

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA  
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ALESSANDRA PARTICA DE AGUIAR

AUDITORIA NA ANÁLISE DE CAUSAS E CUSTOS DA HOSPITALIZAÇÃO  
PROLONGADA, EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA, DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO NO PARANÁ

PONTA GROSSA

2019

ALESSANDRA PARTICA DE AGUIAR

AUDITORIA NA ANÁLISE DE CAUSAS E CUSTOS DA HOSPITALIZAÇÃO  
PROLONGADA, EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA, DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO NO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa, para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Área Assistência Interdisciplinar em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elise Souza dos Santos Reis  
Orientador: Prof. Dr. Eduardo Bauml Campagnoli

PONTA GROSSA

2019

A282 Aguiar, Alessandra Partica de  
Auditoria na análise de causas e custos da hospitalização prolongada, em uma unidade de internação clínica, de um hospital universitário no Paraná / Alessandra Partica de Aguiar. Ponta Grossa, 2019.  
80 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Elise Souza dos Santos Reis.

Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Bauml Campagnoli.

1. Auditoria de enfermagem. 2. Hospitalização. 3. Custos hospitalares. I. Reis, Elise Souza dos Santos. II. Campagnoli, Eduardo Bauml. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. IV.T.

CDD: 610.730

ALESSANDRA PARTICA DE AGUIAR

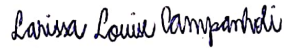
AUDITORIA NA ANÁLISE DE CAUSAS E CUSTOS DA  
HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA, EM UNIDADE DE  
INTERNAÇÃO CLÍNICA, DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO  
PARANÁ

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na  
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

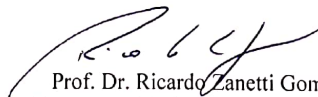
Ponta Grossa, 05 de julho de 2019.



Profa. Dra. Elise Souza dos Santos Reis– Orientadora  
Doutora em Medicina  
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Profa. Dra. Louise Campanholi  
Doutor em Ciências Farmacêuticas  
CESCAGE



Prof. Dr. Ricardo Zanetti Gomes  
Doutor em Medicina-Clinica Médica  
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dedico este estudo

Aos meus pais Adilson (in memorian) e Sandra, meus exemplos de vida.

À minha filha Beatriz, minha razão de existir.

Ao meu esposo Lindomar, meu principal incentivador.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da existência e pela benção da oportunidade conquistada.

Aos meus pais Adilson e Sandra por serem minhas inspirações nesta vida e por todas as oportunidades que me proporcionaram.

À minha filha Beatriz, minha razão de viver, e por superar todas as ausências da mamãe ao decorrer desta jornada.

Ao meu esposo Lindomar, meu colega de profissão, e principal incentivador neste mestrado, além de "super pai" da minha Bia.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elise Souza dos Santos Reis e ao meu orientador Prof. Dr. Eduardo Bauml Campagnoli por me oportunizarem sua confiança, paciência e dedicação em me repassar todos os ensinamentos necessários ao longo desta pesquisa.

Aos meus alunos, colegas de trabalho e, acima de tudo, amigos Marcos Kuchniski, Maria Helena Nadal e Pâmela C. Biscaia pela sua amizade, disposição e boa vontade em me auxiliar no momento que mais precisei no decorrer da pesquisa.

Aos meus amigos Elaine C. Portes e Liro Sokolowski Junior, gestores de equipe nas empresas CESCAGE (Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais) e Santa Casa de Ponta Grossa, respectivamente, por me apoiarem e adequarem meus horários de trabalho para a possibilidade da conquista deste título.

Ao meu colega de turma do Mestrado, Alceu de Oliveira Toledo Junior, pela oportunidade do convívio, por ter ganho um amigo, pelo privilégio do compartilhamento de seus conhecimentos e pela prontidão em me ajudar sempre.

À minha colega de profissão, Enf. Ms. Lillian Caroline Fernandes, pela sua dedicação e parceria em contribuir com seus conhecimentos estatísticos como doutoranda e me orientar quando as dúvidas e angústias surgiam.

Ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais por ter autorizado minha pesquisa e ter me dado a honra de conhecer a sua realidade hospitalar.

À Universidade Estadual de Ponta Grossa, minha casa de graduação e pós-graduação, orgulho de nossa cidade, pela oportunidade de estudo.

A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.

(Albert Einstein)

## RESUMO

Uma grande crise política tem se instalado no Brasil, a qual acaba sendo responsável por problemas financeiros nas mais diversas áreas; e a área da saúde, que por natureza já é uma área mais suscetível, necessita de ainda mais atenção, análise e gestão estratégica por conta desta situação. De acordo com dados do Ministério da Saúde, a maior demanda financeira do setor está relacionada à atenção hospitalar; e o tempo de hospitalização está diretamente ligado ao fato de manter uma estabilidade nestes custos; bem como em elevá-los ainda mais. Diante do exposto, o objetivo da presente pesquisa foi identificar as principais causas da hospitalização prolongada em unidade de internação clínica de um Hospital Universitário, através da auditoria hospitalar. Trata-se de um estudo de natureza aplicada, abordagem quantitativa e qualitativa, com objetivo descritivo e explicativo; aplicação de campo, retrospectiva, utilizando de procedimentos técnicos de análise documental. A amostra da pesquisa é do tipo não-probabilístico, por conveniência, composta por todos os prontuários de clientes/pacientes com hospitalização prolongada, igual ou superior a 10 dias de internação, tendo sido assistidos no período de julho de 2015 a junho de 2018, internados na unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário no Paraná. Os dados que se referem a análise de diagnósticos, tempo de permanência, idade e atraso nas avaliações de especialistas foram processados no *Excel 2013*, utilizando-se da ferramenta de gráficos. Para os testes estatísticos nos resultados referentes a número de internamentos por período, falhas administrativas/burocráticas, não-conformidades relacionadas a equipe multiprofissional e de custos foi utilizado o *software GraphPad® 7.04* adotando um nível de significância de 5% ( $\alpha= 0,05$ ). Durante o período pesquisado houve 1.384 internamentos na unidade de Clínica Médica do hospital, dos quais 317 (22,9%) ultrapassaram 10 dias de permanência, bem como os prazos dos procedimentos padronizados pelo SUS; compondo assim a amostra da pesquisa. A análise através da auditoria gerou a conclusão de que o perfil de clientes/pacientes com internamento hospitalar prolongado refere-se à idosos com problemas respiratórios. Sendo que as não-conformidades detectadas estão diretamente relacionadas com falhas na comunicação interprofissional e intersetorial. E o acréscimo de dias de internamento que estas não-conformidades geraram, acarretaram um custo maior que os valores de remuneração das Tabelas do SUS; as quais não cobrem nem os custos do internamento básico. Sendo a atuação interdisciplinar em saúde uma excelente alternativa para transformar esta realidade.

**Palavras-chave:** Auditoria de Enfermagem. Hospitalização. Custos hospitalares.



## ABSTRACT

A major political crisis has settled in Brazil, which ends up being responsible for financial problems in the most diverse areas; and the area of health, which by nature is already a more susceptible area, needs even more attention, analysis and strategic management because of this situation. According to data from the Ministry of Health, the largest financial demand in the sector is related to hospital care; and hospitalization time is directly linked to maintaining stability in these costs; as well as raising them further. In view of the above, the objective of the present study was to identify the main causes of prolonged hospitalization in a clinical hospital unit of a University Hospital, through a hospital audit. It is a study of applied nature, quantitative and qualitative approach, with descriptive and explanatory purpose; application of field, retrospective, using technical procedures of documentary analysis. The sample of the research is non-probabilistic, for convenience, composed of all patient / patient records with prolonged hospitalization, equal to or greater than 10 days of hospitalization, and were attended in the period from July 2015 to June 2018, hospitalized at the Clinical Medical Unit of a University Hospital in Paraná. The data referring to the analysis of diagnoses, length of stay, age and delay in the expert evaluations were processed in Excel 2013, using the graphics too. The GraphPad® 7.04 software was used for the statistical tests in the results referring to the number of hospitalizations per period, administrative / bureaucratic failures, nonconformities related to the multiprofessional team and costs, adopting a significance level of 5% ( $\alpha = 0.05$ ). During the study period, there were 1,384 hospitalizations at the hospital's Clinical Medical Unit, of which 317 (22.9%) exceeded 10 days of stay, as well as the timeframes of procedures standardized by SUS; thus composing the research sample. The analysis through the audit generated the conclusion that the profile of patients / patients with prolonged hospitalization refers to the elderly with respiratory problems. Being that the detected nonconformities are directly related to failures in interprofessional and intersectorial communication. And the increase in days of internment that these nonconformities generated, entailed a higher cost than the compensation values of the SUS Tables; which do not even cover the costs of basic hospitalization. Being the interdisciplinary action in health is an excellent alternative to transform this reality.

**Keywords:** Nursing Audit. Hospitalization. Hospital costs.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Análise dos custos na categoria Diagnósticos Respiratórios.....	44
Figura 2	Análise dos custos na categoria Diagnósticos Renais/Urinários...	45
Figura 3	Análise dos custos na categoria Diagnósticos Cardiovasculares.	46
Figura 4	Análise dos custos na categoria Diagnósticos Hematológicos.....	47
Figura 5	Análise dos custos na categoria Diagnósticos Gastrointestinais..	48
Figura 6	Análise dos custos na categoria Diagnósticos Neurológicos.....	49
Figura 7	Análise dos custos na categoria Diagnósticos Oncológicos.....	50
Figura 8	Análise dos custos na categoria Diagnósticos Ortopédicos.....	51
Figura 9	Análise dos custos na categoria Diagnósticos Metabólicos.....	52
Figura 10	Análise dos custos na categoria Diagnósticos do Sistema Tegumentar.....	53
Figura 11	Análise dos custos na categoria Diagnósticos Diversos.....	54
Gráfico 1	Idade dos clientes/pacientes com internação hospitalar prolongada.....	34
Gráfico 2	Tempo de permanência de internação.....	35
Gráfico 3	Número de Internações prolongadas por período, de Janeiro a Junho de 2016 a 2018.....	36
Gráfico 4	Número de Internações prolongadas por período, de Julho a Dezembro de 2015 a 2017.....	36
Gráfico 5	Classificação dos atendimentos por categorias de diagnósticos médicos.....	37
Gráfico 6	Avaliação das Não-conformidades Administrativas/Burocráticas por Grupo de Diagnósticos.....	40
Gráfico 7	Avaliação das não-conformidades Assistenciais da Equipe Multiprofissional por Grupo de Diagnósticos.....	41
Gráfico 8	Ocorrência de atrasos nas Avaliações de Especialistas.....	42
Quadro 1	Não-conformidades detectadas pela auditoria, classificadas de acordo com suas origens.....	31

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Relação e quantitativo das não-conformidades relacionado às atividades burocráticas/administrativas.....	38
Tabela 2	Relação e quantitativo das não-conformidade relacionado às atividades assistenciais da Equipe Multiprofissional.....	39
Tabela 3	Média de Não-conformidades e Dias de Falhas por Categoria..	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
HIV/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TABNET	Programa de tabulações rápidas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CFM	Conselho Federal de Medicina
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
HURCG	Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais
G-SUS	Programa de Prontuário Eletrônico do Sistema Único de Saúde
PR	Paraná
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PA	Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
SAE/CTA	Serviço de Atendimento Especializado / Centro de Testagem e Aconselhamento
MAT/MED	Materiais e Medicamentos
HGT	Hemoglicoteste
O2	Oxigênio
AVE	Acidente Vascular Encefálico
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
LPP	Lesões por Pressão

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos .....	16
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Perfil da Atenção Hospitalar no Brasil.....	17
3.2 A Prática da Auditoria na Gestão da Qualidade e dos Custos Hospitalares..	21
3.3 A atuação Profissional Interdisciplinar na Saúde.....	24
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	28
4.1 Tipo de Pesquisa, Amostra e Local de Estudo.....	28
4.2 Aspectos Éticos.....	28
4.3 Variáveis do Estudo e Análise de Dados .....	29
4.3.1 Análise do perfil sociodemográfico e clínico dos clientes/pacientes com internação hospitalar prolongada.....	29
4.3.2 Análise das não-conformidades relacionadas à internação hospitalar prolongada.....	30
4.3.3 Correlações dos custos da internação hospitalar prolongada com as tabelas de remuneração do SUS .....	31
4.4 Análise Estatística .....	32
<b>5 RESULTADOS</b> .....	34
5.1 Perfil Sociodemográfico e Clínico dos Clientes/pacientes com Internação Hospitalar Prolongada .....	34
5.2 Categorização das Não-conformidades Relacionadas à Internação Hospitalar Prolongada .....	37
5.3 Custos da Internação Hospitalar Prolongada e as Tabelas de Remuneração do SUS .....	43
5.3.1 Diagnósticos respiratórios .....	44
5.3.2 Diagnósticos renais/urinários.....	45
5.3.3 Diagnósticos cardiovasculares .....	46
5.3.4 Diagnósticos hematológicos .....	47
5.3.5 Diagnósticos gastrointestinais .....	48
5.3.6 Diagnósticos neurológicos .....	49
5.3.7 Diagnósticos oncológicos.....	50
5.3.8 Diagnósticos ortopédicos .....	51

5.3.9 Diagnósticos metabólicos.....	52
5.3.10 Diagnósticos do sistema tegumentar .....	53
5.3.11 Diagnósticos diversos .....	54
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>55</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO A – PARECER DA COEP .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NO HURCG .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA .....</b>	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente o Brasil vem passando por uma crise política intensa; fato este que têm influenciado problemas financeiros em diversas áreas, principalmente na área da saúde; a qual sempre passou por dificuldades, visto que somente uma média de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB) são destinados a esta finalidade (VERDÉLIO, 2019).

O elevado custo com o setor de saúde no Brasil e as dificuldades em financiá-la acabam levando as autoridades, financiadores, prestadores e usuários dos serviços a terem preocupações cada vez maiores sob este aspecto, bem como com a repercussão com a qualidade que estes serviços vão gerar (SCHUTZ; SIQUEIRA, 2011).

Na área da saúde, a maior fonte geradora de custos está relacionada com os atendimentos a nível hospitalar. Para se ter uma ideia, já em 2012, os autores Stevens, Shmidt e Ducan relatavam que o Sistema Único de Saúde (SUS) gastava com internações hospitalares, por doenças crônicas, o equivalente a 2,4 bilhões de reais, correspondente a 68% do total de gastos; enquanto que na área ambulatorial este gasto era de 1,2 bilhões, o que equivale a 32% dos gastos.

Se levarmos em consideração a trajetória das transições demográfica, nutricional e epidemiológica, fica evidente um aumento da proporção de idosos na população total; fato este que, segundo epidemiologistas, tende a aumentar em quase 16 vezes até o ano de 2025. Notoriamente, este envelhecimento da população está diretamente relacionado ao aumento da prevalência de doenças; principalmente as doenças crônicas não-transmissíveis, visto que o investimento em prevenção em nosso país ainda é insatisfatório. Estes dois fatores associados, envelhecimento populacional e maior prevalência de doenças crônicas, geram uma maior demanda de hospitalizações, tratamentos medicamentosos e cuidados de reabilitação; acarretando um considerável aumento de gastos nas atenções secundária e terciária do SUS (KERNKAMP et al., 2016).

Não bastasse este custo elevado na atenção hospitalar, ainda temos que levar em consideração os casos em que ocorre a hospitalização prolongada, a qual eleva ainda mais estes gastos. Rufino et al. (2012) definem a permanência hospitalar prolongada como um indicador indireto da qualidade do cuidado terciário; visto que, além de elevar os custos e diminuir a rotatividade dos leitos, pode aumentar o risco

de complicações clínicas decorrentes desta longa exposição ao ambiente hospitalar inóspito.

A ideia para este estudo surgiu da observação do aumento crescente de internações hospitalares prolongadas. O Ministério da Saúde, através dos dados disponíveis no meio eletrônico DATASUS, mostra que a média de permanência hospitalar na Região Sul, no ano de 2016, foi de 5,3 dias de internamento de um modo geral; porém, quando se refere a cuidados prolongados, este valor se eleva para 30,1 dias de permanência (BRASIL, 2017).

Partindo deste pressuposto, existe a hipótese de que uma maior taxa de tempo de hospitalização indica uma menor eficiência da atenção primária; diminuição do acesso do restante da população à atenção hospitalar, devido à diminuição da rotatividade dos leitos; bem como diminuição da qualidade da assistência em ambos os níveis.

É fato também que hospitais universitários, na maioria das vezes, tendem a ter a permanência de hospitalização ainda mais longa em virtude da atuação acadêmica em massa. A complexidade envolvendo as práticas assistências relacionadas à hospitalização, em hospitais Universitários, torna-se ainda mais notória por conta destas instituições serem responsáveis por formar os futuros profissionais da saúde que, por se tratarem de aprendizes, levam mais tempo para definir condutas com relação aos clientes/pacientes e, por conseguinte, aumentam o tempo de hospitalização (OLIVEIRA, 2017).

Assim sendo, é muito importante que se conheçam as principais causas que acarretam este aumento no tempo de internação, a fim de implementar medidas que possam mudar esta realidade. E dentro deste contexto, a melhor ferramenta a ser utilizada é a auditoria hospitalar.

O Ministério da Saúde define a auditoria como um instrumento de gestão que contribui para a utilização adequada dos recursos, para a garantia de acesso aos serviços, assim como para a manutenção da qualidade da assistência oferecida aos clientes/pacientes. Desta forma, é uma ferramenta que acompanha as ações e analisa os resultados das mesmas, com a finalidade de verificar se estão de acordo com as normas vigentes; fornecendo aos gestores informações necessárias ao exercício de um controle administrativo-financeiro efetivo (BRASIL, 2011).

Em torno de 90% das não-conformidades encontradas durante a atividade de auditoria estão relacionadas com processos e métodos, falta de treinamento e falha



humana. Sendo que esta situação pode ser alterada por intermédio de práticas de auditoria preventiva, com caráter educativo, investindo em educação continuada e permanente (ALELUIA et al., 2017).

Frente ao exposto e, levando em consideração a escassez de publicações científicas na área de auditoria e custos hospitalares, o objetivo deste trabalho foi identificar as principais causas da hospitalização prolongada em uma unidade de internação clínica de um Hospital Universitário, através da prática da auditoria hospitalar. A análise ainda proporcionou a correlação com os custos gerados, bem como com a atuação interdisciplinar como medida de gestão para estas situações.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Identificar, através da auditoria hospitalar, as principais causas da hospitalização prolongada, em unidade de internação clínica de um Hospital Universitário.

### 2.2 Objetivos Específicos

Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos clientes/pacientes com internação prolongada.

Categorizar as não-conformidades assistenciais e/ou burocráticas/administrativas, por afinidades, relacionadas à internação hospitalar prolongada.

Correlacionar os custos das hospitalizações com as não-conformidades detectadas pela auditoria e o tempo de permanência hospitalar prolongado que estas acarretaram; tomando como referência as tabelas de padronização e remuneração do SUS.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Perfil da Atenção Hospitalar no Brasil

No decorrer do século XX, o sistema de saúde no Brasil passou por vários processos, desde as campanhas relacionadas à políticas até a fundação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS); situação na qual o sistema de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, e os demais cidadãos deveriam ser atendidos pelas entidades filantrópicas (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

Diante do processo de redemocratização no Brasil, com o fim da ditadura militar, na década de 1980, o Movimento de Reforma Sanitária ganhou força, tendo como principal objetivo a defesa da universalização das políticas e a garantia dos direitos sociais (VASCONCELOS; LOPES; PINTO, 2018).

Em 1988, através da Constituição Federal do Brasil, a saúde ficou caracterizada como um dever do estado e um direito do cidadão, visando a redução e o risco de doenças e outros agravos. Assim sendo, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) com a intenção de disponibilizar o acesso integral, universal e igualitário às ações e serviços para a proteção, promoção e recuperação da saúde (PIRES et al., 2017).

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (2010), os fundamentos da proposta para o SUS incluíram a democratização do acesso à saúde; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a universalização das ações; a descentralização do controle social democrático; a transparência no uso de recursos e ações do governo e a democratização das informações; e a interdisciplinaridade nas ações de saúde.

Conforme descrito pelo Ministério da Saúde (2018), o SUS segue os princípios organizativos de hierarquização, respeitando os níveis da atenção à saúde; regionalização, organizando-se a partir de critérios epidemiológicos; descentralização, tornando cada esfera do governo autônoma e soberana; e participação popular principalmente por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde.

A gestão dos serviços de saúde e de suas ações deve ser participativa entre os três componentes da Federação: a União, os Estados e os Municípios. A rede que compõe o SUS engloba os serviços de atenção básica, assistência farmacêutica, atendimentos de urgência e emergência, a atenção hospitalar em média e alta complexidades, e as atividades das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental (BRASIL, 2018).

O pleno funcionamento das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica em todo território nacional e, na atenção terciária, o acesso aos transplantes, tratamento de HIV/AIDS, ortopedia e reabilitação, fazem do SUS uma política pública de sucesso (VASCONCELOS; LOPES; PINTO, 2018).

O sistema hospitalar brasileiro é composto por diversos arranjos organizacionais, financeiros e de propriedade; englobando tanto o setor público, como o privado (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Em 2014, 71% do total de leitos existentes no Brasil tinham convênio com o SUS, e destes, 17% representavam as entidades privadas lucrativas, 31% as entidades privadas sem fins lucrativos e 52% de entidades públicas (TABNET/DATASUS, 2017). Dentro da categoria das entidades públicas estão inseridos os hospitais universitários, os quais têm sua importância principalmente pelo fato de formarem contingentes profissionais para todo o país, nas mais diversas áreas da saúde.

A formação dos profissionais de saúde para o SUS, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988, é realizada majoritariamente nos hospitais universitários; de tal forma que deve estar baseada em princípios ético-políticos emancipadores, para que possibilite o ensino mediado pela pesquisa e pela extensão. As mesmas autoras citadas anteriormente evidenciaram em sua pesquisa que a grande maioria dos profissionais envolvidos na formação acadêmica não conhecem na totalidade o conteúdo da Constituição Federal de 1988 (VASCONCELOS; LOPES; PINTO, 2018).

É notório que a atuação dos profissionais de saúde, principalmente em Hospitais Universitários, está paramentada por uma concepção de saúde e modelo assistencial centrados na doença e no tratamento, fato este que também revela a falta de compreensão dos mesmos referente à concepção de saúde e à lógica do SUS, presentes na Constituição Federal de 1988 (VASCONCELOS, 2012).

Levando em consideração que a legislação da Constituição Federal de 1988 não só assegura a saúde como um direito universal a todos os brasileiros, bem como

garante a autonomia universitária, e ainda define os objetivos e diretrizes do SUS, sistema no qual os hospitais universitários são parte e expressão; conclui-se o tamanho da importância de direcionar a formação destes profissionais ainda mais voltada para os princípios do SUS. Principalmente pelo fato que os serviços públicos de saúde fazem parte, como campo de práticas, de toda a jornada acadêmica dos profissionais de saúde, bem como de suas atuações profissionais ao longo da carreira.

O SUS necessita de um modelo assistencial e uma formação de profissionais que se contraponha aos projetos de formação e assistência pautados pelas necessidades do mercado em detrimento dos interesses e das necessidades públicas e sociais (VASCONCELOS; LOPES; PINTO, 2018). Esta situação se justifica mais ainda pelo perfil epidemiológico de nossa população, o qual acarreta, em inúmeras circunstâncias, o aumento das taxas de hospitalização, bem como do tempo de permanência em internações hospitalares.

A transição demográfica em nosso país revela um notório envelhecimento populacional; o qual está diretamente relacionado ao aumento da prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis. Por conseguinte, de acordo com inúmeras literaturas, dentre elas o estudo de Kernkamp et al. (2016), comprova-se que este quadro epidemiológico das doenças crônicas gera uma maior demanda de hospitalizações. Sendo assim, de médio a longo prazo, esta situação pode impactar a sustentabilidade financeira do sistema de saúde, comprometendo também a oferta e a qualidade dos serviços prestados.

A taxa de hospitalização é um indicador indireto da resolubilidade ambulatorial, uma vez que uma atenção ambulatorial de boa qualidade e cobertura é capaz de reduzir esta taxa. Da mesma forma que o tempo de hospitalização também se torna um indicador indireto da qualidade da assistência prestada e do acesso a este tipo de atendimento na atenção hospitalar (RUFINO et al., 2012).

A taxa de ocupação hospitalar, ou taxa de hospitalização, é representada pela relação percentual entre o número de clientes/pacientes internados no dia, em determinado período, e o número de leitos existentes no dia, no mesmo período. Já a taxa média de permanência, ou tempo de hospitalização, é o resultado da relação entre o total de clientes/pacientes internados no dia num determinado período e o total de clientes/pacientes com alta no mesmo período, incluindo óbitos e transferências (GUERRA, 2011).

As poucas pesquisas realizadas nesta área relacionam o tempo de hospitalização com situações clínicas dos clientes/pacientes, bem como, com suas situações socioeconômicas. Algumas variáveis têm correlação com a longa permanência de hospitalizações, são elas: dor, etilismo, tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e as infecções hospitalares. Porém, no cotidiano assistencial de ambientes hospitalares, observa-se que, em uma grande parcela dos atendimentos, a permanência prolongada de hospitalização pode estar relacionada também às situações burocráticas e administrativas, bem como às não-conformidades nas ações da equipe multiprofissional que presta a assistência aos clientes/pacientes (RUFINO et al., 2012).

Diante do exposto, é de extrema importância a gestão das hospitalizações; principalmente devido à forma pela qual ocorre a remuneração do SUS para estes tipos de serviços.

Um dos mecanismos de remuneração é através da Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde, a qual determina o preço de cada serviço ou procedimento realizado. Assim sendo, o valor do repasse realizado pelo SUS não é obtido com base na quantidade de materiais e medicamentos efetivamente utilizados durante o internamento, além de não considerar os dias de permanência efetivos dos clientes/pacientes no hospital (RAIMUNDINI et al., 2006).

La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam ainda que além dos pagamentos SUS não serem baseados nos custos dos serviços e não refletirem os custos reais, em muitos casos eles não cobrem os custos incorridos na prestação do serviço. Fato este que, de acordo com o Conselho Federal de Medicina - CFM (2015), se justifica pelo fato da tabela do SUS estar defasada, não acompanhando nem os índices inflacionários do país.

Existem informações de que a grande maioria dos procedimentos que constam na tabela não tem seus valores de pagamento revisados e atualizados há aproximadamente 10 anos. Sem contar que cada procedimento da tabela está vinculado ao CID (Código Internacional de Doenças) dos clientes/pacientes internados; e que muitos CID's não fazem parte da tabela, tendo que ser substituídos por outros CID's semelhantes para poderem ser remunerados pelo SUS (CFM, 2015). Fato que este que pode gerar a glosa por parte do sistema, em virtude da não compatibilidade do CID ajustado para cobrança na tabela com as informações registradas nos prontuários dos clientes/pacientes.

Neste contexto, existe a necessidade de se analisar econômico-financeiramente as instituições hospitalares de modo a verificar a eficiência da gestão organizacional (SOUZA et al., 2014).

De acordo com Oliveira (2017), é impossível gerenciar aquilo que não se conhece; caso a instituição hospitalar não conheça os custos dos procedimentos e atendimentos realizados, bem como a razão pela qual ocorrem algumas falhas na gestão do tempo de internamento, não terá bases sólidas para realização de melhorias, tampouco para reivindicação junto ao sistema de gestão pública de saúde.

### 3.2 A Prática da Auditoria na Gestão da Qualidade e dos Custos Hospitalares

Conhecer, analisar, planejar e controlar os custos hospitalares são atividades da auditoria indispensáveis à sobrevivência das instituições de saúde e à eficiência do processo de gestão.

O termo auditoria tem origem na expressão latina *audire*, que significa "ouvir". Historicamente a auditoria surgiu na área contábil, há aproximadamente 2600 a.C (antes de Cristo). Na sequência teve o seu desenvolvimento durante a Revolução Industrial, com o surgimento de grandes empresas, principalmente na Inglaterra (ALELUIA et al., 2017).

Na área da saúde, em 1918, nos Estados Unidos, o médico George Gray Ward foi o pioneiro nas atividades de auditoria; por meio da aplicação de uma investigação da qualidade da assistência prestada aos clientes/pacientes mediante avaliação dos registros em seus prontuários. De forma semelhante, no âmbito da enfermagem, um dos principais trabalhos foi executado em 1955, também nos Estados Unidos, sendo desenvolvido no Hospital Progress (VIEIRA; SANNA, 2013).

No Brasil, em 1970, tanto na área da medicina, como na enfermagem, a auditoria surgiu de forma incipiente. Antes da criação do SUS, as auditorias na saúde no Brasil eram vinculadas ao extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). No entanto, a partir dos anos 1980, mais especificamente com a criação do SUS, em 1988, e com a regulamentação da Lei 8.080, ela foi introduzida de forma mais sistemática, integrando programas de qualidade (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

Já em 1993, a prática da auditoria foi validada pelo Ministério da Saúde, ao criar o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), por meio de Lei 9.689, de 27 de julho,

onde descreve como competências do auditor o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde (FURUKAWA et al., 2018).

Na realidade brasileira, que se caracteriza por um sistema de saúde deficitário, o controle dos custos hospitalares proporciona não só o acompanhamento de gerenciamento dos serviços, bem como a implantação de medidas corretivas que visem um melhor desempenho das instituições (ABBAS, 2001).

A necessidade do controle dos custos aplica-se tanto aos hospitais com ou sem fins lucrativos; onde os primeiros objetivam otimizar o resultado para remunerar o capital investido, e os segundos visam a melhoria dos serviços, bem como o adequado atendimento à crescente demanda da comunidade (PIRES et al., 2017).

Os custos representam os gastos relativos a bens ou serviços utilizados na produção de outros bens e serviços (BRUNI; FAMA, 2004). Eles podem ser classificados como diretos, indiretos ou de transformação. Os custos diretos são os incluídos diretamente no cálculo do produto final, são os materiais e mão-de-obra utilizados na prestação do cuidado, como os custos com salários de profissionais e com materiais e medicamentos médico-hospitalares. Custos indiretos necessitam de aproximação, algum critério de rateio para serem atribuídos ao processo assistencial, como energia elétrica, água. E custos de transformação são os custos agregados pela instituição na obtenção do produto (SANTOS; MARTINS; LEAL, 2014).

Já com relação à variabilidade, os custos são classificados como fixos, variáveis, semifixos, e semivariáveis. Os custos fixos são aqueles que não variam, qualquer que seja o volume da atividade da empresa. Os custos variáveis são aqueles que se alteram diretamente em função das atividades da empresa; ou seja, quanto maior o número de clientes/pacientes internados no hospital, maior será o custo com materiais e medicamentos. Os custos semifixos tem relação com um patamar; podem passar a ser variáveis se este patamar for excedido. E por fim os custos semivariáveis são aqueles que não acompanham linearmente a variação da produção do volume de serviços; eles podem se manter fixos dentro de certos limites (SCHUTZ; SIQUEIRA, 2011).

Um estudo realizado por Lourenço e Castilho (2006) evidenciou que o crescimento dos custos na área da saúde está diretamente relacionado a uma série de fatores, dentre eles: o aumento da expectativa de vida da população; o crescimento da demanda devido à universalização de acesso à saúde; a utilização de novas



tecnologias; a escassez de mão-de-obra qualificada, acarretando baixa produtividade; os desperdícios; a má gestão das organizações devido à incapacidade administrativa dos profissionais da saúde; a não implantação de sistemas de controle de custos.

Diante do exposto, uma das ferramentas mais eficientes para monitorar um sistema de gestão, tanto em relação aos custos, como também em relação à qualidade, é a auditoria; pois, quando bem executada, diagnostica não-conformidades do serviço, sendo ainda realizada por profissionais especializados que apresentam conhecimento técnico-científico, além de atributos pessoais como imparcialidade, prudência e diplomacia, e que emitem pareceres embasados por portarias, leis e resoluções (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

Sendo considerada um sistema de controle e revisão, que gera dados administrativos sobre a eficiência e a eficácia das atividades em desenvolvimento, a auditoria não somente identifica falhas, mas aponta soluções e sugestões (ALELUIA et al., 2017).

Existem duas grandes categorias nas quais a auditoria pode ser praticada nos sistemas de serviços de saúde: auditoria organizacional e auditoria clínica, a qual corresponde a uma análise sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os clientes/pacientes. Ambas as categorias são definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como atividades com propósito primário de promover, restaurar e manter a saúde da população (MENDES, 2002).

De acordo com Ayach, Moimaz e Garbin (2013), a auditoria pode ser praticada também através de algumas modalidades, são elas:

- auditoria preventiva: realizada antes do atendimento ao cliente/paciente;
- auditoria retrospectiva: realizada após o atendimento ao cliente/paciente;
- auditoria concorrente, operativa ou *in loco*: realizada simultaneamente ao período do atendimento ao cliente/paciente;
- auditoria contínua: prática constante da auditoria; e
- auditoria temporária: realizada esporadicamente, conforme a necessidade.

Diante de tantas maneiras diferentes de se praticar a auditoria, fica evidente que ela é uma ferramenta essencial para a análise da qualidade da assistência ao cliente/paciente. Florence Nightingale, pioneira da enfermagem, e também pioneira nas práticas de qualidade assistencial, já correlacionava a auditoria à qualidade, quando publicou dois conceitos de qualidade: no primeiro ela afirmava que a

organização hospitalar motiva e melhora a qualidade da assistência; e no segundo, demonstrou que a análise retrospectiva da assistência possibilita a descoberta de fatores que proporcionam melhorias no futuro (FURUKAWA et al., 2018).

Neste sentido, a melhor ferramenta para realizar uma análise retrospectiva é por intermédio dos prontuários; os quais contém informações vitais para a tomada de decisões, referentes aos cuidados com os clientes/pacientes, processos judiciais e operadoras de saúde. Desta forma, é imprescindível ressaltar a importância dos registros das ações de saúde nos prontuários, por meio da equipe multiprofissional (MIRANDA; COSTA; PEREIRA, 2011).

O prontuário é considerado um espelho dos cuidados específicos e individuais de cada cliente/paciente atendido. Assim sendo, afirma-se também a questão de que o prontuário pertence ao cliente/paciente e não ao médico e/ou equipe multiprofissional de saúde; de tal forma que compete à instituição de saúde o arquivamento do mesmo, o qual deve respeitar o prazo de 20 anos para tempo de guarda a contar da data do último registro (VIEIRA; SANNA, 2013).

Devido ao grande acúmulo de papéis no arquivamento do prontuário físico e também com os avanços tecnológicos, foi implementado o prontuário eletrônico do paciente (PEP); o qual permite acesso remoto e simultâneo à equipe multiprofissional de saúde, e se torna um facilitador na prática do profissional auditor.

Diante das circunstâncias, nada é mais claro do que a certeza de que com a realização de auditoria técnica e financeira, existe a possibilidade de, baseando-se nos resultados da mesma, desenvolver ações de otimização do tempo de hospitalização, por meio da estruturação da assistência através da atuação de uma equipe interdisciplinar de saúde (LIMA; RAMOS, 2016).

### 3.3 A atuação Profissional Interdisciplinar na Saúde

A interdisciplinaridade é um tema atual e de importante relevância em diversas áreas: saúde, educação, política, tecnologia, entre outras. Ela deve estar pautada na humanização, cientificidade e, principalmente, ter um enfoque social.

A interdisciplinaridade surgiu na segunda metade do século XX e foi mais enfatizada a partir da década de 60. Os mesmos autores ainda relatam toda a evolução histórica desta temática, destacando que na Grécia, Roma antiga e na Idade Média já buscavam o conceito de integralidade na formação do sujeito. No século

XVII, os Iluministas também buscavam por esta totalidade através da criação das enciclopédias. Porém, ainda no século XVII, com a era da Modernidade, começou a ocorrer a fragmentação do conhecimento devido à industrialização e à necessidade de cada vez mais ter mão de obra especializada (VILELA; MENDES, 2003).

Sendo assim, gera-se uma reflexão de que a interdisciplinaridade que existia nos primórdios históricos, enfraqueceu devido às especializações, porém retornou tempos depois, e até os dias atuais ainda é vista como obstáculo em algumas áreas.

No Brasil, Georges Gusdorf serviu como inspiração para o início das atividades nesta área, por intermédio de Hilton Japiassu, que focou na epistemologia e Ivani Fazenda, que focou na área da educação (THIENSEN, 2008).

A prática da interdisciplinaridade está associada à diversas características que são despertadas no sujeito que a pratica: flexibilidade, adesão, paciência, sensibilidade, intuição, adaptação, colaboração, diálogo, entre outras (THIENSEN, 2008). Ela deve se praticada de tal forma que exista uma troca de experiências e saberes, onde o conhecimento dos envolvidos nesta prática só multiplique e nunca se anule.

Vilela e Mendes (2003) descrevem as categorias da interdisciplinaridade descritas por Erich Jantsch; são elas: multidisciplinaridade (onde os conhecimentos tem algo em comum, mas não se inter-relacionam); pluridisciplinaridade (ocorre uma justaposição de disciplinas; como por exemplo a Física e a Química); disciplinaridade cruzada (uma disciplina se sobressai mais que a outra); e transdisciplinaridade (é o nível superior da interdisciplinaridade, onde perdem-se os limites das disciplinas, criando uma macrodisciplina).

A interdisciplinaridade deve usar o processo metodológico na formação do sujeito, levando em consideração o cotidiano, a coletividade e ambiente em que vive (THIENSEN, 2008).

Na área da saúde é um ótimo setor para a aplicação da interdisciplinaridade, visto que ela deve ser praticada de maneira holística, no coletivo, sem fragmentar saúde física, mental e social. Porém, as dificuldades para que ela seja praticada neste meio referem-se ao modelo biomédico que, em algumas situações, ainda não foca o lado social da clientela; à competitividade no mercado; e à matriz curricular das graduações na área, que ainda tem resistência para praticar a interdisciplinaridade em suas universidades.

Falando em educação, esta é uma das áreas em que, gradativamente e lentamente, vem se empregando o uso da interdisciplinaridade. Amorim e Gattás (2007) citam um estudo realizado na Universidade de Uberaba, onde levou 6 anos para que conseguissem implementar a interdisciplinaridade entre seus 13 cursos de graduação.

O sucesso para implementação da interdisciplinaridade na educação é que o aluno participe mais ativamente do processo; levando em consideração a realidade do momento, e não centralizando todo o processo no professor. Instituições que não são organizadas com divisões de departamentos tem mais sucesso na implementação da mesma.

Toda esta questão de se trabalhar a interdisciplinaridade desde a graduação, é muito importante devido ao fato de que, na área da saúde, atuar interdisciplinarmente eleva a segurança da assistência, reduzindo riscos, danos e erros; contribui para a satisfação das necessidades em saúde, introduzindo com precisão as ações de prevenção e promoção à saúde; e melhora o conforto e a satisfação dos usuários, refletindo no acolhimento, na integralidade da atenção e na adesão ao tratamento (CECCIM, 2018).

O anúncio da educação e prática interdisciplinares como estratégias dentro dos serviços de saúde, para melhoria no atendimento aos clientes/pacientes, contém uma história intensa, registrada em artigos, principalmente no Canadá, Estados Unidos, Reino Unido e Austrália (GREENFIELD et al., 2010).

A interdisciplinaridade e sua relação com a segurança do cliente/paciente teve destaque na Organização Mundial de Saúde, através da criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004. E no Brasil, em 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente; onde a atuação multiprofissional e interdisciplinar é considerada primordial para o sucesso da melhoria da qualidade da assistência (FREIRE FILHO et al., 2017).

As oportunidades de planejamento e avaliação da gestão clínica, de acordo com a provisão de acesso aos serviços que se necessite, se tornam fortalecidas quando uma práxis interdisciplinar é afirmada e inserida entre os parâmetros de melhoria do acesso e da resolutividade (CECCIM; FERLA, 2006).

Amorim e Gattás (2007) exemplificam a interdisciplinaridade com a metáfora da árvore, onde a raiz deve ser embasada na biologia, filosofia, psicologia, e os seus ramos são as disciplinas. Baseando-se nesta metáfora, conclui-se que a

interdisciplinaridade deve ser vista como algo único, que englobe diversas áreas do conhecimento, e traga frutos para todas elas.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 Tipo de Pesquisa, Amostra e Local de Estudo

A presente pesquisa trata-se de um estudo de natureza aplicada, abordagem quantitativa e qualitativa, com objetivo descritivo e explicativo; aplicação de campo, retrospectiva, utilizando de procedimentos técnicos de análise documental.

A amostra da pesquisa foi do tipo não-probabilístico, por conveniência, composta por todos os prontuários de clientes/pacientes com hospitalização prolongada, igual ou superior a 10 dias de internação; internados na unidade de clínica médica; tendo sido assistidos no período de julho de 2015 a junho de 2018, no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG), na cidade de Ponta Grossa – PR.

A referência para seleção da amostra no tocante à análise dos internamentos com permanência igual ou superior a 10 dias se deu devido ao fato de que dos procedimentos padronizados pelo SUS, para esta população, o tempo máximo de cobertura padronizada foi de 9 dias. Desta forma, todos os atendimentos pesquisados ultrapassaram o tempo de permanência hospitalar preconizado pelo SUS.

O Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais é um hospital de ensino, vinculado à Universidade Estadual de Ponta Grossa, que atende exclusivamente o Sistema Único de Saúde. Além de atender o município de Ponta Grossa, atende onze cidades da região. A instituição conta atualmente com 161 leitos, sendo destes 12 destinados para os atendimentos de clínica médica; unidade na qual ocorreu o estudo.

### 4.2 Aspectos Éticos

Conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa (COEP), da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob protocolo número 2.409.644 (ANEXO A) e carta de aceite do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (ANEXO B).

Por se tratar de uma pesquisa documental, envolvendo a análise de prontuários, não foi necessário fazer uso do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE).

### 4.3 Variáveis do Estudo e Análise de Dados

#### 4.3.1 Análise do perfil sociodemográfico e clínico dos clientes/pacientes com internação hospitalar prolongada

A primeira etapa do estudo iniciou com o levantamento do histórico de internação hospitalar da instituição pesquisada, referente ao período selecionado (julho de 2015 até junho de 2018), através da emissão e análise de relatórios obtidos na plataforma do Sistema de Gestão da Assistência de Saúde do SUS - GSUS. Este sistema de informação tem como objetivo prover mecanismos de gestão dos serviços de assistência de saúde ambulatorial e hospitalar da Rede de Saúde Pública do Paraná, estruturado sobre as regras do Sistema Único de Saúde Brasileiro, sendo utilizado como ferramenta de prontuário eletrônico da instituição pesquisada. Esta análise proporcionou a obtenção da amostra, onde foram selecionados todos os atendimentos de clientes/pacientes com internação na unidade de clínica médica e tempo de hospitalização igual ou superior a 10 (dez) dias.

Estes relatórios gerados pelo sistema possibilitaram levantar e analisar dados sociodemográficos relacionados aos clientes/pacientes estudados, tais como: idade, sexo, município de residência, tempo de internação hospitalar e período em que houveram os internamentos.

Foram analisados também os diagnósticos médicos de entrada dos clientes/pacientes. De posse desta informação, antes de iniciar a análise dos prontuários, os atendimentos foram caracterizados e divididos conforme os diagnósticos médicos, organizados e relacionados de acordo com os sistemas do organismo. Totalizaram 11 categorias de diagnósticos vinculados aos sistemas do organismo, são elas:

- Diagnósticos Neurológicos
- Diagnósticos Respiratórios
- Diagnósticos Cardiovasculares
- Diagnósticos Gastrointestinais
- Diagnósticos Renais/Urinários
- Diagnósticos Metabólicos

- Diagnósticos Hematológicos
- Diagnósticos Oncológicos
- Diagnósticos Ortopédicos
- Diagnósticos do Sistema Tegumentar
- Diagnósticos Diversos

#### 4.3.2 Análise das não-conformidades relacionadas à internação hospitalar prolongada

A segunda etapa do estudo compreendeu a realização da auditoria retrospectiva dos prontuários, através de acesso remoto ao sistema de prontuário eletrônico da instituição (Sistema G-SUS).

Os atendimentos já estavam separados em planilhas do Microsoft Excel, de acordo com as categorias por diagnósticos; e ali foram sendo registradas todas as informações coletadas referentes às não-conformidades relacionadas ao prolongamento da hospitalização de cada cliente/paciente.

Após a coleta dos dados, as não-conformidades encontradas foram divididas em duas macro-categorias pré-definidas, de acordo com as causas da hospitalização prolongada, relacionadas entre si conforme afinidades técnicas; são elas: “Não-conformidades relacionadas à situações burocráticas/administrativas” e, “Não-conformidades relacionadas à atuação multiprofissional de assistência ao cliente/paciente”.

Foi então realizada uma contabilização de quantas não-conformidades cada atendimento apresentou e quantos dias de prolongamento da internação estas não-conformidades geraram; bem como foram mensuradas as incidências de cada categoria de não-conformidade, independentemente de relação direta com cada atendimento.

Nesta análise, foi possível identificar 32 tipos diferentes de não-conformidades; bem como enumerar a quantidade de atendimentos que, mesmo com internamentos prolongados, não tiveram nenhum tipo de não-conformidade correlacionada à esta situação.

As categorias de não-conformidades estão apresentadas no quadro a seguir, divididas de acordo com as macro-categorias elencadas.



Quadro 1: Não-conformidades detectadas pela auditoria, classificadas de acordo com suas origens.

NÃO-CONFORMIDADES BUROCRÁTICAS/ADMINISTRATIVAS	NÃO-CONFORMIDADES EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
<p>1. Permanência no PA, por mais de 24h, por falta de vagas nas alas/UTI</p> <p>2. Alta da UTI adiada devido à falta de vagas nas alas por mais de 24h</p> <p>3. Aguardando vagas em serviços especializados, via Central de Leitos, por mais de 24h</p> <p>4. Aguardando atendimentos de serviços especializados municipais (SAE/CTA) por mais de 24h</p> <p>5. Falta de MAT/MED no hospital, que prejudicaram a terapêutica adotada (medicamentos, materiais para cirurgias, para HGT e para coleta de exames laboratoriais)</p> <p>6. Demora excessiva, superior ao tempo padrão estimado para cada exame laboratorial, na liberação dos laudos</p> <p>7. Demora de mais de 24h no agendamento de exames de Gastroenterologia (Endoscopias e Colonoscopias)</p> <p>8. Demora de mais de 24h no agendamento/realização de exames de Imagem (Ultrassons, Tomografias e Ressonâncias)</p> <p>9. Laudo de exame de Imagem não liberado no mesmo dia de sua realização</p> <p>10. Demora de mais de 24h no agendamento de cirurgias/procedimentos</p> <p>11. Aguardando O2 domiciliar por mais de 48h</p> <p>12. Permanência no hospital, por mais de 24h, mesmo após a alta, por problemas sociais e/ou de transporte</p>	<p>1. Demora de mais de 24h na definição de condutas médicas da residência em acordo com a preceptoría</p> <p>2. Procedimentos médicos mal sucedidos (punção acesso venoso central, drenagem torácica)</p> <p>3. Erros de prescrição médica, que prejudicaram a execução adequada da terapêutica adotada</p> <p>4. Sem registro/laudo comprovando a realização do exame/procedimento</p> <p>5. Procedimentos/exames suspensos por falta de orientação de preparo (jejum) ao cliente/paciente</p> <p>6. Exames de Imagem mal sucedidos por preparo incorreto</p> <p>7. Ausência/demora, por mais de 24h, de familiares para autorização de condutas/procedimentos</p> <p>8. Faltando evolução diária do enfermeiro</p> <p>9. Faltando evolução diária do médico</p> <p>10. Faltando prescrição médica diária</p> <p>11. Faltando descrições de procedimentos médicos</p> <p>12. Evoluções da equipe multiprofissional equivocadas nos prontuários</p> <p>13. Falta de registros de avaliações de especialistas no prontuário</p> <p>14. Atraso de mais de 24h nas avaliações de especialistas</p> <p>15. Ocorrência de eventos adversos (flebite, lesão por pressão, perdas de sondas)</p> <p>16. Falta de realização de cuidados básicos/rotineiros da enfermagem (mensuração de débitos, mudanças de decúbito, cumprimento de prescrições médicas)</p> <p>17. Não execução de cuidados de enfermagem solicitados pelo médico (passagens de sondas, punções venosas, realizações de curativos)</p> <p>18. Atraso de mais de 24h nas condutas por dificuldades técnicas da enfermagem (passagens de sondas e punções venosas)</p> <p>19. Atraso de mais de 24h na coleta de material laboratorial (escarro, urina) pela enfermagem</p> <p>20. Atraso de mais de 24h na definição de conduta de alta após término de antibioticoterapia/terapêutica</p>

Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

#### 4.3.3 Correlações dos custos da internação hospitalar prolongada com as tabelas de remuneração do SUS

Após o levantamento de não-conformidades associadas ao prolongamento do internamento e mensuração da quantidade de dias vinculados à elas, foi realizado o cálculo de quanto custaram estas diárias. Este cálculo foi baseado na multiplicação da quantidade de dias relacionados às não-conformidades pelo custo médio de uma diária do SUS; sem levar em consideração os custos com materiais, medicamentos e procedimentos.

Inicialmente as informações foram organizadas em formas de tabelas, agrupadas por categorias de diagnósticos. Para cada CID (Classificação Internacional de Doenças) de cliente/paciente auditado, foi correlacionado ao mesmo um código de procedimento da tabela do SUS que englobasse o CID. Na sequência foram agregadas nesta tabela as informações de tempo máximo de permanência hospitalar que o SUS padroniza no procedimento, bem como valor de remuneração do SUS para o mesmo.

Estas informações foram então complementadas com a média de dias de permanência hospitalar para cada CID incluso nos procedimentos; assim como a média de dias de falhas que foram ocasionadas e o custo que estes dias geraram.

Na instituição pesquisada não foi possível o acesso à informação dos custos gerados pelos clientes/pacientes pesquisados; então o custo médio das diárias do SUS foi obtido através da realização de um cálculo aproximado, informado através de uma consultoria realizada com um profissional especialista em custos hospitalares.

Desta forma, o valor médio de uma diária do SUS, referente ao mês de dezembro de 2018 (fase de conclusão da pesquisa) foi de R\$ 345,80 (trezentos e quarente e cinco reais e oitenta centavos). A base de cálculo para este custo da diária levou em consideração os gastos com rouparia, alimentação, manutenção predial e de equipamentos, energia elétrica, telefonia, internet, água, zeladoria, hotelaria e toda folha de pagamento dos profissionais atuantes na unidade pesquisada, em proporção ao número de atendimentos no setor, no período. Por conta disto, esta diária tem variação de valores a cada mês; e por esta razão é que foi tomado como referência o valor da diária do último mês pesquisado, para que os cálculos ficassem o mais atuais possíveis.

Terminado o cálculo dos custos que as não-conformidades acarretaram nos internamentos estudados, as mesmas foram correlacionadas e comparadas com os valores de remuneração do SUS, de acordo com cada diagnóstico médico, e conforme a Tabela de Procedimentos do SUS. Vale ressaltar que nesta análise o enfoque se centralizou somente na remuneração dos procedimentos, que estão vinculados aos diagnósticos médicos.

#### 4.4 Análise Estatística

Os dados que se referem a análise de diagnóstico, tempo de permanência,

idade e atrasos nas avaliações de especialistas foram processados no *Excel* 2013, utilizando-se da ferramenta de gráficos, sendo apresentado a porcentagem referente à sua ocorrência.

Para os testes estatísticos nos resultados referentes ao número de internamentos por período, falhas administrativas/burocráticas, não-conformidades relacionadas à atuação assistencial da equipe multiprofissional, e custos, foi utilizado o *software GraphPad® 7.04* adotando um nível de significância de 5% ( $\alpha= 0,05$ ). Primeiramente foi realizado teste de qui-quadrado, seguido do teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*; quando considerados paramétricos, para análise do período, bem como das falhas administrativas/burocráticas e não-conformidades relacionadas à equipe multiprofissional, foi realizado ANOVA de uma via com *post-hoc* de *Tukey*; quando não considerados paramétricos, foi realizado teste de *Friedman* com *post-hoc* de *Dunns*. No que se refere à análise de custos, foi comparado os dias de internamento e número gerado decorrente de falhas. Para isso, foram realizados os dois testes anteriormente citados, quando considerados paramétricos, seguidos de teste pareado de *T-student*; quando não paramétricos, realizado teste de *Wilcoxon*.

## 5 RESULTADOS

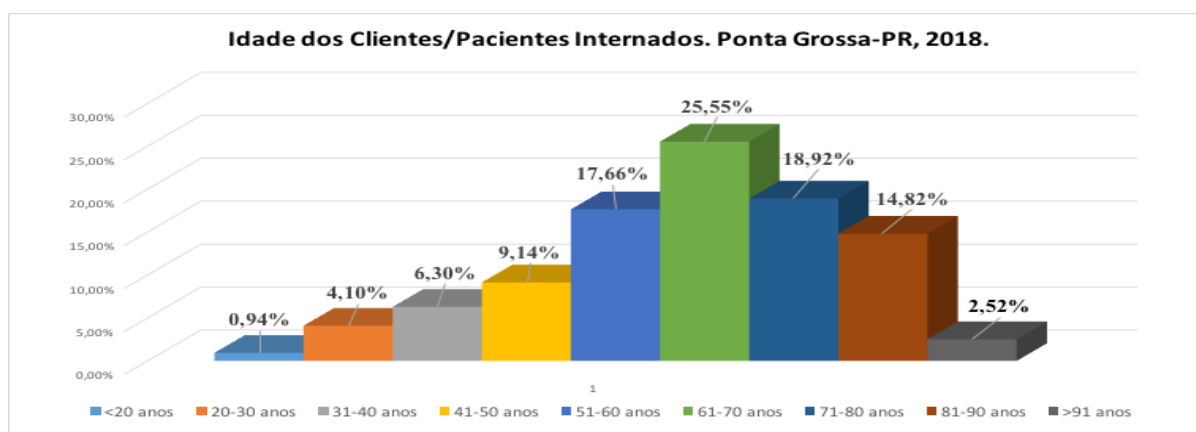
### 5.1 Perfil Sociodemográfico e Clínico dos Clientes/pacientes com Internação Hospitalar Prolongada

No período de Julho de 2015 a Junho de 2018 foram internados na unidade de Clínica Médica da instituição pesquisada um total de 1.384 clientes/pacientes; dos quais 317 (22,9%) apresentaram internamentos com período de permanência igual ou superior a 10 dias de internação; os quais também representam casos de tempo de permanência hospitalar superiores aos períodos padronizados pelo SUS; e que correspondem à amostra da pesquisa.

Os dados sociodemográficos levantados no estudo foram os primeiros a serem categorizados e analisados; observou-se inicialmente que dos 317 (100%) atendimentos pesquisados, 167 (52,68%) prontuários eram de clientes/pacientes do sexo masculino e 150 (47,31%) do sexo feminino. Com relação à procedência, 203 (64,03%) clientes/pacientes com internamento prolongado eram da cidade de Ponta Grossa – PR; e 114 (35,96%) eram de cidades da região.

Durante a análise da idade dos clientes/pacientes pesquisados, observou-se que a grande maioria (81 – 25,55%) está compreendida entre a faixa etária de 61 a 70 anos de idade; e se somarmos todas as categorias de idades superiores aos 60 anos, totalizam 61,81%; ou seja, os idosos prevaleceram no quesito de internamento hospitalar prolongado, conforme ilustrado no Gráfico 1.

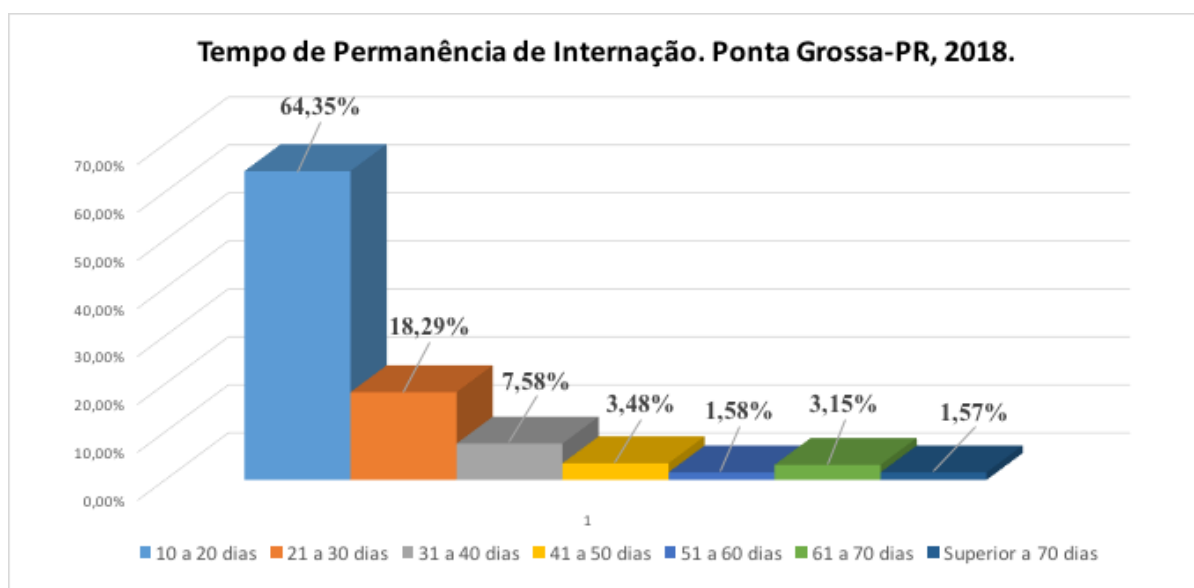
Gráfico 1: Idade dos clientes/pacientes com internação hospitalar prolongada.



Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

Com relação ao tempo de permanência da internação hospitalar, observou-se que a grande maioria dos atendimentos pesquisados ficou entre 10 e 20 dias de internação (204 – 64,35%), seguidos da permanência de 21 a 30 dias (58 – 18,29%). Houve internações com período superior a 100 dias, porém a incidência foi pequena (2 – 0,63%). Estas e as demais categorias encontradas podem ser observadas no Gráfico 2.

Gráfico 2: Tempo de permanência de internação.

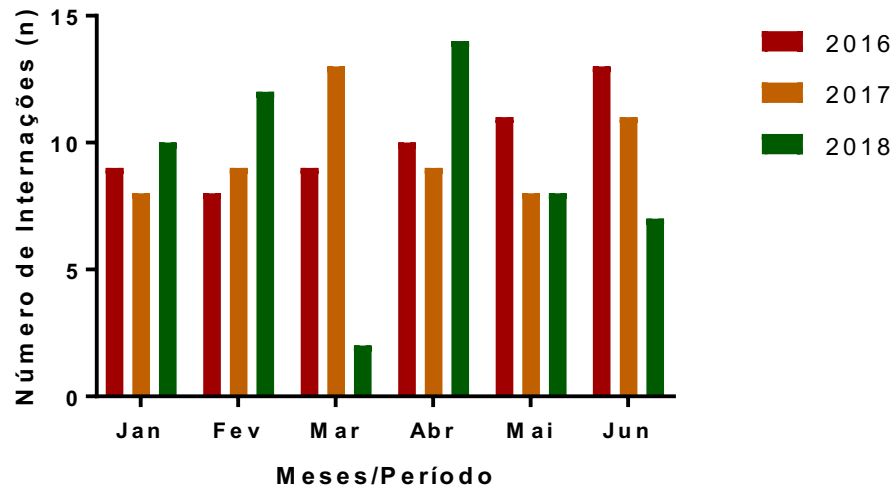


Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

Para englobar toda a amostra do estudo, de tal forma a realizar uma análise estatística adequada, devido ao fato de que o período pesquisado inicia em julho de 2015 e termina em junho de 2018, ou seja, os anos de 2015 e 2018 não foram pesquisados em sua totalidade, e o programa estatístico só analisa períodos completos; a análise do número de internamentos por período (mês e ano) foi dividida em período 1 e período 2. O período 1 compreende os meses de Janeiro a Junho de 2016 a 2018; e o período 2 faz referência ao intervalo de Julho a Dezembro de 2015 a 2017. No teste de *Shapiro-Wilk* os dados foram considerados paramétricos; em relação ao teste do qui-quadrado não foram observadas diferenças estatisticamente significativas [Chi Square (12.54) = 10; p= 0.2505]; [Chi Square (13.2) = 10; p= 0.2126], respectivamente. O mesmo ocorreu na ANOVA de uma via [F (0.2025) = 0.03892; p= 0.7239]; [F (0.1901) = 0.0383; p= 0.7404], respectivamente. Ou seja, não foi observado nenhuma relação sazonal. Resultados do período 1 demonstrados no Gráfico 3 e do período 2 no Gráfico 4.

Gráfico 3: Número de Internações prolongadas por período, de Janeiro a Junho de 2016 a 2018.

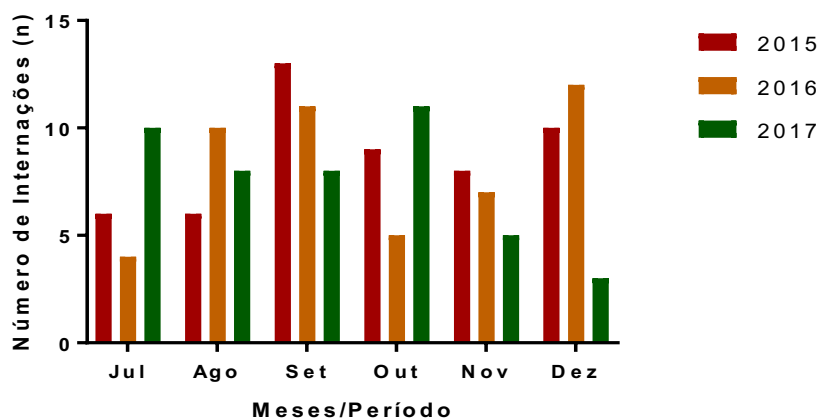
**Número de internamento por período mensal e anual.  
Ponta Grossa - PR, 2018**



Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.  
Nota: O gráfico 3 faz referência ao número de internações por período mensal e anual do mês de Janeiro a Junho do ano de 2016 a 2018. Os valores apresentados são: 2016 (n=60), 2017 (n=58) e 2018 (n=53), totalizando N= 171. Para análise foi realizado teste de *Shapiro-Wilk*, teste de qui-quadrado [Chi Square (12.54) = 10; p= 0.2505]. Na análise de ANOVA de uma via obteve-se: [F (0.2025) = 0.03892; p= 0.7239].

Gráfico 4: Número de Internações prolongadas por período, de Julho a Dezembro de 2015 a 2017.

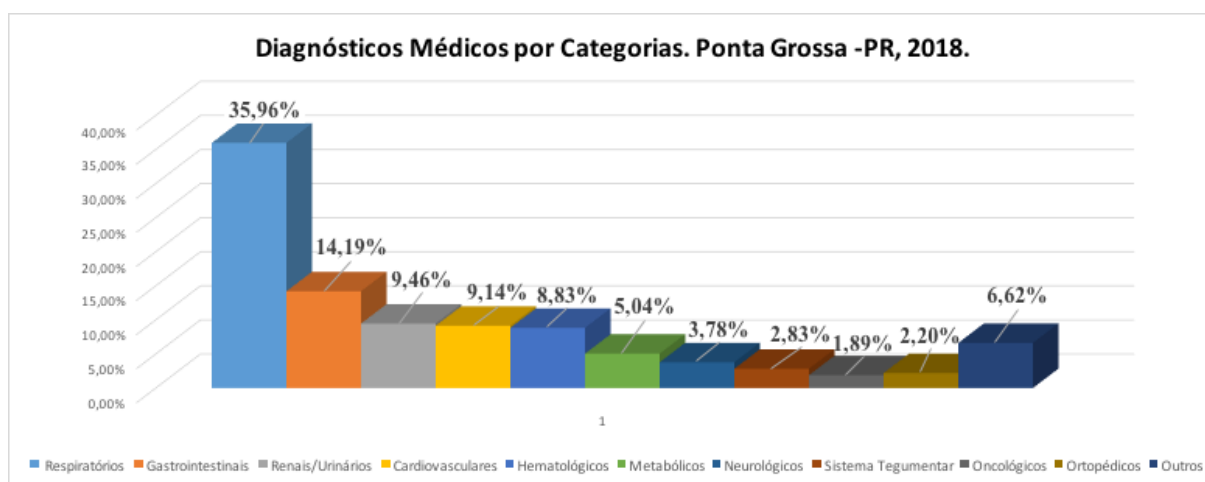
**Número de internamento por período mensal e anual.  
Ponta Grossa - PR, 2018**



Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.  
Nota: O gráfico 4 faz referência ao número de internações por período mensal e anual do mês de Julho a Dezembro do ano de 2015 a 2017. Os valores apresentados são: 2015 (n=52), 2016 (n=60) e 2017 (n=58), totalizando N= 170. Para análise foi realizado teste de *Shapiro-Wilk*, teste de qui-quadrado [Chi Square (13.2) = 10; p= 0.2126]. Na análise de ANOVA de uma via obteve-se: [F (0.1901) = 0.0383; p= 0.7404].

Do ponto de vista do perfil clínico dos clientes/pacientes com internação hospitalar prolongada foi possível observar uma grande variedade de diagnósticos médicos associados aos mesmos. Assim sendo, para realização de uma melhor análise e até para organização dos dados durante a pesquisa, os atendimentos foram categorizados de acordo com os diagnósticos médicos, agrupados conforme a relação destes com os sistemas do organismo; proporcionando uma classificação em 11 categorias de diagnósticos. Desta forma, foi possível observar que a maior incidência ocorreu nos diagnósticos respiratórios (114 – 35,96%) e a incidência mais baixa foi referente aos diagnósticos oncológicos (6 – 1,89%). A categorização completa destas informações, incluindo todas as 11 classificações de diagnósticos, está ilustrada no Gráfico 5.

Gráfico 5: Classificação dos atendimentos por categorias de diagnósticos médicos.



Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

## 5.2 Categorização das Não-conformidades Relacionadas à Internação Hospitalar Prolongada

Após realização de criteriosa auditoria retrospectiva nos atendimentos com internações prolongadas, através das informações registradas no prontuário eletrônico (Sistema G-SUS), foi possível agrupar os dados coletados em duas macro-categorias, de acordo com as causas e/ou não-conformidades identificadas que influenciaram no tempo de internação dos clientes/pacientes pesquisados. São elas:

- “*Não-conformidades relacionadas à situações burocráticas/administrativas*”: dentro desta classificação foram identificadas 12 não-conformidades que podem ter

influenciado na permanência prolongada dos clientes/pacientes; as quais tiveram 496 incidências. Estas situações encontram-se ilustradas na sequência, na Tabela 1.

- “*Não-conformidades relacionadas à atuação multiprofissional de assistência ao cliente/paciente*”: 20 tipos de não-conformidades, com 606 incidências, foram identificadas nesta categoria; as quais, na sua totalidade, não necessariamente tiveram correlação direta com o tempo de permanência hospitalar; mas certamente influenciaram na qualidade da assistência prestada aos clientes/pacientes. Na Tabela 2 as não-conformidades estão apresentadas.

Tabela 1: Relação e quantitativo das não-conformidades relacionado às atividades burocráticas/administrativas.

<b>NÃO-CONFORMIDADES BUROCRÁTICAS/ADMINISTRATIVAS</b>	<b>INCIDÊNCIAS</b>	<b>%</b>
- Permanência no PA, por mais de 24h, por falta de vagas nas alas/UTI	77	15,52%
- Alta da UTI adiada devido à falta de vagas nas alas por mais de 24h	36	7,25%
- Aguardando vagas em serviços especializados, via Central de Leitos, por mais de 24h	21	4,23%
- Aguardando atendimentos de serviços especializados municipais (SAE/CTA) por mais de 24h	1	0,20%
- Falta de MAT/MED no hospital, que prejudicaram a terapêutica adotada (medicamentos, materiais para cirurgias, para HGT e para coleta de exames laboratoriais)	19	3,83%
- Demora excessiva, superior ao tempo padrão estimado para cada exame laboratorial, na liberação dos laudos	8	1,61%
- Demora de mais de 24h no agendamento de exames/procedimentos de Gastroenterologia (Endoscopias e Colonoscopias)	26	5,24%
- Demora de mais de 24h no agendamento/realização de exames de Imagem (Ultrassons, Tomografias e Ressonâncias)	148	29,83%
- Laudo de exame de imagem não liberado no mesmo dia de sua realização	86	17,33%
- Demora de mais de 24h no agendamento de cirurgias/procedimentos	44	8,87%
- Aguardando O2 domiciliar por mais de 48h	16	3,25%
- Permanência no hospital, por mais de 24h, mesmo após a alta, por problemas sociais e/ou de transporte	14	2,84%
<b>TOTAL</b>	<b>496</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.



Tabela 2: Relação e quantitativo das não-conformidade relacionado às atividades assistenciais da Equipe Multiprofissional.

<b>NÃO-CONFORMIDADES ASSISTENCIAIS EQUIPE MULTIPROFISSIONAL</b>	<b>INCIDÊNCIAS</b>	<b>%</b>
- Demora de mais de 24h na definição de condutas médicas da residência em acordo com a preceptoria	40	6,63%
- Procedimentos médicos mal sucedidos (punção acesso venoso central, drenagem torácica)	7	1,15%
- Erros de prescrição médica, que prejudicaram a execução adequada da terapêutica adotada	6	0,99%
- Faltando prescrição médica diária	1	0,16%
- Faltando evolução diária do médico *	38	6,27%
- Faltando descrições de procedimentos médicos*	11	1,81%
- Falta de registros de avaliações de especialistas no prontuário*	89	14,68%
- Atraso de mais de 24h nas avaliações de especialistas	197	32,53%
- Atraso de mais de 24h na definição de conduta de alta após término de antibioticoterapia/terapêutica	1	0,16%
- Sem registro/laudo comprovando a realização do exame/procedimento*	58	9,57%
- Procedimentos/exames suspensos por falta de orientação de preparo (jejum) ao cliente/paciente	5	0,82%
- Exames de Imagem mal sucedidos por preparo incorreto	6	0,99%
- Ausência/demora de familiares, por mais de 24h, para autorização de condutas/procedimentos	8	1,32%
- Ocorrência de eventos adversos (flebite, lesão por pressão, perdas de sondas)	32	5,28%
- Evoluções da equipe multiprofissional equivocadas nos prontuários *	27	4,45%
- Faltando evolução diária do enfermeiro *	21	3,46%
- Falta de realização de cuidados básicos/rotineiros da enfermagem (mensuração de débitos, mudanças de decúbito, cumprimento de prescrições médicas)	34	5,61%
- Não execução de cuidados de enfermagem solicitados pelo médico (passagens de sondas, punções venosas, realizações de curativos)	13	2,14%
- Atrasos de mais de 24h nas condutas por dificuldades técnicas da enfermagem (passagens de sondas e punções venosas)	2	0,33%
- Atraso de mais de 24h na coleta de material laboratorial (escarro, urina) pela enfermagem	10	1,65%
<b>TOTAL</b>	<b>606</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

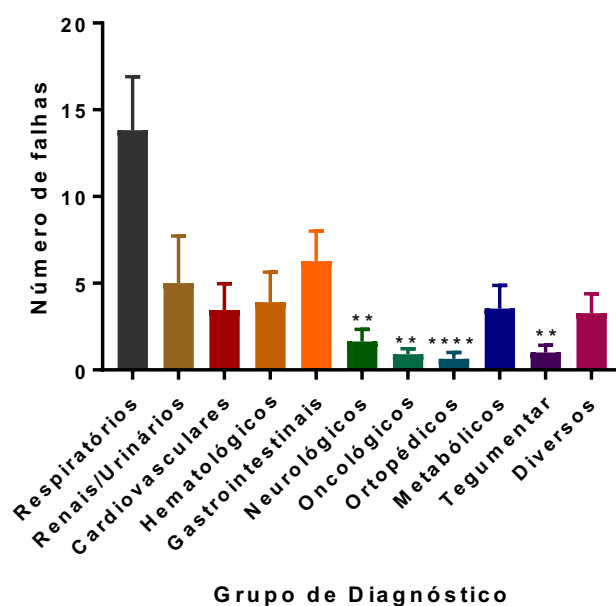
Nota: Os símbolos [\*] ao lado de algumas não-conformidades simbolizam que as mesmas não, necessariamente, tiveram influências no acréscimo de dias de internamento hospitalar; mas sim interferiram na qualidade assistencial.

Em relação às “Não-conformidades relacionadas à situações burocráticas/administrativas” e “Não-conformidades relacionadas à atuação multiprofissional de assistência ao cliente/paciente”, foi realizado o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* e os dados tiveram distribuição não paramétrica nas duas classes de não-conformidades analisadas. No que se refere às não-conformidades em situações burocráticas e administrativas, houve diferença estatisticamente significativa no teste de qui-quadrado [ $\text{Chi Square (198.2) = 100; p=}$

$\leq 0.0001$ ]. No que se refere ao teste de *Friedman*, houve diferença significativamente estatística [ *Friedman Statistic* = (49.07);  $p \leq 0.0001$ ]; no post-hoc de *Dunns*, foi verificado diferença estatisticamente significativa entre os grupos Respiratório e Neurológico (\*\*  $p= 0.0019$ ), Respiratório e Oncológico (\*\*  $p= 0.0008$ ), Respiratório e Ortopédico (\*\*\*\*  $p \leq 0.0001$ ) e Respiratório e Tegumentar (\*\*  $p= 0.0014$ ). Em contrapartida, as demais combinações testadas não tiveram diferenças estatisticamente significativas ( $p \geq 0.05$ ). Os resultados dessa análise estão demonstrados no Gráfico 6.

Gráfico 6: Avaliação das Não-conformidades Administrativas/Burocráticas por Grupo de Diagnósticos.

**Falhas administrativas e/ou burocráticas por grupo de diagnóstico.  
Ponta Grossa - PR, 2018.**



Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

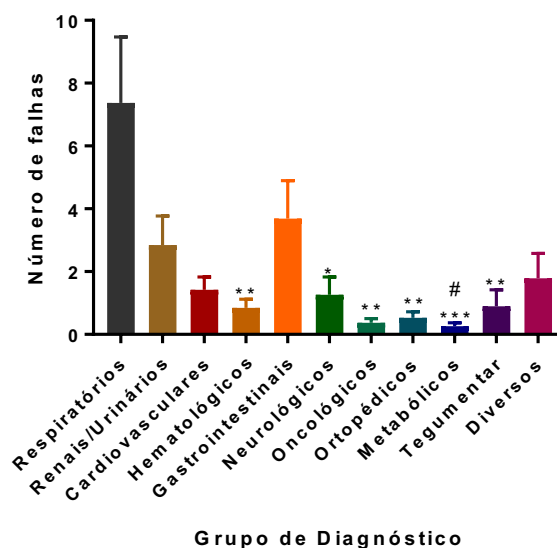
Nota: O gráfico 6 faz referência ao número de falhas (n) administrativas ou burocráticas por diagnósticos categorizados. O valor total apresentado de falhas dessa categoria é N=496. Para análise foi realizado teste de *Shapiro-Wilk*, teste de qui-quadrado [Chi Square (198.2) = 100;  $p= \leq 0.0001$ ] e teste de *Friedman* [ *Friedman Statistic* = (49.07);  $p \leq 0.0001$ ] com post-hoc de *Dunns*. Todos \*\* fazem alusão a diferença com os diagnósticos respiratórios. (Neurológico \*\*  $p= 0.0019$ ), (Oncológico \*\*  $p= 0.0008$ ), (Ortopédico \*\*\*\*  $p \leq 0.0001$ ) e (Tegumentar \*\*  $p= 0.0014$ ). Todas outras não sinalizadas não tiveram diferença estatisticamente significativa ( $p \geq 0,05$ ).

No que se refere às “Não-conformidades relacionadas à atuação multiprofissional de assistência ao cliente/paciente”, houve diferença estatisticamente significativa no teste do qui-quadrado [Chi Square (427.7) = 180;  $p= \leq 0.0001$ ]. Em relação ao teste de *Friedman*, houve diferença estatisticamente significativa [ *Friedman Statistic* = (58.72);  $p \leq 0.0001$ ]. No post-hoc de *Dunns* foi verificado

diferença estatisticamente significativa entre os grupos Respiratório e Hematológico (\*\*  $p= 0.0083$ ), Respiratório e Neurológico (\*  $p= 0.0196$ ), Respiratório e Oncológico (\*\*  $p= 0.0013$ ) Respiratório e Ortopédico (\*\*  $p \leq 0.013$ ), Respiratório e Metabólico (\*\*\*)  $p= \leq 0.0001$ ) e Respiratório e Tegumentar (\*\*  $p= 0.0020$ ). Além destas, houve diferença entre o Abdominal e Metabólico (#  $p= 0.0371$ ). Em contrapartida, as demais combinações testadas não tiveram diferenças estatisticamente significativas ( $p \geq 0.05$ ). Os resultados dessa análise estão demonstrados no Gráfico 7.

Gráfico 7: Avaliação das não-conformidades Assistenciais da Equipe Multiprofissional por Grupo de Diagnósticos.

**Falhas relacionadas a atuação da equipe Multiprofissional por diagnóstico  
Ponta Grossa-PR, 2018**



Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

Nota: O gráfico 7 faz referência ao número de falhas (n) relacionados a equipe Multiprofissional por diagnósticos categorizados. O valor total apresentado de falhas dessa categoria é  $N=606$ . Para análise foi realizado teste de *Shapiro-Wilk*, teste de qui-quadrado [Chi Square (427.7) = 180;  $p= \leq 0.0001$ ] e teste de Friedman [Friedman Statistic = (58.72);  $p \leq 0.0001$ ] com post-hoc de Dunns. Todos \* fazem alusão a diferença com os diagnósticos respiratórios e o # evidencia diferença entre o diagnóstico abdominal. Evidenciados os seguintes resultados: (Hematológico \*\*  $p= 0.0083$ ), (Neurológico \*  $p= 0.0196$ ), (Oncológico \*\*  $p= 0.0013$ ) (Ortopédico \*\*  $p \leq 0.013$ ), (Metabólico \*\*\*  $p= \leq 0.0001$ ), (Tegumentar\*\*  $p= 0.0020$ ) e (Metabólico - #  $p= 0.0371$ ). Todas outras não sinalizadas não tiveram diferença estatisticamente significativa ( $p \geq 0,05$ ).

Na categoria das “Não-conformidades Assistenciais da Equipe Multiprofissional” o item referente ao ***atraso nas avaliações de especialistas*** foi o que mais chamou a atenção; com 197 incidências e um percentual de 17,87% do total de 1102 falhas encontradas em todas as categorias. Assim sendo, é relevante

especificar estes dados, identificando quais especialidades que foram responsáveis por este atraso; conforme ilustrado no Gráfico 8.

Gráfico 8: Ocorrência de atrasos nas Avaliações de Especialistas.



Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

Diante da análise de todas as não-conformidades encontradas, foi possível, para a maioria delas, correlacioná-las à quantidade de dias de prolongamento da internação que as mesmas acarretaram. De tal forma que, após o cálculo individual de falhas e dias para cada atendimento pesquisado, foi gerado uma média destes dados para cada macro-categoria de diagnósticos; conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3: Média de Não-conformidades e Dias de Falhas por Categoria.

CATEGORIAS DIAGNÓSTICOS	ATENDIMENTOS PESQUISADOS	ATENDIMENTOS COM FALHAS	QUANTIDADE TOTAL NÃO-CONFORMIDADES	MÉDIA NÃO-CONFORMIDADES POR ATENDIMENTO	MÉDIA DIAS DE FALHAS POR ATENDIMENTO
RESPIRATÓRIOS	114	106	365	3	6
RENAIS/URINÁRIOS	30	29	124	4	7
CARDIOVASCULARES	29	24	76	3	7
HEMATOLÓGICOS	28	27	76	3	9
GASTROINTESTINAIS	45	43	171	4	7
NEUROLÓGICOS	12	12	61	5	7
ONCOLÓGICOS	6	6	23	4	7
ORTOPÉDICOS	7	6	19	3	6
METABÓLICOS	16	14	46	3	8
SISTEMA TEGUMENTAR	9	9	42	5	6
OUTROS DIVERSOS	21	19	99	5	10
<b>TOTAL</b>	<b>317</b>	<b>295</b>	<b>1102</b>	MÉDIA TOTAL: 4	MÉDIA TOTAL: 7

Fonte: Dados de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

Ainda referente ao mesmo parâmetro de análise, foi possível mensurar situações em que não foram encontradas não-conformidades nos atendimentos dos clientes/pacientes; ou seja, os prolongamentos destes internamentos estão diretamente relacionados ao estado clínico dos mesmos. Nestas situações foram identificados 22 atendimentos, correspondente à 6,94% da amostra total (n=317); onde a gravidade do caso de cada cliente/paciente, bem como com suas necessidades de tratamentos específicos no ambiente intra-hospitalar é que foram os motivos para a permanência no serviço.

### 5.3 Custos da Internação Hospitalar Prolongada e as Tabelas de Remuneração do SUS

Conforme já descrito no item Materiais e Métodos, após a auditoria das não-conformidades, associada aos dias de prolongamento da internação hospitalar que as mesmas possivelmente acarretaram, foi realizada uma correlação destas informações com os custos gerados em comparativo à remuneração das tabelas de procedimentos do SUS.

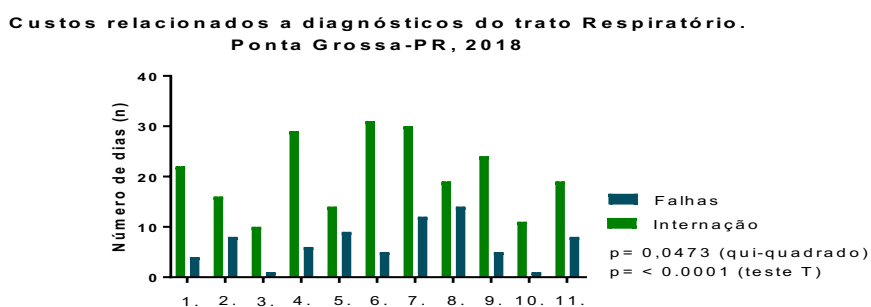
Na sequência, seguindo o padrão de organização dos dados da pesquisa, serão ilustradas estas situações através de gráficos e tabelas, organizados pelas categorias de diagnósticos.

### 5.3.1 Diagnósticos respiratórios

Foram encontrados onze procedimentos padronizados pelo SUS, nos quais todos os custos relacionados às falhas superam os valores de remuneração do SUS.

Além disso, houve diferença entre os dias de internamento e os dias de falhas ocorridas. Os dados referentes a essa análise apresentaram-se paramétricos segundo o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Em relação ao teste de qui-quadrado houve diferença significativamente estatística [Chi Square (18.48) = 10;  $p = * 0.0473$ ]. No que se refere ao teste T-student pareado houve diferença significativamente estatística entre o número de internações e o número de falhas (\*\*\*\*  $p \leq 0.0001$ ). Resultados apresentados na Figura 1.

Figura 1: Análise dos custos na categoria Diagnósticos Respiratórios.



Procedimento SUS.	CID englobado	Atendimentos	Tempo máximo de permanência	Valor serviço hospitalar SUS	Custo das falhas encontradas
1. Pneumonias ou influenza	1. J158, J159, J180, J188, J189	1. 72 2. 1	1. 4 dias 2. 4 dias	1. R\$504,07 2. R\$384,84	1. R\$ 1.383,20 2. R\$ 2.766,40
2. Fibrose cística com manifestações pulmonares	2. E840 3. J851	3. 1 4. 17 5. 1	3. 7 dias 4. 3 dias 5. 3 dias	3. R\$411,49 4. R\$453,48 5. R\$327,02	3. R\$ 345,80 4. R\$ 2.074,80 5. R\$ 3.112,20
3. Afecções necróticas e supurativas das vias aéreas inferiores	4. J46, J439, J440, J441, J 449	6. 4 7. 10 8. 1	6. 4 dias 7. 4 dias 8. 5 dias	6. R\$589,00 7. R\$451,47 8. R\$170,12	6. R\$ 1.729,00 7. R\$ 4.149,60 8. R\$ 4.841,20
4. Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	5. J631 6. I269 7. J960, R060, R092	9. 3 10. 1 11. 3	9. 6 dias 10. 2 dias 11. 2 dias	9. R\$598,53 10. R\$152,97 11. R\$352,19	9. R\$ 1.729,00 10. R\$ 345,80 11. R\$ 2.766,40
5. Doenças pulmonares devido a agentes externos	8. R074 9. J81				
6. Cardioatmia pulmonar não especificada (cor pulmonale)	10. J069				
7. Outras doenças do aparelho respiratório	11. J90, J91				
8. Complicações de procedimentos cirúrgicos ou clínicos					
9. Edema agudo de pulmão					
10. Infecções agudas das vias aéreas superiores					
11. Outras doenças da pleura					

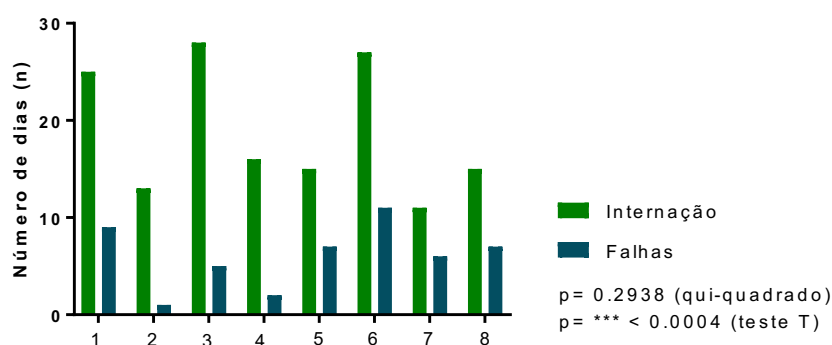
Fonte: Dados da Tabela de Procedimentos do SUS e de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

### 5.3.2 Diagnósticos renais/urinários

Foram encontrados oito procedimentos padronizados pelo SUS, nos quais todos os custos relacionados às falhas superam os valores de remuneração do SUS. Ademais, houve diferença entre os dias de internamento e os dias de ocorrência de falhas administrativas e/ou assistenciais. Os dados referentes a essa análise apresentaram-se paramétricos segundo o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Em relação ao teste de qui-quadrado não houve diferença significativamente estatística [Chi Square (8.459) = 7;  $p \geq 0.05$ ]. No que se refere ao teste T-student pareado houve diferença significativamente estatística entre o número de internações e o número de falhas (\*\*\*\*  $p \leq 0.0004$ ). Resultados apresentados na Figura 2.

Figura 2: Análise dos custos na categoria Diagnósticos Renais/Urinários.

**Custos relacionados a diagnósticos do trato Renal/Urinarío.  
Ponta Grossa-PR, 2018**



Procedimento SUS.	CID englobado	Atendimentos	Tempo Máximo de permanência pelo SUS	Valor serviço hospitalar SUS	Custo das falhas encontradas
1. Pielonefrite	1. N390	1. 8	1. 2 dias	1. R\$176,56	1. R\$ 3.112,20
2. Calculose renal	2. N200	2. 1	2. 2 dias	2. R\$149,20	2. R\$ 345,80
3. Hipertensão nefrogênica e renovascular	3. I 120	3. 1	3. 3 dias	3. R\$97,45	3. R\$ 1.729,00
4. Insuficiência renal aguda	4. N179, N19	4. 7	4. 4 dias	4. R\$201,54	4. R\$ 691,60
5. Insuficiência renal crônica	5. N180, N188	5. 2	5. 4 dias	5. R\$380,93	5. R\$ 2.420,60
6. Doenças glomerulares	6. N008,	6. 4	6. 4 dias	6. R\$278,12	6. R\$ 3.803,80
7. Outras doenças do aparelho urinário	N029, N042, N049	7. 1	7. 2 dias	7. R\$188,00	7. R\$ 2.074,80
8. Intercorrência em paciente renal crônico sob tratamento dialítico	7. R33	8. 6	8. N/A	8. R\$69,43	8. R\$ 2.420,60
	8. N189				

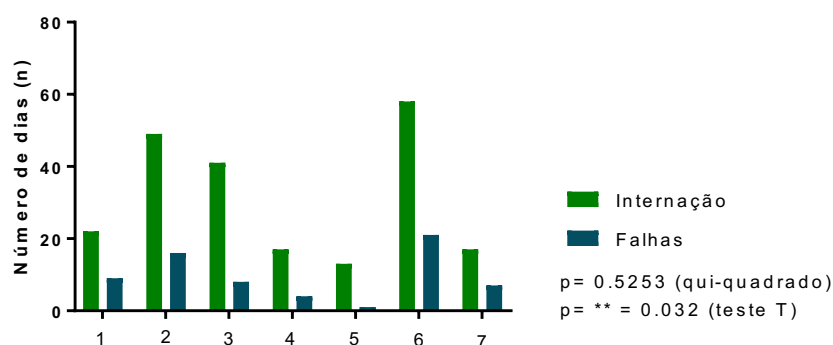
Fonte: Dados da Tabela de Procedimentos do SUS e de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

### 5.3.3 Diagnósticos cardiovasculares

Foram encontrados sete procedimentos padronizados pelo SUS, nos quais todos os custos relacionados às falhas superam os valores de remuneração do SUS. No que se refere aos dias de internamento e dias de ocorrência de falha também houve diferença significativamente estatística. Os dados referentes a essa análise apresentaram-se paramétricos segundo o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Em relação ao teste de qui-quadrado não houve diferença significativamente estatística [Chi Square (0.5253) = 6;  $p = 0.5236$ ]. No que se refere ao teste T-student pareado houve diferença significativamente estatística entre o número de internações e o número de falhas \*\*  $p = 0.0032$ ). Resultados apresentados na Figura 3.

Figura 3: Análise dos custos na categoria Diagnósticos Cardiovasculares.

**Custos relacionados a diagnósticos do trato Cardiovascular.  
Ponta Grossa-PR, 2018**



Procedimento SUS.	CID englobado	Atendimentos	Tempo máximo de permanência pelo SUS	Valor serviço hospitalar SUS	Custo das falhas encontradas
1. Arritmias	1. I48	1. 2	1. 4 dias	1. R\$163,36	1. R\$ 3.112,20
2. Choque hipovolêmico	2. R571	2. 1	2. 5 dias	2. R\$231,72	2. R\$ 5.532,80
3. Crise hipertensiva	3. I110, I130	3. 5	3. 3 dias	3. R\$147,80	3. R\$ 2.766,40
4. Edema agudo de pulmão	4. I500, I509	4. 16	4. 6 dias	4. R\$598,53	4. R\$ 1.383,20
5. Insuficiência arterial c/ isquemia crítica	5. I743	5. 1	5. 5 dias	5. R\$271,05	5. R\$ 345,80
6. Tratamento de parada cardíaca c/ ressuscitação	6. I469	6. 1	6. 5 dias	6. R\$231,72	6. R\$ 7.261,80
7. Tratamento de trombose venosa profunda	7. I809, I829	7. 3	7. 4 dias	7. R\$271,80	7. R\$ 2.420,60

Fonte: Dados da Tabela de Procedimentos do SUS e de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

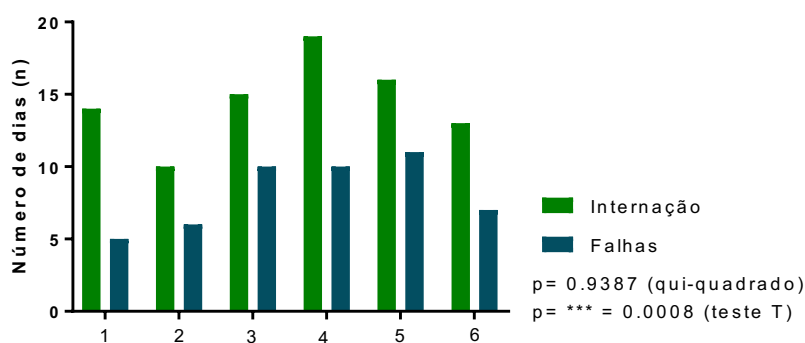


### 5.3.4 Diagnósticos hematológicos

Foram encontrados seis procedimentos padronizados pelo SUS, nos quais todos os custos relacionados às falhas superam os valores de remuneração do SUS. No que concerne ao número de dias de internamento e número de falhas, houve diferença significativamente estatística. Os dados referentes a essa análise apresentaram-se paramétricos segundo o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Em relação ao teste de qui-quadrado não houve diferença significativamente estatística [Chi Square (1.263) = 5;  $p = 0.9387$ ]. No que se refere ao teste T-student pareado houve diferença significativamente estatística entre o número de internações e o número de falhas (\*\* $p = 0.0008$ ). Resultados apresentados na Figura 4.

Figura 4: Análise dos custos na categoria Diagnósticos Hematológicos.

**Custos relacionados a diagnósticos do trato Hematológico.  
Ponta Grossa-PR, 2018**



Procedimento SUS.	CID englobado	Atendimentos	Tempo máximo de permanência no SUS	Valor serviço hospitalar SUS	Custo das falhas encontradas
1. Anemia aplástica e outras anemias	1. D62, D619, D648, D649	1. 9 2. 1	1. 6 dias 2. 4 dias	1. R\$373,76 2. R\$210,38	1. R\$ 1.729,00 2. R\$ 2.074,80
2. Anemia hemolítica	2. D599	3. 1	3. 4 dias	3. R\$200,91	3. R\$ 3.458,00
3. Anemias nutricionais	3. D509	4. 4	4. 5 dias	4. R\$169,55	4. R\$ 3.458,00
4. Defeitos da coagulação purpura e outras afecções hemorrágicas	4. D689, D693, D696, D699 5. A418, A419, C939, C945, C950, C951, D469, D471, D473	5. 12 6. 1	5. N/A 6. 2 dias	5. R\$37,78 6. R\$148,48	5. R\$ 3.803,80 6. R\$ 2.420,60
5. Intercorrências clínicas de paciente oncológico	6. R042				
6. Hemorragias das vias respiratórias					

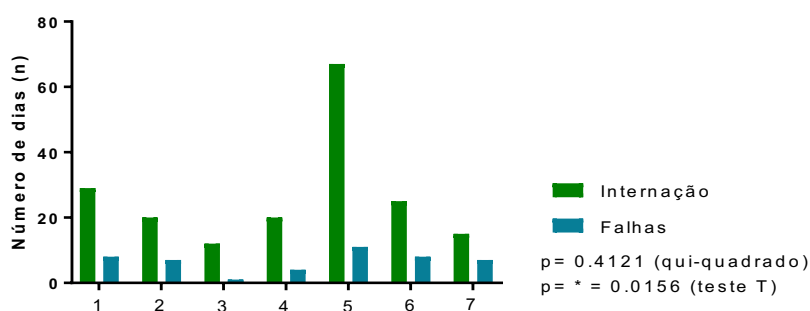
Fonte: Dados da Tabela de Procedimentos do SUS e de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

### 5.3.5 Diagnósticos gastrointestinais

Foram encontrados sete procedimentos padronizados pelo SUS, nos quais todos os custos relacionados às falhas superam os valores de remuneração do SUS. Ademais, houve diferença entre o dias de intermanento e dias de ocorrência de falhas. Os dados referentes a essa análise apresentaram-se não paramétricos segundo o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Em relação ao teste de qui-quadrado houve diferença significativamente estatística [Chi Square (6.1) = 6;  $p = * 0.4121$ ]. No que se refere ao teste *Wilcoxon* houve diferença significativamente estatística entre o número de internações e o número de falhas (\*  $p = 0.0156$ ). Resultados apresentados na Figura 5.

Figura 5: Análise dos custos na categoria Diagnósticos Gastrointestinais.

**Custos relacionados a diagnósticos do trato Gastrointestinal.  
Ponta Grossa-PR, 2018**



Procedimento SUS	CID englobado	Atendimentos	Tempo máximo de permanência no SUS	Valor serviço hospitalar SUS	Custo das falhas encontradas
1. Tratamento de doenças do esôfago, estômago e duodeno	1. I850, K297	1. 3	1. 3 dias	1. R\$159,84	1. R\$ 2.766,40
2. Tratamento de doenças do fígado	2. K703, K746, K759, K769	2. 8	2. 8 dias	2. R\$356,69	2. R\$ 2.420,60
3. Tratamento de doenças do peritônio	3. K658	3. 1	3. 4 dias	3. R\$209,39	3. R\$ 345,80
4. Tratamento de outras doenças do aparelho digestivo	4. K920, K921, K922, K929, R104, R13, R18	4. 18	4. 3 dias	4. R\$293,57	4. R\$ 1.383,20
5. Tratamento de outras doenças do intestino	5. K566, Z933	5. 2	5. 4 dias	5. R\$166,15	5. R\$ 3.803,80
6. Tratamento de transtornos das vias biliares e pâncreas	6. K819, K850, K851, K858, K859, K860, K869	6. 9	6. 5 dias	6. R\$228,43	6. R\$ 2.766,40
7. Tratamento de doenças infecciosas e intestinais	7. A 09	7. 4	7. 4 dias	7. R\$285,40	7. R\$ 2.420,60

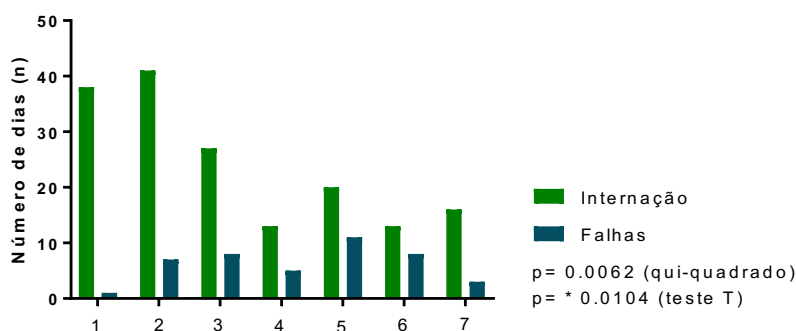
Fonte: Dados da Tabela de Procedimentos do SUS e de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

### 5.3.6 Diagnósticos neurológicos

Foram encontrados sete procedimentos padronizados pelo SUS, nos quais todos os custos relacionados às falhas superam os valores de remuneração do SUS. Em relação aos dias de internamento hospitalar e de dias de ocorrência de falhas, houve diferença significativamente estatística. Os dados referentes a essa análise apresentaram-se paramétricos segundo o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Em relação ao teste de qui-quadrado houve diferença significativamente estatística [Chi Square (18.03) = 6;  $p = ** 0.0062$ ]. No que se refere ao teste T-student pareado houve diferença significativamente estatística entre o número de internações e o número de falhas (\*  $p = 0.0104$ ). Resultados apresentados na Figura 6.

Figura 6: Análise dos custos na categoria Diagnósticos Neurológicos.

**Custos relacionados a diagnósticos Neurológicos.  
Ponta Grossa-PR, 2018**



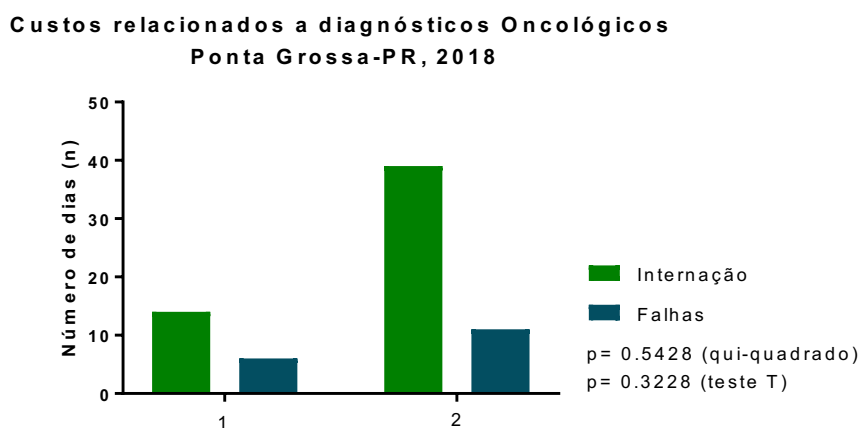
Procedimento SUS.	CID englobado	Atendimentos	Tempo máximo de permanência no SUS	Valor serviço hospitalar SUS	Custo das falhas encontradas
1. Ajuste medicamentoso de situações neurológicas agudizadas	1. G409	1. 1	1. 2 dias	1. \$253,30	1. R\$ 345,80
	2. S069	2. 1	2. 14 dias	2. R\$602,40	2. R\$ 2.420,60
	3. I64	3. 6	3. 7 dias	3. R\$398,83	3. R\$ 2.766,40
	4. M340	4. 1	4. 6 dias	4. R\$135,03	4. R\$ 1.729,00
	5. I694	5. 1	5. N/A	5. R\$37,31	5. R\$ 3.803,80
2. Tratamento conservador de traumatismo crânioencefálico grave	6. F03	6. 1	6. N/A	6. R\$49,78	6. R\$ 2.766,40
	7. G934	7. 1	7. 4 dias	7. R\$95,71	7. R\$ 1.037,40
3. Acidente vascular cerebral - avc (isquêmico ou hemorrágico agudo)					
4. Esclerose generalizada progressiva					
5. Reabilitação					
6. Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo					
7. Encefalopatia hipertensiva					

Fonte: Dados da Tabela de Procedimentos do SUS e de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

### 5.3.7 Diagnósticos oncológicos

Foram encontrados dois procedimentos padronizados pelo SUS, nos quais todos os custos relacionados às falhas superam os valores de remuneração do SUS. Em relação aos dias de internação hospitalar comparado ao número de dias decorrentes de falhas administrativas/assistenciais não houve diferença significativamente estatística. Devido ao tamanho da amostra nessa categoria não foi possível realizar o teste de normalidade, e pelo mesmo motivo, foi realizado teste exato de *Fischer's*, onde não houve diferença estatisticamente significativa ( $p=0.5428$ ). No que se refere ao teste T-student pareado não houve diferença significativamente estatística entre o número de internações e o número de falhas ( $p=0.3228$ ). Resultados apresentados na Figura 7.

Figura 7: Análise dos custos na categoria Diagnósticos Oncológicos.



Procedimento SUS	CID englobado	Atendimentos	Tempo máximo de permanência no SUS	Valor serviço hospitalar SUS	Custo das falhas encontradas
1. Intercorrências clínicas de paciente oncológico 2. Doenças dos órgãos genitais masculinos	1. C349, C61, D410 2. D075, N40	1. 4 2. 2	1. N/A 2. 3 dias	1. R\$37,78 2. R\$53,10	1. R\$ 2.074,80 2. R\$ 3.803,80

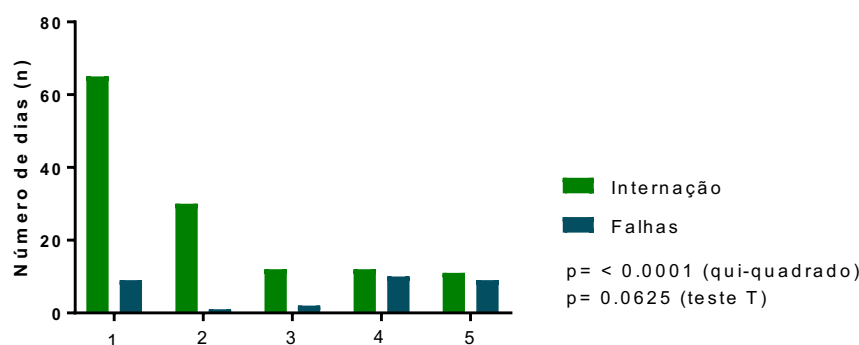
Fonte: Dados da Tabela de Procedimentos do SUS e de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

### 5.3.8 Diagnósticos ortopédicos

Foram encontrados cinco procedimentos padronizados pelo SUS, nos quais todos os custos relacionados às falhas superam os valores de remuneração do SUS. No que se refere aos dias de internamento e dias de ocorrência de falhas, foi observado que não houve diferença significativamente estatística entre esses grupos. Os dados referentes a essa análise apresentaram distribuição não paramétrica, segundo o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Em relação ao teste de qui-quadrado houve diferença significativamente estatística [Chi Square (25.98) = 4;  $p = **** \leq 0.0001$ ]. No que se refere ao teste *Wilcoxon* não houve diferença significativamente estatística entre o número de internações e o número de falhas ( $p = 0.0625$ ). Resultados apresentados na Figura 8.

Figura 8: Análise dos custos na categoria Diagnósticos Ortopédicos.

**Custos relacionados a diagnósticos Ortopédicos**  
**Ponta Grossa-PR, 2018**



Procedimento SUS	CID englobado	Atendimentos	Tempo máximo de permanência	Valor serviço hospitalar SUS	Custo das falhas encontradas
1. Complicações de procedimentos cirúrgicos ou clínicos	1. M138, M546	1. 2	1. 5 dias	1. R\$170,12	1. R\$ 3.112,20
2. Tratamento conservador de fratura em membro inferior c/ imobilização	2. S720, S723	2. 2	2. N/A	2. R\$41,93	2. R\$ 345,80
3. Tratamento conservador de fratura em membro superior c/ imobilização	3. S422	3. 1	3. N/A	3. R\$41,63	3. R\$ 691,60
4. Tratamento clínico de paciente oncológico	4. M844	4. 1	4. 4 dias	4. R\$302,30	4. R\$ 3.458,00
5. Outras doenças bacterianas	5. M869	5. 1	5. 6 dias	5. R\$793,69	5. R\$ 3.112,20

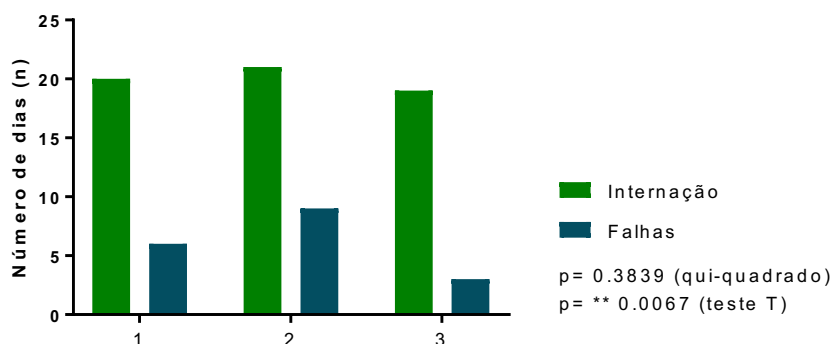
Fonte: Dados da Tabela de Procedimentos do SUS e de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

### 5.3.9 Diagnósticos metabólicos

Foram encontrados três procedimentos padronizados pelo SUS, nos quais todos os custos relacionados às falhas superam os valores de remuneração do SUS. No que se refere aos dias de internamento e dias de ocorrência de falhas, foi observado diferença estatística entre esses dois parâmetros avaliados. Os dados referentes a essa análise apresentaram-se paramétricos segundo o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Em relação ao teste de qui-quadrado não houve diferença significativamente estatística [Chi Square (1.915) = 2;  $p = 0.3839$ ]. No que se refere ao teste T-student pareado houve diferença significativamente estatística entre o número de internações e o número de falhas (\*\*  $p = 0.0067$ ). Resultados apresentados na Figura 9.

Figura 9: Análise dos custos na categoria Diagnósticos Metabólicos.

**Custos relacionados a diagnósticos Metabólicos  
Ponta Grossa-PR, 2018**



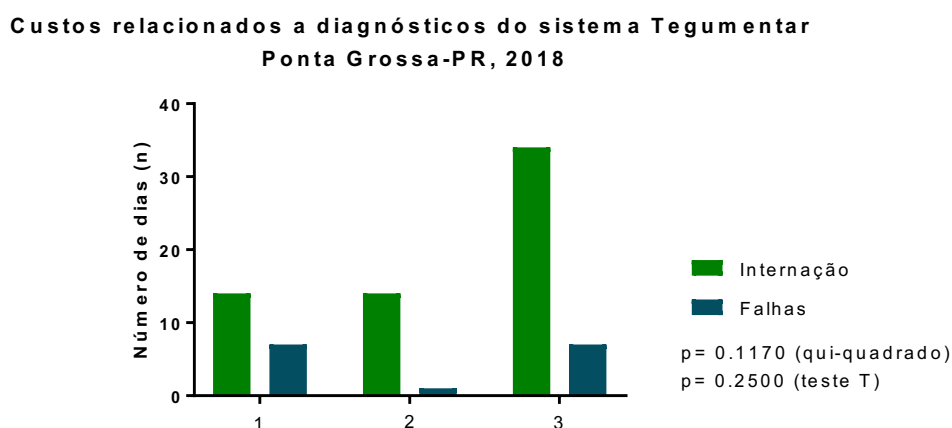
Procedimento SUS	CID englobado	Atendimentos	Tempo máximo de permanência no SUS	Valor serviço hospitalar SUS	Custo das falhas encontradas
1. Diabetes mellitus	1. E100, E102,	1. 9	1. 4 dias	1. R\$310,79	1. R\$ 2.074,80
2. Distúrbios metabólicos	E105, E108,	2. 5	2. 3 dias	2. R\$115,92	2. R\$ 3.112,20
3. Desnutrição	E111, E144, R739	3. 2	3. 6 dias	3. R\$374,26	3. R\$ 1.037,40
	2. E871, E876, R17				
	3. E440				

Fonte: Dados da Tabela de Procedimentos do SUS e de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

### 5.3.10 Diagnósticos do sistema tegumentar

Foram encontrados três procedimentos padronizados pelo SUS, nos quais todos os custos relacionados às falhas superam os valores de remuneração do SUS. Em relação aos dias de internamento e dias de ocorrência de falhas, foi verificada diferença estatisticamente significativa. Os dados referentes a essa análise apresentaram-se não paramétricos, segundo o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Em relação ao teste de qui-quadrado não houve diferença significativamente estatística [Chi Square (4.291) = 2;  $p = 0.1170$ ]. No teste de *Wilcoxon* não houve diferença significativamente estatística entre o número de internações e o número de falhas ( $p = 0.2500$ ). Resultados apresentados na Figura 10.

Figura 10: Análise dos custos na categoria Diagnósticos do Sistema Tegumentar.



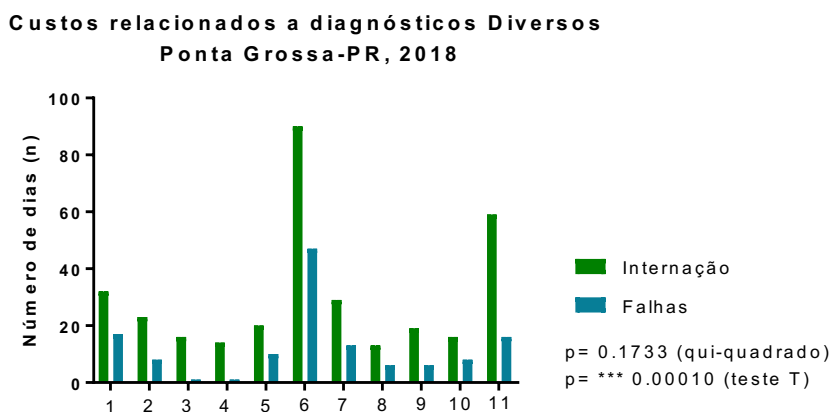
Procedimento SUS	CID englobado	Atendimentos	Tempo máximo de permanência no SUS	Valor serviço hospitalar SUS	Custo das falhas encontradas
1. Afecções bolhosas	1. L108, L128, L511	1. 3	1. 5 dias	1. R\$152,93	1. R\$ 2.420,60
2. Tratamento de estreptococcias	2. A46	2. 1	2. 4 dias	2. R\$251,66	2. R\$ 345,80
3. Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	3. L039, L089, L949, L989, M738	3. 5	3. 4 dias	3. R\$142,74	3. R\$ 2.420,60

Fonte: Dados da Tabela de Procedimentos do SUS e de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.

### 5.3.11 Diagnósticos diversos

Foram encontrados onze procedimentos padronizados pelo SUS, nos quais todos os custos relacionados às falhas superam os valores de remuneração do SUS. No que se refere aos dias de internamento e dias de ocorrência de falhas, foi encontrado diferença estatisticamente significativa. Os dados referentes a essa análise tiveram distribuição não paramétrica segundo o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*. Em relação ao teste de qui-quadrado não foi encontrado diferença significativamente estatística [Chi Square (13.99) = 10;  $p = 0.1733$ ]. No que se refere ao teste de *Wilcoxon* foi verificado diferença estatisticamente significativa entre o número de internações e o número de falhas (\*\*\*)  $p = 0.0010$ ). Resultados apresentados na Figura 11.

Figura 11: Análise dos custos na categoria Diagnósticos Diversos.



Procedimento SUS.	CID englobado	Atendimentos	Tempo máximo de permanência no SUS	Valor serviço hospitalar SUS	Custo das falhas encontradas
1. Outras doenças bacterianas	1. A499	1. 1	1. 6 dias	1. R\$793,69	1. R\$ 5.878,60
2. Hemodiafiltração contínua	2. T519	2. 1	2. N/A	2. R\$107,96	2. R\$ 2.766,40
3. Intercorrências clínicas na gravidez	3. O998	3. 1	3. 3 dias	3. R\$85,25	3. R\$ 345,80
4. Complicações de procedimentos cirúrgicos ou clínicos	4. Z540	4. 2	4. 5 dias	4. R\$170,12	4. R\$ 345,80
5. Pulsoterapia (por aplicação)	5. M321, M329	5. 3	5. N/A	5. R\$57,75	5. R\$ 3.458,00
6. Efeitos de outras causas externas	6. W549	6. 1	6. 4 dias	6. R\$127,89	6. R\$ 16.252,60
7. Intercorrências de doenças neuromusculares	7. M797	7. 1	7. 6 dias	7. R\$177,14	7. R\$ 4.495,40
8. Outras vasculopatias	8. M313	8. 3	8. 4 dias	8. R\$177,45	8. R\$ 2.074,80
9. Defeitos da coagulação purpura e outras afecções hemorrágicas	9. Z012	9. 1	9. 5 dias	9. R\$169,55	9. R\$ 2.074,80
10. Reabilitação	10. R520, R521, Z000	10. 6	10. N/A	10. R\$37,31	10. R\$ 2.766,40
11. Outras doenças do aparelho respiratório	11. R418	11. 1	11. 4 dias	11. R\$451,47	11. R\$ 5.532,80

Fonte: Dados da Tabela de Procedimentos do SUS e de prontuários hospitalares coletados e contabilizados pela autora.



## 6 DISCUSSÃO

A presente pesquisa evidenciou que em situações de tempo de permanência de hospitalização prolongada, o perfil de clientes/pacientes do sexo masculino prevalece; mesmo com uma diferença percentual mínima (sexo masculino= 52,68% e sexo feminino= 47,31%). A mesma situação já foi comprovada em estudo realizado por Rufino et al. (2012), onde os homens apresentaram média de tempo de internação de 21,9 dias em comparação a 19,7 dias para as mulheres; também com uma diferença significativamente pequena. Situação esta que nos levar a refletir que a probabilidade para o ocorrido pode estar relacionada ao fato de que, em outras pesquisas, já foi evidenciado que os homens têm uma menor adesão a todo e qualquer tipo de terapêutica; o quê pode gerar uma manutenção da saúde de menor qualidade e, conseqüentemente, acarretar maior necessidade de cuidados de saúde especializados (KERNKAMP et al., 2016).

A análise da procedência dos clientes/pacientes com internação hospitalar prolongada, onde 64,03% dos clientes/pacientes eram oriundos do município onde se situa a instituição hospitalar - Ponta Grossa – PR -, e 35,96% vinham de cidades da região; levam à conclusão de que o acesso ao serviço hospitalar realmente é mais fácil e prático para clientes/pacientes da mesma cidade. Clientes/pacientes de cidades vizinhas encontram, na maioria das vezes, dificuldades de transporte até a instituição hospitalar; dependendo quase sempre dos transportes especializados dos municípios, o quê dificulta e atrasa os seus atendimentos à instituição hospitalar especializada e de referência.

Com relação ao perfil de idade dos clientes/pacientes pesquisados, evidenciou-se que os idosos prevaleceram com internações de longa permanência; perfazendo um total de 61,81% com idade superior a 60 anos. De acordo com Silveira et. al (2013) a população idosa no Brasil, entre 2002 e 2011, foi responsável por 27,85% das internações hospitalares e 36,47% dos recursos pagos por elas. Reconhecidamente, o envelhecimento populacional está relacionado com o aumento de doenças crônicas não-transmissíveis, gerando maior demanda não só nas internações hospitalares, como nos tratamentos medicamentosos e reabilitação (KERNKAMP et al., 2016).

Ainda relacionado ao fator idade, Costa et al. (2015) afirmam que a população idosa no Brasil demanda uma maior quantidade de serviços médicos nos hospitais

devido à longevidade associada às comorbidades e à fragilização que ocorre durante o processo de envelhecimento.

Outras informações relevantes relacionadas às pessoas idosas foram relatadas por Medeiros, Lopes e Jorge (2009), quando afirmam que a pele da pessoa idosa torna-se mais seca, apresentando uma redução da elasticidade e do colágeno; bem como a percepção sensorial e a capacidade de sentir a pressão exercida sobre as proeminências ósseas são alteradas, podendo ocasionar a ocorrência de lesões por pressão. E neste estudo, foi possível observar que a grande maioria dos clientes/pacientes acamados já internaram ou desenvolveram lesão por pressão no decorrer do internamento. Esta situação gera a análise sobre o quanto uma comorbidade como esta pode aumentar ainda mais o custo e o tempo de internação deste perfil de clientes/pacientes.

Fatos como os citados anteriormente, chamam a atenção para a vulnerabilidade da população idosa e a necessidade de o SUS monitorar a qualidade da assistência hospitalar prestada ao idoso. Desta forma, investir em prevenção é a melhor alternativa para o poder público na área da saúde de um modo geral, principalmente no que diz respeito à Saúde do Idoso (GUERRA; GIATTI; LIMA-COSTA, 2004).

O tempo de permanência dos clientes/pacientes pesquisados foi mais prevalente no período compreendido entre 10 e 20 dias, representando 64,35% da amostra do estudo. Fato que nos leva a refletir que esta situação foi similar à média nacional, onde, de acordo com os dados do Sistema de Informações Hospitalares – DATASUS (2018), a média do tempo de internação nos setores de clínicas médicas, em hospitais públicos, de média e alta complexidade, é de 9,3 dias.

Referente à esta temática é importante ressaltar também que os procedimentos do SUS que englobaram os CID`s dos clientes/pacientes pesquisados, tiveram uma média de tempo máximo de permanência, padronizados na Tabela de Procedimentos do SUS (2019), de 7 dias; ou seja, a amostra do estudo, na sua totalidade, mesmo não ultrapassando 20 dias de internação, ultrapassaram os tempos de permanência estabelecidos pelo SUS.

O período do ano em que houve uma quantidade maior de internamentos prolongados, dentro da população estudada, teve uma grande variação; sendo os meses mais incidentes: Setembro de 2015, com 13 internações prolongadas; Junho

de 2016, também com 13 internações; Março de 2017, com 13 incidências; e Abril de 2018, com 14 internamentos prolongados.

A situação anteriormente citada nos leva à conclusão de que não houve nenhuma relação do período prolongado de internações com a questão da sazonalidade; ou seja, não houve um determinado mês ou estação do ano em que foi mais incidente a internação prolongada, não sendo possível fazer qualquer associação à questões climáticas. Diferente do que pôde ser observado no estudo de Mathias e Soboll (1996), onde concluíram em sua pesquisa que o tempo de permanência hospitalar ou a duração da internação estão relacionados a fatores socioeconômicos, como escolaridade e renda familiar; e à sazonalidade, onde o período de inverno foi o mais propenso aos internamentos, principalmente relacionado à problemas respiratórios.

Em se tratando de problemas respiratórios, na presente pesquisa, foram estes os diagnósticos mais incidentes em clientes/pacientes com período de internação prolongado; perfazendo 35,96% da amostra. Seguidos da categoria de diagnósticos gastrointestinais (14,19%), renais/urinários (9,46%) e cardiovasculares (9,14%). As demais categorias de diagnósticos fecharam em menos de 9% por categoria; onde a categoria de diagnósticos oncológicos foi a menos incidente, com 1,89% da amostra.

Situação próxima a estes dados foi constatada por Silveira et al. (2013) que relataram que entre 2002 e 2011 as doenças dos aparelhos respiratório e circulatório foram responsáveis pelas maiores taxas de internação para homens (29,85% e 45,01%) e para mulheres (22,80% e 37,92%, respectivamente); além de representarem os maiores índices de custo em reais por pessoa.

Martin et al. (2006), em uma pesquisa sobre morbidade, tempo e custos de internações para a população idosa em Londrina – PR, evidenciaram que a pneumonia foi a principal causa em número de internações e em dias de permanência no hospital e a quarta em termos de custos pagos pelo SUS. Esta informação vai bem de encontro com os dados da presente pesquisa, onde a maioria dos internamentos respiratórios foi referente aos diagnósticos de broncopneumonias e pneumonias, representando 63,15% do total de diagnósticos respiratórios identificados.

A auditoria dos prontuários com diagnósticos respiratórios permitiu chegar à conclusão de que a alta incidência de número de internações neste grupo se deve principalmente ao fato de que grande parcela destes clientes/pacientes faziam uso de nutrição enteral através de sondas, e apresentaram dificuldades em realizar os

cuidados necessários para tal terapêutica em seus domicílios; principalmente no tocante à manutenção da cabeceira do leito elevada durante a administração da dieta, gerando um alto índice de broncoaspirações em decorrência à isto e, conseqüentemente, de reinternações. Já em relação ao tempo de permanência hospitalar prolongado, foi observado a existência de uma relação direta com o uso e a dependência da oxigenoterapia e a demora/dificuldade em conseguir oxigênio domiciliar para proceder à alta hospitalar.

Em contrapartida, dados obtidos da Secretaria de Saúde do Paraná, em 2004, evidenciaram que em relação às internações hospitalares causadas por doenças e agravos não-transmissíveis, as doenças respiratórias foram correspondentes à somente 4,3% das despesas hospitalares (SOTO et al., 2015).

Soto et al. (2015) ainda destacam um estudo na cidade de Maringá – PR, sobre a morbidade e os custos hospitalares do SUS com doenças crônicas, onde as doenças cardiovasculares foram responsáveis pelo gasto médio mais alto e o maior número de internações hospitalares. Também constataram que as neoplasias, apesar de revelarem gasto médio inferior ao de doenças respiratórias, por conta do maior número de internações hospitalares representaram valor total superior.

Diferente do exposto anteriormente, neste estudo os clientes/pacientes com diagnósticos cardiovasculares ocuparam a quarta categoria (9,14%) em quantidade de atendimentos pesquisados e os diagnósticos oncológicos foram a categoria de diagnósticos com menor incidência (1,89%). Isto provavelmente se deve ao fato de que a instituição hospitalar pesquisada não conta com os serviços de hemodinâmica e de quimioterapia; sendo então encaminhados os clientes/pacientes que necessitam destas especialidades para os serviços de referência na cidade.

Situação semelhante foi evidenciada na categoria de diagnósticos hematológicos; a qual ocupou o quinto lugar (8,83%) em número de internações hospitalares prolongadas, na unidade pesquisada, devido ao fato dos clientes/pacientes com estes diagnósticos permanecerem por muito tempo aguardando transferência para serviços de referência fora do município pesquisado; visto que esta especialidade não tem atendimento de referência SUS na cidade.

Nesta mesma linha, outro estudo analisou o perfil das morbidades hospitalares nas Regionais de Saúde do Paraná, entre 2008 e 2011, concluindo que as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, na faixa etária de 60 anos ou mais, foram responsáveis por 4,1% das internações do SUS (CASTRO et al., 2013). Estas

informações estão em consonância com os dados obtidos na presente pesquisa, onde 5,04% dos atendimentos pesquisados referiam-se a clientes/pacientes com diagnósticos metabólicos, e sua grande maioria enquadrava-se na faixa etária acima dos 60 anos de idade também. Isto nos leva a refletir que a adesão ao tratamento por parte dos idosos, principalmente quando se trata de diabetes *mellitus* e controle de hábitos alimentares, é deficiente, gerando descompensação do quadro e necessidade de internações hospitalares.

Estima-se que clientes/pacientes diabéticos com duas ou mais admissões hospitalares passam sete vezes mais tempo internados que aqueles que tiveram apenas uma admissão hospitalar. Esta se torna mais uma evidência em comum e justificável para os resultados desta pesquisa no tocante aos distúrbios metabólicos (BO S et al., 2004).

Os clientes/pacientes com diagnósticos ortopédicos e tempo de internação prolongada auditados neste estudo ficaram em torno de 2,20% de incidências, porém com tempo de internação extremamente prolongado; em um dos casos chegando a 117 dias de internamento, relacionado ao desenvolvimento de osteomielite. Rufino et al. (2012) já afirmavam que a ocorrência de infecção hospitalar determina um aumento no tempo de internação, no tempo de afastamento do trabalho, nos custos das internações e nos índices de mortalidade; fato que também vai de encontro com a situação a pouco citada e evidenciada no presente estudo.

Conforme já citado no início desta discussão, a maior parcela de clientes/pacientes pesquisados enquadram-se na faixa etária acima dos 60 anos de idade; categoria esta que torna a pele dos indivíduos mais sensíveis e propensas ao desenvolvimento de lesões por pressão e demais lesões de pele. Desta forma, evidenciou-se que 2,83% da população pesquisada apresentavam problemas relacionados ao tecido tegumentar e, conseqüentemente, associados à questão das alterações fisiológicas da idade.

Outro estudo realizado também no Paraná, por Castro et al. (2013), revelou que as doenças do sistema nervoso representam apenas 1,8% das 773.483 internações hospitalares entre 2008 e 2011. Este fato se explica pela questão que a maioria dos internamentos neurológicos está relacionado ao desenvolvimento de acidente vascular encefálico (AVE) e/ou em decorrência de traumatismo crânio encefálico (TCE); os quais acarretam aos clientes/pacientes inúmeras sequelas, necessitando de cuidados de reabilitação e aumentando o tempo de permanência

hospitalar, com diminuição da incidência de internamentos por estas causas, devido ao menor giro de leitos. E foi exatamente isto que foi evidenciado nesta pesquisa; 3,78% dos atendimentos pesquisados eram relacionados aos problemas neurológicos, com necessidade de processo de reabilitação, o qual demanda atendimento especializado e tempo, na maioria dos casos.

A categoria de diagnósticos renais/urinários ficou em 9,46% do total da amostra pesquisada, comprovando que estas patologias prolongam o tempo de internação hospitalar em decorrência da necessidade de realização de terapia renal substitutiva, na maioria das situações.

Os diagnósticos gastrointestinais ocuparam a segunda categoria (14,19%) de maior incidência nos internamentos hospitalares prolongados; porém não foram encontradas evidências e correlações com estes dados nas bibliografias estudadas.

A categoria que ficou classificada como diagnósticos diversos englobou principalmente doenças autoimunes, dentre elas, o lúpus eritematoso sistêmico (LES); situações nas quais houveram a necessidade de tratamento com corticoides, que podem ter prolongado o internamento, fazendo esta categoria ter uma incidência de 6,62%.

A auditoria retrospectiva dos prontuários possibilitou o achado de não-conformidades que, na grande maioria dos casos, tiveram correlação com o tempo de permanência hospitalar prolongado. Conforme já citado nos resultados, estes achados foram classificados em duas categorias: as não-conformidades relacionadas à situações administrativas/burocráticas, com 496 ocorrências de falhas; e não-conformidades relacionadas à atuação assistencial da equipe multiprofissional de saúde, com 606 evidências de falhas.

Na categoria de não-conformidades administrativas/burocráticas, as maiores incidências foram em relação à realização de exames de imagem e diagnóstico; onde em primeiro lugar ficou a " Demora de mais de 24h no agendamento/realização de exames de Imagem (Ultrassons, Tomografias e Ressonâncias)" (29,83%), e em segundo lugar o "Laudo de exame de imagem não liberado no mesmo dia de sua realização "(17,33%); com evidências também em relação à "Demora de mais de 24h no agendamento de exames de Gastroenterologia (Endoscopias e Colonoscopias)" (5,24%) e "Demora excessiva, superior ao tempo padrão estimado para cada exame laboratorial, na liberação dos laudos " (1,61%). Desta forma, fica evidente a necessidade de se rever o fluxograma de atendimento dos departamentos de imagem

e diagnóstico e laboratório, a fim de beneficiar o cliente/paciente e agilizar condutas médicas.

Os profissionais que gerenciam as unidades hospitalares devem desenvolver conhecimento que os auxilie nas tomadas de decisão e alocação de recursos, pois estes são geradores de custos dentro das organizações. Em qualquer que seja a situação, dentro de um hospital, é sempre possível conter custos e melhorar a qualidade da assistência; principalmente por meio da revisão de normas, rotinas e procedimentos, buscando a atualização dos mesmos e a adequação dentro do processo de trabalho. Esta citação tem correlação tanto com as não-conformidades de processos do departamento de imagem e diagnóstico citadas anteriormente; bem como com as categorias sequenciais em número de incidências (SCHUTZ; SIQUEIRA, 2011).

Dentro desta análise, as próximas categorias estão relacionadas à "Permanência no PA, por mais de 24h, por falta de vagas nas alas/UTI "(15,52%), "Demora de mais de 24h no agendamento de cirurgias/procedimentos" (8,87%) e "Alta da UTI adiada devido à falta de vagas nas alas por mais de 24h" (7,25%). Novamente vem à tona problemas de falhas nos processos e fluxogramas de atendimentos na instituição. Estas situações podem ser mensuradas através da prática rotineira da auditoria; a qual é um exame sistemático e oficial do registro, do processo, da estrutura, do ambiente ou da contabilidade para avaliar o desempenho, que pode ser utilizada como ferramenta importante para análise da qualidade e custos; bem como, reformulação de processos (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Não distante do já comentado anteriormente, e provavelmente em decorrência também de falta de organização, planejamento e recursos, encaixa-se a categoria relacionada à "Falta de MAT/MED no hospital, que prejudicaram a terapêutica adotada (medicamentos, materiais para cirurgias, para HGT e para coleta de exames laboratoriais)" (3,83%). Diante disto, é extremamente cabível a análise de que na ótica das instituições públicas de saúde, o recurso financeiro que se demanda para uma atividade dispendiosa e desnecessária - como em muitas não-conformidades encontradas na presente pesquisa - poderá fazer falta para gastos realmente essenciais - como os materiais e medicamentos (JORGE; KOIZUMI, 2004).

Ainda relacionado às não-conformidades administrativas/burocráticas, foram encontradas falhas oriundas de causas sociais e de gestão de saúde coletiva, mas que influenciaram diretamente no processo de prolongamento da internação

hospitalar. São elas: "Aguardando vagas em serviços especializados, via Central de Leitos, por mais de 24h" (4,23%), "Aguardando O2 domiciliar por mais de 48h" (3,25%), "Permanência no hospital, por mais de 24h, mesmo após a alta, por problemas sociais e/ou de transporte"(2,84%), e "Aguardando atendimentos de serviços especializados municipais (SAE/CTA) por mais de 24h "(0,20%).

Estas situações anteriormente citadas nos fazem refletir sobre as deficiências do SUS. Embora a ideia de garantir livre acesso à saúde ter sido inicialmente um grande sucesso, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988, não demorou muito até que o programa de saúde pública revelasse algumas falhas e se mostrasse insustentável, diante da dimensão da população brasileira. Daí se justificam as incidências das não-conformidades relacionadas à gestão da saúde coletiva (BAHIA, 2018).

Na macro-categoria de "não-conformidades assistenciais da equipe multiprofissional" é interessante realizar uma análise partindo da divisão das falhas relacionadas e agrupadas referentes à cada categoria profissional. Pois, de acordo com Aleluia et al. (2017), cerca de 90% das anomalias encontradas durante o processo de auditoria estão relacionadas com processos e métodos, falta de treinamento e falha humana, principalmente.

Na categoria profissional da enfermagem foram evidenciadas as seguintes não-conformidades: "Falta de realização de cuidados básicos/rotineiros da enfermagem (mensuração de débitos, mudanças de decúbito, cumprimento de prescrições médicas)" (5,61%), "Faltando evolução diária do enfermeiro" (3,46%), "Não execução de cuidados de enfermagem solicitados pelo médico (passagens de sondas, punções venosas, realizações de curativos)" (2,14%), " Atraso de mais de 24h na coleta de material laboratorial (escarro, urina) pela enfermagem" (1,65%), "Atraso de mais de 24h nas condutas por dificuldades técnicas da enfermagem (passagens de sondas e punções venosas)" (0,33%).

Vieira e Sanna (2013) relataram que um bom serviço de enfermagem dispensava a necessidade de anotação de enfermagem; no entanto, era impossível realizar anotações consistentes, se uma boa assistência não tivesse sido prestada. Desta forma, o prontuário é considerado um espelho da assistência prestada ao cliente/paciente; se o registro de enfermagem estiver completo, presume-se que está acontecendo uma assistência de qualidade; já se ele está incompleto, ou não está sendo realizado, isto leva à conclusão de que a assistência de enfermagem está



deixando a desejar. Desta forma, é preocupante pensar que a falta de registros do enfermeiro no prontuário ocupou a segunda categoria de falhas na enfermagem, até mesmo em situações de assistência na UTI. Daí a necessidade urgente de capacitações e padronizações no tocante aos registros no prontuário. Principalmente pela questão, que será exposta no decorrer do trabalho, de que houveram falhas nos registros nos prontuários pela grande maioria da equipe multiprofissional.

A evidência da não conformidade de falta de realização de cuidados básicos/rotineiros da enfermagem também é alarmante; principalmente se partirmos da análise já realizada anteriormente sobre o desenvolvimento de lesões por pressão (LPP) nos idosos, que são a maioria pesquisada neste estudo. É de conhecimento de toda a equipe de saúde, que uma das formas de se prevenir o aparecimento de lesão por pressão é através de cuidados rotineiros de conforto; tais como: mudanças de decúbito a cada 2 horas, hidratação da pele, uso de colchão pneumático, entre outros (COSTA et al., 2015). Estes cuidados são exclusivos da enfermagem; fato que leva à reflexão de que se não foram realizados, contribuíram não só para o desenvolvimento de lesões por pressão, como para o aumento do tempo de permanência hospitalar e dos custos com a mesma.

Já na categoria profissional médica, as não-conformidades encontradas foram: "Demora de mais de 24h na definição de condutas médicas da residência em acordo com a preceptoria" (6,63%), "Faltando evolução diária do médico" (6,27%), "Faltando descrições de procedimentos médicos" (1,81%), "Procedimentos médicos mal sucedidos (punção acesso venoso central, drenagem torácica)" (1,15%), "Erros de prescrição médica, que prejudicaram a execução adequada da terapêutica adotada" (0,99%), "Atraso de mais de 24h na definição de conduta de alta após término de antibioticoterapia/terapêutica" (0,16%), " Faltando prescrição médica diária" (0,16%).

A questão dos registros no prontuário, conforme já enfatizada anteriormente, novamente é evidente; e no caso da equipe médica, não relacionado somente à falta das evoluções diárias, e sim referente também a não realização das descrições de procedimentos realizados e de prescrições médicas. Esta situação não só envolve uma questão de análise da qualidade do serviço prestado, como também pode ser um motivo para realização de glosas externas e conseqüentemente diminuição da receita do faturamento hospitalar. Ferreira et al. (2009) definem as glosas como o cancelamento parcial ou total dos recursos financeiros para determinado procedimento, por serem considerados indevidos; correlacionando-as principalmente

com o fato da geração de dúvidas aos auditores externos pela falta de registros comprobatórios suficientes nos prontuários dos clientes/pacientes.

As não-conformidades médicas relacionadas à questões de demora nas definições de condutas, procedimentos mal sucedidos e erros nas prescrições, provavelmente têm forte ligação ao fato da instituição pesquisada ser um hospital universitário e ter a assistência prestada por muitos acadêmicos e residentes. É justificável e aceitável que para qualquer tomada de decisão, o professor e/ou preceptor de residência devam estar cientes e de acordo com a situação; fato este que justifica a demora em algumas condutas pelo fato de nem sempre o professor e/ou preceptor estarem presentes a todo momento.

Diante disto, é extremamente importante a consciência e responsabilidades dos profissionais formadores de outros futuros colegas de profissão na área da saúde. Vasconcelos, Lopes e Pinto (2018) relacionam esta situação com o SUS também quando enfatizam que estes profissionais formadores de novos profissionais, nos hospitais universitários, têm um papel de destaque nas possibilidades de transformação do SUS, visto que são os principais sujeitos de produção de conhecimento; podendo aprimorar o sendo crítico e de responsabilidade dos aprendizes frente à realidade da saúde pública no SUS.

Existiram também falhas em comum à diversas categorias profissionais da equipe multiprofissional de saúde; são elas: "Procedimentos/exames suspensos por falta de orientação de preparo (jejum) ao cliente/paciente" (0,82%), "Exames de Imagem mal sucedidos por preparo incorreto" (0,99%), "Ausência/demora, por mais de 24h, de familiares para autorização de condutas/procedimentos" (1,32%), "Evoluções da equipe multiprofissional equivocadas nos prontuários" (4,45%), "Ocorrência de eventos adversos (flebite, lesão por pressão, perdas de sondas)" (5,28%), "Sem registro/laudo comprovando a realização do exame/procedimento" (9,57%), "Falta de registros de avaliações de especialistas nos prontuários" (14,68%), e "Atraso de mais de 24h nas avaliações de especialistas" (32,53%).

Novamente a questão de registros nos prontuários é evidenciada; "evoluções equivocadas" trazem a reflexão de que a questão de falhas nos registros não está relacionada somente à falta de conhecimento da importância dos mesmos ou do hábito de realizá-los diariamente; mas também à questão da falta de atenção e/ou de tempo para a realização dos mesmos, adequadamente, dentro do turbulento ambiente hospitalar. Neste caso, não só capacitações sobre o assunto são necessárias, mas

também a adequação e humanização do espaço e da equipe, proporcionado condições de trabalho mais adequadas a todos.

Todas as demais situações elencadas na categoria em comum à equipe multiprofissional, como falhas na realização de exames, falha na abordagem aos familiares, e atraso ou não realização/não comprovação das avaliações de especialistas, culminam na mesma probabilidade de causa: a falha na comunicação entre a equipe multiprofissional; ou seja, a falta de atuação interdisciplinar dentro do ambiente hospitalar.

Principalmente diante da situação de não ser evidenciado o trabalho em equipe, para alcançar o sucesso de uma prática terapêutica, é necessário lançar mão de saberes e fazeres não disciplinarizados em cada categoria profissional, mas configurados em domínios de saber de outras profissões da saúde, assim como de saberes interdisciplinares de outros campos da ciência e populares (CECCIM, 2018). Amorim e Gattás (2007) sugerem que para alcançar esta meta da interdisciplinaridade, a prática assistencial deve ter como base a autêntica vontade de colaboração, de cooperação, de diálogo e de abertura ao outro.

Estudos de avaliação de resultados antes e depois de treinamentos multiprofissionais para atuação interdisciplinar revelaram melhora na qualidade da atenção, em relação à mudança de atitudes, preocupação com as bases teóricas e práticas da intervenção e resultados mensurados com base nas competências profissionais (CECCIM, 2018).

Outro ponto importante dos resultados deste estudo, relacionado ao atraso nas avaliações dos especialistas, é que, diferente da maioria dos especialistas que trabalham em regime de escala de plantão à distância, algumas situações tiveram relação com o atraso da avaliação de especialistas que são funcionários da instituição (serviço social, psicologia, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia); ou seja, cumprem carga horária diária de trabalho dentro do hospital. Este fato reforça a falha na comunicação interna da equipe multiprofissional e traz à tona uma falha de processos internos, os quais devem ser revistos.

É importante destacar que a mensuração das não-conformidades traduzidas em dias de falha, comparado às médias de dias de permanência hospitalar dos atendimentos pesquisados, não demonstrou diferença significativamente estatística nas categorias de diagnósticos oncológicos e neurológicos. Ou seja, o número de dias de falhas mensuradas para estas categorias de diagnósticos foi quase igual ao

número de dias de internamento. Vale ressaltar ainda que algumas não-conformidades evidenciadas não foram associadas a dias de falhas porque não necessariamente tiveram influência no prolongamento da internação (estas falhas estão sinalizadas nas tabelas no capítulo de Resultados com um [\*] ao lado da categoria). Isto deve servir então como um alerta não só em termos da qualidade da assistência prestada, como também na geração de custos para o hospital.

A última análise do estudo diz respeito justamente à questão da relação dos custos das internações hospitalares prolongadas com as não-conformidades detectadas através da prática da auditoria, tomando por base as tabelas de remuneração do SUS. Partindo deste pressuposto, os resultados financeiros apresentados no trabalho nos levam à conclusão de que todos os custos com falhas/não-conformidades, em todas as categorias de diagnósticos, foram superiores aos valores de remuneração do SUS; isto que foi tomado por base somente o custo da diária do SUS para cálculo das falhas, e somente o valor de remuneração do procedimento principal para o comparativo da receita do SUS.

Esta situação se torna ainda mais crítica quando se ressalta a questão da defasagem dos valores da Tabela de Remuneração do SUS, onde alguns procedimentos padronizados não são atualizados há mais de 10 anos. Sem contar que existem muitos diagnósticos médicos que não se enquadram em nenhum dos procedimentos, conforme a padronização da tabela; e daí, por consequência, os procedimentos são cobrados de acordo com aquilo que mais se aproxima do diagnóstico médico; fato este que pode comprometer o faturamento hospitalar em virtude do risco de glosas por parte do poder público.

A realidade anteriormente citada somada à análise do estudo de Bahia (2018), onde relata que, em 2015, o setor público foi responsável por 43% das internações hospitalares no Brasil e recebeu, em termos de repasses governamentais, apenas 37%; só reforça ainda mais a questão da remuneração insuficiente por parte do SUS.

Um rigoroso controle dos custos hospitalares é de extrema importância; a apuração de custos em hospitais é uma tarefa difícil e abrangente levando em conta a diversidade dos serviços prestados; e nos hospitais universitários a complexidade é mais notória ainda pela responsabilidade na formação de futuros profissionais da saúde (OLIVEIRA, 2017).

Inúmeros estudos têm sido realizados nesta área de análise de custos e associação com os valores de remuneração do SUS. Dentre eles:

- estudo de Botelho (2006): foram apurados os custos de procedimentos hospitalares em um hospital universitário em Minas Gerais, onde o autor concluiu que o repasse do SUS paga apenas 48,50% dos custos de um parto normal, e que a maioria das clínicas do hospital pesquisado apresenta prejuízos nessa relação;
- pesquisa de Raimundini et al. (2006): estudo de custos relacionados ao parto normal e parto cesárea, realizado em dois hospitais universitários, um no Paraná e outro em Minas Gerais; onde os autores concluíram que os valores repassados pelo SUS, aos dois hospitais analisados, superam os custos incorridos;
- trabalho de Souza et al (2013): pesquisa referente aos custos de procedimentos da urologia em um hospital em Minas Gerais, onde os autores concluíram que o valor repassado pelo SUS é insuficiente para cobrir os custos de todos os procedimentos analisados, destacando-se uma diferença significativa entre tais valores.
- estudo de Kos et al. (2015): foram analisados os custos de 20 procedimentos de maior frequência em um hospital beneficente na região centro-oeste do Paraná; onde chegou-se à conclusão de que em 90% dos procedimentos analisados, os valores de repasse do SUS são superiores aos custos estimados médios para estes procedimentos.

Diante de tais situações, e em comparação à presente pesquisa, nota-se uma mínima diferença de resultados para mais, no tocante à questão de que os repasses do SUS não cobrem os custos dos hospitais. Porém, perante à um certo equilíbrio de resultados nas pesquisas já realizadas na área, é de extrema valia a realização de análise mais minuciosa dos custos gerados dentro das instituições hospitalares que atendem ao SUS.

## 7 CONCLUSÃO

A realização da presente pesquisa, utilizando-se da ferramenta da auditoria, associando vertentes contábeis e de qualidade, possibilitou acesso a inúmeras informações, as quais proporcionaram diferentes parâmetros de análises, gerando algumas conclusões.

A primeira delas é em relação as principais características no perfil de clientes/pacientes com tempo de internação hospitalar prolongada, as quais estavam relacionadas à idade superior a 60 anos e à história clínica de problemas no trato respiratório. Esta conclusão leva à reflexão de que nos dias atuais, onde a grande maioria da nossa população encontra-se dentro da faixa etária de idosos, e que este perfil de clientes/pacientes, ainda com problemas respiratórios associados, requer necessariamente serviços de média e alta complexidade em ambiente hospitalar, os quais são de alto custo e ainda com características de longas e sucessivas internações; é de extrema urgência a necessidade de investimento do poder público na atenção primária, com ênfase na prevenção nesta faixa etária da população.

Em se tratando de qualidade, o presente estudo mostrou que um dos principais problemas geradores de não-conformidades profissionais e até mesmo das não-conformidades administrativas/burocráticas foi a falha na comunicação interprofissional e até intersetorial. O quê torna evidente a necessidade de padronizações de fluxos e processos, principalmente através da atuação interdisciplinar.

Outra conclusão que a auditoria contábil nos permitiu foi reforçar ainda mais a informação, que já é de conhecimento dos departamentos financeiro e de faturamento da grande maioria das instituições hospitalares, de que as tabelas de remuneração do SUS estão desatualizadas de tal forma, que somente em raríssimas exceções conseguem cobrir os custos dos hospitais com os internamentos.

Nesse sentido, vem à tona a questão de que hospitais universitários são ainda mais geradores de custos, em virtude da atividade acadêmica em massa; e que muitos destes futuros profissionais não conhecem a dimensão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a responsabilidade também está na formação destes profissionais; pois somente conhecendo os princípios, estratégias e a realidade do SUS, é que será possível prestar uma assistência adequada na saúde pública de nosso país.

Sendo assim, este trabalho possibilitou a formulação de algumas sugestões de ações de melhoria e fomentou a realização de outros estudos sobre o tema diante de algumas lacunas levantadas; inclusive em relação à escassez de estudos atuais relacionados à temática abordada.

Baseando-se no sucesso do modelo de saúde europeu, o qual já pôde ser vivenciado profissionalmente pela pesquisadora; como sugestões, seria interessante a incorporação do médico hospitalista, com o objetivo de humanizar a assistência e tornar a mesma mais ágil e segura; bem como a criação de uma comissão interdisciplinar de desospitalização, com atuação intra e extra-hospitalar, para monitoramento dos clientes/pacientes de longa permanência, com problemas crônicos e/ou necessidades de reabilitação, durante o internamento e no ambiente domiciliar. Uma maneira mais rentável para a instituição implementar esta comissão, seria através da utilização da mão de obra acadêmica atuante na assistência.

A principal lacuna levantada ao término do estudo foi em relação à análise financeira: se a análise realizada foi superficial, baseada somente em parâmetros de custos de diárias e valores de remuneração dos procedimentos principais das tabelas do SUS, e já mostrou um grande déficit entre receita e custo hospitalares associados à não-conformidades nos processos assistenciais e administrativos; como seria se esta análise levasse em conta todos os custos dos internamentos, incluindo materiais, medicamentos, honorários, exames e procedimentos em comparação à todas as remunerações repassadas pelo SUS para cada cliente/paciente?

## REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- ALELUIA, R.G.G.; OLIVEIRA, E.M.; COSTA, L.S.; SÁ, O.F.; ALVES, S.M.; LEITE, H.D.C.S. A atuação do enfermeiro auditor frente ao cuidado à saúde: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. Sup. 5, S316-S320, 2017.
- AMORIM, D. S.; GATTÁS, M. L. B. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Medicina, Ribeirão Preto**. v.40, n.1, p. 82-84, jan./mar. 2007.
- AYACH, C.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. **Saúde Soc [on line]**. v. 22, n. 1, p. 237-248, 2013.
- BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública**. v.34, n.7, ago. 2018.
- BO S, C. G.; GRASSI, G. *et al.* Patients with type 2 diabetes had higher rates of hospitalization than the general population. **J Clin Epidemiol**. v.57, n.11, p. 1196-201, 2004.
- BOTELHO, E. M. **Custeio baseado em atividades – ABC: uma plaicação em uma organização hospitalar universitária**. 2006. Tese de Doutorado (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Auditoria do SUS: orientações básicas**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde DATASUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>. Acesso em: 24 Jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Tabela de Procedimentos do SUS**. Disponível em: Aplicativo IOS pSUS. Acesso em: 7 jan. 2019.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei n 8.080, de 19/09/1990: Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.htm)>. Acesso em: 3 dez. 2018.
- BRUNI, A. L.; FAMA, R. **Gestão de custos e formação de preços**. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2004.



CASTRO, V. C.; BORGHI, A.C.; MARIANO, P.P.; FERNANDES, C.A.M.; MATHIAS, T.A.F.; CARREIRA, L. Hospitalization profile of elderly within the unified health system. **Revista RENE**. v.14, p.791-800, 2013.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**. v.22, Suppl 2, 2018.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**, Rio de Janeiro: Abrasco, p. 165-84, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Defasagem na tabela SUS afeta maioria dos procedimentos hospitalares**. Brasília (DF), 07 maio. 2015. Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&id=25491:defasagem-na-tabela-sus-afeta-maioria-dos-procedimentos-hospitalares](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=25491:defasagem-na-tabela-sus-afeta-maioria-dos-procedimentos-hospitalares)>. Acesso em: 03 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília (DF), 2010.

COSTA, A. M.; MATOZINHOS, A.C.S.; TRIGUEIRO, P.S.; CUNHA, R.C.G.; MOREIRA, L.R. Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição de Minas Gerais. **Rev. Enfermagem Revista**. v. 18, n. 1, jan./abr. 2015.

DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares**. Brasil; 2011 jun [acesso 2018 dez 3]. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>.

FERREIRA, T. S. *et al.* Auditoria de enfermagem: impacto das anotações da enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, Bogotá, v. 9, n. 1, p. 38-49, 2009.

FREIRE FILHO, J.; COSTA, M.V.; FOSTER, A.C.; REEVES, S. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: an analysis of key documents. **J Interprof Care**. v.31, n.6, p. 754-60, 2017.

FURUKAWA, M. S. A.; PITANGA, F.S.M.; MIRANDA, M.K.V.; SOUZA, A.C. Auditoria de Enfermagem e tomada de decisão no controle da qualidade da assistência. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**. v. 1, n. 3, jul./set. 2018.

GREENFIELD, D.; NUGUS, P.; TRAVAGLIA, J.; BRAITHWAITE, J. Auditing an organization's interprofessional learning and interprofessional practice: the interprofessional praxis audit framework. **J Interprof Care**. v.24, n.4, p.436-49, 2010.

GUERRA, H. L.; GIATTI, L.; LIMA-COSTA, M. F. Mortalidade em internações de longa duração como indicador da qualidade da assistência hospitalar ao idoso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.13, n.4, p. 247-253, 2004.

- GUERRA, M. **Análise de desempenho de organizações hospitalares**. 2011. Dissertação (Mestrado em Contabilidade e Controladoria) – Faculdade de Ciências Econômicas (FACE), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- JORGE, M. H. P. M.; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 7, n. 2, 2004.
- KERNKAMP, C.L.; COSTA, C.K.F.; MASSUDA, E.M.; SILVA, E.S.; YAMAGUCHI, M.U.; BERNUCI, M.P. Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.32, n.:e00044115, Jul, 2016.
- KOS, S. R.; SANTOS, N.P.; KLEIN, L.; SCARPIN, J.E. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com o repasse do SUS? In: XXII CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS. **Anais[...]**Foz do Iguaçu – PR – Brasil. 11 a 13 nov. 2015.
- LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**. São Paulo: Singular, 2009.
- LIMA, M. O. S. S.; RAMOS, L. M. A. Governança clínica: desafios e inovação do Hospital Márcio Cunha na gestão do corpo clínico. **Revista Ciência e Saúde**. p. 56-62, Out, 2016.
- LOURENÇO, K. G.; CASTILHO, V. Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.59, n.1, p.52-5, 2006.
- MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- MARTIN, G. B.; CORDONI JÚNIOR, L.; BASTOS, Y.G.L.; SILVA, P.V. Assistência hospitalar à população idosa em cidade do Sul do Brasil. **Epidemiologia Serviço Saúde**. 15:59-65, 2006.
- MATHIAS, T. A. F.; SOBOLL, M.L.M.S. Morbidade hospitalar em município da região Sul do Brasil em 1992. **Revista Saúde Pública**. v.30, n.3, p. 224-32, 1996.
- MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Revista Escola Enfermagem**. v.43, n.1, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s008062342009000100029&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s008062342009000100029&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 ago. 2018.
- MENDES, E. V. Os sistema de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. **Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará**, 176p., 2002.

MIRANDA, N. R.; COSTA, R. F.; PEREIRA, S. A. Auditoria em enfermagem e suas interfaces com o cuidado: uma revisão de literatura. **Periódicos PUC Minas**. v. 1, n.2, p. 287-306, 2011.

OLIVEIRA, D. F. A implantação de um sistema de gestão de custos no hospital universitário pela EBSEH: um estudo de caso com utilização do PMBOK. **Revista de Administração Hospitalar e Introdução em Saúde**.v.13.p.122-139, Jan, 2017.

PIRES, M. B. N.; OLIVEIRA, R; ALCANTARA, C.C.V.; ABBAS, K. Relação entre a remuneração do Sistema Único de Saúde, os custos dos procedimentos hospitalares e o resultado: estudo nas Santas Casas de Misericórdia do estado de São Paulo. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Belo Horizonte (MG), v. 14. n. 3. Jul./set. 2017.

RAIMUNDINI, S. L.; SOUZA, A.A.; STRUETT, M.A.M.; BOTELHO, E.M. Aplicabilidade do custeio baseado em atividades e análise de custos em hospitais públicos. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo – RAUSP**, v. 41, n. 4, p. 453-465, 2006.

RUFINO, G.P.; GURGEL, M.G.; PONTES, T.C.; FREIRE, E. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo; v.10, n.4, p.291-7, Jul/Ago, 2012.

SANTOS, M.E.; MARTINS, V.F.; LEAL, E.A. Produção científica em gestão de custos em hospitais: uma análise nos principais eventos acadêmicos na área contábil no período de 2007 a 2011. **Revista de Administração Hospitalar**; v.11, n.1, p. 42-57, Jan/Mar, 2014.

SCHUTZ, V; SIQUEIRA, B.T. A enfermagem e o custo com materiais hospitalares: uma revisão bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**. v.16, n.1, p.148-53, Jan/Mar, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Doenças e agravos não transmissíveis no Estado do Paraná**. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2533>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

SILVEIRA, R. E.; SANTOS, A.S.; SOUSA, M.C.; MONTEIRO, T.S.A. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein**. v.11, p.514-20, 2013.

SOTO, P.H.T.; RAITZ, G.M.; BOLSONI, L.L.; COSTA, C.K.F.; YAMAGUCHI, M.U.; MASSUDA, E.M. Morbidades e custos hospitalares do Sistema Único de Saúde para doenças crônicas. **Revista Rene**. v.16 n.4, p.567-75, Jul/Ago, 2015.

SOUZA, A. A.; AVELAR, E.A.; SILVA, E.A.; TORMIN, B.F.; GERVÁSIO, L.R. Uma análise financeira dos hospitais brasileiros entre os anos de 2006 a 2011. **Sociedade, Contabilidade e Gestão**. v. 9, n. 3, p. 6-23, 2014.

SOUZA, A. A.; XAVIER, A.G.; LIMA, L.C.M.; GUERRA, M. Análise de custos em hospitais: comparação entre os custos de procedimentos de urologia e os valores repassados pelo Sistema Único de Saúde. **ABCustos Associação Brasileira de Custos**, v. 8, n. 1, p. 90-107, 2013.

STEVENS, A; SHMIDT, M.I.; DUCAN, B.B. Gender inequalities in non-communicable disease mortality in Brazil. *Ciência Saúde Coletiva*. v.17, n.10, p. 2627-34, 2012.

TABNET/DATASUS. **Informações de Saúde**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

THIESEN, J. S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**. v. 13, n. 39, set./dez. 2008.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, A.M.; LOPES, A. B.; PINTO, D. F. Hospitais Universitários e profissionais de saúde em tempos de crise estrutural do capital. In: 6 ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 13 ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL. **Anais [...]** Vitória (ES, Brasil), 2018.

VERDÉLIO, A. Brasil gasta 3,8% do PIB em saúde pública. **EBC – Agência Brasil**. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.ebc.com.br>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

VIEIRA, R.Q.; SANNA, M.C. Auditoria de enfermagem em periódicos científicos internacionais no período de 1955-1972. **Revista de Enfermagem UFSM**. v.3, n.3, p.528-538, Set/Dez, 2013.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.11, n.4,p. 525-31, jul./ago., 2003.

## ANEXO A – PARECER DA COEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
PONTA GROSSA - UEPG

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Auditoria na detecção de causas e custos da permanência hospitalar prolongada, associada à atuação interdisciplinar como proposta de gestão da hospitalização

**Pesquisador:** Alessandra Partica de Aguiar

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 78576917.0.0000.0105

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Ponta Grossa

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.409.644

## Apresentação do Projeto:

Auditoria na detecção de causas e custos da permanência hospitalar prolongada, associada à atuação interdisciplinar como proposta de gestão da hospitalização. A pesquisa acontecerá em três etapas distintas. A primeira etapa consiste no levantamento do histórico de internação hospitalar da referida instituição, referente ao período a ser pesquisado (2015 e 2016), através da emissão e análise de relatórios obtidos de um sistema eletrônico utilizado pela instituição. Esta análise proporcionará a obtenção de nossa amostra, selecionando todos os atendimentos com diagnóstico clínico e tempo de hospitalização igual ou superior a 10 (dez) dias. Bem como, possibilitará analisar os demais dados que o relatório nos fornece (idade do cliente/paciente, sexo, município de residência, diagnóstico médico primário). A segunda etapa compreenderá a solicitação de acesso a todos os prontuários selecionados, sendo realizada uma auditoria técnica e financeira de cada um deles, dentro do próprio Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da instituição. Esta análise terá foco na identificação de não-conformidades relacionadas ao prolongamento da hospitalização de cada cliente/paciente, bem como no cálculo do custo da hospitalização

**Endereço:** Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.  
**Bairro:** Uvaranas **CEP:** 84.030-900  
**UF:** PR **Município:** PONTA GROSSA  
**Telefone:** (41)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 2.403.044

que cada cliente/paciente gerou à instituição hospitalar.

### Objetivo da Pesquisa:

Identificar as principais causas e custos da hospitalização prolongada através da auditoria hospitalar.

### Objetivo Secundário:

Calcular o custo total de cada hospitalização de permanência prolongada; bem como correlacionar e estratificar este dado financeiro frente as nãoconformidades identificadas como causas desta longa hospitalização; categorizando as mesmas de acordo com suas origens técnicas relacionadas pré-definidas. Para assim poder elaborar e sugerir a implantação de padronização de ações interdisciplinares, como medida de gestão, para que ocorra a otimização do tempo de hospitalização, bem como para a concomitante redução de custos

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

#### Riscos:

A presente pesquisa não acarretará riscos nem aos pesquisadores responsáveis, nem à instituição hospitalar pesquisada, visto que será um estudo documental, realizado através da pesquisa retrospectiva em prontuários hospitalares. Bem como não trará nenhum tipo de ônus nem à instituição de ensino superior envolvida na pesquisa, nem ao Sistema Único de Saúde (SUS); muito pelo contrário, trará experiências positivas que servirão de base para tomadas de decisões futuras dentro do sistema de saúde.

#### Benefícios:

Esta pesquisa trará benefícios não só para a gestão do próprio hospital, bem como para a gestão pública estadual, na área da saúde, já que a instituição pesquisada trata-se de um hospital público universitário estadual. Vale destacar que os estudos realizados levantarão indicadores financeiros, bem como não-conformidades técnicas e/ou administrativas relacionadas aos mesmos. Desta forma, será possível traçar um plano interdisciplinar de gestão para evitar esta hospitalização prolongada

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

as causas da hospitalização prolongada, relacionadas entre si conforme afinidades técnicas; são elas:  
\*Causas relacionadas à situações

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranasas, Bloco M, Sala 100.  
Bairro: Uvaranasas CEP: 84.030-900  
UF: PR Município: PONTA GROSSA  
Telefone: (42)3220-3106 Email: coep@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
PONTA GROSSA - UEPG**



Continuação do Parecer: 2.409.644

burocráticas/administrativas", "Causas relacionadas ao estado clínico do cliente/paciente" e, "Causas relacionadas à atuação multiprofissional de assistência ao cliente/paciente". Assim como, em todas estas três situações, as não-conformidades identificadas, estarão associadas ao custo financeiro que acarretaram à instituição hospitalar.

Estas categorias serão analisadas e comparadas em formas de gráficos e tabelas, através de cálculos estatísticos, fazendo uso das ferramentas eletrônicas Microsoft Office Excel e IBM SPSS Statistics.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Em anexo e de acordo com as normas exigidas

**Recomendações:**

Solicita-se que ao final do projeto de pesquisa seja enviado o relatório final via on-line pela plataforma brasil por notificação para evitar pendências com a Proesp ou com o Comitê de Ética

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1003182.pdf	26/10/2017 00:08:34		Aceito
Outros	CartadeAceiteSCMPG.pdf	28/10/2017 00:07:26	Alessandra Partica de Aguiar	Aceito
Outros	CartadeAceiteHURCG.pdf	28/10/2017 00:07:01	Alessandra Partica de Aguiar	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAlessandraPB.pdf	26/10/2017 00:06:37	Alessandra Partica de Aguiar	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAlessandra.pdf	06/10/2017 01:18:19	Alessandra Partica de Aguiar	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.  
 Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900  
 UF: PR Município: PONTA GROSSA  
 Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coesp@uepg.br

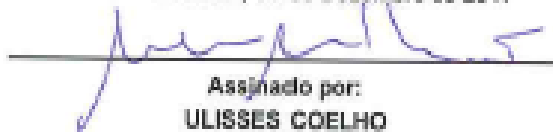
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 2.409.644

Não

PONTA GROSSA, 01 de Dezembro de 2017

  
Assinado por:  
**ULISSES COELHO**  
(Coordenador)

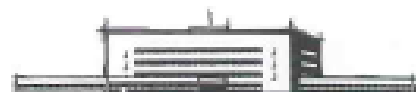
Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.  
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900  
UF: PR Município: PONTA GROSSA  
Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br



## ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NO HURCG



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA  
Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais



Ponta Grossa, 17 de Outubro de 2017

### Termo de Aceite

A Diretoria Acadêmica e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Humano do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – Wallace Thadeu de Mello e Silva, autorizam o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado **"Auditoria na detecção de causas e custos da permanência hospitalar prolongada, associada à atuação interdisciplinar como proposta de gestão da hospitalização"**, sob orientação da Profª Elise Souza dos Santos Reis e coordenação do Prof. Dr. Eduardo Baumli Campagnoli.

*Drª. Tatiana Cordeiro*  
Coordenadora de Internato - CRM/PR 22150  
Departamento de Medicina  
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Msc Tatiana Menezes Garcia Cordeiro  
Diretora Acadêmica



**ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA**

**De:** Cleide Lavieri Martins <portalderevistas@usp.br>  
**Data:** 27 de maio de 2019 00:49:25 BRT  
**Para:** ALESSANDRA PARTICA AGUIAR <alepa456@hotmail.com>  
**Assunto:** [SAUSOC] Agradecimento pela submissão

ALESSANDRA PARTICA AGUIAR,

Agradecemos a submissão do trabalho "AUDITORIA NA ANÁLISE DE CAUSAS E CUSTOS DA HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA, EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA, DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO PARANÁ" para a revista Saúde e Sociedade. Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/authorDashboard/submission/158350>

Login: alepartica

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Cleide Lavieri Martins