paciente (identificação, diagnóstico, especialidade e dias de permanência);
2. gestão de vagas: *status* da reserva (acomodado, reservado); identificação do paciente (setor desejado, local de origem, especialidade e motivo de internação);
3. banco de pacientes cirúrgicos: dados dos pacientes por subespecialidade

(identificação, diagnóstico, data da indicação do procedimento proposto, médico responsável e data prevista de internação) e *status* da avaliação de risco pré-operatório para agendamento (aptos agendados, aptos não agendados e não aptos);

4. gestão da agenda cirúrgica: dados do paciente (identificação, cirurgião, procedimento, órtese prótese e materiais especiais, motivo do cancelamento, duração, horário e sala) e *status* do agendamento (pré-agenda, pré-agenda confirmada, agendada, encaixe e cancelada).

O compartilhamento das informações pelos usuários do SIH possibilita ações sequenciais e sinérgicas entre os diversos setores do ICESP.

O gerenciamento de leitos se dá a partir do uso das informações coletadas do SIH, acrescidas das orientações da equipe médica, com posterior planejamento das reservas de leitos para internações eletivas e transferências internas. As internações eletivas são refinadas pela origem dos pacientes, para que melhorias nos processos operacionais possam ser identificadas de acordo com a demanda de cada especialidade. A captação ativa de pacientes, baseada em informação em tempo real, impede o uso inadequado de leitos no sentido de reduzir significativamente seus períodos de ociosidade. Além disso, contribui com o adequado acolhimento do paciente, impedindo a estadia por tempo prolongado nos leitos de observação do Serviço de Urgência e Emergência.

O gerenciamento da agenda cirúrgica ocorre predominantemente por demandas eletivas, uma vez que os encaixes e urgências são efetuados diretamente no centro cirúrgico. A programação eletiva inicia-se no

Quadro 1
Comparativo entre o ICESP e o benchmarking de hospitais.

Hospital	Privado A	Privado B	Privado C	Público	ICESP
Indicadores e estrutura	TOH 95% TMP 4 dias 66 cirurgias/dia 11 salas cirúrgicas 320 leitos	TOH 82% TMP 3,2 dias 50 cirurgias/dia 11 Salas cirúrgicas 200 leitos	TOH 85% TMP 1-2 dias/4-5 dias 80 cirurgias/dia 27 Salas cirúrgicas 483 leitos	TOH 75,4% TMP 9,7 dias 488 cirurgias/mês 14 salas cirúrgicas	Oncoclínica: TOH 85-90% TMP 7-8 dias Oncocirurgia: TOH 50-60% TMP 3 dias 4-5 cirurgias/dia 2 salas cirúrgicas 112 leitos
Controle de leitos	Presente	Presente	Presente	Presente	Ausente
Liberação do leito	Centralizada no controle de leitos	Centralizada no controle de leitos	Centralizada no controle de leitos	Centralizada nos departamentos	Descentralizada
Reserva de leito	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Como é feito	Manual + sistema de informação	Manual + sistema de informação	Manual + sistema de informação	Manual	Manual, não foi observada padronização da rotina
Horário da internação	No dia do procedimento ou na noite anterior	No dia do procedimento ou na noite anterior	No dia do procedimento ou na noite anterior	Dias antes para garantir o leito	No dia anterior do procedimento
Prioridade de internação	Centro cirúrgico Transferências internas	Centro cirúrgico UTI Enfermaria Pronto-socorro	Centro cirúrgico PS >24 horas UTI/agenda	Centro cirúrgico UTI Pronto-socorro	Centro cirúrgico Transferências internas
Alta	Médica até 11h Saída do leito até 12h	Médica até 11h Saída do leito até 12h	Médica até 11h Saída do leito até 12h	Não foi observada padronização da rotina	Não foi observada padronização da rotina
Tipo de acomodação	Quarto individual	Quarto individual	Quarto individual	Enfermaria	Enfermaria
Agenda cirúrgica	Agendamento cirúrgico desvinculado do controle de leitos Número de procedimentos agendados ilimitado	Agendamento cirúrgico desvinculado do controle de leitos Número de procedimentos agendados ilimitado	Agendamento cirúrgico desvinculado do controle de leitos Número de procedimentos agendados ilimitado	Agendamento cirúrgico desvinculado do controle de leitos Número de procedimentos agendados ilimitado	Agendamento cirúrgico desvinculado do controle de leitos Número de procedimentos agendados ilimitado

TOH: taxa de ocupação hospitalar; TMP: tempo médio de permanência.

ambulatório cirúrgico, a partir da confecção do *kit* cirúrgico (documentação) – instrumento que oficializa a indicação do procedimento. Essa documentação dá origem a dois processos simultâneos: o cadastramento no banco de pacientes cirúrgicos e o agendamento

ambulatorial de avaliação de risco. Tais informações são disponibilizadas em formato de relatório para que o corpo clínico consulte em tempo real, o que permitirá, a partir do *status* de apto da avaliação de risco, o agendamento da cirurgia.

O uso do recurso do banco de dados de pacientes cirúrgicos permite não só identificar a demanda do ICESP (global e subespecialidade), mas também visualizar os gargalos⁽⁶⁾ para o agendamento (falta de oferta de pacientes aptos *versus* disponibilidade

de horário cirúrgico). Além disso, traz agilidade nas marcações e substituições em razão do cancelamento de procedimentos eletivos. Para melhor ocupação dos horários cirúrgicos, foi confeccionado um cronograma diário por sala de uso preferencial por subespecialidade cirúrgica. Mediante o não-preenchimento da totalidade desses horários no prazo estabelecido, os períodos de vacância serão disponibilizados às demais equipes cirúrgicas. Contribuindo para o provisionamento de leitos de UTI, a programação cirúrgica é revisada diariamente, com o objetivo de distribuir as demandas de leitos, possibilitando o remanejamento das cirurgias antes da convocação dos pacientes. Como consequência, o cancelamento de cirurgias por falta de leitos é raro. Desse modo, conclui-se que o remodelamento contínuo da programação cirúrgica proporciona uma melhor distribuição do número de cirurgias/dia, tendo como resultado uma ocupação progressiva do centro cirúrgico com reflexos na ocupação dos leitos ao longo da semana além do melhor aproveitamento dos mesmos aos finais de semana.

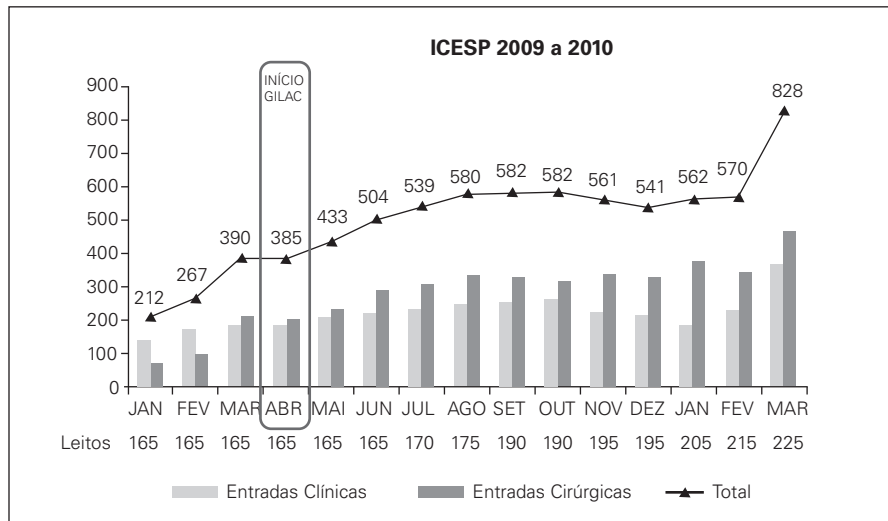
O gerenciamento do banco de pacientes cirúrgicos permite o acompanhamento integral do paciente nas diferentes etapas de preparo, uma vez que compreende desde a indicação do procedimento e é capaz de monitorar os possíveis entraves, tais quais: falta na consulta de avaliação de risco pré-operatório, não suspensão de medicamentos (anticoagulantes), mudança de conduta médica, impossibilidade de operar por parte do paciente, entre outros. Gerenciar o banco de pacientes cirúrgicos permite o controle e a otimização do atendimento aos pacientes, impactando no uso eficiente das salas cirúrgicas.

RESULTADOS

Ao adotar tais medidas, associadas à ótica do atendimento humanizado, o ICESP minimiza consideravelmente atrasos, cancelamentos e mudanças não previstas no âmbito da internação hospitalar, resultando em uma maior flexibilidade na utilização dos recursos escassos e atendimento da demanda. A mensuração das atividades é dada pelo número de entradas hospitalares

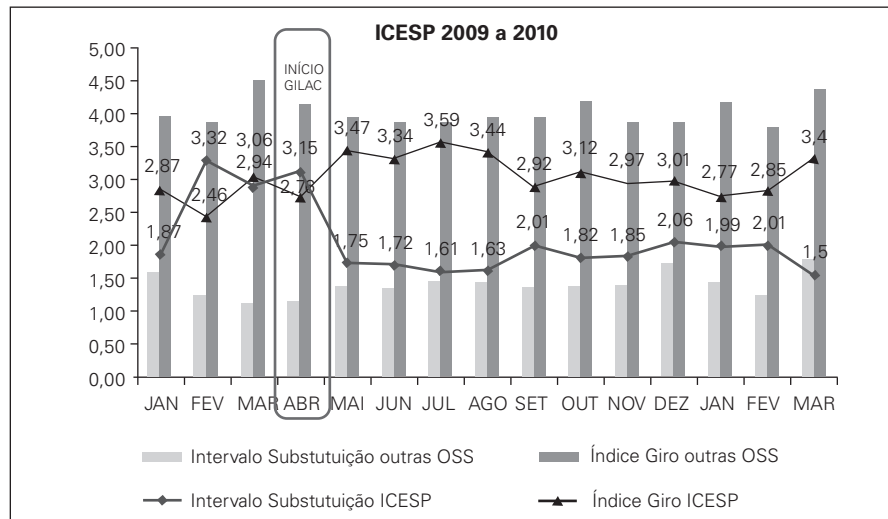
– principal indicador de monitoramento do gerenciamento de leitos. É possível observar que, em março de 2009, com 165 leitos, foram realizadas 390 internações, com índice de giro de 3,06 e intervalo de substituição de 2,94; enquanto que em março de 2010, com 225 leitos, internaram-se 828 pacientes, com índice de giro de 3,4 e intervalo de substituição de 1,5 (Gráficos 1 e 2).

Gráfico 1 - Total de entradas hospitalares por especialidade.



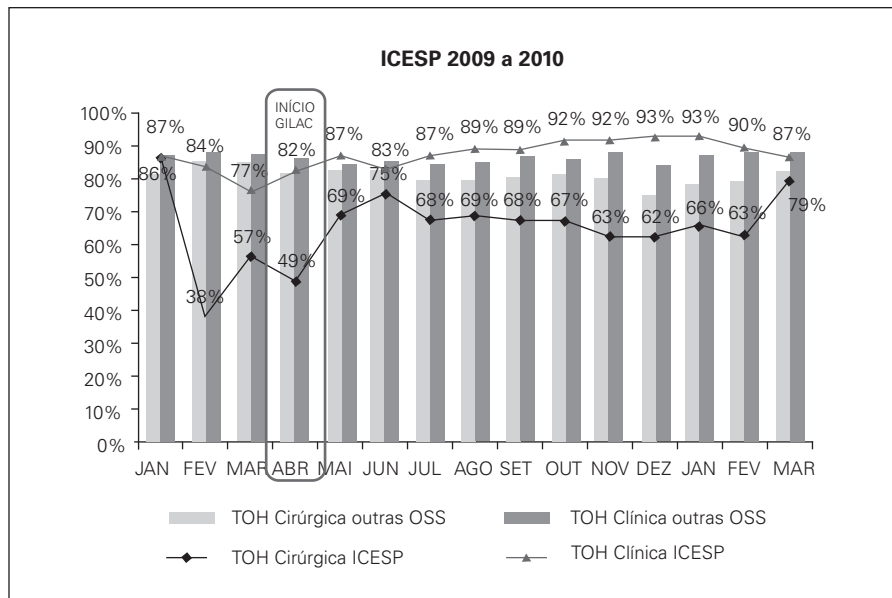
Fonte: GILAC e SIH.

Gráfico 2 - Intervalo de substituição e índice de giro.



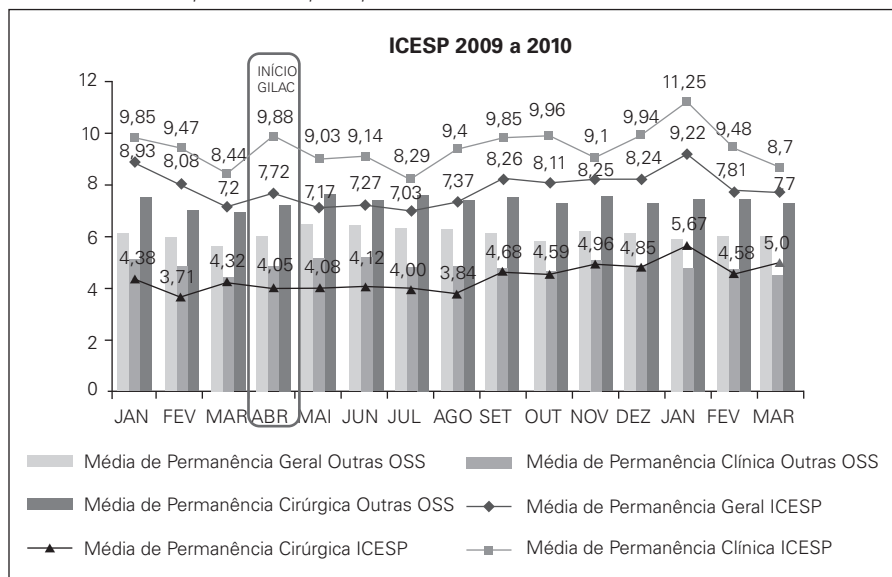
Fonte: Diretoria Financeira, Planejamento e Controle (DFPC).

Gráfico 3 - Taxa de ocupação hospitalar por especialidade.



Fonte: Diretoria Financeira, Planejamento e Controle (DFPC).

Gráfico 4 - Média de permanência por especialidade.



Fonte: Diretoria Financeira, Planejamento e Controle (DFPC).

De modo comparativo, a taxa de ocupação dos leitos clínicos e cirúrgicos foi de 77 e 57%, respectivamente, em março de 2009 (Gráfico 3); em março de 2010, de 87 e 79%, ambos com distribuição linear. Em março de 2010, a média de permanência dos pacientes

clínicos e cirúrgicos (Gráfico 4) foi de 8,7 dias e 5,0 dias, respectivamente.

No contexto do gerenciamento cirúrgico, o número de cirurgias por mês é o principal indicador (Tabela 1). Em março de 2009, com 3 salas, realizaram-se 209 cirurgias, obtendo

taxa de ocupação do centro cirúrgico de 71%; em março de 2010, com 8 salas, foram realizadas 483 cirurgias, com 82% de taxa de ocupação, 2,6 cirurgia/sala/dia útil e 2,03% de taxa de cirurgia suspensão.

Adiciona-se a esses resultados a redução expressiva de 55 para 23 dias no período de abril de 2009 a fevereiro de 2010, no tempo de espera entre a indicação da conduta cirúrgica como terapêutica e a efetiva execução do procedimento em uma das especialidades cirúrgicas responsável por cerca de 30% da produção cirúrgica do ICESP.

DISCUSSÃO

No processo de implantação do GILAC, houve expressivo impacto transformador da cultura organizacional. Considerando-se um cenário institucional permeado por aspectos de ensino, houve aceitação de práticas não-convencionais de uso de leitos e salas cirúrgicas, posto que a origem da unidade hospitalar em questão se dá no âmbito da Faculdade de Medicina da USP. Como resultado, o paradigma sobre as decisões do corpo clínico no tocante ao uso dos recursos escassos, como leitos e salas cirúrgicas, foi significativamente modificado. Os processos estratégicos, como solicitação de leitos, agendamento de cirurgias, fluxo ambulatorial pré-cirúrgico e avaliação de risco pré-operatório, foram redesenhados para se alinharem às necessidades para o alcance de resultados.

Os principais desafios para o GILAC tangenciam questões ligadas à adesão plena da equipe médica e à disseminação das informações corporativas por todo o hospital. Para que as mudanças nas rotinas operacionais decorrentes da implantação do GILAC fossem absorvidas pelo corpo clínico e pelas equipes multiprofissionais,

Tabela 1
Indicadores cirúrgicos, ICESP 2009 a 2010

Indicadores/Mês	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
Cirurgias realizadas	73	103	209	234	235	303	320	320	333	327	340	353	331	359	483
Salas	1	2	3	4	4,5	5	5	5	6	6	7	8	8	8	8
Taxa de ocupação Centro Cirúrgico (%)	59	66	71	72	77	81	73	78	74	74	77	70	66	79	82
Cirurgia/dia útil	3,5	5,4	9,5	11,7	11,8	14,4	14,5	15,2	15,9	15,6	17,9	29,4	17,4	19,9	21,0
Cirurgia/sala/dia útil	3,5	2,7	3,2	2,9	2,6	2,9	2,9	3,0	2,6	2,6	2,6	3,7	2,2	2,5	2,6
Dias úteis	21	19	22	20	20	21	22	21	21	21	19	12	19	18	23

Fonte: GILAC, SIH e Diretoria Executiva – DIREX.

sem prejudicar os processos assistenciais, foi necessária a formulação de normas de funcionamento do GILAC nas comissões institucionais durante meses. Nesse período, houve esforços da alta liderança na verticalização da informação, no sentido de propagar as novas práticas e inibir a não-execução por desconhecimento. Transformá-las em pilares da governança corporativa proporcionou uma expressiva redução no número de inconformidades nos processos de internação e alta, repercutindo no aumento global da produtividade hospitalar – fato este, que, por si só, é fator de agregação ao projeto, contribuindo com sua sustentabilidade.

Considerando os desafios internos, o GILAC procurou focar sua estratégia na gestão de equipe, com foco no relacionamento intrapessoal e interpessoal, estimulando o trabalho em parceria com demais áreas do ICESP. Entende-se que quando existe um bom nível de interação entre os integrantes da equipe, temos como consequência melhor comunicação, criatividade, prontidão para tomada de decisão e maior produtividade.

Segundo Duarte⁽⁷⁾, a análise dos processos deve pautar-se na busca da melhoria contínua, ter caráter periódico,

sistemático e ter seus resultados sempre divulgados às partes interessadas. Em termos operacionais, observou-se a partir da análise de dados estatísticos que a ocupação hospitalar diferenciava-se por especialidade, clínica e cirúrgica, decorrente da origem dos pacientes. Com isso, algumas adequações foram necessárias como, por exemplo, a alteração do horário de internação. Os pacientes clínicos passaram a ser internados em dois turnos, manhã e tarde, enquanto os cirúrgicos concentraram-se no período vespertino, mais precisamente às 18h. A análise da série histórica dos horários de internação demonstrou ser mais oportuna prover uma dispersão em turnos, evitando-se, com isso, o adensamento da clientela em períodos de grande fluxo, como ao meio dia, pelo cruzamento dos processos de entrada e saída de pacientes. Além disso, os indicadores gerados pelo GILAC são apresentados e discutidos, semanalmente, na Diretoria Executiva e, mensalmente, na Comissão de Internação.

Novas práticas do gerenciamento do uso de leitos possibilitaram aprendizados no sentido de fomentar ações integradas entre as gerências de hotelaria (higiene e governança) e manutenção predial. Em

conjunto com o GILAC, ambas realizam controle programado das manutenções preventivas e corretivas dos leitos a fim de mantê-los aptos à internação, evitando intercorrências inesperadas que comprometam o uso dos leitos.

A relevância da implantação do GILAC vai além do controle absoluto dos leitos e da acessibilidade aos pacientes; mas é observada, sobretudo, na redução do tempo de espera dos pacientes eletivos com indicação de tratamento cirúrgico, na agilidade das transferências internas ao promover uma maior rotatividade, e na identificação parcial das demandas do paciente-ICESP. Além disso, o crescimento contínuo da capacidade operacional resultará na mudança do perfil nosológico decorrente da ampliação de usuários e do aumento da complexidade do atendimento, como o porte dos procedimentos cirúrgicos e crescente demanda por cuidados intermediários (paliativos). Faz-se imperativa a presença de uma tecnologia de gestão dotada de ferramenta gerencial e de recursos humanos capacitados a fim de proporcionar uma administração ágil e eficaz da ocupação dos leitos hospitalares e do centro cirúrgico.

CONCLUSÃO

Com os recursos disponibilizados pela tecnologia de informação, em comunhão com o uso racional dos leitos e salas cirúrgicas, foi possível desenvolver e aperfeiçoar um sistema de gestão hospitalar que não só atende as necessidades do paciente, como também aumenta de forma significativa a eficiência do ICESP. O aprimoramento do uso dos leitos e das salas cirúrgicas representa um ganho considerável para a prestação de serviços em saúde, posto que otimiza o uso de recursos escassos e possibilita alcançar resultados sociais esperados.

Vislumbra-se como próximo desafio realizar a gestão da alta hospitalar por meio do monitoramento dos pacientes

internados, a partir do estabelecimento de tempos de permanência padrão (em dias) por especialidade. O SIH possibilita essa prática à distância, pois as informações necessárias para o acompanhamento diário do paciente podem ser obtidas por meio da consulta ao prontuário eletrônico do paciente.

AGRADECIMENTOS

Aos colaboradores do GILAC: Bruna Zala Meneguel, Dayane Bruno da Silva, Andreia Pereira do Carmo, Peterson Moura de Freitas, Sara Ferreira Tosta, Alex Sandro Adorno de Santana, Mayra Priscila dos Reis Silva, e aos colaboradores do ICESP, em especial às equipes da enfermagem, atendimento, hotelaria e predial.

REFERÊNCIAS

1. National Audit Office [Internet]. Inpatient admissions and bed management in NHS acute hospitals. [cited 2010 Jul. 21]. Available from: http://www.nao.org.uk/publications/9900/inpatient_admissions_and_bed.aspx.
2. Department of Health. The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform. London: Department of Health, 2000.
3. Proudlove NC, Gordon K, Boaden R. Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments?. *Emerg Med J.* 2003;20(2):149-55.
4. Bittar OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Adm Saúde.* 2001;12:21-8.
5. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(4):825-39.
6. Youngman KJ [Internet]. A guide to implementing the theory of constraints (TOC). [cited 2010 Jul. 21]. Available from: <http://www.dbrmfg.co.nz/Healthcare.htm>.
7. Duarte IG, Ferreira DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. *Rev Adm Saúde* 2008;31:63-70.



Exija qualidade na saúde