

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
(UFRGS)**

**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

**CURSO DE PÓS – GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**Andrés Di Leoni Ferrari**

**DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA GERENCIAL DE CONTROLE  
ASSISTENCIAL PARA SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALARES**

**UMA PROPOSTA INTEGRANDO INDICADORES DE QUALIDADE E  
DESEMPENHO**

**Porto Alegre  
2005**

**Andrés Di Leoni Ferrari**

**DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA GERENCIAL DE CONTROLE ASSISTENCIAL PARA SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALARES**

Uma Proposta Integrando Indicadores de Qualidade e Desempenho

**Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin.**

**Porto Alegre  
2005**

## DEDICATÓRIA

À minha esposa Carla, pela infinita compreensão e carinhosa paciência, quando a leitura e o computador roubavam preciosos espaços do nosso escasso tempo.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Ronaldo Bordin, pela sua grande e importante ajuda, demonstrando interesse com paciência, objetividade e dedicação, estudando materiais à minha par.

Aos meus amigos, colegas de turma, empregadores e colegas de trabalho, por saber compreender a importância que este trabalho significava para mim, e me permitir dedicar o necessário tempo.

## RESUMO

Precisa-se de uma mudança cultural que fomente a qualidade assistencial nos serviços de emergência hospitalares (SE) e, embora muitos trabalhos tenham abordado as causas da crise existente nestes serviços (superlotação, insatisfação dos usuários, prolongados tempos de espera), não existe qualquer proposta com ênfase em soluções de gestão de desempenho e qualidade. O objetivo principal desta monografia é estruturar um conjunto de indicadores que permitam a gestão da qualidade operacional (integrada à gravidade), para assim gerenciar a rotina da assistência do dia-a-dia do SE. Para tal fim, através de uma revisão bibliográfica sistematizada nas principais bases de dados da área da saúde, apresenta-se a relação entre o SE e um sistema analítico de avaliação. O desenvolvimento do Sistema Gerencial de Controle (SGC) contempla, na ótica da gestão, aspectos de desempenho e qualidade assistencial à mercê da gravidade dos pacientes que procuram estes serviços. Alicerçados no *"Balanced Scorecard"*, estruturaram-se os indicadores para as premissas Processos, Estrutura, Usuários e Aprendizado e Crescimento, sendo especificamente conceitualizada e discutida a gestão do volume da demanda por atendimento no SE, através de indicadores particulares. Os parâmetros apresentados, em termos gerais, representam idealizações técnicas, portanto abertas para complementação conforme a realidade de cada local e à possibilidade de, no futuro, dar seguimento a esta construção. Constituem referências iniciais para orientar gestores de SE no planejamento, programação, execução e controle das ações a serem desenvolvidas para reverter essa problemática.

Unitermos: serviços médicos de urgência e emergência; medicina de urgência e emergência; risco; indicadores; indicadores de desempenho; indicadores de qualidade.

## **ABSTRACT**

A cultural shift is perceived to be necessary in order to stimulate quality of care in the hospital emergency departments (ED) and, though many efforts have been addressed to treat the causes of the actual crises at these EDs (overcrowding, dissatisfaction, long waiting times), does not exist a proposal emphasizing problem solving through management of performance and quality. This paper's main objective is to structure a group of indicators that allow managing the operational quality (integrated to acuity), to conduct the routine of the day-by-day delivery of care at the ED. Obtained through a systematized bibliographic review upon the main databases related to healthcare, it is presented the relationship between the ED and an analytical system of evaluation. The development of the Sistema Gerencial de Controle (SGC) contemplates, through the eyes of management, aspects of performance and quality of healthcare delivery related to the acuity of patients that demand emergency care. Based upon the Balanced Scorecard resources, were built the indicators for Processes, Structure, Customers and Learning and Growth, being specifically analyzed and discussed, through particular indicators, the management of the actual growing demand for emergency care. The presented parameters, in general terms, are technical idealizations, therefore open to complementation by the local reality of each ED setting, and the possibility of, in the near future, to continue this construction. They constitute initial references to guide ED managers in planning, programming, executing and controlling the actions developed to revert the actual problematic situation.

**Key words:** urgency and emergency medical services; urgency and emergency medicine; risk; performance indicators; quality indicators.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
2.1 METODOLOGIA.....	14
2.2 OBJETIVOS .....	16
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>4 INDICADORES – NOÇÕES GERAIS .....</b>	<b>30</b>
<b>5 SISTEMA GERENCIAL DE CONTROLE E INDICADORES DE PROCESSOS ....</b>	<b>39</b>
<b>6 SISTEMA GERENCIAL DE CONTROLE E A PREMISSA DE ESTRUTURA .....</b>	<b>64</b>
<b>7 SISTEMA GERENCIAL DE CONTROLE E A PREMISSA USUÁRIOS NO SE ....</b>	<b>70</b>
<b>8 SISTEMA GERENCIAL DE CONTROLE E A PREMISSA APRENDIZADO E CRESCIMENTO .....</b>	<b>77</b>
<b>9 DISCUSSÃO – A GESTÃO DA DEMANDA ASSISTENCIAL NO SE .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>92</b>
<b>INFORMAÇÕES NÃO IMPRESSAS .....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO A – TABELA - RESUMO DOS INDICADORES .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO B – BASE DE DADOS ACESSADAS .....</b>	<b>101</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

O presente trabalho faz parte dos quesitos para conclusão do MBA de Gestão em Saúde 2004 ministrado pela Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Visa analisar, do ponto de vista da gestão em saúde, a problemática percebida nos serviços de emergência hospitalares (superlotação, insatisfação, prolongados tempos de espera por atendimento e outras), enfatizando uma proposta de gerenciamento através de indicadores de desempenho e qualidade, cuja visualização ajude o gestor na tomada de decisões que conduzam à melhoria da prestação de serviços no atendimento às situações de urgência / emergência tanto no âmbito público quanto no da saúde suplementar.

***“Usa teu tempo em melhorar teu conhecimento através dos escritos de outros homens, assim conhecerás facilmente o que outros antes tiveram que trabalhar muito duro para conhecer.”  
Sócrates (399 – 469 AC).-***



## 2 INTRODUÇÃO

Segundo regulamentação do Ministério da Saúde do Brasil, o sistema de atendimento às urgências / emergências hospitalares deve-se estruturar a partir da leitura ordenada das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo da necessidade humana nas situações críticas. O Serviço de Emergência (SE) hospitalar, através da construção de indicadores, constituir-se-á em observatório do sistema e da saúde da população, o que contribuirá para o planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde (PORTARIA GM/MS, No. 2048 de 5 de Novembro de 2002).

Entretanto, a assistência às urgências / emergências hospitalares atualmente é afetada pela heterogeneidade de objetivos na gestão dos cada vez mais finitos e escassos recursos que, muitas vezes, visam apenas a sobrevivência das organizações (JACQUES, 2004). A noção de gestão estratégica, como prática estruturada, baseada em informações (dados gerenciais e gestão informada) obtidas especificamente para tal fim encontra-se ainda em fase de construção conceitual na maior parte dos componentes do sistema de saúde, tanto público quanto privado.

Muito além dos esforços governamentais e das organizações de saúde em geral [implantação de um projeto nacional de organização, qualificação e humanização dos serviços de urgência e emergência (PNS, 2004), organização de redes de cooperação técnica para o desenvolvimento e qualificação da atenção às urgências no Brasil, programas de formação acadêmica específicos, dentre outros) a concepção teórica de resultados (sejam estes assistenciais e / ou financeiros] nem sempre correlaciona-se com os resultados obtidos na prática.

É muito difícil obter benefícios financeiros nesses tipos de atendimento. Os esforços por salvar ou manter uma vida podem chegar a ter um limite muito distante. A assistência hospitalar das urgências / emergências é cara, no Brasil e no mundo por uma série de razões (crescente departamentalização e especialização dos hospitais, ou medicina defensiva com baixa resolubilidade, por exemplo). Desta forma a eficiência aparece como uma dimensão importante na vida da organização hospitalar, mas nas circunstâncias de ação do SE, nem sempre a mais importante (WILDBERGER; COUTINHO MELLO, 2004).

Os hospitais, e mais especificamente os SE, devem subordinar o conceito de eficiência (de cunho econômico: relação custo - benefício) a critérios superiores que justificam sua existência, como eficácia e efetividade, também indicadores de desempenho organizacional e de maior sentido de humanismo.

No Brasil e, sobretudo, no sul do país nos últimos anos, vem se desenvolvendo um movimento voltado para melhorar o gerenciamento das ações em saúde, através da avaliação de processos, desempenho e resultados. Os serviços de saúde como um todo e os SE em particular, pela situação problemática que atualmente atravessam, devem ser estudados em relação ao acesso (concepção clássica), mas também com uma visão moderna de qualidade do serviço prestado.

Donabedian (1988) e Bittar (2001) separadamente fundamentam, neste sentido, que a verificação da qualidade assistencial resulta do tripé: estrutura, processos e resultados. Para Bittar (2001) os resultados atingidos, os processos estabelecidos e as estruturas necessárias, analisados em conjunto oferecerão um panorama simples e rapidamente legível, com vistas a determinar as estratégias de ação. Segundo Donabedian (1988) uma boa estrutura incrementará a possibilidade de sucesso através da otimização dos processos, o que facilitará a obtenção dos resultados. Portanto, medir processos de qualidade e quantidade será imprescindível para o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação e o controle das atividades desenvolvidas no SE.

Não obstante, no SE aparece um determinante a mais da qualidade assistencial: o atendimento empático e humanizado do paciente em situação grave. Em nenhuma outra época histórica, a humanidade alcançou tantos avanços tecnológicos, em tão curto espaço de tempo como no século passado, mas apresentou como efeito adverso o incremento à desumanização.

Esse problema decorre de uma série de fatores entrelaçados, mas em muitos locais a falta de condições, sejam técnicas ou de gestão, e nem tanto de materiais ou de capacitação, é a que induz a desumanização. Assim, na distribuição dos recursos humanos e operacionais (equipamentos) deve ser ponderada, entre outros aspectos, a demografia e epidemiologia da população, aspectos geográficos de acessibilidade, aspectos econômicos e sociais, da mesma forma que é obrigatório compor um quadro detalhado dos recursos existentes: quantidade e localização, complexidade, entre outros. Em breves palavras: fazer gestão do SE.

O surgimento e a evolução das doenças e agravos à saúde no ser humano acompanham as diferentes formas de organização das sociedades. Hoje é observada uma transformação demográfica característica de uma verdadeira transição epidemiológica. Este fenômeno, derivado das atuais tendências populacionais (queda na taxa de fertilidade, aumento da expectativa de vida e progressivo envelhecimento da população, onde há gerações de filhos de 60 anos cuidando de pais na faixa dos 80 – 90 anos), fazem com que no Brasil e no mundo as causas de doença e morte estejam modificando-se.

O perfil epidemiológico brasileiro mostra elevados coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, câncer e trauma que o assemelham a um país desenvolvido. Em paralelo, a melhoria dos programas de saúde pública, o desenvolvimento da indústria farmacêutica e a evolução tecnológica trouxeram como resultado uma maior expectativa de vida para aqueles portadores de doenças crônicas ou degenerativas. Isso propicia um maior número de episódios de agudizações e descompensações de patologias crônicas que requerem atendimento médico nos SE de nossos hospitais.

Entretanto, a urbanização e industrialização aceleradas sem a infra-estrutura ou o planejamento adequado nos últimos 20 anos, produziram significativa elevação da mortalidade por causas externas (acidentes de trânsito e violência interpessoal, na grande maioria dos casos). Globalmente, as situações relativas às causas externas, em 2002, responsabilizaram-se por mais de 650 mil internações hospitalares no Brasil, o que toma conta de mais de 5% do total nacional (GAWRYSZEWSKI, KOIZUM; PRADO, 2004).

Nesse cenário, essas causas são atribuídas majoritariamente a questões sócio – econômicas e de desenvolvimento e, por isso, as condições variam de uma região para outra dentro do país e até mesmo de uma cidade para outra. Não obstante, surge como resultado a necessidade de se manter um sistema de atendimento de urgência / emergência estruturado, capacitado e planejado para atender as situações mais variadas e também de diversa complexidade.

A análise das características epidemiológicas da demanda, assim como a área de abrangência de um serviço, dentre outros, serão ferramentas muito úteis para determinar os objetivos de planejamento e gestão. Os efeitos dessa avaliação serão cumulativos, já que conhecer estes dados e a partir daí fazer uma análise completa dos processos relacionados, fornecerá os subsídios necessários para

atentar a situações que possam demandar tratamento especial (por exemplo treinamento de pessoas para atender determinados tipos de doentes).

Evidencia-se que a medicina no mundo está tomando duas grandes rotas, visando adaptar-se às necessidades da nova era e acompanhando a evolução sócio-econômica: o caminho da atenção primária ou preventiva e, por outro lado, a medicina de emergência, da situação imprevisível, porém sempre existente (BORGES; DI LEONI FERRARI, 2002; DI LEONI FERRARI, 2004). Daí a importância de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não graves (PORTARIA GM/MS, 2048/2002) assim como a recepção no nível da atenção básica uma vez resolvido o episódio agudo, que assegure a continuidade assistencial. Essas constituem preocupações não só socioeconômicas ou políticas, mas também de ordem sanitária.

A partir da Constituição Federal de 1988, várias iniciativas formais foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde com o Sistema Único de Saúde - SUS. O tempo dos SE chegou em novembro de 2002, com a Portaria GM/MS No. 2048. Ela estabelece os princípios e diretrizes de funcionamento dos sistemas estaduais de urgência / emergência e, ainda, aborda temas como a exigência de elaboração dos planos estaduais para a estruturação do atendimento hospitalar e pré hospitalar (fixo e móvel) de urgência / emergência, regulação médica destes, transporte inter-hospitalar. Ainda regulamenta a criação de núcleos de educação com a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos para a medicina de emergência.

Com um ideal propositivo e descritivo, não finalístico, esta regulamentação reconhece que, assim como os SE desempenham um importante papel, ao mesmo tempo, têm se transformado em um dos mais problemáticos setores do sistema de saúde. É abordada, particularmente, a crescente percepção da população geral de que o SE é a “porta de mais fácil acesso” ao sistema de saúde, e que para os gestores aparece como a “porta de saída” dos escassos recursos disponíveis.

Nesse contexto, observa-se também que existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo de atendimento das urgências / emergências, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área. Para tanto a Portaria 2048/2002 sugere que a organização desse sistema seja funcional e

estruturado, a partir das necessidades da comunidade onde for implantado e com marcada ênfase na humanização da assistência.

Gravidade, risco, emergência, desempenho e qualidade, como compatibilizar? Para a gestão da crescente demanda do SE, nos dias atuais, não só a prática embasada em uma atuação clínica sólida é vital, mas também noções essenciais de epidemiologia, informática, custos, administração e gerenciamento hospitalares, todos juntos com uma grande dose de criatividade e visão. Do confronto das necessidades diagnosticadas com as ofertas existentes, poderão-se projetar as ações a desenvolver, num processo de planejamento ascendente e dinâmico.

Para isso, são peças fundamentais a avaliação da utilização de recursos, baseada na compreensão global do processo de assistência, a eliminação da utilização desnecessária (desperdício), a busca constante de incentivos para aumentar a eficiência dos processos (criação de metas internas e externas) e a melhoria da qualidade através do conhecimento dos resultados (comparações entre metas, fatos, dados e informações) para entender as necessidades e avaliar o impacto das ações empreendidas.

Até o momento de conclusão da revisão, não foi evidenciada a existência de trabalhos que validem a inclusão da medição sistematizada de indicadores de compatibilidade entre desempenho, gravidade e qualidade na assistência dos serviços de urgência / emergência hospitalares com foco em um sistema de gestão específico para estes.

## 1.1. METODOLOGIA

É um estudo de revisão e síntese bibliográfica. A abordagem é focada em refletir o referencial teórico no campo da gestão dos serviços de urgência / emergência, baseando-se em indicadores de desempenho, qualidade e resultados no âmbito operacional.

O exercício de avaliar o desempenho encima de outros instrumentos além dos financeiros, mostra-se cada vez mais fundamental e tem invadido a mente das altas direções nas organizações de saúde públicas e privadas (JUNG; JACQUES, 2005). Por essa razão, indicadores de premissas financeiras ou revisões de modelos de financiamento em saúde foram, propositalmente, deixados de lado.

A escolha do assunto a ser tratado nesta monografia origina-se da percebida importância, no contexto atual, de modelos para gerenciar e melhorar o acesso, a qualidade e a humanização da assistência às urgências / emergências hospitalares. O delineamento utilizado baseia-se no definido por Goldim (1997) para os estudos bibliográficos de síntese: "Nos trabalhos de síntese o objetivo é buscar os pontos de contato entre produções científicas independentes, com a finalidade de gerar novos conhecimentos a partir destes" (GOLDIM, 1997, p.53).

Dessa forma, a metodologia de pesquisa em forma de revisão bibliográfica torna-se relevante por permitir conceitualizar e compendiar experiências anteriores no uso de indicadores que mensuram desempenho e resultados na área assistencial. Essas poderão ser de ajuda quando aplicadas à tomada de decisões para a gestão do SE e como estímulo para mudanças dos processos assistenciais em geral.

Ao mesmo tempo aponta-se a análise, através de paralelismos, das características mais ligadas aos aspectos no âmbito do planejamento assistencial real. Isso foi possível como resultado da experiência pelo autor de acompanhamento do processo de implantação de um Hospital de Pronto Socorro público de médio porte, e como assistente da equipe de gestão do SE de uma organização privada, ambas da região metropolitana de Porto Alegre - RS.

Contudo, embora várias posições teóricas serão notadas, analisadas e revisadas, um propósito do trabalho é ser eclético, mostrando apenas os caminhos de como explorar a rica variedade de opções disponíveis no campo temático.

O foco da atenção é dirigido principalmente ao setor público, por ser onde, “*a priori*”, se registra o maior peso da demanda por assistência de urgência / emergência, mas foram captados também trabalhos do setor de saúde suplementar quando se revelava um tópico de importância analítica.

Na revisão teórica é empregada uma pesquisa sistematizada nas principais bases de dados da área da saúde disponíveis *on line*, através da organização e classificação das publicações na área em estudo dos últimos 15 anos (janeiro 1990 a março 2005) tanto do setor público quanto de saúde suplementar, nos idiomas português, espanhol e inglês.

Para tanto, realizou-se o cruzamento dos unitermos direcionadores: “serviços médicos de urgência”; “serviços médicos de emergência”; “medicina de urgência”; “medicina de emergência”, “preditores de risco”; “indicadores”; “indicadores de desempenho” e “indicadores de qualidade”. As bases de dados analisadas foram: Health Business FullText Elite e Biomedical Reference Collection dentro da EBSCO database; Medline; Medscape; Biomednet; Ovid; Bireme e dentro desta foi explorada a Biblioteca virtual em saúde e Biblioteca Cochrane, SciELO e pesquisas de periódicos incluídos na Biblioteca CAPES.

Da revisão resultaram duzentos oitenta e seis materiais para análise, entre artigos, capítulos de livros ou outras fontes de informação. Selecionaram-se, após estudar o ajuste do conteúdo aos objetivos estipulados, setenta e duas, que constituem os efetivamente referenciados. Todavia, incluem-se oito comunicações não impressas pela relevância que os conteúdos desses materiais acrescentaram ao assunto a ser tratado.

## 1.2 OBJETIVOS

### Geral:

- desenvolvimento de um sistema gerencial de controle (SGC) assistencial para serviços de emergência hospitalares (SE) baseado em indicadores de desempenho e qualidade assistencial que permita, sistematicamente, avaliar o dia-a-dia e assim gerenciar a rotina da assistência hospitalar às urgências / emergências.

### Específicos:

- realizar uma revisão bibliográfica sistematizada sobre gestão de SE visando conhecer o “estado da arte” no campo temático;
- estruturar indicadores operacionais ajustando-os à gravidade dos pacientes e alinhando-os à gestão do SE;
- revisar na literatura a existência de um indicador ou um conjunto desses que permita especificamente a gestão em tempo real da demanda por atendimento do SE;
- propor ferramentas baseadas em indicadores de desempenho e qualidade que, em uma sistemática operativa, acerquem assistência e gestão no SE hospitalar.



### 3 FUNDAMENTAÇÃO

- **Por que um modelo de gestão específico para o SE? Contexto e princípios que orientam o sistema gerencial de controle**

Desde sempre é necessária a existência de formas de registrar e identificar os problemas de saúde das comunidades para poder agir sobre eles. É difícil pensar em melhoria sem avaliação ou em planejamento sem controle, enquanto a busca da qualidade em saúde representa um imperativo técnico e uma exigência social. Daí a validade de mensurar resultados e avaliar a efetividade das ações na atenção de urgência / emergência como em qualquer outra área hospitalar.

Para tanto, torna-se fundamental a criação de mecanismos de gerenciar neste processo, e definir uma assistência adequada, mantendo um padrão de qualidade consoante com as necessidades da população. Procuram-se novas formas de assistência médica que melhorem a atenção aos pacientes e, por outro lado, assegurem uma mais eficiente utilização dos recursos disponíveis. Dentro desse particular, a definição de um conjunto de indicadores para avaliar e monitorar padrões de desempenho e qualidade é uma etapa fundamental. Esta prática deve considerar, além da teoria e a prática da assistência propriamente ditas, a cultura e as características próprias da organização (KLUCK, GUIMARÃES; FERREIRA, 2002).

Não é possível gerenciar ou decidir sobre o que não é objetivamente conhecido ou medido (KAPLAN; NORTON, 1992). Configura-se a partir daí a necessidade de um sistema específico e sobretudo confiável, de apoio aos gestores de serviços de atendimentos de urgência / emergência no Brasil, tanto no sistema público como privado. Com base no elenco dos indicadores selecionados, e no modo como estão definidos os dados que subsidiam cada um desses poder-se-á organizar um sistema de informação estruturado: neste caso o Sistema Gerencial de Controle (SGC).

Através da revisão teórica executada, detectou-se a inexistência de indicadores que sistematizem especificamente a relação entre gravidade - risco *versus* desempenho e qualidade de atendimento nos SE hospitalares como elemento de gestão. Os dados referentes à gestão de serviços de urgência /

emergência hospitalares ou geradas a partir dessa, não estão facilmente disponíveis, pois muitas vezes surgem de estudos não específicos e, assim sendo, tratam-se de meras aproximações à realidade.

As bases do SGC, associando uma visão de gestão à assistência ao paciente, resultam numa ampliação do enfoque atual, alcançando assim, um modelo com efetiva integralidade e maior abrangência das ações entre gestão – operação (assistência) do SE. A proposta do SGC leva à eleição de prioridades sinalizadas pelos indicadores em função de: frequência de ocorrência e relevância; transcendência (importância do problema); capacidade de intervenção, ou seja, vulnerabilidade do problema às ações possíveis; e utilidade - entendida como o ganho através da posta em funcionamento de determinada ação.

Que benefícios traduz para o Hospital e para a qualidade assistencial um SE estruturado através da aplicação de um sistema de avaliação baseado em indicadores? As respostas centram-se em: a) melhor organização da atenção aos pacientes; b) melhoria nos processos (adequação das internações hospitalares ou índice de reconsultas) visando melhores resultados (satisfação dos usuários a respeito da qualidade do atendimento, otimização de custos); c) impulso ao ensino e à pesquisa no campo da medicina de emergência; d) estímulo ao aperfeiçoamento e a melhorias profissionais para a equipe assistencial como um todo, o que redundará em benefícios indiscutíveis para os doentes. Um elemento chave na fundamentação do SGC surge do concluído por Audibert (2003, p. 36) em consulta específica encaminhada pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul para referir à situação da medicina de emergência no Estado:

“[...] uma parte do esforço de melhoria e qualificação do atendimento deve ser direcionada para a preparação do profissional médico para a gestão do atendimento de emergência, condição tão relevante, muitas vezes, quanto o próprio trabalho de atendimento médico.”

Em concordância, Escrivão (2004) afirma que é fato que a profissionalização da gestão na área de saúde deixou de ser apenas uma vantagem competitiva ou um diferencial organizacional, tornando-se um determinante básico, como na maioria dos outros setores da economia. A adoção de ferramentas de avaliação não sistematizadas (quando utilizadas), não sustenta os hospitais na qualificação dos seus processos assistenciais, porque falham em colher informações relevantes para o paciente e para a qualidade assistencial.

As normas operacionais da assistência à saúde assinalam que a avaliação da qualidade da atenção por parte dos gestores tem que envolver tanto a implementação de indicadores com base em critérios técnicos, quanto a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários, que considerem a acessibilidade, resolubilidade e qualidade dos serviços prestados (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Surge dessa análise, que os indicadores são medulares na construção do mapa estratégico da organização e na avaliação das metas propostas (resultados). O uso dessa metodologia permite a comparação entre organizações e muito contribui para o desenvolvimento de estratégias de melhoria da qualidade assistencial, apontando à freqüência de situações específicas de relevância analítica e a proporcionalidade destas no quadro geral de operação.

Os indicadores constituem apoio da gestão geral da área numa visão global, permitindo análises mais apuradas da utilização dos recursos médico-hospitalares e apontando as prioridades e as políticas a serem implementadas para cada um dos casos ou processos estudados. Por exemplo, os indicadores podem desdobrar-se por processos específicos de cada fase do atendimento (classificação de risco, tempos de permanência na sala de espera, tempo de resposta do laboratório, tempo de resolução do atendimento, etc.).

A utilização de indicadores com essa ênfase tem sido cada vez mais valorizada, postulando-se que esse mecanismo permita a “gestão informada”, crescentemente requerida na prestação de contas às distintas partes interessadas na performance dos serviços de saúde (DI LEONI FERRARI, 2004). Entretanto, os indicadores devem ser dinâmicos e flexíveis, mudando a partir de resultados de controles periódicos de eficiência e validade.

Um SE moderno deve apostar no gerenciamento da assistência através da gestão informada, para atingir as premissas de eficácia de processos, aprendizado e crescimento da equipe, melhor atenção aos usuários e, portanto, qualidade. Porém, em alguns casos, determinar os indicadores de avaliação de desempenho e a qualidade dos serviços prestados mais adequados ao SE tem se mostrado uma tarefa bastante complexa. Frente a esse particular, há que evitar cair na armadilha muito freqüente de focar as energias naquilo que é fácil de medir, em vez do que mais exige atenção ou ações. A objetividade do processo avaliativo virá do uso de

indicadores que meçam e integrem dados que permitam desenvolver ações sobre os resultados.

A gestão específica do SE (seja dentro de um modelo maior de gestão ou analisada isoladamente – micro-gestão), desenvolvida através de um sistema de controle assistencial, visa aprimorar os serviços e adequá-los aos objetivos da organização. Dirige-se aos recursos, aos custos, às necessidades da clientela e às expectativas do usuário e à epidemiologia local, obtendo os melhores resultados, isto é: aumento da qualidade assistencial e, acima de tudo, segurança para o doente.

A grande maioria dos sistemas de controle não tem foco na gestão e são criados para o nível operacional. Um dos grandes desafios a ser enfrentados está em determinar quais indicadores dos já existentes serão privilegiados para análise e como construir aqueles outros que evidenciem o que o SE precisa “enxergar” para melhorar sua gestão. Desde essa ótica, o SGC tenta não constituir apenas uma relação de medições, senão, descrever a estratégia de organização do SE. O sucesso do modelo proposto depende tanto da sua posta em prática (ambiente) como dos seus executores (envolvimento). A sua eficácia – efetividade será resultado da sua utilização (boa ou má) e do que se faça com os dados obtidos para a gestão no dia-a-dia.

O modelo proposto visa responder uma questão central: quais os indicadores que devem estar disponíveis para gestão do SE hospitalar que sejam efetivamente úteis para orientar a tomada de decisões? Segundo Knobel, Haibi e Avezum (1998) a informação clínica é a moeda a ser utilizada nos serviços de saúde, devendo ser sólida e consistente o suficiente para proporcionar melhoria nos padrões de excelência na estratégia da prática clínica. Nessa visão, as instituições passariam a ser analisadas por meio dos indicadores clínicos derivados das informações clínicas.

É importante ressaltar que, ao se pensar em formatos, métodos e informações a serem colocadas à disposição de gestores e de profissionais de saúde em geral, as possibilidades poderiam ser infinitas. No entanto, foi importante o amadurecimento de desenhos iniciais que serviram como guias para conferir ao modelo a necessária clareza e precisão, aliadas à imprescindível racionalidade na sua conformação. O aumento considerável de dados à disposição dos gestores necessita de uma abordagem objetiva e finalística para que decisões sejam tomadas eficazmente. Essa eficácia partirá de informações relevantes: a gestão informada,

desconsiderando outras desprovidas de significado e associando-se, numa visão integradora, os objetivos estratégicos a medidas concretas de melhoria do desempenho organizacional.

Em termos gerais, o SGC, de uma forma bastante ambiciosa, visa também criar um sistema de avaliação em várias dimensões focado em traduzir as ações por intermédio dos indicadores, mensurando a maneira como os processos direcionam o desempenho. A importância da mensuração do desempenho vem de lograr uma maior clareza e alinhamento do pensamento entre a direção e a operação (gestão informada), potencializa a capacidade de ação, incentiva a produtividade e a qualidade e cria a cultura do resultado (JUNG; JACQUES, 2005).

Nos últimos anos, na área da saúde, e mais especificamente na assistência hospitalar, muito se avançou a respeito da gestão em saúde, especialmente na aplicabilidade desta na órbita pública. Esse avanço está caracterizado pelo interesse dirigido ao aumento da eficácia e efetividade, somado à otimização do uso dos cada vez mais limitados recursos: isto é aumento da eficiência. Com isso, além da própria noção de gestão, muitos outros conceitos novos vieram à tona. Daí a importância de utilizar as definições de forma acurada, pois as palavras vêm carregadas de conceitos, que dão a elas uma especificidade característica.

Define-se eficácia como o impacto de uma intervenção sob as melhores circunstâncias possíveis. É diferente de efetividade, que quando referida a um serviço de saúde ou intervenção, é o grau em que os objetivos ideais são atingidos na realidade ou, ainda mais especificamente, como a qualidade de um serviço encontra-se em conformidade com normas predefinidas de cuidados de saúde (KNOBEL, HAIBI; AVEZUM, 1998). Para Stenzel, Misoczky e Oliveira (2004) a efetividade é a tradução da eficácia do mundo experimental (efeito potencial) para o mundo real (efeito possível). Em soma, uma intervenção pode ser eficaz sob determinada circunstância, mas não ser efetiva dentro das condições reais do dia-a-dia. A eficiência aparece em estreita relação com os conceitos anteriores e é muito próxima do entendimento do que é custo-efetivo, ou seja, uma conotação de cunho mais econômico. Uma intervenção poderia ser caracterizada como eficiente se for efetiva e de custos baixos.

Enxergar processos para melhor usar os recursos e assim obter os melhores resultados faz parte da gestão. Frequentemente, a utilização dos recursos é o determinante da relação eficácia – efetividade – eficiência. Um exemplo disso é a

redução do desperdício, o qual pode ser de três tipos: assistencial (falta de protocolos que levam à superutilização de materiais para uma determinada tarefa básica ou rotineira), administrativo (uso de determinado item e não registro do uso, então não existirá faturamento e na conta final é desperdício), por ociosidade (qualquer recurso disponível e não utilizado, como por exemplo: equipamentos parados por avaria) (JACQUES, 2004).

A gestão em saúde é um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde. Gestão é definida, resumidamente, como planejamento, execução e controle. Fazer gestão implica conhecer em cada situação concreta, quais os serviços que, de fato, resultam em um impacto positivo ao bem estar da população em foco (neste caso: o doente em situação de urgência / emergência). Também é criar novos projetos baseados em sugestões da clientela, que permitam aumentar a qualidade do serviço e a satisfação do usuário, antecipando e detectando necessidades e expectativas. Desenvolve-se como a atividade e a responsabilidade de dirigir um serviço mediante o exercício de coordenação, articulação, negociação, planejamento, controle, acompanhamento e auditoria. Dessa forma, inclui um conjunto de tarefas como: investigação, programação, delineamento de objetivos, coleta de dados, avaliação e outras necessárias.

O processo de planejamento, no contexto da gestão em saúde, deve considerar que a decisão de um gestor sobre quais ações desenvolver é fruto da interação entre a percepção das necessidades (que poderiam resultar das informações clínicas como sinalizado anteriormente) mas também dos interesses do paciente – usuário. Dessa interação - motivada pela busca de soluções para os problemas - resulta a implementação e posterior execução de um plano capaz de modificar a situação sobre a qual se trabalha, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade na assistência à saúde (controle).

Sobre a idéia de qualidade, apesar de que inexistente um consenso na literatura sobre sua definição para a área da saúde, unanimemente associa-se a uma forte conotação de caráter ou atributo positivo (STENZEL, MISOCZKY; OLIVEIRA, 2004). Ela é, sem dúvidas, a palavra mágica por trás de todos os grandes empreendimentos e hoje é uma exigência da população em qualquer âmbito.

Vários autores (DONABEDIAN, 1990; KNOBEL, HAIBI; AVEZUM, 1998; WILDBERGER e COUTINHO MELLO, 1998; MISOCZKY; VIEIRA, 2001; KLUCK,

FERREIRA; GUIMARAES, 2002; STENZEL, MISOCZKY; OLIVEIRA, 2004; BITTAR, 2004; JACQUES, 2004; GURGEL; VIEIRA, 2004; JUNG; JACQUES, 2005) apresentam suas definições para o termo qualidade. Todas confirmam a percepção de que a tentativa de conceituá-la e, sobretudo, a qualidade em saúde com seus atributos, tem se revelado uma tarefa complexa. Em qualidade, a única constante é a mudança e, com essas, mudam as definições e os alcances, incorporando novos elementos, tornando-a um termo difícil de ser conceituado.

Medir qualidade no SE apresenta-se ainda tão ou mais difícil do que defini-la, mas com o foco na qualidade da assistência, algumas atitudes básicas serão necessárias para a obtenção de bons resultados. As situações de urgência / emergência exigem que o tempo de resposta do processo executado seja curto, reforçando a necessidade das ações estarem descritas, treinadas, confiáveis e com clara determinação de responsabilidades. Com este fim é inevitável contar com recursos humanos motivados e capacitados através de investimento em treinamento comportamental e técnico constante, que além de obter resultados na atividade fim, também transpareça a visão global de toda a instituição na busca da qualidade.

Do anteriormente analisado pode-se concluir que não interessa a qualidade “*per se*”, interessa em função de como e quanto melhora o resultado, que neste caso é o atendimento humanizado ao paciente em situação grave ou emergencial.

Os termos emergência, risco e gravidade, também caracterizam-se por ser polissêmicos, sem encontrar uma única definição na literatura devido a que são muito elásticos na sua concepção e utilização e, além disso, por estarem muito carregados de subjetividade.

O Conselho Federal de Medicina do Brasil (CFM, RESOLUÇÃO 1451/95) define emergência como a “constatação médica de condições de agravo à saúde que implicam risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”. Urgência, entretanto, é definida na mesma resolução como a “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. As diferenças entre ambas definições apresentadas estão dadas pelo risco: esse é iminente na situação de emergência, e potencial na urgência.

No campo assistencial, o conceito de risco é multidimensional e relaciona-se com prognóstico. Via de regra, o risco tem também uma associação com gravidade, dado que um importa em função do outro. A maior gravidade de uma situação trará

maior risco de desfechos indesejados (óbito ou perda de função, etc.). O risco é definido como a probabilidade de acontecimento de um determinado desfecho ou situação. Tem, no entanto, influência de diversos atributos do paciente como: idade, sexo, cultura, fatores étnicos, socioeconômicos, psicológicos e cognitivos, preferências do paciente e / ou seus familiares, além do próprio estado do doente: instabilidade clínica, diagnóstico principal, extensão e gravidade das comorbidades, estado funcional prévio (reserva fisiológica).

Pela sua vez, uma outra diferenciação de importância conceitual é a existente entre gravidade e complexidade. Frequentemente a complexidade é interpretada como gravidade, pois confunde-se o fato dos pacientes graves necessitarem de maiores recursos, e que geralmente, mas não absolutamente, são de maior risco. Desta forma será mais exato medir a complexidade através de eficiência (resultados obtidos em função dos recursos utilizados).

Finalmente, o termo desempenho não é diferente dos anteriores e apresenta diferentes usos, mas sempre se relacionando aos termos comportamento e qualidade. É muito comum usar a meta de melhorar o desempenho ajustando-o à existência de um padrão de referência, em relação à idéia da melhoria da qualidade e suas especificações possíveis. A mensuração do desempenho nos processos relacionados à atividade fim vêm-se desenvolvendo como consequência da crescente profissionalização da gestão. Nesse eixo, os indicadores de desempenho e qualidade assistencial aparecem como o elo entre os objetivos e a execução operacional da atividade assistencial, subsidiando os indicadores de resultados.

Para a área da saúde, Martins, Travassos e Noronha (2001) afirmam que para o uso de medidas de desempenho é imprescindível a adoção de ajustes de risco, porque o valor do cuidado resulta do somatório de um conjunto de fatores. Dentre deles destacam: características dos pacientes, a adequação do tratamento e efeitos aleatórios. Variações no desempenho assistencial seriam explicadas através de diferenças no perfil de pacientes atendidos (*“mix”*), na comparação de indicadores de resultados em função desse risco, nos custos ou no consumo de recursos derivado das características desses doentes (gravidade e complexidade).

Entretanto, junto a caracterização da qualidade do cuidado prestado, existem outros fatores determinantes, também de importância aos resultados do SE em particular: processos organizacionais que facilitam o desenvolvimento da atividade



fim, o planejamento e protocolização, os recursos disponíveis e o treinamento da equipe, por citar os primordiais.

O setor saúde apresenta características peculiares que o separam de outros setores da produção. Nele, não se tem como medir ao longo do processo produtivo os custos da não qualidade, isto é, o quanto a organização perde em função de erros na produção (sobre-trabalho, re-trabalho e desperdício). Também existe a inseparabilidade: os serviços são prestados e consumidos no mesmo momento, o que está atrelado com a noção de perecibilidade: os serviços não podem ser produzidos, verificados, armazenados e ofertados quando o usuário aparece, sendo produzidos no momento do consumo, ou seja tampouco podem ser estocados. Ainda, no SE somam-se dois elementos diferenciais a mais: por um lado a variabilidade: entendendo-a como a dependência da habilidade do prestador de serviço e, por outro, o fato de que em algumas situações, reduzir a demanda pelo “produto” pode ser um objetivo - como o é através de ações de promoção à saúde que visam, entre outras coisas, reduzir a demanda por consultas médicas no SE e internações hospitalares evitáveis.

Não obstante, pese a interação cumulativa das especificidades analisadas anteriormente, de nenhuma forma justifica-se a falta de planejamento ou estratégia nas ações. Ao contrário, exige-se uma preparação e criatividade específica para transitar esta área. Atualmente dentro da organização hospitalar, o SE é uma das áreas mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência ao doente grave.

Entretanto, a esses fatores, no âmbito público, soma-se ainda a freqüente falta de recursos para operacionalizar as estratégias traçadas. Para este autor, o Sistema Único de Saúde - SUS aparece idealizado como um plano de primeiro mundo, mas infelizmente com financiamento de terceiro mundo. Aparece muito generoso na sua oferta de serviços à população mas elevadas dificuldades fiscais para cobrir os custos gerados por tal generosidade.

Do exposto até agora, surge a necessidade de revisão das ações visando a eficiência assistencial dos SE (melhorar os prolongados tempos de espera por atendimento, médias de permanência elevadas, etc). A análise através de indicadores proporcionará meios mensuráveis para descrever tanto a realidade da organização quanto orientar os processos decisórios (princípio de relevância) que

levam a estabelecer as modificações necessárias, quantificando o nível de desempenho das atividades em um processo ou seu produto em relação a metas previamente especificadas. A complexidade da assistência hospitalar, sobretudo em situações de emergência, gera a necessidade de serem utilizados indicadores para avaliação e acompanhamento de processos e resultados, que serão tomados como base em estudos sobre produtividade e eficiência.

Nessa busca, o SGC, através da linguagem por ele convencionada, organiza a realidade e visa decodificar o problema. Objetiva contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de análise e para organização dos resultados das ações no nível gerencial, permitindo que a partir de seu desenvolvimento seja possível uma adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, se qualifique a assistência e promova a capacitação contínua.

Por que o SGC? A situação das unidades de atendimento de urgência / emergência deve ser continuamente acompanhada, muito embora realizar medições na realidade do sistema de saúde apareça como uma tarefa complicada, tendo em vista as dificuldades na uniformização do registro, notificação e sistematização de parâmetros de cobertura. A flutuação contínua da demanda e das atividades nestas unidades, com a conseqüente variação constante na utilização dos recursos levando-se em consideração a hora do dia, o dia da semana ou sobre uma base sazonal (férias de verão, aumento da violência e acidentes de trânsito nos finais de semana, viroses emergentes, etc) necessita uma vigilância permanente (PORTARIA GM/MS, No. 1101/2002). Para tanto, há a necessidade da mudança de paradigmas e da utilização de novos sistemas de medição. Assim, novos instrumentos de gestão desenvolvidos como sistemas de avaliação, devem ser criados.

Na sua estruturação, o Sistema Gerencial de Controle (SGC) utiliza, como modelo de gestão, à proposta do *Balanced Scorecard* (BSC), nas bases do publicado por Kaplan e Norton na Harvard Business Review no início da década de 90 (KAPLAN; NORTON, 1992). Nesse entendimento, um modelo de gestão é o conjunto de subsídios que dará o suporte para o alcance de resultados. É o modo genuíno de uma organização planejar, dirigir e controlar os vários recursos e sua utilização, para intervir e obter resultados no processo saúde – doença (JUNG; JACQUES, 2005). O BSC tem como premissa maior ligar o pensamento estratégico à execução operacional, facilitando a construção e estruturação do sistema de

avaliação de desempenho que guiará a qualidade, através do uso balanceado de um conjunto de indicadores (JUNG; JACQUES, 2005).

Através do BSC obtêm-se um melhor e mais completo conhecimento do que ocorre na organização, facilitando o conhecimento do desempenho institucional e profissionalizando a gestão. Essa ferramenta tem se mostrado particularmente valiosa para os hospitais, uma vez que, diferentemente da abordagem tradicional de gerenciamento, aborda com intensidade às dimensões qualidade e aprendizado e crescimento. É uma metodologia útil como guia complementar para, através das suas premissas, ter uma noção abrangente dos principais processos a serem objetivados na gestão do SE e suas inter-relações, o balanço entre eles e o impacto no sucesso estratégico da gestão. Também servirá como marco para a melhoria do desempenho, visualizando resultados objetivos e subjetivos, medidas internas e externas, financeiras e não financeiras.

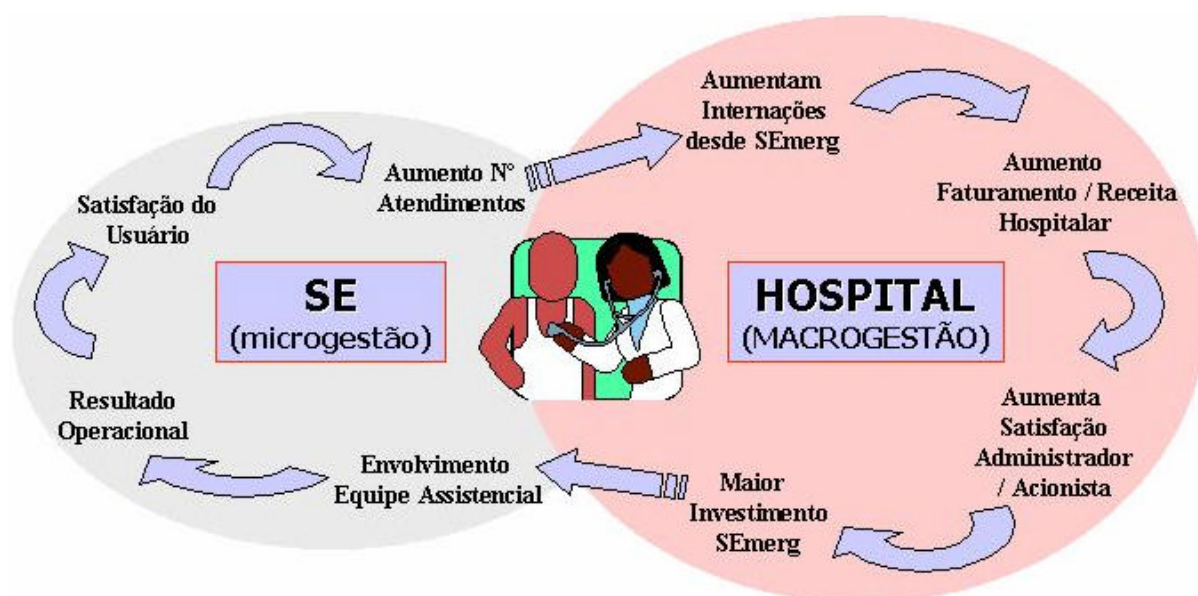
Kaplan e Norton (1992) apresentam quatro premissas no seu trabalho original como suporte para o modelo desenhado: a perspectiva Financeira, os Processos, Clientes e Aprendizado e Crescimento. Todavia, na ótica do SGC proposto nesta monografia e para atender os objetivos gerais e específicos que motivaram o estudo, foram necessárias adaptações para operacionalizar o peculiar âmbito do SE (tabelas 1 até 4 nos capítulos a seguir e compendiados no Anexo A).

As premissas que constituem a matriz de indicadores do SGC (e que serão analisadas em capítulos individuais) incluem, portanto: Processos (pressão externa, pressão interna e qualidade assistencial) com ênfase na qualidade, a capacidade técnica e resolutive do SE e também medindo o funcionamento desse do ponto de vista organizativo, da qualidade de processos relacionados à assistência e visando um resultado a partir de um padrão pré-estabelecido; e a tradicional perspectiva de Aprendizado e Crescimento visando que o gestor do SE determine o que os pacientes – usuários valorizam e as fontes (recursos) requeridas para satisfazer essas expectativas.

A premissa Usuários substitui à original de Clientes, e nela se incluem como domínios a satisfação do usuário (cliente) interno e externo. Contudo, embora tenha igualmente o foco na satisfação do paciente – usuário – cliente, usa-se outra nomenclatura em razão de que a tradicional relação cliente – fornecedor na área da saúde assistencial não é precisa e não se enquadra, para alguns autores, dentro de uma relação comercial tradicional (não constituiria estritamente a definição de

cliente), como será analisado em profundidade à frente; outrossim, para a constituição do SGC, com um objetivo abrangente e levando em conta as peculiaridades do SE, dos moldes originais do BSC troca-se a premissa financeira pela de estrutura. Nela são incluídos os domínios: ambiente, extensão e recursos humanos.

Na figura 1 é apresentado um diagrama (adaptado de PROCTOR, HALL; CARR, 2004) que mostra a articulação do sistema de gestão proposto no SGC, o foco das premissas básicas do BSC e como são abordadas no âmbito do modelo criado. Junto ilustra-se uma seqüência cíclica de eventos inter-relacionados na evolução dos macro-processos que demonstra a importância que o SE pode chegar a ter quando integrado e inserido na estratégia global da organização hospitalar.



**Figura 1 - Relação SE (microgestão) - Hospital como um todo (macrogestão).** Modificado de Proctor, Hall; Carr, 2004.

A modo de mera exemplificação, situaremos-nos no contexto da saúde suplementar e toma como entrada à equipe assistencial. Na inter-relação apresentada, uma equipe comprometida com uma cultura de alto desempenho reforçará a eficácia operacional. Através dessa, obter-se-á satisfação dos usuários, o que determinará maior demanda para o SE e, portanto, um percentual maior de ingressos hospitalares (internações, autorizações de internação hospitalar (AIH) e geração de receita). Isto produzirá aumento do faturamento com a conseqüente satisfação dos acionistas / administradores institucionais. Eles perceberão no

investimento no SE uma fonte de geração de receita para a organização. Quando voltados para o SE e inseridos num sistema controlado, esses recursos significarão uma oportunidade de novo aumento do desempenho operacional (políticas de incentivos aos empregados, plantões extras, reformas estruturais, etc) para atender o incremento da demanda e assim poder manter os níveis de satisfação atingidos, os que gerarão mais clientela e portanto mais receita e assim ciclicamente (PROCTOR, HALL; CARR, 2004).

O SGC tem como norte a melhoria da qualidade assistencial de urgências / emergências à população. Visa sair de uma gestão de números para entrar numa gestão de valores. Centra-se nas perguntas (que englobam as premissas do BSC): - quais as metas financeiras impostas? – quem são os usuários e o quê eles valorizam? – em quais processos deve-se atingir um nível ótimo? – o quê a equipe precisa para atingir esse nível? (PROCTOR, HALL; CARR, 2004).

Nos capítulos a seguir será apresentado um conjunto de indicadores que estabelece uma sistemática homogênea para avaliação e monitoramento dos SE. Configura-se a partir de dados facilmente coletáveis do processo do atendimento ao paciente / usuário do serviço e comporta mecanismos de ajuste, tudo o que será de utilidade ímpar para uma gestão eficaz uma vez transformado em informações gerenciais.

## 4 INDICADORES

### – Noções gerais, uso e aplicabilidade

A melhoria dos resultados em saúde representa um imperativo técnico e social. Nessa busca completam-se quase 20 anos de movimentos diversos: auditoria – acreditação, esforços constantes na busca de qualidade, rotinização e protocolização. Agora é o momento dos indicadores (MANT, 2001).

Esta secção ilustra os aspectos gerais acerca de indicadores e sistemas de avaliação no âmbito da gestão operacional e da qualidade assistencial. No SE tem-se variadas razões para a avaliação do desempenho e da qualidade. Dentre outras, existem razões políticas, incluindo aquelas vinculadas com políticas locais, estaduais ou nacionais de atendimento às urgências / emergências como a Portaria 2048/2002; de responsabilidade financeira, com aqueles que são responsáveis pelos repasses para o funcionamento e melhoria do atendimento (no caso público) ou do usuário na lógica privada; de valorização interna na organização, através da apresentação de resultados, logros e avanços obtidos na órbita assistencial e de satisfação do usuário.

Adicionalmente, avaliações da qualidade da assistência, numa forma integral visando sua melhoria, como manuseio dos resultados para a tomada de decisão clínica, são elementos imprescindíveis ao processo global de contenção de custos (KNOBEL, HAIBI; AVEZUM, 1998).

Quando utilizada na complexa área da saúde, a gestão informada fornece dados mensuráveis para descrever a realidade e as modificações devidas ao serviço prestado pela assistência. Os indicadores aparecem, portanto como marcadores (itens de controle) da situação da área, “performance” de serviços ou disponibilidade de recursos definidos para permitir a monitorização de objetivos e metas.

À medida que se avança, gera-se um processo cíclico de retroalimentação, onde o desempenho nutre o indicador, o indicador orienta o plano estratégico e o plano objetiva a necessidade de novos indicadores que, pela sua vez, avaliarão novos desempenhos. Se a avaliação se sustenta num valor de referência será necessariamente objetiva.

O que é um indicador e quais as suas características principais? Um indicador é um dado que sinaliza uma dimensão, um caráter, um parâmetro ou uma propriedade. No contexto assistencial deve refletir o fornecimento do processo de saúde, associado de forma causal com um resultado de interesse (KNOBEL, HAIBI; AVEZUM, 1998). Também é referido como medidas – síntese que contém informação sobre determinados atributos relativos a eventos de interesse, neste caso para a saúde (ESCRIVÃO, 2004). Entretanto, Engel et al, (2003) agregam que um indicador de saúde apenas terá valor significativo se compreendido e aplicado na realidade estudada, não podendo ser “atemporal”, “ahistórico” e muito menos neutro – ele expressa uma situação específica: tem foco no problema.

Os indicadores servem a um grande número de propostas e podem ser classificados segundo o tipo de informação a que se referem. Há os indicadores epidemiológicos – não medem ações diretamente, medem o impacto dessas; e os indicadores operacionais – processos e resultados (quantitativos e qualitativos, produtividade e custo), ou seja, verificação da execução e controle da qualidade final do produto (SIPAGEH, 2004).

A proposta por indicadores é usada para analisar dados para clarificar os resultados e rendimentos de processos. Verificar as entradas (indicadores em relação a recursos essenciais para fornecer um serviço), processo ou atividade (como é utilizado o recurso), indicadores de resultados de uso desses recursos e o impacto, ou seja, o efeito dessas saídas sobre outras variáveis ou fatores. Sempre o desafio do uso dos mesmos estará em fazer um escrutínio de uma situação - problema (os quê, qual, quem, onde, quando, como, porque e então de um problema) (SIPAGEH, 2004).

Indicador também é uma unidade de medida (sempre se expressa em forma numérica) de uma atividade, com a qual se estabelecem relações e que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar um determinado aspecto. São sinais que identificam ou dirigem a atenção para assuntos específicos (no caso qualidade assistencial e desempenho), já seja para estabelecer um processo de mudanças ou como estímulo a continuar e melhorar. Os aspectos principais destacados neste trabalho são a qualidade, o desempenho dos serviços e a geração de impacto em saúde dentro de um nível específico de atenção: o SE.

No contexto da gestão informada e do Sistema Gerencial de Controle (SGC), os indicadores (seja qual for a racionalidade) não serão um fim em si mesmos.

Serão ferramentas complementares de avaliação e diagnóstico aonde as utilidades vêm de descrever um determinado processo para logo compará-lo com as metas e objetivos propostos. Todavia, permitem comparações em diferentes tempos dentro dos mesmos locais (comparação interna), ou diferentes locais no mesmo tempo (comparação externa).

Com foco na gestão do SE, os indicadores permitirão análises quantitativas (avaliando o valor das atividades caracterizadas) ou qualitativas (o método associado). Dentro destas últimas deve-se sempre observar que os critérios qualitativos oferecem informação vasta, mas, muitas vezes, subjetiva e intangível. Entretanto, as avaliações quantitativas em geral estão alheias a subjetividades e pressupostos daqueles que realizam a medição porque utilizam procedimentos estandardizados, com base matemática, a imensa maioria deles.

Tomando emprestados conceitos de Jung e Jacques (2005) diferencia-se ainda um indicador de resultado, do que é um indicador de desempenho e um indicador de qualidade. O indicador de resultado retrata simplesmente o grau de realização ou não de uma meta ou objetivo. O indicador de desempenho avalia a forma de realização do conjunto de ações dirigidas às metas; subsidiam, portanto, os indicadores de resultados. O indicador de qualidade apura o grau de atendimento às expectativas e necessidades dos usuários, mas não é uma medida direta dessa, nem uma garantia da sua existência. O próprio fato da sua aplicação não assegura o resultado da qualidade. Nesse contexto, o desempenho está relacionado a avaliações da gestão, enquanto a qualidade está relacionada a avaliações da assistência. O resultado sai da somatória de ambas (JUNG; JACQUES, 2005).

Classicamente (DONABEDIAN, 1998) os resultados são vistos como demonstrações conseqüência da combinação de fatores da relação estrutura - processos (desempenho) depois dos efeitos de ações (ou não ações – deixar de fazer) ao paciente. Os indicadores de resultado são geralmente objetivos e facilmente capturados pela coleta de dados, mas em geral refletem o que já aconteceu num outro período, tendo dificuldade em apoiar decisões atuais. Poderiam ser chamados de indicadores de terceiro tempo, onde o primeiro tempo = coleta dos dados; segundo tempo = análise desses dados; terceiro tempo = decisões baseadas nas informações dos dois tempos anteriores.

É por isso que se destaca a importância e validade dos indicadores de tendência. Esses são vetores de informações que tentam sinalizar o resultado com



antecedência e permitem que ações sejam tomadas a ponto de alterar o resultado final. Tanto mais se aplicam quanto maior for o gradiente entre o desempenho atual e o desejado. O diferencial dos indicadores de tendência é que são os legítimos representantes das estratégias, e vetores de transmissão dos objetivos a serem alcançados. Conforme Jacques (2004) refletem o “*caminho*” e o “*como*” as coisas devem acontecer.

Como balizadores de situações, os indicadores em geral, constituem-se em importantes ferramentas de gestão que provêm um valor de referência a partir do qual se analisam os distintos pontos de vista existentes em relação a sua natureza e utilidade. Especificamente para a gestão do SE, o indicador deve refletir o fornecimento da assistência (adequação da admissão, tratamento e alta de doentes), referenciando-se na medicina baseada em evidências como “*benchmarking*” das melhores práticas, associado de forma causal com um resultado de interesse.

Entretanto, existem indicadores que auxiliam o processo avaliativo quando presentes, mas não oferecem informação de relevância à tomada de decisões quando ausentes: são os chamados indicadores sentinela. Jung e Jacques (2005) destacam que a característica primordial a ser analisada neles é o seu surgimento ou desaparecimento, sem ser importante o valor numérico do resultado da sua análise. Isso deriva do fato de eles avaliarem eventos que não devem ocorrer durante o processo assistencial, seja do mais básico (comprometimento do nervo ciático ou formação de abscesso após uma injeção intramuscular) ao nível maior de complexidade (extubação acidental, erro de medicação). Por outro lado, como sentinela também estão os que afirmativamente devem ocorrer rotineiramente e então é detectada sua falta (registro de dados mínimos necessários para assegurar o faturamento hospitalar no boletim de atendimento; assinatura e carimbo do médico, entre outros).

As características necessárias de um indicador poder-se-iam diferenciar primariamente em obrigatórias, adicionais (desejáveis) e não essenciais. As chamadas obrigatórias são aquelas que, através da sua análise, dão consistência ao indicador e, portanto, à sua análise. É consenso no material revisado (KNOBEL, HAIBI; AVEZUM 1998; BITTAR, 2001; KLUCK, GUIMARÃES; FERREIRA, 2002; STUBBS, 2004; JACQUES, 2004; DI LEONI FERRARI, 2004; SIPAGEH, 2004; JUNG, 2005) relacionar dentro desse grupo as seguintes características:

confiabilidade, disponibilidade e validade do indicador (Quadro 1). Dentro das características adicionais encontramos: sensibilidade, especificidade, objetividade, conteúdo da informação, discriminabilidade (Quadro 2).

<b>Quadro 1. Características obrigatórias de um indicador</b>	
Confiabilidade	Também se refere à fidedignidade. Deve ser capaz de fornecer o mesmo resultado se medido por diferentes pessoas em diferentes cenários, sob condições e circunstâncias similares com possibilidades mínimas de erro.
Disponibilidade	Os dados básicos de cálculo devem ser de fácil obtenção. Relaciona-se com a noção de simplicidade.
Validade	Somatório dos atributos acima (reflexão da verdade). É o grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações e não reflete outros fenômenos paralelos; isto é, a capacidade de medir o que se pretende, através da determinação da força de relação entre indicador, resultado e processo.

No grupo das não essenciais ou não obrigatórias destacam o elemento custo (indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizaria a sua utilização rotineira dando-se preferência àqueles de “baixo custo”, o que nem sempre é compatível com a sensibilidade ou validade necessária do indicador), a simplicidade e o critério de abrangência. Sem dúvidas, quanto a simplicidade, quanto mais fácil de buscar, calcular e analisar, ler e interpretar, maiores serão as chances de utilização (praticidade) para permitir apoio à gestão. Entretanto, existem situações onde se justifica sacrificar a simplicidade com a finalidade de obter o máximo de informação gerencial (objetivo da gestão informada).

Outros fatores primordiais a serem notados, porém não obrigatórios (dependem da metodologia da gestão) são a periodicidade de análise e as metas de cada indicador. Esses são pontos que têm que ser adaptados às necessidades de informação de cada gestor e a frequência com que é necessário estabelecer o processo decisório. A abrangência (ou cobertura) encaixa-se também nessa característica e objetiva sintetizar o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever (SIPAGEH, 2004).

De relevância também, embora não estrutural do indicador, é levar em conta o público alvo que manuseará a informação provista pelo indicador. Isso nos remete à pergunta: quem quer que este indicador faça o quê e em relação ao quê?

Diferentes atores, em diferentes cenários, para estabelecer diferentes ações devem atender à análise de distintos conjuntos de indicadores.

<b>Quadro 2. Características adicionais (desejáveis) de um indicador</b>	
Sensibilidade	Grau no qual um indicador é capaz de identificar todos os casos e as variações ocasionais de tendência do problema. Para servir ao uso prático, deve identificar eficientemente os processos que determinaram sua criação e detectar as variações no comportamento do fenômeno em estudo
Especificidade	O indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existe o problema para o qual foi criado. Um indicador é considerado sem utilidade quando avalia um processo com impacto mínimo ou questionável sobre os resultados.
Objetividade	Todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca. As unidades, escalas e operações necessárias para implementar o processo de medição devem ser compatíveis.
Conteúdo	Informativo da atividade para a qual foi desenvolvido. Deve prover informação para a tomada de decisões, estabelecer metas, comparações, priorizar atividades, etc. com consistência interna através de dados não contraditórios das atividades ou eventos que devem ser comparados.
Discriminatoriedade	Poder de refletir diferentes níveis operacionais, mesmo entre áreas com particularidades distintas. Relaciona-se com a utilidade e interessa na noção de gestão por especialidades ou serviços.

Para determinar a fonte de informação e o método, devem se identificar os dados necessários para o cálculo dos indicadores escolhidos (numerador e denominador). Esses dados podem ser extraídos de sistemas contínuos de registro existentes na organização (dados secundários) ou poderão ser produzidos por levantamentos específicos (dados primários), tudo com uma periodicidade pré-estabelecida. Dessa forma, todo indicador deve ter um responsável pelo seu acompanhamento, para não cair na função de medir e gerar dados que consomem recursos e tempo e não são levados em conta no processo decisório.

Do ponto de vista da expressão matemática do indicador, este pode ser uma razão, uma proporção, um coeficiente (taxa), ou um número absoluto. Habitualmente também são chamados de índices, mas via de regra um índice é o coeficiente obtido de maneira indireta ou é uma aproximação de um coeficiente. No sentido mais amplo, um índice é qualquer indicador.

Taxa ou coeficiente é o número de vezes que um fato ocorreu - valor que se coloca no numerador - dividido pelo número de vezes que ele poderia ter ocorrido (população exposta, por exemplo) no denominador, e multiplicado por uma base (é de praxe um múltiplo do valor 10) e sempre definido no tempo e no espaço.

Pela sua vez, razão é a relação entre dois números ou entre determinados valores, onde o numerador não tem, necessariamente, a mesma natureza do denominador, mas há uma relação lógica entre ambos.

As proporções utilizam no numerador dados que sempre estão contidos no denominador, isto é, são da mesma natureza.

O Quadro 3 apresenta os itens essenciais a serem levados em conta para a montagem de um indicador. É oportuno reforçar neste momento que, do processo de estruturação e montagem do indicador, a fórmula do mesmo nem sempre é o item mais importante. O elemento crucial da construção gira em torno da informação que o indicador proverá e o uso que dar-se-á esta (quem quer que o indicador faça que, utilizará o produto do indicador em relação ao quê e com que objetivo), já que a estratégia de informações por indicadores nunca é de graça, envolvendo esforços de pessoas, tempo e muitas vezes custos.

<b>Quadro 3. Montagem de indicadores</b>
Nome do indicador
Objetivo / metas
Público alvo
Fórmula
Tipos (taxa - coeficiente, razão, N° absoluto, fato)
Fonte de informação
Método
Responsável
Frequência captação dos dados

A gestão informada relaciona-se estreitamente com a base do pensamento epidemiológico: informação para a ação. Deve ser, portanto, uma prática contínua e incorporada aos processos regulares da organização. A produção de informação e conhecimento úteis para a gestão de sistemas ou serviços de saúde está relacionada com o desenvolvimento da capacidade de identificar, através da análise de indicadores, as variações observadas e os fatores que as determinam.

É importante ter em mente que também se inclui nessa lógica o peso da informação sobre o resultado dessa ação (se foi implementada ou não, se teve impacto ou não, e assim por diante). A gestão informada além de ter um referencial comparativo, permite qualificar o papel da gestão da assistência em saúde. Para cada nível de gestão devem ser montados os indicadores relativos ao processo sob sua respectiva responsabilidade, sendo estes indicadores disponibilizados em intervalos de tempos adequados aos processos de tomada de decisões de cada um desses níveis. A partir destas leituras são decididos os balizadores essenciais para avaliar o desempenho e os resultados desejados (metas).

O SGC do SE conforma-se em sistema de escrutínio com ênfase em descrever situações existentes neste âmbito e integradas com o gerenciamento de um programa de intervenção, atuando sobre os processos para a melhoria da qualidade. Visa proporcionar referenciais para os processos e atividades sob avaliação, assinalar mudanças e monitorizar tentativas de melhorias (resultados) e medir o grau de eficiência (consumo dos recursos: custo e tempo) e de eficácia (resultados da qualidade) da organização (JACQUES, 2004). Nessa abordagem, as funções principais da utilização do SGC são: comunicar adequadamente a estratégia (objetivos estratégicos), conduzir aos resultados desejados (metas) direcionando ações para a operacionalização da estratégia, e servir de meio para o estabelecimento de novas metas e melhorias com uma base definida de atualização.

Deve haver pelo menos um indicador de resultado para cada meta planejada. Nessa lógica, o indicador seria “o *que*”, enquanto a meta é o “*quanto*” (JACQUES, 2004). A relação indicador - meta dirá quão bem o SE está posicionado em relação ao alvo desejado. A finalidade da análise por indicadores é justamente ilustrar, desde que organizados de forma apropriada se as metas de planejamento e gestão estão sendo atingidas, comparando os mesmos pelo menos em relação à tendência temporal (comparar o valor atual com valores apurados em períodos anteriores do tempo), ao espaço (comparação com outras unidades semelhantes) ou com valores referenciais pré-definidos (*benchmarking*).

Finalmente, uma breve menção aos indicadores financeiros, que embora não abordados neste trabalho, não devem ser deixados de lado na análise global de qualquer organização. É realidade que o desempenho financeiro hoje prima sobre o assistencial e é o critério definitivo para definir o sucesso da organização e, portanto, da gestão da mesma. Contudo, a monetarização dos recursos utilizados para gerar o

produto é particularmente difícil de se medir no SE, pelas particularidades operacionais e até éticas da atividade fim intrínseca a este. Os indicadores financeiros não necessariamente retratarão, neste contexto, a real eficiência dos investimentos e do consumo dos recursos, as estratégias, os resultados da qualidade e o futuro, prejudicando a organização em reconhecer a criação de valor e o posicionamento estratégico.

Para muitas instituições, os indicadores financeiros constituem os elos de ligação entre os objetivos e a execução operacional das atividades da empresa e estruturam os sistemas de medição e análise de desempenho da organização. A avaliação da qualidade da assistência prestada nos SE dos hospitais não resulta de uma única métrica e menos ainda de uma medida financeira. Ela é resultado de uma aproximação através de vários indicadores analisados em conjunto que outorgam e compõem o conceito qualidade.

Para proporcionar as informações necessárias e mensuráveis na descrição tanto da realidade quanto das modificações em relação às necessidades detectadas – gestão informada - é fundamental que se considere, seja na avaliação basal dos indicadores, seja no acompanhamento das metas definidas, a heterogeneidade da cobertura e a qualidade das informações dos diferentes locais de atendimento de urgências / emergências brasileiros. Os desafios a serem enfrentados pelo SGC, como os de toda construção teórica, resultam de sua validação na prática do dia-a-dia.

## 5 O SISTEMA GERENCIAL de CONTROLE e o SERVIÇO de EMERGÊNCIA

### - Os indicadores de Processos

Para o *American College of Emergency Physicians* (ACEP, 2004) os indicadores no serviço de emergência (SE) podem agrupar-se em três grandes grupos de processos principais: de volume (a demanda) associando-os a parâmetros de produtividade (paciente / hora, percentual de leitos ocupados, e assim por diante); de tempo, ou ciclos de tempo (espera, tempo de resolução, entre outros); e satisfação dos pacientes - usuários (demonstrar o impacto de determinadas atividades na percepção destes).

A operacionalização da assistência médico-hospitalar compreende a existência de processos, classicamente definidos como o agrupamento de um conjunto de entradas em um sistema, às quais agrega-se um valor para dar como resultado uma saída. Envolvem atividades que, pela sua vez, compõem-se de tarefas, todas elas variando em maior ou menor complexidade. Os processos, por meio das suas atividades, basicamente, determinam a conversão dos recursos em produtos e serviços no sentido de cumprir a missão e visão da organização. Na abordagem médico – assistencial do SE, os processos e atividades serão os protocolos de atendimento inseridos no método de gestão, pois são um conjunto de condutas diagnósticas e terapêuticas representativas das melhores evidências e da melhor prática. Entretanto, tarefa é geralmente entendida como a menor unidade de trabalho encerrada numa atividade e que identifica, via de regra, a responsabilidade de pessoas envolvidas no nível operacional.

Baseia-se em que os processos internos serão os que sustentam a atividade fim, essa que justifica a existência da organização. Por sua vez, a excelência dos processos fundamenta-se na capacidade de melhorar (aprendizado e crescimento) e traz como resultado o crescimento financeiro. Para este precisamos de usuários. É assim como as premissas processo e usuários se relacionam (BITTAR, 2001).

Dentro da matriz do SGC, e como premissa, os Processos no SE hospitalar (Tabela 1) estão divididos por critérios, onde estão incluídos domínios. Esses domínios são entendidos como “a forma” de enxergar o indicador. Observam-se: Pressão Externa – relação entre: necessidade de atendimento percebida pelo

usuário (demanda), regulação pelo sistema (capacidade instalada), e resposta (ações médico - assistenciais), incluindo domínios Médico Assistencial e Demanda; Pressão Interna - dependente dos processos internos e a gestão do SE, com um domínio Médico Assistencial e outro Administrativo; e aqueles ligados à Qualidade Assistencial, separado nos domínios Desempenho e Resultados.

<b>Tabela 1. SGC: Indicadores propostos para os Processos do SE</b>			
<b>PREMISSA</b>	<b>CRITÉRIO</b>	<b>DOMÍNIO</b>	<b>CATEGORIA</b>
<b>PROCESSOS</b>	Pressão Externa	Médico Assistencial	T 1/2 espera por atendimento médico Índice de retorno após internação Índice de readmissão T 1/2 duração Triagem T 1/2 chegada - Triagem Relação médicos / carga atendimento (*) Grau risco Global (segundo Triagem) (*) vol ptes em espera por atendimento
		Demanda	vol ptes / período vol ptes / média histórica % chegados trazidos APH vol ptes APH / media período Tx demanda por origem e causa Diferença Registrados / atendidos Procedência dos pacientes Atendimentos por lugar de origem (convênio) Demanda relativa segundo origem
	Pressão Interna	Médico Assistencial	T 1/2 demora consultorias T 1/2 demora resultado exames Resolubilidade nº pacientes deixados em Obs > 6 h % internações a partir SE nº exames totais / consulta nº exames laboratoriais / consulta % atendimento segundo motivo da demanda nº exames imagem / consulta Tx consultorias / consulta Índice de contra - fluxo Média de pacientes / médico / hora (Produção)
		Administrativo	T 1/2 decisão internação e efetivação da mesma T 1/2 permanência Tx transferência externa doentes T demora na liberação (alta)
	Qualidade Assistencial	Desempenho	evasão sem completar tratamento evasão total Qualidade preenchimento BA Adequação da terapêutica Tx óbito segundo recursos utilizados Pacientes incluídos nos protocolos produtividade
		Resultados	Tx óbito segundo risco de base nº exames normais / total exames Tx mortalidade SE Tx mortalidade evitável Freq acidentes trabalho Tx de erro diagnóstico Índice de reconsultas

Referências: Tx = taxa; T = tempo; T ½ = tempo médio; Freq = frequência; vol = volume; nº = número; ptes = pacientes; % = percentual

(\*) Esses indicadores serão analisados no capítulo Discussão.



Tendo em mente que os processos assistenciais se conformam através de atividades, no SE poderiam-se separar as atividades técnicas e as atividades administrativas. As primeiras seriam todas aquelas que atingem diretamente o paciente, com uma variabilidade que vá das mais simples às mais complexas, para as quais exige-se mão-de-obra altamente treinada e muitas vezes equipamentos sofisticados. As administrativas são aquelas que servem de apoio às diversas subáreas técnicas para manutenção de suas rotinas, do seu trabalho cotidiano (BITTAR, 2001; BITTAR, 2004). Nas atividades administrativas também encontram-se todas aquelas ligadas à infra-estrutura.

Na análise da Pressão Externa, a literatura mostra o crescimento permanente da demanda por serviços nesta área nos últimos anos (MIRO, JIMÉNEZ; ALSINA, 1999). Para esses autores, os determinantes externos (Pressão Externa: conjunto de fatores externos fora da governança do serviço - decisão do paciente de procurar o atendimento no SE baseado na necessidade sentida de assistência médica) são dificilmente controláveis desde dentro do SE, onde a gestão própria deste não tem influência ou controle direto sobre a magnitude que pode chegar a adquirir esta necessidade. Dos efeitos dessa avaliação aparece como necessária uma rede de referência e contra – referência de doentes, que de forma organizada e regulada; acolhedora e responsável; com fluxos e protocolos pré–estabelecidos, garanta o acesso do paciente ao atendimento, à continuidade do tratamento e à segurança. Cria-se uma resposta à demanda com racionalização e disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade: “paciente certo, no lugar certo e na hora certa”.

Paralelamente, a noção de Sistema de Saúde, no conceito mais amplo, tem relação estreita com os determinantes dessa pressão. O conceito de Sistema integra as etapas pré-hospitalares (rede de ambulâncias, atenção primária – PSF – rede básica), hospitalares (com os diferentes níveis de complexidade) e de reabilitação, com a explicitação das responsabilidades sanitárias de cada ente. Assim sendo, na gestão do SE “para fora” deve-se prestar atenção especial e trabalhar em conjunto com as outras esferas da rede de atenção que fazem parte desse sistema.

Por outro lado, Miro, Sanchez e Mestre (2001) afirmam que como a pressão externa obedece a fatores muito relativos (as analisadas decisões de políticas assistenciais e outros como fatores sociais, ou ainda até fenômenos climáticos), para aumentar a relação eficácia – efetividade os máximos esforços deveriam centrar-se

na correção dos determinantes internos, que são os que, para esse autor mais contribuem à disfunção e à superlotação do SE e onde o gestor teria mais margem de atuação. Como exemplos que relacionam a dependência do paciente (demanda) com eventos a partir dos quais são disparados os processos assistenciais, a diminuição do tempo entre chegada do paciente – atendimento médico dramaticamente reduzirá os tempos médios de permanência que estritamente dependem do SE.

Os determinantes internos são, ao todo, nomeados como Pressão Interna. Esta (como apresentada aqui com os domínios: processos médico – assistenciais e administrativos) depende de variadas relações internas do SE e da organização como um todo. Essas inter-relações podem ser vistas através de: limitações de espaço ou do número de camas do próprio SE ou do hospital todo, atrasos nos registros, na recepção de resultados de exames ou consultorias de apoio, todos os que em conjunto ou isoladamente contribuiriam de forma decisiva na alteração do funcionamento esperado e, por conseguinte, na deterioração da qualidade do atendimento (por exemplo: superlotação).

A medição da qualidade monitoriza os processos internos assistenciais através da revisão de como as atividades que configuram o processo de atendimento são realizadas (desempenho). Todavia, inclui o benefício do serviço como um conjunto de processos que, no caso do SE, seria o quanto transforma a doença em saúde. O resultado poderia definir-se como o grau em que um determinado processo resulta de utilidade para determinado tipo de usuário, ou em função de índices de probabilidade prevista, ou dito de outro modo, como a conformidade com padrões previamente estabelecidos e esperados e não avaliado especificamente em termos técnicos ou de práticas. Nesse caso, o resultado pode-se propor em conjunto com a qualidade, em alguns casos (DONABEDIAN, 1988). No futuro, um passo adiante na análise de indicadores pelo SGC, serão incluídos os de índole financeira, aparecendo o desafio de conhecer com que qualidade e em base a que custos, o SE salva vidas.

O processo de atendimento no SE pode ser simplificado em cinco ações básicas: 1) classificar / priorizar o doente em função do sintoma manifesto e a previsão de risco em função deste; 2) estabelecer um diagnóstico sindrômico; 3) adotar o esquema terapêutico adequado; 4) objetivar a resposta ao tratamento; 5)

decidir qual tipo de seguimento será requerido para esse enfermo (alta, baixa ou transferência).

Entretanto, esse ciclo assistencial simplifica-se em dois grandes grupos de atividades: as atuações primárias - vinculadas à classificação do paciente; e as atuações ou decisões secundárias - a assistência médica em relação às decisões primárias, sempre relacionadas com a busca da estabilização, conforto e segurança do paciente. Essas atividades fundamentam-se, por sua vez, também em duas grandes tarefas: controlar a sintomatologia para assegurar qualidade de vida ao doente na sua visita ao SE; e melhorar o prognóstico vital, ou seja, atentar a fornecer o máximo de quantidade de vida que o estado da arte possa assegurar com os recursos disponíveis (GÓMEZ JIMÉNEZ, 2003).

Assim, uma característica fundamental da atenção no SE deve ser a rapidez. O paciente que chega deve ser avaliado sem grandes ilações com o objetivo de identificar em pouco tempo o seu problema e buscar a solução mais adequada, no contexto real em que se apresenta.

O indicador T ½ de espera por atendimento médico tem a sua importância por referir-se a espera com que se depara o paciente que chegou a procura de assistência, como aspecto chave na qualidade da atenção do SE, tanto do ponto de vista clínico, como da qualidade percebida pelos usuários. Este indicador permite conhecer, a partir da rapidez ou lentidão com que se presta atendimento médico, eficácia e eficiência da organização, no sentido de evitar que os doentes graves sejam afetados negativamente pela demora. Mede o tempo médio, em minutos, do momento de chegada do paciente até seu efetivo atendimento por profissional médico (BRAGA MACEDO, 2003).

Para que esse indicador possa ser corretamente calculado, o registro da hora de chegada do paciente deve ser feito no momento em que ele chega ao serviço (por exemplo com uma senha eletrônica), assim como a hora do atendimento deve ser registrada pelo médico no momento em que abre o prontuário.

Dentro da realidade assistencial atual, o cálculo do T ½ de espera por atendimento médico permitirá uma reavaliação de processos e fluxos de atendimento, uma vez que, nem sempre, o paciente faz seu boletim de atendimento no momento de sua chegada ao serviço e, quando o faz, nem sempre o horário é registrado.

Excluem-se da análise os casos de consulta interrompida ou desistência sem completar tratamento (analisados por indicador específico). Boletins sem anotação de horário deverão ser excluídos deste indicador e analisados pelo indicador específico (BRAGA MACEDO, 2003).

$T \frac{1}{2}$  espera por atendimento =  $\sum$  tempo de espera, em minutos, da chegada de cada um dos pacientes atendidos até seu efetivo atendimento / total de pacientes atendidos.

Uma forma de aumentar a importância deste balizador é segmentá-lo por motivo de atendimento ou grau de classificação estabelecida na triagem. Esta segunda forma de calcular deve ser empregada para discriminar o processo em situações de maior gravidade (IAM, politraumatizados, hemorragias graves, etc), onde existem parâmetros técnicos que definem um tempo de atendimento ideal que, quando ultrapassado, implica significativo risco de morte ou graves perdas para o paciente.

$T \frac{1}{2}$  espera atendimento (estratificado) =  $\sum$  tempo de espera, em minutos, da chegada de cada um dos pacientes atendido até seu efetivo atendimento, segundo diagnóstico ou grau de risco atribuído na Triagem / total de pacientes atendidos com o mesmo diagnóstico ou grau de risco.

Paralelamente, divide-se o estudo do processo tempo chegada – tempo atendimento médico, nas atividades que o compõem: tempo  $\frac{1}{2}$  entre a chegada e que o paciente é classificado ( $T \frac{1}{2}$  chegada – triagem) e o tempo  $\frac{1}{2}$  de duração da triagem ou processo de priorização ( $T \frac{1}{2}$  duração triagem). Excluem-se das análises anteriores, os pacientes em risco iminente, que não passam pela classificação de risco.

$T \frac{1}{2}$  chegada – Triagem =  $\sum$  dos tempos entre chegada e triagem de cada paciente no SE por período de tempo / número total de atendimentos no mesmo período

Para este indicador, Miro, Jimenez e Alsina (1999) estabeleceram como “*benchmarking*” que deveria ser inferior a 10 minutos para 85 % da demanda.

$T \frac{1}{2}$  Triagem =  $\sum$  dos tempos entre entrada para triagem e saída do mesmo de cada paciente no SE por período de tempo / número total de atendimentos no mesmo período

Para este outro indicador, entretanto, os mesmos autores sugerem como meta um tempo médio de triagem menor de 5 minutos para 75% da população assistida.

Neste momento é apropriado fazer uma análise da significância da Triagem / Classificação de Risco – priorização de pacientes, dentro da metodologia operacional do SE. Essa triagem tem como objetivo garantir atendimento médico dentro de parâmetros temporais que se ajustem e componham em si mesmos padrões de qualidade preestabelecidos. A classificação - priorização é imprescindível sempre que a demanda exceda a capacidade resolutive do serviço e, por isso, o debate conceitual sobre esses processos é atualmente uma preocupação universal. Os indicadores de triagem utilizados hoje no Brasil têm sido importados e adaptados de modelos canadenses, americanos e europeus (sobretudo espanhóis).

A triagem ou classificação de pacientes como processo assistencial estruturado no SE, tem se convertido, nos últimos anos, em pilar fundamental do controle de fluxo nos serviços onde foi implantado. É entendida como a avaliação preliminar que ordena os pacientes em função da sua gravidade, antes da valorização diagnóstica e terapêutica completa no SE. Embora seja difícil medir de forma direta e precisa a gravidade ou grau de necessidade de atendimento de urgência / emergência de um paciente que chega para atendimento (pois é uma combinação do que se vê ao princípio e o que se observa ou verifica ao longo da evolução do processo assistencial), normalmente existe um sistema de classificação com a missão de identificar aos pacientes em condições mais urgentes e graves.

Esta estratégia visa estabelecer uma relação linear inversa com o grau de risco de mortalidade e direcionar à unidade mais adequada de tratamento (maior gravidade menor tempo para detecção), reduzindo a espera dos doentes mais críticos (FISHER, 2003). A responsabilidade mínima do SE diante de uma situação de urgência / emergência é a de garantir um atendimento humanizado (acolhimento) e visar a estabilização clínica (condição atingida pelo doente que não representará maiores riscos para sua integridade) em tempo útil.

A regulamentação vigente (PORTARIA GM/MS, 2048/2002) permite que seja a própria organização ou a coordenação do SE quem determine quais profissionais (enfermeiros, médicos ou ambos como equipe) assumirão a função e a responsabilidade pela decisão de priorização dos doentes que procuram assistência de urgência / emergência. Nessa Portaria exige-se:

“[...] que a triagem classificatória seja realizada por profissional da saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e mediante a utilização dos protocolos preestabelecidos. Se a responsabilidade cair num

profissional não médico, a esta triagem classificatória será vedada a dispensa de pacientes antes que recebam atendimento médico.

Entretanto, segundo a resolução do CFM 1451/95, apenas o profissional médico possui total autonomia para a definição do que é ou não é condição de urgência / emergência e, portanto, o único que poderia tomar tais decisões.

A classificação de risco baseia-se no princípio de equidade. Este princípio afirma que por meio das ações e dos serviços de saúde deve-se dar tratamento desigual para situações desiguais, ou seja, cada um segundo as necessidades e prioridades (PORTARIA GM/MS, 2048/2002). Isso garante o acesso aos serviços de saúde em condições de igualdade, mas havendo uma discriminação positiva em casos especiais, nos quais a prioridade deve ser dada para quem tem maior necessidade (risco).

Segundo Di Leoni Ferrari (2004) a classificação correta dos casos e priorização conforme o risco estimado, formas criativas de ordenar o fluxo garantindo a segurança e continuidade assistencial do paciente, são objetivos que deveriam ser almejados no planejamento das ações e intervenções a serem desenvolvidas em qualquer SE. O sucesso deste modelo é condicionado pela disponibilidade de uma escala de classificação válida útil e reproduzível (de preferência para valores numéricos e de maior pontuação para o pior prognóstico), e de uma estrutura física, profissional e tecnológica em concordância.

Apresenta-se como exemplo de classificação por níveis numéricos (DI LEONI FERRARI, 2004):

- **Nível 4:** vinculado a situações que requeiram ressuscitação, com risco vital imediato ou situações de emergência, cuja necessidade de intervenção depende primariamente do tempo.
- **Nível 3:** situações urgentes, de risco vital potencial, que geralmente requerem múltiplas explorações diagnósticas e/ou terapêuticas em pacientes com estabilidade fisiológica no momento (constantes vitais normais), mas sob risco de deterioração.
- **Nível 2:** aquelas situações menos urgentes, potencialmente sérias e de complexidade potencialmente significativa. Geralmente os pacientes com nível 2 de necessidade utilizarão pelo menos uma exploração diagnóstica e/ou terapêutica.
- **Nível 1:** situações não urgentes. Em geral são problemas clínico-administrativos, que não requerem qualquer exploração diagnóstica ou terapêutica e que podem permitir uma espera de até 4 horas para serem atendidas, sem risco para o paciente.

Num SE bem planejado é de se esperar que um paciente do nível 4 não aguarde na sala de espera, já que pela situação própria que sinaliza, determina que imediatamente à identificação comecem os procedimentos de estabilização.

Quando o paciente é categorizado num nível de maior urgência do qual corresponde constitui “sobretriagem”. Essa sobretriagem não comporta qualquer risco para o paciente, mas pode afetar a atenção sobre outros pacientes e pode condicionar um inadequado consumo de recursos. Da mesma forma, quando um paciente é classificado num nível de urgência inferior daquele que corresponde fala-se em “subtriagem”. A subtriagem pode condicionar um prolongamento do tempo até o início da assistência e, portanto, um risco para o paciente, de deterioração clínica e de resultados adversos.

Uma análise individualizada se faz necessária para os pacientes que chegam no SE conduzidos por uma equipe de atendimento pré – hospitalar. A simples chegada através deste mecanismo não prediz gravidade à situação clínica da pessoa mas, repetidas vezes, por falta de fluxos específicos ou regulação (contato prévio à chegada do paciente com o serviço receptor), evidencia-se que estes doentes são atendidos primeiro que os pacientes que aguardam na sala de espera.

Provavelmente, a distorção deste processo é devida à interação cumulativa de vários fatores. Através de múltiplos estudos têm se tentado definir o que é o “uso apropriado” do sistema pré-hospitalar. Rucker, Edwards e Burstin (1997) apreciaram que todos estes elementos apareciam com igual importância vinculados às esferas socioeconômicas e de acesso à assistência (problemática de acesso ao sistema de saúde, gravidade de determinadas situações, fatores culturais, etc).

Neste contexto surgem dois novos indicadores para análise: um valor absoluto, que expressa o volume de pacientes trazidos por atendimento pré-hospitalar (APH) num período determinado e em relação à média esperada, onde se relaciona o número de pacientes chegados de ambulância no período e compara com a média histórica, anual, mensal ou semanal. Ainda, pode ajustar-se por gravidade do paciente segundo a triagem. O segundo indicador é o percentual de atendimentos a pacientes trazidos pelo APH da demanda total do SE.

Percentual de pacientes trazidos pelo APH =  $n^{\circ}$  de pacientes chegados por APH por período / total de atendimentos do SE no mesmo período x 100.

O termo volume de pacientes define as “entradas” para atendimentos no SE em um determinado período e definido em virtude de interesses específicos como, por exemplo, a observação da sazonalidade do atendimento. É determinante da pressão total sobre o serviço, conferindo o número total de consultas realizadas em um período de tempo estabelecido, não importando nesse momento a complexidade do atendimento ou avaliações sobre a indicação do atendimento do caso em outros serviços (atenção primária). É um indicador puramente descritivo da carga total de trabalho assistencial no SE e independe da população a ser coberta ou dos recursos disponíveis. Serve para estimar custos e, em conjunto com outros indicadores, para avaliar a adequação de recursos.

Volume de pacientes = atendimentos realizados no SE por turno (ou determinado dia da semana ou determinado mês) / total de atendimentos no período em estudo (dia para quando se calcula por turno, total da semana para dias da semana ou ano para mês)

Sugere-se que a avaliação segundo ano e mês seja realizada regularmente, utilizando-se uma amostra para estratificar a proporção de atendimentos desenvolvidos segundo horário e dias da semana. Pode estratificar-se ainda, em dois grandes grupos: volume (percentual) em espera por atendimento e o percentual que já se encontra inserido no processo de atendimento.

Braga Macedo (2003) inclui nessa análise, além do valor obtido como número absoluto, um enfoque epidemiológico dirigido a objetivar a população de influência do SE (número de doentes atendidos em relação ao total da população em um período de tempo), ou por períodos específicos de interesse: a) número de atendimentos realizados no SE segundo turno de atendimento / total de atendimentos em 24 horas x 100; b) número de atendimentos em um determinado dia da semana / total de atendimentos na semana x 100; c) número de atendimentos por mês / total de atendimentos no ano x 100 e assim por diante, compondo um mapeamento completo.

Quando esse volume é comparado ao volume de pacientes em relação à média histórica ou em relação à média anual / mensal / semanal do SE tem-se um valor que pode ser usado para antecipar situações de sobrecarga de volume ou necessidade de leitos.

Volume de pacientes em relação à média histórica = Nº de pacientes registrados / período em relação à média histórica para o mesmo período ou anual / mensal / semanal.



Nessa mesma linha de raciocínio epidemiológico, é de interesse determinar a procedência dos pacientes. Esse conhecimento permitirá ordenar e planejar ações de referência e contra-referência de doentes. Este indicador mede quantitativamente a origem (pode somar-se a causa, identificada a partir da CID 10, aumentando o valor analítico) da visita ao SE por período (hora, dia, etc.). Inclui tanto os que chegam pelos seus próprios meios como de ambulância, etc.

Desta forma, é possível extrair a taxa de demanda ao SE segundo origem e causa, ao identificar uma determinada demanda em uma determinada área geográfica (BRAGA MACEDO, 2003). Isto determina trabalhar ações em conjunto com a atenção primária e PSF (casos detectados como “escapes da atenção primária” na medida em que indica situações de variados graus de complexidade que poderiam estar sendo atendidas em serviços da rede básica). Seu resultado sinaliza a necessidade de qualificação ou inclusão de serviços nessa área específica. A definição de área de cobertura e população a ser coberta apresenta problemas relacionados à definição dos limites geográficos e à base populacional utilizada para determinar a área geográfica estabelecida como “de responsabilidade da unidade”.

Taxa de demanda ao SE segundo origem e causa =  $N^{\circ}$  de consultas de moradores de determinada área geográfica – período – segundo causa (CID 10) /  $n^{\circ}$  moradores dessa área geográfica x 100

Como sub –índice do anterior surge um indicador que é calculado através da frequência relativa de demanda ao SE por origem (demanda relativa segundo origem). O uso desse indicador permite identificar zonas ou centros geográficos (exemplo: o bairro, mas pode-se utilizar outros agregados populacionais) com maior ou menor demanda em relação a outras localidades, fornecendo indicativos de necessidade diferenciados de oferta de serviços segundo área geográfica.

Frequência relativa de demanda ao serviço por origem (ex. bairro) =  $N^{\circ}$  de consultas de moradores de determinado bairro por período de tempo /  $n^{\circ}$  moradores do bairro x 100

No entanto a taxa de atendimentos segundo lugar de origem percebe com maior clareza a origem dos pacientes que buscam atendimento no SE. Este indicador, quando analisado na saúde suplementar, pode ajustar-se para verificar os

atendimentos segundo convênio (atendimentos segundo convênio) com a mesma racionalidade estruturante para cálculo.

atendimentos por lugar de origem (ou convênio) = nº atendimentos a moradores de determinado local ou região (ou convênio) / nº total de atendimentos x 100

Um outro marcador de demanda é constituído a partir da diferença que possa existir entre a razão percentual simples do total de pacientes registrados versus o total de atendidos (x 100) no SE em um período de interesse. É uma ferramenta de utilidade para acompanhar causas de perda de doentes e também para análise da qualidade assistencial e satisfação do usuário. Permite detectar problemas e estudar os por quês, através de novo contato da organização com o doente.

Do volume total de pacientes atendidos no SE, um determinado percentual corresponde a retorno de pacientes após internação (isto é: estiveram internados até há pouco tempo, foram liberados, e retornam solicitando atendimento no SE).

Índice de retorno ao SE de doentes liberados após internação = pacientes liberados após um período P de internação no andar e que retornam ao SE por motivo relacionado à internação dentro de X período após alta / total de atendimentos do SE no mesmo período

Desse grupo é de interesse analítico também estudar o percentual que são novamente internados (índice de readmissão, medido como o percentual do grupo anterior reinternado desde o SE. O foco desta avaliação encontra-se em sinalizar indicadores de pressão externa para o SE e de qualidade assistencial da organização e do sistema de saúde como um todo. Um outro fator de importância surge de que dentro da noção de sistema de saúde, pode-se detectar o nível de acompanhamento que estes tipos de doentes recebem após a alta e assim desencadear ações específicas com a atenção primária para aumentar a cobertura nesta população. O índice de retorno ao SE de pacientes liberados após internação pode ajustar-se com o tempo total de internação (parâmetro indireto de complexidade).

Dentro dessa ótica da readmissão, aparece uma variante que é o índice de contra-fluxo. Esse baliza pacientes que são encaminhados ao SE desde outras áreas dentro do próprio hospital. Identifica o número (número absoluto) de requisições de auxílio ao SE desde cada setor (Bloco Cirúrgico, Unidade de Internação, Unidade de Cuidados Intensivos, etc.).

Nº de requisições de admissão de doentes desde outros setores do hospital. Permite discriminar por área intra – hospitalar de origem.

É assim como chega-se na análise dos indicadores da Pressão Interna (importância operacional dos processos internos do SE, sob a governança do gestor da área). Da mesma forma que a pressão externa, pode dividir-se em componentes: processos médico assistenciais e administrativos. Sobre ambos o papel do gestor / coordenador da unidade exerce um papel fundamental, já que é aqui onde se tecem os principais elementos que determinam a superlotação do SE.

Um indicador primordial de processos médico assistenciais é a relação pacientes atendidos / médico / hora. É de valor na análise global da produção do serviço e também para cálculos de produtividade diferenciada, quando é individualizado por profissional. Este marcador representa também características pessoais do profissional avaliado, inferindo o envolvimento com a função desenvolvida e encontra-se em estreita relação com o volume de pacientes em espera por atendimento (já analisado anteriormente no contexto da pressão externa).

$$\text{pacientes atendidos / médico / hora} = \frac{\sum \text{de pacientes atendidos no período X}}{\text{n}^\circ \text{ de horas de plantão} \times \text{n}^\circ \text{ de médicos no plantão}}$$

É importante fazer notar ao gestor, que para cálculo de produtividade (global e individual) não é suficiente apenas a análise desta relação. Um médico pode ter atendido vários pacientes / hora (que seria equivalente a alta produtividade) e não resolver nenhum deles. Assim, deve-se atrelar essa análise em conjunto com a análise de resolubilidade.

Para Stenzel e Misocsky (2004) resolubilidade é o que aproxima o serviço esperado do percebido, ou seja, está estreitamente relacionado à qualidade do serviço, como marcador de efetividade do processo assistencial. Do ponto de vista do paciente / usuário é a capacidade do serviço de resolver o que ocasionou a demanda por atendimento. A resolubilidade pode ser medida continuamente ou por períodos já que ineficiências nos processos de resolução podem facilmente contribuir à saturação do SE.

A resolubilidade encaixa-se na definição de indicador de abrangência, por resumir um conjunto de fatores ou causas. Nesses observam-se: - fatores

dependentes da relação SE - hospital (pacientes que esperam realizar estudos complementares não dependentes do SE como: fibrogastroscoopia, ecografia, tomografia, etc. ou valorização por outro especialista do hospital externo ao SE) e aqui o papel e a capacidade de negociação do coordenador – gestor é de primordial relevância; - fatores dependentes do hospital mas não propriamente do SE (pacientes que esperam por uma cama no andar aonde ser ingressados); - fatores não dependentes do SE nem do hospital que aparecem, por exemplo, uma vez decidida a alta médica (pacientes que esperavam um familiar, a atuação do serviço social ou a chegada de uma ambulância).

Mais uma vez aqui, destaca a importância do SGC como determinante de situações de relevância organizacional, disparadas desde o SE. Se o paciente fica utilizando um leito, mas já está de alta, por exemplo, aguardando retorno a seu domicílio ou hospital de origem, detecta-se um déficit organizacional, que deve mobilizar o gestor a renegociar as condições de transferência de doentes para melhorar estes processos.

Do anterior resulta então, que para controle dessa complexa rede de fatores, são precisos indicadores que avaliem passo a passo o processo de atendimento no SE e que a leitura do indicador seja estratificada em componentes: profissionais (do médico e seu envolvimento com a sua função), organizacionais (humanização, priorização, fluxo, etc) e, em muitos casos, na interação com outros serviços. Uma otimização no manuseio destes processos aumentará a capacidade efetiva de funcionamento da unidade e, portanto, a resolubilidade.

Relacionado com os indicadores anteriores, na linha de avaliação da resolubilidade destacam:

Taxa de Exames por consulta: Pode discriminar-se por tipo de consulta, por risco de base do doente, por tipo de exame (imagem, laboratório) ou por especialidade. A média brasileira segundo a Portaria 1101/2002, para cada 100 consultas, é 25 para exames de patologia e 5 de radiodiagnóstico.

$\text{Taxa de exames por consulta} = \frac{\text{Total de exames solicitados por período}}{\text{total de consultas no mesmo período}} \times 100.$
--

Taxa de Consultorias de outras especialidades solicitadas por consulta: Pode discriminar-se por tipo de consultoria, por risco de base do doente ou por especialidade.

Taxa de consultorias solicitadas por consulta = Total de consultorias solicitados por período / total de consultas x 100.

Nesse contexto também se encontram os tempos de demora para obter um resultado de um exame ou um laudo de uma consultoria (avaliação por profissionais de especialidades de apoio). Esses indicadores de tempo médio de demora de resultados dos exames (e ainda, daí surgem outros indicadores que discriminam por tempo médio de demora por exame de laboratório, imagem, etc, e assim por diante, numa cascata analítica) e tempo médio de demora nas consultorias (sendo válida a análise por especialidades). É papel do gestor negociar com as outras especialidades e setores de apoio (imagem e laboratório), para explicitar a importância das requisições vindas do SE e assim obter uma resposta diferenciada. Sugere-se que consultorias externas (profissionais vindos de fora do hospital) não deveriam demorar mais de 1 hora em serem executadas e as internas não mais de 20 minutos (criando indicadores específicos para controle destas situações).

A análise do relacionamento com os setores de suporte e especialidades afins ao SE pesa também em outros pontos do funcionamento do serviço, como o número de pacientes deixados na Sala de Observação (SO) por mais de 6 horas. Esse é um parâmetro a ser analisado conjuntamente com a resolubilidade e muito útil para detectar possíveis oportunidades de melhoria que possam contribuir à aumentar a resolubilidade do serviço. Indiretamente poderia inferir-se uma relação com complexidade dos atendimentos.

Número de pacientes deixados em Observação por mais de 6 h no período P / total de pacientes deixados em observação. Discrimina-se por causa: em observação para o plantonista tomar uma decisão (internação, alta ou transferência), aguardando exames, aguardando especialista.

Segundo a Portaria GM/MS 312 de maio 2002, o SUS considera em observação o paciente que fica até 24 horas no SE. No entanto, utiliza-se o valor de seis horas para análise deste indicador, porque é o período de tempo que os convênios de saúde suplementar tomam como parâmetro para o pagamento das despesas dos pacientes no SE. Após esse tempo impõe-se uma decisão enquanto ao destino desse doente (alta ou internação). Períodos maiores de permanência em observação significarão prejuízo ao SE como centro de custos, já que não receberá o valor pelo atendimento prestado posterior a esse período.

Analisa-se agora o indicador: percentual de atendimento segundo motivo de consulta. Numa primeira leitura é atraente pensar que é mais adequado incluí-lo como determinante da pressão externa, porque sinaliza a relação do total de atendimentos em virtude de uma determinada causa em um dado período de tempo com o total de atendimentos neste mesmo período de tempo. Entretanto, também possibilita perceber a importância de uma determinada afecção no conjunto de atendimentos do SE. Daí que aja possibilitando uma melhor visualização e maior adequação do serviço com relação a sua demanda, já que a partir desse, desencadeiam-se outros processos que determinam o valor da pressão interna, como a taxa de exames solicitados, consultorias, etc.

Atendimento por motivo de consulta = número de atendimentos segundo causa (CID 10) período P / número total de atendimentos no mesmo período x 100

Ao encontro desses vêm o percentual de pacientes internados desde o SE. Mede o número de pacientes que necessitam internação hospitalar em relação ao total de pacientes atendidos no serviço. Aporta informação direta da necessidade de leitos e indireta sobre a gravidade das urgências atendidas, assim como (de forma indireta e relativa) sobre a capacidade resolutiva do SE. A Portaria 1101/2002 situa este parâmetro, no Brasil, em torno de 6 – 8 % do total de consultas.

Percentual de pacientes internados desde o SE = Pacientes internados por dia desde o SE / total dos atendimentos por dia no SE x 100

Os processos administrativos que determinam a pressão interna relacionam-se à labor do gestor em sinalizar a relevância de uma “azeitada” dinâmica de ocupação – liberação de leitos, que ao todo será o determinante, junto com o processo médico – assistencial, do valor do tempo médio de permanência do doente na área de emergência.

Dentro destes fatores administrativos (resolubilidade operacional não assistencial), destacam: tempo de demora para liberação de leitos e tempo médio que transcorre entre a decisão de internação e a efetivação da mesma. O primeiro refere-se ao intervalo que começa a se medir quando a nota de alta é assinada pelo médico tratante e acaba quando o leito está novamente disponível para receber um novo doente. Calcula-se a diferença entre a hora de alta assinada e a hora que o paciente efetivamente libera o leito, somando-se o tempo de preparação

(higienização, etc) para receber um novo doente. A efetividade das atividades intermediárias pode ser discriminada separadamente.

O segundo indicador mede o tempo transcorrido entre o momento que é decidida a internação para o paciente e que efetivamente é colocado em um leito da área de internação. A falta de leitos de internação compromete o funcionamento do SE e tempos muito prolongados no processo de admissão de novos pacientes, se traduz e pressão interna para o SE.

Média de permanência no SE (MP): Define-se (BITTAR, 1996; BRAGA MACEDO, 2003; PORTARIA GM/MS, 1101/2002) como o cálculo do tempo médio do total dos pacientes que permanecem no SE desde o registro até sua saída, seja por alta, óbito, internação ou transferência para outra unidade. A média de permanência no SUS em hospitais gerais é 5,98 dias (PORTARIA GM/MS, 1101/2002).

Esse é um indicador influenciado por uma multiplicidade de fatores e reflete qualidade da assistência e capacidade resolutiva do serviço. Varia com o diagnóstico, idade do doente, sexo, e até com a distância do domicílio do paciente e o hospital. Para uma correta análise e, sobretudo, quando se tenta relacionar com a produtividade (a média de permanência é um dos indicadores usados para definir o rendimento financeiro dos leitos) reforça-se a noção que deve-se contextualizar dentro de um âmbito (hospital de referência, hospital universitário, sistema de referência e contra – referência presente e funcionante, etc.).

Um tempo de estadia prolongado em um SE pode significar déficit de organização, circuitos inadequados, serviços de apoio e suporte insuficientes, etc. Neste caso, cada unidade deverá estabelecer parâmetros para averiguar as causas do incremento da permanência. Para o cálculo deste indicador excluem-se casos em que o usuário desista ou se ausente da consulta (evasão). Devem ser excluídos também os casos em que os horários não tenham sido registrados, investigando-se as suas causas (analisados pelo indicador específico de preenchimento do boletim de atendimento).

$$\text{Média Permanência (MP)} = \frac{\sum \text{do total de pacientes} \cdot \text{dia}}{\text{número total saídas no mesmo período}}$$

A MP também pode ser segmentada por motivo de atendimento, conhecendo-se assim a capacidade estrutural para o atendimento de situações específicas:

=  $\sum$  pacientes – dia para cada diagnóstico D / número total de saídas de atendimentos com diagnóstico D no mesmo período de tempo

Podem ser propostos ainda alguns “*flags*” a serem monitorados:

- % pacientes que permanecem > 2 h;
- % pacientes que permanecem > 6 h;
- % pacientes que permanecem > 12 h.

A partir da média de permanência, e em conjunto com outros indicadores analisados, chega-se ao cálculo da produtividade anual do SE:

Taxa de Produtividade SE = número de atendimentos x ½ de permanência x número de leitos operacionais / 365 dias x 100

Quando as médias de permanência estão persistentemente elevadas ou fora dos parâmetros aceitáveis, para combater a evidente perda de produtividade é conveniente ter como plano de contingência uma grade de suporte (hospitais referência) que possam albergar os doentes que não poderão ingressar na instituição analisada. A taxa de transferência externa de doentes sinaliza este evento.

Como sub-índice desse, aparece o índice de formulários de transferência corretamente preenchidos relacionando, através da auditoria individual dos formulários de transferência, a presença dos dados de maior relevância neste aspecto, como ser: identificação do paciente (nome, sobrenome ou algum elemento identificador, idade, sexo); identificação e nome do médico que receberá o doente no hospital destino; data e hora de início do atendimento médico; hipótese diagnóstica; exames complementares solicitados e achados de maior significância em relação à hipótese manejada; motivo da transferência e características da mesma (remoção medicalizada ou simples); assinatura e carimbo do médico responsável pela transferência. Estima-se aceitável um percentual de erro de preenchimento de até 8% (BRAGA MACEDO, 2003).

O registro correto e completo da documentação clínica gerada pelo processo assistencial é um dos aspectos básicos da qualidade na assistência. Os Boletins de Atendimento (BA) utilizados pela maioria dos serviços possuem campos destinados à coleta de informações necessárias para a construção dos indicadores propostos para análise dentro do SGC. O seu preenchimento estrito nem sempre ocorre na



prática. A reduzida disponibilidade de dados clínicos dos pacientes é uma importante desvantagem, tanto no processo assistencial propriamente dito, como na medida em que restringe o número de variáveis a serem computadas para o ajuste de medidas de desempenho e resultados, determinantes da qualidade assistencial. É necessário, portanto, uniformizar a regularidade da coleta, garantindo a confiabilidade das informações obtidas (BRAGA MACEDO, 2003).

Esse autor afirma que seria impossível avaliar a qualidade dos atos médicos (idoneidade ou adequação ao problema de saúde do paciente) sem uma correta documentação do mesmo. Tudo isso, sem mencionar a relevância da história clínica como o instrumento mediante o qual se comunica a informação a outros profissionais que podem chegar a ter responsabilidade assistencial sobre o paciente (caso do doente transferido a uma outra instituição) permitindo o seguimento clínico do mesmo e garantido a continuidade assistencial.

O indicador proposto descreve a proporção de BAs completados de maneira legível, pelo menos, nos seguintes itens (modificado de BRAGA MACEDO, 2003): identificação do paciente (nome, sobrenome ou algum elemento identificador, procedência, idade, sexo); identificação do médico responsável; data; motivo da consulta (o sintoma relatado pelo paciente); exame físico; exames complementares solicitados (podemos considerar suficiente sua enumeração); hipótese diagnóstica (se codificada, melhor); tratamento prescrito ou recomendado. Deve incluir, neste caso, também o tratamento administrado durante a permanência no serviço.

Qualidade preenchimento BA = Número de BAs corretamente preenchidos / número de BAs avaliados x 100
---

Todos os elementos listados devem constar, mesmo que seja submetido às reservas e limitações próprias da assistência urgente, o que não é motivo para deixar de atender estes quesitos, vista a importância médico-legal. Aspectos como a baixa informatização e déficits de infraestrutura também dificultarão o processo avaliativo. A informatização é sem dúvida uma necessidade mas, ao dizer de Bittar (2004) “se não se trabalha com um conjunto de indicadores comuns, estaremos com uma potente ferramenta nas mãos, e sub-utilizando-a”.

Uma outra meta é atingir um percentual significativo de diagnósticos conforme o CID 10 como instrumento de codificação (embora existem outros). A simplificação e homogeneização dos diagnósticos por meio de um sistema definido de códigos,

universal, preciso e validado constitui uma importante ferramenta para o planejamento e avaliação dos serviços, bem como um elemento fundamental tanto na avaliação da qualidade assistencial como da perspectiva da investigação, avaliativa e gestora.

A análise dos BAs, ainda serve da mesma forma para auditar outros determinantes da assistência conforme protocolizado pelo serviço, como ser: adequação terapêutica dos procedimentos, taxa de cuidados ministrados, procedimentos realizados vs. previstos, taxa de intercorrências durante o processo de atendimento, entre outros.

Desse modo, as adequações terapêuticas, entendidas como a melhor prática seguida conforme a melhor evidência disponível, vá de mãos dadas com a protocolização, a que será analisada à frente dentro da premissa de aprendizado e crescimento.

O indicador adequação da terapêutica realiza uma série de desdobramentos que permitem aumentar a acurácia e o interesse analítico desse, como ser:

- % de prescrição padrão utilizadas nos diagnósticos da doença D / total de prescrições feitas para a doença D. Dentro das prescrições padrão, pela sua vez, é viável analisar o número de prescrições padrão que necessitaram de alterações no total das prescrições padrão utilizadas;
- Pacientes incluídos nos protocolos. Analisa retrospectivamente a adequação da terapêutica aos padrões da instituição e indiretamente o envolvimento da equipe assistencial. Calcula-se através da relação entre o número de pacientes incluídos no protocolo P / número de diagnósticos da doença P no SE no período em estudo x 100;
- Taxa de erro diagnóstico. Poderia medir-se, por exemplo, através das remoções de tecidos normais ou laparotomias em branco após diagnóstico no SE, ou ainda, o percentual de primeiros exames com resultado normal do total de exames solicitados;
- Taxa de cuidados de enfermagem. É a relação entre os cuidados prescritos para determinado paciente (nebulização, mudança de decúbito, higienização, etc) e os efetivamente realizados;
- Procedimentos realizados / procedimentos previstos x 100. Informa o Percentual de Execução. Da mesma forma que o anterior, agora em relação aos procedimentos indicados (sondagem, balanço hídrico, punção, etc). Uma

variante deste é, por exemplo, detectar o percentual de coleta de hemoculturas antes do início da antibioticoterapia;

- Taxa de complicações ou intercorrências: A Portaria 1101/2002 informa uma média de até 3 - 4 % dos procedimentos realizados. Essa taxa vem da relação entre doentes que apresentaram alguma complicação relacionada à doença causal da consulta no período / número de pacientes saídos (óbito, alta, transferência) no mesmo período x 100. Pode ser discriminado por gravidade da intercorrência;
- Tempo de resposta à dor. A dor tem que ser valorizada de paciente para paciente. O nível de conforto físico relatado pelos pacientes tem um alto impacto na sua vivência do hospital. Mensura-se a diferença entre o tempo de chegada do doente com dor e o início do tratamento (indicação – checagem).

Relacionado com a adequação terapêutica e qualidade assistencial medida no serviço de urgência / emergência, importa a análise da Taxa de mortalidade no SE (mortalidade global). Essa taxa mede a proporção de pacientes que morrem havendo chegado com vida ao mesmo. Excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. No entanto, incluem-se todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência no SE e em suas dependências (incluindo deslocamentos para radiologia, ou outras situações), assim como durante transferências internas.

$\text{Taxa Mortalidade Geral} = \text{número de óbitos por período} / \text{total saídas no mesmo período} \times 100$
---

A Portaria GM/MS 312/2002 inclui dentro da responsabilidade de medição deste indicador as mortes acontecidas até completadas 24 horas após o doente ter dado entrada no SE. Dessa forma indica-se indiretamente a capacidade e eficácia do SE em cumprir sua missão, isto é: resolver os casos mais críticos com rapidez, seja solucionando o problema com seus próprios meios ou derivando o paciente para o serviço, unidade ou centro mais adequado à gravidade do caso. As mortes acontecidas após esse período incluem-se na mortalidade institucional (PORTARIA GM/MS, 312/2002) já que entende que o tempo de permanência no SE foi ultrapassado.

Essa taxa é passível de desdobramento por turnos ou dia da semana, ou em outro indicador que detecte os casos evitáveis, diagnosticando causas de erro que

afetam a qualidade assistencial e sinalizar a necessidade de trabalhar sobre os mesmos para executar uma estratégia de antecipação da repetição de erros. Para tal fim é necessário a constituição de uma comissão de óbitos, que realize uma auditoria caso a caso.

$$\text{Taxa mortalidade evitável} = \text{óbitos considerados evitáveis} / \text{número total atendimentos} \times 100$$

Em continuidade com essa análise, podem-se ajustar os marcadores anteriores conforme o risco de base apresentado pelo doente na chegada (ou no momento da classificação de risco), resultando na Taxa de óbito conforme risco de base.

$$\text{Taxa óbito conforme risco} = \sum n^{\circ} \text{óbitos por categoria triagem} / n^{\circ} \text{total de pacientes classificados}$$

Usando a classificação obtida na triagem, pode-se ainda calcular a Taxa de óbito em relação aos recursos utilizados. Para isso, e embora existam outras metodologias, é de interesse o modelo aplicado por Jung, Oliveira e Corral (2002) na utilização do método TISS (therapeutic intervention scoring system). Determina a taxa de recursos utilizados, objetivando a gravidade do doente pelo número de intervenções e terapêuticas instituídas nas primeiras 24 horas no SE. O score TISS divide-se em quatro classes segundo uma pontuação específica e ascendente de complexidade: TISS: I (até 20 pontos), II (21 – 30 pts.), III (31 – 40 pts.). Se maior que 40 pontos é classe IV. Apesar da limitação do escore quanto a não contemplar variáveis fisiológicas, ou não medir, por exemplo, a carga de trabalho dispensada pela enfermagem em relação ao nível de cuidados necessários no paciente grave, traz algumas vantagens na classificação dos doentes, voltando-se um excelente instrumento técnico-administrativo.

Visando determinar a efetividade do SE, outro indicador importante para análise é a medição do percentual de doentes que saem sem ter completado o seu tratamento (índice de evasão total). Indiretamente, também sinaliza a satisfação do paciente / usuário. Constitui-se pelo número de doentes que abandonam o SE incompletamente tratados ou contra vontade médica por período de tempo, comparado ao total de pacientes registrados para atendimento no mesmo período. Pode ser discriminado por sub-índices e acionar dispositivos específicos para agir em cada ponto problema, como ser: evadidos entre o registro e a triagem ou entre triagem e atendimento médico, ou durante o processo de atendimento (consulta –

exames, por exemplo). Estabelece-se como “benchmarking” (MIRO, JIMENEZ; ALSINA, 1999) o valor situado abaixo de 2% do total dos pacientes registrados.

Dos pacientes evadidos, um percentual importante retorna ao SE e isso deve ser detectado. Como medida surge a chamada taxa de reconsultas. Este índice indiretamente dá uma medida global de qualidade técnica das soluções dadas pelo atendimento prestado e assinala a quantidade de pacientes que retornam ao SE dentro das 72 horas seguintes ao atendimento de referência, por qualquer causa. No sentido estrito do termo apenas deveriam ser levados em consideração os que retornaram pelo mesmo motivo, mas como pode tornar-se dificultoso ou até mesmo impossível definir com clareza, se é a mesma causa que o faz retornar, é preferível incluir os retornos por qualquer causa. Desta forma o viés introduzido talvez seja menor e menos relevante. É de interesse analisar essa taxa quando focados para doentes com um histórico repetitivo de procura pelo SE e que, complementarmente, será analisado na premissa Usuários.

Miró, Jimenez e Alsina (2001) sugerem como valor apropriado a um atendimento de qualidade se este índice estiver abaixo de 2% do total dos doentes registrados no período. Não se incluem para análise como reconsulta, pacientes liberados desde o andar de internação (analisados por outro indicador) ou retornos agendados (via de regra, impróprios à idéia de “emergência”). Permite detectar e tratar as possíveis causas, muito embora seja esperado que uma proporção de pacientes, mesmo corretamente atendidos e tratados, tenham uma evolução desfavorável e precisem de nova assistência (piora do quadro clínico).

Porém, quando existe erro diagnóstico, alguns pacientes receberão tratamento inadequado, ou não terão detectados todos os seus problemas de saúde e precisarão, por isso, de um novo atendimento. Também, se existe falta de acessibilidade ao acompanhamento ambulatorial pós-alta ou de acesso às medicações indicadas, entre outras razões, gerar-se-á uma causa de reconsulta. Um valor adicional de relevância é o cruzamento deste indicador com o a taxa de readmissões desses doentes, dado que no contexto de uma medicina defensiva como a atual, o retorno do paciente é interpretado como sinônimo de persistência ou agravamento da sintomatologia e então freqüentemente opta-se por internar o doente.

Taxa de reconsultas =  $\sum$  do número de pacientes que retornam ao SE nas 72 horas seguintes a seu atendimento por período determinado de tempo / Número total de pacientes registrados no SE no mesmo período x 100

Dirigido estritamente à esfera da assistência suplementar à saúde, aparece um indicador que assinala como o manejo do fluxo de doentes dentro do SE e dentro do hospital a partir do SE, pode afetar o faturamento: o valor da demanda reprimida do SE. Quantos leitos e para que tipos de doentes (grau de complexidade, tipo de convênio) o SE está negando leitos por falta de acomodação?

Percebe-se com freqüência na órbita privada, um volume de atendimentos significativo mas que não se reflete na receita do SE como centro de custos, e do hospital como prestador de serviços produto, entre outras causas do volume de atendimento de pacientes ambulatoriais em relação aos casos de maior complexidade.

A demanda reprimida surge do cálculo da razão entre o número de solicitações de encaminhamento de novos pacientes que são negadas dentro do total de solicitações de leito recebidas. Medem-se as solicitações fundamentados no fato de que estes pacientes de maior complexidade, em sua grande proporção, recebem atenção domiciliar por sistemas de medicina pré-hospitalar ou pelo próprio médico assistente e, portanto, existe (ou deveria existir) um contato prévio com o SE antes do encaminhamento do paciente, o que permite a captura do dado. Em cada caso é fundamental documentar a causa da negativa para análise da freqüência relativa de cada situação e estabelecer ações dirigidas .

Demanda reprimida do SE =  $\text{leitos negados} / \text{total de leitos cedidos} + \text{negados} \times 100$

Finalmente, se inclui também dentro dos processos a serem controlados, o indicador Freqüência de Acidentes de Trabalho. Visa refletir a qualidade assistencial através da medição do nível de segurança da equipe. Na prática usa-se em relação a milhão de horas trabalhadas e, devido à baixa freqüência esperada, utiliza-se o coeficiente  $10^6$  (SIPAGEH, 2004). Pode-se estratificar segundo as características do acidente (punção, material biológico, mecânicos, etc).

Freqüência de acidentes de trabalho =  $\sum$  do nº de acidentes acontecidos no SE com afastamento do funcionário / total de horas trabalhadas x  $10^6$

Ambos níveis - gestão e operação - necessitam-se mutuamente para o bom desenvolvimento do processo assistencial (atividade fim – “negócio” do SE). O desencontro, às vezes percebido, deveria transformar-se em colaboração, para determinar que o “que” e o “como” (JACQUES, 2004) levem a oferecer ao paciente os serviços que precisa no momento adequado. Assim, propõe-se como estratégia para otimização de processos no SE (adaptado de KNOBEL, HAIBI; AVEZUM, 1998):

- 1) Otimização do tipo de pacientes (“*case mix*”) o que diminuiria a superlotação (“paciente certo, no hospital certo, na hora certa”);
- 2) Revisão do processo de assistência, visando melhoria da qualidade e manuseio dos resultados, com foco na uniformidade de práticas clínicas. Ex: protocolização do tratamento às patologias mais freqüentes, assegurando a observação de princípios clínicos estruturados em dados sólidos (medicina baseada em evidências) e associado aos recursos disponíveis;
- 3) Melhoria da eficácia – efetividade - eficiência da equipe, com ênfase na enfermagem pela sua maior abrangência (taxas de cuidados, diminuição do índice de intercorrências por detecção precoce, etc);
- 4) Otimização da aquisição de tecnologia (em vez de compra indiscriminada, compra dirigida, necessária, inteligente e efetiva).

Precisa-se de uma mudança cultural que fomente a qualidade assistencial nos SE. Essa virá da conjunção de uma maior capacitação / treinamento (educação continuada: científica, técnica e humana) e melhoramento dos processos, através da melhoria nos serviços (planejamento, flexibilidade da relação gestor-operador; confiança entre os integrantes da equipe assistencial; valores éticos; re-adequação da estrutura).

Os parâmetros apresentados nesta seção representam construções técnicas ideais, abertas para complementação conforme a realidade de cada local e constituem apenas guias iniciais para orientar os gestores de SE no planejamento, programação e priorização de ações gerenciais a serem desenvolvidas.

## 6 SISTEMA GERENCIAL de CONTROLE e a premissa de ESTRUTURA

No presente trabalho é incluída a participação da dimensão Estrutura como premissa de importância para a gestão do serviço de emergência (SE). Muitos dos SE atualmente a disposição dos pacientes no Brasil, não foram especificamente desenhados para cumprir essa atividade, o que os torna estruturalmente pouco funcionais para a tarefa a ser desenvolvida (atendimento ágil e resolutivo de situações de risco de vida). Para o Sistema Gerencial de Controle (SGC) proposto, considera-se dentro da estrutura: ambiente físico; extensão e ocupação da estrutura (censos); e os recursos humanos, ou seja, o pessoal que presta o atendimento (tabela 2).

<b>Tabela 2. Os indicadores de Estrutura propostos para o SGC</b>			
<b>PREMISSA</b>	<b>CRITÉRIO</b>	<b>DOMÍNIO</b>	<b>CATEGORIA</b>
<b>ESTRUTURA</b>	Ambiente	Estrutura Física	Índice de Carga (*) Taxa de ativação leitos disponíveis / SE / dia Tempo médio de disponibilização do leito
	Extensão	Ocupação	Saturação por represamento Taxa de ocupação SE Censo diário do SE Índice de ocupação por área do SE (SO) Índice de renovação Índice intervalo de substituição Censo Hospitalar
	Recursos Humanos	Pessoal assistencial não médico / plantão Relação funcionários / leito operacional Pessoal administrativo / plantão Relação Enfermeiros / leito Número de médicos / plantão Índice de rotatividade de mão de obra Absentéismo	

(\*) Esse indicador será analisado em particular no capítulo Discussão à frente.

A relação do SE com o resto do hospital é de dependência, e assim deve ser valorizada no momento de estabelecer prioridades às ações e quando se cedem leitos para determinadas atividades ou serviços. Por isso é importante que o gestor do SE conheça o movimento diário de leitos (censo diário do SE e o censo hospitalar), junto aos indicadores relacionados a esse (índice intervalo de substituição, índice de renovação), visando agilizar a alocação dos pacientes da sua



área num leito de interação e assim disponibilizar esse espaço para o novo paciente que está chegando.

Para Jung e Jacques (2005) o indicador de estrutura é adequado para valorização se associado a outros, mas ele em si mesmo é insuficiente para garantir a avaliação da qualidade. Descrever-se-á a seguir individualmente cada indicador proposto para esta premissa.

O Censo Hospitalar (ocupação hospitalar total) é reportado como o total de camas hospitalares ocupadas em um período de tempo escolhido para estudo (por analogia vale o mesmo raciocínio para o censo diário do SE). Calcula-se continuamente ou por períodos. É prática geral que o dito censo seja encerrado uma vez a cada 24 horas, na meia noite, tanto para o hospital como para o setor específico. O percentual de leitos disponíveis para operação é um determinante fundamental da Pressão Interna e, portanto, balizador de risco de saturação no SE. Cada categoria (UTI, Enfermaria, etc.) indicará a necessidade de ajuste particular com o SE.

Censo Hospitalar = total de leitos hospitalares ocupadas por período de tempo / total de leitos operacionais no mesmo período.

Índice de Renovação (ou Giro de Rotatividade): Representa, basicamente, a utilização dos leitos durante o período considerado. No SE é válido analisá-lo nos setores de maior tempo de permanência de doentes (SO, áreas de Cuidados Críticos). Interessa relacioná-lo com os valores do hospital todo. É também um indicador de utilidade para a análise de resultados.

Índice de Renovação = total de pacientes saídos do hospital (somatório de altas + óbitos + transferências) no período em estudo / número de leitos operacionais no mesmo período.

O Índice Intervalo de Substituição assinala o tempo que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de um novo (BITTAR, 1996). Relaciona para seu cálculo a Taxa de ocupação e a Média de Permanência (da área ou do hospital todo, segundo o que esteja sendo considerado). Bittar (1996) quando conclui sobre os trabalhos por ele analisados, afirma que para ser eficiente o hospital deve prover unidades de tamanho certo, em locais certos e que trabalhem com uma dinâmica precisa de admitir somente aqueles pacientes que o necessitam,

liberando-os tão logo não mais precisem de cuidados hospitalares, levando sempre em conta as características de cada hospital (*mix*) e sua finalidade.

$$\text{IIS} = (\text{percentual de leitos desocupados} \times \text{média de permanência}) / \% \text{ de ocupação}$$

Percebe-se a dependência deste indicador da influência de outros tanto de forma direta (como a média de permanência) ou indireta como, por exemplo, o indicador: tempo médio de disponibilização de leitos já analisado no capítulo de Processos.

O planejamento do suporte a estes casos é de fundamental importância ao adequado funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que os pacientes podem ocupar leitos hospitalares por períodos mais ou menos longos após ter recebido alta. Do ponto de vista prático e também financeiro, quando os tempos de intervalo de substituição, demoras na liberação de leitos, pacientes de alta que não abandonaram efetivamente o leito, etc. são muito prolongados, significa ociosidade (JUNG; JACQUES, 2005; JACQUES, 2004) e o hospital pode certamente otimizar seus processos melhorando estes intervalos.

Taxa de Ativação: Razão entre a capacidade operacional e a capacidade planejada para o setor. Capacidade Planejada é o número máximo de leitos que podem ser colocados em funcionamento respeitando a legislação em vigor. Capacidade Operacional define-se como o conjunto de leitos disponíveis (ocupados ou não) para utilização no determinado período (número de leitos efetivamente existentes). O nível ótimo é funcionar perto da unidade (reflete 100% de disponibilidade operacional da capacidade planejada).

$$\text{Taxa de Ativação} = \text{n}^\circ \text{ de leitos operacionais} / \text{n}^\circ \text{ de leitos planejados para a área em estudo}$$

Saturação por represamento: Mostra a carga da estrutura operacional por período de tempo. Relaciona os pacientes aguardando leito de internação “estacionados” no SE (com requisição de leito já encaminhada) e as unidades dispostas para atendimento (macas, cadeiras, poltronas, leitos, etc). Pode se discriminar por tipo de internação (clínica, cirúrgica, traumatológica, pediátrica, obstétrica, psiquiátrica, etc).

$$\text{Sat. Represamento} = \text{n}^\circ \text{ pacientes aguardando leito no SE} / \text{n}^\circ \text{ total lugares para atendimento}$$

Taxa de Ocupação: É a relação percentual entre o número de pacientes / dia em um determinado período e o número de leitos / dia no mesmo período. Paciente /

dia é a unidade de mensuração da assistência prestada, calculada pela soma dos censos hospitalares diários fechados sempre na mesma hora. Sinaliza também o potencial do SE de gerar receita e dá a idéia da adequação na relação oferta / demanda. Se esta relação for maior do que o valor 1 indica saturação do serviço.

Taxa Ocupação =  $n^{\circ}$  de pacientes - dia em determinado período /  $n^{\circ}$  de leitos - dia operacionais no mesmo período x 100.

Desse indicador infere-se um segundo: o índice de ocupação por área do SE. No ambiente específico do SE, é de interesse também calcular a taxa de ocupação de determinadas áreas, fundamentalmente a Sala de Observação (SO): (índice de ocupação da SO), pela elevada freqüência com que são represados doentes nesse setor. Calcula-se pela razão entre o número total de pacientes internados nessa área (ocupação de leitos operacionais + eventuais extras) no período em estudo / número de total de leitos disponíveis na área no mesmo período. Neste exemplo, o percentual de leitos disponíveis na SO refletirá a capacidade do SE de suportar a demanda frente a dificuldade de internar pacientes na área destino. Pode-se medir continuamente ou por períodos e, freqüentemente, são registrados valores acima de 100% .

É clássica a afirmação de que se o SE logra manter um controle próprio da sua área de triagem e da SO, com efetividade nas interconsultas e solicitação de exames (analisados durante o capítulo de Processos, no contexto da pressão interna), consegue manter controlado o fluxo interno e suportar a demanda externa.

Bittar (1996) conclui que para a análise da estrutura através dos recursos humanos e sua relação com a capacidade instalada, inevitavelmente deve-se passar pelo conhecimento do tipo do hospital com o qual estamos lidando (porque esta relação deve estar em consonância com a complexidade dos doentes que são atendidos). Os indicadores de análise desta perspectiva permitem inferências sobre produtividade e o grau de aproveitamento da mão de obra. Apresentam uma relação de cálculo muito simples, o que lhes outorga uma utilidade ímpar.

Descrevem-se: o número de pessoal assistencial não médico por turno de plantão (total de funcionários assistenciais não médicos de plantão no mês / somatória de turnos de plantão no mês); a relação funcionários assistenciais não médicos por leito operacional (número total de funcionários assistenciais não médicos num período determinado / somatória de leitos operacionais no mesmo

período); peçoal administrativo por turno de plantão (total de funcionários administrativo de plantão no mês / somatória de turnos de plantão no mês); relação Enfermeiros por leito (somatória do total de Enfermeiros / número de leitos totais no período); número de médicos por plantão (somatória de médicos que fizeram plantão no mês / número de turnos de plantão no mês). Estes marcadores, quando cruzados com outros indicadores (volume atendimento, resolubilidade) permitem saber da apropriação da equipe à carga de atendimento.

Ainda dentro da perspectiva dos recursos humanos, há mais dois indicadores que têm um valor de leitura maior do que o próprio resultado numérico que possam chegar a expressar: a rotatividade de mão de obra e absenteísmo.

O absenteísmo dá a idéia da disponibilidade da força de trabalho e tem sua importância determinada no fato dos SE funcionarem hoje sempre no limite da sua capacidade. Ao anterior soma-se a característica peculiar destes tipos de serviço, de estarem 24 horas abertos, de prontidão para receber quaisquer demandas de atendimento, de qualquer volume. Assim, qualquer baixa na equipe com certeza trará uma influência negativa no ritmo dos atendimentos, além de obrigar os outros membros da equipe a se multiplicarem para manter a qualidade assistencial.

$$\text{Absenteísmo} = \text{horas líquidas faltantes} / \text{horas líquidas disponíveis} \times 100$$

A rotatividade de mão de obra (também denominada “*turn over*”), é um balizador de procura por excelência na organização. Reflete o como é vital a retenção de pessoas chave para o normal funcionamento e a sedimentação operacional da metodologia implantada. Infere-se que, com menor envolvimento é menor a produtividade e maior a saída precoce do SE (BITTAR, 2001). Um giro muito alto seria a um baixo nível de “contrato emocional” com o SE, levando-se em conta, além do mais, que o pessoal que trabalha no atendimento das urgências / emergências deve possuir um diferencial, tanto psicológico quanto de treinamento, que não é fácil de ser encontrado no mercado.

$$\text{Turn over (rotatividade mão de obra)} = (\text{n}^\circ \text{ funcionários admitidos} + \text{demitidos}) / 2 \text{ no período} / \text{n}^\circ \text{ médio de funcionários no período (com contrato, excluindo terceirizados, etc)}$$

Também, para o sucesso do SGC é de extrema importância a formação de uma massa crítica de pessoas dentro da organização, que realize uma tarefa multiplicadora para a implantação do modelo de gestão na medida que este amadurece, e para objetivar pontos de mudança ou estímulo no funcionamento do

serviço. Provavelmente o indicador rotatividade de mão-de-obra facilitará essa leitura, mostrando se foi atingido tal ponto de comprometimento.

Para tanto, é necessário um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas de assistência e de gestão, que constituam o Núcleo Gerencial do SE. Esse núcleo liderará a detecção de problemas / obstáculos em relação aos aspectos determinados críticos ou chave, e planejará a aplicação das medidas necessárias para tornar o SE mais resolutivo e humano.

## **7 SISTEMA GERENCIAL DE CONTROLE e a premissa USUÁRIOS no SE**

O conceito de inteligência de negócio pode ser focado como a gestão das preferências e necessidades do usuário - paciente, repensando as estruturas para se adequar às novas exigências desse, visando a personalização de produtos e serviços. As organizações da área da saúde, foco deste trabalho, necessitam revisar, avaliar e ajustar suas práticas gerenciais para identificar e desenvolver estratégias que melhor se relacionem com a sua clientela e que efetivamente resultem em impactos positivos assistenciais. Por exemplo, freqüentemente nas avaliações mais modernas dentro da lógica privada, os médicos e familiares tomam mais um papel de “influenciadores” do que clientes propriamente ditos (separando-se da clássica nomeação dos médicos como “cliente interno” da organização hospitalar) pelo seu papel decisivo no estímulo à escolha do paciente de um determinado hospital, SE ou outro.

Paralelamente, acredita-se que se a crescente demanda por atendimento de emergência for enxergada do ponto de vista “industrial”, certamente os analistas de mercado deveriam estar mais do que felizes, já que poucos setores cresceram tanto em procura nos últimos anos como o SE. Entretanto, não foi antecipado nem organizado esse crescimento. A saúde brasileira, por uma série de razões históricas não vem respondendo adequadamente às necessidades e exigências da população. A demanda por acesso a serviços de melhor qualidade obrigou à reorganização acelerada dos processos de trabalho (assistência), das relações dos profissionais de saúde com a população e do emprego de novas tecnologias, porém, com resultados ainda abaixo das expectativas.

Quando se mencionam as características da clientela interna e externa em saúde, rapidamente se vê que a prática médica em geral e do SE em particular, insere-se num emaranhado conjunto de princípios éticos e sociais que dificulta a definição cartesiana de cliente - consumidor, fornecedor e prestador de serviços. Isso é resultado de que a identificação de cliente não é precisa e as relações que se estabelecem são difusas, não se enquadrando necessariamente numa relação comercial tradicional (GURGEL; VIEIRA, 2004). Destaca a necessidade de, quando se abordam as peculiaridades típicas da área da saúde, forçar uma revisão completa do entendimento da prestação de serviços. Daí a escolha, neste trabalho, de nomear

o que para alguns autores poderia caber dentro do conceito “cliente” como paciente – usuário.

Na tabela 3 descrevem-se os indicadores propostos pelo Sistema Gerencial de Controle (SGC) para a análise da premissa Usuários do SE.

<b>Tabela 3. SGC: Indicadores da premissa Usuários</b>			
<b>PREMISSA</b>	<b>CRITÉRIO</b>	<b>DOMÍNIO</b>	<b>CATEGORIA</b>
<b>USUÁRIOS</b>	Satisfação	Satisfação usuário externo e interno	Índice Satisfação Global Usuário Disponibilidade de informações Índice de sugestões positivas T espera por informação Aparições positivas na imprensa Fidelização Índice de satisfação novos projetos

Segundo Gurgel e Vieira (2004) para estabelecer uma relação típica de usuário e fornecedor devem ser preenchidos dois requisitos básicos: a escolha e a existência de algum tipo de contrato. Estes autores chamam a atenção para o que denominam “falácia do conceito de cliente interno”. Esta aparece quando o trabalho de um indivíduo na organização (como a de saúde), depende necessária e estritamente do trabalho de outro (relação operação – administração para a compra de materiais e medicamentos por exemplo) e, nesse caso, o primeiro não tem opção a fazer e o quesito de escolha não seria preenchido. Em referência à noção de contrato, o conceito de usuário (neste caso externo) também perde validade num hospital público (assim como uma escola ou qualquer outra organização pública) porque este contrato está fundamentado no direito e na cidadania, onde o fato do serviço ser pago através de impostos não significa necessariamente a natureza mercantil da relação.

Ainda é acrescentado, continuando na visão do usuário externo, um terceiro fator: o direito de abandono do contrato. Este princípio também não é aplicável na órbita da saúde pública, já que uma pessoa pode abandonar o plano do SUS para se encaixar num outro na esfera da saúde suplementar, mas o inverso não existe. Quem não tem um plano de saúde suplementar não tem como abandonar o SUS. Estas dificuldades (e outras) na identificação do paciente – usuário – cliente reiteradamente dificultam a avaliação da qualidade e os critérios de excelência que dessa derivam.

Então, também num SE que se caracterize como bem planejado, deve-se atentar a conhecer as preferências dos usuários sobre os serviços que utiliza, assim

como dos fatores que eles consideram prioritários de estes tipos de atendimento. *“Conhecer aquilo que os usuários esperam de nós é só uma parte do reto. A outra, a maior, é corresponder às suas expectativas”* diz Parasuraman citado por Zapicó Alvarez (2001).

Esse conhecimento possibilitará um planejamento e concordância com o desejado pela população que utiliza estes serviços. Poderia se inferir, em forma primária, que certamente o usuário prefere um SE com alto grau de resolução dos problemas, com profissionais especificamente qualificados e acesso livre, situado perto da sua casa e com estrutura específica para a atenção urgente. Em resumo, a expectativa sobre o SE é que aja como um serviço de demanda livre, com profissionais qualificados e com alto grau de resolução.

Stenzel e Misoczky (2004) destacam as relações existentes entre as expectativas do usuário e a percepção destes referente às especificações do serviço prestado, como as ferramentas as quais permitirão avaliar a adequação da relação qualidade – desempenho. Para estruturar a mensuração da premissa “Usuários” é importante antes conhecer de quais usuários se trata: se interno ou externo, quais as necessidades (qualidade intrínseca, custo, atendimento, moral, segurança, outras), para depois assim elaborar indicadores que avaliem os atributos citados acima. A qualidade resultante dos processos, também influencia na escolha do usuário para determinado hospital ou na liberação de recursos por parte das fontes pagadoras.

No âmbito desta premissa, é importante medir a satisfação, conhecer a imagem perante o público, a fidelidade dos usuários, o número de inserções positivas na mídia e também fazer um balanço social que assinale o que o SE está retornando à comunidade. Entretanto, pelo fato das medidas de satisfação dos usuários serem subjetivas e derivativas, a relevância analíticas delas é controversa.

Como determinante de satisfação do paciente – usuário, aparece a avaliação do serviço quanto à existência de mecanismos operacionais de oferta de informações (indicadores: disponibilidade de informações e tempo de espera por informação). Paciente informado é paciente seguro. Além de tratar-se de um direito, soma-se à constatação de que um bom nível de informação melhora a relação médico-paciente e alivia a angústia dos familiares. Todavia, evita reclamações como conseqüência de uma insuficiente compreensão da natureza e alcance dos problemas e dos cuidados ofertados.



No entanto, a dificuldade maior é a uniformidade e disponibilização dos dados, batendo contra um critério vital da formatação de um indicador: a simplicidade. O que é informação? O que é informação de qualidade? Com que periodicidade esta deve ser fornecida para aliviar a angústia do paciente e / ou seus familiares? É muito complexo realizar uma medição direta? É válido fazer um cálculo por amostragem? Informação adequada seria aquela vista da ótica do familiar como a que satisfaz o grau de curiosidade previamente estabelecido por ele?

Núñez Díaz (2002) demonstra que o grau de satisfação do enfermo e seus familiares é inversamente proporcional ao tempo de espera, daí que os pacientes gravemente doentes, que são atendidos rapidamente, solem ser os mais satisfeitos do SE. Por outro lado, os pacientes com enfermidades ou lesões menos graves, que têm que esperar mais tempo, tendem a estar menos contentes. Entretanto, como a idéia de saúde não é apenas a ausência de doença e envolve fatores emocionais e de valores que devem ser levados em conta, a idéia de satisfação pode-se propor em conjunto com a qualidade em alguns casos (exemplo: um paciente que interna por uma doença complexa e sai curado, pode avaliar o resultado global do seu atendimento como insatisfatório porque considerou as instalações, ou a postura da equipe ou o horário de visita inadequados).

É importante ter em mente que para estes pacientes / usuários, em conseqüência da dificuldade em avaliar o caráter técnico do serviços recebidos, a qualidade está mais freqüentemente ligada aos aspectos interpessoais de comunicação e segurança demonstrado pela equipe que prestou assistência. Normalmente o médico e a equipe do SE têm um curto período para estabelecer uma relação com o paciente, pois em geral só o vêem apenas uma vez e a própria situação de gravidade condiciona esta dificuldade. Por exemplo, apenas o fato de se apresentar (dizer o nome) seria uma ferramenta que condicione uma atitude mais receptiva por parte do paciente e melhoraria a adesão deste aos tratamentos posteriores.

Embora por todo o anterior, “*prima facie*” apareça dificultoso lidar com a mensuração da “informação sistemática ao paciente”, propõem-se estratégias para avançar nessa busca, como ser uma metodologia de informação sustentada em um roteiro (uma série de itens) de informações padrão a ser cumprido.

A primeira ação é, através de levantamentos freqüentes, tentar estabelecer uma média dos pontos mais relevantes para pacientes e familiares, investigando

junto a estes o grau de informações que dispõe acerca da sua situação, por exemplo, e o que mais gostaria de saber (expectativas). Em paralelo mensurariam-se parâmetros básicos e objetivos como: percentual de pacientes que identifica o médico responsável por seu tratamento; pacientes que conhecem sua impressão diagnóstica inicial; pacientes que foram informados sobre os procedimentos e técnicas aos quais seriam submetidos; pacientes que conhecem os fluxos dentro do serviço de atendimento. A partir daí, disponibiliza – se um “Programa de Informação e Comunicação do Serviço de Urgências”, que começa no setor de recepção (acolhimento) e continua em horários pré-estabelecidos, para que sejam fornecidas informações orais (identificação do médico responsável, hipótese diagnóstica inicial, procedimentos e técnicas a realizar, circuitos a serem percorridos durante o processo do atendimento, diagnóstico e plano terapêutico (se existir).

A outra metodologia que objetiva um nível mínimo de informação sobre o funcionamento do SE é a partir da disposição de folhetos e informações escritas na sala de espera (um “Guia da Unidade sobre a Informação a Pacientes e Familiares”), que inclua explicações simples e em linguagem acessível sobre o processo de classificação - priorização de pacientes (por que alguns doentes são atendidos primeiro que outros?), e os por quê das demoras, por exemplo. Dadas as características sócio-culturais do meio, a informação deve ser clara, concisa e com palavras facilmente compreensíveis pela maioria dos pacientes, dedicando mais tempo aos de idade avançada. Uma aproximação ao cálculo seria através da fórmula:

Taxa de Informação = número de pessoas que se declaram (através de questionários específicos) satisfeitos com as informações recebidas durante o atendimento / número de respostas ao questionário específico no período de estudo

Além de instituir o grau de disponibilidade de informações a pacientes e familiares como indicador, propõem-se uma série de outros como: índice de Satisfação Global do Usuário Externo (pacientes e familiares) que resulta da mensuração dos conceitos ótimo obtidos a través de inquéritos dispostos para tal fim, embora atualmente possam ser propostas outras metodologias mais precisas para a obtenção desses dados. Este fator melhora a relação médico – paciente e a adesão à terapêutica instituída ou planejada na alta.

Satisfação Global = nº de conceitos “ótimo” / total de respostas obtidas x 100

O Índice de sugestões positivas (usuário externo e interno), relacionado ao anterior, permite antecipar as necessidades e superar as expectativas dos usuários, base de qualquer definição de qualidade. Mede-se em levantamentos feitos periodicamente junto a pacientes, familiares, equipe e fornecedores e resulta da fórmula: número de sugestões positivas em determinado período de tempo dividido pelo total de sugestões recebidas no mesmo período, multiplicado por 100.

Derivado desse, o Índice de satisfação em relação projeto específico, analisa a satisfação dos pacientes - usuários (externos) e internos (equipe, fornecedores, etc), com os novos “produtos” disponíveis no SE (unidade cardiológica, unidade de corta permanência para diminuir a pressão interna na SO, por exemplo). A fórmula de cálculo é: Nº conceitos “ótimo” por projeto específico / total de respostas obtidas x 100.

As aparições positivas na imprensa, mensuradas a partir da relação percentual com o total de aparições. Verifica a transcendência do SE na comunidade (marketing assistencial) e como esta percebe o nível de segurança com que o serviço é visto pela população. Essa visão pode ter repercussões múltiplas dependendo do “cristal com que se olhe”. Do setor da saúde pública é onde se reflete mais a importância do anterior (acessibilidade, segurança, resolubilidade). Na saúde privada, além desse, também funcionará como um “atrativo” que pode nos indicar visitantes freqüentes do SE, aos quais poderíamos investigar as causas e agir em função destas (indicar um médico assistente que faça acompanhamento domiciliar reduzindo as vindas ao SE, por exemplo).

Entretanto, nesse sentido, percebe-se que na maioria dos SE, uma pequena parcela de usuários detêm um grande percentual da carga de atendimentos em freqüência. É comumente mencionado na literatura e discutido especificamente no trabalho de Mandelberg, Kuhn e Kohn (2000) que dedicar a capacidade do SE (ou ao menos grande parte desta) aos usuários freqüentes significa um gasto enorme de recursos e tira atenção dos pacientes que mais precisam porque se encontram realmente em situação crítica. Todavia, e principalmente na grande maioria das vezes, as necessidades detectadas destes usuários, poderiam ser resolvidas no âmbito da atenção primária (MANDELBERG, KUHN; KOHN, 2000). Assim, para visualizar estes eventos surge o índice visitante freqüente, o qual poderia também ser interpretado como indicador de Fidelização (no conceito comercial: relação de

retenção de usuários), embora esta associação possa ser controversa para alguns autores.

Índice de Fidelização (visit freq) = total de pacientes com nº visitas > 5 / ano / paciente.

As visitas frequentes também são de relevância na lógica privada, fazendo parte do chamado “risco moral” dos planos de saúde. Os beneficiários do sistema supletivo no Brasil correspondem a 38,7 milhões de pessoas, equivalendo a 22% da população (Programa Nacional de Saúde - 2004). O conceito de risco moral deriva do raciocínio baseado em: “como pago - tenho direito, então uso”.

O risco que envolvem estes usuários frequentes surge de que, por serem conhecidos da equipe, muitas vezes têm uma classificação de risco baixo, e a sua queixa é mais entendida como pedido de ajuda social do que de necessidade de tratamento médico. O número de visitas, utilizado como ponto de corte para mensuração deste indicador varia de 3 até 20 vezes em um ano, segundo os diferentes autores (MANDELBERG, KUHN; KOHN, 2000; MIRÓ, JIMENEZ; ALSINA, 1999). Para Mandelberg (2000) o mais acertado é situar o ponto de corte no valor de 5 já que, no seu estudo, as proporções eram as mesmas que quando o ponto de corte era posicionado em 10 visitas por ano.

Entretanto, deve-se levar em conta que recomendações apropriadas para a premissa Usuários de um determinado SE podem não ser as melhores para outro. Praticamente cada hospital tem desenvolvido um modelo distinto, peculiar de gerenciar os usuários e a satisfação dos usuários do SE. Esse em grande medida é o resultado da história do centro e do próprio serviço e da estratégia de posicionamento no mercado quando existe.

## 8 SISTEMA GERENCIAL de CONTROLE e a premissa APRENDIZADO e CRESCIMENTO.

O desafio de um bom sistema de avaliação, com foco na qualidade e na gestão, não deve apenas repousar sobre indicadores isolados de estrutura, processos e resultados (satisfação do usuário – paciente), mas também encima de oportunidades de melhoria da equipe e sempre visando o crescimento organizacional sustentado.

Colocando a ênfase na perspectiva do Aprendizado e Crescimento, visa-se uma mudança cultural a respeito do perfil de investimento das organizações de saúde na atualidade. A tabela 4 a seguir ilustra os indicadores propostos pelo Sistema Gerencial de Controle (SGC) para esta premissa. Nela, transparece que, através desta análise, será possível inferir o envolvimento da equipe na estratégia e os objetivos do serviço, fator determinante de sucesso da gestão do SE.

<b>Tabela 4. SGC: Indicadores propostos para Aprendizado e Crescimento</b>			
<b>PREMISSA</b>	<b>CRITÉRIO</b>	<b>DOMÍNIO</b>	<b>CATEGORIA</b>
<b>APRENDIZADO E CRESCIMENTO</b>	Científico	rotinas / protocolos em andamento % pacientes incluídos no protocolo Nº reuniões coordenação – corpo clínico para protocolização Nº Trabalhos publicados / período Participação em eventos	
	Desenvolvimento	novos projetos assistenciais / setor novos projetos administrativos / setor proposta de novos projetos / reunião Nº equipes de trabalho / total de novos projetos Nº de programas de desenvolvimento de pessoas implantado projetos concluídos no prazo horas / treinamento / funcionário Nº profissionais com certificação na área	

As instituições hospitalares passaram a se autodenominar serviços de qualidade baseados no investimento, na maioria das vezes, centrado ou orientado para à infra-estrutura tecnológica. Nessa vulgarização tecnológica houve uma subvalorização do médico e do resto da equipe assistencial como recursos humanos indispensáveis para o direcionamento e manuseio adequado dessa tecnologia e como o verdadeiro fator diferenciador das organizações (sobretudo no SE).

Com muita freqüência, a primeira opção para a redução de custos é o corte de pessoal e a utilização de mão-de-obra menos qualificada nas equipes. Ignora-se que, por exemplo, um médico melhor treinado e mais experiente certamente utiliza-se de menos recursos tanto diagnósticos como terapêuticos, com menor desperdício de recursos tecnológicos (KNOBEL, HAIBI; AVEZUM, 1998).

O comprometimento das pessoas com o sucesso da organização é fator preponderante para o andamento dos processos. O “contrato emocional” é entendido como a submersão dos próprios sentimentos para atingir objetivos organizacionais. Educação, treinamento e habilidades são peças fundamentais, não só pelas considerações acima, mas também pela responsabilidade, complexidade, quantidade e diversidade de processos e atividades que se desenvolvem no dia-a-dia do SE.

É também uma forma de assegurar qualidade, alta produtividade e baixo custo. A necessidade enseja que a adesão aos protocolos por parte dos médicos e equipes assistenciais seja um indicador de qualidade a ser construído, assim como obriga a que os hospitais tenham políticas médicas de relacionamento com o corpo clínico e práticas de gestão que favoreçam a implementação desses protocolos (JUNG; JACQUES, 2005).

É habitual que os profissionais da área da saúde sejam obrigados (por variadas circunstâncias sócio-econômicas e culturais) a trabalhar em vários empregos, estendendo perigosamente a jornada de trabalho. Esta situação alia-se a regulares condições de trabalho em muitos lugares e extrema sobrecarga de pacientes. Uma das conseqüências de tudo isso é o pouco tempo para a atualização profissional e exerce influência negativa decisiva para a baixa qualidade do atendimento.

O Ministério da Saúde brasileiro alerta para esta situação na Portaria 2048 (2002). Nela verifica uma importante desprofissionalização no atendimento às urgências / emergências, e ressalta que isso seria devido (entre outras causas) a falta de formação e educação continuada da equipe, resultando num comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor. Para isso sugere a formação de “núcleos de formação em urgências”, propondo inclusive uma grade curricular básica a ser seguida com tal objetivo.

Todavia, para enfrentar esta questão, Proctor, Hall e Carr (2004) sugerem o incentivo financeiro por dedicação exclusiva, possibilidades de melhor remuneração

e formalização de estratégias e programas de educação continuada institucionais como parte dos processos de acreditação e qualificação, inseridas no planejamento estratégico como premissa.

No desenvolvimento da perspectiva do aprendizado e do crescimento das pessoas que integram a equipe e assim, por transição, atingir o crescimento global do serviço, ressalta a dependência na responsabilidade e o envolvimento do gestor / coordenador do SE (ou de ambos quando dita responsabilidade recai em duas pessoas diferentes) para levar a bom porto esta premissa. Idealmente o gestor / coordenador deveria ser um médico com formação específica na área da medicina de Emergência e, além dessa, formação e experiência em Gestão em Saúde. Essa combinação lhe permitirá abordar com propriedade tanto a macrogestão como microgestão do SE.

Na esfera da macrogestão incluem-se os diferentes âmbitos de decisão e negociação do SUS e do setor privado (convênios de saúde suplementar). Define-se dentro deste o relacionamento e interação com todo o sistema de saúde onde o SE está inserido (saúde primária, pré-hospitalar, convênios, Estado, Município) e com outras áreas do hospital (administrativa, faturamento, planejamento, determinação de fluxo de pacientes entre áreas anexas). Chama-se de microgestão aquela que é intrínseca ao SE.

Para tanto, esse gestor deve estar investido de autoridade administrativa para implantar protocolos que facilitem a aplicação dos padrões de cuidado básico nas doenças mais prevalentes em função dos recursos disponíveis e, também, ter independência para cobrar o maior rendimento da sua equipe, designando ou relevando membros dessa se a atuação é justificadamente percebida, através de indicadores específicos, como sub-ótima.

Na análise do envolvimento da equipe com a missão e as atividades do SE, sugerem-se como indicadores: novas rotinas ou protocolos em andamento por período. Para Jacques (2004), o protocolo assistencial é o eixo estruturante, o núcleo central do sistema de avaliação da gestão operacional. Essa afirmação é baseada na idéia de que o protocolo regula o desempenho, guia o processo a um resultado desejado, indica como os recursos devem ser utilizados, se havia indicação de uso e, portanto, desemboca na qualidade assistencial. As estratégias de qualidade através de protocolos clínicos refletem diretamente na assistência e consistem em algoritmos de raciocínio sobre o que hoje existe como “as melhores

práticas baseadas em evidências” (opções de atuação perante cada doença, cada situação).

A protocolização resulta da participação das pessoas envolvidas no processo (todas elas), valorizando a formação individual e participação profissional na elaboração, reduzindo custos e humanizando o atendimento. O protocolo deve conter a descrição dos equipamentos e materiais a serem utilizados na tarefa, descrição dos procedimentos, passos críticos, etc. Também o coordenador deve ter noção, previamente, de quais os padrões de qualidade esperados (metas), itens de controle / avaliação e a relação de possíveis anomalias aceitáveis, para assim manter um *feedback* com a equipe executora a fim de antecipar a repetição de erros cada vez que o processo é posto em prática.

A comunicação representa um dos elementos mais críticos no processo de implementação de um atendimento de qualidade. Mecanismos permanentes de comunicação deverão permitir dispor constantemente de informações necessárias à gestão. Uma agenda de reavaliação e atualização periódica dos protocolos é fundamental, e as novas decisões tomadas serão rapidamente difundidas e conhecidas por todos, que terão compromisso na sua aplicação.

Desta forma, destaca a importância da rotinização dos procedimentos / terapêuticas na atenção às urgências / emergências em áreas temáticas definidas como prioritárias (resultado das análises epidemiológicas de demanda). Isso é de uma importância ímpar na relação eficácia - efetividade - eficiência do SE. É considerar a urgência / emergência (e atendê-la) sem desprezar (nem “engessar”) a rotina. Isso surge do entendimento de que é nessas situações quando mais se exige que o tempo de resposta do processo a ser executado seja curto e o resultado preciso. Daí a necessidade das ações estarem descritas, treinadas, confiáveis e com determinação clara de responsabilidades.

É percebida, no entanto, certa resistência por parte do profissional médico, sobre tudo aquele sem vínculo integral com a instituição (a figura do “medico assistente”), quem tende a considerar a idéia da padronização da atuação como um limite que se quer impor à sua prática, sem integrá-la a uma noção de qualidade. Segundo Bittar (2004) isso seria produto da existência de um déficit na formação profissional. Para este autor a ausência de adesão aos protocolos clínicos – assistenciais deve-se em parte aos problemas na formação dos profissionais nas escolas de medicina, uma vez que estas ainda não se preocupam substancialmente



com a padronização. Alguns argumentos contra a unificação dos procedimentos assistenciais surgem da visão de que para uma mesma patologia, em diferentes pacientes, pode-se necessitar de medicamentos com diferentes dosagens, assim com a mesma doença pode admitir diferentes tratamentos ou uma variabilidade de exames complementares para ser esclarecida.

Para mensurar estes fatos o gestor estabelecerá as necessidades principais a serem protocolizadas e controlará através da relação entre o número de novas rotinas ou protocolos em andamento comparando-a à meta total esperada para o período, estabelecida em conjunto entre a coordenação do serviço e a equipe assistencial.

A partir desses encontros, surgem uma série de indicadores de valor para mensuração do que é analisado como “capital intangível” (BITTAR, 2001): número de programas de desenvolvimento da equipe implantados por período; o próprio número de reuniões entre a coordenação e o corpo clínico para protocolização e implantação de novos serviços mais eficazes ou mais seguros poderiam constituir indicadores; o número de propostas de novos projetos por reunião; número de profissionais atuantes com certificação específica na área de emergência, entre outros).

Jung e Jacques (2005) ressaltam a importância do treinamento da equipe que atua no SE. Essa deriva do escasso e do indivíduo – dependente estado que o desenvolvimento do conhecimento nesta área se encontra atualmente (PORTARIA GM/MS, 2048/2002). O indicador horas / treinamento / funcionário, quando criticamente analisado e relacionado com os indicadores de qualidade, trará informações sobre o impacto dessa estratégia na qualidade assistencial do serviço, além de objetivar o nível de investimento da organização no desenvolvimento das equipes (SIPAGEH, 2004).

horas / treinamento / funcionário = nº total de horas – treinamento programadas / número médio de funcionários

Como controle desses indicadores propostos, o SGC inclui outros que surgem da objetivação do cumprimento ou não das metas estabelecidas, visando uma análise retrospectiva. Isto é: se o projeto não atingiu sua meta, ou se não foi concluído no prazo, analisar as causas e assim, aumentar a eficácia – efetividade das ações. Nesses incluem-se: projetos concluídos no prazo (relação entre o total de

projetos apresentados e o total de concluídos no prazo pré-estabelecido); novos projetos assistenciais ou administrativos no setor (relaciona o número de novos projetos em andamento e o total de novos projetos apresentados no período); número de equipes de trabalho criadas em relação aos novos projetos a ser implementados; percentual de pacientes incluídos nos protocolos.

percentual de pacientes incluídos nos protocolos = número de pacientes incluídos no protocolo de doença D / total de pacientes com o diagnóstico D x 100

É de praxe incluir também nesta premissa o número de trabalhos publicados pelo setor por período e a participação em eventos (das pessoas e do SE como um todo), refletindo a difusão das atividades realizadas, e o seu comparativo com a realidade externa.

Já foi destacado que é de indescritível importância a mensuração do envolvimento das pessoas e seu treinamento na busca da qualidade. Graff, Stevens, Spaite et al (2002) propõem sistematicamente viabilizar o aprendizado e crescimento da equipe através de um processo que denominam “FOCUS” (do inglês “foco”). Esse processo, que pode também ser enxergado como uma adaptação simplificada do PDCA (Plan – Do – Check – Act ou ciclo de Deming), está composto de cinco fatores: F de “*find*” (busca) referindo à busca de um processo para ser melhorado; O de “*organize*” por organização de um grupo que enfrente o desafio de buscar a melhoria; C por “*clarify*” pelo esclarecimento à equipe da tarefa a ser desenvolvida e as ações necessárias; U por “*understand*” visando o entendimento de por que o processo deve ser melhorado; S para “*select*”, isto é, uma vez finalizado o ciclo, selecione novas metas e novos processos a serem enfrentados.

O principal objetivo dessas metodologias é que a equipe, em vez de ser vista como uma potencial fonte de erros, seja apreciada como a responsável de que todo o processo funcione. É principalmente através dela, que a organização atingirá um padrão de qualidade na sua atividade fim.

## 9 DISCUSSÃO

### - A Gestão da Demanda (GD)

Como os serviços de atendimento de urgências / emergências de um país estão estruturados, é um bom indicador do grau de maturidade do sistema sanitário. Resulta cada dia mais evidente aos olhos de quem trabalha no âmbito da saúde que, como a erradicação total de muitas enfermidades é um objetivo inalcançável, os esforços devem dirigir-se à melhoria da qualidade de vida e ao alívio dos sintomas de quem as padecem.

Nesse contexto, o modelo de atendimento de emergência vigente na saúde pública, que se baseia na integralidade, equidade e universalidade da atenção (principais diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS), peca por não ter uma ênfase maior (embora detectam-se esforços incipientes) nos conceitos de qualidade, avaliação do desempenho (qualitativa e quantitativa de resultados globais e o impacto das ações) e da satisfação do usuário. Não é nova a menção ao desafio de enfrentar a necessidade de reordenar a demanda por atendimento nos SE, com qualificação da assistência e criação de instrumentos para planejamento de ações que assegurem o acesso com humanização e resolubilidade, trazendo a conseqüente satisfação da população (PORTARIA GM/MS, 2048/2002).

Nos últimos anos, os SE hospitalares têm começado a desempenhar um papel preponderante no desenvolvimento de alternativas ao acesso hospitalar tradicional. Numa era onde se produzem recortes de gastos em saúde, onde existe cada vez maior exigência das organizações prestadoras de serviços em diminuir os custos, paralelamente produzem-se aumentos nas expectativas e exigências dos usuários, que continuam procurando os SE hospitalares como fonte de atendimento. Segundo Miró, Jiménez e Alsina (1999) estes têm a missão fundamental de responder à demanda assistencial da população, ofertando uma assistência que, além de eqüitativa e eficiente, tenha na qualidade um dos seus componentes principais.

Em paralelo a população, majoritariamente, desconhece que existem estruturas onde são atendidas urgências fora do hospital. Persiste nela a idéia do hospital como lugar de alta resolução, com melhores e sofisticados meios técnicos e pessoal mais qualificado que soluciona os problemas mais rapidamente (percepção

“hospitalocêntrica” ao dizer de Braga Macedo (2003)). Visto desde fora e com uma mistura de romantismo e admiração, para o leigo, o mundo das emergências médicas oferece, sem dúvida, um certo atrativo, porque se supõe que nesses se devam viver situações de forte conteúdo assistencial e emocional. Como refere Millá Santos (2001) “em emergência parece que tudo deve ser sangue, suor e lágrimas”.

Entretanto no SE, historicamente, o processo decisório transcorre sem planejamento ou organização, forjado dentro do imediatismo que a situação crítica ou grave aparentemente exige (ressuscitação, alívio imediato da dor ou do sofrimento no eixo assistencial, superlotação, tempos elevados de espera, reclamações constantes, no plano de gestão), levando a sérias dificuldades de coordenação, avaliação e controle.

Nessa conjuntura, o cenário assistencial no Brasil aparece com uma forte e desorganizada pressão na demanda de assistência nos serviços de saúde como um todo, e ao SE especificamente, provocando uma lógica de “apagar incêndios” maior do que estabelecer programas de atendimento mais organizados e ajustados à realidade. Decorrente da falta de estruturação na gestão do SE, percebe-se um descompasso entre o “movimento peristáltico” que deveria ter o fluxo de informações (e para isso deve-se ter uma metodologia de obtenção de dados como é a análise sistemática de indicadores) que permita uma sistemática de planejamento e melhoria. Em geral no SE esta informação vem através de “episódios espasmódicos” que impedem que a tomada de decisões seja feita em tempo útil e de forma relevante.

A desconfiança entre os níveis assistenciais que fazem parte do sistema, a rigidez dos processos e fluxos são especialmente danosos para uma relação que deveria ser fluida e eficaz, pois dificulta atingir os objetivos e metas que beneficiam o paciente no final. Quando isso não acontece, os processos se tornam mecânicos e desinteressados (fazer as coisas só porque sim e não como é esperado que sejam feitas), a qualidade decresce e quem sofre é o paciente...

Diante disso, a principal estratégia a ser iniciada com o Sistema Gerencial de Controle (SGC) apresentado, baseia-se em reverter a tríade: “a culpa é deles” - dos pacientes que consultam no SE, desconsiderando que muitas vezes são desgarrados da atenção primária (PORTARIA 2048/2002), que o “inimigo”, portanto, é sempre externo (nunca são considerados os problemas internos derivados do déficit de planejamento ou antecipação, fluxos mal estruturados, etc.), e sendo

assim, as soluções também devem vir “de fora” (do sistema, ou do resto do hospital, são eles que têm que se ajeitar para que o SE funcione devidamente).

Os doentes, entretanto, sentem-se vulneráveis na presença (ou perante o sentimento de presença) de enfermidade e procuram o SE interessados em que este seja resolutivo e preste os cuidados que precisam com prontidão. Não querem saber de divergências entre o nível de gestão e o nível operacional. Os pacientes querem resultados diante da doença e não se existe (ou não) uma relação harmônica entre gestão e assistência ou entre planejamento, processo e operação. Nesse contexto, chama-se a atenção, no plano ideológico, para o impulso de considerar a área da gestão como eminentemente técnica (não mais amadorismo ou em vez de baseado na evidência, apenas baseado na experiência). Visualiza-se a necessidade de privilegiar a formação e atuação de gestores com um pensamento além do estritamente administrativo – contável, mas que resgatem uma montagem empresarial nos arranjos institucionais.

Podemos nos desafiar a melhorar o desempenho do SE através de uma revisão dos processos e da relação custo-efetividade dos mesmos? – Podemos melhorar a qualidade da assistência que prestamos, mudando paradigmas profundamente arraigados e venerados ao longo de toda uma evolução? Diante dessa problemática, quando comparada por exemplo com seus paralelos nas áreas industrial e comercial, o gerenciamento avaliativo na área saúde encontra-se ainda nascente. Enfatiza-se que a gestão por indicadores abre inúmeras possibilidades de atuação e, dentro dessas, inclui-se a mensuração da qualidade e quantidade do que é realizado - assistência prestada - em todos os seus componentes: estrutura, processos, desempenho e resultados.

Segundo Knobel, Haibi; Avezum (1998) a metodologia por indicadores permite: 1) identificar casos prospectiva e retrospectivamente, permitindo “*feedback*” específico imediato; 2) utilizar dados atualmente disponíveis, ou dados que possam ser facilmente coletados com mínimo de custos e tempo; 3) identificar casos de alta probabilidade de serviços abaixo do padrão mínimo; e 4) identificar problemas que sejam recorrentes e ter uma lista previsível e manuseável de ações a empreender em cada conjuntura.

Com esse foco, o SGC baseia-se no entendimento de que, para cumprir sua função com eficácia, os SE precisam chegar num equilíbrio apropriado entre a demanda assistencial e a própria capacidade de resposta, ademais de mecanismos

de reação imediata que sejam capazes de corrigir possíveis desajustes. O modelo desenvolvido visa permitir enxergar os “movimentos” dos setores e fatores que influenciam nesse equilíbrio. A gestão informada, nos moldes desenvolvidos neste trabalho, apresenta-se como uma forma de avaliar a assistência prestada, com o objetivo de melhorá-la, e se define através da implantação de um conjunto adequado de indicadores de desempenho e qualidade assistencial.

Percebe-se que existem muitas e diferentes opiniões na literatura sobre o SE, mas poucos dados objetivos que permitam uma melhor compreensão da situação de superlotação de hoje (DI LEONI FERRARI, 2004). Existe a necessidade de dados concretos para administrar uma situação problemática (pacientes e equipe descontentes, pessoal levado ao máximo da sua capacidade operacional). Os programas de medição do desempenho e qualidade podem empregar vários tipos de indicadores para identificar os momentos quando mais se precisa da agilidade decisória do gestor. Estes sistemas também poderão de forma direta contribuir para a especificação de critérios que relacionem a qualidade dos cuidados aos resultados esperados, assim como a utilização dos recursos, isto é: qualidade assistencial.

Muito simplificada, a relação demanda-operação no SE pode ser analisada em analogia com as respostas do organismo humano à infecção. Esta resposta depende de três fatores: a carga do inóculo, a virulência do agente e as defesas do hospedeiro. Relacionando tudo o visto nas seções anteriores, a carga do inóculo assemelha-se à pressão externa; à virulência do inóculo ao grau de risco indicado na triagem, e as defesas do hospedeiro referem-se à pressão interna (processos internos e fluxos) que permitem a organização e gerenciamento dessa demanda. O “dano” que a demanda excessiva pode fazer depende do balanço dos três, dos quais Miró (2001) indica a organização dos processos internos (defesas do hospedeiro na analogia apresentada) como o fator diferencial no sucesso da gestão e, portanto, na assistência adequada à população que procura o SE.

O papel crítico do gestor está determinado por não agir de forma reativa, apenas quando toma conhecimento de que alguma coisa não está funcionando como esperado. A monitoração contínua, o conhecimento da clientela, e a comunicação entre os diferentes parceiros da rede de assistência, necessitam invariavelmente de dados clínico – epidemiológicos e administrativo - gerenciais de qualidade. Estes devem ser válidos, rapidamente acessíveis e apresentados em um formato prático para que se possa extrair informações úteis às decisões.

Para administrar e estabelecer um plano de gestão neste contexto, precisa-se conhecer em tempo real pelo menos os seguintes componentes da operação assistencial: o volume total de pacientes (presentes e comparado à média histórica), a capacidade operacional (lugares físicos dispostos para atendimento), a gravidade média dos doentes e a relação da equipe atualmente disponível com esse volume de atendimentos (produção). Por isto, discutir-se-á relação entre esses sinalizadores (indicadores) como ferramentas para fazer estimativas ou rápidas representações da situação geral do SE. Eles são de tal significância que permitem inferir e extrair conclusões sobre o todo (o equivalente à altura, largura e profundidade, ou seja, as três dimensões do espaço).

Com essa noção e com base no trabalho de Reeder e Garrison (2001) propõe-se o indicador Gestão da Demanda (GD). Este permitirá ao gestor uma melhor leitura para saber quando estabelecer ações e mudar estratégias ou, inclusive, ter dados objetivos para solicitar complementações de recursos financeiros e humanos, todo o que se resume à “gestão informada” apresentada neste trabalho.

O indicador GD integra o resultado combinado de outros três indicadores, sinalizando que um nível crítico pré-determinado foi atingido e que é indispensável a avaliação dos componentes da relação para iniciar ações específicas.

Gestão da Demanda = (índice de carga + (relação médico / carga de atendimento)) x grau de risco global (GRG) avaliado na triagem

Dentre os componentes do GD aparece o índice de carga. Esse é um indicador incluído na premissa de Estrutura e leva em consideração o número de pacientes (atualmente presentes no SE e em relação à média histórica de chegadas e saídas) em relação ao total de espaços dispostos para tratamento na área de Emergência. Nesse caso as saídas são medidas em função daqueles doentes que realmente abandonaram o SE durante a última hora (análise da média histórica para o período (epidemiologia do serviço) e considera-se saída a somatória das altas, os óbitos e as transferências). Como já exposto, este indicador se converte em um dos principais a ser analisado quando é necessária uma leitura rápida e em tempo real da situação de ocupação do SE.

Índice de Carga = (nº pacientes atualmente no SE + nº chegadas estimadas - saídas esperadas) / lugares para atendimento no SE.

Os espaços destinados para tratamento utilizados no cálculo (no trabalho original chamado de “*bed ratio*”) compreendem aqueles regularmente utilizados. O ponto de corte para este indicador é situado pelos autores no valor 1 (REEDER; GARRISON, 2001). Um elevado índice de carga indicará que as entradas de doentes estão excedendo as saídas em relação aos espaços disponíveis, produzindo represamento. Para sobrepor-se a esse problema deverá se recorrer à utilização de áreas não habituais para tratamento ou realocação de doentes de menor complexidade em corredores, salas de espera, leitos extra, etc.

Outra opção seria redistribuir pacientes apenas em espera de realização ou resultado de exames e que não demandem uma atenção constante. Também pode-se agir incrementando a efetividade dos processos administrativos (realização de exames diagnósticos através do “encaixe” prioritário dos doentes vindos do SE, agilização do processo de liberação de doentes, etc).

A relação entre médicos e carga de atendimento atenta para o volume de pacientes que poderão ser atendidos pelos médicos de plantão por período. A racionalidade estruturante deste indicador, incluído na premissa de Processos, é associar as chegadas estimadas de novos pacientes por hora (dados baseados em estudos prévios de demanda que constituirão a média histórica), em relação ao somatório da produção da equipe médica (pacientes / hora / médico) no período em estudo.

$$\text{Médicos} - \text{Carga atendimentos} = \frac{\text{chegadas estimadas por hora}}{\sum \text{pacientes atendidos} / \text{médico} / \text{hora}}$$

Reeder e Garrison (2001) referenciam um valor menor a 1,5 para esse indicador como a relação médicos – volume de atendimento adequada. Se esse é superado, sinaliza que uma atenção especial à produção da equipe ou ao número de médicos presentes no plantão deve ser prestada. O valor supracitado foi estabelecido pelos autores baseando-se no raciocínio de que pode-se forçar um aumento da produção da equipe, sem significativamente afetar a qualidade da assistência, até um certo ponto. Esta relação médicos - carga de atendimentos sinaliza também a produtividade da equipe médica em relação à demanda.

Como o terceiro fator do indicador GD encontra-se o grau de risco global (GRG) avaliado na triagem, também incluído na premissa Processos. O GRG mede a carga que produz a gravidade dos doentes que chegam no SE. Ressalta-se a



importância operacional de um sistema de triagem bem estruturado e como o normal funcionamento do SE é baseado na correta classificação e distribuição dos pacientes.

Este indicador direciona a atenção para o fato da gravidade dos pacientes chegando no SE e, a partir daí, inferir o grau de recursos assistenciais a serem consumidos por esses (estruturais, materiais e humanos). A análise proposta para este indicador requer uma categorização numérica com o maior valor dado para o paciente mais grave. Em uma escala sugerida de 1 até 4 (vide o capítulo “Processos”, aonde é apresentada a escala para classificação de pacientes), um valor em média perto de 1 indicará baixa gravidade global, enquanto se aproximar de 4 indicará um risco maior para esses doentes e maior carga em gravidade para o SE .

$$\text{GRG} = \frac{\sum \text{das pontuações dadas na triagem (1 - 4)} \times \text{n}^\circ \text{ de pacientes em cada categoria}}{\text{total de doentes triados}}$$

O peso determinante do GRG resulta de, por exemplo, analisar que em determinadas situações a presença de poucos doentes, porém muito graves, pode requerer a presença de vários médicos em simultâneo atuando no mesmo paciente, ou ocupar múltiplas áreas de atendimento (leitos) por espaços maiores de tempo em relação à média histórica.

Ao todo, o ponto de corte do indicador GD é um valor global maior que 7 (REEDER; GARRISON, 2001). Esse sinaliza a necessidade de uma avaliação de cada fator individualmente para diagnosticar onde está o problema e assinalar uma ação (capacidade lotada, recursos absorvidos por pacientes muito graves, ou a equipe por alguma razão diminuiu a produção).

Em soma, com a análise do GD teremos o necessário entendimento de onde instituir ações que permitam adequar a missão do SE à demanda, através de planos de ação organizados que permitam manter um padrão de qualidade assistencial. Desta forma, um fator que dá valor adicional ao índice GD é antecipar para cada elemento “alterado” da relação, um plano de contingência específico previamente estabelecido e treinado: dispor de leitos extra, negociar com outras unidades a rápida internação de doentes vindos do SE (os mais graves no CTI, por exemplo) ou ter uma “lista de reserva” de médicos que podem ser acionados para atendimento, e assim evitar a superlotação.

A importância dos indicadores apresentados fundamenta-se na ideia verdadeira de Kaplan e Norton (1992): “aquilo que não é medido não é gerenciado”, ao que somamos a noção de Jung e Jacques (2005) de que “medir sem ter o um objetivo claro traz apenas custo e nenhum benefício”. Toda mensuração deve ter o propósito de gerar uma informação que oriente e dê sustento a uma decisão. A impressão subjetiva (“achismo”) deve ser obrigatoriamente substituída por uma medida objetiva, ou seja, um índice (“achometria”), sempre que possível (KNOBEL, HAIBI; AVEZUM,1998).

Neste texto, propõem-se pautas gerais, buscando garantir uma correta atenção aos pacientes – usuários que procuram os SE com o uso mais adequado dos recursos materiais e humanos disponíveis. Recolhem-se e resumem-se as estratégias de atuação com base em medições de indicadores recomendadas na literatura, obtidas através de uma revisão sistematizada da mesma. Contudo, tem-se consciência das reais dificuldades que acarretaria a implantação de todos os indicadores propostos em simultâneo. Por isso, sugere-se primariamente, uma iniciativa de criação de uma “cultura dos indicadores” na organização, através da escolha dos de maior validade e relevância para depois, paulatinamente e com base nos resultados obtidos, ir acrescentando marcadores a medida que consegue-se pôr foco em novas situações que precisam ser analisadas.

Também esta monografia atenta a que o SE passe de ser um serviço questionado a ser chave para a imagem e o funcionamento do hospital. De ser um serviço fechado, aleijado das estratégias corporativas, a participante dos objetivos principais do hospital. O SGC ao inserir-se nesse contexto tenta não constituir apenas uma lista de medições e indicadores, senão, descrever uma estratégia de organização de um SE.

Todavia, as orientações expressadas nesta monografia não são as únicas alternativas para a organização de um SE. O SGC é um guia aberto a novas abordagens e outras opções, incluídas em outras bibliografias, são igualmente válidas e adaptáveis. O sucesso da metodologia proposta depende em grande parte das características próprias, das disponibilidades e da estrutura de cada lugar onde será implantada, assim como da organização dos diferentes meios onde este novo SGC será utilizado. Em breve, certamente haverá novidades, adaptações, atualizações, que virão produto do constante crescimento do conhecimento na área de gestão em saúde.

Finalmente, evidências da sensibilidade dos resultados e indicadores sugeridos no SGC – tal como a validade dos resultados obtidos nos diferentes locais e cenários (SE de hospitais gerais versus hospitais exclusivamente de Pronto Socorro, por exemplo) estão em aberto para serem verificadas a partir do conhecimento da realidade da situação de cada SE. Porém, a sedimentação final da influência do SGC sobre resultados específicos, ainda aguardará resultados de pesquisas sistemáticas.

Com convicção, antecipamos que resultados de gestão padronizados com base em indicadores, como a “gestão informada” apresentada, demonstrarão ser especialmente importantes para o uso no dia-a-dia, visando a avaliação da eficácia – efetividade – eficiência dos processos e a influência em políticas de planejamento de serviços de emergência hospitalares.

## REFERÊNCIAS

ACEP - AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Costs of Emergency Care. Fact Sheets. June 2001. Disponível em: <<http://www.acep.org/1,2893,0.html>>. Acesso em: 22 set. 2004.

ACEP - AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Emergency Department Operations Management. Information Paper. March 2004. Disponível em: <<http://acep.org/home/Practiceresources/Informationpapers>>. Acesso em: 1 mar. 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR-14724: Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação**. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

BERENHOLTZ, Sean; DORMAN, Todd; NGO Koni; et al. Qualitative review of intensive care unit quality indicators. **Journal of Critical Care**, v.17, n.1, p. 1-15, mar. 2002.

BITTAR, Olímpio J.N. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.1, fev. 1996.

BITTAR, Olímpio J.N. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.45, n.4, p.357-363, 1999.

BITTAR, Olímpio J.N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.3, n.12, p.21-28, jul./set. 2001.

BITTAR, Olímpio J.N.; QUINTO NETO, Antônio. **Hospitais – administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa Ed. 2004.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Terminologia Básica para as atividades de auditoria e controle**. São Paulo, junho 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS No. 312 de 2 de maio de 2002**. Brasília, 3 mai. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS No. 1101 de 12 de junho de 2002**. Brasília, 13 jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS No. 2048 de 5 de novembro de 2002**. Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 7 nov. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS No. 1863 de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 30 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004. Portaria GM/MS Nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004.** Aprova o plano nacional de saúde / PNS. Diário Oficial da União, n. 238 Seção 1. Brasília, 13 dez. 2004.

BORGES, Luiz Alexandre A.; DI LEONI FERRARI, Andrés. Residência em Emergência. **Jornal da Associação Médica do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, p.5, nov. 2002.

CANTERO, Hinojosa J.; SÁNCHEZ, Cantalejo R.E.; MAESO, Villafaña J. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. **Atención Primaria**, v.28, n.5, p.326-332, set. 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1451/95.** São Paulo-SP, 10 de março de 1995. Diário Oficial da União, 17 de março de 1995. Seção 1. p. 3666. Disponível em: <<http://www.portalsaude.gov.br/resolucoes>>. Acesso em: 5 out. 2004.

CORDOBA DIAZ, Elena; CEVALLOS, Carlos. Sistemas de clasificación de la atención urgente quirúrgica ambulatorial en el contexto de la atención especializada. **Gestión Hospitalaria**, v.13, n.2, p.53-57, 2002.

COSBY, Karen S. A framework for classifying factors that contribute to error in the emergency department (Concepts). **Annals of Emergency Medicine**, v.42, n.6, p.815-823, dez. 2003.

DI LEONI FERRARI, Andrés. Construindo uma Nova Emergência. Porto Alegre, Sede AMRIGS, 7 out 2004. Palestra. **4º Congresso Gaúcho de Medicina de Urgência.** Disponível em: <<http://www.clinicamedicars.org.br/temas2.htm>>.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, v.114, p.1115-1118, nov. 1990.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed. **JAMA**, v.260, n.12, p.1743-1748, jul. 1988.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3ª. Ed. Artmed. Porto Alegre. 2004.

ENGEL, Cássio; MARINHO, Marcello L.; DURAND Alexandre; et al. Apostila Saúde Coletiva. **Medcurso: do Internato à Residência 2003.** p. 9-36.

ENGEL, Cássio; MARINHO, Marcello L.; DURAND Alexandre; et al. Apostila Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas. **Medcurso: do Internato à Residência 2003.** p. 9-42.

ESCARRABILL, Juan; CORBELLA, Xavier; SALAZAR, Andoni; et al. Los colapsos en los servicios de urgencias hospitalarios durante el invierno. **Atención Primaria**, v.27, n.2, p.137-140, fev. 2001.

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFGRS). **Normas para Apresentação de Trabalhos Acadêmicos da Escola de Administração**. Disponível em:

<<http://www.biblioteca.ea.ufrgs.br/publicações/NormasparaApresentaçãodeMonografias>>. Acesso em: 7 nov. 2004.

FIELDS, Wesley W. Calculus, chaos and other models of emergency department crowding. **Annals of Emergency Medicine**, v.42, n.2, p.181-184, aug. 2003.

FISHER, Razy H. El papel de la geriatría en los servicios de urgencias. **Revista Española de Geriatria y Gerontologia**, v.38, n.1, p.30-33; 2003.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; KOIZUMI, Maria Sumie; PRADO DE MELLO, Maria Helena. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.995-1003, jul./ago. 2004.

GERVAS, Juan. La gerencia vista desde la consulta, a través del prisma de la calidad asistencial. **SEMERGEN**, v. 31, n. 1, p. 15-17, mar. 2005.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 1997: Cap. 7: Os delineamentos de pesquisa. Págs. 43-75.

GOMEZ JIMÉNEZ, Juan. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. **Emergencias**, n. 15, p. 165–174; 2003.

GRAFF, Louis; STEVENS, Carl; SPAITE, Daniel; et al. Measuring and improving quality in Emergency Medicine. **Academic Emergency Medicine**, v.9, n.11, p.1091–1107, nov 2002.

GREEN, Larry A.; YAWN, Barbara P.; LANIER David; et al. The ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, v.34, n.26, p.2021-2025, jun. 2001.

GURGEL, Garibaldi D.J.; VIEIRA, Marcelo Milano F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. Apostila Planejamento em Saúde. **Curso de Pós – Graduação em Gestão em Saúde 2004**. Universidade Federal de Rio Grande do Sul. Págs. 4 – 13.

HUANG, Shu-Hsin; CHEN, Ping-Ling; YANG, Ming-Chin; et al. Using a balanced scorecard to improve the performance of an emergency department. **Nursing Economics**, v.22, n.3, p.140-146, may./jun. 2004.

KAPLAN, Robert S, NORTON, David P. The Balanced Scorecard – Measures that drive performance. **Harvard Business Review**, p. 70-79, jan./feb. 1992.

KENNEDY, Marcus P.; ALLEN, Jacqueline; ALLEN, Greg. Benchmarking in emergency health systems. **Emergency Medicine**, v.14, p. 430-435, apr. 2002.

KLAZINGA, Niek; STRONKS, Karien; DELNOIJ, Diana; et al. Indicators without a cause. Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. **International Journal for Quality in Health Care**, v.13, n.6, p. 433-438, 2001.

KLUCK, Mariza; GUIMARÃES, José Ricardo; FERREIRA, Jair; et al. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: a implementação e validação de indicadores. **Revista Administração em Saúde**, São Paulo, v. 4, n.16, p. 27-32, jul./set. 2002.

KNOBEL, Elias; AVEZUM, Álvaro; HAIBI, Douglas R.; et al. Qualidade e Custos em Terapia Intensiva. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.8, n.3, p.603-620, mai/jun. 1998.

LINDSAY, Patrice; SCHULL, Michael; BRONSKILL, Susan.; et al. The development of indicators to measure the quality of clinical care in emergency departments following a modified-delphi approach. **Academic Emergency Medicine**, v.9, n.11, p. 1131-1139, nov. 2002.

LISBOA, Sílvia. Lições do Pronto Socorro. **Amanhã**, São Paulo, jan./fev. 2005. Nacional, p. 22-24.

MARTINS, Mônica; TRAVASSOS, Cláudia; NORONHA, José C. Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.2, p.185-192, 2001.

MANDELBERG, Joshua H.; KUHN, Robert E.; KOHN, Michael A. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. **Academic Emergency Medicine**, v.7, n.6, p.637-646, jun. 2000.

MANT, Jonathan. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. **International Journal for Quality in Health Care**, v.13, n.6, p. 475-480, 2001.

MARCIN, James P.; POLLACK, Murray M. Triage scoring systems, severity of illness measures, and mortality prediction models in pediatric trauma. **Critical Care Medicine**, v.30, n.11 (Suppl.), p.S457-S467, 2002.

MARY NAN, Mallory S; PRINGLE, Robert P. Special aspects of Emergency Medicine – Approach to the Emergency Department. In: STONE Keith C; Humphries Roger L. **Current Emergency Diagnosis and Treatment 5<sup>th</sup> Ed.** New York: Lange Medical Books/Mc Graw Hill, 2004. p.1-5.

MILLÁ SANTOS, José. Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. **Medicina Clínica**, Barcelona, n.117, p. 295-296, 2001.

MIRÓ, Oscar; JIMÉNEZ, Sonia; ALSINA, Carles; et al. Revisitas no programadas en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia y factores implicados. **Medicina Clínica**, Barcelona, n.112, p.610-615, 1999.

MIRÓ, Oscar; SÁNCHEZ, Miquel; MESTRE, Gabriel; et al. Evaluación del impacto en la calidad asistencial y análisis coste-efectividad de la reforma de un servicio de urgencias de medicina. **Medicina Clínica**, Barcelona, n.117, p.7-11, 2001.

MISOCZKY, Maria C; VIEIRA, Marcelo Milano F. Desempenho e Qualidade nas Organizações Públicas: Uma Reflexão sobre Significados. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v.21, n.5, p.163–177; 2001.

NÚÑEZ DÍAZ, S.; MARTÍN, Martín F.; RODRÍGUEZ, Palmero I.; et al. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de Urgencias hospitalario. **Revista Clínica Española**, v.202, n.12, p.629-634, 2002.

OCHOA GÓMEZ, J.; RAMALLE-GÓMAR, Enrique; VILLAR ARIAS, Alicia; et al. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. **Medicina Clínica**, Barcelona, v.115, p.377-378, 2000.

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar 1998. **Acesso e utilização de Serviços de Saúde**. Disponível em:  
<[http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/população/trabalhoerendimento/pnad98/saud e/acesso\\_utilizacao.shtm](http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/população/trabalhoerendimento/pnad98/saud e/acesso_utilizacao.shtm)>. Acesso em: 10 out. 2004.

PROCTOR, John; HALL, Peter; CARR, Janet. The business of Emergency Medicine: a model for success. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v.22, n.1, p.19– 45; 2004.

REEDER, Timothy; GARRISON, Herbert. When the safety net is unsafe: realtime assessment of the overcrowded emergency department. **Academic Emergency Medicine**, n.8, p.1070-1074, nov. 2001.

RUCKER, Donald W.; EDWARDS, Roger A.; BURSTIN, Helen R.; et al. Patient-specific predictors of ambulance use. **Annals of Emergency Medicine**, v.29, p.484-491, apr. 1997.

SÁNCHEZ, Miquel; MIRO, Oscar; COLL-VINENT, Blanca; et al. Saturación del servicio de urgencias: factores asociados y cuantificación. **Medicina Clínica**, Barcelona, v.121, n.5, p.167-72, 2003.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE / MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia básica para as atividades de auditoria e controle**. São Paulo, 1998.

SCHIESARI, Laura Maria C.; KISIL, Marcos. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista Administração em Saúde**, São Paulo, v.5, n.18, p.7-17, jan./mar. 2003.

SCHULL, Michael J. Rising utilization of US emergency departments: maybe it is time to stop blaming the patients. **Annals of Emergency Medicine**, v.45, n.1, p.13-14, jan. 2005.



SIPAGEH - **Sistema de Indicadores Padronizado para Gestão Hospitalar**. Disponível em: <<http://www.economicas.unisinos.br/sipageh/refer.php>> Acesso em: 23 ago. 2004.

SOARES, Tany M. Concepção do gerenciamento integral na implantação da política da qualidade em organização prestadora de serviços de saúde. In: QUINTO NETO Antônio e BITTAR Olímpio JN (Org). **Hospitais – administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa Ed. 2004. p. 203-208.

SOLBERG, Leif I.; ASPLIN, Brent R.; WEINICK, Robin M.; et al. Emergency department crowding: consensus development of potential measures. **Annals of Emergency Medicine**, v.42, n.6, p.824-834, dec. 2003.

STEINBROK, Robert. The Role of the Emergency Department. **New England Journal of Medicine**, v. 334, n. 10, p. 657-65, mar. 1996.

STENZEL, Ana Ceci B; MISOCZKY, Maria C; OLIVEIRA, Aládia Inês. Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde. In: MISOCZKY Maria Ceci e BORDIN Ronaldo (Org). **Gestão local em saúde – práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa Ed. 2004. p. 87-102.

STUBBS, Eduardo A. Indicadores de desempenho: naturaleza, utilidad y construccion. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 149 – 154; jan / abril 2004.

WALLRATH, Jo M.; TOMALLO-BOWMAN, Ramona; MAGUIRE, Jeanne M. Emergency Department: improving patient satisfaction. **Nursing Economics**, v.22, n.2, p.71-74, mar./apr. 2004.

WEARS, Robert L.; PERRY, Shawna J. Human factors and ergonomics in the emergency department. **Annals of Emergency Medicine**, v.40, n.2, p.206-212, aug. 2002.

WILDBERGER, Gilberto A.; COUTINHO MELLO Ricardo. Uso de novas tecnologias de informação por profissionais da área da saúde na Bahia. **Revista de Administração Contemporânea**, v.8, n.3, p.9-27, jul./set. 2004.

WILLIAMS, Robert M. The costs of visits to Emergency Departments. **New England Journal of Medicine**, v.334, n.10, p. 642-646, mar. 1996.

ZAPICO ÁLVAREZ, Nicanor; CASTELLANOS, Sánchez A. Preferencias del usuario de urgencias. Un análisis conjunto. **Gestión Hospitalaria**, v.12, n.1, p. 35 - 40; 2001.

ZARCO RODRÍGUEZ, Julio. La atención primaria como puerta de entrada de las urgencias em el sistema sanitario. **SEMERGEN**, v.26, p. 425-426, 2000.

## INFORMAÇÕES NÃO IMPRESSAS:

ABRAHÃO Paulo T. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília, Outubro 2003. Palestra. Seminário de Políticas Nacionais de Atenção Integral às Urgências. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Atenção Especializada. Coordenação Geral de Urgência/ Emergência.

AUDIBERT Eduardo A. **Perfil dos Médicos das Emergências no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, Hotel Deville, 13 dezembro 2003. Palestra. II Fórum das Emergências – Soluções urgentes para um Caos na Saúde Pública - Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

BRAGA MACEDO César Roberto. Palestra: **Qualidade nos serviços de urgência – Alguns indicadores**. Brasília, Outubro 2003. Palestra. Seminário de Políticas Nacionais de Atenção Integral às Urgências. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Atenção Especializada. Coordenação Geral de Urgência/ Emergência.

ESCRIVÃO JÚNIOR A. **Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da região metropolitana de São Paulo**. Fundação Getúlio Vargas – EAESP, São Paulo. Relatório de Pesquisa, Nº 9\2004.

JACQUES Edson J. **O balanced scorecard como modelo de gestão**. Hospital de Pronto Socorro Municipal de Canoas. Canoas, 20 novembro 2004. Palestra ministrada à Equipe de AsSEsores Técnicos da Secretaria Especial para Implantação do Pronto Socorro Municipal de Canoas - RS.

JUNG Gladis, DI LEONI FERRARI Andrés, JACQUES Edson J. **A aplicação do método balanced scorecard no desenvolvimento de um modelo de gestão para serviços de emergência**. Buenos Aires, março 2005. Abstract aceito no 9th. Congress World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine.

JUNG Gladis, OLIVEIRA Angela, CORRAL Seméia. **A implantação do TISS no serviço de Emergência do Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre**. São Leopoldo, junho 2001. Pôster apresentado na II Bial de Enfermagem da Unisinos.

JUNG Gladis, JACQUES Edson J. **Modelos assistenciais e planejamento em saúde**. Porto Alegre, janeiro 2005. Trabalho em revisão. Resposta informação solicitada.

## ANEXO A

### TABELAS – RESUMO DOS INDICADORES APRESENTADOS

<b>Indicadores propostos pelo SGC para os Processos do SE</b>			
PREMISSA	CRITÉRIO	DOMÍNIO	CATEGORIA
<b>PROCESSOS</b>	Pressão Externa	Médico Assistencial	T 1/2 espera por atendimento médico Índice de retorno após internação Índice de readmissão T 1/2 duração Triagem T 1/2 chegada - Triagem Relação médicos / carga atendimento (*) Grau risco Global (segundo Triagem) (*) vol ptes em espera por atendimento
		Demanda	vol ptes / período vol ptes / média histórica % chegados trazidos APH vol ptes APH / media período Tx demanda por origem e causa Diferença Registrados / atendidos Procedência dos pacientes Atendimentos por lugar de origem (convênio) Demanda relativa segundo origem
	Pressão Interna	Médico Assistencial	T 1/2 demora consultorias T 1/2 demora resultado exames Resolubilidade nº pacientes deixados em Obs > 6 h % internações a partir SE nº exames totais / consulta nº exames laboratoriais / consulta % atendimento segundo motivo da demanda nº exames imagem / consulta Tx consultorias / consulta Índice de contra - fluxo Média de pacientes / médico / hora (Produção)
		Administrativo	T 1/2 decisão internação e efetivação da mesma T 1/2 permanência Tx transferência externa doentes T demora na liberação (alta)
	Qualidade Assistencial	Desempenho	evasão sem completar tratamento evasão total Qualidade preenchimento BA Adequação da terapêutica Tx óbito segundo recursos utilizados Pacientes incluídos nos protocolos produtividade
		Resultados	Tx óbito segundo risco de base nº exames normais / total exames Tx mortalidade SE Tx mortalidade evitável Freq acidentes trabalho Tx de erro diagnóstico Índice de reconsultas

<b>Os indicadores de Estrutura propostos no SGC</b>			
<b>PREMISSA</b>	<b>CRITÉRIO</b>	<b>DOMÍNIO</b>	<b>CATEGORIA</b>
<b>ESTRUTURA</b>	Ambiente	Estrutura Física	Índice de Carga (*) Taxa de ativação leitos disponíveis / SE / dia Tempo médio de disponibilização do leito
	Extensão	Ocupação	Saturação por repesamento Taxa de ocupação SE Censo diário do SE Índice de ocupação por área do SE (SO) Índice de renovação Índice intervalo de substituição Censo Hospitalar
	Recursos Humanos	Pessoal assistencial não médico / plantão Relação funcionários / leito operacional Pessoal administrativo / plantão Relação Enfermeiros / leito Número de médicos / plantão Índice de rotatividade de mão de obra Absentéismo	

<b>Indicadores propostos na premissa Usuários</b>			
<b>PREMISSA</b>	<b>CRITÉRIO</b>	<b>DOMÍNIO</b>	<b>CATEGORIA</b>
<b>USUÁRIOS</b>	Satisfação	Satisfação usuário externo e interno	Índice Satisfação Global Usuário Disponibilidade de informações Índice de sugestões positivas T espera por informação Aparições positivas na imprensa Fidelização Índice de satisfação novos projetos

<b>Indicadores propostos para a premissa Aprendizado e Crescimento</b>			
<b>PREMISSA</b>	<b>CRITÉRIO</b>	<b>DOMÍNIO</b>	<b>CATEGORIA</b>
<b>APRENDIZADO E CRESCIMENTO</b>	Científico	rotinas / protocolos em andamento % pacientes incluídos no protocolo Nº reuniões coordenação – corpo clinico para protocolização Nº Trabalhos publicados / período Participação em eventos	
	Desenvolvimento	novos projetos assistenciais / setor novos projetos administrativos / setor proposta de novos projetos / reunião Nº equipes de trabalho / total de novos projetos Nº de programas de desenvolvimento de pessoas implantado projetos concluídos no prazo horas / treinamento / funcionário Nº profissionais com certificação na área	

## ANEXO B

BaSE de Dados Acessadas (outubro 2004 – março 2005):

**BioMedNet.** Disponível em <http://www.bmn.com>

**BIREME. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE.** Disponível em <http://www.bireme.br>

**CAPES.** <http://www.periodicos.capes.gov.br/>

**COCHRANE Database.** Disponível em <http://www.cochrane.org>

**EBSCO database.** Disponível em <http://www.ebsco.com>

**HEALTH BUSINESS FullText ELITE & BIOMEDICAL REFERENCE COLLECTION.**  
Disponível em <http://search.epnet.com>

**MEDLINE.** Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

**MEDSCAPE.** Disponível em <http://www.medscape.com>

**OVID.** Disponível em <http://gateway.ovid.com>

**SciELO.** Disponível em <http://www.scielo.org>