

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL - UAB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
Curso de especialização em Gestão em Saúde - EAD

DIOGO JARDEL CIGANA

**UTILIZAÇÃO DE LEITOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM
HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE
DO SUL, 2012-2013**

Panambi/RS
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL - UAB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA
Curso de especialização em Gestão em Saúde - EAD

DIOGO JARDEL CIGANA

**UTILIZAÇÃO DE LEITOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM
HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE
DO SUL, 2012-2013**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) – Escola de Administração /UFRGS - Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Tutora de orientação a distância: Me Rita De Cassia Nagem

Panambi/RS
2015

RESUMO

Introdução: Quando nos referimos ao ambiente hospitalar, não podemos deixar de citar a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), esta é de fato a área mais complexa do referido ambiente, e de certa forma pode-se dizer que é um espaço decisivo ao paciente. **Objetivo:** descrever indicadores de utilização de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto em um hospital de grande porte do noroeste do Rio Grande do Sul (RS), biênio 2012-2013. **Método:** Foram consolidados os dados referentes à taxa de ocupação, média de permanência, número de pacientes internados, média de paciente/dia e taxa de mortalidade/ano, empregando sistema informatizado do hospital. **Resultados:** A média da taxa de ocupação foi de 84,9% e 86,7%; taxa de permanência de 3,6 e 3,4 dias e uma mortalidade anual de 21,3% e 20,6%, em 2012 e 2013, respectivamente. A taxa de ocupação de leitos manteve-se acima de 75%. A média de permanência/dia e a taxa de mortalidade foram inferiores a outros estudos semelhantes. **Conclusão:** Os indicadores da referida unidade se mantiveram dentro do preconizado pelos órgãos responsáveis.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Administração. Planejamento em Saúde. Qualidade em Saúde. Qualidade Assistencial.

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Médias de permanência, média de pacientes/dia internados, taxa de mortalidade anual (%), e taxa de ocupação biênio 2012-2013	12
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 JUSTIFICATIVA	7
3 OBJETIVOS	9
3.1 Objetivo geral	9
3.2 Objetivos específicos	9
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	10
4.1 Tipo de estudo	10
4.2 Plano de coleta de dados.....	10
4.3 Método do Cálculo da Taxa de Ocupação de Leitos	11
4.4 Método do Cálculo da Taxa de Mortalidade.....	11
4.5 Método do Cálculo da Média de Permanência.....	11
4.6 Local de estudo.....	11
4.7 Aspectos éticos	11
5 RESULTADOS	12
6 DISCUSSÃO	13
CONCLUSÃO.....	16
REFERÊNCIAS	17
ANEXO	21

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), define-se como hospital estabelecimentos com pelo menos 5 leitos destinados a internação de pacientes, que prestem atendimento de diagnóstico e tratamento, com uma equipe clínica organizada (BRASIL, 2011a).

Derivado do latim *hospitalis*, a palavra hospital refere-se a convidado, hóspede. Até início do século XX, os hospitais tinham o papel de prestar caridade e refúgio aos necessitados, idosos e enfermos, oferecendo, além de atenção, serviços de enfermagem. (LE MOS; ROCHA, 2011).

As instituições hospitalares são as principais portas de entrada de pacientes sendo que, 70% dos atendimentos de emergência ocorrem nestas casas de saúde. Dos profissionais que trabalham na área da saúde, 56% trabalham em hospitais. Em relação aos recursos financeiros, 67% são destinados às redes hospitalares (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

A área de terapia intensiva é considerada recente dentro do campo da saúde. No Brasil, surge por volta da década de 1970, com a finalidade de reunir no mesmo ambiente físico, pacientes recuperáveis, tecnologia e recursos humanos capacitados para o cuidado e a observação constante (FRANCO, 1999). Seu processo de implantação foi lento, tornando-se consistente na área de atenção à saúde pelas práticas americanas (BRASIL, 2007).

Pode-se dizer que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um espaço decisivo para o paciente, e requer de uma assistência contínua, de uma equipe multiprofissional qualificada e de uma gestão que atenda as demandas assistenciais, com recursos físicos humanos adequados e assistência de qualidade.

Neste sentido, a análise de indicadores de uma UTI, facilita o reconhecimento da realidade institucional e os investimentos físicos e humanos, necessários para possibilitar atendimento com mais qualidade. Os dados disponíveis e analisados contribuem para a gestão hospitalar, podendo torná-la mais eficaz e articulada.

Trabalhar com indicadores permite uma avaliação do cenário a que se está inserido. Os indicadores são informações que permitem descrever, classificar, ordenar, comparar ou quantificar de maneira sistemática aspectos de uma realidade e que atendam às necessidades dos tomadores de decisões (BRASIL, 2012). O indicador é como uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso

metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, este estudo pretende descrever os indicadores de uso de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. O interesse em responder a essa questão deve-se à atuação do autor como enfermeiro em um hospital de grande porte em uma Unidade de Terapia Intensiva.

2 JUSTIFICATIVA

A proposta para a área de terapia intensiva vem sendo construída de forma a responder a dificuldades históricas, quais sejam: superlotação dos prontos-socorros, insuficiência de leitos de retaguarda para pós-operatório, falta de alternativa de internação hospitalar para pacientes semicríticos, precariedade da regulação de leitos, carência de recursos humanos qualificados e, ainda, processo assistencial (padronização, acompanhamento e avaliação das ações) sem a devida incorporação à prática cotidiana nessas unidades (BRASIL, 2003).

É evidente que manter uma (UTI) com taxa de ocupação elevada apresenta elementos relevantes, seguindo a logística de quanto maior o número de internações, conseqüentemente o retorno financeiro será mais satisfatório. Pode-se dizer que, para manter uma UTI em hospitais públicos com taxa de ocupação baixa de pacientes, é prejuízo institucional, visto que existe uma contratualização para a transferência de recursos financeiros. Desta forma, manter um serviço complexo como uma UTI é um desafio para os gestores e demais profissionais, independentemente se as metas serão inatingíveis. O serviço deve dispor de recursos humanos e materiais de acordo com o número exigido pelas normatizações dos estabelecimentos de saúde.

De acordo com a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, para o funcionamento de uma UTI são necessários:

- a) Médicos plantonistas: no mínimo 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração em cada turno;
- b) Enfermeiros assistenciais: no mínimo 1 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno;
- c) Fisioterapeutas: no mínimo 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;
- d) Técnicos de enfermagem: no mínimo 1 (um) para cada 2 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno (ANVISA, 2010).

Conforme Lemos e Chaves (2011, p. 728),

A implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) associada à incorporação cada vez mais acentuada e rápida de novas tecnologias vêm requerendo do enfermeiro um conjunto de conhecimentos teóricos e técnico-operacionais relativos às políticas de saúde, à legislação, à economia em saúde (financiamento, faturamento, custos) e aos processos de gestão propriamente ditos, que lhe permitirão ampliar e consolidar novos espaços de atuação por meio de uma prática profissional crítica e competente, assumindo novos espaços de gestão no sistema loco regional de saúde bem como nos hospitais.

Conforme advertem Evangelista, Barreto e Guerra (2008, p. 767):

As demandas crescentes por uma assistência cada vez mais complexa, sem o correspondente crescimento da oferta de serviços, aumentam os desafios para que a equidade seja concretizada, com o acesso da população a uma assistência de forma adequada, oportuna e de acordo com suas necessidades.

O quantitativo necessário de leitos de terapia intensiva é calculado como de 4 a 10% da necessidade de leitos hospitalares estimados pelos parâmetros assistenciais da Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002).

A cidade de Belo Horizonte criou uma alternativa no que tange ao controle das internações que acontece nesta cidade. Por uma central de regulação, houve um domínio da capacidade de internações realizadas através dos leitos disponíveis no momento. Os médicos reguladores avaliam as condições clínicas dos pacientes pelas informações dos profissionais da saúde que têm conhecimento do quadro clínico do paciente e, dependendo de sua gravidade, dão prioridade, ou não, ao leito solicitado (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008).

Levando em consideração este cenário, o Ministério da Saúde adotou como critério de qualificação das UTIs das instituições hospitalares, que possuem Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, uma taxa de ocupação média mensal mínima de 90% (BRASIL, 2011b).

Em um serviço de emergência, pacientes atendidos nos setores com superlotação apresentaram um tempo de internação mais prolongado e uma taxa de mortalidade mais alta, devido aos cuidados hospitalares mais “pobres” (IWASSHYNA; KRAMES; KAHN, 2009).

Neste contexto, a utilização de indicadores quando se deseja obter informações frente a essas unidades é de suma importância, eles geram conhecimento, melhoram a qualidade e a aquisição de resultados na assistência, sendo estes dados fundamentais para resultados positivos nos hospitais, tendo como consequência a conquista de recursos financeiros (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever os indicadores de utilização da Unidade de Tratamento Intensivo Adulto de um hospital de grande porte da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul (RS).

3.2 Objetivos específicos

Descrever os indicadores de utilização dos leitos (taxa de ocupação/mês, taxa de mortalidade/anual, entre outros) no biênio 2012-2013.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

O estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva. A pesquisa quantitativa tem por finalidade quantificar os dados, aplicando os mesmos em análises para fins estatísticos. Além disso, a pesquisa descritiva serve para realizar a associação das diversas variáveis (HONORATO, 2004).

4.2 Plano de coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu através da consulta a um sistema informatizado do hospital (arquivo de informações eletrônicas), em um recorte correspondente ao biênio 2012-2013. Estes dados são computados de forma automática pelo sistema do referido hospital, através da alimentação momentânea dos indicadores.

Foram considerados os seguintes indicadores: taxa de ocupação mensal, taxa de mortalidade anual e média de permanência mensal.

Para encontrar estes indicadores, o sistema informatizado utiliza dados alimentados pelos funcionários que trabalham no hospitalar. Empregaram-se as seguintes fórmulas de cálculo:

4.3 Método do Cálculo da Taxa de Ocupação de Leitos

A Taxa de Ocupação de Leitos avalia o grau de utilização dos leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto que está relacionado ao intervalo de substituição e o tempo de permanência na referida unidade (ANS, 2013).

$$\text{Método do cálculo: } \frac{\text{Número de pacientes/dia em um mesmo período}}{\text{Número de leitos/dia em um mesmo período}} \times 100$$

4.4 Método do Cálculo da Taxa de Mortalidade

A Taxa de Mortalidade tem relação com a porcentagem entre o nº de óbito que ocorreram após a admissão hospitalar decorrido 24h em um mês, relacionado ao nº de pacientes que tiveram saída independente do motivo neste mesmo período (ANS, 2012).

$$\text{Método do cálculo: } \frac{\text{n}^\circ \text{ óbitos no período}}{\text{n}^\circ \text{ saída hospitalares no período}} \times 100$$

4.5 Método do Cálculo da Média de Permanência

A média de permanência se refere ao tempo que um paciente permanece internado no hospital (ANS, 2013b).

$$\text{Método do cálculo: } \frac{\text{n}^\circ \text{ de paciente/dia}}{\text{n}^\circ \text{ saída no período}}$$

4.6 Local de estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Caridade de Ijuí (HCI), localizado na cidade de Ijuí, noroeste do estado do Rio Grande do Sul, serviço hospitalar de grande porte, referência para cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). O hospital conta com 223 leitos, distribuídos na assistência em Unidade de Terapia Intensiva Adulto, além de Unidades de Internação, UTI Neonatal e Pediátrica, Emergência, Centro de Alta Complexidade Oncológica, Instituto do Coração e Serviço de Hemodiálise. O estudo se refere especificamente ao setor da UTI adulto, que abrange 10 leitos em sua organização física.

4.7 Aspectos éticos

Por se tratar de estudo que emprega dados secundários, de acesso público via Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e sistemas de informações do Datasus, não houve necessidade de encaminhamento para Comitê de Ética. Dados específicos do serviço hospitalar em foco foram obtidos mediante contato prévio e após autorização do Comitê de Estudo da instituição hospitalar avaliada.

5 RESULTADOS

Abaixo se encontram os cálculos da média de permanência, média de paciente/dia, taxa de mortalidade anual e taxa de ocupação de leitos. No total, ocorreram 3.108 e 3.166 internações, sendo ofertados 3.660 e 3.650 leitos nos anos de 2012 e 2013, respectivamente.

$$\text{Cálculo Taxa Ocupação De Leitos (2012): } \frac{3108 \text{ (pacientes/dia)}}{3660 \text{ (leitos/dia)}} \times 100 = \mathbf{84,9\%}$$

$$\text{Cálculo Taxa Ocupação De Leitos (2013): } \frac{3166 \text{ (pacientes/dia)}}{3650 \text{ (leitos/dia)}} \times 100 = \mathbf{86,7\%}$$

$$\text{Cálculo Taxa de Mortalidade ano (2012): } \frac{195 \text{ óbitos}}{914 \text{ saídas no período}} \times 100 = \mathbf{21,3 \%}$$

$$\text{Cálculo Taxa de Mortalidade ano (2013): } \frac{180 \text{ óbitos}}{871 \text{ saídas no período}} \times 100 = \mathbf{20,6 \%}$$

$$\text{Média De Permanência (2012): } \frac{3108 \text{ (nº de paciente/dia)}}{914 \text{ (nº saída no período)}} = \mathbf{3,4 \text{ dias}}$$

$$\text{Média De Permanência (2013): } \frac{3166 \text{ (nº de paciente/dia)}}{871 \text{ (nº saída no período)}} = \mathbf{3,6 \text{ dias}}$$

Observa-se na tabela 1 que os patamares dos indicadores empregados se mantiveram nos mesmos patamares no biênio em estudo.

Tabela 1: Médias de permanência, média de pacientes/dia internados e taxa de mortalidade anual (%), biênio 2012- 2013.

Indicador	2012	2013
Quant. Leitos/ Dia	10	10
Pacientes/dia no período	3108	3166
Média de permanência	3,4	3,6
Taxa de Mortalidade (%)	21,3	20,6
Taxa de Ocupação/ano	84,9	86,7

Fonte: Elaborado com base em consulta ao Sistema informatizado MV, Hospital.

6 DISCUSSÃO

O paciente gravemente enfermo é mantido por um período prolongado nas UTI's, mesmo quando a morte é inevitável, ocasionando altos custos financeiros, morais e psicológicos para todos os envolvidos (MORITZ; SCHWINGEL; MACHADO, 2005). O gerenciamento de recursos físicos, humanos e materiais são relevantes, seja pela responsabilidade dos gestores administrativos, como também de quem gerencia a unidade de cuidados proporcionarem assistência à saúde com qualidade.

A análise dos indicadores hospitalares deve partir de uma gestão assistencial e administrativa na área da saúde, comprometida com a qualidade dos serviços de saúde, assim como os resultados dos indicadores devem possibilitar reflexão sobre a situação do serviço de saúde e proporcionar o planejamento e ações atribuídas para melhorar a eficiência dos gestores e qualidade do serviço (CAMELO, 2012).

A importância em ter conhecimento dos indicadores nas UTI's é fundamental, porém, esses não podem ser realizados de forma isolada, sendo complementares. Neste sentido, Abelha et al (2006) afirmam que a taxa de mortalidade de forma isolada não é suficiente, sendo essenciais outros indicadores, entre os quais, o tempo de internação. Além disso, padronizar indicadores hospitalares auxilia na interação entre as diversas especialidades. Com isso, ocorre uma visão holística na tomada de decisões e na elaboração de planejamento na prestação de serviço de saúde (BASCOLO; YAVICH; LEON, 2006; SILVA et al., 2010).

Conforme consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2015) no Estado do Rio Grande do Sul existem 1.512 leitos de UTIs Adulto, divididos em 100 instituições hospitalares. Destes leitos, 63,75% são leitos SUS; os demais são destinados a convênios e particulares. Quando incluídas as UTI's Neonatal, Pediátrica e de Queimados (773 leitos), perfazem um total de 2.285 leitos.

O Rio Grande do Sul possui 11.207.274 habitantes, uma média de 2,03 leitos/10.000 hab., estando dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde, de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes (IBGE, 2015).

Os dados referentes aos anos de 2012 e 2013 demonstram uma média de dias/internação de 3,4 e 3,6, respectivamente, número inferior ao que preconiza a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), com valores entre 4,5 a 5,3 dias (ANS, 2013). Nas UTI's internacionais, segundo Williams, Dobbj e Webb (2005), a média de permanência varia de 2,6 a 5,3 dias, mesmo limite da média nacional.

O Ministério da Saúde adotou como critério de qualificação das UTI's das instituições hospitalares que possuem Portas de Entrada Hospitalares de Urgência uma taxa de ocupação média mensal mínima de 90% (BRASIL, 2011b). A taxa de ocupação abaixo de 75% indica baixa e ineficiência na gestão do hospital. Inadequada utilização deste recurso pode indicar falha no planejamento do hospital, índices de satisfação de clientela baixos, ou inadequada articulação com a rede de serviços (ANS, 2013). O hospital em estudo apresentou taxa de ocupação superior a 75%, exceto em 2 dos 24 meses em estudo.

É fundamental que as instituições hospitalares tenham conhecimento das suas características através de seus indicadores, pois auxiliam no alcance de melhores desempenhos, agregando, assim, conhecimento para direcionar estratégias (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014).

Faz parte da gestão de leitos evitar que a taxa de ocupação atinja valores próximos a 100%, mantendo-se sempre um pequeno número de leitos operacionais desocupados para atender, sobretudo, aos pacientes graves encaminhados pela emergência (ANS, 2013). Corroborando com isso, Schout e Novaes (2007) afirmam que controlar os indicadores poderá ter uma contribuição na melhoria da qualidade, e conseqüente, baixo custo diante dos serviços prestados na área da saúde. Junto a isso, deverão ser acrescentadas novas ferramentas na gestão deste processo através da estratégia de organização. Um bom exemplo disso foi o Governo do Distrito Federal-DF, o qual relatou uma taxa de ocupação média na UTI Adulto de 92,7%, para nove unidades hospitalares (ANS, 2013).

A Central de Regulação tem como objetivo regular as solicitações dos atendimentos. É necessário avaliar de forma ágil e integral, garantindo um atendimento de qualidade aos usuários do Sistema de Saúde. O papel do gestor é fortalecido através da central de regulação, podendo planejar e distribuir igualmente os recursos da área da saúde nas devidas regiões (NASCIMENTO, 2009). Nesse sentido, é necessário coordenar a atuação de milhares de estabelecimentos de saúde, garantindo a cada paciente a singularidade de um atendimento adequado, segundo suas necessidades específicas.

Em um estudo realizado por Abelha et al (2006), a taxa de mortalidade ficou entre 5,4% e 33%, uma margem de mortalidade ampla, diferente dos indicadores expostos no presente estudo, em que ambas se mantiveram em um mesmo linear nos seus respectivos anos.

Segundo Senturk (2011), os indicadores de mortalidade nas UTI's são elevados, porém, é de fundamental importância que os médicos que trabalham nestas unidades

compreendam os fatores pelos quais estão indo a óbito os pacientes, melhorando, com isso, a abordagem e atendimento aos mesmos.

Na Turquia, estudo com 334 pacientes internados em uma UTI pelo período de seis meses apresentou um índice de mortalidade de 46,7% (COLPAN et al, 2005). Os indicadores presentes na UTI analisada no atual trabalho puderam demonstrar taxas inferiores aos encontrados no estudo citado no caso anterior, sendo que os mesmos tiveram uma margem de menos de 50% de mortalidade em relação ao país turco.

Bittar (2004) e Wurster, Lichtenstein e Hogeboom (2009) destacam que a utilização de indicadores em sistemas hospitalares que realizam a oferta de informações tende a ter melhores resultados financeiros para os hospitais, através da transparência nas suas condutas.

É de grande importância a implantação de tecnologias de última geração para o tratamento de pacientes internados nas UTI's. Ter conhecimento dos dados epidemiológicos é fundamental, segundo advertem Moraes, Fonseca e Leoni (2005). Dessa forma, os indicadores coletados na presente unidade são de grande valia, a fim de ofertar um conhecimento maior acerca das reais necessidades em termos de indicadores, colaborando para um melhor desempenho dos mesmos.

CONCLUSÃO

O indicador referente à taxa de ocupação/mês mostrou-se satisfatório, acima de 75% de ocupação em sua maioria, o que demonstra um gerenciamento de leitos organizados e adequados à realidade deste hospital do interior do Estado do Rio Grande do Sul. A taxa de mortalidade/anual também se manteve dentro do preconizado, com a média anual próxima de 2012 a 2013.

O indicador de média de permanência dos pacientes foi de 3,4 e 3,6 dias, abaixo do que preconiza AMIB, entre 4,5 a 5,3 dias.

A Taxa de Mortalidade em 2012 foi de 21,3% e, em 2013, foi de 20,7%, abaixo do descrito por estudos semelhantes.

Os dados disponibilizados pelo sistema eletrônico do hospital possibilitaram ampliação do entendimento sobre os indicadores hospitalares e também sobre a demanda que esta unidade abrangeu no ano de 2012 e 2013.

A continuidade deste estudo deve ser realizada fazendo-se comparativo com os anos posteriores ao recorte desta pesquisa, mensurando-se estes indicadores e interpretando-os, para o desenvolvimento de ações direcionadas a melhorar os resultados dos dados coletados.

REFERÊNCIAS

ABELHA, F.J. et al. Mortalidade e o tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva cirúrgica. **Rev. Bras. Anesthesiol**, v. 56, n. 1, p. 34-45, 2006.

ANS. **Taxa de mortalidade institucional**. Brasília: Agência Nacional de Saúde suplementar. 2012. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2015

ANS. **Taxa de ocupação operacional UTI ADULTO**. Brasília: Agência Nacional de Saúde suplementar. 2013. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-03.pdf> >. Acesso em: 04 abr. 2015.

ANS. **Média de permanência geral**. Brasília: Agência Nacional de Saúde suplementar. 2013. 2013b. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf> >. Acesso em: 26 mai. 2015.

ANVISA. **RDC nº 7**, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 24 mar. 2015.

BASCOLO, Ernesto; YAVICH, Natalia; LEON, Adolfo Sanchez de. El proceso de interacción investigadores y tomadores de decisiones: un estudio de caso. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, p. 47-56, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2015.

BITTAR, O.J.N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 6, n. 22, p. 15-18, 2004. Disponível em: <<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeII.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

_____. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde – CNES**. Leitos complementares (UTIs). Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/585/?Leitos_complementares_%28UTIs_e_unidades_intermedi%C3%A1rias%29>. Acesso em: 06 abr. 2015.

_____. **Portaria nº 1101/GM**, de 12 de junho de 2002. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

_____. **Política para a área de terapia intensiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/terapia_intensiva.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2015.

_____. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2015.

_____. **Indicadores de programas:** guia metodológico. Brasília: MP, 2010. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/121003_orient_indic_triangular.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2015.

_____. **Atenção hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizacoes_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2015.

_____. **Portaria nº 2395**, de 11 de outubro de 2011. Brasília (DF): 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIBNOVEMBRO7REUNIAO/componentehospitalardeurgencia.pdf>>. Acesso: 18 mar. 2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: MP, 2012. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/ministerio.asp?index=10&ler=s755>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

CAMELO, Silvia Helena Henriques. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 192-200, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692012000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2015.

COLPAN, A. et al. Evaluation of risk factors for mortality in intensive care units: A prospective study from a referral hospital in Turkey. **Am J Infect Control**, v. 33, n. 1, p. 42-47, 2005. Disponível em: <[http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(04\)00607-8/abstract?cc=y](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(04)00607-8/abstract?cc=y)>. Acesso em: 10 mar. 2015.

EVANGELISTA, P.A.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 767-76, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400006>. Acesso em: 28 mar. 2015.

FORGIA, G.M.L.; COUTTOLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil:** em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

FRANCO, G.R.R.M. **A unidade de terapia intensiva:** um estudo sobre a comunicação entre profissionais e pacientes. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

HONORATO, Gilson. **Conhecendo o marketing.** Barueri-SP: Manole, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>>. Acesso: 06 abr 2015.

IWASSHYNA, T. J; KRAMES, A. A.; KAHN, J. M. Intensive care unit occupancy and patient outcomes. Pennsylvania. **Crit. Care Med.**, v. 37, n. 5, p. 1545-1557, 2009. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2782597/pdf/nihms126370.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

LEMOS, Caroline; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. Produção de internações hospitalares, no Sistema Único de Saúde, na região de Ribeirão Preto, Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 727-35, 2011.

LEMOS, V.M.F.; ROCHA, M.H.P.. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In: **VII CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO**, 12 e 13 de agosto de 2011. Disponível em: <http://www.excelenciaemgestao.org/portals/2/documents/cneg7/anais/t11_0417_1492.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2015.

MORAES, S.R.; FONSECA, J.M.L.; LEONI, C.B.R. Mortalidade em UTI, Fatores Associados e Avaliação do Estado Funcional após a Alta Hospitalar. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 17, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.amib.com.br/rbti/download/artigo_2010617164554.pdf>. Acesso: 04 abr. 2015.

MORITZ, R.D.; SCHWINGEL, R.F.; MACHADO, F.O. Critérios prognósticos de pacientes graves: comparação entre a percepção dos médicos e o índice APACHE II. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 17, n. 3, p. 176-80, 2005.

NASCIMENTO, A.A.M. et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 346-522, abr./jun. 2009.

SCHOUT, Denise; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2015.

SENTURK, Ekremet al. Mortality and associated factors in a thoracic surgery ICU. **J. Bras. Pneumol.**, v. 37, n. 3 p. 367-374, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132011000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 04 abr. 2015.

SILVA, Keila Silene de Brito et al . Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 05 abr. 2015.

VIGNOCHI, Luciano; GONCALO, Cláudio Reis; LEZANA, Álvaro Guillermo Rojas. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? **Revista Administração de Empresas**, São Paulo, v. 54, n. 5, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475902014000500496&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2015.

WILLIAMS, T.A.; DOBBGJ, FINN J.C.; WEBB, S.A. Long-term survival from intensive care: a review. **Intensive Care Med.**, v. 31, n. 10, p. 1306-15, 2005. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00134-005-2744-8#page-1>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

WURSTER, C. J.; LICHTENSTEIN, B. B.; HOGEBROOM, T. Strategic, political, and cultural aspects of IT implementation: improving the efficacy of an IT system in a large hospital. **Journal of Health Management**, v. 54, n. 3, p. 191-206, 2009. Disponível em: <<http://thielst.typepad.com/files/strategic20political20cultural20article.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

ANEXO
APROVAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



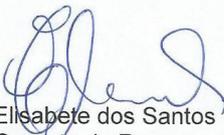
Ijuí/RS, 13 de Janeiro de 2015.

A/C Dr. Ronaldo Bordin
Orientador da Pesquisa

Na oportunidade em que o cumprimentamos, viemos por meio desta dar retorno positivo a solicitação feita pelo pesquisador Diogo Jardel Cigana para a realização do Projeto de Pesquisa "DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2012-2013", nos meses de janeiro a fevereiro de 2015.

Salientamos que este documento autoriza o pesquisador a realizar a devida pesquisa, conforme carta de apresentação e solicitação entregue ao Setor de Desenvolvimento Humano do HCI, cabe ressaltar que o Hospital não autoriza alterações na pesquisa no decorrer de sua execução.

Compete ao pesquisador apresentar cópia do relatório final, ao Coordenador da Unidade da realização da pesquisa e ao Desenvolvimento Humano, assim como, comunicar a data da apresentação da Pesquisa/Trabalho de Conclusão.



Elizabete dos Santos
Gerente de Recursos Humanos