

Sugestão de Indicadores Assistenciais e Contábeis Para Um Sistema de Informação Integrado de Uma Unidade Hospitalar

Jacques Édison Jacques

Resumo:

O trabalho descreve a experiência de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de um hospital privado de Porto Alegre (RS) na geração e integração de indicadores demográficos, assistenciais e contábeis, e mensuração de desempenho, à guisa de fornecer dados e informações à gerência e à alta administração para qualificar e diminuir o risco das tomadas de decisão em acordo com a missão da empresa. No seguimento desta experiência o modelo de informações é sugerido para enriquecer a arquitetura dos Sistemas Integrados de Gestão voltados para a área de tratamento intensivo. Informações tais como: percentual estatístico das especialidades médicas e doenças, taxas de ocupação dos principais recursos, tempos de permanência de internação, escores de gravidade e complexidade (demográficas); taxa de óbito, taxas de infecções; adesão aos protocolos médicos, percentual de internações sem diagnóstico (assistenciais); e dados relativos a receita, custos diretos, margem, índices de processos administrativos como a interação prescrição médica e checagem, razão receita e custos (contábeis), etc., foram conceituados em relação aos seus objetivos e alguns integrados, num cenário real onde cases (2) são apresentados e discutidos. Todas as informações foram hierarquizadas em níveis de decisões estratégicas, gerenciais ou táticas e operacionais, e apresentadas numa matriz. O trabalho também trás algumas considerações sobre a importância de um Sistema de Custos com enfoque da contabilidade gerencial processado pelo método ABC (Activity Based Costing) para a análise de rentabilidade.

Área temática: *Gestão de Custos e Sistemas de Informação*

SUGESTÃO DE INDICADORES ASSISTENCIAIS E CONTÁBEIS PARA UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO INTEGRADO DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

TRABALHO 7.023

RESUMO

O trabalho descreve a experiência de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de um hospital privado de Porto Alegre (RS) na geração e integração de indicadores demográficos, assistenciais e contábeis, e mensuração de desempenho, à guisa de fornecer dados e informações à gerência e à alta administração para qualificar e diminuir o risco das tomadas de decisão em acordo com a missão da empresa.

No seguimento desta experiência o modelo de informações é sugerido para enriquecer a arquitetura dos Sistemas Integrados de Gestão voltados para a área de tratamento intensivo. Informações tais como: percentual estatístico das especialidades médicas e doenças, taxas de ocupação dos principais recursos, tempos de permanência de internação, escores de gravidade e complexidade (demográficas); taxa de óbito, taxas de infecções; adesão aos protocolos médicos, percentual de internações sem diagnóstico (assistenciais); e dados relativos a receita, custos diretos, margem, índices de processos administrativos como a interação prescrição médica e checagem, razão receita e custos (contábeis), etc., foram conceituados em relação aos seus objetivos e alguns integrados, num cenário real onde *cases* (2) são apresentados e discutidos.

Todas as informações foram hierarquizadas em níveis de decisões estratégicas, gerenciais ou táticas e operacionais, e apresentadas numa matriz.

O trabalho também trás algumas considerações sobre a importância de um Sistema de Custos com enfoque da contabilidade gerencial processado pelo método ABC (*Activity Based Costing*) para a análise de rentabilidade.

PALAVRAS-CHAVES: UTI, sistema integrado de informações assistenciais e contábeis, apoio às tomadas de decisão

Área Temática: “Gestão de Custos e Sistemas de Informação”

SUGESTÃO DE INDICADORES ASSISTENCIAIS E CONTÁBEIS PARA UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO INTEGRADO DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Na sociedade contemporânea dos últimos anos a *geração da informação e o seu domínio* são sinais de poder para pessoas e para organizações neste mundo globalizado e competitivo. A informação passou a ser vista como um recurso estratégico. Sua importância reside fundamentalmente no fato de que é uma força que deve aglutinar e integrar os sistemas, conferindo às organizações e aos setores, uma visão sistêmica e integrada de suas partes.

A característica dessa visão holística é o entendimento de que o todo é bem mais do que a simples soma das partes, sendo a palavra *integração*, o meio pelo qual a gestão da informação deverá obter sucesso (Borenstein, 2002). Daí o surgimento dos sistemas integrados de gestão (SIG) dentro da área dos sistemas de informação.

Neste seguimento, para Padoveze (2001, p. 26), realisticamente sistema “é um conjunto de elementos interdependentes, ou um todo organizado, ou partes que interagem formando um todo unitário e complexo”. Sendo que todo o sistema tem uma finalidade. Para Arima (2002, p. 81) um sistema pode ser definido “como uma entidade composta de diversos subsistemas harmonicamente interdependentes que procuram atingir um objetivo comum”.

O valor de uma informação é diretamente proporcional ao seu poder de reduzir a incerteza na tomada de decisão enquanto tenta aumentar a sua qualidade, desde que o custo para gerá-la seja menor que o benefício da decisão tomada em cima dela. Portanto, uma informação que não participa do processo decisório retorna ao seu estado bruto de dado.

Uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) de um hospital, sob uma ótica geral, pode ser conceituada como um subsistema aberto de um sistema hospitalar, pois interage suas variáveis com todo o ambiente hospitalar. Segundo a conceituação de Beuren (2002) em relação ao diferenciamento dos tipos de sistemas, poderíamos enquadrar uma UTI como sendo do tipo relativamente fechado, pois interage com o seu ambiente (hospital) de uma maneira conhecida e controlada, observando os efeitos daquele no seu processo: há controle do tipo de paciente que interna (triagem), há número limitado de leitos, etc.. Em contrapartida, uma Emergência, é o sistema hospitalar existente mais aberto, onde a interação com o meio ambiente nitidamente externo não é controlável.

Basicamente, o funcionamento de um sistema trata-se de um processamento de entradas de recursos (*inputs*), obtendo-se após o processamento, as saídas ou produtos do sistema (*outputs*). Conforme Oliveira (1990) os componentes do sistema são: seus objetivos, suas entradas, seu processo de transformação, e suas saídas.

Trazendo estas definições para a área de serviços hospitalares, um sistema assistencial no seu todo conta com *inputs* tais como médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, coletadores, medicamentos, aparelhos, tecnologia, energia, etc.; entretanto tem um *input* muito especial, que é uma pessoa em estado inadequado de saúde (substrato dos objetivos). Conta com *outputs*, que nada mais são que os seus objetivos, quais sejam a melhora ou a cura do estado de saúde do paciente, ou o alívio de seu sofrimento. E conta com um *processo de transformação*, que pode ser caracterizado como a função ou funções

que possibilitam a transformação dos insumos (recursos + pessoa doente) no serviço final (saídas). Assim, as saídas devem estar coerentes com os objetivos do sistema e terem mensuração de desempenho, passíveis de quantificação e comparação com as metas determinadas.

De acordo com Bio (1985) *apud* Padoveze (2001, p. 30) “um sistema pode compor-se, sucessivamente, de subsistemas (também conjunto de partes interdependentes) que se relacionam entre si, compondo o sistema maior.”

Assim como qualquer organização, pode-se dizer que uma UTI e seu sistema, tem inúmeros subsistemas processuais com procedimentos estruturados, planejados e organizados, que geram informações em várias esferas, para as tomadas de decisões ao encontro da missão do hospital. Os mais abrangentes seriam: subsistema de gestão, compreendendo um conjunto de procedimentos e diretrizes, desde o planejamento até o controle; subsistema físico-operacional com tradução contábil, onde é visto o consumo dos recursos dos processos executados que geram os eventos econômicos; e subsistema assistencial, o *porquê* e o *como* que os processos de atendimento se dão (protocolos e demais práticas médicas e rotinas assistenciais). Assim, a *taxa de infecção relacionada a algum procedimento* (saída assistencial), o seu resultante *custo* (saída contábil) e a *sua comparação com a meta traçada* (saída do sistema de gestão), são informações (indicadores) que devem estar integradas num sistema integrado de gestão pois são interdependentes.

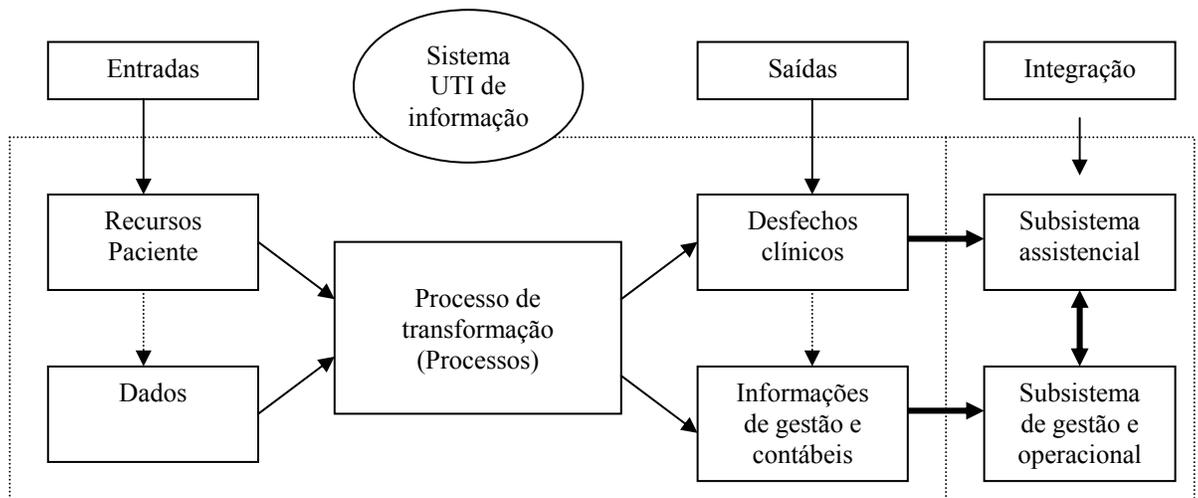


Fig. 1: Diagrama do escopo do sistema UTI de informação

As mesmas informações categorizadas como importantes para os sistemas de gestão, físico-operacionais e assistenciais, podem ser classificadas conforme o seu nível hierárquico: informações de nível estratégico, tático ou gerencial e operacional (Anthony, 1965 *apud* Arima, 2002).

Conforme os autores citados, o nível operacional, ou sistema de informação operacional, ou também chamado de sistema de apoio à decisão, é suportado por informações levantadas do dia-a-dia da empresa, pois deverão servir para a construção de sistemas informatizados tomadores de decisão para a operação. No nível tático ou gerencial, as informações necessárias à construção de um sistema gerencial devem dar

subsídio às tomadas de decisões para identificar e corrigir problemas de competência gerencial. Enquanto no nível estratégico, as informações para um sistema de informações estratégicas deve contemplar a necessidade da empresa relacionada ao mercado na qual a organização está inserida.

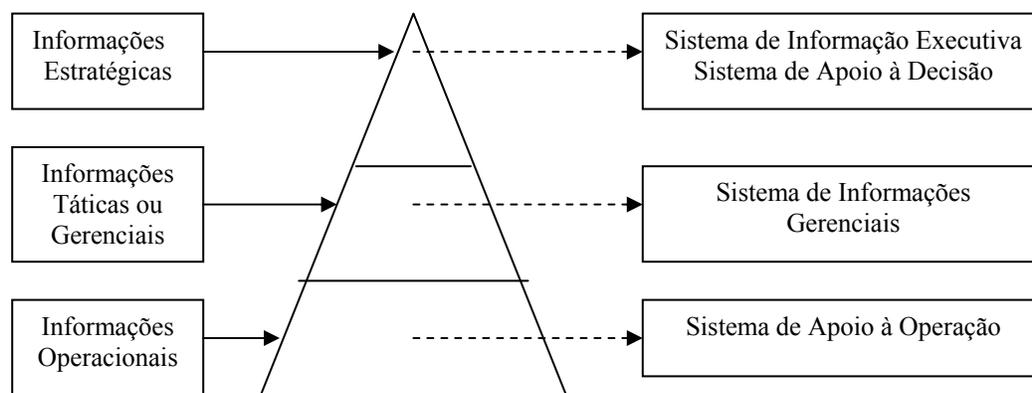


Fig. 2: Localização dos sistemas de informações em relação à hierarquia das informações, adaptado de Arima (2002)

O avanço da tecnologia de informação permitiu a existência de um número muito grande de opções informacionais que podem ser absorvidas pelas empresas com o intuito de incrementar, flexibilizar e agilizar seus sistemas de informação. Exemplos de aplicativos genéricos e específicos com o objetivo principal de complementarem o processo de integração são vários, desde os mais simples aos mais sofisticados. *Workflow* (sistema eletrônico de gerenciamento e distribuição de informações da empresa), *data warehousing* (conjunto complementar organizado de informações de todos os sistemas operacionais) e *browser* (*software* de navegabilidade de pesquisa de informações), são exemplos de aplicativos genéricos. *Softwares* de planilhas eletrônicas, de processadores de textos e de representações gráficas, *sistemas matemático-estatísticos*, *sistemas de engenharia* (para o desenvolvimento de produtos e processos de fabricação), *sistemas de logística*, *data mining* (“mineração” de dados com o objetivo de transformá-los em riqueza de informações), *customer relationship management* (CRM) e *efficient customer response* (ECR), são exemplos de aplicativos específicos.

O trabalho teve como objetivo geral descrever os vários dados e informações gerados sistematicamente pelos procedimentos assistenciais de um sistema de UTI geral de um hospital privado, e repassados através de indicadores e mensurações de desempenho aos profissionais da operação, gerência e direção.

Como objetivos específicos o trabalho se propôs a:

- 1) Classificar algumas informações assistenciais e contábeis categorizando-as sob o ponto de vista hierárquico para as tomadas de decisão.
- 2) Exemplificar a integração de dados e informações demográficas, assistenciais e econômicas através de *cases* verídicos mas construídos “artesanalmente” devido a ausência de um Sistema Integrado de Gestão (SIG).
- 3) Trazer sugestões de dados e informações (indicadores) que possam servir de substrato a ser incorporado à arquitetura dos SIG.

- 4) Abordar sucintamente a importância da utilização do método ABC (*Activity Based Costing*) na customização de patologias, serviços e protocolos, como instrumento de modelo de mensuração e de informação mais acurada de custos num SIG.

CENÁRIO DO OBJETO DE ESTUDO

Uma UTI é o setor do hospital onde a vida e a saúde do paciente se sente mais ameaçada. Nela se configura um cenário onde interagem vários recursos e processos tangíveis e intangíveis tais como: médicos e enfermagem com alta qualidade mandatória, equipamentos com tecnologia sofisticada, materiais que invadem o paciente, várias pessoas doentes com riscos diferentes de perder a vida, utilização diversificada dos recursos, expectativas de tempo, etc. Deste cenário são esperados os melhores *outputs* assistenciais – sobreviver com a melhor qualidade de vida futura, assim como o melhor *output* operacional econômico.

O sistema UTI que é objeto de estudo do trabalho, atende todos os tipos de doenças graves ou potencialmente graves, tem 21 leitos, 20 médicos plantonistas, 12 enfermeiros, 64 auxiliares de enfermagem e 6 administrativos. Todos os leitos tem monitores multiparamétricos, e a Unidade em relação ao armamentário mais pesado, conta com 13 aparelhos de ventilação mecânica invasiva, monitorização hemodinâmica à beira-de-leito, 2 máquinas de hemodiálise e 2 carrinhos de atendimento às paradas cardiorrespiratórias.

A UTI em estudo é vista como um centro de resultado que “adota” o princípio do custeio variável e o método do centro de custo. Todos os custos realmente incorridos pela Unidade são alocados ao seu centro de custo (medicamentos, materiais, salários, depreciação e outros menores). Todavia, não individualiza o custo por patologias ou procedimentos e sim por diárias, interpretando que todos os pacientes consomem a mesma quantidade e intensidade dos recursos e portanto geram os mesmos custos. Justamente uma UTI, onde os serviços são complexos e as doenças (pacientes) extremamente diferentes, sendo os custos fixos e indiretos cada vez maiores. Assim, na prática, o princípio do custeio variável trabalhando apenas na margem de contribuição torna esta UTI “uma grande farmácia”, desconsiderando todo o custo de investimento em qualidade de MO, buscando seu lucro principalmente na “revenda” de materiais e medicamentos, ao invés de obtê-lo em cima da geração de receita conseqüente a uma qualidade assistencial. Além do que, o princípio do custeio variável por encarar os custos fixos e indiretos como despesas indispensáveis ao negócio, permite que os custos ineficientes sejam repassados aos serviços (como se fosse o princípio de absorção total), provocando dificuldades gerenciais e risco de perda de competitividade.

Em revisão sobre o papel da controladoria no processo de gestão, Arima (2002) escreve que:

“a controladoria tem a função de coordenar os esforços dos gestores no sentido de garantir o cumprimento da missão da empresa e assegurar sua continuidade, gerando informações relevantes, fidedignas e tempestivas para a tomada de decisões dos gestores, ou seja, prover informações que induzam alcançar

um resultado global sinérgico na busca da eficácia empresarial e garantir sua sobrevivência.”

A missão do hospital onde está inserido o objeto de estudo é:

“Promover a vida através da assistência física, espiritual e social, fundamentada nos valores congregacionais, no conhecimento e no modelo de gestão auto-sustentável”.

Considerando a promoção da vida através de conhecimento e de gestão auto-sustentável, é missão da controladoria em termos gerais, modelar informações que tratem da qualidade assistencial de médicos e enfermagem, da qualidade dos meios diagnósticos, da utilização eficiente dos recursos, e da quantidade e complexidade dos pacientes. Todavia não somente gerar essas informações, mas integrá-las para avaliar se o processo de gestão como um todo está atendendo os objetivos e metas.

INDICADORES, INFORMAÇÕES E SUBSISTEMAS

Demográficos ou taxas de ocupação

- 1) Ranking estatístico das especialidades: percentual de pacientes cardiológicos, neurológicos, cirúrgicos, tipos de cirurgia, etc.
 - Informação necessária para a avaliação sobre a participação da empresa no mercado ao qual se propõe. Orienta sobre oportunidades de novos serviços. Serve para auferir se a demanda está de acordo com o projetado e contratado com as especialidades médicas. Auxilia e monitoriza o planejamento estratégico voltado para tornar o hospital referência em alguma especialidade ou serviço.
- 2) Ranking estatístico das doenças ou causas sindrômicas de internação: percentual de infartos, pneumonias, insuficiências respiratórias, sepse, comas, intoxicações, etc.
 - Informação com as mesmas qualidades da anterior. Especifica dentro das especialidades médicas qual ou quais serviços são mais preferidos. Exemplo: a cardiologia de um hospital é referência para doentes infartados ou para insuficiência cardíaca (transplantes)?
- 3) Gravidade da doença e risco de óbito ajustado à gravidade de cada paciente: escore de gravidade e prognóstico APACHE II (*Acute Physiology And Chronic Health Evaluation*)
 - Informação baseada na atribuição de pontos por alterações fisiológicas (hipotensão, temperatura, alteração em exames laboratoriais, etc) que o paciente apresenta. Quanto maior a pontuação, maior a gravidade e conseqüente risco de óbito. Serve para avaliar a qualidade assistencial, pois compara o percentual de óbito previsto para a pontuação e o percentual de óbito observado. Outrossim, infere-se que na média, quanto maior a pontuação (gravidade), maior o consumo de recursos e portanto maior a

receita e os custos. Se o hospital decide investir em complexidade, esta é uma boa informação sobre como está indo.

- 4) Complexidade da doença: escore TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*)
 - Informação semelhante a anterior. A diferença conceitual básica em relação ao APACHE reside no fato de que este escore indica a complexidade do paciente, pois a pontuação é feita em cima do volume de procedimentos (sondagens, cateterizações, etc) que o paciente sofre. Assim, quanto mais recursos necessita, mais complexo ou grave (risco de óbito) ele é. É um indicador do consumo de recursos, podendo servir para a gestão de estoques.
- 5) Produção ou número de diárias
 - Informação necessária para várias avaliações: cálculo de médias de receitas e custos, cálculos de capacidade ociosa, cálculo da taxa de ocupação de recursos, etc.
- 6) Taxa de ocupação da UTI no período em análise
 - Informação semelhante a acima.
- 7) Taxa de ocupação dos recursos mais rentáveis: taxa de uso da ventilação mecânica, da monitorização hemodinâmica, da diálise, da utilização de nutrição parenteral
 - Informação que relaciona as especialidades com a utilização dos recursos consumidos e a geração de receita, custo e margem.
- 8) Tempo médio de permanência na UTI
 - Informação que avalia a qualidade assistencial. Deve estar sempre relacionada à gravidade e à taxa de óbito.
- 9) Tempo médio de permanência em ventilação mecânica
 - É grande o número de pacientes que necessitam deste recurso nas UTIs pesadas que recebem pacientes muito graves. Trata-se de um recurso caro e que tem uma manutenção dispendiosa. Uma vez utilizado por um paciente, é inerente o risco de pneumonia e de aumento do tempo de permanência na Unidade, elevando o risco de vida e os custos.
- 10) Percentual de pacientes que internam apenas para monitorizar
 - Informação importante no sentido de avaliar o processo de triagem da internação, possibilitando que os leitos sejam ocupados por aqueles que realmente estão em risco de vida, diminuindo assim, a capacidade ociosa da Unidade (melhor utilização de MO qualificada e dos recursos pesados) e não gerando desperdícios.

Econômicos

- 1) Percentual da produção sobre o estimado
 - Informação que avalia a saúde do negócio. Todavia, tão importante quanto o volume de internações, é avaliar a qualidade (gravidade, complexidade) da produção.
- 2) Receita bruta e receita média
 - Informações que avaliam a qualidade dos serviços, pois quão maior a gravidade/complexidade maior elas serão. Convém salientar o paradoxo que

poderá ocorrer da divergência entre bons resultados econômicos *versus* maus resultados assistenciais que ocorrem algumas vezes. Um hospital privado com altos índices de infecção e portanto com má qualidade, terá uma boa geração de receita pois utilizará mais antibióticos, mais exames, etc. Assim, receita não significa obrigatoriamente sucesso, sendo necessário que essa informação seja sempre vista num conjunto integrado de indicadores. Num mercado cada vez mais competitivo este hospital tem suas horas contadas.

- 3) Percentual da participação dos recursos sobre a produção
 - Informação que tenta relacionar a qualidade da produção, pois quanto maior as taxas de ocupação (utilização) dos recursos, infere-se que os pacientes foram mais doentes. Este índice é calculado somando-se as taxas de ocupação dos principais recursos e dividindo este valor pelo total da produção no período.
- 4) Percentual dos custos diretos (materiais e medicações) sobre o estimado, e custo direto médio
 - Informação que ajuda a avaliar se estão ocorrendo perdas. Lembrar que se houve elevação da produção além do estimado é de se esperar que o custo direto também se eleve.
- 5) Custos com determinadas medicações
 - Informação fundamental para acompanhar os resultados obtidos com os protocolos médicos. Cada protocolo deve ter uma ou mais medicações que devem ser monitorizadas no sentido de documentar a prática médica e a diminuição dos custos.
- 6) Relação entre a receita bruta e os custos diretos
 - Informação das mais relevantes, pois avalia todo o processo administrativo de prescrição médica e aprazamento e checagem de enfermagem. Dentro do *mix* de doenças e convênios atendidos, sempre que houver uma queda da receita sem uma queda proporcional dos custos diretos, ou uma elevação dos custos diretos sem uma elevação proporcional da receita, haverá “quebra” da margem de contribuição prevista. Isto se dá sempre que alguma medicação ou material é usado e o médico não prescreve, ou quando problemas de aprazamento e checagem causam dificuldades na relação Unidade – farmácia, provocando a não geração de receita mas a geração de custos diretos.
- 7) Percentual da margem de contribuição sobre o estimado
 - Informação no seguimento da anterior. Serve também para avaliar quais as doenças ou serviços são mais interessantes e por conseguinte avaliar a cadeia de fornecedores.
- 8) Percentual do resultado operacional sobre o estimado
 - Informação fundamental para avaliar o planejamento estratégico.
- 9) Ponto de equilíbrio
 - Informação que avalia a relação da margem de contribuição com o custo fixo.

Obs.: no tópico Subsistema de Custos algumas outras questões são levantadas.

Assistencias (indicadores maiores)

- 1) Taxa de óbito ajustada a grupos de gravidade pelo APACHE II
 - Informação que avalia a qualidade assistencial e ajuda a compreender as taxas de ocupação dos recursos.
- 2) Taxas de infecções relacionadas a exposições ou procedimentos
 - Informação da qualidade assistencial.
- 3) Percentual de sucesso no desmame da ventilação mecânica invasiva (com tubo traqueal)
 - Informação que fala das estratégias de desvencilhar o paciente da ventilação mecânica o mais rápido possível, minimizando o risco de morbidades e os custos.
- 4) Percentual de sucesso na utilização da ventilação mecânica não invasiva
 - Informação que indica quão satisfatório está sendo a estratégia de impedir que o paciente venha a necessitar da ventilação mecânica invasiva.
- 5) Número de paradas cardiorrespiratórias atendidas
 - Informação da qualidade assistencial, pois se é grande o número de paradas dentro de uma UTI significa pouca vigilância.
- 6) Utilização de protocolos médicos e adesão dos médicos
 - Informação importante para o gerenciamento da atividade médica.
- 7) Percentual de falta de informações médicas (FIM) nos prontuários, do número de internações sem diagnóstico médico e de óbitos por outra causa que não a que motivou a internação
 - Informação da qualidade assistencial do corpo clínico (Zanon, 2001)

SISTEMA DE CUSTOS

Independente da polêmica trazida à luz pelos diversos métodos que a ciência contábil desenvolveu para customizar os serviços, o certo é que um sistema de custos deve ter o escopo da contabilidade gerencial para o apoio às tomadas de decisão.

Um sistema de custos utiliza-se de um *princípio* e de um *método*.

Conforme Bornia (2002) o princípio determina “qual” a informação a ser gerada, enquanto o método determina “como” a informação será gerada.

Para Padoveze (2001, p.243) os objetivos de um sistema de custos para o apoio às decisões deve prover os decisores sobre:

- “Custo unitário dos produtos e atividades;
- Custo por ordem de trabalho;
- Custo para informação de preços de venda;
- Análise de custos;
- Análise de rentabilidade de produtos;
- Listas de preços;
- Acompanhamento de preços de venda formados e praticados;
- Custo-padrão e análise das variações;
- Acompanhamento da variações de preços dos insumos etc.”

Numa UTI, onde os custos da complexidade são altos, pois os serviços são diferenciados entre si, além do fato de que é grande o custo fixo e indireto de MO, de tecnologia e de aparelhagem, é necessária uma metodologia de custeio que aproprie estes custos da maneira mais direta possível aos serviços e às atividades, principalmente para que haja uma análise fidedigna de rentabilidade.

O diagrama da Figura 3 ilustra o método ABC como sendo o processador das informações referentes aos objetivos de um sistema de custos

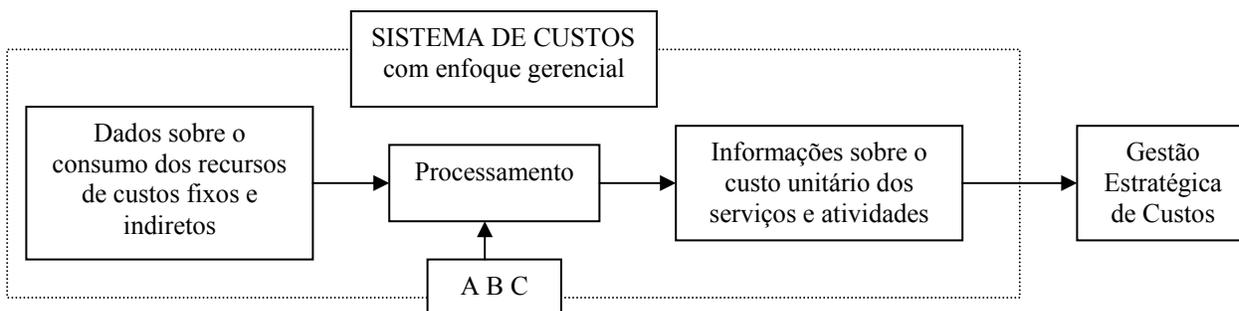


Fig. 3: Diagrama geral de um Sistema de Custos processado pelo método ABC

MATRIZ: INFORMAÇÕES *VERSUS* HIERARQUIA DA INFORMAÇÃO

Informação	Estratégica	Gerencial	Operacional
<u>Demográficos</u>			
Ranking estatístico das especialidades	XXX	XX	X
Ranking estatístico das doenças	XXX	XX	X
APACHE II (gravidade)	XXX	XXX	XXX
TISS (complexidade)	XXX	XXX	XXX
Produção	XXX	XX	X
Taxa de ocupação	XXX	XXX	XXX
Taxa de ocupação dos recursos	XXX	XXX	XXX
Tempo de permanência	XXX	XXX	X
Tempo de permanência em ventilação	X	XXX	XXX
<u>Econômicos</u>			
Relação produção / estimado	XXX	XX	X
Receita bruta e receita média	XXX	XXX	X
Relação utilização recursos / produção	XXX	XXX	X
Relação custos diretos / estimado	XXX	XXX	X
Custos com algumas medicações	X	XXX	XXX
Relação custos diretos / receita	XX	XXX	XXX
Percentual margem / estimado	XXX	XXX	X
Relação custos fixos / estimado	XXX	XXX	X
Ponto de equilíbrio	XXX	XXX	X
Custos unitários de serviços/atividades	XXX	XXX	XXX
Análise de rentabilidade dos serviços	XXX	XXX	X
<u>Assistenciais</u>			
Taxa de óbito ajustada à gravidade	XXX	XXX	XXX
Taxas de infecção	X	XXX	XXX
Sucesso no desmame da ventilação	X	XXX	XXX
Número de paradas atendidas	X	XXX	XXX
Falta de informações médicas	X	XXX	XXX
Falta de diagnóstico das internações	XXX	X	X
Óbitos por outra causa	XXX	XXX	XXX

CASES SOBRE ALGUMAS SITUAÇÕES ESPECÍCAS

1) A análise integrada das informações contidas abaixo nos Gráficos 1, 2 e 3, exemplifica vários subsídios para as tomadas de decisão nos três níveis hierárquicos.

Vamos analisar o acontecido no mês de março em comparação aos demais meses do ano.

- Considerando a participação dessa UTI na fatia de doenças graves, o mês de março foi o mais exitoso dos 5 primeiros meses do ano. Ações estratégicas e de marketing tiveram como efeito o resultado econômico satisfatório em termos de receita. O escore APACHE II mostrou elevação, mas foi sem dúvida alguma a grande utilização dos recursos a causa da geração extraordinária da receita (Gráfico 1).
- Entretanto, foi justamente nesse mês que a margem de contribuição se mostrou inferior a meta desejada de situar-se acima de 75% (Gráfico 2), acarretando um lucro menor que o esperado. As indagações para explicar o ocorrido foram 2: 1º) Ou a margem do *mix* de doenças atendidas em março foi extremamente menor que *mix* dos outros meses. 2º) Ou houve problemas em relação ao processo que gera a margem (prescrição médica – aprazamento e checagem de enfermagem).
- Embora essa UTI (hospital como um todo) não tenha uma customização de doenças ou atividades baseada em metodologia que aloque da maneira mais direta possível os custos dos recursos a elas e assim identificando as margens, é pouco provável que a primeira hipótese tenha ocorrido.
- O Gráfico 3, através do índice da relação receita/custo direto ter ficado abaixo de 4 (meta preconizada acima de 4) no mês de março, evidenciou que a frustração com a margem atingida no mesmo mês foi em decorrência de problemas havidos no processo operacional administrativo.
- Após este diagnóstico, melhorias no sistema de prescrição informatizada e treinamentos em aprazamento e checagem promovidos pela gerência da Unidade, fizeram com que o indicador do processo administrativo retornasse ao esperado.
- Este *case* portanto, relaciona informações demográficas, econômicas, operacionais e assistenciais dos níveis hierárquicos para explicar os resultados, assim como integra dados da operação (erros de prescrição e de aprazamento) e transforma-os na informação do índice do processo para a tomada de decisão.

Gráfico 1: Relação da receita com a utilização dos recursos e com a gravidade

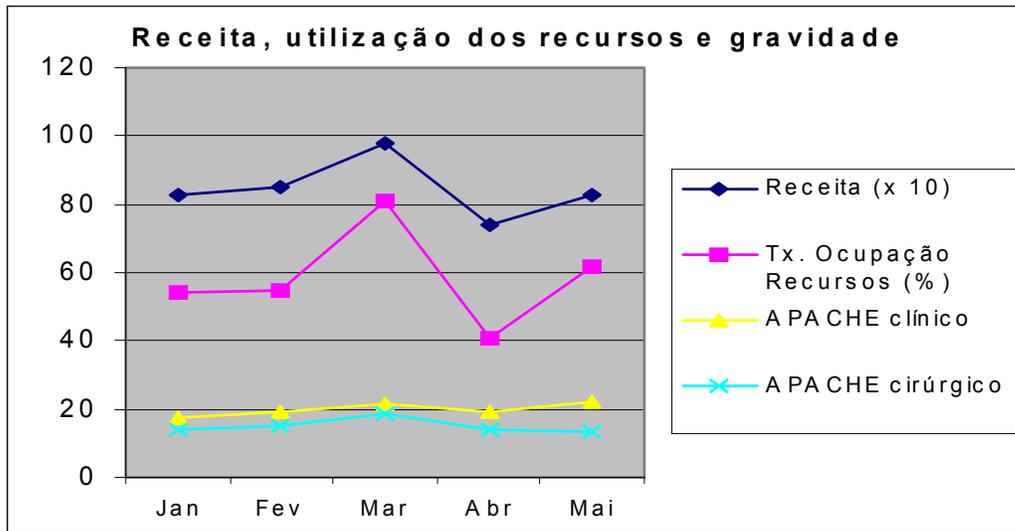


Gráfico 2: Margem de contribuição

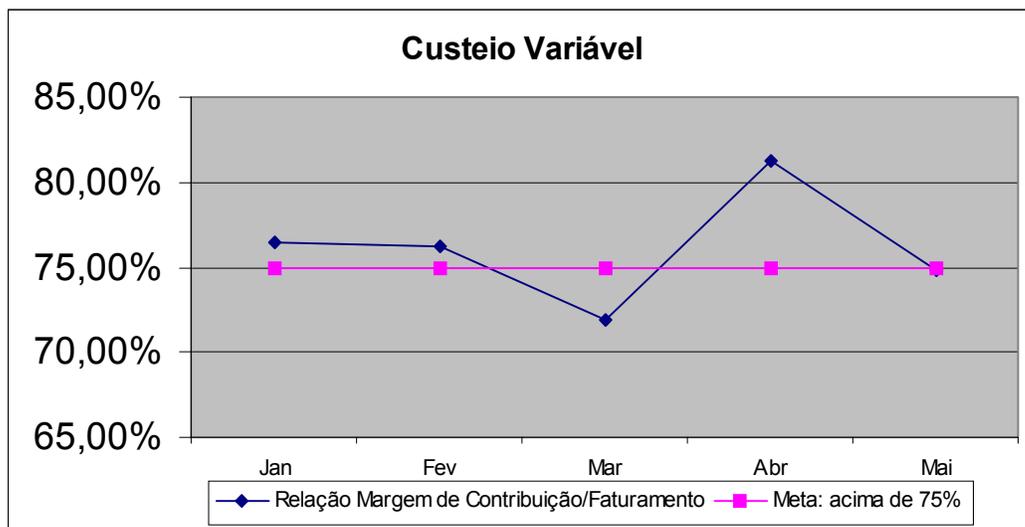
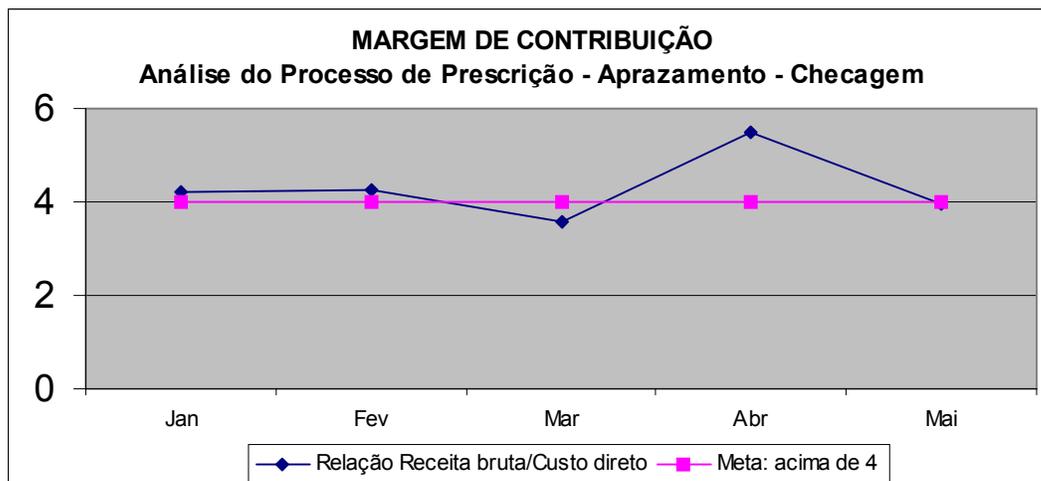


Gráfico 3: Processo administrativo de prescrição, aprazamento e checagem



2) Outro *case*, através dos Gráficos 4 e 5, mostra a importância da elaboração e da utilização de protocolos médicos na prática assistencial e nos resultados econômicos e de competitividade.

- O custo direto com medicações necessárias à sedação e analgesia vem sendo elevado. Com essa informação, a gerência da Unidade elaborou um protocolo de sedação para pacientes em ventilação mecânica baseado nas melhores evidências médicas. Os objetivos são o de melhorar o conforto dos pacientes, diminuir o tempo de permanência em ventilação mecânica e diminuir os custos com essas medicações.
- O protocolo entrou em operação no mês de abril. Até o momento da redação deste trabalho são poucas as evidências se os objetivos estão sendo atingidos, porém os dados iniciais são bastante animadores. Houve queda do tempo de permanência a partir daí. Ressaltamos que a taxa de óbito neste grupo de pacientes (ventilação mecânica) tem sido elevada, o que em parte explica uma queda de custos e de tempo de permanência na vigência da utilização do recurso.

Gráfico 4: Queda do tempo de permanência em ventilação mecânica invasiva (VMI)

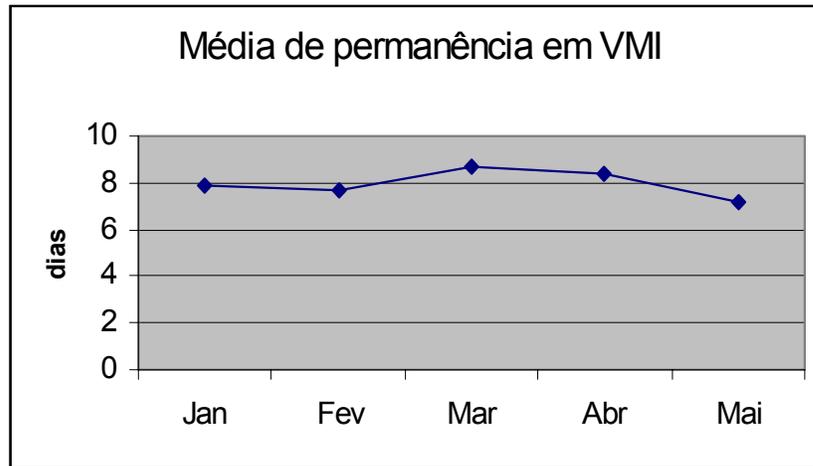
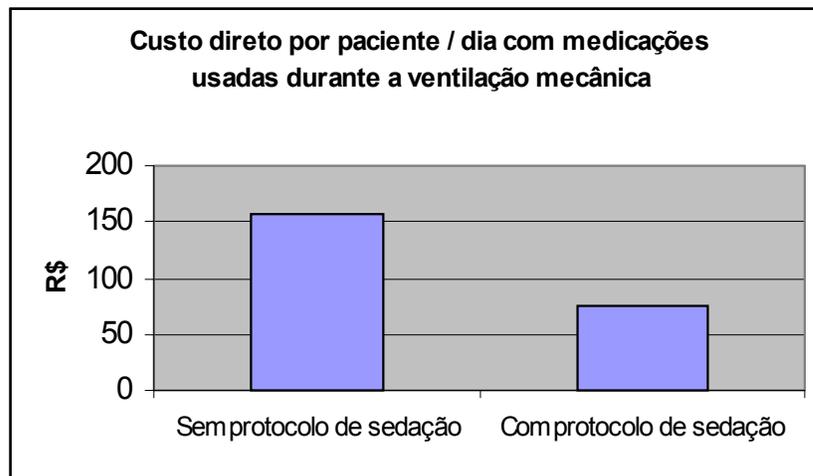


Gráfico 5: Projeção da queda dos custos diretos com medicações sedativas e analgésicas com o protocolo médico



Em suma, esperamos que os interessados ao lerem esse trabalho que retrata a experiência acumulada de três anos na gestão de uma UTI, sintam-se mais entusiasmados em criarem modelos de mensuração e informação, que integrados, sirvam para a orientação de novos e promissores caminhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARIMA, Carlos Hideo. Sistemas de informações gerenciais. In: SCHMIDT, Paulo. Controladoria. Agregando valor para a empresa. São Paulo: Artmed Editora, 2002.
2. BEUREN, Ilse Maria. O papel da controladoria no processo de gestão. In: SCHMIDT, Paulo. Controladoria. Agregando valor para a empresa. São Paulo: Artmed Editora, 2002.
3. BORENSTEIN, Denis. Sistemas integrados de gestão. In: SCHMIDT, Paulo. Controladoria. Agregando valor para a empresa. São Paulo: Artmed Editora, 2002.
4. BORNIA, Antonio Cezar. Análise gerencial de custos. São Paulo: Artmed Editora, 2001.
5. OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. Sistemas, organização & métodos: uma abordagem gerencial. 3° ed. São Paulo: Atlas, 1990.
6. PADOVEZE, Clóvis Luis. Sistemas de informações contábeis. 2° ed. São Paulo: Atlas, 2000.
7. ZANON, Uriel. Qualidade da assistência médico-hospitalar. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.