

Alternativa de Redução de Custos Hospitalares Através da Redução da Média de Permanência em um Hospital Público de Urgência e Emergência na Área do Trauma

Juacy Cavalcante da Silva Filho
Margarida Alves Eloy Da Costa

Resumo:

A média de permanência é o indicador que mede a eficiência, eficácia e afetividade da gestão da instituição hospitalar como um todo. É uma variável que sofre os reflexos de qualquer anormalidade que ocorre dentro ou fora do hospital. Considerando esse fato foram identificados os fatores internos e externos que mais contribuem para o incremento da média de permanência dos pacientes em um hospital público. Foi usada como exemplo a clínica traumatológica, mas a metodologia exposta pode ser generalizada para todas as clínicas do hospital. Finalmente, propõe-se um modelo de gestão da permanência dos pacientes internos capaz de minimizar a média de permanência da entidade estudada a parâmetros mais aproximados daqueles definidos na tabela de procedimentos cirúrgicos do SUS e apresenta-se o resultado da implantação do referido modelo durante um período de 6 (seis) meses no hospital pesquisado.

Área temática: *Gestão de Custos no Setor Público*

Alternativa de Redução de Custos Hospitalares Através da Redução da Média de Permanência em um Hospital Público de Urgência e Emergência na Área do Trauma

**Autores: Juacy Cavalcante da Silva Filho
Margarida Alves Eloy Da Costa**

RESUMO

A média de permanência é o indicador que mede a eficiência, eficácia e a efetividade da gestão da instituição hospitalar como um todo. É uma variável que sofre os reflexos de qualquer anormalidade que ocorre dentro ou fora do hospital. Considerando esse fato foram identificados os fatores internos e externos que mais contribuem para o incremento da média de permanência dos pacientes em um hospital público. Foi usada como exemplo a clínica traumatológica, mas a metodologia exposta pode ser generalizada para todas as clínicas do hospital. Finalmente, propõe-se um modelo de gestão da permanência dos pacientes internos capaz de minimizar a média de permanência da entidade estudada a parâmetros mais aproximados daqueles definidos na tabela de procedimentos cirúrgicos do SUS e apresenta-se o resultado da implantação do referido modelo durante um período de 6 (seis) meses no hospital pesquisado.

Palavras – chaves: Hospitais Públicos, Gestão hospi

INTRODUÇÃO

A criação do SUS, pela Lei Orgânica nº 8080 de 19/09/1990, que desvinculou a Assistência à Saúde da Assistência Previdenciária, apresenta como seus princípios norteadores, entre outros, o princípio da **universalidade** e o princípio da **equidade**. O dispêndio para o cumprimento desses dois princípios é muito grande e é justamente neste ponto que repousam as maiores dificuldades do SUS. Essas dificuldades não poderão ser resolvidas somente pelo Ministério da Saúde, é preciso o envolvimento também das esferas estaduais e municipais no gerenciamento correto dos recursos disponibilizados pelo Governo Federal. Neste contexto, o envolvimento dos gestores dos hospitais é de suma importância, pois são eles que enfrentam as maiores dificuldades do sistema por estarem na linha de frente, sentindo as reações da comunidade ao bom ou mal serviço prestado e responsabilizando-se por tudo.

O presente trabalho foi elaborado a partir do diagnóstico de um problema real existente em um importante e conceituado Hospital Público do Nordeste, que é a elevada média de permanência na clínica traumatológica.

Este estudo indica os principais fatores que contribuem para o agravamento dessa situação e propõe um modelo de gestão da média de permanência que resultará numa maior otimização da utilização do leito hospitalar.

O presente trabalho está dividido em três seções. A primeira situa a problematização do estudo, na segunda apresenta-se alguns indicadores de comparação entre o hospital estudado que passará a ser denominado doravante de hospital “A” e outros dois hospitais da mesma categoria que passarão a ser chamados de hospital “B” e “C”, para efeito de análise. Finalmente, propõe-se um modelo que possibilitará um maior controle para a redução da média de permanência nos hospitais.

01. PROBLEMATIZAÇÃO

A média de permanência dos pacientes de qualquer hospital é um indicador de qualidade dos mais importantes, pois tem repercussões financeiras significativas do lado da receita e do custo hospitalar.

Pelo lado da receita a influência ocorre porque o SUS estabelece limites de permanência para cada procedimento cirúrgico realizado. Veja na tabela 2, página 4, a permanência específica do SUS e a permanência específica do hospital estudado em alguns procedimentos traumatológicos. Quando o paciente ultrapassa esse limite de diárias estabelecido na tabela de procedimentos, o hospital não recebe a compensação financeira equivalente pelas diárias a mais.

Pelo lado do custo, a influência ocorre porque cada dia de internação a mais do que o autorizado pela tabela do SUS, gera o custo do paciente-dia, que é o valor correspondente a todos os gastos com o paciente em um dia de internação. Valor este que não será recuperado porque não haverá o pagamento integral pelo sistema, no caso de permanência a maior. Assim, quando a média de permanência é alta, significa dizer que o giro do paciente no leito é baixo e uma situação como essa pode gerar um déficit capaz de inviabilizar o hospital, do ponto de vista financeiro. Segundo Vilar (1999, p. 02):

A limitação de recursos destinado ao setor deve estimular os administradores a identificar os pontos críticos no processo de assistência médico-hospitalar, a fim de melhorar e aprimorar esse processo, procurando, deste modo, incrementar a eficiência e a produtividade institucional sem arriscar ou comprometer a qualidade dos serviços prestados.

Considerando que a média de permanência alta é um ponto crítico dos mais importantes para qualquer hospital. Considerando, ainda, que os fatores que geram a situação são os mais variados, faz-se necessária uma intervenção efetiva capaz de envolver todos os setores do hospital que têm influência sobre a média de permanência dos pacientes, no sentido de que os recursos existentes sejam utilizados levando-se em consideração os critérios de eficiência, eficácia e efetividade. Carvalho (1999, p. 157) aponta alguns fatores, internos gerais que contribuem para o incremento da média de permanência nos hospitais, entre eles destacam-se :

- a) O hospital pode não dispor de um corpo clínico com profissionais suficientes para atender à demanda fazendo-se necessário, às vezes, aguardar a vinda de um profissional de fora para começar ou continuar um tratamento;

- b) Em hospital de grande porte e de emergência, em certos casos, o médico residente ou interno, apesar de não estar suficientemente preparado para atender um determinado tipo de paciente, arrisca a vida do mesmo praticando uma cirurgia para a qual não tem ainda a necessária competência. Como resultado, freqüentemente surgem complicações que forçosamente interferem na permanência do paciente;
- c) O corpo clínico não está constantemente a par da evolução das técnicas médicas e cirúrgicas, através de leitura de revistas especializadas, de freqüência à reuniões e de discussões de casos clínicos ou cirúrgicos do hospital;
- d) A morosidade nos serviços complementares de diagnósticos e terapêutica, podem contribuir decisivamente, sobre a maior ou menor permanência do paciente no hospital;
- e) A administração inadequada dos recursos hospitalares também pode contribuir para o aumento da média de permanência. Ex. Falta de material e falta de pessoal hospitalar de qualidade;
- f) E, finalmente um motivo que tem aumento muito a média de permanência no Brasil é a famigerada e indesejável infecção hospitalar.

O levantamento realizado no hospital estudado identificou alguns fatores internos mais específicos que serão mencionados a seguir:

- a) Ausência de protocolos de procedimentos médicos, ocasionando divergências de condutas terapêuticas;
- b) Falta de visita médica ao paciente internado de forma sistemática e diária;
- c) Tempo prolongado entre a internação e o ato cirúrgico, por falta na programação ambulatorial dos procedimentos cirúrgicos e eletivos;
- d) Falta de protocolo para programação de alta hospitalar, incluindo políticas externas que assegurem a remoção do paciente;
- e) Internação de pacientes com patologias crônicas, que poderiam ser tratadas a domicílio;
- f) Suspensão e adiamento dos procedimentos cirúrgicos, decorrente em grande parte, de preparo pré-operatório inadequado (falta de exames diagnósticos e avaliação efetiva do paciente, para detecção precoce de sinais e sintomas que inviabilizem a realização da programação cirúrgica e falta de visita pré-anestésica);
- g) Infecção hospitalar, carência quantiquantitativa de artigos médico-hospitalares e a falta de política de desenvolvimento dos recursos humanos da instituição;
- h) Ausência de um sistema de auditoria concorrente, para avaliação contínua do tempo de internação;

No que se refere aos fatores externos identificados no hospital "A" tem-se o retardamento da alta dos pacientes devido os mesmos não terem

condições financeiras para continuar o tratamento em domicílio e devido também a dificuldades de locomoção, em casos de pacientes do interior do Estado.

02. ANÁLISE COMPARATIVA DE INDICADORES DO HOSPITAL “A”

Os hospitais que têm seus dados apresentados na tabela abaixo são da mesma natureza do hospital estudado ou seja, atendem a pacientes vítimas de trauma e em sua maioria, de baixo poder aquisitivo. Também estão localizados em grandes cidades, sendo referência na área do trauma para os Estados do Nordeste onde estão situados.

TABELA 1
MÉDIA DE PERMANÊNCIA JAN – DEZ / 2002
TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL	MÉDIA
A	20,98
B	16,50
C	4,18

Fonte: Coordenação de Controle e Avaliação dos Hospitais
Unidade de medida: Dia

Esta média de permanência, além de ser geral é apresentada somente no final do mês, não permitindo ao gestor saber quais os pacientes que passaram mais tempo e qual o tempo ideal que os mesmos deveriam ter permanecido internados no hospital. Assim, a forma como muitos gestores públicos trabalham as informações sobre a média de permanência dos seus hospitais, não lhes permite conhecer quais os fatores que estão contribuindo para o incremento deste importante indicador, impossibilitando assim uma intervenção in loco com o objetivo de reduzir o tempo de permanência dos pacientes no hospital.

TABELA 2
PERMANÊNCIA ESPECÍFICA DO SUS X PERMANÊNCIA ESPECÍFICA DO
HOSPITAL “A”

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	PERMANÊNCIA	
	SUS	REAL
Redução Cirúrgica da Fratura	7	12
Redução Cirúrgica da Fratura dos Ossos do Antebraço	5	11
Redução Cirúrgica de Fratura da Diáfise do Fêmur	6	34
Redução Cirúrgica de Fratura do Rádio com Fixação	2	6
Redução Cirúrgica de Fratura Transtrocanteriana	6	9
Trat.Cir. de Fratura Supracondileana da Metáfise Dístal Fêmur	6	16
Tratamento Cirúrgico da Osteomielite	6	25
Tratamento Cirúrgico da Pseudoartrose	2	4
Tratamento Cirúrgico da Pseudoartrose Escafoide Carpiano	2	4

Tratamento Conservador da Fratura de Extremidade	8	15
Tratamento Conservador do Traumatismo	7	11

Fonte: Relatório de Faturamento de Contas Médicas do Hospital "A".

A tabela 2 apresenta uma série de procedimentos traumatológicos que são realizados no hospital "A". Apresenta a permanência autorizada pelo SUS e a permanência real ocorrida no hospital, o que demonstra claramente que os pacientes tendem a permanecer internado mais tempo do que o necessário e o permitido pelo SUS, devido principalmente aos fatores internos e externos já citados.

Observando-se, o custo médio do paciente-dia do hospital "A", em 2002, verificou-se que o mesmo foi de R\$ 167,51. Este cálculo foi feito dividindo-se a média de 12 meses dos custos gerais (diretos e indiretos) da unidade de traumatologia pela média mensal de pacientes – dia, também de 12 meses, da clínica traumatológica do hospital, no mesmo ano.

A falta de um gerenciamento eficaz e efetivo da média de permanência dos pacientes internados em hospitais públicos pode provocar perdas financeiras consideráveis para a instituição. Essas perdas ocorrem devido ao fato de que o SUS limita para os hospitais, o número de dias que o paciente pode permanecer ocupando um leito, como já foi mencionado.

No quadro 1 apresenta-se um exemplo da sistemática de cobrança de um procedimento cirúrgico traumatológico pelo SUS, que tem sua permanência especificada na tabela 2, página 4.

QUADRO 1 ESQUEMATIZAÇÃO DO CÁLCULO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DA METÁFISE DIXTAL DO FÊMUR

DIÁRIAS INTEGRAIS	PENALIDADE TOTAL	PENALIDADE PARCIAL
06 DIAS	06 DIAS	04 DIAS
O SUS paga a diária integral baseada no valor do procedimento e 50% a mais em certos procedimentos de urgência e emergência.	O SUS não paga. O hospital não gera receita e ainda tem o custo do paciente-dia. (prejuízo total)	O SUS paga o valor de R\$ 13,28 por dia de permanência a maior ou R\$ 19,92 (50% a mais) em certos procedimentos de urgência e emergência. (prejuízo parcial)

Fonte: Sistema de faturamento do hospital estudado

A forma de cobrança da permanência a maior é feita com base na fórmula geral descrita abaixo:

$$PM = DI - (Pm \times 2) - DIUTI$$

PM = Permanência a maior

DI = Dias de Internação

Pm = Permanência média prevista na tabela de procedimento do SUS

DIUTI = Diárias de UTI (este caso não tem UTI, que segue outros critérios)

Esta fórmula é definida pelo SUS e é aplicada nos casos em que o período de internação do paciente ultrapassa o dobro da permanência prevista na tabela de procedimentos. Assim, aplicando-se os dados do procedimento “Tratamento Cirúrgico de Fratura Supracondileana da Metáfise Distal do Fêmur”, na fórmula geral, temos:

$$PM = 16 - (6 \times 2) - 0 \Rightarrow PM = 16 - 12 \Rightarrow PM = 04$$

Para que seja calculado o valor da receita e do custo efetivo do procedimento em análise, deve-se proceder da seguinte forma:

Dados

Permanência autorizada pelo SUS-----	-----	06 dias
Permanência real -----	-----	16 dias
Dias ultrapassados -----	-----	10 dias
Permanência a maior considerada pelo SUS ---	---	04 dias (cálculo feito pela fórmula)
Valor do procedimento -----	-----	R\$ 759,42 + 50% = 1.139,13
Valor da diária normal (1.139,13 ÷ 6)-----	-----	R\$ 189,86
Valor da diária de permanência a maior ---	-----	R\$ 19,92 (valor de tabela)
Custo do paciente-dia na traumatologia ---	-----	R\$ 167,51

Veja abaixo o cálculo do prejuízo do procedimento em tela

a) Receita do procedimento-----	R\$ 1.139,13
b) Receita da permanência a maior-----	R\$ 79,68 (4 dias x 19,92)
c) Receita total -----	R\$ 1.218,81 (a + b)
d) Custo total do hospital -----	R\$ 2.680,16 (167,51 x 16 dias)
e) Prejuízo do hospital-----	R\$ 1.461,35 (c - d)

Obs: O procedimento que ora se usa como exemplo é um dos que têm acréscimo de 50% no seu valor. Este acréscimo está incluído na diária normal e na diária da permanência a maior, sendo que não são todos os hospitais que têm direito a esse percentual adicional.

Como já foi apresentado o custo do paciente-dia do hospital “A” na clínica traumatológica, é de R\$ 167,51. Isto significa que, para cada dia que o paciente passar internado, além do estipulado na tabela de procedimentos do SUS, o hospital não recuperará este custo integralmente.

Pela sistemática de cálculo descrita o sistema paga, por dia de permanência a maior, somente R\$ 13,28 para procedimentos normais e R\$ 19,92 para procedimentos de urgência e emergência, que tem acréscimo de 50% no seu valor e o faz somente a partir do dobro de diárias previstas na tabela (veja a fórmula). Então, no caso dos procedimentos traumatológicos, até o dobro do nº de diárias, o prejuízo é total, ou seja R\$ 167,81 por dia e após o dobro de diárias da tabela, o prejuízo diário é de R\$ 154,53 (167,81 – 13,28) ou R\$ 147,89 (167,81 – 19,92), caso o procedimento seja de urgência, com 50% a mais. Pelo exposto, pode-

se constatar financeiramente, a relevância do controle deste importante indicador para o hospital.

03. METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE APURAÇÃO E CONTROLE DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA ESPECÍFICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM TEMPO REAL

Para que o hospital possa apurar, controlar e diminuir a média de permanência de cada paciente interno, faz-se necessário a implantação de uma comissão de auditoria médica interna permanente que desenvolva a seguinte rotina de trabalho abaixo:

3.1 Rotina de trabalho a ser desenvolvida pela comissão interna de auditoria permanente para iniciar a implantação do acompanhamento.

1ª Passo

Codificar, através do CID (Código Internacional de Doenças) todos os prontuários dos pacientes da unidade de cirurgia traumatológica;

2ª Passo

Listar os pacientes que já estão com a média de permanência ultrapassada;

3ª Passo

Fazer reunião com o preceptor da clínica, para discutir cada caso, para que sejam identificados os motivos exatos que estão fazendo com que cada paciente na lista esteja com a permanência ultrapassada e preparar um relatório com sugestões para serem discutidas;

4ª Passo

Reunir-se com o Conselho-Diretor para pô-lo a par da real situação e aprovar as sugestões para a minimização dos problemas;

5ª Passo

Planejar as mudanças a serem implementadas juntamente com todas as chefias envolvidas;

6ª Passo

Codificar os prontuários dos pacientes admitidos após o 1º dia de codificação geral da unidade. Repetir a visita na unidade diariamente nos próximos 15 dias;

7ª Passo

Acompanhar diariamente a implementação das mudanças planejadas no passo 5;

8ª Passo

Sugerir correção de rumos nas ações implementadas – caso necessário;

9ª Passo

Analisar o reflexo das mudanças na diminuição da permanência dos pacientes;

10ª Passo

Analisar a repercussão financeira na receita e no custo do hospital.

Esta comissão de auditoria médica permanente deverá ser composta formalmente, através de portaria. Deverá ser coordenada pelo médico responsável pela área de Controle e Avaliação do hospital ou por outro membro da Diretoria médica do hospital que tenha boa aceitação do corpo clínico e de enfermagem do hospital. Isto facilitará muito o trabalho. Além do coordenador, deverá haver mais dois membros, também médicos, que pertençam a diretoria médica do hospital. Caso os mesmos não tenham curso de auditoria o hospital deverá patrocinar um bom curso, objetivando melhor prepará-los para a missão.

3.2 Apuração e controle da média de permanência específica em tempo real.

O hospital estudado deverá implantar um sistema de **censo diário eletrônico** capaz de produzir o relatório, constante do quadro nº 2, página 9, que será a base de todo o controle a ser realizado pela comissão de auditoria, sobre a permanência específica dos pacientes.

O acompanhamento, controle e avaliação dos resultados é uma ação indispensável no desenvolvimento de qualquer atividade organizacional, pois garante a consecução dos resultados de todo processo administrativo que é composto pelo planejamento, organização, comando e controle, unções estas que estão sempre presentes em qualquer processo de gestão ou implantação de projetos.

Esse acompanhamento dar-se-á em dois momentos: durante a internação, **com o paciente ainda no leito**, (no processo) e no final da internação, após a alta do paciente (final do processo).

A forma mais eficaz de acompanhamento de resultados dá-se pelo controle durante a execução do processo. Esta é uma estratégia básica da Qualidade Total. Segundo Campos (1992, p.29) “*O controle de processo é exercido através do ciclo PDCA*”. O ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Action*) é composto de quatro fases básicas: planejamento da ação, execução, verificação e ação corretiva. É uma técnica que funciona de forma cíclica e garantirá o sucesso da execução desse projeto.

O acompanhamento poderá ser feito por meio de visitas diárias da equipe de auditoria interna e os resultados estarão sendo registrados no sistema informatizado disponível em cada clínica do hospital, o que possibilitará a emissão do relatório controle diário, descrito no quadro 2, página 9. Este relatório passará a ser o principal instrumento de controle do presente trabalho.

Após a alta do paciente, quando o seu prontuário for encaminhado ao setor de faturamento de contas hospitalares, o hospital então constatará se cumpriu ou não a permanência do SUS. É nesse momento que será computado o resultado de todos os esforços realizados pela comissão de auditoria médica permanente.

Após o faturamento, o sistema emite o relatório comparativo da permanência específica do SUS e da permanência específica de cada paciente de acordo com o procedimento realizado durante o período em que o mesmo esteve internado. Esse relatório foi descrito na tabela 2, página 4.

QUDRO 2
CONTROLE DIÁRIO DA PERMANÊNCIA EM TEMPO REAL

CLÍNICA: 011 CLIN. TRAUMAT. UNIDADE 21											
C - 1	C - 2	C - 3	C - 4	C - 5	C - 6	C - 7	C - 8	C - 9	C - 10	C - 11	C - 12
Leito	Paciente	Atend.	Sexo	Idade	Código	Dias	Data	Dias	Observ.	N. Pront.	Data
1.102.101	Fulano	012546/02	F	16	00.000.00-0	20	09/10/2002	16	OCU	160887	11/10/2002
1.102.102	Cicrano	012969/02	F	53	00.000.00-0	12	16/10/2002	9	OCU	161123	17/10/2002
1.102.103	Beltrano	013026/02	F	20	00.000.00-0	16	17/10/2002	8	OCU	161124	17/10/2002
1.102.104	Fulano	012891/02	F	84	00.000.00-0	16	15/10/2002	10	OCU	161038	16/10/2002
1.102.105	Cicrano	013089/02	F	11	00.000.00-0	9	18/10/2002	7	OCU	161223	22/10/2002
1.102.106	Beltrano	012871/02	F	16	00.000.00-0	12	15/10/2002	10	OCU	161108	22/10/2002
1.102.107	Fulano	012484/02	F	42	00.000.00-0	17	09/10/2002	16	OCU	160876	10/10/2002
1.102.108	Cicrano	013274/02	F	29	00.000.00-0	5	22/10/2002	3	OCU	161312	24/10/2002
1.112.109	Beltrano	013298/02	F	82	00.000.00-0	2	22/10/2002	3	* OCU	161314	24/10/2002
1.112.110	Fulano	013326/02	M	49	00.000.00-0	1	23/10/2002	2	* OCU	161320	23/10/2002
1.112.111	Cicrano	013170/02	M	30	00.000.00-0	3	21/10/2002	5	* OCU	161194	20/10/2002
1.112.112	Beltrano	011801/02	M	42	00.000.00-0	5	22/09/2002	33	* OCU	129626	25/09/2002
1.112.113	Cicrano	012880/02	M	36	00.000.00-0	2	15/10/2002	10	* OCU	161114	22/10/2002
1.112.114	Beltrano	013143/02	M	17	00.000.00-0	3	19/10/2002	6	* OCU	161195	19/10/2002

Fonte: Censo Eletrônico Diário

C1= Campo 1 = Leito - Número do leito do paciente

C2= Campo 2 = Nome - Nome do paciente

C3= Campo 3 = Atend. - Nº do 1º atendimento do paciente na emergência

C4= Campo 4 = Sexo

C5= Campo 5 = Idade

C6= Campo 6 = Código do procedimento realizado no paciente.

C7= Campo 7 = Dias - Número de dias que o SUS autoriza para o procedimento cirúrgico que foi realizado

C8= Campo 8 = Data - Data da entrada do pac. no hospital

C9= Campo 9 = Dias - Nº de dias que o pac. encontra-se internado na clínica.

C10= Campo 10 = Observ. - É o status do leito ocupado ou desocupado. (O * indica permanência ultrapassada).

C11= Campo 11 = N. Pront. - É o número da matrícula do paciente no hospital.

C12= Campo 12 = Data- É a data que o pac. deu entrada na clínica

Observe que a planilha **CONTROLE DIÁRIO DA PERMANÊNCIA EM TEMPO REAL** quadro 2, página 09, fornece todas as informações necessárias ao controle da média de permanência, dotando assim a comissão de auditoria dos elementos suficientes para a discussão de cada caso com o preceptor da clínica e os demais setores do hospital, entretanto, outras informações poderão ser acrescentadas no controle, para atender a necessidades específicas.

3.3 Condições básicas para a implantação do controle específico da média de permanência.

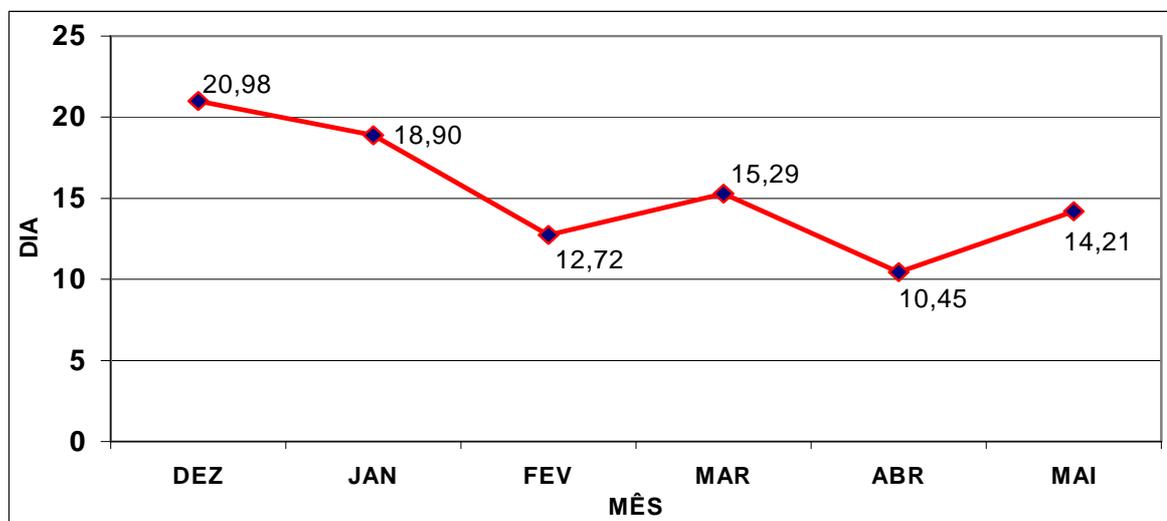
- a) O hospital deverá estar informatizado o suficiente para dispor de um microcomputador ou terminal em cada clínica ou numa clínica piloto;
- b) O hospital deverá dispor do sistema de censo diário informatizado ou de um sistema mais simples, mas que seja capaz de gerar o relatório de controle diário da permanência em tempo real.

Na hipótese do hospital ainda não estar informatizado, este controle também poderá ser feito, seguindo-se a rotina já descrita, mas o trabalho será mais demorado, pois necessitará de várias fontes de consultas que serão feitas manualmente e que no sistema, já estariam disponíveis. Ex. O Código Internacional de Doenças, a tabela de procedimentos do SUS com a quantidade de diárias permitida para cada procedimento e os seus valores respectivos.

4. RESULTADOS CONSEGUIDOS NO HOSPITAL PESQUISADO COM A APLICAÇÃO DO PRESENTE TRABALHO

O gráfico 01, a seguir, apresenta os resultados conseguidos no hospital estudado, durante 6 meses de aplicação do presente trabalho.

GRÁFICO N.º 1
RESULTADOS CONSEGUIDOS NO HOSPITAL ESTUDADO
DEZ/02 –MAI/03



Fonte: Censo diário do hospital estudado.

CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde SUS, para muitos não é capaz de garantir a assistência à saúde de que a população necessita, devido às suas limitações que não são poucas, mas esse não foi o escopo do presente trabalho, até porque enquanto não for posto em prática outro modelo de assistência universal à saúde no Brasil, é com o SUS que todos os hospitais, médicos e administradores da área pública têm que trabalhar.

O presente trabalho está focado na questão da otimização da utilização dos recursos, elegendo como tópico principal **o controle da média de permanência dos pacientes internados**, pois a diminuição dessa média proporciona, ao hospital, o aumento do giro dos pacientes nos leitos, favorecendo assim um incremento no valor da receita produzida pelo aumento das internações. Apesar dos hospitais públicos trabalharem com tetos financeiros, a NOAS/01 (Norma Operacional da Assistência à Saúde) prevê a possibilidade de aumento de tetos financeiros desde que o pedido, ao Gestor estadual, seja bem fundamentado.

A diminuição da média de permanência dos pacientes possibilitaria ainda a redução do custo da internação por paciente porque, quanto menos tempo o paciente permanecer internado, menos usará a estrutura hospitalar, consumindo assim, menos medicamentos, alimentação, serviços profissionais, etc.

A redução da média de permanência do hospital **é bom para o paciente** porque possibilita o aumento de conforto pois o mesmo não permanecerá desnecessariamente, no hospital, sujeitando-se a outros riscos como o risco de infecção hospitalar e não ficará muito tempo afastado da família.

Finalmente, a redução da média de permanência **é bom para a comunidade** porque haverá mais leitos hospitalares disponíveis em caso de necessidade.

Vale salientar que existem outros fatores que contribuem bastante para o aumento da permanência do paciente no hospital: idade, condições físicas precárias e a gravidade do traumatismo. Situações como estas não estão incluídas entre os fatores internos e externos já mencionados, pois a precariedade das condições físicas do paciente é um fator que dificulta a sua recuperação em casos de internação hospitalar. A tabela de procedimentos do SUS estipula tempos iguais de internação para procedimentos iguais, não levando em consideração a idade do paciente ou suas condições físicas. Estes casos complexos de permanência, a maior, onde o hospital dificilmente poderá cumprir a tabela do SUS, efetivamente existem e a instituição não pode evitá-los, mas mesmo assim, é importante identificar até que ponto esses fatores são os responsáveis pela permanência a maior, para evitar que os fatores internos e externos mencionados, agravem a situação.

As organizações hospitalares diferem das demais porque lidam com o bem mais precioso das pessoas que é a vida. Assim existe um forte conteúdo emocional permeando as decisões que são tomadas nesse ambiente, porém isso não deve impedir que boas práticas administrativas sejam aplicadas, pois segundo Adriano Londres, Presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e casas de Saúde do Rio de Janeiro *“Todos precisam conscientizar-se de que a saúde não tem preço, mas a medicina tem custos”*. Esses custos mencionados são muito altos e necessitam ser administrados corretamente para não gerar o estrangulamento financeiro do hospital, que é uma organização de alto custo por natureza.

BIBLIOGRAFIA

- BORBA, Valdir Ribeiro. **Administração hospitalar: Princípios básicos**, editora CEDAS, 1985. São Paulo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistema e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar/Ministério da Saúde**, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e redes Assistenciais. 2.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CAMPOS, Vicente Falconi. TQC: **Gerenciamento da rotina do trabalho dia-a-dia**, Belo Horizonte, Fundação Cristiano Ottoni, escola de engenharia da UFMG, Rio de Janeiro: Bloch 1994.
- CAMPOS, Vicente Falconi. TQC: **Controle de Qualidade Total (no estilo japonês)**, Belo Horizonte – MG. Fundação Cristiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1992 (Rio de Janeiro. Bloch Editora.
- CARVALHO, Lourdes de Freitas. **Serviço de arquivo médico e estatístico de um hospital**, Editora: Rio de Janeiro, FENAME,1977.
- CATELLI, Armando. **Controladoria: Uma abordagem da Gestão econômica** – CEARÁ, Governo do Estado. Secretaria de Administração. Manual de auditoria GECON. 2ª ed. São Paulo. Atlas 2001.interna: Abordagem para a administração pública. Fortaleza: IOCE, 1993.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Teoria Geral da Administração**, 6º Ed. Rio de Janeiro: Campos, V.1 1999.
- DRUCKER, Peter Ferdinand. **Desafios gerenciais para o século XXI**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.
- FIGUEREDO, Sandra. **Controladoria: Teoria e prática**, São Paulo: Atlas, 1997.
- FRANIO, Sérgio Paulo Cintra. et al. **Controladoria de gestão: Teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 1997.
- LEBRÃO, Laurenti e Gotlieb, Melo Jorge. **Estatísticas em saúde**, São Paulo: EPU, 1985.
- MÉDICI, André César. **A economia política das reformas em saúde IAHCS** – Porto Alegre, 1997.
- NOAS- **Norma Operacional de Assistência à Saúde – 2001** – Ministério da Saúde.
- VILAR, M J. **Fatores do processo de assistência médico-hospitalar que causam o incremento da permanência do paciente no hospital**. Venezuela, 1999 (Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo).