

O PAPEL DO ADMINISTRADOR NA GESTÃO ORGANIZACIONAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A ADMINISTRAÇÃO NA REDUÇÃO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Claudir Pirovano^a, Giovani Souza Silveira^b, Vanda Regina Machado^c

Resumo

O Brasil, nos últimos anos, tem apresentado uma transição demográfica a qual se caracteriza pelo aumento da expectativa média de vida e pela diminuição das taxas de natalidade. Nessa perspectiva também se observa, positivamente, mudanças em vários indicadores de saúde como, por exemplo, a diminuição da mortalidade infantil. Paralelamente, também se observa a transição epidemiológica que se caracteriza pelos novos padrões de saúde e doença. Aliado à incorporação das novas tecnologias em saúde nas áreas de assistência pré e perinatal, juntamente com outros catalisadores sociais, percebem-se doenças com um diagnóstico cada vez mais precoce originando uma assistência ambulatorial e hospitalar continuada e mais longa. Como resultado se observa um crescente número de pacientes de maior complexidade que aumenta a taxa de permanência hospitalar. O objetivo principal deste trabalho foi o de analisar a importância do administrador na viabilização do processo de desospitalização de paciente pediátrico com longa permanência hospitalar. O trabalho apresenta o referencial teórico que serviu de suporte a cerca do tema proposto, segue conceitos de literaturas adequadas ao estudo em questão. Em seguida apresenta o resultado da pesquisa, sendo que a mesma foi um estudo de caso exploratório, descritivo e explicativo com análise dos dados através de uma abordagem quantitativa. O trabalho obteve um resultado onde se pôde concluir que é possível desospitalizar o paciente pediátrico de longa permanência sem a perda da qualidade e segurança no cuidado assistencial.

Palavras-chave: Administrador. Gestão. Saúde. Desospitalização. Humanização.

Abstract

In the past few years, Brazil has presented a demographic transition which is defined by the growth in the average life expectancy and the decline in the birth rates. In this perspective, there are positive changes in several health indicators such as the reduction of infant mortality rates. At the same time, it is also observed the epidemiological transition in the new health and disease patterns. The incorporation of new health technologies in the areas of pre and perinatal care associate with other social catalysts, made possible to detected diseases with an early diagnosis which demanded a continuous and longer outpatient and hospital care. As a result, a higher number of complex patients' cases are observed, increasing their hospital stay rate. The main objective of this research was to analyze the importance of the hospital administrator enabling the dehospitalization process for the pediatric patient with long hospital stay. To support the paper's purpose, a theoretical framework was used along with appropriate concepts and premises about the topic. This is a case study with an exploratory, descriptive and explanatory perspective which uses data analysis and qualitative approach. The results of the study demonstrate that it's possible to dehospitalize the long term pediatric patient without jeopardizing quality care and safe treatment.

Keywords: Administrator. Management. Health.. Dehospitalization. Humanization..

^a Especialista em Administração Hospitalar. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. claudirpirovano@gmail.com

^b Especialista em Gestão em Saúde Pública. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. gsilveira@hcpa.edu.br

^c Mestre em Administração. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. vandamac@terra.com.br

1 INTRODUÇÃO

O trabalho tem o objetivo de observar e avaliar a importância do administrador, a característica de sua gestão e a necessidade da mesma junto à uma determinada área assistencial de um Hospital Geral, Público e Universitário de Porto Alegre.

Segundo Maximiano (2012) a administração é um processo necessário de tomar decisões que faz as organizações serem capazes de utilizar corretamente seus recursos para atingir seus objetivos.

O hospital, objeto do estudo, possui uma área denominada de Coordenadoria Administrativa que pode ser considerada de suma importância pela característica da organização dos profissionais que compõem a mesma. Tal área é formada por profissionais que desempenham a gestão dos processos e recursos da Instituição. Ainda segundo Maximiano (2012, pág. 5) “o desempenho de uma organização é aceitável ou satisfatório, portanto, quando os problemas dos usuários são resolvidos por meio da utilização correta dos recursos”. Portanto, pode-se considerar que quando o grau de produtividade e economia é elevado em uma organização, mais eficaz ela será, pois possui equilíbrio na utilização de seus recursos.

A função dos administradores das áreas assistenciais da Coordenadoria Administrativa é dar suporte a equipe multiprofissional, planejando processos e otimizando recursos, liderando equipes e controlando o rumo de tais unidades, assim, realizam a gestão acompanhando indicadores e focados no resultado da Instituição como um todo.

A obra do engenheiro francês Henri Fayol (1841 – 1925), fundador da Teoria Clássica exposta no livro *Administration Industrielle ET Générale*, publicado em 1916, traduziu que a estrutura e o todo organizacional garantiam a eficiência da organização. Para Lacombe e Heilborn (2008), considera-se que são as organizações que executam quase todas as atividades na atual sociedade complexa e moderna.

Percebe-se então, que os gerentes ou lideranças, como são considerados, da Coordenadoria Administrativa, do Hospital em estudo, executam o processo administrativo de planejar, organizar, dirigir e controlar.

Tal Coordenadoria é composta por um coordenador administrativo e por sua vez, conta com o suporte de gerentes nas seguintes áreas: Serviço Administrativo de Atenção Clínica; Serviço Administrativo de Atenção Cirúrgica; Serviço Administrativo Auxiliar ao

Diagnóstico e Terapia; Serviço Administrativo de Oncologia; Serviço Administrativo de Atenção Materno Infantil; Serviço de Gerenciamento das Informações SUS; Serviço Administrativo de Atenção em Urgências e Emergências e Serviço de Atenção ao Paciente e Apoio Logístico.

Um dos indicadores observados da Instituição, objeto do estudo, que aumentou muito foi tempo médio de permanência, e o mesmo tem gerado importantes perdas financeiras (custos X faturamento SUS) podendo comprometer a sustentabilidade nos atendimentos em pediatria. A grande maioria das internações tem tempo de permanência superior ao previsto no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

O presente estudo teve como foco principal a análise da gestão de um processo assistencial específico. Teve como objetivo principal promover a discussão da relevância do trabalho do administrador como personagem fundamental numa equipe multidisciplinar para a viabilização da desospitalização de paciente pediátrico com longa permanência hospitalar.

Para atender o objetivo geral de artigo, foram elencados alguns objetivos específicos que foram analisar a relação de pacientes que necessitam de determinados cuidados de menor complexidade, avaliar alguns pacientes que podem receber cuidados no domicílio por equipes da Atenção Básica ou Serviço de Atenção Domiciliar e avaliar a relevância, contribuições e participação do administrador no processo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se o referencial teórico que deu suporte a pesquisa com os assuntos relacionados ao tema analisado no estudo.

2.1 Tecnologia e Saúde

O desenvolvimento da tecnologia na área da saúde vem pondo em xeque, entre outros aspectos, questões como a finitude e a qualidade de vida. Se a tecnologia pode, por um lado, acelerar o processo de cura, por outro leva, ao prolongamento da vida ou a manutenção desta, muitas vezes sem qualidade. Segundo Barreto e Carmo (1995), o desenvolvimento do ramo da

neonatologia propiciou o aumento nas taxas de sobrevivência de prematuros e portadores de anomalias congênitas, como é caso da falência intestinal que é uma condição de má-absorção intestinal grave com demanda de nutrição artificial por via parenteral. A Falência Intestinal pode resultar em Falência Nutricional, que significa a falência total para alimentar um indivíduo por via natural ou artificial. Em países com experiência em reabilitação intestinal, estudos mostram que a Falência Intestinal está associada à doença hepática como a causa mais frequente de Falência Nutricional.

Estes pacientes são geralmente portadores da Síndrome do Intestino Curto. Nas crianças, as causas mais frequentes também estão relacionadas a doenças congênitas, infecção do cateter central para Nutrição Parental e trombose de grandes vasos. O manejo da Falência Intestinal requer uma abordagem multidisciplinar. Nos dois casos citados acima, pacientes dependentes de tecnologias e os com falência intestinal, que são de longa permanência de internação, são passíveis de desospitalização.

Nas unidades de internação pediátricas do hospital estudado também é frequente encontrar dificuldades para efetivação da alta hospitalar por questões de caráter social. Pacientes em plena condição de alta após o tratamento permanece internado porque não tem estrutura familiar para continuidade nos cuidados previstos para o domicílio. Moradias em precárias condições, insalubres. Responsáveis pela criança com dificuldades de entendimento para administrar alguns medicamentos, oxigênio, manuseio de equipamentos, respirador não invasivo. Além disso, há morosidade na disponibilidade de serviços na rede de atenção básica, como cuidados de enfermagem e fisioterapia.

2.2 Gestão em Saúde Pública

Sobre a Gestão Pública, salienta-se que o Ministério da Saúde aprimorou nos últimos anos a legislação para uma maior adesão e consolidação da atenção domiciliar, visando o aperfeiçoamento e a regulamentação desta atividade. Neste sentido, a Lei federal de nº 10.424 de abril de 2002 acrescentou capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, assim, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), que foi se aperfeiçoando desde a década de 90 até os dias atuais, salientando que a adesão sobre a

prática de atendimento domiciliar também é bastante utilizada nos serviços privados. A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 - dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Um dos artigos de tal resolução diz que: considerando que os serviços de saúde que oferecem esta modalidade de atenção são responsáveis pelo gerenciamento da estrutura, dos processos e dos resultados por eles obtidos, devendo atender às normas e exigências legais, desde o momento da indicação até a alta ou óbito.

No mais, no Caderno de Atenção Domiciliar, o Ministério da Saúde (MS) ressalta que um dos eixos centrais dessa linha de cuidado é a desospitalização (BRASIL, 2012a). Desta forma, o conteúdo deste material visa proporcionar a celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio minimiza intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de atenção domiciliar; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar. Na Portaria Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde (GM/MS) nº 963 de 27 de maio de 2013 é definida a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como modalidade de cuidado e uma nova forma de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes (BRASIL, 2013a). Esse instrumento normativo define um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação da saúde prestada no domicílio, com garantia de continuidade de cuidados integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Salienta-se também que em 2013, o MS editou o “Programa Melhor em Casa” por meio da Portaria GM/MS no 1.028/2013, de 18 de junho de 2013. Essa estratégia de cuidado, preconiza a organização das normas para cadastro e habilitação do serviço de atenção domiciliar, apresenta as diretrizes, a organização, o funcionamento e os estabelecimentos com habilitação em internação domiciliar e do financiamento do atendimento domiciliar (BRASIL, 2013b). Inclusive, no ano de 2013, o MS publicou a Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a AD no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a). Essa Portaria estabelece a possibilidade de todos os municípios aderirem ao “Programa Melhor em Casa”, independentemente do número de habitantes, revogando as Portaria GM/MS nº 2.527/2011 e a Portaria GM/MS nº 1.533/2012. A publicação desta portaria prevê a desospitalização dos usuários e otimiza a continuidade do cuidado no domicílio, dos usuários desospitalizados nos municípios com a instalação do SAD. Segundo a Portaria GM/MS nº 963/2013, o 24 município que manifestar interesse em implantar o SAD deve atender aos requisitos

estabelecidos (BRASIL, 2013a).

2.3 Administração

A Administração é uma ciência cada vez mais necessária nas organizações contemporâneas. Segundo Chiavenatto (2006), a administração não se resume somente no processo administrativo de planejar, organizar, dirigir e controlar toda a atividade organizacional. Ela é muito mais do que isso, pois a administração deve envolver todo o sistema organizacional, suas variáveis e inter-relações.

O assunto escolhido para este trabalho, não poderia obter êxito sem uma administração eficiente, eficaz e efetiva. Pode-se descrever como sendo a eficiência a capacidade administrativa de produzir mais resultados com o mínimo de recursos, a eficácia pode-se relacionar resultados pretendidos e resultados obtidos, por fim a efetividade estabelece a relação com o resultado concreto, ou às ações agregadas ao processo que fizeram com que o tenha êxito.

A obra do engenheiro francês Henri Fayol (1841 – 1925), fundador da Teoria Clássica exposta no livro *Administration Industrielle ET Générale*, publicado em 1916, traduziu que a estrutura e o todo organizacional garantiam a eficiência da organização. Para Lacombe e Heilborn (2008), considera-se que são as organizações que executam quase todas as atividades na atual sociedade complexa e moderna. O engenheiro Henri Fayol foi um dos integrantes da escola Clássica da administração e através de seus estudos e experimentos, contribuiu para um modelo gerencial administrativo onde existem algumas deferências a ser executadas pelos gerentes para se obter uma administração que, com a evolução dos tempos renovou-se e serve de exemplo para as organizações atuais. Robbins (2000) considera também uma organização um arranjo ordenado de duas ou mais pessoas que cumprem papéis formais e compartilham um propósito comum.

Fayol enumerou 14 princípios de organização, dos quais Lacombe e Heilborn (2008) destacam quatro como indispensáveis, para se montar uma estrutura organizacional, são eles: estabilidade do pessoal, cadeia escalar, unidade de comando e unidade de direção. Tais princípios encontram-se intrínsecos e permeiam todo o processo administrativo.

Conforme Chiavenato (2004), Fayol define o ato de administrar como: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar, sendo que as funções administrativas envolvem

os elementos da Administração e estes elementos citados acima, são os que constituem o chamado processo administrativo.

2.4 O Processo Administrativo

A Europa com toda a eclosão da indústria, expansão dos meios de transporte, das ferrovias, início da aviação militar e as comunicações, com os estudos de Henri Fayol aderiu à Teoria Clássica da Administração.

Em 1916, consoante Chiavenato (2004), o engenheiro salientou que toda a empresa apresentava as funções: técnicas, comerciais, financeiras, de segurança, contábeis e por fim as administrativas, que estavam relacionadas com as outras cinco funções da empresa.

Chiavenato salienta ainda que os elementos da função administrativa são essenciais no trabalho do administrador em qualquer nível ou área da empresa e sobre o processo administrativo, distinguiu:

- a) Prever – Visualizar o futuro e traçar o programa de ação (planejamento), com o provisionamento dos recursos em função do plano de ação;
- b) Organizar – Constituir o duplo organismo material e social da empresa;
- c) Comandar – Dirigir e orientar o pessoal, máximo de retorno dos empregados no interesse e aspectos globais do negócio;
- d) Coordenar – Harmonização de todas as atividades do negócio, facilitando o sucesso.
- e) Controle – Verificação, fiscalização para que tudo ocorra de acordo com o plano; instruções transmitidas e os princípios estabelecidos. O objetivo é localizar fraquezas e erros retificando e prevenindo a recorrência.

Na figura a seguir, demonstra-se a importância do processo administrativo para que a gestão administrativa possa alcançar resultados.



Figura 1: O processo administrativo
Fonte: Instituto Chiavenatto (2015)

Para gerenciar é importante monitorar e acompanhar o processo. O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, ao produzir informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas (GARCIA, 2001).

Avaliação é, portanto um dos mais importantes instrumentos de *feedback*, para decisores públicos, que vão depender cada vez mais dos dados da avaliação para implementar programas e aperfeiçoar a gestão da políticas governamentais, como pode ser percebido na seguinte afirmação de Garcia (1996, p.3) "Quem monitora avalia. Quem avalia confirma ou corrige, exercendo o poder de dirigir consciente e direcionalmente".

2.5 Teoria das Decisões

Analisar um processo tão complexo quanto o da desospitalização é algo que necessita profundo conhecimento do processo e algumas tomadas de decisões importantes. De acordo com Chiavenato (2006), decisão é um processo de análise e escolha entre muitas das alternativas disponíveis de cursos de ação que o tomador da decisão deverá seguir. Os seis elementos da tomada de decisão são descritos a seguir:

1. Tomador de Decisão: Pessoa que faz uma escolha entre várias alternativas futuras de ação;
2. Objetivos: O que o tomador pretende alcançar com suas ações;
3. Preferências: São critérios usados para o tomador de decisão para fazer sua escolha;

4. Estratégia: É o curso de ação que o tomador de decisão escolhe para atingir seus objetivos;

5. Situação: São os aspectos do ambiente que envolve o tomador de decisão;

6. Resultado: É a consequência ou resultado de uma dada estratégia.

O tomador de decisão está inserido em uma situação, pretende alcançar objetivos, tem preferências pessoais e segue estratégias para alcançar resultados. Este escolhe uma alternativa entre outras: escolhe os meios apropriados para alcançar um determinado objeto, sua decisão é racional.

Etapas do processo decisório são sete:

1. Percepção da situação que envolve algum problema;

2. Análise e definição do problema;

3. Definição dos objetivos;

4. Procura de alternativas de solução ou de cursos de ação;

5. Escolha da alternativa mais adequada ao alcance dos objetivos;

6. Avaliação e comparação das alternativas;

7. Implementação da alternativa escolhida.

Na sequência desta pesquisa apresenta-se a metodologia que norteou este trabalho.

3 METODOLOGIA

Neste trabalho foi utilizado pesquisa exploratória, através de métodos qualitativos. Segundo Roesch (2006) a pesquisa qualitativa é apropriada para a avaliação formativa (melhorar um programa ou plano) ou mesmo para uma proposição de planos (apresentar soluções para problemas), ou seja, é apropriada para selecionar as metas de um programa e construir uma intervenção, mas não é adequada para avaliar os resultados desses programas ou planos.

Também foi feito uma pesquisa descritiva e quantitativa que segundo Gil (2002) tem como objetivo central à descrição das características de determinada população ou fenômeno. Conforme Malhotra (2001) este tipo pesquisa apresenta de forma clara o problema.

A presente pesquisa buscou dados dos sistemas de gestão hospitalar interno, local onde constam todas as informações gerenciais do paciente.

Caracterizar o ambiente de pesquisa explicitando-o ou se for o caso de descaracterizar

o objeto de estudo, por não ter a permissão de divulgar os envolvidos ou organizações estudadas, apresentar o contexto que a o objeto de estudo está inserido. Descrever a ordem e como foram empregados os métodos e/ou as técnicas de pesquisa, entre estes: Tipo de pesquisa; Escopo de pesquisa; Técnica de coleta e análise de dados.

Sugere-se que os métodos e técnicas de pesquisa sejam suportados por obras especializadas em metodologia científicas e/ou outros estudos publicados que apresentam tais metodologias. Esta seção poderá ser fracionada em subseções, conforme a seção anterior, pontuando-a em subtítulos.

Esta seção tem por objetivo apresentar os procedimentos e a metodologia utilizada para orientação do trabalho e o desenvolvimento do plano de desospitalização. “Metodologia são os procedimentos e regras utilizadas por determinado método. Por exemplo, o método científico é um caminho da ciência para chegar a um objetivo”. Neste sentido RICHARDSON (1999), ressalta:

O Método é o caminho para alcançar os objetivos que foram planejados e a técnica são os recursos utilizados para realizar o processo conforme as metas. RICHARDSON(1999, p.22)

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na avaliação dos indicadores de desempenho da Pediatria no início do ano de 2015 identificou-se que a longa permanência, superior a 30 dias, dos pacientes internados tem relação com o perfil dos pacientes característico de hospital de nível terciário. Diante disso, apresentam-se os principais motivos que provocam a longa permanência de pacientes pediátricos no Hospital pesquisado.

1) Alta Complexidade e gravidade do quadro clínico: dependentes de nutrição parenteral, dependentes de ventilação não invasiva, Doenças Crônicas na infância, pacientes sindrômicos, dependentes de oxigênio;

2) Problemas sociais: famílias desestruturadas representando risco e involução no quadro clínico do paciente após a alta hospitalar. Os familiares não conseguem manter o cuidado prescrito para o paciente causando reinternação em muitos casos; precariedade das condições de moradia, renda baixa inviabilizando a

aquisição de medicamentos necessários para o tratamento do paciente.

3) Baixa resolutividade da atenção domiciliar. Muitas unidades básicas de saúde não dispõem de pessoal qualificado para atendimento de pacientes mais complexos.

O hospital em estudo é um hospital de nível terciário, com isso recebe prioritariamente pacientes de alta complexidade. Avaliando o perfil dos pacientes atendidos, especificamente na Internação Pediátrica (66 leitos), no ano de 2015 encontrou-se em média, 21,05% dos pacientes permanecem internados entre 11 a 29 dias e 42,11% permanecem mais de 30 dias. Isto ocasiona impactos negativos na remuneração dos serviços prestados pelo hospital e comprometendo a sustentabilidade da operação tendo em vista que a meta para a taxa de permanência é inferior a 11 dias que correspondia a 36,84% do total dos pacientes internados.

Tabela 1: Percentual de tempo de permanência por período

Percentual de tempo de permanência por período			
Faixas de tempo	2015	2016	2017
TMP >30 dias	42,11	24,08	31,46
TMP entre 11 e 29 dias	21,05	23,54	16,09
TMP dentro da Meta (<10 dias)	36,84	52,39	52,45

Fonte: Sistema de informações gerenciais do hospital objeto de estudo

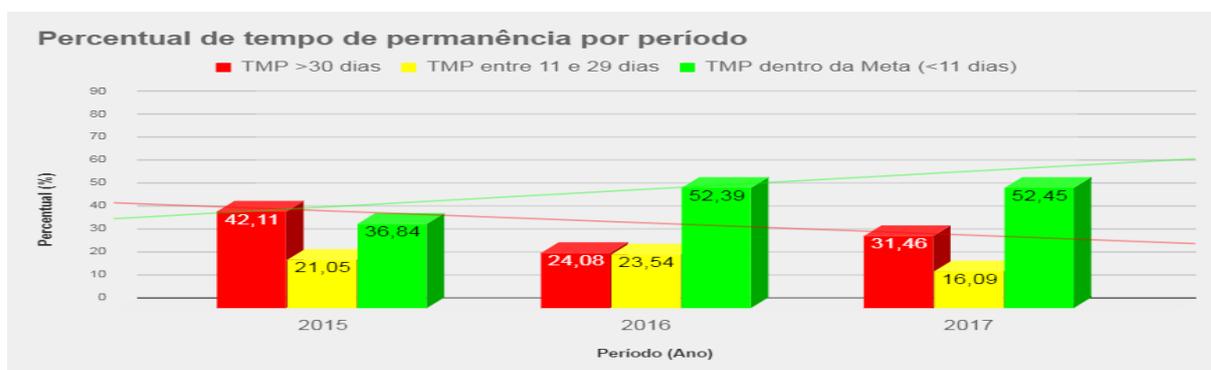


Figura 2: Percentual de tempo de permanência por período

Fonte: Sistema de informações gerenciais do hospital objeto de estudo

Normalmente as internações ultrapassam o tempo de permanência previsto no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é inferior a 10 dias. Este indicador interfere negativamente no desempenho financeiro porque os custos com a manutenção dos pacientes que ficam além do tempo previsto na referida tabela, não tem a remuneração minimamente proporcional às despesas com os atendimentos ou sequer são remunerados. Segundo Duarte, et al (2012) 47,6% das internações nos serviços de

pediatria do Rio de Janeiro são de crianças portadoras de doenças crônicas com constantes reinternações e com atendimento prolongado. Da mesma forma ao avaliar os dados no Sistema de Informações Gerenciais do hospital (*BI - Business Intelligence*) observou-se que há prevalência deste perfil de paciente nas unidades de internação e que são responsáveis pela longa permanência hospitalar.

Tabela 2: Tempo médio de permanência hospitalar dos pacientes pediátricos

Média de Permanência em dias													
	Jan	Fev	Mar	Abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Média Ano
Ano 2014	11,05	10,53	10,88	13,43	12,98	13,45	9,49	11,45	11,93	12,11	14,95	10,06	11,68
Ano 2015	11,46	11,62	13,62	9,78	10,99	8,26	9,52	10,46	10,05	10,93	10,15	8,62	10,29
Ano 2016	9,56	10,46	9,61	9,98	8,73	9,44	9,73	9,27	9,79	9,22	9,56	10,26	9,61
Ano 2017	9,66	9,84	10,41	9,03	8,30								9,38

Fonte: Sistema de informações gerenciais do hospital objeto de estudo

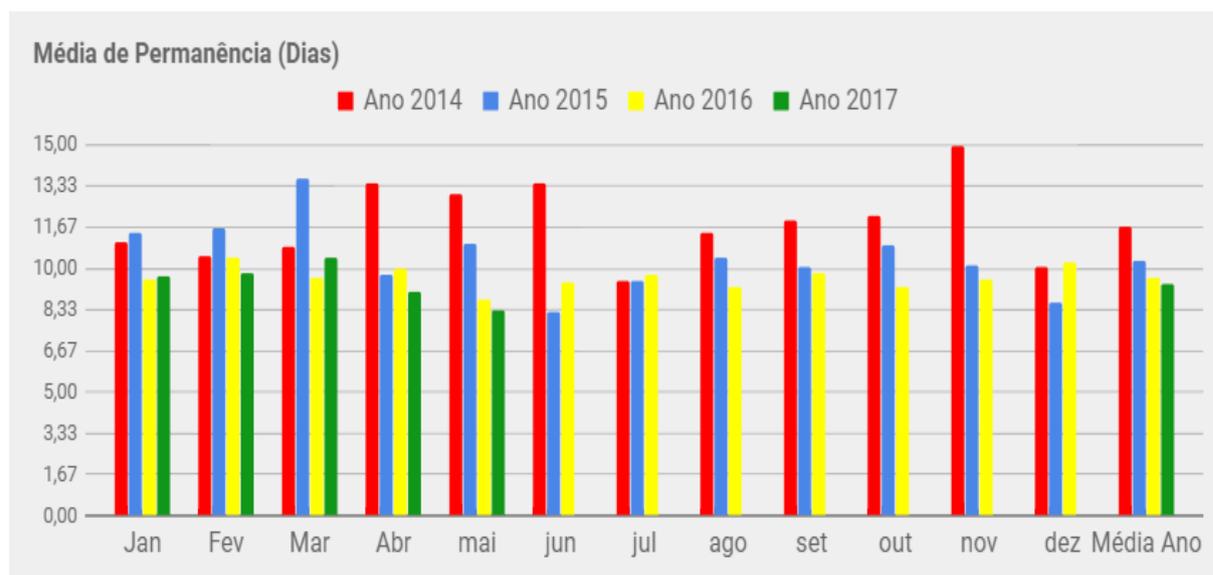


Figura 3: Verificação mensal do tempo médio de permanência hospitalar dos pacientes pediátricos

Fonte: Sistema de informações gerenciais do hospital objeto de estudo

Algumas consequências podem ser citadas diante do exposto acima:

Sustentabilidade: No Sistema Único de Saúde - SUS quanto maior a permanência menor será a receita dos serviços prestados;

Fragilização da estrutura familiar: afastamento de um dos cônjuges ao acompanhar a criança no hospital;

Baixo aproveitamento dos leitos de hospital de nível terciário: muitos casos dos pacientes

de longa permanência tem caráter social dispensando mínimos cuidados de enfermagem e médicos.

Muitas causas podem ser citadas como elementos que interferem no aumento no tempo de permanência hospitalar. Porém, destacam-se duas causas críticas: A complexidade dos pacientes e seus os problemas sociais. Uma das metas do hospital é de atender prioritariamente os casos de alta complexidade, sendo assim a tendência é de que cada vez mais se tenha atendimentos de pacientes deste perfil. Portanto, há necessidade de se conhecer os referenciais de custos e tempo de internação para que se antecipem ações tendo em vista a alta e quais pacientes poderiam se beneficiar com a continuidade do cuidado no domicílio.

Tabela 3: Verificação mensal do número de internações hospitalares por ano dos pacientes pediátricos

Nº de Internações por Ano													
	Jan	Fev	Mar	Abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Média Ano
Ano 2014	109	81	113	100	96	84	126	96	103	75	76	99	97
Ano 2015	106	71	88	113	117	156	121	117	124	123	120	118	115
Ano 2016	126	105	127	117	151	142	118	127	115	127	99	84	120
Ano 2017	119	106	108	132	150								123

Fonte: Sistema de informações gerenciais do hospital objeto de estudo

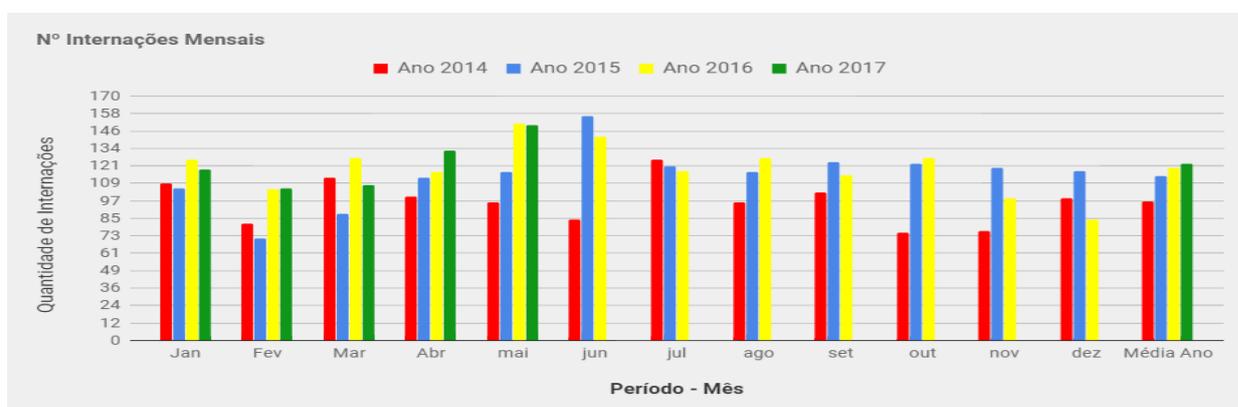


Figura 4: Verificação mensal do número de internações por ano dos pacientes pediátricos

Fonte: Sistema de informações gerenciais do hospital objeto de estudo

Com a realização do estudo foi observado também que é necessário que os municípios melhorem a atenção domiciliar especializada para a desospitalização dos pacientes. Em média leva-se de 30 a 60 dias, após o contato com a Secretaria Municipal, para concretização da alta hospitalar.

Tabela 4: Percentual de tempo de permanência por período

Paciente	Total Tempo atendimento (dias)	Permanência Domiciliar (%)
----------	--------------------------------	----------------------------

Paciente 1	105	27,62
Paciente 2	112	13,39
Paciente 3	172	36,63
Paciente 4	225	63,11
Paciente 5	234	22,22
Paciente 6	236	59,75
Paciente 7	286	51,75
Paciente 8	301	4,32
Paciente 9	360	55,28
Paciente 10	428	48,13
Paciente 11	468	65,17
Paciente 12	552	65,40
Paciente 13	569	52,90
Paciente 14	672	89,88
Paciente 15	736	89,27
Paciente 16	933	86,07
Paciente 17	1.135	77,62
Média	573	58,29

Fonte: Sistema de informações gerenciais do hospital objeto de estudo



Figura 5: Proporção de tempo de permanência domiciliar dos pacientes pediátricos

Fonte: Sistema de informações gerenciais do hospital objeto de estudo

Quanto aos problemas sociais, normalmente podem ser solucionados se articulado entre a equipe assistencial e serviço social da instituição objeto do estudo. Estes serviços tem a função de encaminhar à atenção domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde para atendimento aos pacientes com cuidados especiais ou de menor complexidade que não precisam necessariamente permanecer internado para tanto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se avaliar como ponto positivo a atuação e a gestão do Administrador na interlocução das equipes assistenciais desde a baixa hospitalar, os cuidados na internação, a preparação da alta e a organização necessária na atenção domiciliar junto à rede Municipal de saúde. Conforme os resultados apresentados houve redução de aproximadamente 10 por cento na faixa de tempo de permanência maior de 30 dias. O papel do administrador junto a equipe multidisciplinar provocou uma mudança significativa no indicador de tempo de permanência hospitalar nos leitos pediátricos da instituição conforme demonstrado nos gráficos da pesquisa. Constatou-se também uma redução de 2,07 dias na média permanência de 2014 a 2016. Logo, em decorrência disso, foi possível realizar 280 internações a mais neste período, otimizando a disponibilidade dos leitos de internação pediátrica e realizando o atendimento de um maior número de pacientes.

O valor de custeio das internações é muito elevado e fica ainda maior se comparado com os gastos de atendimento domiciliar. O valor médio para atendimento de pacientes internados por falência intestinal é aproximadamente R\$ 850.000,00 por ano, enquanto o atendimento domiciliar deste mesmo paciente custa R\$ 87.000,00 por ano.

Outro aspecto importante é de que estes pacientes, uma vez desospitalizados, tem apresentado baixo índice de reinternação. Além disso, permite-se que a criança tenha maior convívio familiar, social e principalmente possibilita o acesso à escola, o que seria muito mais difícil se estivesse hospitalizada.

No decorrer deste trabalho constatou-se a necessidade da redução do prazo de fornecimento de medicamentos que não contam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e tecnologias (respirador não invasivo - BIPAP), pois são sempre superiores 30 dias a contar da data da solicitação. Outra constatação é de que a equipe assistencial formaliza o pedido dos materiais referidos muito próximo da alta do paciente, implicando desta forma no tempo de permanência de internação dos pacientes. Para um melhor detalhamento dos motivos da demora das Secretarias Municipais e Estadual de Saúde em atender às demandas do hospital, percebe-se uma oportunidade de pesquisas futuras que poderão vir a agregar este trabalho.

Conforme o verificado no estudado, a orientação do atendimento domiciliar é definida

no 3º artigo da Portaria GM/MS nº 963/2013. Desta forma, a atenção domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

O trabalho teve o objetivo de observar e avaliar a importância do administrador e a necessidade da sua gestão junto à uma determinada área assistencial de um Hospital Público Federal. Com esta pesquisa observou-se que este profissional possui muita relevância, pois trabalha tanto com a estrutura quanto suas inter-relações e equipes multidisciplinares.

Os pesquisadores consideram que não existe um modelo único ou ideal de administração, mas sim aquele que mais se molda ou se adapta às necessidades e contexto da organização que está sendo administrada.

6 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. Resolução Diretoria Colegiada RDC 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, 27 jan. 2006. Disponível em:

<<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>>. Acesso em: 25 de junho. 2017.

BARRETO, ML. Carmo, E. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec; 1995.

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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no. 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 44, 28 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 137, 17 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção domiciliar do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 116, 19 jun. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 30, 28 mai. 2013a.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria geral da Administração**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria geral da Administração**. 4ª Ed. Elsevier Campos: 2006.

DUARTE, J.G; GOMES, S.C; PINTO, M.P; GOMES, M.A.S.M. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: **Mudamos? Revista de Saúde coletiva**, 22{1}:199-2014, 2012.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 23, p. 7-70, jun. 2001.

GARCIA, R. G. Subsídios para organizar avaliações de ação governamental. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: abril de 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo. Atlas: 2002.

LACOMBE, Francisco; HEILBORN, Gilberto. **Administração Princípios e Tendências**. São Paulo: Saraiva, 2008.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBBINS, Stephen Paul. **Administração Mudanças e Perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2000.

Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais, **Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde**, 5ª. Ed, Rio de Janeiro, CBA, Gráfica Walprint, 2014

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projeto de estágio de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. São Paulo: Atlas, 2006.