

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SÃO PAULO
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO EMPRESARIAL

DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE GESTÃO PARA QUANTIFICAÇÃO
DE PACIENTES QUE AGUARDAM INTERNAÇÃO EM UM PRONTO-SOCORRO DE
UMA UNIDADE HOSPITALAR

Elaine Vieira de Brito Fernandes Joaquim

Orientador(a):

Prof.^a Me. Ana Lucia Marcondes

Botucatu

2017

Elaine Vieira de Brito Fernandes Joaquim

DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE GESTÃO PARA QUANTIFICAÇÃO
DE PACIENTES QUE AGUARDAM INTERNAÇÃO EM UM PRONTO-SOCORRO DE
UMA UNIDADE HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado
como exigência parcial para obtenção do título de
Tecnólogo em Gestão Empresarial pela FATEC-
BOTUCATU.

Prof.^a Me. Ana Lucia Marcondes

Botucatu

2017

Elaine Vieira de Brito Fernandes Joaquim

DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE GESTÃO PARA QUANTIFICAÇÃO
DE PACIENTES QUE AGUARDAM INTERNAÇÃO EM UM PRONTO-SOCORRO DE
UMA UNIDADE HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC
Aprovado como requisito parcial para
obtenção do certificado de Tecnólogo em
Gestão Empresarial pela FATEC/SP.

Data: ____/____/____

Componentes da banca:

**DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE GESTÃO PARA QUANTIFICAÇÃO
DE PACIENTES QUE AGUARDAM INTERNAÇÃO EM UM PRONTO-
SOCORRO DE UMA UNIDADE HOSPITALAR**

**DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE GESTÃO PARA QUANTIFICATION
OF PATIENTS WAITING FOR HOSPITAL INTERNMENT IN A FIRST AID
STATION OF A HOSPITAL UNIT**

Elaine Vieira de Brito Fernandes Joaquim¹

Ana Lucia Marcondes²

RESUMO

As instituições hospitalares públicas têm buscado a adoção de práticas de gerenciamento financeiro e de custos cada vez mais eficientes, em função da escassez de recursos e aumento da demanda que busca por atendimento nas unidades de saúde. Sob a ótica da limitação de ressarcimentos estabelecidos pela tabela do SUS, faz-se necessário identificar possíveis inadequações com perda financeira na busca da criação de estratégias para minimizar prejuízos. O objetivo desse trabalho foi realizar uma pesquisa quantitativa com dados secundários do grupo de pacientes que aguardaram por internação na sala de observação do Pronto Socorro de um hospital público do interior paulista, com tempo de permanência superior a 24 horas no local. Entre as metodologias utilizadas, a técnica de amostragem permitiu quantificar o número de pacientes, objeto deste estudo. Os resultados obtidos através da amostragem revelaram que 80 pacientes encaminhados à internação, permaneceram no local por mais de 24 horas, o que representou 11% do total de pacientes com o mesmo destino, no período de seis meses. Proporcionou, ainda, quantificar o total de diárias que excederam 24 horas, resultando em 111 dias. O conhecimento dessas informações servirá de subsídio para o planejamento de estratégias para minimizar esse problema que tem como consequências a perda financeira para a instituição, além da implicação do aspecto de falta de humanização, uma vez que os pacientes aguardam em macas no local.

Palavras-chave: Internação, Pronto-socorro, Sala de observação.

¹ Aluna do Curso de Gestão Empresarial pela Faculdade Tecnologia de Botucatu (FATEC) – Botucatu/São Paulo, Brasil. Email: elainejoaquim195@gmail.com

² Professora da Faculdade de Tecnologia de Botucatu (FATEC) – Botucatu/São Paulo, Brasil. Email: amarcondes@fatecbt.edu.br

ABSTRACT

Public hospital institutions have sought to adopt increasingly efficient financial management practices, due to the scarcity of resources and the increase in demand that seeks care in health units. From the perspective of the limitation of reimbursements established by the SUS table, it is necessary to identify possible inadequacies with financial loss in the search of the creation of strategies to minimize losses. The objective of this study was to perform a quantitative research with secondary data from the group of patients who waited for admission to the observation room of a public hospital in the interior of São Paulo, with a residence time of more than 24 hours. Among the methodologies used, the sampling technique allowed to quantify the number of patients, object of this study. The results obtained through the sampling revealed that 80 patients referred for hospitalization remained in place for more than 24 hours, which represented 11% of the total number of patients with the same destination in the six-month period. It also provided a quantification of the total number of days that exceeded 24 hours, resulting in 111 days. The knowledge of this information will serve as a subsidy for the planning of strategies to minimize this problem that has as a consequence the financial loss for the institution, in addition to the implication of the aspect of lack of humanization, since the patients wait on the stretchers in the place.

Keywords: Hospital Internment, First Aid Station, Observation room.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Total mensal de pacientes que aguardaram por internação com tempo de permanência >24h na sala de observação do pronto socorro 14
- Figura 2 – Evolução percentual do total de pacientes com tempo de permanência superior a 24 horas na sala de observação do pronto socorro..... 14
- Figura 3 - Percentual do total de pacientes que aguardaram por internação por mais de 24 horas, classificados conforme os dias excedentes a esse período..... 15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –Modelo de relatório de pacientes da sala de observação do pronto socorro..	11
Tabela 2 – Resultados da análise quantitativa	13
Tabela 3 - Total de pacientes classificados pelo total de diárias que excederam 24 horas de permanência.....	15

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. MATERIAL E MÉTODOS.....	11
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
4. CONCLUSÕES.....	16
Referências Bibliográficas.....	16

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde faz parte de um conjunto conhecido como direitos sociais e é um dos principais pontos da Constituição Brasileira, que o reconhece como “direito de todos e dever do Estado”(BRASIL. Constituição Federal, 1988). O SUS – Sistema Único de Saúde – foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis número 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e número 8.142/90, (BRASIL, 1990) com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. A partir deste momento, a garantia de financiamento de saúde passou de 30 milhões para 150 milhões de segurados (CARVALHO, 2008) e a problemática do financiamento de saúde passou a ser um tema de destaque.

Alcançar financiamento suficiente é imperativo, para que se possa garantir acesso à saúde à toda população e é de fundamental importância que os recursos sejam utilizados de maneira eficiente (RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010). Em um setor como o da saúde, em que os recursos não são abundantes, a variável custo torna-se extremamente importante, pois somente a sua contenção permitirá atender o maior número de pessoas, além das implicações na qualidade (BITTAR, 2000).

Um fato importante é que o SUS reembolsa os hospitais com base em uma tabela de preços única para cada procedimento. Assim, os hospitais são reembolsados por esses valores, não importando o tempo de permanência no hospital ou os custos reais incorridos com os pacientes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO, 2004). A identificação de discrepâncias entre o que é ressarcido pelo SUS e o que de fato é realizado nos hospitais públicos, resultando em possíveis perdas financeiras, é de fundamental importância para a melhor alocação e gestão dos recursos (ABBAS, 2001).

Pacientes que adentram no pronto socorro, requerem inicialmente a definição de um diagnóstico para que ocorra a sequência do atendimento, podendo resultar em: alta, alta após medicação, alta após exame, alta após medicação e exame, evasão, internação, transferência para outro serviço ou óbito. Nos casos em que há necessidade de internação ou necessidade de medicação e exames, os pacientes permanecem em observação, até o seguimento adequado. A demanda crescente e a dificuldade no aumento da disponibilização de leitos ocasionam o congestionamento do fluxo de atendimento aos pacientes que necessitam de internação, tanto para os casos de urgência, quanto para os eletivos

(BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

O Ministério da Saúde (2002) define leito hospitalar de observação o leito à pacientes sob supervisão médica e equipe de enfermagem por um período inferior a 24 horas e preconiza um leito por grupo de mil habitantes, sendo a média brasileira: 1,9. Contudo, a folga assegurada nas estatísticas desaparece nos corredores dos hospitais, onde milhares aguardam semanas e até meses por uma chance de internação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011). Em razão deste acúmulo, um percentual dos pacientes do pronto-socorro de um hospital público do interior paulista, que aguardam por internação na sala de observação, acaba permanecendo por mais de 24 horas no local, até a liberação do leito hospitalar de internação, sem a abertura da AIH – Autorização de Internação Hospitalar, ocasionando perda financeira para a instituição.

No atendimento ambulatorial de urgência ao paciente, a instituição recebe ressarcimento do SUS, que contempla: uma consulta com profissional de nível superior (profissional médico), uma administração de medicação e a cobrança de eventuais exames (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, 2017), para o prazo de até 24 horas, pois entende este período é o limite de tempo para que se conclua o diagnóstico e o destino do paciente. Os pacientes que necessitam de internação e a mesma não ocorra em até 24 horas, permanecem na sala de observação, mantendo a condição de “paciente em atendimento ambulatorial” até o momento da abertura da AIH com a liberação do leito hospitalar de internação.

A efetivação da internação possibilita o ressarcimento integral da assistência prestada ao paciente, cujos valores estão atrelados à patologia principal, variando de valor conforme a complexidade do tratamento.

Não há prejuízo no atendimento ao paciente, que está totalmente assistido entre o atendimento ambulatorial e o aguardo para a internação, porém o problema consiste na lacuna de tempo de permanência superior a 24 horas, até a abertura da internação, pois a instituição deixa de receber pela assistência integral prestada, até a abertura da AIH, que ocorre somente com a liberação do leito.

Portanto, o objetivo do trabalho foi quantificar, durante seis meses, os pacientes que aguardaram leito de internação na Sala de Observação do Pronto-Socorro de um hospital público do interior paulista, com tempo de permanência superior a 24 horas.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho realizou uma pesquisa quantitativa com dados secundários do grupo de pacientes que aguardaram por internação, em um período de tempo superior a 24 horas, na sala de observação do Pronto-Socorro Referenciado de um hospital público do interior paulista.

A instituição possui um sistema de gestão hospitalar informatizado, que administra as informações geradas em todos os setores, possibilitando uma visão integrada dos processos organizacionais e controle eficiente de recursos, custos e resultados.

A primeira ação foi desenvolver uma ferramenta que permitiu distinguir os pacientes localizados na sala de observação, uma vez que todos os pacientes que adentram no Pronto Socorro permanecem com perfil de “paciente em atendimento ambulatorial”, não sendo possível discriminar os que estão em aguardo para internação dos demais.

Foi desenvolvido e implantado, conjuntamente com a equipe de TI – Tecnologia de Informação – do hospital, um item de prescrição, dentro do módulo de prontuário eletrônico, integrante do sistema, que possibilitou à equipe de enfermagem passar a registrar a data e hora da admissão e saída dos pacientes da sala de observação, proporcionando a visualização, via sistema, do fluxo de pacientes deste local.

Este item foi adicionado à lista de itens existente no módulo de prescrição, sendo configurado para preenchimento simplificado e rápido, através de dois campos com seleção da data, num calendário disponível ao clique e da hora, também numa seleção disponível ao clique.

A partir do registro da admissão e saída dos pacientes no sistema, foi possível apurar o total de atendimentos no local e então, elaborar e gerar relatório com os dados necessários à quantificação, objeto deste estudo, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Modelo de relatório de pacientes da sala de observação do pronto socorro

Rg	Nome	Admissão	Saída	Horas	Especialidade	Cid	Destino
1111	José	12/12/16 8:00	14/12/16 8:00	48	Ortopedia	Fratura da rótula	Encaminhado para internação

Fonte: o autor (dados meramente ilustrativos).

Os dados selecionados para serem disponibilizadas no relatório apresentado na Tabela 1 foram definidos por fornecerem as seguintes informações, necessárias à análise pretendida:

- Número do RG (registro geral hospitalar) do paciente – permite a identificação do paciente para eventuais esclarecimentos pontuais;
- Nome do paciente – permite confirmar a identificação do paciente para eventuais esclarecimentos pontuais;
- Data e hora da admissão do paciente na sala de observação – permite ao sistema discriminar os pacientes atendidos no local;
- Data e hora da saída do paciente da sala de observação – permite ao sistema calcular o tempo de permanência dos pacientes atendidos no local;
- Horas – apresenta o cálculo automático do tempo de permanência, baseado no registro da admissão e da saída dos pacientes;

Tempo de Permanência (Tpe) – é a relação numérica entre a data e hora da admissão e a data e hora da saída do paciente, no período analisado.

A fórmula para o cálculo é:

$Tpe = \text{data e hora saída} - \text{data e hora da admissão}$

- Especialidade - apresenta a especialidade médica responsável pelo atendimento ao paciente (ex: ortopedia, vascular, etc.);
- CID (classificação internacional de doenças) – informa a patologia principal do atendimento prestado;
- Destino – informa a conclusão do atendimento prestado na sala de observação, podendo ser: alta, alta após medicação, alta após exame, alta após medicação e exame, evasão, internação, transferência para outro serviço ou óbito.

Após a elaboração e geração do relatório, foram analisados os dados no período de seis meses, de outubro de 2016 a março de 2017, resultando num grupo amostral de 3.612 pacientes.

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica e possibilitaram a realização das seguintes análises:

- Quantificação do número total/mês de pacientes atendidos na sala de observação;
- Quantificação do número total/mês de pacientes com destino à internação;
- Quantificação do número total/mês de pacientes com destino à internação com tempo de permanência superior a 24 horas;

- Cálculo de médias dos totais e tempos encontrados, no período analisado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento da ferramenta de gestão e a elaboração do relatório foram fundamentais para a realização da coleta de dados, no período estipulado e a geração das informações apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes de acordo com o número de atendimentos, número de internações, número e percentual de pacientes que aguardaram mais de 24 horas por internação

Mês/ano	Total Atendimentos	Total Internações	Total de pacientes que aguardaram internação por tempo maior que >24h	% Pacientes com tempo de permanência >24h
Out/16	673	88	10	11%
Nov/16	631	149	13	9%
Dez/16	558	127	12	9%
Jan/17	629	154	17	11%
Fev/17	532	113	12	11%
Mar/17	589	111	16	14%
Total acumulado	3.612	742	80	11%
Média no período	602	124	13	11%
Desvio Padrão			2,6	
Coef. de Variação			19,9%	

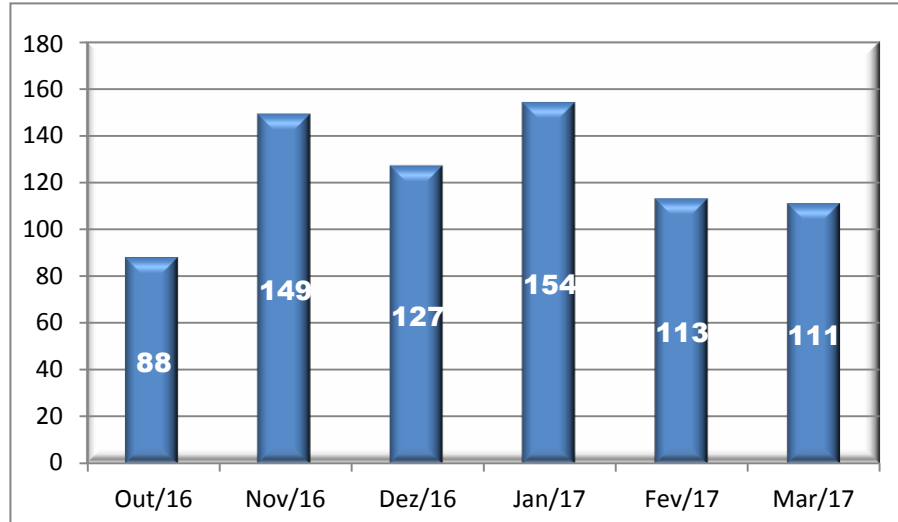
Fonte: dados da pesquisa

Foi possível analisar um grupo amostral de 3.612 pacientes no período de seis meses. Do total de pacientes atendidos, 742 foram encaminhados para internação hospitalar e um total de 80 destes pacientes teve tempo de permanência superior a 24 horas.

Cabe ressaltar que o aspecto de humanização deve ser levado em conta, pois embora os pacientes estejam assistidos e não mais permaneçam nos corredores do Pronto Socorro, a sala de observação ter caráter e estrutura de acomodação provisória e a permanência por mais de 24 horas é inadequada, causando desconforto aos pacientes, que permanecem em macas, numa sala para ambos os sexos e sem divisórias.

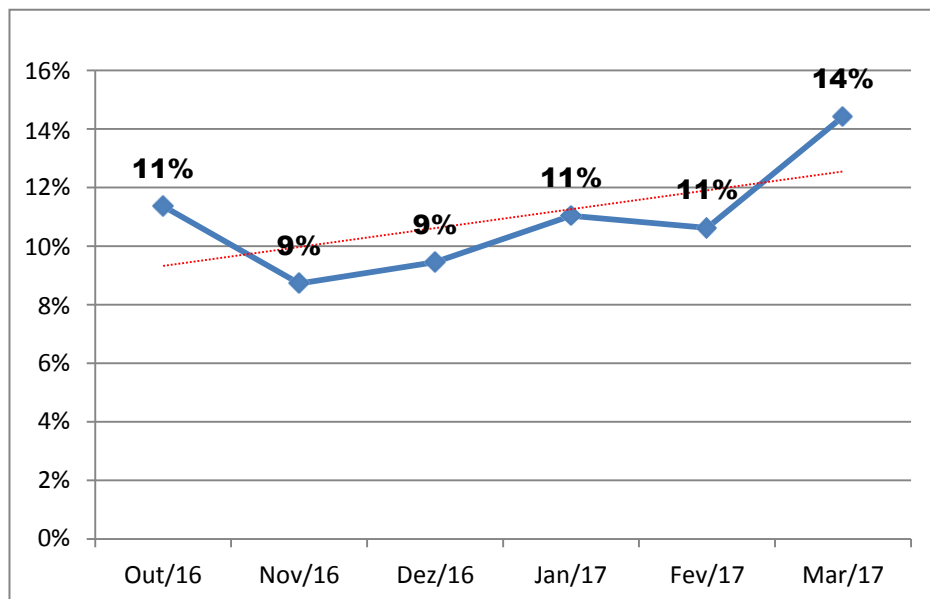
A Figura 1 apresenta análise da evolução quantitativa do total de pacientes atendidos que foram encaminhados à internação hospitalar, demonstrando que em média, 124 pacientes tiveram esse destino, o que representa 21% do total de 602 pacientes atendidos, como mostrado na Tabela 2.

Figura 1 - Distribuição dos pacientes que aguardaram por internação com tempo de permanência >24h na sala de observação do pronto socorro, de acordo com os meses analisados



A Figura 2 apresenta análise da evolução percentual do total de pacientes que foram encaminhados à internação hospitalar e aguardaram por mais de 24 horas por um leito, demonstrando que em média, 11% estiveram nessa condição, como mostrado na Tabela 2.

Figura 2 – Distribuição da evolução percentual do total de pacientes com tempo de permanência superior a 24 horas na sala de observação do pronto socorro, de acordo com os meses analisados



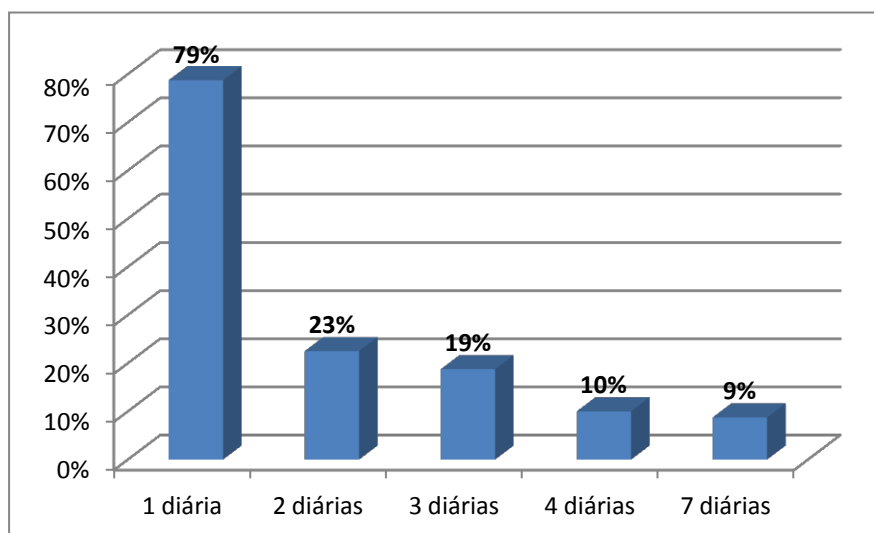
O total de 80 pacientes que aguardaram por internação por mais de 24 horas foi classificado conforme a contagem dos dias que excederam esse período, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição do total de pacientes classificados pelo total de diárias que excederam 24 horas de permanência, de acordo com os meses analisados

Mês	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	7 dias	Total
Out/16	7	1	1	-	1	10
Nov/16	11	2	-	-	-	13
Dez/16	7	1	3	1	-	12
Jan/17	16	-	1	-	-	17
Fev/17	9	2	-	1	-	12
Mar/17	13	3	-	-	-	16
Total de pacientes	63	9	5	2	1	80
Total de diárias excedentes	63	18	15	8	7	111

A Figura 3 apresenta o percentual do total de pacientes conforme classificação da contagem de diárias que excederam 24 horas de permanência. Observa-se que 79% excedeu 1 diária além das 24 horas, portanto a maioria aguardou 1 dia além tempo de aguardo preconizado pelo SUS.

Figura 3 – Distribuição percentual do total de pacientes que aguardaram por internação por mais de 24 horas, classificados conforme os dias excedentes a esse período.



Pode-se constatar que a soma das diárias apresentadas na Tabela 3, totalizou 111 dias, evidenciando que esta é a lacuna de tempo que existiu entre o atendimento

ambulatorial e o atendimento hospitalar, no período analisado, objeto deste estudo.

4 CONCLUSÕES

A quantificação do número de pacientes em aguardo por um leito de internação com permanência superior a 24 horas proporcionou à instituição conhecer o fluxo de atendimento da sala de observação e a não conformidade em relação aos pacientes que aguardaram por atendimento hospitalar por mais de 24 horas, possibilitando à equipe de gestão definir estratégias para minimizar a perda financeira na lacuna de tempo existente entre os dois perfis de atendimento.

Outro aspecto que poderá ser avaliado pela instituição é o da humanização no atendimento, pois, embora os pacientes não estejam nos corredores do pronto-socorro, permanecem na sala de observação aguardando a internação em macas, uma vez que o local não é uma unidade de internação pelo seu caráter transitório.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 154 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/79577/185110.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 15 mar. 2017.
- ABRAHUE (Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino). 2004. Disponível em: <www.abrahue.org.br>. Acesso em: 11 dez. 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil** nº 67, de 05 de outubro de 1988. 35. ed. Brasília, DF: Edições Câmara, 2012. 454 p. Disponível em: <file:///C:/Users/al_ma/Downloads/constituicao_federal_35ed (1).pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. Legislação Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 20 abr. 2017.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília. Legislação Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002. Diário Oficial, 2 mai. 2002. Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM. Acesso em 11 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em 20 abr. 2017.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 70-76, jan./mar. 2000.

BITTENCOURT, R.J. e HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação em emergência hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1439-1454, jul, 2009.

CARVALHO, G. **Financiamento da saúde pública no Brasil no pós - constitucional de 88**. Actas de Saúde Coletiva, v.2, n.2, p.39 - 51, 2008.

CFM (Conselho Federal de Medicina). **Falta de leitos e de estrutura de atendimento agravam crise na rede pública**. 24 out. 2011. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=22337:falta-de-leitos- Acesso em 20 abr. 2017.

RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde: O caminho para a cobertura universal**. 2010.