

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**O REGISTRO DOS PRONTUÁRIOS HOSPITALARES COMO  
SUBSÍDIO PARA A GESTÃO EM SAÚDE**

**Alexandra Bulgarelli do Nascimento**

**2010**

**ALEXANDRA BULGARELLI DO NASCIMENTO**

**O REGISTRO DOS PRONTUÁRIOS HOSPITALARES COMO  
SUBSÍDIO PARA A GESTÃO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem na Saúde do Adulto,  
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Corrêa Chaves

**São Paulo**

**2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Catlogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**  
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Nascimento, Alexandra Bulgarelli do

O registro dos prontuários hospitalares como subsídio para a gestão em saúde / Alexandra Bulgarelli do Nascimento. -- São Paulo, 2010.

119 p. : il. + anexo

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Corrêa Chaves

1. Registros médicos – Análise
2. Administração e planejamento em saúde
3. Recursos em saúde
4. Administração hospitalar
5. Economia hospitalar I. Título.

Nome: Alexandra Bulgarelli do Nascimento

Título: O registro dos prontuários hospitalares como subsídio para a gestão em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Corrêa Chaves

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, José Aparecido e Bernadete,*

*que são o meu exemplo de vida,*

*dedico este trabalho,*

*com carinho.*

---

## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Eliane Corrêa Chaves, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela orientação brilhante e, principalmente, pela confiança.

À Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelas informações valiosas para que esta pesquisa se consolidasse.

À Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Sônia Aurora Alves Grossi, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que mesmo não atuando diretamente neste trabalho contribuiu através de orientações anteriores.

À Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Daisy Maria Rizatto Tronchin, à Profa. Dra. Sayuri Tanaka Maeda e ao Prof. Dr. Paulo Antônio de Carvalho Fortes, da Universidade de São Paulo, que prontamente aceitaram o convite para participar da banca avaliadora deste trabalho.

À Dr.<sup>a</sup>. Flávia Maria Porto Terzian e ao Dr. Roberto Siniscalchi, da Autarquia Hospitalar Municipal da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, pela autorização para a realização desta pesquisa.

Ao Dr. Gastão Eduardo França Kassab e à Sr.<sup>a</sup>. Silvia Bertolini, da Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Gerência Hospitalar da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, pelos esclarecimentos sobre a organização dos serviços hospitalares no município de São Paulo.

Ao Dr. Severino Soares da Costa, Diretor Técnico do Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria, e toda a sua equipe de secretariado, SAME e Arquivo de Prontuários, pela autorização para a coleta dos dados e pela acolhida durante este processo trabalhoso.

---

*Ao Dr. Emílio Carlos Spina, Diretor de SADT do Hospital Municipal Tide Setubal, e toda a sua equipe de secretariado e do SAME, pela autorização para a coleta dos dados e pela acolhida durante este processo trabalhoso.*

*À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kátia Grillo Padilha, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela intervenção junto à CONEP.*

*Ao Sr. Edivaldo Joaquim Ferreira, à Sr<sup>ª</sup>. Gildete Maria de Souza e à Sr<sup>ª</sup>. Adinair Pedreira Santos, do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo auxílio e orientação frente às dificuldades operacionais na condução desta pesquisa.*

*Ao Sr.. Maurício Lucci, pela prontidão e disponibilidade em realizar o tratamento estatístico dos dados.*

*Ao Sr. Hamilton Almeida, pela prontidão e agilidade em realizar a revisão de língua portuguesa deste trabalho.*

*Ao Sr. Hilário Padovan Jr., pela disponibilidade e agilidade em realizar a tradução do resumo deste trabalho para a língua inglesa.*

*Aos meus colegas de trabalho, Dr. João Batista Piovesan, Dr<sup>ª</sup>. Sílvia Espósito, Dr<sup>ª</sup>. Regina Yukiko Obara Nakayama, En<sup>ª</sup>. Juliana Isabel Gioppe, En<sup>ª</sup>. Mércia Pereira Ignácio, AS. Maria Estela Fróes de Moraes, AS. Talita Vitor de Chiara, AS Irene Rocha Reis, Adm. Anielly Viana de Oliveira Corneta, Adm. Andreza Gimenez e Adm. Márcia Gomes Cavalcante, pelo incentivo e pela compreensão nos meus momentos de ausência.*

*Ao meu pai e à minha mãe, pelo incentivo, compreensão e fé sempre presentes.*

---

## SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Figuras

Lista de Gráficos

Lista de Quadros

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

1.0.0	Introdução .....	1
2.0.0	O Estado da Arte.....	13
3.0.0	Objetivos.....	21
3.1.0	Objetivo Geral.....	21
3.2.0	Objetivos Específicos.....	21
4.0.0	Casística e Método.....	22
4.1.0	Delineamento do Estudo.....	22
4.2.0	Local do Estudo.....	22
4.3.0	Critérios de Elegibilidade.....	25
4.3.1	Critérios de Inclusão.....	25
4.4.0	Procedimento de Coleta de Dados.....	25
4.5.0	Instrumentos para Coleta de Dados.....	26
4.5.1	Formulário de Demanda de Cuidados (Anexo 5).....	26

---

4.6.0	Procedimento Ético .....	30
4.6.1	Termo de Responsabilidade (TR) (Anexos 1 e 2).....	30
4.7.0	Tratamento Estatístico.....	30
5.0.0	Resultados.....	33
5.1.0	Comparação dos hospitais quanto à presença ou ausência de registro das variáveis clínicas e sociais.....	34
5.2.0	Caracterização dos registros dos hospitais quanto às variáveis clínicas e sociais.....	37
5.3.0	Associação das variáveis indicativas do tempo de uso do leito hospitalar e da demanda de cuidados com as demais variáveis clínicas e sociais.....	70
5.3.1	Associação entre as variáveis indicativas, as quais foram totalmente registradas.....	71
5.3.2	Associação do conteúdo das variáveis sociais e clínicas que foram totalmente registradas com os grupos de variáveis indicativas.....	72
5.3.3	Associação da presença dos registros das variáveis clínicas parcialmente registradas com os grupos de variáveis indicativas.....	76
5.3.4	Associação do conteúdo alterado das variáveis clínicas parcialmente registradas com o grupo de variáveis indicativas.....	82
6.0.0	Discussão.....	88
7.0.0	Conclusões.....	105
	Referências.....	106
	Anexos.....	110

---

## **Lista de Abreviaturas**

SUS	Sistema Único de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
DALY	Disability Adjusted Life of Year
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHD	Programa Hospital Domiciliar da Secretaria de Saúde Municipal da Cidade de São Paulo
TR	Termo de Responsabilidade
CEP-EEUSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
CEP-SMS	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico
PA	Pressão Arterial
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
T	Temperatura Axilar
SNE	Sonda Nasoenteral
GTT	Gastrostomia

---

PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
bpm	Batimento por minuto
ipm	Incursões por minuto
mmHg	Milímetro de mercúrio
°C	Graus Celsius
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
r	Coeficiente
p	Probabilidade
fem.	Feminino
masc.	Masculino
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

---

## **Lista de Figuras**

- Figura 1 – A influência das expectativas da sociedade e demandas em saúde sobre o uso do leito hospitalar. São Paulo, 2010. 1
- Figura 2 – A influência do avanço tecnológico diagnóstico e intervencionista, da prevenção das doenças e da promoção da saúde sobre as demandas em saúde para o uso do leito hospitalar. São Paulo, 2010. 4
- Figura 3 – Apresentação do enfoque de discussão do estudo. São Paulo, 2010. 88
-

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 – Distribuição das transferências para outros serviços, segundo o registro da hipótese diagnóstica. São Paulo, 2010.	42
Gráfico 2 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da PA. São Paulo, 2010.	51
Gráfico 3 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da PA. São Paulo, 2010.	51
Gráfico 4 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da PA. São Paulo, 2010.	51
Gráfico 5 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da PA. São Paulo, 2010.	51
Gráfico 6 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da FC. São Paulo, 2010.	53
Gráfico 7 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da FC. São Paulo, 2010.	53
Gráfico 8 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da FC. São Paulo, 2010.	53

---

Gráfico 9 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da FC. São Paulo, 2010.	53
Gráfico 10 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da FR. São Paulo, 2010.	55
Gráfico 11 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da FR. São Paulo, 2010.	55
Gráfico 12 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da FR. São Paulo, 2010.	55
Gráfico 13 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da FR. São Paulo, 2010.	55
Gráfico 14 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da T. São Paulo, 2010.	57
Gráfico 15 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da T. São Paulo, 2010.	57
Gráfico 16 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da T. São Paulo, 2010.	57
Gráfico 17 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da T. São Paulo, 2010.	57

---

Gráfico 18 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da dor. São Paulo, 2010.	59
Gráfico 19 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da dor. São Paulo, 2010.	59
Gráfico 20 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da dor. São Paulo, 2010.	59
Gráfico 21 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da dor. São Paulo, 2010.	59
Gráfico 22 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da alimentação. São Paulo, 2010.	61
Gráfico 23 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da alimentação. São Paulo, 2010.	61
Gráfico 24 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da alimentação. São Paulo, 2010.	61
Gráfico 25 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da alimentação. São Paulo, 2010.	61
Gráfico 26 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro do banho. São Paulo, 2010.	63

---

Gráfico 27 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro do banho. São Paulo, 2010.	63
Gráfico 28 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro do banho. São Paulo, 2010.	63
Gráfico 29 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro do banho. São Paulo, 2010.	63
Gráfico 30 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da locomoção. São Paulo, 2010.	65
Gráfico 31 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da locomoção. São Paulo, 2010.	65
Gráfico 32 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da locomoção. São Paulo, 2010.	65
Gráfico 33 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da locomoção. São Paulo, 2010	65

---

## **Lista de Quadros**

Quadro 1 – Relação de hospitais públicos municipais de São Paulo, segundo a região. São Paulo, 2010.	23
Quadro 2 – Relação dos aspectos abordados no “Formulário de Demanda de Cuidados” (Anexo 5), segundo o estrato das variáveis. São Paulo, 2010.	28
Quadro 3 – Apresentação das variáveis de estabilidade clínica, segundo os parâmetros de normalidade. São Paulo, 2010.	29

---

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Distribuição dos leitos disponíveis dos hospitais, segundo a unidade de internação. São Paulo, 2010.	24
Tabela 2 – Comparação entre os hospitais, segundo as variáveis totalmente registradas. São Paulo, 2010.	34
Tabela 3 – Comparação entre os hospitais, segundo as variáveis parcialmente registradas nos momentos da admissão e da saída. São Paulo, 2010.	35
Tabela 4 – Caracterização da amostra do Hospital A, segundo o registro do grupo etário e do sexo. São Paulo, 2010.	37
Tabela 5 – Caracterização da amostra do Hospital B, segundo o registro do grupo etário e do sexo. São Paulo, 2010.	38
Tabela 6 – Caracterização da amostra, segundo o registro do tempo de permanência por hospital, grupo etário e sexo. São Paulo, 2010.	40
Tabela 7 – Caracterização da amostra, segundo o registro das saídas por hospital. São Paulo, 2010.	41
Tabela 8 – Caracterização da amostra, segundo o registro do número de diagnósticos por grupo etário e por hospital. São Paulo, 2010.	43
Tabela 9 – Comparação do registro das hipóteses diagnósticas, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) por hospitais. São Paulo, 2010.	44
Tabela 10 – Comparação do registro da demanda de cuidados básicos na admissão e na saída, segundo os hospitais. São Paulo, 2010.	46

---

Tabela 11 – Comparação do registro da demanda de cuidados invasivos na admissão e na saída, segundo os hospitais. São Paulo, 2010.	48
Tabela 12 – Comparação entre os hospitais, segundo o registro do acompanhante. São Paulo, 2010.	50
Tabela 13 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da PA. São Paulo, 2010.	51
Tabela 14 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da FC. São Paulo, 2010.	53
Tabela 15 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da FR. São Paulo, 2010.	55
Tabela 16 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da T. São Paulo, 2010.	57
Tabela 17 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da dor. São Paulo, 2010.	59
Tabela 18 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da alimentação. São Paulo, 2010.	61
Tabela 19 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro do banho. São Paulo, 2010.	63

---

Tabela 20 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da locomoção. São Paulo, 2010.	65
Tabela 21 – Comparação entre os registros dos hospitais, segundo os indicadores clínicos no momento da admissão e da saída. São Paulo, 2010.	67
Tabela 22 – Comparação entre os registros dos hospitais, segundo os indicadores de funcionalidade no momento da admissão e da saída. São Paulo, 2010.	68
Tabela 23 – Associação do tempo de permanência dos hospitais com o número de cuidados no momento da admissão e da saída. São Paulo, 2010.	71
Tabela 24 – Associação do tempo de permanência dos hospitais com as variáveis sociais totalmente registradas. São Paulo, 2010.	72
Tabela 25 – Associação do tempo de permanência dos hospitais com as variáveis clínicas totalmente registradas. São Paulo, 2010.	73
Tabela 26 – Associação do número de cuidados no momento da admissão e da saída dos hospitais com as variáveis sociais totalmente registradas. São Paulo, 2010.	74
Tabela 27 – Associação do número de cuidados no momento da admissão e da saída dos hospitais com as variáveis clínicas totalmente registradas. São Paulo, 2010.	75

---

Tabela 28 – Associação do tempo de permanência dos hospitais com a presença das variáveis clínicas parcialmente registradas nos momentos da admissão e da saída. São Paulo, 2010.	76
Tabela 29 – Associação do número de cuidados no momento da admissão nos hospitais com a presença das variáveis clínicas parcialmente registradas nos momentos da admissão e da saída. São Paulo, 2010.	78
Tabela 30 – Associação do número de cuidados no momento da saída nos hospitais com a presença das variáveis clínicas parcialmente registradas nos momentos da admissão e da saída. São Paulo, 2010.	80
Tabela 31 – Associação do tempo de permanência dos hospitais com o conteúdo alterado das variáveis clínicas parcialmente registradas. São Paulo, 2010.	82
Tabela 32 – Associação do número de cuidados na admissão dos hospitais com o conteúdo alterado das variáveis clínicas parcialmente registradas. São Paulo, 2010.	84
Tabela 33 – Associação do número de cuidados na saída dos hospitais com o conteúdo alterado das variáveis clínicas parcialmente registradas. São Paulo, 2010.	86

---

## **Resumo**

Nascimento AB. O registro dos prontuários hospitalares como subsídio para a gestão em saúde. [Dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

Este trabalho teve o objetivo de analisar o registro dos prontuários hospitalares como subsídio para a gestão em saúde. Foram analisados 430 prontuários de egressos de 2 hospitais públicos municipais de São Paulo internados em abril de 2010. Os resultados mostraram que os registros dos hospitais foram diferentes na maioria das variáveis estudadas, motivo pelo qual foram tratados separadamente. Observou-se que as variáveis sexo, idade, número de diagnósticos, motivo da saída, tempo de permanência e número de cuidados foram totalmente registradas. Enquanto que as variáveis pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, dor, alimentação, banho e locomoção foram parcialmente registradas. Analisando as variáveis totalmente registradas verificou-se que no Hospital A e B, respectivamente, adultos de 30 a 59 anos (35.9%, 42.3%), idosos com 60 anos ou mais (22.8%, 16.3%) e crianças menores de 4 anos (20.1%, 17.2%) foram os que mais demandaram internações. Da mesma forma, crianças (4 a 5 dias, 4 a 6 dias) e idosos (2 a 6 dias, 4 a 6 dias) necessitaram de maior tempo de permanência. No Hospital A, as doenças do aparelho respiratório (20.5%) foram as principais responsáveis pelas internações, seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais (14.4%). Enquanto que, no Hospital B, as doenças do aparelho respiratório (15.4%) foram as principais responsáveis pelas internações, seguidas pelas

---

doenças do aparelho circulatório (13.5%). No Hospital A e B, respectivamente, os cuidados básicos foram mais freqüentemente registrados na saída (n=278, n=315) em comparação à admissão (n=271, n=234), enquanto que os cuidados invasivos foram mais freqüentemente registrados na admissão (n=505, n=618), em comparação à saída (n=201, n=208). Analisando a presença do registro parcial das variáveis, houve ocorrência no Hospital A na admissão e saída, respectivamente, em: pressão arterial (73.5%, 73.5%), freqüência cardíaca (72.1%, 71.6%), freqüência respiratória (39.1%, 29.3%), temperatura (89.3%, 80.5%), dor (12.6%, 11.2%), alimentação (92.6%, 95.3%), banho (91.6%, 94.4%) e locomoção (94.9%, 95.8%). Enquanto que, no Hospital B, houve presença de registro parcial na admissão e saída, respectivamente, em: pressão arterial (80%, 73.5%), freqüência cardíaca (80.5%, 73%), freqüência respiratória (21.4%, 12.1%), temperatura (96.7%, 89.8%), dor (1.4%, 0.5%), alimentação (100%, 99.5%), banho (99.1%, 99.1%) e locomoção (99.5%, 99.1%). A associação entre as variáveis indicativas: tempo de permanência e número de cuidados na admissão e na saída com as demais variáveis, mostrou que, quanto maior o tempo de permanência e o número de cuidados na admissão e saída, maior a idade, o número de diagnósticos e o comprometimento clínico e funcional.

Descritores: gestão em saúde, administração e planejamento em saúde, registros médicos, alocação de recursos, recursos em saúde, número de leitos em hospital, ocupação de leitos, tempo de internação, necessidades e demandas de serviços de saúde, economia da saúde, economia hospitalar, administração hospitalar

---

## **Abstract**

The hospital medical records as support for health management. [Dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

This work aims to set the basis for a health management by analyzing the key informations of 430 medical records, which were taken from two public hospitals in the city of São Paulo, in April 2010. The research showed that the records were different in both hospitals in most of the variables studied. Consequently, they had to be analysed distinctively. It was observed that, while the variables: gender, age, diagnosis, hospital discharge reasons, length of stay and medical cares were entirely recorded, variables like blood pressure, cardiac and breathing frequency, body temperature, pain, food, bath and locomotion were partially recorded. Considering the variables entirely recorded, it was verified that in the hospitals A and B, respectively, the most medical admission requirements were for adults between 30-59 years of age (35.9%, 42.3%), elderly aged 60 or older (22.8%, 16.3%) and children under 4 years old (20.1%, 17.2%). On the same way, children (4 a 5 days, 4 a 6 days) and elderly (2 a 6 days, 4 a 6 days) had longer length of stay. In hospital A respiratory system diseases (20.5%) were the leading cause of medical admissions followed by mental and behavioral disorders (14.4%), compared to hospital B, respiratory system diseases (15.4%) followed by circulatory system illnesses (13.5%). In both cases A and B, respectively, the basic care were more frequent on the hospital discharge (n=278, n=315) if compared to admissions (n=271, n=234), while invasive

---

care were more frequent in the admissions (n=505, n=618) if compared to hospital discharge (n=201, n=208). Upon analyzing the presence of the variables partial record, it has occurred in hospital A at the time of admissions and medical discharges, respectively,: blood pressure (73.5%, 73.5%), cardiac frequency (72.1%, 71.6%), breathing frequency(39.1%, 29.3%), body temperature (89.3%, 80.5%), pain (12.6%, 11.2%), food (92.6%, 95.3%), bath (91.6%, 94.4%) and locomotion (94.9%, 95.8%), while in the the hospital B, it has occurred respectively;: blood pressure (80%, 73.5%), cardiac frequency (80.5%, 73%), breathing frequency (21.4%, 12.1%), body temperature (96.7%, 89.8%), pain (1.4%, 0.5%), food (100%, 99.5%), bath (99.1%, 99.1%) and locomotion (99.5%, 99.1%). The association between the variables: length of stay and number of cares at the time of hospital admissions and discharges with the other parameters, showed that the longer the length of stay and the greater the number of cares in admissions and discharges, the older are the inpatients and the greater are the number of diagnosis and the clinical and functional impairments.

Descriptors: health management, health policy, planning and management, medical records, resource allocation, health resources, hospital bed capacity, bed occupancy, length of stay, health services needs and demand, health economics, economics hospital, hospital administration

---

### 1.0.0 Introdução

A utilização racional dos equipamentos de saúde é um desafio para os seus gestores, uma vez que existe uma estrutura de atendimento pré-estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que deve atender às expectativas da sociedade, bem como ao dinamismo das demandas em saúde (Figura 1).

Antes do advento do SUS, a população brasileira se dividia em três estratos quanto à assistência em saúde: os que podiam pagar particularmente por esses serviços; os que tinham trabalho formal e usufruíam da assistência pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e os que não possuíam vínculo empregatício formal e não tinham condições econômicas para custeá-la, logo utilizavam serviços de origem filantrópica (como, por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia) <sup>(1,2)</sup>.

Desta forma, a partir da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 <sup>(3)</sup> e da lei nº 8142/90 <sup>(4)</sup>, que dispõem sobre a regulamentação do SUS, o Brasil avançou no que se refere à organização e à disponibilidade de recursos em saúde para a população.

Dentro desta estrutura pré-estabelecida o hospital se configura como um dos recursos previstos disponíveis para o atendimento da população (Figura 1).

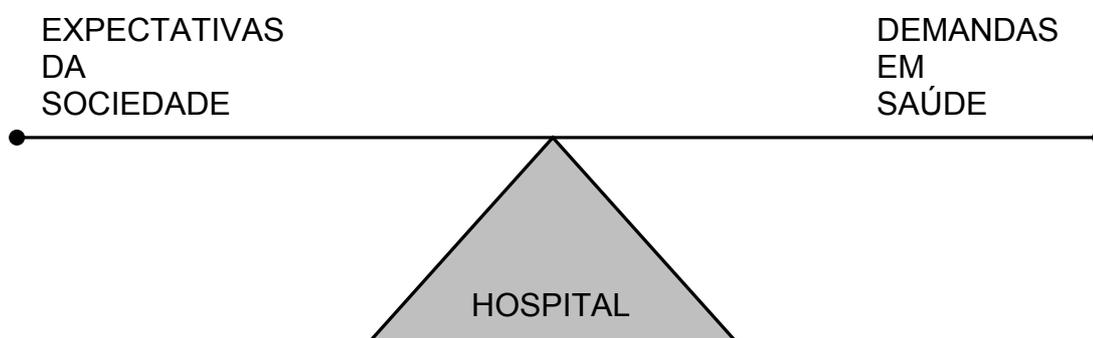


Figura 1 – A influência das expectativas da sociedade e demandas em saúde sobre o uso do leito hospitalar. São Paulo, 2010.

Atualmente, o hospital é um local com grande investimento de alta tecnologia. Para a sua utilização parece não haver critérios claros preconizados, mas ele parece trazer segurança e conforto não somente àquele que será assistido como aos seus respectivos familiares ou responsáveis, gerando uma grande expectativa quanto à resolução dos problemas de saúde.

Esta combinação de fatores faz do hospital um equipamento de saúde dos mais onerosos para a sociedade. Diante disto, alguns estudos apontam para a urgência em se refletir sobre a utilização racional do leito hospitalar, sendo proposta uma releitura do objetivo e do perfil da clientela a ser assistida nele <sup>(5-7)</sup>.

Ao se analisar a utilização deste recurso o Ministério da Saúde (MS) apontou que no ano de 2007 o número total de internações hospitalares foi de, aproximadamente, 11.3 milhões no Brasil, 2.3 milhões no estado de São Paulo e de 630 mil no município de São Paulo, o que corresponde a um percentual médio de 5.7% da população que utilizou este recurso <sup>(8)</sup>.

Um estudo que analisou dados de 2002 trouxe resultados ainda mais expressivos: estimou que de 7% a 9% da população demandou internações hospitalares, sendo o setor público do SUS responsável por 70% destas internações. Ele ainda discutiu que a oferta de leitos foi insuficiente e a demanda reprimida. <sup>(5)</sup>.

No entanto, pouco se tem estudado sobre a utilização racional do leito hospitalar a partir da perspectiva das demandas de cuidados do doente que utiliza este leito, evidenciando uma lacuna teórica sobre o assunto.

Todavia, empiricamente existem algumas iniciativas no sentido de formar comissões multidisciplinares dentro dos hospitais e das fontes pagadoras/cuidadoras, tanto públicas como privadas, com o objetivo de entender estas demandas de cuidados, abordando ou o doente ou os seus familiares/responsáveis. Estas iniciativas visam, conjuntamente, optar pelo melhor local para a manutenção da assistência, a qual não precisa,

necessariamente, ocorrer em ambiente hospitalar devido à natureza crônica da doença, à estabilidade clínica do doente e à relativa eficácia terapêutica que o hospital pode oferecer. Neste último aspecto, o ambiente hospitalar impõe aos seus clientes algumas situações de cunho negativo, tais como: risco de infecção e de quedas, distanciamento das pessoas que têm vínculo afetivo com o doente, adequação às normas institucionais que reprimem a autonomia do doente, entre outros.

Vale lembrar que até o início do século passado o hospital era um local direcionado aos pobres, enquanto que os ricos eram tratados e cuidados em seus domicílios junto à família <sup>(9)</sup>.

Porém, ao longo do tempo, parece que esta expectativa mudou e o doente foi sendo afastado da família e tutelado pelo hospital, local onde o doente seria assistido visando à resolução dos seus problemas de saúde. Esta postura sugere que a instituição familiar passou a desenvolver outro papel social que não contempla a participação nos cuidados básicos ao doente (como, por exemplo: alimentação, higienização, locomoção, mobilização, entre outros), nem a responsabilidade com o seu bem-estar, seja no hospital ou noutro equipamento de saúde, uma vez que o doente está sob a tutela de uma instituição, cabendo a ela esta responsabilidade.

É possível supor que a representação social sobre o uso do leito hospitalar interfira na busca pela sua utilização, pois aparentemente uma parcela da população tem o entendimento de que o hospital é o único local em que a pessoa doente deve ser assistida <sup>(10)</sup>, independente de outros fatores que determinam ou não a necessidade de sua permanência em ambiente hospitalar.

Outro fator fundamental que interfere diretamente no uso do leito hospitalar é a demanda da população por este recurso.

Isto se evidencia na análise de aspectos epidemiológicos que demonstram a natureza dinâmica destas demandas, o que se configura como

um grande desafio aos gestores deste recurso, que devem disponibilizá-lo à população dentro de orçamento financeiro factível <sup>(5,11)</sup>.

Estas demandas podem estar relacionadas ao aumento na expectativa de vida, à mudança do perfil de morbididades e à baixa resolutividade da atenção básica (Figura 2).

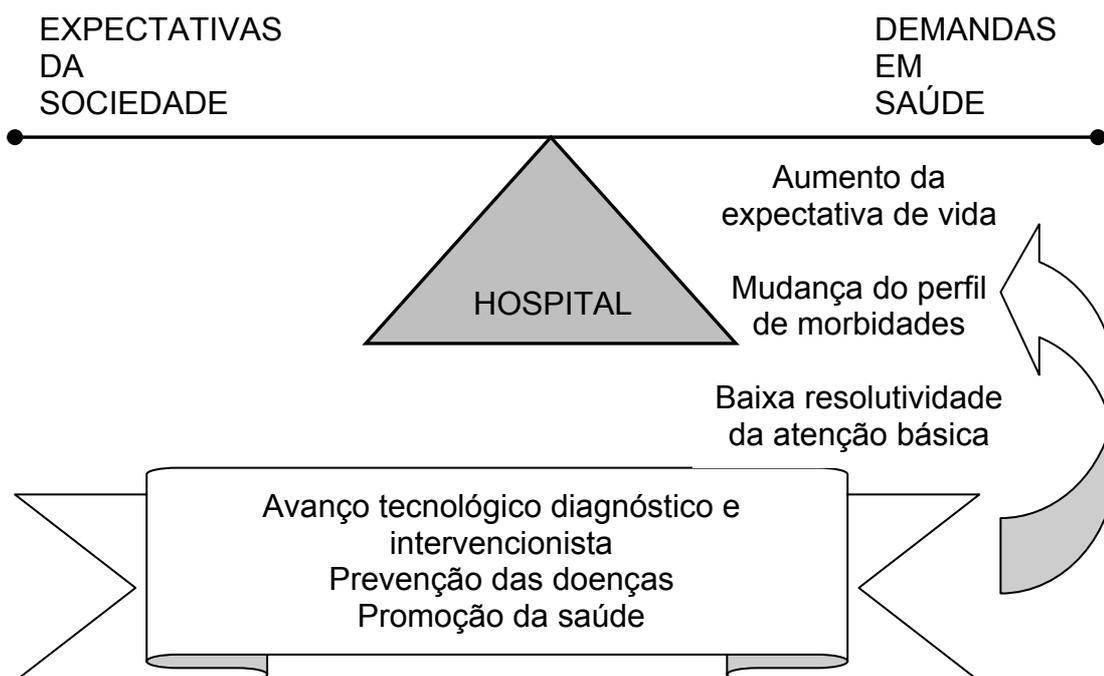


Figura 2 – A influência do avanço tecnológico diagnóstico e intervencionista, da prevenção das doenças e da promoção da saúde sobre as demandas em saúde para o uso do leito hospitalar. São Paulo, 2010.

Aspectos relacionados ao avanço tecnológico diagnóstico e intervencionista, à prevenção de doenças e à promoção da saúde podem exercer influência sobre estas demandas, uma vez que se espera que a doença seja ou prevenida ou detectada precocemente, e neste último, que a intervenção ocorra fazendo-se uso dos recursos tecnológicos necessários para a manutenção da vida, o que por sua vez, decorre na utilização do leito hospitalar.

Desta forma, faz-se necessário conhecer o perfil de morbi-mortalidade da população, a qual demonstra as reais necessidades assistenciais durante

o processo de adoecer ou morrer, influenciando diretamente na utilização deste recurso.

O MS, em 2004, apontou as doenças do aparelho circulatório como o principal grupo de causas de morte no Brasil, em todas as regiões da federação e para ambos os sexos <sup>(12)</sup>. Este resultado sugere que medidas de promoção da saúde poderiam evitar a doença ou nos casos de sua vigência atuar evitando as suas respectivas complicações. Estas medidas contribuiriam com a possível redução da demanda pela utilização de leitos hospitalares.

Este mesmo estudo mostrou que, entre os homens jovens, fatores externos são a causa de morte predominante, enquanto que, a partir dos 50 anos, depois das doenças do aparelho circulatório, as neoplasias são as causas de morte mais prevalentes <sup>(12)</sup>. Estes dados são alarmantes, pois se referem, principalmente, no caso dos homens jovens, a uma parcela produtiva da sociedade que não contribuirá mais com ela, e que, provavelmente, se não fosse pelo evento da morte, possivelmente, possuíram seqüelas que trariam mais ônus ao serviço de saúde. Analisando os homens a partir dos 50 anos, novamente são citadas as doenças circulatórias, porém, seguidas das neoplasias, que demandam grande intervenção de serviços hospitalares. Quando estabilizada, a doença traz grande sobrevida ao doente, porém com a necessidade de recursos hospitalares especializados contínuos.

No entanto, outros dados mostram que doenças infecciosas e parasitárias, e complicações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério ainda matam uma parcela da população brasileira, assim como a insistente presença da mortalidade infantil em menores de 5 anos, maior nas regiões Norte e Nordeste, similar ao padrão de mortalidade precoce observado no Brasil no início da década de 1980 <sup>(12)</sup>. Desta forma, ainda parece existir a necessidade de se atentar para a demanda relacionada às doenças infecto-contagiosas e ao parto e puerpério.

Outro estudo, no entanto, aponta o declínio das mortes infantis no período pós-neonatal, com destaque para a ocorrência das doenças

congênitas e para eventos relacionados à prematuridade <sup>(13)</sup>, provavelmente pelo emprego de alta tecnologia que aumente a chance de sobrevivência destas crianças.

Outro estudo ainda mostrou que as doenças crônico-degenerativas responderam por 66.3% da carga de doença no Brasil, enquanto que as doenças infecto-contagiosas corresponderam a 23.5% e as causas externas a 10.2%. Quando analisados os tipos de câncer, evidenciou-se que os de traquéia, brônquios, pulmões e estômago foram os mais prevalentes no Brasil. Este estudo utilizou como indicador o DALY (Disability Adjusted Life of Year – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) em relação a uma esperança de vida ideal, cujo padrão utilizado foi o do Japão (país com maior esperança de vida ao nascer do mundo, ou seja, 80 anos para os homens e 82.5 anos para as mulheres) <sup>(14)</sup>.

Algumas projeções para o ano de 2020 indicam que as doenças do aparelho circulatório permanecerão como a principal causa de mortalidade e incapacidade e que os DALYs atribuíveis a estas doenças se elevarão para aproximadamente 150 milhões pessoas, principalmente nos países em desenvolvimento. Desta forma, as doenças crônico-degenerativas (doenças isquêmicas do coração, depressão, acidentes de trânsito, doenças cerebrovasculares e doenças pulmonares), implicam em tratamento de longa duração e recuperação lenta, muitas vezes com intervenção de alto custo <sup>(14)</sup>.

Este estudo <sup>(14)</sup> corroborou os dados anteriormente mostrados sobre o perfil de mortalidade da população brasileira <sup>(12)</sup>, evidenciando que o país vivencia uma sobreposição de ocorrência de doenças crônico-degenerativas e de doenças infecto-contagiosas, o que os estudiosos chamam de carga dupla de doenças.

Isto fica evidente uma vez que regiões pobres vivenciam a mortalidade por doenças infecciosas, principalmente em menores de 5 anos, os homicídios entre os adultos jovens, e as doenças cardiovasculares e respiratórias no segmento com maior idade da população <sup>(13)</sup>.

Desta forma, simultaneamente há estratos sociais distintos com necessidades específicas que demandam serviços de saúde coerentes com o perfil de cada grupo, exigindo maior versatilidade dos gestores destes serviços frente à escassez de recursos disponíveis.

Para contribuir com a complexidade deste cenário, vários estudos apontam o aumento expressivo e acelerado da população idosa no Brasil <sup>(15-17)</sup>.

O MS evidenciou que em 1981, no Brasil, havia 6 idosos para 12 crianças de até 5 anos, enquanto que em 2004 eram 6 idosos para 5 crianças de até 5 anos <sup>(15)</sup>.

Um estudo mostrou que 25% da população idosa que vive em regiões metropolitanas exercem alguma atividade laboral. Este dado poderia influenciar na sobrevivência e maior qualidade de vida, uma vez que o idoso permanecendo ativo preserva a sua autonomia, estimula a sua funcionalidade e reforça positivamente o seu papel social <sup>(16)</sup>.

Ao compará-los com o restante da população do país, outro estudo mostrou que, entre 1991 e 2000, o número de habitantes com 60 anos ou mais aumentou duas vezes e meia, o que representa 35% em contrapartida aos 14% dos outros estratos populacionais <sup>(17)</sup>.

Algumas projeções alertam que, em 2020, o Brasil será o sexto país em número de idosos, o que equivale a, aproximadamente, 30 milhões de pessoas. Em 1960, este extrato populacional era de 3 milhões de pessoas; em 1975, era de 7 milhões; e, em 2006, de 17 milhões. Isto representa, segundo este estudo, um aumento de 600% em menos de cinquenta anos, o que significa que a cada ano 650 mil novos idosos são agregados à população <sup>(16)</sup>.

Vários outros países vivenciaram esta transição, porém de forma menos acelerada. Um exemplo disto foi a Bélgica, onde decorreram cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho <sup>(17)</sup>.

Porém, no Brasil, em menos de 40 anos, passou-se de um cenário voltado às demandas de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, caracterizada por doenças crônico-degenerativas coexistentes, próprias dos idosos, as quais exigem assistência contínua <sup>(16)</sup>.

Todos estes dados evidenciam que a população brasileira está envelhecendo, o que traz consigo a necessidade de equipamentos de saúde que contemplem essas necessidades, principalmente aquelas relacionadas à prevenção de agravos que resultem na diminuição das internações hospitalares evitáveis.

Um estudo que utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1998, da qual participaram 28.943 idosos, corrobora esta necessidade, pois mostrou que a hipertensão foi relatada por 43.9% de sua amostra, seguida por artrite/reumatismo (37.5%), doença do coração (19%), diabetes (10.3%), asma/bronquite (7.8%), doença renal crônica (6.8%), câncer (1.1%) e cirrose (0.3%). Sendo que 69% deles relataram ter no mínimo uma dessas doenças crônicas, sendo proporcionalmente maior entre mulheres (74.5%) em comparação aos homens (62.2%) <sup>(18)</sup>. Ou seja, trata-se de doenças crônicas que, se não monitoradas, podem trazer complicações e descompensação clínica, o que demanda intervenção em ambiente hospitalar, onerando o sistema de saúde.

Neste mesmo estudo, quando analisada a utilização dos serviços de saúde, 20.3% dos participantes procuraram por atendimento médico nas duas últimas semanas e foram atendidos; 44.3% consultaram-se 3 ou mais vezes no último ano, sendo que o número de consultas aumentou com a idade entre os homens; 9.3% e 4.3% dos idosos, respectivamente, tiveram uma ou no mínimo duas internações no último ano, sendo que o número de internações aumentou com a idade. O gasto médio com medicamentos de uso regular nos últimos trinta dias foi igual a 23% do valor do salário mínimo. Dos participantes, 14% tiveram alguma de suas atividades rotineiras interrompidas por problemas de saúde e 10% estiveram acamados recentemente <sup>(18)</sup>. Estes

achados evidenciam que este estrato populacional está mais vulnerável à ocorrência de doenças e suas complicações, à diminuição de sua funcionalidade, requerendo maior atenção dos serviços de saúde e fazendo uso de medicamento contínuo.

Quando analisado apenas os aspectos relacionados à funcionalidade destes idosos verificou-se que 2% deles relataram a impossibilidade de alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; 4.4% relataram a impossibilidade de abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; e 6.2% relataram a impossibilidade de caminhar mais de um quilômetro <sup>(18)</sup>. Estes números corroboram os dados anteriores, de que existe uma diminuição da funcionalidade destes indivíduos, que necessitarão, bem como as suas respectivas famílias/responsáveis, de um acompanhamento mais próximo dos serviços de saúde com os objetivos de despertá-los e orientá-los para os cuidados que se fazem necessários a partir desta nova configuração de vida. Estes objetivos têm a finalidade de proporcionar maior qualidade de vida para o idoso e seus familiares/responsáveis, bem como evitar maior comprometimento funcional, e conseqüentemente, reinternações hospitalares evitáveis.

Desta forma, diante da quantidade de leitos hospitalares disponíveis, do número crescente da demanda por internações hospitalares, da sobreposição de demandas por recursos em saúde inerentes à carga dupla de doenças e da expectativa da sociedade sobre o uso do leito hospitalar, faz-se necessário refletir sobre a utilização deste recurso e propor alternativas assistenciais seguras, eficientes e factíveis.

Em congruência a esta expectativa, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu, em 2003, um relatório mundial referente aos cuidados inovadores para condições crônicas de saúde e destacou oito elementos para aprimorar os sistemas de saúde. Estes elementos são: apoiar uma mudança de paradigma do atendimento voltado enfaticamente para as condições agudas em detrimento das crônicas; gerenciar o ambiente político com a necessidade do envolvimento da sociedade; desenvolvimento de um sistema de saúde integrado; alinhar as políticas setoriais de saúde visando à

maximização dos resultados e minimização dos desperdícios; melhor aproveitamento dos recursos humanos do setor saúde com treinamento em promoção da saúde e gerenciamento de crônicos; centralizar o tratamento no paciente e na família; apoiar os pacientes em suas comunidades; e enfatizar a prevenção dos agravos <sup>(6)</sup>.

Esta idéia está intrinsecamente relacionada com a necessidade de readequação das redes de atenção à saúde brasileira <sup>(18)</sup>, em que a partir da evidência epidemiológica atual faz-se necessário que os serviços de saúde primem pela intersectorialidade e congruência de ações, visando não somente o atendimento às condições agudas, mas também às crônicas, bem como aos seus desdobramentos singulares de cuidados <sup>(7,19)</sup>.

A Unicamp, em 2007, propôs sistematizar algumas linhas de cuidados para a atenção básica e na discussão trouxe algumas limitações do modelo organizacional atualmente preconizado pelo SUS. Dentre estas limitações foram abordados aspectos relacionados à baixa capacidade resolutive da atenção básica, bem como altas taxas de internações que poderiam ser evitadas caso a intervenção se desse em nível ambulatorial. Além disso, observaram dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais, de hospitais especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e, ainda, deficiência na articulação entre serviços de referência e contra-referência <sup>(20)</sup>.

Alguns esforços são feitos no sentido de otimizar o uso do leito hospitalar, isto é visível através da iniciativa do MS que propõe as Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, os quais visam integrar dispositivos relacionados à internação, realização de consultas, exames e auditoria assistencial <sup>(21)</sup>.

No entanto, além desta articulação do sistema de saúde em prol do uso racional dos recursos, como, por exemplo, o leito hospitalar, também se faz necessário identificar, e, se ausentes, desenvolver alternativas assistenciais para a continuidade do atendimento pós-alta hospitalar. Alguns exemplos destas alternativas para a continuidade do atendimento pós-alta hospitalar

são: atendimento domiciliário <sup>(22)</sup>, monitoramento de doentes crônicos, hospital dia, hospital de retaguarda, *hospice* e central de remoções eletivas.

Em 2007, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde no mundo e, a partir dela, evidenciou-se a necessidade de reflexão acerca de propostas assistenciais factíveis em contraponto à assistência hospitalar, com a finalidade desta ser empregada de forma racional <sup>(7,19,23)</sup>.

Outro estudo concluiu que a utilização de leitos hospitalares está diretamente ligada ao financiamento do atendimento, à rede de atenção básica disponível, à existência de programas de atenção domiciliar e outros <sup>(23)</sup>.

Diante dos dados apresentados, supõe-se que a utilização dos leitos hospitalares possa ser otimizada através da disponibilidade de alternativas assistenciais coerentes com as reais demandas de sua clientela.

A partir do embasamento apresentado pode-se vislumbrar que este contexto traz consigo grande desafio aos gestores destes recursos, pois estes têm a missão de disponibilizar à população recursos em saúde de acordo com a demanda que se apresenta, porém atentando para as expectativas desta população e para o orçamento financeiro pré-definido pela fonte pagadora/cuidadora.

Estes gestores necessitam conhecer o perfil da sua clientela para que o recurso seja disponibilizado de forma racional. Para tanto, faz-se necessário que estes tenham à disposição, de forma sistematizada e objetiva, informações clínicas e sociais que subsidiem a tomada de decisão quanto ao uso do leito hospitalar, bem como a proposição para o desenvolvimento de uma rede de atenção à saúde que vise a intersectorialidade para manutenção da assistência, porém num equipamento de saúde coerente com a demanda singular do doente.

Visando agregar respostas a esta questão, este trabalho pretende analisar a hipótese de que os registros dos prontuários hospitalares podem ser utilizados como subsídio para a gestão em saúde.

## **2.0.0 O Estado da Arte**

Atualmente, o hospital está inserido numa estrutura pré-estabelecida pelo SUS e deve atender às demandas em saúde da sociedade, bem como as suas expectativas.

Para tanto, pareceria ser relevante que o gestor tivesse à disposição um banco de dados que permitisse a associação das variáveis para uma tomada de decisão coerente com este contexto.

No entanto, não foi localizado nenhum estudo que trouxesse para discussão o uso da informação sistematizada como ferramenta de gestão do uso hospitalar e extra-hospitalar.

Os autores desta temática discorrem sobre a necessidade de repensar esta estrutura pré-estabelecida, com a finalidade de otimizar o sistema de saúde brasileiro, e conseqüentemente, o uso do leito hospitalar <sup>(5-7,19,23)</sup>.

Estando esta idéia intrinsecamente relacionada com a necessidade de readequação da rede de atenção à saúde brasileira <sup>(19)</sup>, em que a partir das demandas em saúde, como por exemplo, a evidência da carga-dupla de doenças, faz-se necessário que os serviços de saúde primem pela intersectorialidade e congruência de ações, visando atender aos desdobramentos singulares de cuidados da sociedade que demanda estes serviços <sup>(7,19)</sup>.

Porém, para conseguir alcançar este objetivo foi verificada a ausência de artigos científicos que propusessem um procedimento de utilização da informação em prol do uso racional do hospital.

Portanto, apesar da relevância do tema referente ao uso do leito hospitalar, poucos estudos têm sido produzidos, e nenhum foi localizado relacionando o uso do registro de prontuários hospitalares como subsídio para a tomada de decisão em âmbito hospitalar e extra-hospitalar.

Um dos poucos trabalhos nesta temática <sup>(19)</sup> aborda as mudanças necessárias na gestão em saúde para o século XXI, trazendo elementos relacionados à necessidade do desenvolvimento e prática da gestão baseada em evidências, bem como a mudança da gestão das condições agudas unicamente para a inclusão da gestão das condições crônicas, o que traz consigo o desafio de integrar os serviços de saúde para o atendimento coerente das demandas em saúde <sup>(19)</sup>.

O autor deste estudo ainda propõe, a partir do pressuposto da hierarquização dos serviços de saúde, a horizontalização destes serviços em detrimento da verticalização isolada, ou seja, sem comunicação com os outros equipamentos de saúde disponíveis <sup>(19)</sup>.

Esta proposta evidencia uma rede de atenção à saúde na qual o hospital passaria da figura centralizadora e resolutiva da maioria dos problemas de saúde, sejam eles de quaisquer naturezas, para a posição de um equipamento de saúde voltado para a resolução de problemas complexos que necessitem da sua estrutura <sup>(19)</sup>.

Ele ainda propõe que esta rede de atenção à saúde contemple outros equipamentos de saúde, além do hospital, como: hospital dia, centro de especialidades, centro de enfermagem, atenção domiciliar, unidade básica de saúde e serviços de apoio diagnóstico <sup>(19)</sup>.

Para isto, ele finaliza destacando que o gestor em saúde deve ter algumas competências, as quais circulam em torno da necessidade de desenvolvimento do saber científico crítico, utilizando-o como ferramenta de implementação e avaliação das ações <sup>(19)</sup>.

Outro estudo que corrobora a idéia apresentada é o relatório da OMS, publicado em 2003, intitulado *“Cuidados Inovadores para Condições Crônicas”* <sup>(6)</sup>. A seção inicial aponta que vários países, independentemente da sua condição econômica, gastam bilhões de dólares com internações hospitalares evitáveis, com o uso de recursos onerosos e com uma infinidade

de informações clínicas inúteis que não revertem na melhoria da gestão e, tampouco na qualidade do serviço e satisfação de sua clientela <sup>(6)</sup>.

Além disso, ele propõe uma rede horizontal de atenção à saúde com o desempenho de uma equipe multidisciplinar visando à promoção da saúde, a prevenção das doenças, a intervenção hospitalar (quando necessária) e a reabilitação <sup>(6)</sup>.

Neste relatório, a OMS traz uma série de iniciativas de vários países que contribuíram com o uso racional do leito hospitalar. Porém, em todas as iniciativas elencadas existe a presença da necessidade de integração dos serviços de saúde em prol da otimização do hospital <sup>(6)</sup>.

Um exemplo desta idéia foi uma iniciativa de uma organização de saúde norte-americana que criou equipes multidisciplinares de atenção básica que estão vinculadas à assistência e à dispensação de medicamentos, aconselhamento telefônico, centros de marcação de consultas e gerenciamento de doentes crônicos. Este contexto estabelece uma rede de atenção que abrange desde o atendimento ambulatorial até o atendimento hospitalar (quando necessário) <sup>(6)</sup>.

Ainda neste cenário de alternativas assistenciais ao uso do leito hospitalar, um grupo de estudiosos <sup>(24)</sup>, traz para discussão a assistência domiciliária como potência para que os gestores revejam o significado das tecnologias utilizadas no cuidado à saúde, a partir da identificação do domicílio como espaço possível para a prática segura da assistência, através da implementação de tecnologia e da atuação de uma equipe multidisciplinar engajada e alinhada com o paciente e a família <sup>(24)</sup>.

Eles evidenciam as vantagens do atendimento domiciliário, ressaltando que, para o hospital, há uma utilização racional do leito com o aumento da sua disponibilidade através da diminuição do tempo de permanência. Também se destaca que, além desta visão pontual voltada para o hospital, o atendimento domiciliário promove uma maior integração entre os serviços

hospitalares e extra-hospitalares, demonstrando a integralidade dos equipamentos de saúde <sup>(6)</sup>.

Outro estudo também aborda indiretamente o uso do leito hospitalar através da proposição do atendimento domiciliário como alternativa assistencial a este recurso <sup>(25)</sup>.

Ele trata o atendimento domiciliário como uma estratégia na reversão da cultura hospitalocêntrica, propiciando um enfoque na promoção da saúde e na prevenção dos agravos <sup>(25)</sup>.

Os altos custos sociais com a atenção hospitalar vinculada às altas taxas de internação e o uso crescente de tecnologia de ponta, com o agravante da baixa qualidade e conseqüente insatisfação junto à sua clientela, foram apontados como justificativa para repensar o objetivo do hospital <sup>(25)</sup>.

Os autores também vislumbram o desenvolvimento de outros equipamentos de saúde, além do atendimento domiciliário, como: hospital dia e centros de auto-cuidado, nos quais seria possível a inserção do paciente e da família nos cuidados necessários <sup>(25)</sup>.

Diante destes estudos que corroboram algumas idéias entre si, verifica-se a preocupação no desenvolvimento de uma reforma na estrutura do sistema de saúde brasileiro com o objetivo de melhorar a sua eficiência.

No entanto, é importante salientar que os autores desenvolvem o assunto propondo alternativas e abordando indiretamente a figura do hospital, porém sem debater as fontes dos registros e os tratamentos de informação necessários para a tomada de decisão.

Paralelamente à discussão relacionada à estrutura do sistema de saúde, outro artigo científico <sup>(26)</sup> aborda as tendências para a gestão hospitalar evidenciando as variáveis que poderiam exercer influência. Entre estas variáveis são destacados alguns aspectos, como <sup>(25)</sup>:

- envelhecimento acelerado da população,
- carga-dupla de doenças,
- ampliação das categorias profissionais na área da saúde e a busca pela afirmação do espaço para a prática assistencial,
- investimento e uso de tecnologia de ponta,
- medicalização em detrimento da promoção à saúde através da adoção de estilos de vida saudáveis,
- alto custo da assistência à saúde pelo aumento da demanda e pelo uso de alta tecnologia,
- expectativa da população sobre o serviço prestado,
- interface com o sistema judiciário, que impõe decisões, muitas vezes sem ter à disposição os elementos necessários para a tomada de decisão,
- equidade a partir da singularidade de demandas do sujeito,
- hospitalocentrismo como idéia de que o hospital é o local único de resolução dos problemas de saúde,
- fracionamento do cuidado em detrimento da integralidade da assistência,

- baixa resolutividade dos hospitais.

Ele aponta também, a tendência da redução do número de leitos hospitalares clínicos. Diante disso, indica que é necessária a criação de escalas econômicas mais adequadas para serviços com maior complexidade e com grande concentração de alta tecnologia. Esta lógica evidenciaria o fim dos pequenos hospitais e o fortalecimento da parceria entre os serviços a fim de assegurar a integralidade da assistência <sup>(25)</sup>.

Além disso, neste trabalho, o autor aborda algumas atitudes que estão sendo implementadas, entre as quais a desospitalização, a qual está relacionada à adoção de alternativas assistenciais ao hospital, como por exemplo: atendimento domiciliário, hospital dia e monitoramento de doentes crônicos <sup>(25)</sup>.

Diante disso, ele destaca alguns desafios para a gestão em saúde no século XXI, como <sup>(25)</sup>:

- gestão da informação: já que não há à disposição um programa de informática que abarque as necessidades de gestão, dificultando o acesso à informação e à tomada de decisão.
- controle do custo e da eficiência do serviço: para tanto, são citadas algumas ferramentas de gestão como, por exemplo, o Planejamento Estratégico e as parcerias com órgãos de auditoria externa.
- integralidade da assistência, com ênfase no fortalecimento da atenção básica como equipamento diretamente relacionado ao uso do hospital, quando a assistência primária não ocorre ou ocorre de forma insatisfatória.

- envolvimento do médico não somente na assistência, mas também na gestão do caso, como membro de uma equipe multidisciplinar.

Neste estudo, vale ressaltar que o autor <sup>(25)</sup>, traz o desafio de atentar para a eficiência hospitalar, aprimorar a intersectorialidade e gerir a informação. Aponta, inclusive, a necessidade de se desenvolver programas de informática que atendam às necessidades do gestor.

Desta forma, corrobora a necessidade do gestor ter à disposição registro de dados confiáveis e completos num banco de dados que permita o seu tratamento estatístico, o qual embasará a tomada de decisão em evidências de gestão.

Ele finaliza apontando algumas perspectivas obrigatórias para o futuro com a necessidade de <sup>(25)</sup>:

- definir a capacidade de sustentabilidade dos serviços hospitalares,
- desenvolver a capacidade de regulação entre o serviço público e o serviço privado,
- aprimorar a gestão por meio da tecnologia da informação,
- desenvolver o trabalho multidisciplinar coerente.

Diante do que foi apresentado fica evidente que este último autor avança na discussão indireta do uso do leito hospitalar, frente à necessidade de readequação do sistema de saúde brasileiro.

O incremento aponta a necessidade de informação para a prática segura da gestão tanto do hospital, como para a proposição de uma rede de atenção à saúde adequada às demandas e à expectativa da sociedade. No

entanto, o avanço apenas poderia ocorrer na presença de registros pertinentes e totalmente preenchidos

Apesar da importância apontada da necessidade de repensar o objetivo do hospital, assim como propor alternativas ao seu uso, vale reiterar que nulos são os estudos sobre o desenvolvimento de ferramentas que permitam ao gestor, a partir de dados clínicos e sociais, identificar e mensurar as demandas de cuidados para a alocação coerente de recursos em ambiente hospitalar, bem como para a proposição de atendimento em outro tipo de serviço extra-hospitalar.

Os estudos localizados referentes ao uso de ferramentas vinculadas ao ambiente hospitalar <sup>(27-29)</sup> se referem ao levantamento de demandas de cuidados utilizados basicamente no dimensionamento de pessoal para a assistência em ambiente hospitalar <sup>(27)</sup>, para identificar e mensurar o grau de complexidade do paciente assistido no hospital com proposta de atendimento domiciliário, visando a alocação coerente de recursos <sup>(28)</sup>, e para identificar pacientes com risco de internação hospitalar <sup>(29)</sup>, os quais não se baseiam somente no uso do registro dos prontuários hospitalares.

Diante dos elementos apresentados, verifica-se que há estudos insipientes destacando a importância de se refletir sobre o impacto do uso irracional do leito hospitalar sem critérios objetivos para o seu uso.

Porém, em contrapartida, são inexistentes os estudos sistematizados com indicadores de gestão, a partir da análise dos registros dos prontuários hospitalares, que embasem a tomada de decisão, o que, por sua vez, remete à idéia de uma prática amadora baseada em conhecimento leigo.

Todavia, vale ressaltar que empiricamente tanto no setor público, quanto no privado inicia-se a reflexão sobre o tema, e algumas iniciativas emergem da necessidade de otimizar o leito hospitalar, a partir das alternativas assistenciais extra-hospitalares. Porém, ainda sem a sistematização do registro de dados e tratamento estatístico que atenda à demanda do gestor.

### **3.0.0 Objetivos**

#### **3.1.0 Objetivo Geral**

Analisar o registro dos prontuários hospitalares como subsídio para a gestão em saúde.

#### **3.2.0 Objetivos Específicos**

- Identificar as variáveis clínicas e sociais nos registros dos prontuários hospitalares da clientela que utilizou os leitos hospitalares.
  
- Associar as variáveis clínicas e sociais dos registros dos prontuários hospitalares com as variáveis tempo de permanência e número de cuidados no momento da admissão e da saída.

#### **4.0.0 Casuística e Método**

##### **4.1.0 Delineamento do Estudo**

O estudo é do tipo descritivo, transversal e associativo.

##### **4.2.0 Local do Estudo**

Os dados foram coletados no período de 12/07/2010 a 21/07/2010, em dois hospitais públicos do município de São Paulo, sob gestão político-econômica da Autarquia Municipal da Cidade de São Paulo, a partir da análise dos prontuários hospitalares de pacientes egressos que estiveram internados em abril/2010

Vale mencionar que a Prefeitura do Município de São Paulo dispõe de duas modalidades de gestão dos seus serviços hospitalares, uma desempenhada pelas Organizações Sociais em 4 hospitais e outra desempenhada pela Autarquia Municipal da Cidade de São Paulo em 14 hospitais.

A escolha pela análise dos registros dos prontuários hospitalares de instituições vinculadas à Autarquia Municipal da Cidade de São Paulo ocorreu por esta apresentar maior número de hospitais sob sua responsabilidade e por possuir como histórico organizacional a prática na administração exclusiva de serviços públicos.

O Quadro 1 a seguir mostra a distribuição dos hospitais públicos municipais de São Paulo, de acordo com a região em que está localizado.

Quadro 1 – Relação de hospitais públicos municipais de São Paulo, segundo a região. São Paulo, 2010.

Região	Hospital
Centro	Menino Jesus Servidor Público Municipal
Leste	Carmem Prudente Prof. Dr. Alípio Correa Netto Prof. Dr. Waldomiro de Paula Dr. Ignácio Proença de Gouvêa Tide Setubal Dr. Benedito Montenegro Dr. Carmino Caricchio Dr. Alexandre Zaio São Luiz Gonzaga
Norte	Dr. Mário de M. A. da Silva Dr. José Soares Hungria Vereador José Storopoli
Oeste	Prof. Mario Degni

Sul	Dr. Arthur Ribeiro Saboya Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha Dr. Moysés Deutsch
-----	--

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo / Coordenação de Epidemiologia e Informação. São Paulo, 2010.

Os dois hospitais que serviram como local de estudo foram resultados da viabilidade do contato prévio com os seus respectivos Diretores Técnicos e da conseqüente autorização para a coleta dos dados. A partir deste momento eles serão nomeados como Hospital A e Hospital B.

O Hospital A possui 184 leitos, enquanto que o Hospital B possui 107 leitos disponíveis para internação. Ambos se caracterizam como hospitais secundários, a partir da perspectiva de hierarquização dos serviços de saúde preconizada pelo SUS.

Tabela 1 – Distribuição dos leitos disponíveis dos hospitais, segundo a unidade de internação. São Paulo, 2010.

Unidade de Internação	Hospital	
	A	B
Cirurgia Geral	16	12
Ginecologia	6	5
Obstetrícia	24	13
Ortopedia	5	-
Clínica Geral	55	37
Neonatologia	6	11
Pediatria	21	20
Psiquiatria	29	2
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	5	7

Unidade de Terapia Intensiva Neonatologia	7	-
Unidade de Terapia Semi-Intensiva Adulto	2	-
Unidade de Terapia Semi-Intensiva Neonatologia	8	-
Total	184	107

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo / Coordenação de Epidemiologia e Informação. São Paulo, 2010.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos leitos disponíveis no Hospital A e no Hospital B, segundo a unidade de internação.

O Hospital A dispõe, além dos leitos para internação supracitados, de uma modalidade de assistência que ocorre no domicílio, a qual é denominada de “Programa Hospital Domiciliar (PHD) da Secretaria de Saúde Municipal da Cidade de São Paulo”, que presta atendimento a aproximadamente 20 pacientes.

O PHD está presente em 7 dos 18 hospitais públicos do município de São Paulo. Entre os 14 hospitais sob gestão político-econômica da Autarquia Municipal da Cidade de São Paulo, o PHD está presente em 5.

Este programa visa otimizar a utilização dos leitos hospitalares, acompanhar o período pós-alta hospitalar e promover a recuperação do doente em ambiente familiar. Ele preconiza a necessidade de um cuidador identificado pela família/responsável, bem como a conformidade de alguns aspectos mínimos relacionados à moradia que viabilizem o atendimento. A equipe multidisciplinar envolvida é proveniente do hospital no qual o doente esteve internado. O nível de complexidade dispensado é aquele em que não há necessidade de ventilação mecânica, monitoramento contínuo, administração de medicamento complexo e em intervalos de tempo reduzido e que demande profissional de enfermagem no domicílio <sup>(30)</sup>.

#### 4.3.0 Critérios de Elegibilidade

Tendo em vista a proposta desta pesquisa, foram estabelecidos os

critérios de inclusão dos prontuários hospitalares dos pacientes egressos, como seguem:

#### **4.3.1 Critérios de Inclusão**

- Ter o aceite da direção dos hospitais em que os dados foram coletados, por meio do “Termo de Responsabilidade” (TR) (Anexo 1 e Anexo 2),
  
- Ter data de internação hospitalar em abril de 2010.

#### **4.4.0 Procedimento de Coleta de Dados**

Após aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, registrada sob o nº 867/2009/CEP-EEUSP (Anexo 3), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo, registrada sob o nº 221/2010/CEP-SMS (Anexo 4), a pesquisadora solicitou a autorização para a coleta dos dados à direção do Hospital A e do Hospital B.

Estes hospitais foram selecionados segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no qual são apontados como estabelecimentos de saúde com leitos destinados à internação hospitalar no município de São Paulo, que possuem como mantenedora a Prefeitura da Cidade de São Paulo <sup>(31)</sup>.

Com o aceite da direção dos referidos hospitais para a realização da pesquisa, por meio do “Termo de Responsabilidade” (Anexo 1 e Anexo 2), a pesquisadora foi até o Serviço de Arquivo Médico (SAME) dos hospitais públicos do município de São Paulo selecionados, no período de 12/07/2010 a 21/07/2010, para iniciar a coleta dos dados.

Para tanto, o SAME de cada hospital disponibilizou os prontuários hospitalares de pacientes egressos em abril de 2010, sendo as informações

referentes às demandas de cuidados registradas no “Formulário de Demanda de Cuidados” (Anexo 5).

Vale informar que se optou pela coleta dos dados referente à abril de 2010, pois no período em que a coleta dos dados ocorreu este era o mês de referência mais recente possível em que se tinham todos os prontuários disponíveis para análise no SAME de cada hospital.

#### **4.5.0 Instrumentos para Coleta de Dados**

##### **4.5.1 Formulário de Demanda de Cuidados (Anexo 5)**

Este instrumento teve a finalidade de registrar informações relativas às demandas de cuidados dos pacientes egressos dos 2 hospitais públicos do município de São Paulo.

A sua formulação foi realizada a partir da necessidade de identificar e mensurar os cuidados em ambiente hospitalar com o objetivo de embasar a tomada de decisão no contexto da gestão em saúde.

Alguns estudos trouxeram esta idéia para discussão <sup>(27-29)</sup>. Um deles através de uma revisão bibliográfica dos instrumentos disponíveis para mensuração dos cuidados e do grau de dependência do paciente a ser assistido em ambiente domiciliar, cujo objetivo foi dimensionar os recursos no domicílio <sup>(28)</sup>. Outro testou um instrumento com o objetivo de identificar idosos com maior propensão ao uso do hospital, utilizando dados referentes ao uso dos equipamentos de saúde e dados demográficos <sup>(29)</sup>. Por fim, outro estudo validou um instrumento que identificou as demandas de cuidados em ambiente hospitalar com o objetivo de classificar estes pacientes quanto ao grau de dependência visando a alocação de recursos coerentes <sup>(27)</sup>.

Desta forma, o instrumento desenvolvido contemplou variáveis presentes nos estudos supracitados <sup>(27-29)</sup> e agregou outras visando a finalidade proposta. Estas variáveis foram divididas em dois estratos: social e clínica, as quais foram mensuradas no momento da admissão e da saída. Os

itens incluídos no instrumento para coleta de dados estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Relação dos aspectos abordados no “Formulário de Demanda de Cuidados” (Anexo 5), segundo o estrato das variáveis. São Paulo, 2010.

Estrato	Variáveis
Social	Sexo Idade Presença e identificação de acompanhante
Clínica	Tempo de permanência Local da internação Hipótese diagnóstica Motivo da saída Evolução clínica Estabilidade clínica pressão arterial (PA) frequência cardíaca (FC) frequência respiratória (FR) temperatura axilar (T) dor  Funcionalidade alimentação banho locomoção

<p><b>Proposta terapêutica (Cuidados Básicos)</b>                  Nutrição Assistida por via oral                  Antibioticoterapia por via oral                  Anticoagulação por via oral                  Outros medicamentos por via oral                  Nutrição por SNE ou GTT                  Antibioticoterapia por SNE ou GTT                  Outros medicamentos por SNE ou GTT                  Glicemia Capilar                  Insulinoterapia                  Inalação                  Restrição ao leito                  Eliminações em fralda                  Colostomia</p> <p><b>Proposta terapêutica (Cuidados Invasivos)</b>                  Antibioticoterapia via intramuscular                  Outros medicamentos via intramuscular                  Antibioticoterapia via endovenosa                  Outros medicamentos via endovenosa                  Reposição de eletrólitos via endovenosa                  Hemoterapia                  Ventilação Mecânica                  Oxigenioterapia                  Aspiração de traqueostomia                  Aspiração de vias aéreas superiores                  Hemodiálise                  Diálise Peritoneal                  Cateterismo Vesical de Demora                  Dreno                  Exames Complementares                  Estomaterapia                  Incubadora                  Fototerapia                  Fisioterapia                  Terapia Ocupacional</p>
--

Para a avaliação da estabilidade clínica foram utilizados os parâmetros descritos no Quadro 3 <sup>(32)</sup>. Sendo que para a PA, foi considerado normal somente quando a pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão arterial diastólica (PAD) estiveram simultaneamente dentro dos parâmetros de normalidade preconizados.

Quadro 3 – Apresentação das variáveis de estabilidade clínica, segundo os parâmetros de normalidade. São Paulo, 2010 <sup>(32)</sup>.

Variáveis de Estabilidade Clínica	Parâmetros de Normalidade
Frequência Cardíaca (FC) (em bpm)	Adulto: 60 H 100 Criança: 90 H 140 Lactente: 120 H 160
Frequência Respiratória (FR)	Adulto: 15 H 20

(em ipm)	Criança:	20		30
	Lactente:	230		40
Pressão Arterial (PA) (em mmHg)	até 1 mês	até		60 x 40
	1 a 12 meses	até		85 x 55
	1 a 5 anos	até		95 x 65
	6 a 9 anos	até		105 x 65
	10 a 13 anos	até		110 x 65
	14 a 17 anos	até		120 x 75
	18 a 59 anos	de	110 x 60 até	130 x 85
	≥ 60 anos	até		140 x 90
Temperatura Axilar (T) (em °C)	≤ 37,4			

Para a avaliação da dor foi utilizada a escala numérica em que 0 (zero) representa nenhuma dor e 10 (dez) a máxima dor possível <sup>(33)</sup>. Esta ferramenta foi escolhida por ser largamente utilizada na prática clínica. No entanto, se durante a coleta dos dados outro tipo de ferramenta que avalie a dor fosse identificada, a pesquisadora registraria o nome da ferramenta e o valor atribuído a ela.

#### 4.6.0 Procedimento Ético

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, registrada sob o nº 867/2009/CEP-EEUSP (Anexo 3), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo, registrada sob o nº 221/2010/CEP-SMS (Anexo 4), cujos comitês atendem as exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

#### 4.6.1 Termo de Responsabilidade (TR) (Anexo 1 e Anexo 2)

Este documento teve o objetivo de registrar o aceite da direção de cada um dos 2 hospitais públicos do município de São Paulo previamente selecionados, com a finalidade de que os aspectos éticos envolvidos fossem assegurados.

Vale mencionar que não foi elaborado e aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que o objeto de estudo se referiu aos prontuários hospitalares de pacientes egressos do serviço de saúde, o que inviabilizaria esta pesquisa na necessidade de localizar cada um dos pacientes destes prontuários para formalização do aceite.

Porém, no TR a pesquisadora se comprometeu junto à direção dos hospitais a assegurar o sigilo das informações coletadas e a manipulá-las a partir dos preceitos éticos preconizados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

#### 4.7.0 Tratamento Estatístico

A quantidade de prontuários analisados foi definida por cálculo amostral, partindo-se do pressuposto que o uso dos cuidados estaria próximo de 50% dos casos.

Desta forma, para se obter uma estimativa deste percentual com um desvio de 5% e nível de confiança de 95%, fez-se necessário a análise de no mínimo 192 casos por hospital estudado, totalizando no mínimo 384 casos, conforme fórmula para cálculo do tamanho da amostra para uma estimativa confiável da proporção populacional de prontuários ( $p$ )<sup>(34)</sup>, a qual é dada por:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Onde:

$n$  = número de prontuários na amostra

$Z^2_{\alpha/2}$  = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

- p = proporção populacional de prontuários que pertence à categoria de interesse no estudo.
- q = proporção populacional de prontuários que não pertence à categoria de interesse no estudo ( $q = 1 - p$ ).
- E = margem de erro ou “erro máximo de estimativa”, a qual identifica a diferença máxima entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional ( $p$ ).

A análise dos dados inicialmente foi feita descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos e do cálculo de médias, desvios-padrão e mediana. Para as variáveis qualitativas foram calculadas as freqüências absolutas e relativas.

Para a análise de associações entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson <sup>(35)</sup>, uma vez que foi observado o padrão de normalidade, sendo o nível de significância de 5% utilizado para os testes.

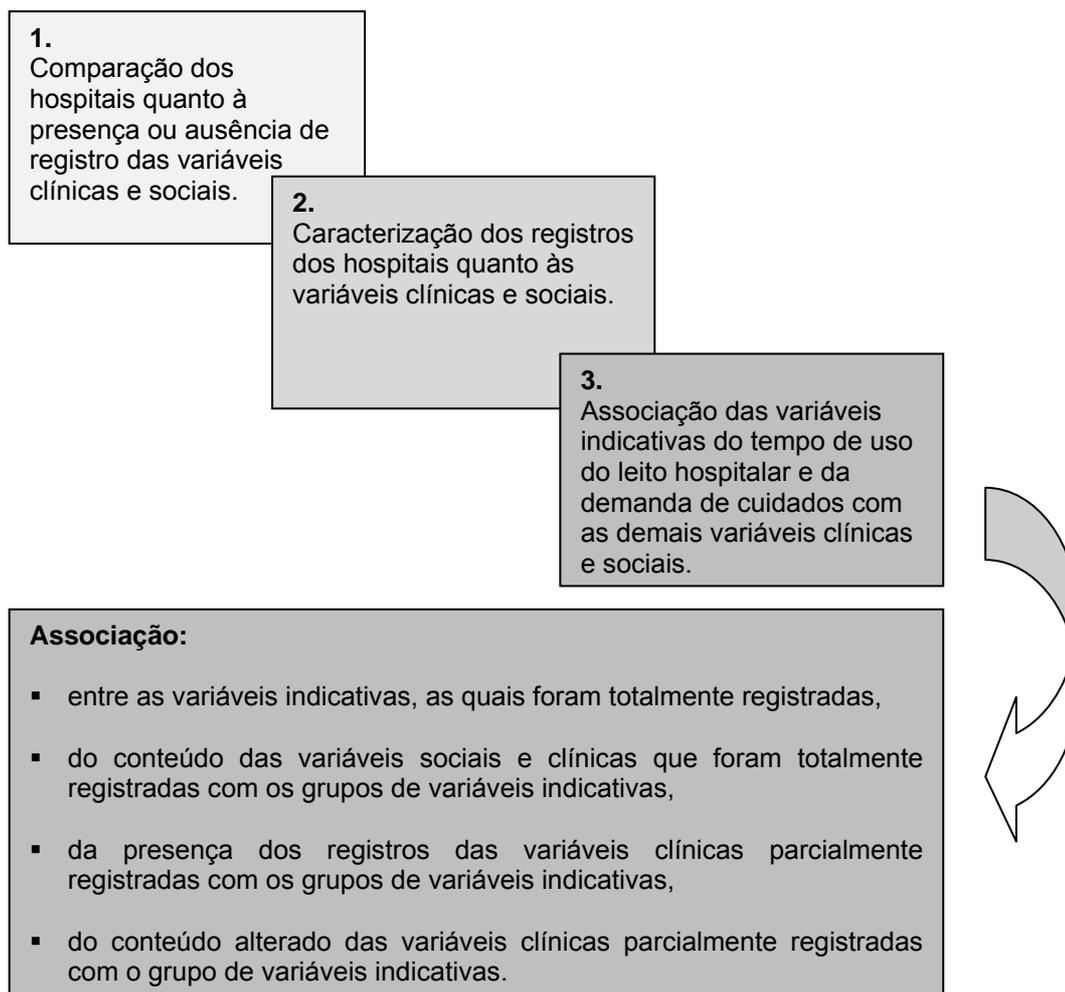
Estas análises associativas partiram da perspectiva de duas variáveis indicativas de gestão do leito hospitalar: tempo de permanência e número de cuidados. Sendo que a variável “Tempo de Permanência” evidenciou o tempo de uso do leito hospitalar, enquanto que a variável “Número de Cuidados” evidenciou a demanda de cuidados do paciente que utilizou o leito hospitalar nos momentos da admissão e da saída.

A fim de assegurar a representatividade dos resultados e considerando que, em abril de 2010, no Hospital A, houve 423 internações e que, no Hospital B, houve 412 internações, e que o número de saídas neste período foi superior a 51% do número de internações, foram analisados 215 prontuários de cada hospital, ou seja, 50.8% dos prontuários do Hospital A e 52.2% dos prontuários do Hospital B, totalizando uma amostra de 430 prontuários analisados.

### **5.0.0 Resultados**

Os resultados serão apresentados a partir de três perspectivas conforme descrição e esquema abaixo:

- Comparação dos hospitais quanto à presença ou ausência de registro das variáveis clínicas e sociais,
- Caracterização dos registros dos hospitais quanto às variáveis clínicas e sociais,
- Associação das variáveis indicativas do tempo de uso do leito hospitalar e da demanda de cuidados com as demais variáveis clínicas e sociais.



### 5.1.0 Comparação dos hospitais quanto à presença ou ausência de registro das variáveis clínicas e sociais

Neste primeiro momento os dados coletados foram divididos em dois grandes grupos.

O primeiro deles se refere às variáveis que apresentaram a presença do registro dos dados na totalidade da amostra. Enquanto que o segundo grupo se refere às variáveis em que se observou registro parcial dos dados.

A análise inicial comparou as variáveis supracitadas entre os hospitais, a fim de verificar a eventual presença de semelhança ou diferença estatisticamente significativa entre os dois locais de estudo.

Esta prerrogativa teve o objetivo de direcionar a análise e a apresentação dos resultados a partir de uma perspectiva voltada para um grupo único por ser igual ou para dois grupos no caso de terem características diferentes.

Os resultados referentes a esta comparação estão expostos a seguir na Tabela 2 e na Tabela 3:

Tabela 2 – Comparação entre os hospitais, segundo as variáveis totalmente registradas. São Paulo, 2010.

Variáveis com Registro Total	r*	p*
Sexo	0,018	0,795
Idade	0,025	0,713
Número de Diagnósticos	0,063	0,360
Evolução Clínica	-0,018	0,798
Tempo de Permanência	0,316	p<0.0001
Número de Cuidados na Admissão	-0,025	0,721
Número de Cuidados na Saída	0,105	0,124

(\*) Pearson

Legenda:  Significância estatística ausente  
 Significância estatística presente

A Tabela 2 mostra as variáveis totalmente registradas e aponta que entre a maioria das variáveis existe ausência de diferença estatisticamente significativa entre os hospitais.

A exceção encontra-se na variável “Tempo de Permanência”, a qual evidenciou a presença de significância estatística positiva entre os hospitais.

Isto significa que ambos os hospitais apresentam padrão diferente com relação ao tempo de permanência, porém com relação às demais variáveis os hospitais apresentam padrão semelhante.

Tabela 3 – Comparação entre os hospitais, segundo as variáveis parcialmente registradas nos momentos da admissão e da saída. São

Paulo, 2010.

Variáveis com Registro Parcial	admissão		saída	
	r*	p*	r*	p*
PA	0,833	p<0,0001	<i>perfect line</i>	
FC	0,792	p<0,0001	0,966	p<0,0001
FR	0,652	p<0,0001	0,576	p<0,0001
T	0,530	p<0,0001	0,685	p<0,0001
Dor	0,314	p<0,0001	0,193	0,005
Alimentação	0,314	p<0,0001	0,310	p<0,0001
Banho	0,399	p<0,0001	0,399	p<0,0001
Locomoção	0,294	p<0,0001	0,464	0,005

(\*) Pearson

Legenda:

	Significância estatística ausente
	Significância estatística presente

A Tabela 3 mostra as variáveis que possuíam registros parciais e aponta que, entre a maioria das variáveis, existe diferença estatística significativa entre os hospitais, exceto no que se refere às variáveis “Dor” e “Locomoção” no momento da saída, nas quais se verificou ausência de associação estatisticamente significante.

Isto significa que ambos os hospitais apresentam padrão diferente com relação à grande maioria das variáveis que possuíam registros parciais, exceto às variáveis “Dor” e “Locomoção” no momento da saída.

Portanto, a Tabela 2 e a Tabela 3 mostraram que os registros dos hospitais são diferentes quanto à maioria das variáveis estudadas. Desta forma, os dados foram tratados e serão apresentados separadamente por hospital.

### 5.2.0 Caracterização dos registros dos hospitais quanto às variáveis clínicas e sociais

Neste momento será apresentada a caracterização da amostra sob a perspectiva das variáveis clínicas e sociais.

Tabela 4 – Caracterização da amostra do Hospital A, segundo o registro do grupo etário e do sexo. São Paulo, 2010.

---

Grupo Etário	Sexo				Subtotal	
	feminino		masculino		n	%
	n	%	n	%		
Criança abaixo de 1 ano	4	4,4	8	6,5	12	5,6

---

	1 a 2 anos	10	11,0	15	12,1	25	11,6
	3 a 4 anos	3	3,3	5	4,0	8	3,7
	5 a 9 anos	2	2,2	5	4,0	7	3,3
	10 a 12 anos	-	-	-	-	-	-
	13 a 14 anos	2	2,2	-	-	2	0,9
Subtotal		21	23,1	33	26,6	54	25,1
Adolescente	15 a 19 anos	3	3,3	4	3,2	7	3,3
Subtotal		3	3,3	4	3,2	7	3,3
Adulto	20 a 24 anos	2	2,2	9	7,3	11	5,1
	25 a 29 anos	8	8,8	9	7,3	17	7,9
	30 a 39 anos	8	8,8	16	12,9	24	11,2
	40 a 49 anos	8	8,8	19	15,3	27	12,6
	50 a 59 anos	11	12,1	15	12,1	26	12,1
Subtotal		37	40,7	68	54,8	105	48,8
Idoso	60 a 69 anos	5	5,5	6	4,8	11	5,1
	70 a 79 anos	16	17,6	5	4,0	21	9,8
	acima de 80 anos	9	9,9	8	6,5	17	7,9
Subtotal		30	33,0	19	15,3	49	22,8
Total		91	100	124	100	215	100

Tabela 5 – Caracterização da amostra do Hospital B, segundo o registro do grupo etário e do sexo. São Paulo, 2010.

Grupo Etário	Sexo				Subtotal		
	feminino		masculino		n	%	
	n	%	n	%			
Criança	abaixo de 1 ano	6	6,2	12	10,2	18	8,4
	1 a 2 anos	5	5,2	9	7,6	14	6,5
	3 a 4 anos	2	2,1	3	2,5	5	2,3
	5 a 9 anos	-	-	3	2,5	3	1,4
	10 a 12 anos	1	1,0	2	1,7	3	1,4

	13 a 14 anos	1	1,0	3	2,5	4	1,9
Subtotal		15	15,5	32	27,1	47	21,9
Adolescente	15 a 19 anos	7	7,2	4	3,4	11	5,1
Subtotal		7	7,2	4	3,4	11	5,1
Adulto	20 a 24 anos	11	11,3	9	7,6	20	9,3
	25 a 29 anos	7	7,2	4	3,4	11	5,1
	30 a 39 anos	21	21,6	16	13,6	37	17,2
	40 a 49 anos	10	10,3	18	15,3	28	13,0
	50 a 59 anos	9	9,3	17	14,4	26	12,1
Subtotal		58	59,8	64	54,2	122	56,7
Idoso	60 a 69 anos	5	5,2	8	6,8	13	6,0
	70 a 79 anos	6	6,2	7	5,9	13	6,0
	acima de 80 anos	6	6,2	3	2,5	9	4,2
Subtotal		17	17,5	18	15,3	35	16,3
Total		97	100	118	100	215	100

As Tabelas 4 e 5 mostram a caracterização dos hospitais segundo o grupo etário e o sexo.

Estas tabelas evidenciam que, segundo os registros, os indivíduos do sexo masculino utilizaram mais os leitos hospitalares em comparação às mulheres.

Porém, analisando-se os registros dos hospitais separadamente, verificou-se que isto não ocorre homogeneamente em ambos os hospitais. No Hospital A, as mulheres dos grupos etários “Adolescente” e “Idoso” utilizam mais os leitos hospitalares do que os homens, enquanto que no Hospital B as mulheres dos grupos etários “Adolescente”, “Adulto” e “Idoso” utilizam mais os leitos hospitalares em comparação aos homens.

Quando analisadas as tabelas conjuntamente sobre a perspectiva do sexo, os registros mostram que as crianças do sexo masculino utilizaram mais os leitos hospitalares em comparação às crianças do sexo feminino.

Porém, a partir dos registros verificou-se que, dentre os meninos, as internações hospitalares persistiram até o grupo etário de 5 a 9 anos, o que difere proporcionalmente entre as meninas desta idade, que se apresentam em número reduzido.

Os registros apontaram que aqueles nas idades de 30 a 59 anos foram responsáveis por 35.9% das internações no Hospital A e por 42.3% no Hospital B, enquanto que os idosos foram responsáveis por 22.8% e 16.3%, respectivamente.

Entre as crianças, segundo os registros, as internações ocorreram principalmente entre aquelas com idade igual ou inferior a 4 anos, o que correspondeu a 20.1% e 17.2%, respectivamente, entre o Hospital A e o Hospital B, contra às internações de crianças entre 5 a 14 anos de idade que corresponderam a 4.2% e 4.7%, respectivamente.

Continuando a análise dos registros deste subgrupo verificou-se que as internações até o 2º ano de vida corresponderam a 17.2% e 14.9%, respectivamente, entre o Hospital A e o Hospital B.

Desta forma, os registros evidenciaram que adultos de 30 a 59 anos, idosos com 60 anos ou mais e crianças menores de 4 anos, nesta ordem decrescente, são os grupos etários em que se observa a maior demanda por internações.

Tabela 6 – Caracterização da amostra, segundo o registro do tempo de permanência por hospital, grupo etário e sexo. São Paulo, 2010.

Hospital	Tempo de Permanência	Grupo Etário e Sexo								Total
		Criança		Adolescente		Adulto		Idoso		
		fem.	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	

	n	21	33	3	4	37	68	30	19	215
A	média	4,4	5,1	2,0	4,3	11,8	7,3	6,5	5,4	7,1
	mediana	4,0	5,0	2,0	3,0	5,0	5,0	6,0	2,0	4,0
	desvio-padrão	2,6	3,4	1,0	3,3	14,3	8,4	4,9	7,1	8,5
	n	15	32	7	4	58	64	17	18	215
B	média	6,1	4,4	2,9	4,0	5,8	5,5	6,6	8,9	5,7
	mediana	6,0	4,0	2,0	4,0	3,0	3,0	4,0	8,0	3,0
	desvio-padrão	4,9	2,9	2,4	1,6	13,4	5,9	6,4	6,4	8,3

A Tabela 6, segundo os registros dos hospitais, mostra que o Hospital B possui menor tempo de internação em comparação ao Hospital A.

Quando analisada a média de permanência entre os subgrupos propostos (grupo etário e sexo), verificou-se que provavelmente o subgrupo “Adulto fem.” exerceu influência sobre esta diferença entre os hospitais, uma vez que a média de permanência do Hospital A, neste subgrupo, foi duas vezes maior em comparação ao Hospital B.

Ao se analisar a mediana do tempo de permanência por subgrupo, verificou-se que este é maior entre as crianças e os idosos.

Entre as crianças, a mediana do tempo de permanência foi de 4 dias e 5 dias, respectivamente para as crianças do sexo feminino e masculino do Hospital A, e 6 dias e 4 dias, respectivamente para as crianças do sexo feminino e masculino do Hospital B.

Entre os idosos a mediana do tempo de permanência foi de 6 dias e 2 dias, respectivamente para os idosos do sexo feminino e masculino do Hospital A, e 4 dias e 8 dias, respectivamente para os idosos do sexo feminino e masculino do Hospital B.

Desta forma, os registros apontam que as crianças e os idosos permanecem por mais tempo utilizando os leitos hospitalares em comparação aos outros subgrupos.

Tabela 7 – Caracterização da amostra, segundo o registro das saídas por hospital. São Paulo, 2010.

Tipo de Saída	Hospital				Total	
	A		B		n	%
	n	%	n	%		
Melhora clínica	167	77,7	167	77,7	334	77,7
Transferência	28	13,0	33	15,3	61	14,2
Óbito	16	7,4	11	5,1	27	6,3
Evasão	3	1,4	2	0,9	5	1,2
Alta a pedido	1	0,5	2	0,9	3	0,7
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

A Tabela 7 mostra as possibilidades de saída do hospital. Ficou evidente que, segundo os registros, a grande maioria da clientela tem a sua saída vinculada à melhora clínica (77.7%) em ambos os hospitais.

O registro referente à transferência para outro hospital, analisando-os conjuntamente, correspondeu a 14.2%.

Os registros referentes aos óbitos corresponderam a 7.4% e 5.1% e às transferências a 13% e 15.3%, entre os Hospitais A e B, respectivamente, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre estes achados ( $r = -0.018 / p = 0.798$ ).

Portanto, a partir da análise dos registros verificou-se que a grande maioria dos pacientes tem a sua saída do hospital devido à melhora clínica, porém observou-se um percentual de 14.2% das saídas devido à necessidade de transferências para outros hospitais para continuidade da assistência.

54,1



Gráfico 1 – Distribuição das transferências para outros serviços, segundo o registro da hipótese diagnóstica. São Paulo, 2010.

O Gráfico 1 traz a análise dos registros quanto às transferências apontadas na Tabela 7, as quais corresponderam a 14.2% da totalidade da amostra.

Neste gráfico ficou evidente que o registro referente aos casos relacionados às doenças ortopédicas correspondeu a mais da metade das transferências entre hospitais (54.1%), seguido pelos casos relacionados às doenças do aparelho circulatório (14.8%), psiquiátricas (13.1%), respiratórias (9.8%) e outras (8.2%).

Tabela 8 – Caracterização da amostra, segundo o registro do número de diagnósticos por grupo etário e por hospital. São Paulo, 2010.

Hospital	Número de Diagnósticos	Grupo Etário								Total	
		Criança		Adolescente		Adulto		Idoso		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
A	1	54	100	7	100	78	74,3	-	-	139	64,7
	2 ou 3	-	-	-	-	27	25,7	41	83,7	68	31,6
	4 ou mais	-	-	-	-	-	-	8	16,3	8	3,7

Subtotal	54	100	7	100	105	100	49	100	215	100	
B	1	35	74,5	9	81,8	76	62,3	18	51,4	138	64,2
	2 ou 3	12	25,5	2	18,2	42	34,4	13	37,1	69	32,1
	4 ou mais	-	-	-	-	4	3	4	11	8	3,7
Subtotal	47	100	11	100	122	100	35	100	215	100	
Total	101	23,5	18	4,2	227	52,8	84	19,5	430	100	

A Tabela 8 mostra a caracterização da amostra, segundo o registro do número de diagnósticos por grupo etário e por hospital.

Analisando os hospitais quanto ao número de diagnósticos em contrapartida ao grupo etário, verificou-se que nas internações do Hospital A houve maior ocorrência do registro de comorbidades entre os idosos, enquanto que no Hospital B o registro delas permeia todos os grupos etários, se destacando entre os adultos e idosos.

Vale ressaltar que, segundo os registros, a grande maioria das internações está relacionada à ocorrência de 1 diagnóstico, ou seja, 64.7% das internações do Hospital A e 64.2% das internações do Hospital B.

Desta forma, a demanda por internações está relacionada, em sua grande maioria (aproximadamente 64%), à presença de 1 diagnóstico e quando na presença de comorbidades estas estão relacionadas aos adultos e idosos.

Tabela 9 – Comparação do registro das hipóteses diagnósticas, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) por hospitais. São Paulo, 2010.

CID-10	Hospital				Total	
	A		B		n	%
	n	%	n	%		
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I / A00-B99)	22	6,7	31	9,7	53	8,2
Neoplasmas (tumores) (Cap. II / C00-D48)	6	1,8	5	1,6	11	1,7

Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (Cap. III / D50-D89)	4	1,2	7	2,2	11	1,7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap. IV - E00-E90)	30	9,2	15	4,7	45	7,0
Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX / I00-I99)	38	11,6	43	13,5	81	12,5
Transtornos mentais e comportamentais (Cap. V / F00-F99)	47	14,4	17	5,3	64	9,9
Doenças do sistema nervoso (Cap. VI / G00-G99)	15	4,6	8	2,5	23	3,6
Doenças do aparelho respiratório (Cap. X / J00-J99)	67	20,5	49	15,4	116	18,0
Doenças do aparelho digestivo (Cap. XI / K00-K93)	23	7,0	33	10,3	56	8,7
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (Cap. XII / L00-L99)	12	3,7	3	0,9	15	2,3
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Cap. XIII / M00-M99)	22	6,7	37	11,6	59	9,1
Doenças do aparelho geniturinário (Cap. XIV / N00-N99)	17	5,2	15	4,7	32	5,0
Gravidez, parto e puerpério (Cap. XV / O00-O99)	8	2,4	31	9,7	39	6,0
Algumas afecções originadas no período perinatal (Cap. XVI / P00-P96)	3	0,9	5	1,6	8	1,2
Causas externas de morbidade e de mortalidade (Cap. XX / V01-Y98)	13	4,0	20	6,3	33	5,1
<b>Total</b>	<b>327</b>	<b>100</b>	<b>319</b>	<b>100</b>	<b>646</b>	<b>100</b>

A Tabela 9 mostra o registro dos diagnósticos entre os hospitais, na qual se verificou que há maior ocorrência das doenças do aparelho respiratório (18%), seguido pelas doenças do aparelho circulatório (12.5%).

Porém, ao se analisar os registros isoladamente por hospital verificou-se que no Hospital A houve maior ocorrência de diagnósticos relacionados ao aparelho respiratório (20.5%), seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais (14.4%).

Enquanto que no Hospital B houve maior ocorrência das doenças do aparelho respiratório (15.4%), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (13.5%).

Portanto, os registros apontam que as doenças relacionadas ao aparelho cardiorrespiratório (30.5%) foram as principais responsáveis pelas internações, seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais (9.9%).

Tabela 10 – Comparação do registro da demanda de cuidados básicos na admissão e na saída, segundo os hospitais. São Paulo, 2010.

Demanda de Cuidados Básicos	Hospital								Total			
	A				B							
	admissão		saída		admissão		saída		admissão		saída	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nutrição Assistida por via oral	23	8,5	13	4,7	16	6,8	12	3,8	39	7,7	25	4,2

*O registro dos prontuários hospitalares como subsídio para a gestão em saúde*

Antibioticoterapia por via oral	-	-	5	1,8	5	2,1	12	3,8	5	1,0	17	2,9
Anticoaguloterapia por via oral	-	-	1	0,4	-	-	3	1,0	-	-	4	0,7
Outros medicamento por via oral	98	36,2	153	55,0	85	36,3	158	50,2	183	36,2	311	52,4
Nutrição por SNE ou GTT	12	4,4	15	5,4	13	5,6	7	2,2	25	5,0	22	3,7
Antibioticorapia por SNE ou GTT	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	1	0,2
Outros medicamentos por SNE ou GTT	4	1,5	6	2,2	2	0,9	4	1,3	6	1,2	10	1,7
Glicemia Capilar	40	14,8	30	10,8	49	20,9	45	14,3	89	17,6	75	12,6
Insulinoterapia	16	5,9	15	5,4	19	8,1	27	8,6	35	6,9	42	7,1
Inalação	51	18,8	26	9,4	38	16,2	44	14,0	89	17,6	70	11,8
Restrição ao leito	14	5,2	4	1,4	4	1,7	2	0,6	18	3,6	6	1,0
Eliminações em fralda	12	4,4	7	2,5	3	1,3	-	-	15	3,0	7	1,2
Colostomia	1	0,4	3	1,1	-	-	-	-	1	0,2	3	0,5
<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>100</b>	<b>278</b>	<b>100</b>	<b>234</b>	<b>100</b>	<b>315</b>	<b>100</b>	<b>505</b>	<b>100</b>	<b>593</b>	<b>100</b>

A Tabela 10 mostra o registro da demanda de cuidados básicos por hospital nos momentos de admissão e saída.

Ao analisá-la, observa-se que os registros dos cuidados básicos no momento da saída foram maiores do que no momento da admissão em ambos os hospitais. O mesmo padrão foi observado ao se analisar isoladamente cada hospital.

Ao se analisar o registro de cada cuidado básico, verificou-se que os cuidados relacionados à: “Nutrição Assistida por via oral”, “Antibioticoterapia por via oral”, “Anticoaguloterapia por via oral”, “Outros medicamentos por via oral”, “Outros medicamentos por SNE ou GTT”, “Glicemia capilar”, “Restrição

ao leito” e “Eliminações em fralda” diminuíram em ambos os hospitais, comparando-se o momento da admissão com o da saída.

Quanto ao registro da variável relacionada à “Nutrição por SNE ou GTT”, verificou-se que aumentou, comparando o momento da admissão com o da saída no Hospital A, enquanto que no Hospital B ocorreu o inverso.

Quanto ao registro dos cuidados que se referem à “Insulinoterapia” e “Inalação”, verificou-se que no Hospital A houve declínio no número destes cuidados comparando-se o momento de admissão com o de saída, enquanto que no Hospital B ocorreu um aumento comparando-se o momento da admissão com o da saída.

A variável “Antibioticoterapia por SNE ou GTT” não foi registrada no Hospital A, enquanto no Hospital B houve um aumento neste registro no momento da saída em relação à admissão.

O registro da variável “Colostomia” aumentou no Hospital A, comparando-se o momento da admissão com o da saída, enquanto que no Hospital B não houve registro deste evento.

Portanto, segundo os registros, observou-se que foi maior a necessidade de cuidados básicos comparando o momento da admissão com o momento da saída, apesar de se ter verificado redução de alguns cuidados isoladamente em um ou outro hospital.

Tabela 11 – Comparação do registro da demanda de cuidados invasivos na admissão e na saída, segundo os hospitais. São Paulo, 2010.

Demanda de Cuidados Invasivos	Hospital								Total			
	A				B							
	admissão		saída		admissão		saída		admissão		saída	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Antibioticoterapia via intramuscular	1	0,2	1	0,5	-	-	-	-	1	0,1	1	0,2
Outros medicamentos via intramuscular	42	8,3	20	10,0	37	6,0	24	8,3	79	7,0	44	9,0

Antibióticoterapia via endovenosa	87	17,2	53	26,4	106	17,2	61	21,2	193	17,2	114	23,3
Outros medicamentos via endovenosa	119	23,6	56	27,9	163	26,4	88	30,6	282	25,1	144	29,4
Reposição de eletrólitos via endovenosa	102	20,2	26	12,9	119	19,3	28	9,7	221	19,7	54	11,0
Hemoterapia	1	0,2	1	0,5	12	1,9	1	0,3	13	1,2	2	0,4
Ventilação Mecânica	5	1,0	4	2,0	1	0,2	2	0,7	6	0,5	6	1,2
Oxigenioterapia	33	6,5	10	5,0	39	6,3	13	4,5	72	6,4	23	4,7
Aspiração de traqueostomia	2	0,4	2	1,0	2	0,3	-	-	4	0,4	2	0,4
Aspiração de vias aéreas superiores	1	0,2	-	-	2	0,3	-	-	3	0,3	-	-
Hemodiálise	1	0,2	-	-	-	-	-	-	1	0,1	-	-
Diálise Peritoneal	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-	1	0,2
Cateterismo Vesical de Demora	16	3,2	8	4,0	22	3,6	7	2,4	38	3,4	15	3,1
Dreno	1	0,2	-	-	4	0,6	1	0,3	5	0,4	1	0,2
Exames Complementares	48	9,5	2	1,0	53	8,6	5	1,7	101	9,0	7	1,4
Estomaterapia	18	3,6	15	7,5	44	7,1	33	11,5	62	5,5	48	9,8
Incubadora	3	0,6	-	-	5	0,8	-	-	8	0,7	-	-
Fototerapia	3	0,6	-	-	2	0,3	-	-	5	0,4	-	-
Fisioterapia	22	4,4	3	1,5	6	1,0	19	6,6	28	2,5	22	4,5
Terapia Ocupacional	-	-	-	-	1	0,2	5	1,7	1	0,1	5	1,0
<b>Total</b>	<b>505</b>	<b>100</b>	<b>201</b>	<b>100</b>	<b>618</b>	<b>100</b>	<b>288</b>	<b>100</b>	<b>1123</b>	<b>100</b>	<b>489</b>	<b>100</b>

A Tabela 11 mostra os registros da demanda de cuidados invasivos por hospital nos momentos de admissão e saída.

Ao analisá-la, observa-se que os registros dos cuidados invasivos no momento da admissão foram maiores do que no momento da saída em ambos os hospitais. No entanto, vale destacar que a diferença de registros entre a admissão e a saída foi maior no Hospital A em comparação ao Hospital B.

Ao se analisar cada cuidado invasivo, verificou-se que: “Outros medicamentos via intramuscular”, “Antibióticoterapia via endovenosa”, “Outros medicamentos via endovenosa”, “Reposição de eletrólitos via endovenosa”, “Oxigenioterapia”, “Aspiração de vias aéreas superiores”, “Cateterismo Vesical de Demora”, “Dreno”, “Exames Complementares”, “Estomaterapia”, “Incubadora” e “Fototerapia” diminuíram em ambos os hospitais, comparando o momento da admissão com o momento da saída.

A variável “Antibioticoterapia intramuscular” se manteve igual comparando-se o momento da admissão com o momento da saída no Hospital A e não foi registrada no Hospital B.

As variáveis “Hemoterapia” e “Aspiração de traqueostomia” se mantiveram iguais comparando-se o momento da admissão com o momento da saída no Hospital A, sendo que no Hospital B no momento da admissão estas variáveis foram menores em comparação com a saída.

A variável “Ventilação mecânica” foi menor, comparando-se o momento da admissão com o da saída no Hospital A, sendo que no Hospital B ocorreu o inverso.

A variável “Hemodiálise” foi menor no Hospital A ao se comparar a admissão com a saída e não foi registrada no Hospital B.

A variável “Diálise Peritoneal” não foi registrada no Hospital A e foi maior no Hospital B na admissão do que na saída.

A variável “Fisioterapia” foi menor no Hospital A e maior no Hospital B ao se comparar a admissão com a saída.

A variável “Terapia Ocupacional” não foi registrada no Hospital A e foi maior no Hospital B ao se comparar a admissão com a saída.

Desta forma, apesar da redução do número de cuidados invasivos, comparando-se o momento da admissão com o da saída, verificou-se que no momento da saída ainda havia a demanda por estes cuidados.

Tabela 12 – Comparação entre os hospitais, segundo o registro do acompanhante. São Paulo, 2010.

Registro do acompanhante *	Hospital *				Total	
	A		B		n	%
	n	%	n	%		
Presente	114	53,0	68	31,6	182	42,3
Ausente	101	47,0	147	68,4	248	57,7
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

\* Pearson ( $r = 0.640$ ,  $p < 0.0001$ )

A Tabela 12 mostra a comparação entre os hospitais quanto à presença ou ausência de registro referente ao acompanhante.

Ao analisá-la, observou-se que o Hospital A possui mais registros sobre o acompanhante em comparação ao Hospital B, evidenciando uma diferença estatística significativa.

Tabela 13 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da PA. São Paulo, 2010.

Registro da PA *	Hospital *								Total			
	A				B				admissão		saída	
	admissão		saída		admissão		saída		admissão		saída	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Presente	158	73,5	158	73,5	172	80,0	158	73,5	330	76,7	316	73,5
Ausente	57		57		43	20,0	57		100	23,3	114	

	26,5	26,5	26,5	26,5
<b>Total</b>	215	100	215	100

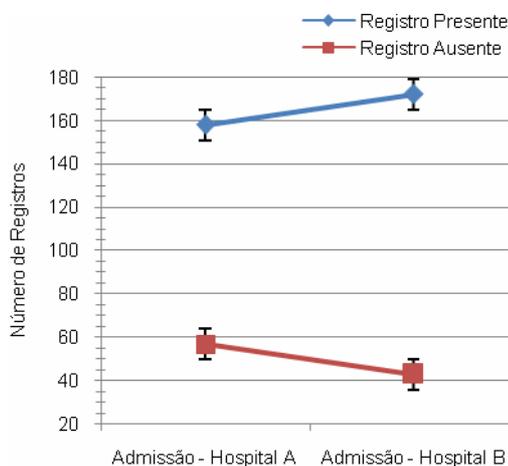


Gráfico 2 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da PA. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.833$ ,  $p < 0.0001$ )

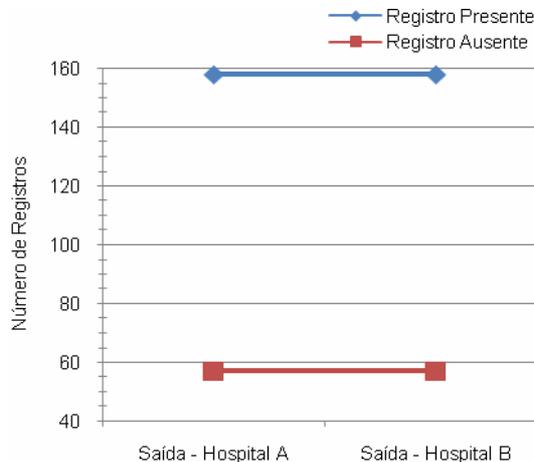


Gráfico 3 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da PA. São Paulo, 2010.

\* Pearson (*perfect line*)

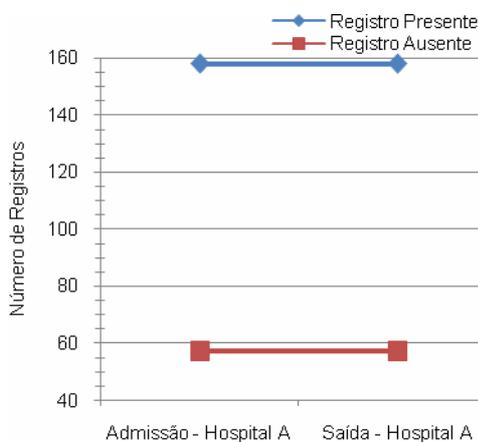


Gráfico 4 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da PA. São Paulo, 2010.

\* Pearson (*perfect line*)

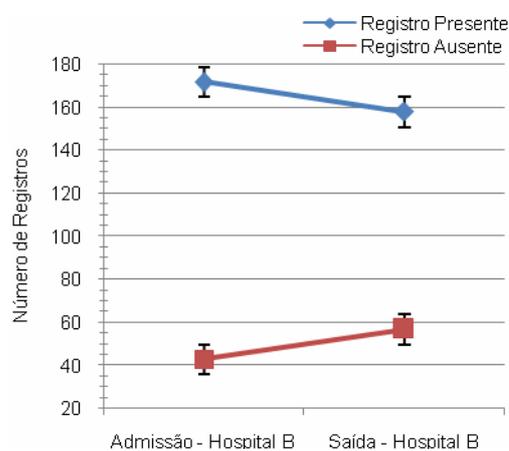


Gráfico 5 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da PA. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.833$ ,  $p < 0.0001$ )

pre...ça do registro... Of...

O Gráfico 2 mostra a comparação entre os hospitais quanto à presença dos registros no momento da admissão, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.833$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que o

Hospital B apresentou maior número de registros desta variável (80%) em comparação ao Hospital A (73.5%).

O Gráfico 3 mostra a comparação entre os hospitais quanto à presença dos registros no momento da saída, no qual se verificou o mesmo padrão, ou seja, ocorreu a presença do registro da variável em 73.5% da amostra estudada.

O mesmo ocorreu ao se comparar os registros no momento da admissão com o momento da saída no Hospital A, ou seja, ocorreu a presença do registro da variável em 73.5% da amostra estudada em ambos os momentos, conforme demonstrado pelo Gráfico 4.

O Gráfico 5 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o da saída no Hospital B, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.833$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, o Hospital B apresentou maior registro da variável no momento da admissão (80%) em comparação ao momento da saída (73.5%).

Portanto, o Hospital B apresentou maior número de prontuários com o registro de PA no momento da admissão em comparação ao Hospital A, enquanto que no momento da saída observou-se o mesmo padrão de registro em ambos os hospitais.

Porém, enquanto que no Hospital A não houve diferença no padrão de registro entre os momentos de admissão e saída, no Hospital B evidenciou-se uma queda na ocorrência do registro desta variável comparando-se o momento da admissão com o da saída.

Tabela 14 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da FC. São Paulo, 2010.

Registro da FC *	Hospital *								Total			
	A				B				admissão		saída	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Presente	155	72,1	154		173	80,5	157		328	76,3	311	72,3

	71,6					73,0						
Ausente	60	27,9	61	28,4	42	19,5	58	27,0	102	23,7	119	27,7
Total	215	100	215	100	215	100	215	100	430	100	430	100

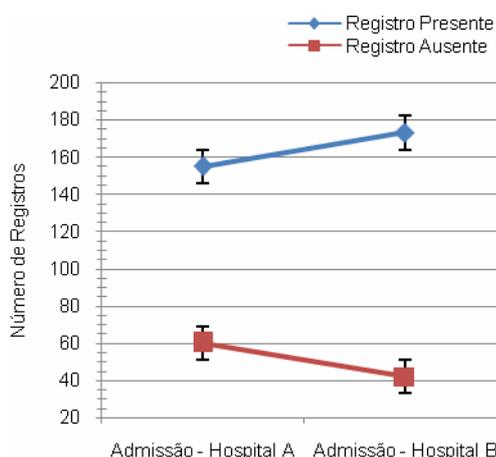


Gráfico 6 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da FC. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.792$ ,  $p < 0.0001$ )

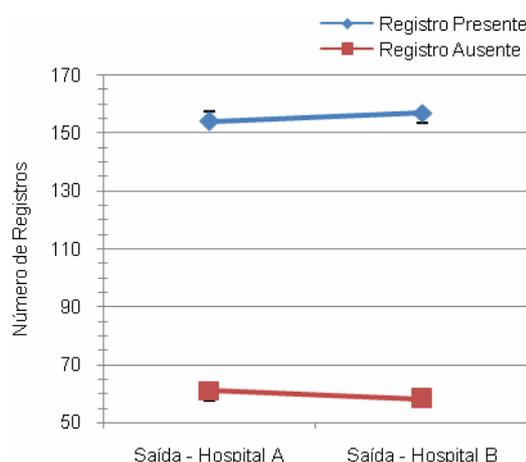


Gráfico 7 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da FC. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.966$ ,  $p < 0.0001$ )

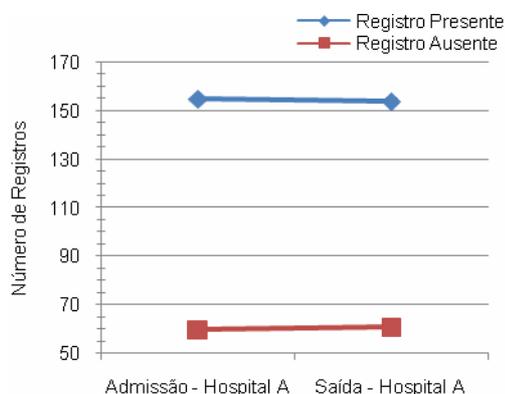


Gráfico 8 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da FC. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.989$ ,  $p < 0.0001$ )

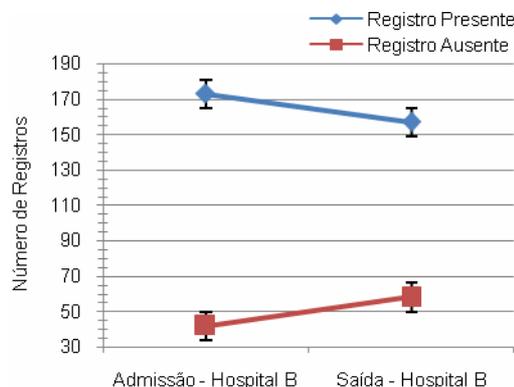


Gráfico 9 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da FC. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.811$ ,  $p < 0.0001$ )

A Tabela 14 mostra a comparação entre os hospitais quanto à presença do registro referente à FC, no momento da admissão e da saída.

O Gráfico 6 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.792$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que o

Hospital B apresentou maior número de registros desta variável (80.5%) em comparação ao Hospital A (72.1%).

O Gráfico 7 mostra a comparação entre os registros no momento da saída em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.966$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que o Hospital B apresentou maior número de registros desta variável (73%) em comparação ao Hospital A (71.6%).

O Gráfico 8 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o momento da saída no Hospital A, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.989$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, ocorreu a presença do registro da variável em 72.1% da amostra estudada no momento da admissão, contra 71.6% no momento da saída.

O Gráfico 9 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o da saída no Hospital B, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.811$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, o Hospital B apresentou maior registro da variável no momento da admissão (80.5%) em comparação ao momento da saída (73%).

Portanto, o Hospital B apresentou maior número de prontuários com o registro de FC no momento da admissão e da saída em comparação ao Hospital A. Ao se analisar isoladamente cada hospital verificou-se que, em ambos, houve maior número de prontuários com o registro da variável no momento da admissão em comparação ao momento da saída.

Tabela 15 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da FR. São Paulo, 2010.

Registro da FR *	Hospital *								Total			
	A				B				admissão		saída	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Presente	84	39,1	63		46	21,4	26		130	30,2	89	

						29,3				12,1		20,7
Ausente	131	60,9	152	70,7	169	78,6	189	87,9	300	69,8	341	79,3
Total	215	100	215	100	215	100	215	100	430	100	430	100

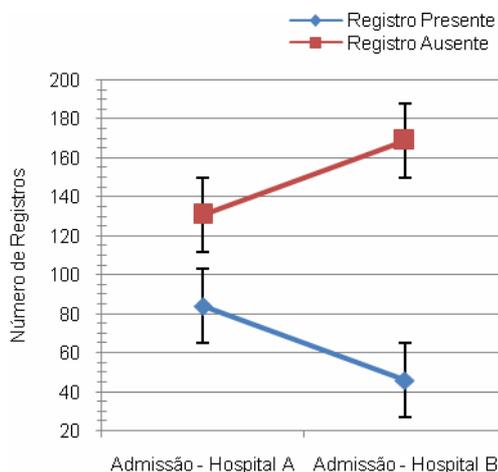


Gráfico 10 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da FR. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.652$ ,  $p < 0.0001$ )

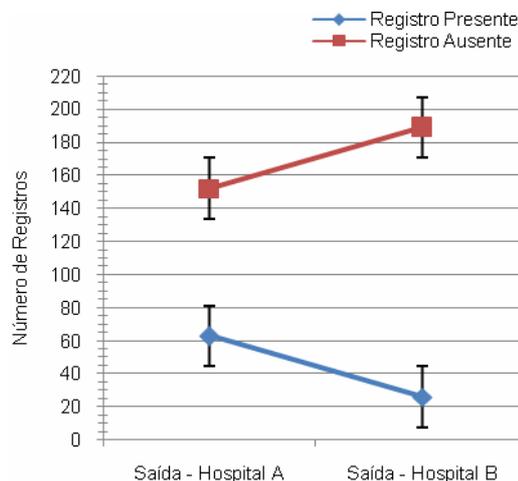


Gráfico 11 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da FR. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.576$ ,  $p < 0.0001$ )

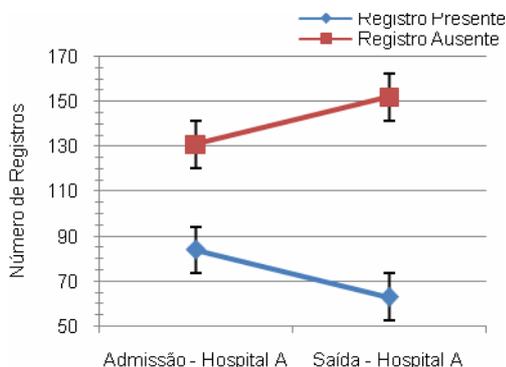


Gráfico 12 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da FR. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.804$ ,  $p < 0.0001$ )

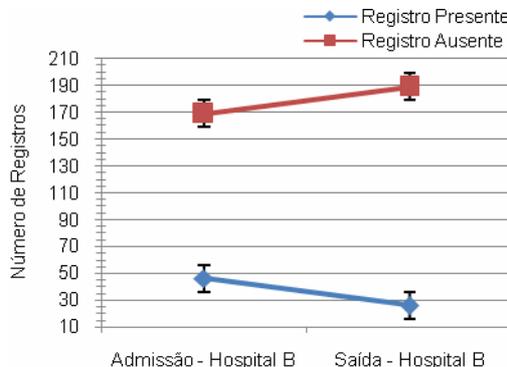


Gráfico 13 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da FR. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.712$ ,  $p < 0.0001$ )

A Tabela 15 mostra a comparação entre os hospitais quanto à presença do registro referente à FR, no momento da admissão e da saída.

O Gráfico 10 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.652$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que o

Hospital A apresentou maior número de registros desta variável (39.1%) em comparação ao Hospital B (21.4%).

O Gráfico 11 mostra a comparação entre os registros no momento da saída em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.576$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que o Hospital A apresentou maior número de registros desta variável (29.3%) em comparação ao Hospital B (12.1%).

O Gráfico 12 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o momento da saída no Hospital A, no qual se evidenciou diferença estatisticamente significativa ( $r=0.804$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, ocorreu a presença do registro da variável em 39.1% da amostra estudada no momento da admissão, contra 29.3% no momento da saída.

O Gráfico 13 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o da saída no Hospital B, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.712$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, o Hospital B apresentou maior registro da variável no momento da admissão (21.4%) em comparação ao momento da saída (12.1%).

Portanto, o Hospital A apresentou maior número de prontuários com o registro de FR no momento da admissão e da saída em comparação ao Hospital B. Ao se analisar isoladamente cada hospital verificou-se que, em ambos, houve maior número de prontuários com o registro da variável no momento da admissão em comparação ao momento da saída.

Tabela 16 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da T. São Paulo, 2010.

Registro da T *	Hospital *								Total			
	A				B				admissão		saída	
	admissão	saída	admissão	saída	admissão	saída	admissão	saída	n	%	n	%
Presente	192	89,3	173	80,5	208	96,7	193	89,8	400	93,0	366	85,1

Ausente	23	10,7	42	19,5	7	3,3	22	10,2	30	7,0	64	14,9
Total	215	100	215	100	215	100	215	100	430	100	430	100

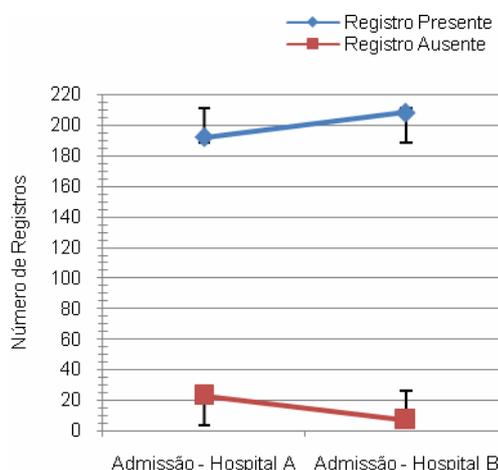


Gráfico 14 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da T. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.530$ ,  $p < 0.0001$ )

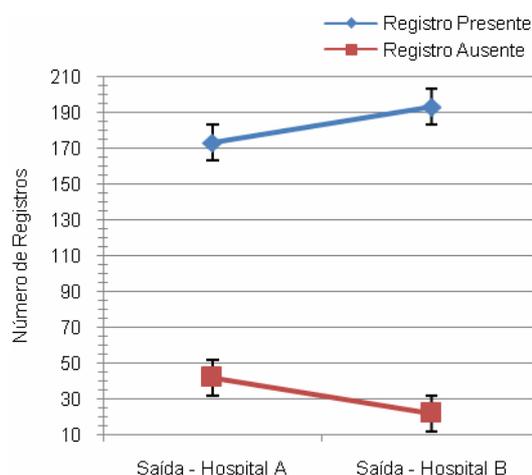


Gráfico 15 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da T. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.685$ ,  $p < 0.0001$ )

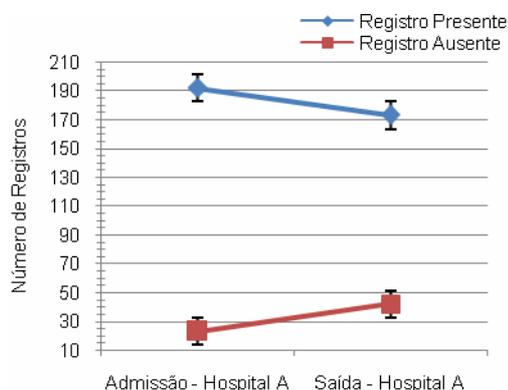


Gráfico 16 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da T. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.702$ ,  $p < 0.0001$ )

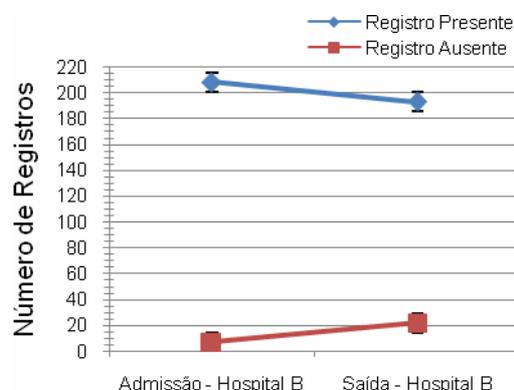


Gráfico 17 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da T. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.543$ ,  $p < 0.0001$ )

presença do registro referente à T, no momento da admissão e da saída.

O Gráfico 14 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.530$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que o

Hospital B apresentou maior número de registros desta variável (96.7%) em comparação ao Hospital A (89.3%).

O Gráfico 15 mostra a comparação entre os registros no momento da saída em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.685$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que o Hospital B apresentou maior número de registros desta variável (89.8%) em comparação ao Hospital A (80.5%).

O Gráfico 16 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o momento da saída no Hospital A, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.702$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, ocorreu a presença do registro da variável em 89.3% da amostra estudada no momento da admissão, contra 80.5% no momento da saída.

O Gráfico 17 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o da saída no Hospital B, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.543$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, o Hospital B apresentou maior registro da variável no momento da admissão (96.7%) em comparação ao momento da saída (89.8%).

Portanto, o Hospital B apresentou maior número de prontuários com o registro de T no momento da admissão e da saída em comparação ao Hospital A. Ao se analisar isoladamente cada hospital verificou-se que, em ambos, houve maior número de prontuários com o registro da variável no momento da admissão em comparação ao momento da saída.

Tabela 17 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da dor. São Paulo, 2010.

Registro da dor *	Hospital *								Total			
	A				B				admissão		saída	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Presente	27	12,6	24	11,2	3	1,4	1	0,5	30	7,0	25	5,8

Ausente	188	87,4	191	88,8	212	98,6	214	99,5	400	93,0	405	94,2
Total	215	100	215	100	215	100	215	100	430	100	430	100

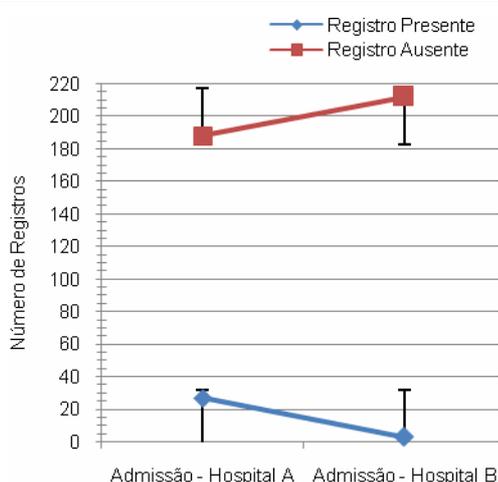


Gráfico 18 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da dor. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.314$ ,  $p < 0.0001$ )

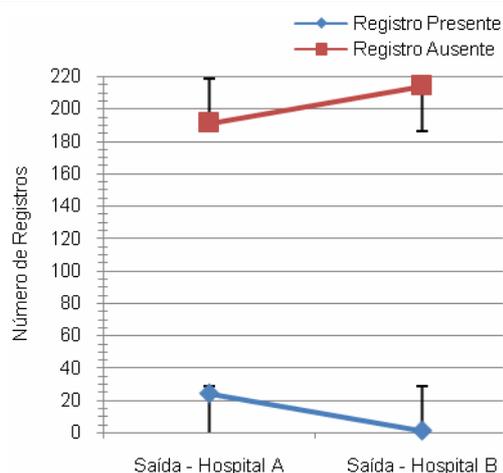


Gráfico 19 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da dor. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.193$ ,  $p = 0.0045$ )

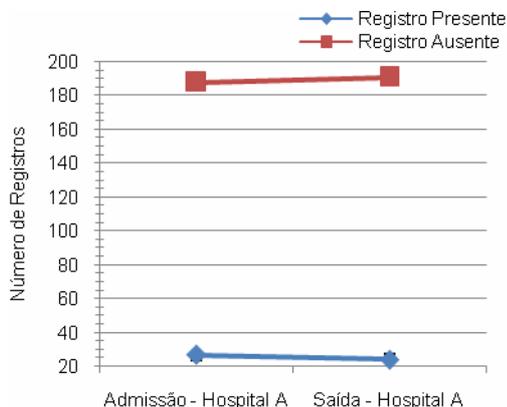


Gráfico 20 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da dor. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.935$ ,  $p < 0.0001$ )

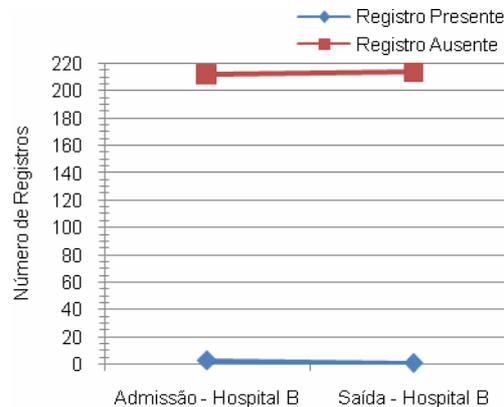


Gráfico 21 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da dor. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.575$ ,  $p < 0.0001$ )

A Tabela 17 mostra a comparação entre os hospitais quanto a presença do registro referente à dor, no momento da admissão e da saída.

O Gráfico 18 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.314$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que o

Hospital A apresentou maior número de registros desta variável (12.6%) em comparação ao Hospital B (1.4%).

O Gráfico 19 mostra a comparação entre os registros no momento da saída em ambos os hospitais, no qual não se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.193$ ,  $p=0.0045$ ), sendo que no Hospital A houve registro da variável em 11.2% dos prontuários analisados, contra 0.5% do Hospital B.

O Gráfico 20 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o momento da saída no Hospital A, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.935$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, ocorreu a presença do registro da variável em 12.6% da amostra estudada no momento da admissão, contra 11.2% no momento da saída.

O Gráfico 21 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o da saída no Hospital B, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.575$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, o Hospital B apresentou maior registro da variável no momento da admissão (1.4%) em comparação ao momento da saída (0.5%).

Portanto, o Hospital A apresentou maior número de prontuários com o registro de dor no momento da admissão em comparação ao Hospital B. Quanto ao momento da saída, ambos os hospitais apresentaram padrão semelhante de registro da variável. Ao se analisar isoladamente cada hospital verificou-se que, em ambos, houve maior número de prontuários com o registro da variável no momento da admissão em comparação ao momento da saída.

Tabela 18 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da alimentação. São Paulo, 2010.

Registro da alimentação*	Hospital *								Total			
	A				B				admissão		saída	
	admissão		saída		admissão		saída		admissão		saída	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

Presente	199	92,6	205	95,3	215	100	214	99,5	414	96,3	419	97,4
Ausente	16	7,4	10	4,7	-	-	1	0,5	16	3,7	11	2,6
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>430</b>	<b>100</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

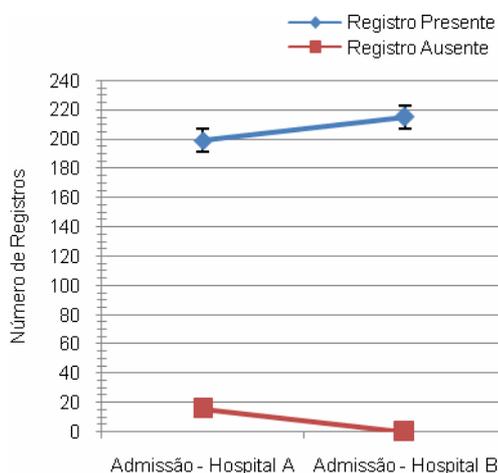


Gráfico 22 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da alimentação. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.314$ ,  $p < 0.0001$ )

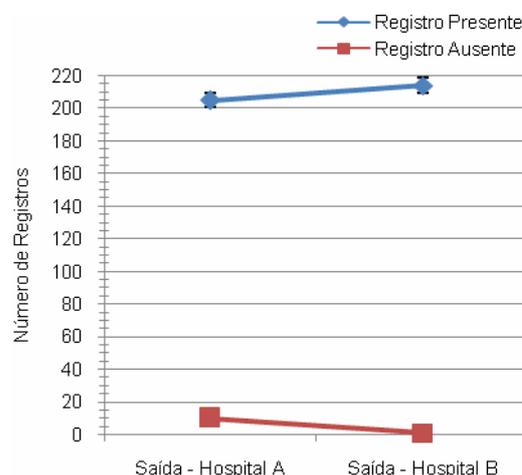


Gráfico 23 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da alimentação. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.310$ ,  $p < 0.0001$ )

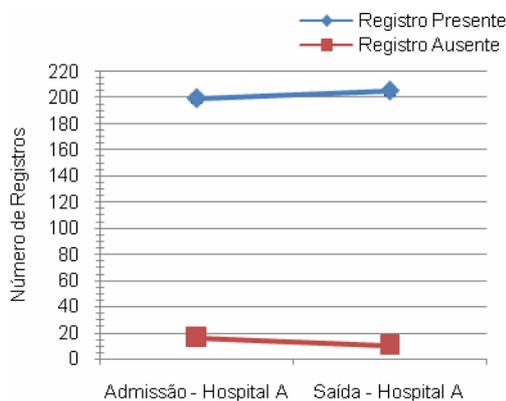


Gráfico 24 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da alimentação. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.779$ ,  $p < 0.0001$ )

saída.

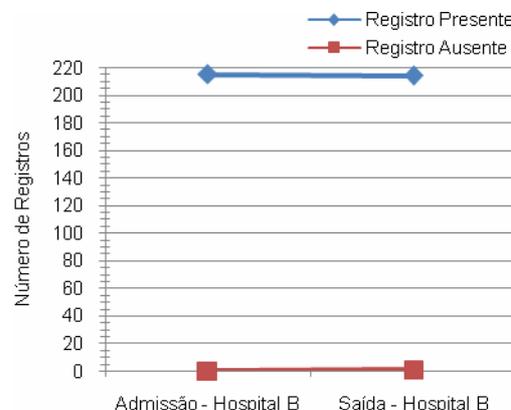


Gráfico 25 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da alimentação. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.575$ ,  $p < 0.0001$ )

O Gráfico 22 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de

diferença estatisticamente significativa ( $r=0.314$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que o Hospital B apresentou maior número de registros desta variável (100%) em comparação ao Hospital A (92.6%).

O Gráfico 23 mostra a comparação entre os registros no momento da saída em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.310$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que no Hospital B houve registro da variável em 99.5% dos prontuários analisados, contra 95.3% do Hospital A.

O Gráfico 24 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o momento da saída no Hospital A, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.779$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, ocorreu a presença do registro da variável em 95.3% da amostra estudada no momento da saída, contra 92.6% no momento da admissão.

O Gráfico 25 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o da saída no Hospital B, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.575$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, o Hospital B apresentou maior registro da variável no momento da admissão (100%) em comparação ao momento da saída (99.5%).

Portanto, o Hospital B apresentou maior número de prontuários com o registro de alimentação no momento da admissão e da saída em comparação ao Hospital A. Ao se analisar cada hospital verificou-se que no Hospital A houve maior número de prontuários com o registro da variável no momento da saída em comparação ao momento da admissão. Enquanto que no Hospital B houve maior número de prontuários com o registro da variável no momento da admissão em comparação ao momento da saída.

Tabela 19 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro do banho. São Paulo, 2010.

Registro do banho *	Hospital *								Total			
	A				B				admissão		saída	
	admissão	saída	admissão	saída	admissão	saída	admissão	saída	n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

Presente	197	91,6	203	94,4	213	99,1	213	99,1	410	95,3	416	96,7
Ausente	18	8,4	12	5,6	2	0,9	2	0,9	20	4,7	14	3,3
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>430</b>	<b>100</b>	<b>430</b>	<b>100</b>

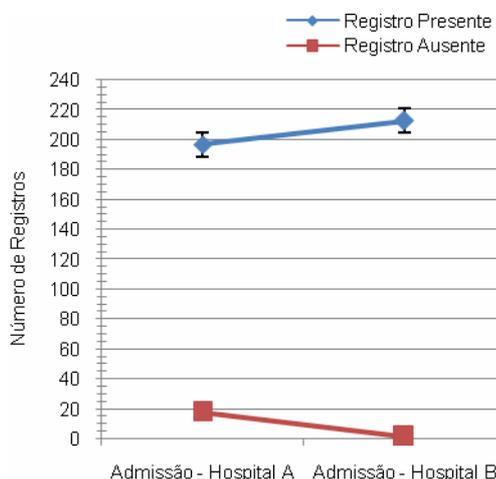


Gráfico 26 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro do banho. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.399$ ,  $p < 0.0001$ )

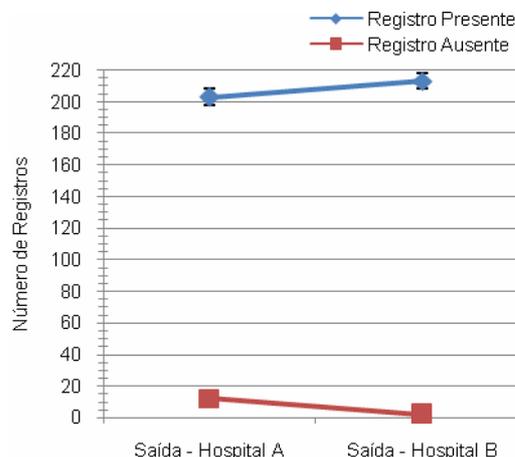


Gráfico 27 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro do banho. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.399$ ,  $p < 0.0001$ )

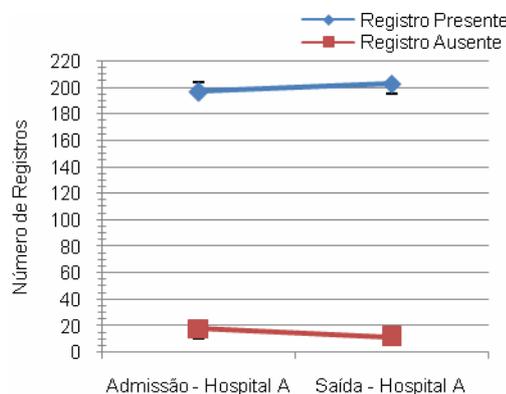


Gráfico 28 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro do banho. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.804$ ,  $p < 0.0001$ )

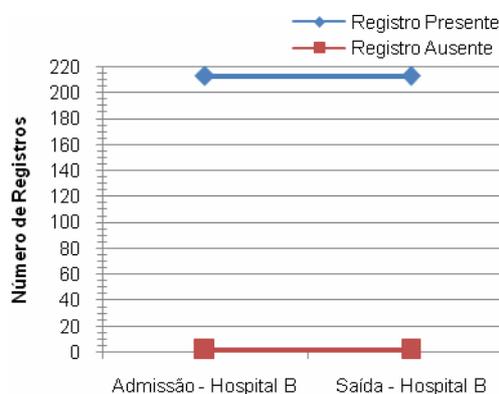


Gráfico 29 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro do banho. São Paulo, 2010.

\* Pearson (*perfect line*)

para presença do registro referente ao banho, no momento da admissão e da saída.

O Gráfico 26 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de

diferença estatisticamente significativa ( $r=0.399$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que o Hospital B apresentou maior número de registros desta variável (99.1%) em comparação ao Hospital A (91.6%).

O Gráfico 27 mostra a comparação entre os registros no momento da saída em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.399$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que no Hospital B houve registro da variável em 99.1% dos prontuários analisados, contra 94.4% do Hospital A.

O Gráfico 28 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o momento da saída no Hospital A, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.804$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, ocorreu a presença do registro da variável em 94.4% da amostra estudada no momento da saída, contra 91.6% no momento da admissão.

O Gráfico 29 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o da saída no Hospital B, no qual se verificou o mesmo padrão de registro nos dois momentos, ou seja, ambos com a presença do registro em 99.1% dos prontuários analisados.

Portanto, o Hospital B apresentou maior número de prontuários com o registro de banho no momento da admissão e da saída em comparação ao Hospital A. Ao se analisar isoladamente cada hospital verificou-se que no Hospital A houve maior número de prontuários com o registro da variável no momento da saída em comparação ao momento da admissão. Enquanto que no Hospital B houve um padrão semelhante de registro da variável nos dois momentos propostos (admissão e saída).

Tabela 20 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão e da saída, segundo o registro da locomoção. São Paulo, 2010.

Registro da locomoção *	Hospital *								Total			
	A				B				admissão		saída	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Presente	204	94,9	206	95,8	214	99,5	213	99,1	418	97,2	419	97,4

Ausente	11	5,1	9	4,2	1	0,5	2	0,9	12	2,8	11	2,6
Total	215	100	215	100	215	100	215	100	430	100	430	100

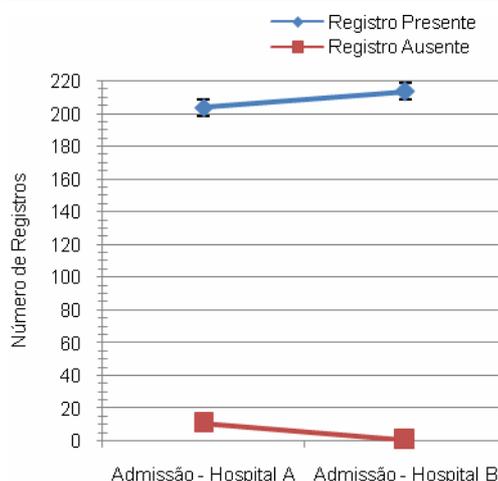


Gráfico 30 – Comparação entre os hospitais no momento da admissão, segundo a presença do registro da locomoção. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.294$ ,  $p < 0.0001$ )

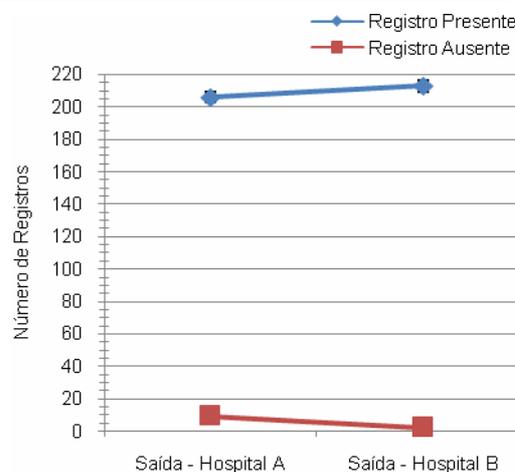


Gráfico 31 – Comparação entre os hospitais no momento da saída, segundo a presença do registro da locomoção. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.464$ ,  $p = 0.0045$ )

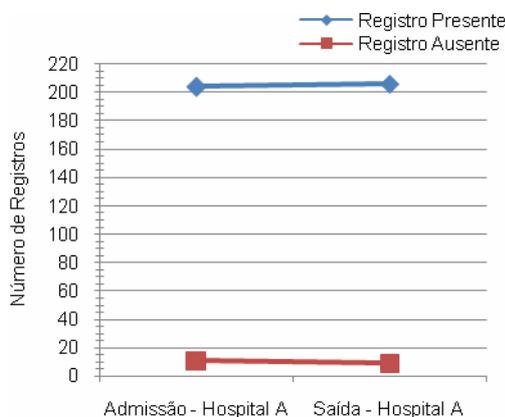


Gráfico 32 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital A, segundo a presença do registro da locomoção. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.900$ ,  $p < 0.0001$ )

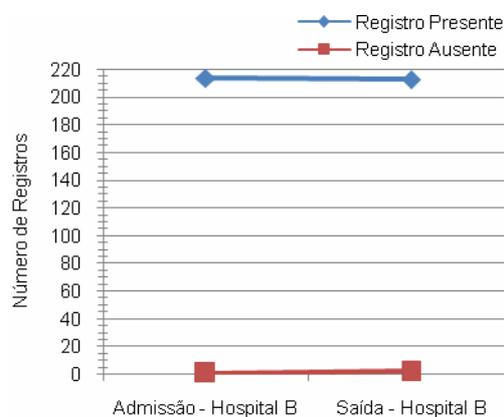


Gráfico 33 – Comparação entre os momentos da admissão e da saída no Hospital B, segundo a presença do registro da locomoção. São Paulo, 2010.

\* Pearson ( $r = 0.706$ ,  $p < 0.0001$ )

O Gráfico 30 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão em ambos os hospitais, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.294$ ,  $p<0.0001$ ), sendo que o

Hospital B apresentou maior número de registros desta variável (99.5%) em comparação ao Hospital A (94.9%).

O Gráfico 31 mostra a comparação entre os registros no momento da saída em ambos os hospitais, no qual não se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.464$ ,  $p=0.0045$ ), sendo que no Hospital B houve registro da variável em 99.1% dos prontuários analisados, contra 95.8% do Hospital A.

O Gráfico 32 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o momento da saída no Hospital A, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.900$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, ocorreu a presença do registro da variável em 95.8% da amostra estudada no momento da saída, contra 94.9% no momento da admissão.

O Gráfico 33 mostra a comparação entre os registros no momento da admissão com o da saída no Hospital B, no qual se verificou a presença de diferença estatisticamente significativa ( $r=0.706$ ,  $p<0.0001$ ), ou seja, o Hospital B apresentou maior registro da variável no momento da admissão (99.5%) em comparação ao momento da saída (99.1%).

Portanto, o Hospital B apresentou maior número de prontuários com o registro de banho no momento da admissão e da saída em comparação ao Hospital A. Ao se analisar isoladamente cada hospital verificou-se que no Hospital A houve maior número de prontuários com o registro da variável no momento da saída em comparação ao momento da admissão. Enquanto que no Hospital B houve maior número de prontuários com o registro da variável no momento da admissão em comparação ao momento da saída.

Tabela 21 – Comparação entre os registros dos hospitais, segundo os indicadores clínicos no momento da admissão e da saída. São Paulo, 2010.

Hospital	Registro	Indicadores Clínicos										Total	
		PA		FC		FR		T		Dor		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
A	Presente	158	73,5	155	72,1	84	39,1	192	89,3	27	12,6	616	57,3

admissão	Ausente	57	26,5	60	27,9	131	60,9	23	10,7	188	87,4	459	42,7
	Subtotal	215	100	215	100	215	100	215	100	215	100	1075	100
A	Presente	158	73,5	154	71,6	63	29,3	173	80,5	24	11,2	572	53,2
saída	Ausente	57	26,5	61	28,4	152	70,7	42	19,5	191	88,8	503	46,8
	Subtotal	215	100	215	100	215	100	215	100	215	100	1075	100
B	Presente	172	80,0	173	80,5	46	21,4	208	96,7	3	1,4	602	56,0
admissão	Ausente	43	20,0	42	19,5	169	78,6	7	3,3	212	98,6	473	44,0
	Subtotal	215	100	215	100	215	100	215	100	215	100	1075	100
B	Presente	158	73,5	157	73,0	26	12,1	193	89,8	1	0,5	535	49,8
saída	Ausente	57	26,5	58	27,0	189	87,9	22	10,2	214	99,5	540	50,2
	Subtotal	215	100	215	100	215	100	215	100	215	100	1075	100

A Tabela 21 mostra a comparação entre registros os hospitais quanto aos indicadores clínicos nos momentos da admissão e da saída.

Ao analisá-la verificou-se que a T em ambos os hospitais e a PA e FC no momento da admissão no Hospital B foram as variáveis que apresentaram maior número de registros entre os prontuários analisados. No máximo, 20% de prontuários não tiveram esses registros.

A variável PA e FC tiveram aproximadamente 70% de presença nos registros dos prontuários analisados no Hospital A no momento da admissão e da saída, enquanto que no Hospital B verificou-se este percentual no momento da saída.

Porém, o registro da variável FR e dor em ambos os hospitais nos momentos da admissão e da saída apresentaram baixo percentual nos prontuários analisados.

Tabela 22 – Comparação entre os registros dos hospitais, segundo os indicadores de funcionalidade no momento da admissão e da saída. São Paulo, 2010.

Hospital	Registro	Funcionalidade	Total
----------	----------	----------------	-------

		Alimentação		Banho		Locomoção		n	%
		n	%	n	%	n	%		
A admissão	Presente	199	92,6	197	91,6	204	94,9	600	93,0
	Ausente	16	7,4	18	8,4	11	5,1	45	7,0
Subtotal		215	100	215	100	215	100	645	100
A saída	Presente	205	95,3	203	94,4	206	95,8	614	95,2
	Ausente	10	4,7	12	5,6	9	4,2	31	4,8
Subtotal		215	100	215	100	215	100	645	100
B admissão	Presente	215	100	213	99,1	214	99,5	642	99,5
	Ausente	-	-	2	0,9	1	0,5	3	0,5
Subtotal		215	100	215	100	215	100	645	100
B saída	Presente	214	99,5	213	99,1	213	99,1	640	99,2
	Ausente	1	0,5	2	0,9	2	0,9	5	0,8
Subtotal		215	100	215	100	215	100	645	100

A Tabela 22 mostra a comparação entre os registros dos hospitais quanto aos indicadores de funcionalidade nos momentos da admissão e da saída.

Ao analisá-la verificou-se que todas as variáveis propostas possuem registro acima de 90% nos prontuários estudados.

Portanto, a análise conjunta das Tabelas 22 e 23 mostra que existe maior número de registros referentes à funcionalidade e T em comparação com as demais variáveis referentes à estabilidade clínica.

### **5.3.0 Associação das variáveis indicativas do tempo de uso do leito hospitalar e da demanda de cuidados com as demais variáveis clínicas e sociais**

Neste momento, os resultados serão apresentados sob a perspectiva das variáveis indicativas do tempo de uso do leito hospitalar e da demanda de cuidados, as quais foram escolhidas por serem privilegiadas no que se refere à informação e à análise da utilização do leito hospitalar.

A variável escolhida para mensurar o tempo de uso do leito hospitalar foi o “Tempo de Permanência”, enquanto que a variável escolhida para mensurar a demanda de cuidados foi o “Número de Cuidados”.

Vale mencionar que a variável “Número de Cuidados” será analisada tanto no momento da admissão, quanto no momento da saída, pois será verificado se houve interdependência entre este grupo de variáveis com as demais variáveis propostas.

Desta forma, as variáveis indicativas serão associadas entre si e com algumas variáveis sociais, como: sexo e idade; e com algumas variáveis clínicas, como: número de diagnósticos, evolução clínica, indicadores clínicos (PA, FC, FR, T e dor) e indicadores de funcionalidade (alimentação, banho e locomoção).

A análise destes resultados será direcionada sob quatro perspectivas:

- Associação entre as variáveis indicativas, as quais foram totalmente registradas,
  
- Associação do conteúdo das variáveis sociais e clínicas que foram totalmente registradas com os grupos de variáveis indicativas,
  
- Associação da presença dos registros das variáveis clínicas, parcialmente registradas com os grupos de variáveis indicativas,
  
- Associação do conteúdo alterado das variáveis clínicas, parcialmente registradas com o grupo de variáveis indicativas.

A partir das quatro perspectivas propostas, primeiramente serão apresentados os resultados da associação da variável “Tempo de

Permanência” com as demais variáveis, e, em seguida, a variável “Número de Cuidados” no momento da admissão e da saída com as demais variáveis.

### 5.3.1 Associação entre as variáveis indicativas, as quais foram totalmente registradas

Tabela 23 – Associação do tempo de permanência dos hospitais com o número de cuidados no momento da admissão e da saída. São Paulo, 2010.

Tempo de Permanência	Número de Cuidados			
	admissão		saída	
	r*	p*	r*	p*
Hospital A	0,021	0,759	0,074	0,278
Hospital B	0,342	p<0,0001	0,223	0,001

(\*) Pearson

Legenda:



Significância estatística ausente

Significância estatística presente

A Tabela 23 mostra a associação entre as variáveis indicativas “Tempo de Permanência” e “Número de Cuidados”, sendo esta analisada nos momentos da admissão e da saída.

A partir da sua análise ficou evidente no Hospital B a presença de diferença estatisticamente significativa e positiva entre as variáveis tanto no momento da admissão, quanto no momento da saída. Isto significa que, no Hospital B, quanto maior o tempo de permanência, maior foi o número de cuidados, tanto no momento da admissão quanto no momento da saída.

No Hospital A não foi observada a presença de diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em nenhum dos momentos propostos.

Portanto, no Hospital B, o número de cuidados tanto no momento da admissão quanto no momento da saída se associa positivamente com o tempo de permanência, enquanto que no Hospital A não foi observada a associação entre estas variáveis.

### 5.3.2 Associação do conteúdo das variáveis sociais e clínicas que foram totalmente registradas com os grupos de variáveis indicativas

Tabela 24 – Associação do tempo de permanência dos hospitais com as variáveis sociais totalmente registradas. São Paulo, 2010.

Variáveis Sociais	Tempo de Permanência			
	Hospital A		Hospital B	
	r*	p*	r*	p*
Idade	0,153	0,024	0,186	0,006
Sexo	0,010	0,889	0,005	0,945

(\*) Pearson

Legenda:



Significância estatística ausente

Significância estatística presente

A Tabela 24 mostra a associação entre o tempo de permanência dos hospitais com as variáveis sociais totalmente registradas.

A partir da sua análise evidenciou-se a presença de diferença estatisticamente significativa e positiva entre a variável “Tempo de Permanência” e a variável “Idade” em ambos os hospitais, ou seja, quanto maior é o tempo de permanência, maior a idade.

No entanto, ao se associar a variável “Tempo de Permanência” com a variável “Sexo” não se verificou presença de diferença estatisticamente significativa em ambos os hospitais.

Tabela 25 – Associação do tempo de permanência dos hospitais com as variáveis clínicas totalmente registradas. São Paulo, 2010.

Variáveis Clínicas	Tempo de Permanência			
	Hospital A		Hospital B	
	r*	p*	r*	p*

Número de Diagnósticos	0,142	0,038	0,094	0,168
Evolução Clínica	-0,014	0,836	-0,074	0,282

(\*) Pearson

Legenda:

	Significância estatística ausente
	Significância estatística presente

A Tabela 25 mostra a associação entre o tempo de permanência dos hospitais com as variáveis clínicas totalmente registradas.

A partir da sua análise ficou evidente a presença de diferença estatisticamente significativa e positiva com a variável “Número de Diagnósticos” no Hospital A. Isto significa que no Hospital A, quanto maior o tempo de permanência maior é o número de diagnósticos. Porém, não foi observada presença de diferença estatisticamente significativa com esta variável no Hospital B.

Quanto à variável “Evolução Clínica”, não foi observada a presença de diferença estatisticamente significativa em ambos os hospitais.

Portanto, no Hospital A o número de diagnósticos se associa positivamente com o tempo de permanência.

Tabela 26 – Associação do número de cuidados no momento da admissão e da saída dos hospitais com as variáveis sociais totalmente registradas. São Paulo, 2010.

Variáveis Sociais	Número de Cuidados			
	Hospital A		Hospital B	
	admissão	saída	admissão	saída

Idade	r*	-0,011	0,365	0,254	0,297
	p*	0,870	p <0,0001	0,0002	p <0,0001
Sexo	r*	-0,081	-0,011	0,112	0,073
	p*	0,238	0,868	0,101	0,285

(\*) Pearson      Legenda:       Significância estatística ausente  
 Significância estatística presente

A Tabela 26 mostra a associação entre o número de cuidados no momento da admissão e da saída dos hospitais com as variáveis sociais totalmente registradas.

A partir da sua análise ficou evidente que há presença de diferença estatisticamente significativa e positiva com a variável idade no Hospital A no momento da saída e no Hospital B tanto no momento no admissão quanto no momento da saída. Isto significa que, nos momentos supracitados, quanto maior o número de cuidados, maior a idade.

Quanto à variável sexo, não se observou a presença de diferença estatisticamente significativa com o número de cuidados em nenhum dos momentos propostos e em nenhum dos hospitais.

Portanto, existe associação positiva entre a variável “Idade” e “Número de Cuidados” no momento da admissão e da saída no Hospital B, e somente no momento da saída no Hospital A, enquanto que a variável “Sexo” não se associa com a variável “Número de Cuidados” na admissão ou na saída.

Tabela 27 – Associação do número de cuidados no momento da admissão e da saída dos hospitais com as variáveis clínicas totalmente registradas. São Paulo, 2010.

Variáveis Clínicas	r*	Número de Cuidados			
		Hospital A		Hospital B	
		admissão	saída	admissão	Saída
Número de Diagnósticos		0,164	0,334	0,306	0,247

Evolução Clínica	p*	0,016	p<0,0001	p<0,0001	0,0003
	r*	-0,133	-0,017	-0,212	-0,182
	p*	0,052	0,810	0,002	0,008

(\*) Pearson

Legenda:



Significância estatística ausente

Significância estatística presente

A Tabela 27 mostra a associação entre o número de cuidados no momento da admissão e da saída dos hospitais com as variáveis clínicas totalmente registradas.

A partir da sua análise verificou-se que, em ambos os hospitais, tanto no momento da admissão quanto no momento da saída, houve a presença de diferença estatisticamente significativa e positiva entre a variável “Número de Cuidados” e “Número de Diagnósticos”, ou seja, quanto maior o número de cuidados no momento da admissão ou da saída, maior o número de diagnósticos.

Ao se analisar a associação com a variável “Evolução Clínica” verificou-se a ausência de diferença estatisticamente significativa no Hospital A, tanto no momento da admissão, quanto no momento da saída. Porém, ao analisá-la no Hospital B, verificou-se a presença de diferença estatisticamente negativa, ou seja, quanto maior o número de cuidados no momento da admissão ou da saída, pior a evolução do quadro clínico.

Portanto, existe em ambos os hospitais associação positiva entre as variáveis “Número de Diagnósticos” e “Número de Cuidados” no momento da admissão e da saída. Enquanto que existe no Hospital B a presença de diferença estatisticamente significativa negativa entre as variáveis “Evolução Clínica” e “Número de Cuidados” no momento da admissão e da saída, no Hospital A não se observou a presença de diferença estatisticamente significativa entre estas variáveis.

### 5.3.3 Associação da presença dos registros das variáveis clínicas parcialmente registradas com os grupos de variáveis indicativas

Tabela 28 – Associação do tempo de permanência dos hospitais com a presença das variáveis clínicas parcialmente registradas nos momentos da admissão e da saída. São Paulo, 2010.

Tempo de Permanência	Variáveis Clínicas	Admissão		Saída	
		r*	p*	r*	p*
Hospital A	PA	0,176	0,010	0,149	0,029
	FC	0,172	0,011	0,146	0,033
	FR	0,077	0,260	0,126	0,065
	T	-0,062	0,368	0,007	0,917
	Dor	0,031	0,654	0,029	0,669
	Alimentação	0,037	0,588	0,051	0,459
	Banho	0,028	0,688	0,059	0,392
	Locomoção	-0,001	0,987	0,075	0,273
Hospital B	PA	0,057	0,409	0,099	0,150
	FC	-0,056	0,413	0,094	0,170
	FR	-0,044	0,518	0,029	0,670
	T	-0,004	0,959	0,094	0,168
	Dor	0,063	0,358	-0,031	0,654
	Alimentação	**	**	-0,019	0,785
	Banho	0,073	0,285	-0,056	0,416
	Locomoção	0,060	0,382	-0,053	0,455

Legenda:   Significância estatística ausente  
  Significância estatística presente

(\*) Pearson

(\*\*) Houve registro completo desta informação, a qual será tratada em outro conjunto de variáveis.

A Tabela 28 mostra a associação do tempo de permanência dos hospitais com a presença das variáveis clínicas parcialmente registradas nos momentos da admissão e da saída.

A partir da sua análise ficou evidente que, no Hospital A, há presença de diferença estatisticamente significativa e positiva entre o tempo de permanência e as variáveis “PA” e “FC” nos momentos da admissão e saída, ou seja, quanto maior o tempo de permanência, maior é a presença do registro destas variáveis.

Com relação às demais variáveis não se observou a presença de diferença estatisticamente significativa com as demais variáveis clínicas no Hospital A.

Analisando o Hospital B verificou-se a ausência de diferença estatisticamente significativa entre a associação da variável “Tempo de Permanência” com as demais variáveis clínicas no momento da admissão e da saída.

Vale ressaltar que, no Hospital B, houve registro completo da variável “Alimentação”, a qual será tratada em outro conjunto de variáveis.

Portanto, no Hospital A o tempo de permanência foi maior entre aqueles que tinham o registro na admissão e na saída das variáveis PA e FC. Enquanto que no Hospital B não se observou este padrão com nenhuma das variáveis.

Tabela 29 – Associação do número de cuidados no momento da admissão nos hospitais com a presença das variáveis clínicas parcialmente registradas nos momentos da admissão e da saída. São Paulo, 2010.

Número de Cuidados na Admissão	Variáveis Clínicas	Admissão		Saída	
		r*	p*	r*	p*
Hospital A	PA	-0,169	0,013	0,113	0,004
	FC	-0,147	0,031	-0,190	0,005
	FR	0,061	0,377	-0,009	0,891
	T	0,115	0,094	0,148	0,030
	Dor	-0,081	0,236	-0,012	0,861
	Alimentação	0,126	0,066	0,187	0,006
	Banho	0,136	0,046	0,113	0,098
	Locomoção	0,113	0,098	0,075	0,275
Hospital B	PA	0,101	0,142	0,133	0,051
	FC	0,082	0,231	0,150	0,028
	FR	0,189	0,005	0,013	0,851
	T	-0,037	0,591	0,055	0,419
	Dor	-0,148	0,031	-0,028	0,678
	Alimentação	**	**	-0,056	0,414
	Banho	-0,079	0,247	-0,079	0,247
	Locomoção	-0,056	0,414	-0,079	0,247

Legenda:   Significância estatística ausente  
  Significância estatística presente

(\*) Pearson  
(\*\*) Houve registro completo desta informação, a qual será tratada em outro conjunto de variáveis.

A Tabela 29 mostra a associação do número de cuidados no momento da admissão nos hospitais com a presença das variáveis clínicas parcialmente registradas nos momentos da admissão e da saída.

A partir de sua análise no Hospital A verificou-se a presença de diferença estatisticamente significativa e positiva com as variáveis “PA” e “FC” no momento da admissão e da saída, “T” e “Alimentação” no momento da saída e “Banho” no momento da admissão.

Isto significa que quanto maior o número de cuidados no momento da admissão, maior é a presença do registro de “PA” e “FC” no momento da admissão e da saída, de “T” e “Alimentação” no momento da saída e de “Banho” no momento da admissão.

No Hospital A não houve presença de diferença estatisticamente significativa com as demais variáveis analisadas.

Analisando o Hospital B verificou-se a presença de diferença estatisticamente significativa e positiva com a variável “FC” no momento da saída e com as variáveis “FR” e “Dor” no momento da admissão.

Isto significa que, quanto maior o número de cuidados no momento da admissão, maior é a presença de registro de “FC” no momento da saída e de “FR” no momento da admissão.

Porém, ao se analisar a variável “Dor”, verificou-se que quanto maior o número de cuidados no momento da admissão, maior é a ausência de registro desta variável.

Vale ressaltar que no Hospital B houve registro completo da variável “Alimentação”, a qual será tratada em outro conjunto de variáveis.

Portanto, no Hospital A, o registro na admissão das variáveis PA, FC e banho, e o registro na saída das variáveis PA, FC, T e alimentação estiveram associadas ao número de cuidados na admissão.

Enquanto que no Hospital B, observou-se que o registro na admissão das variáveis FR e dor, e o registro na saída da variável FC associaram-se ao número de cuidados na admissão.

Tabela 30 – Associação do número de cuidados no momento da saída nos hospitais com a presença das variáveis clínicas parcialmente registradas nos momentos da admissão e da saída. São Paulo, 2010.

Número de Cuidados na Saída	Variáveis Clínicas	Admissão		Saída	
		r*	p*	r*	p*
Hospital A	PA	0,294	p<0,0001	0,269	p<0,0001
	FC	0,292	p<0,0001	0,279	p<0,0001
	FR	0,143	0,036	0,234	0,001
	T	-0,058	0,397	-0,032	0,642
	Dor	-0,035	0,613	0,100	0,144
	Alimentação	0,100	0,144	0,165	0,015
	Banho	0,128	0,061	0,167	0,014
	Locomoção	0,147	0,031	0,116	0,089
Hospital B	PA	0,037	0,594	0,089	0,194
	FC	0,014	0,838	0,098	0,152
	FR	0,142	0,038	0,017	0,806
	T	-0,137	0,065	0,039	0,568
	Dor	-0,107	0,116	-0,062	0,368
	Alimentação	**	**	-0,046	0,504
	Banho	-0,116	0,090	-0,141	0,039
	Locomoção	-0,153	0,024	-0,145	0,039

Legenda:  Significância estatística ausente  
 Significância estatística presente  
 (\*) Pearson  
 (\*\*) Houve registro completo desta informação, a qual será tratada em outro conjunto de variáveis.

A Tabela 30 mostra a associação do número de cuidados no momento da saída nos hospitais com a presença das variáveis clínicas parcialmente registradas nos momentos da admissão e da saída.

A partir da análise no Hospital A verificou-se presença de diferença estatisticamente significativa e positiva com as variáveis “PA”, “FC” e “FR”, tanto no momento da admissão quanto no momento da saída; “Alimentação” e “Banho” no momento da saída; e “Locomoção” no momento da admissão.

Isto significa que, quanto maior o número de cuidados na saída, maior é a presença de registro de “PA”, “FC” e “FR” no momento da admissão e da saída, de “Alimentação” e “Banho” no momento da saída e de “Locomoção” no momento da admissão.

Analisando o Hospital B verificou-se presença de diferença estatisticamente significativa e positiva com as variáveis “FC” e “Banho” no momento da saída, com a variável “FR” no momento da admissão e com a variável “Locomoção” no momento da admissão e da saída.

Isto significa que, quanto maior o número de cuidados no momento da saída, maior é a presença de registro de “FC” e “Banho” no momento da saída, de “FR” no momento da admissão e de “Locomoção” no momento da admissão e da saída.

Vale ressaltar que, no Hospital B, houve registro completo da variável “Alimentação”, a qual será tratada em outro conjunto de variáveis.

Portanto, no Hospital A, o registro na admissão das variáveis PA, FC, FR e locomoção, e o registro na saída das variáveis PA, FC, FR, alimentação e banho associaram-se ao número de cuidados na saída.

Enquanto que no Hospital B, observou-se que o registro na admissão das variáveis FR e locomoção, e o registro na saída da variável FC, banho e locomoção associaram-se ao número de cuidados na saída.

### 5.3.4 Associação do conteúdo alterado das variáveis clínicas parcialmente registradas com o grupo de variáveis indicativas

Tabela 31 – Associação do tempo de permanência dos hospitais com o conteúdo alterado das variáveis clínicas parcialmente registradas. São Paulo, 2010.

Tempo de Permanência	Variáveis Clínicas	Admissão			Saída		
		n	r*	p*	n	r*	p*
Hospital A	PA	158	-0,066	0,413	158	0,123	0,124
	FC	155	0,029	0,723	154	0,053	0,511
	FR	84	-0,056	0,616	63	0,078	0,544
	T	192	0,035	0,627	173	-0,038	0,621
	Dor	27	0,494	0,009	24	0,207	0,331
	Alimentação	199	0,077	0,281	205	0,109	0,119
	Banho	197	-0,028	0,701	203	-0,023	0,740
	Locomoção	204	-0,051	0,467	206	-0,032	0,644
Hospital B	PA	172	0,177	0,020	158	-0,015	0,847
	FC	173	0,310	p<0,0001	157	-0,007	0,933
	FR	46	0,120	0,426	26	**	**
	T	208	0,082	0,241	193	-0,024	0,745
	Dor	3	***	***	1	***	***
	Alimentação	215	0,317	p<0,0001	214	0,257	p<0,0001
	Banho	213	0,267	p<0,0001	213	0,094	0,173
	Locomoção	214	0,266	p<0,0001	213	0,089	0,198

(\*) Pearson      Legenda:       Significância estatística ausente  
 Significância estatística presente

(\*\*) Variáveis independentes entre si.

(\*\*\*) Amostra insuficiente para o cálculo.

A Tabela 31 mostra a associação do tempo de permanência dos hospitais com o conteúdo alterado das variáveis clínicas parcialmente registradas.

A partir da sua análise evidenciou-se que, no Hospital A, não houve presença de diferença estatisticamente significativa entre o tempo de permanência e o conteúdo das variáveis clínicas, exceto quando analisada a variável “Dor”. Ela apresentou diferença estatisticamente significativa e positiva no momento da admissão, ou seja, quanto maior o tempo de permanência, maior a dor referida no momento da admissão.

Analisando o Hospital B evidenciou-se que houve presença de diferença estatisticamente significativa entre o tempo de permanência e o conteúdo das seguintes variáveis clínicas no momento da admissão: FC, Alimentação, Banho e Locomoção.

O mesmo foi verificado no momento da saída com relação à variável “Alimentação”.

Não foi possível realizar a associação com a variável “Dor”, uma vez que esta apresentou registro em quantidade insuficiente para o cálculo.

A variável “FR” no momento da saída mostrou-se independente da variável “Tempo de Permanência”.

Portanto, quanto maior o tempo de permanência no Hospital B maior o comprometimento clínico e funcional, principalmente, no momento da admissão. Enquanto que no Hospital A verificou-se que, quanto maior o tempo de permanência, maior a dor referida no momento da admissão.

Tabela 32 – Associação do número de cuidados na admissão dos hospitais com o conteúdo alterado das variáveis clínicas parcialmente registradas. São Paulo, 2010.

Número de Cuidados na Admissão	Variáveis Clínicas	Admissão			Saída		
		n	r*	p*	n	r*	p*
Hospital A	PA	158	0,189	0,018	158	0,220	0,006
	FC	155	0,209	0,009	154	0,303	0,0001
	FR	84	0,416	p<0,0001	63	0,309	0,014
	T	192	0,166	0,022	173	0,297	p<0,0001
	Dor	27	-0,225	0,259	24	-0,027	0,902
	Alimentação	199	0,377	p<0,0001	205	0,400	p<0,0001
	Banho	197	0,458	p<0,0001	203	0,471	p<0,0001
	Locomoção	204	0,441	p<0,0001	206	0,470	p<0,0001
Hospital B	PA	172	0,286	0,0001	158	0,179	0,024
	FC	173	0,374	p<0,0001	157	0,138	0,084
	FR	46	0,470	0,001	26	**	**
	T	208	0,288	p<0,0001	193	0,019	0,797
	Dor	3	***	***	1	***	***
	Alimentação	215	0,469	p<0,0001	214	0,402	p<0,0001
	Banho	213	0,412	p<0,0001	213	0,375	p<0,0001
	Locomoção	214	0,452	p<0,0001	213	0,386	p<0,0001

Legenda:

(\*) Pearson

(\*\*) Variáveis independentes entre si.

(\*\*\*) Amostra insuficiente para o cálculo.

Significância estatística ausente  
Significância estatística presente

A Tabela 32 mostra a associação do número de cuidados na admissão dos hospitais com o conteúdo alterado das variáveis clínicas parcialmente registradas.

A partir da sua análise evidenciou-se que, no Hospital A, houve presença de diferença estatisticamente significativa e positiva em todas as variáveis no momento da admissão e da saída, exceto com a variável “Dor”, em que tanto no momento da admissão, quanto no da saída, não apresentou diferença estatisticamente significativa.

Isto significa que, quanto maior o número de cuidados no momento da admissão no Hospital A, maior o comprometimento clínico e funcional do paciente no momento da admissão e da saída, exceto com relação à dor referida.

Analisando o Hospital B verificou-se que houve presença de diferença estatisticamente significativa e positiva em todas as variáveis, exceto com a variável “FC” e “T” no momento da saída.

Isto significa que, quanto maior o número de cuidados no momento da admissão no Hospital B, maior o comprometimento clínico e funcional do paciente no momento da admissão e da saída, exceto com relação à FC e T no momento da saída.

Não foi possível realizar a associação com a variável “Dor”, uma vez que esta apresentou registro em quantidade insuficiente para o cálculo.

A variável “FR” no momento da saída mostrou-se independente da variável “Tempo de Permanência”.

Portanto, em ambos os hospitais, quanto maior o número de cuidados na admissão maior o comprometimento clínico e funcional no momento da admissão e da saída, considerando a grande maioria das variáveis analisadas.

Tabela 33 – Associação do número de cuidados na saída dos hospitais com o conteúdo alterado das variáveis clínicas parcialmente registradas. São Paulo, 2010.

Número de Cuidados na Saída	Variáveis Clínicas	Admissão			Saída		
		n	r*	p*	n	r*	p*
Hospital A	PA	158	0,309	p<0,0001	158	0,394	p<0,0001
	FC	155	0,220	0,006	154	0,389	p<0,0001
	FR	84	0,341	0,002	63	0,510	p<0,0001
	T	192	-0,009	0,898	173	0,373	p<0,0001
	Dor	27	-0,198	0,321	24	0,156	0,466
	Alimentação	199	0,456	p<0,0001	205	0,620	p<0,0001
	Banho	197	0,196	0,006	203	0,267	0,0002
	Locomoção	204	0,227	0,001	206	0,273	p<0,0001
Hospital B	PA	172	0,279	0,0002	158	0,280	0,0003
	FC	173	0,282	0,0002	157	0,232	0,003
	FR	46	0,425	0,003	26	**	**
	T	208	0,190	0,006	193	0,147	0,042
	Dor	3	***	***	1	***	***
	Alimentação	215	0,421	p<0,0001	214	0,506	p<0,0001
	Banho	213	0,272	p<0,0001	158	-0,066	0,413
	Locomoção	214	0,299	p<0,0001	213	0,309	p<0,0001

Legenda:  Significância estatística ausente  
 Significância estatística presente

(\*) Pearson  
(\*\*) Variáveis independentes entre si.  
(\*\*\*) Amostra insuficiente para o cálculo.

A Tabela 33 mostra a associação do número de cuidados na saída dos hospitais com o conteúdo alterado das variáveis clínicas parcialmente registradas.

A partir da sua análise evidenciou-se que, no Hospital A, houve presença de diferença estatisticamente significativa e positiva em todas as variáveis no momento da admissão e da saída, exceto com a variável “Dor”, tanto no momento da admissão quanto no momento da saída, e com a variável “T” no momento da admissão.

Isto significa que, quanto maior o número de cuidados na saída, maior o comprometimento clínico e funcional no momento da admissão e da saída com relação às variáveis “PA”, “FC”, “FR”, “Alimentação”, “Banho” e “Locomoção”, e com a variável “T” no momento da admissão.

Analisando o Hospital B evidenciou-se que houve presença de diferença estatisticamente significativa e positiva em todas as variáveis, exceto com a variável “Banho” no momento da saída.

Isto significa que, no Hospital B, quanto maior o número de cuidados na saída, maior o comprometimento clínico e funcional do paciente no momento da admissão e da saída em todas as variáveis, exceto com relação ao banho que evidenciou o comprometimento funcional apenas no momento da saída.

Não foi possível realizar a associação com a variável “Dor”, uma vez que esta apresentou registro em quantidade insuficiente para o cálculo.

A variável “FR” no momento da saída mostrou-se independente da variável “Tempo de Permanência”.

Portanto, em ambos os hospitais, quanto maior o número de cuidados na saída maior o comprometimento clínico e funcional no momento da admissão e da saída, considerando a grande maioria das variáveis analisadas.

### 6.0.0 Discussão

A motivação para a realização deste trabalho está vinculada à vivência profissional na tomada de decisão diária quanto à alocação de recursos em saúde, em especial do uso do leito hospitalar e da proposição de alternativas assistenciais seguras ao uso deste recurso.

Diante desta prática ficou evidente que, para uma tomada de decisão coerente, fazia-se necessário ter à disposição um conjunto de informações que refletissem as expectativas do próprio doente ou de sua família/responsáveis, bem como as demandas de cuidados que levavam ao uso do leito hospitalar.

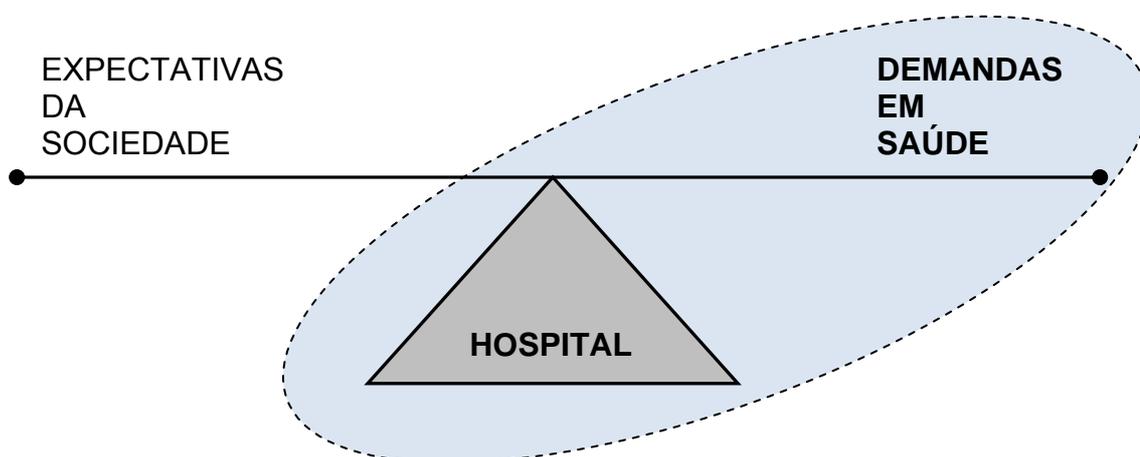


Figura 3 – Apresentação do enfoque de discussão do estudo. São Paulo, 2010.

No entanto, como mostra a Figura 3, o presente estudo abordará aspectos relacionados à estrutura hospitalar e às demandas em saúde. Caberá a estudos posteriores a eventual investigação das expectativas da sociedade quanto ao uso do hospital.

A partir daí, surgiu o questionamento quanto ao uso do prontuário hospitalar como fonte de informação para a gestão e, conseqüente, tomada de decisão.

Empiricamente, os profissionais da área da saúde sabem que o prontuário hospitalar tem basicamente duas finalidades, uma relacionada à legislação do exercício profissional e outra relacionada ao acompanhamento da evolução clínica do doente com a finalidade de embasar a intervenção terapêutica.

Diante disto, sabendo que o prontuário hospitalar se constitui numa fonte de informação clínica, parece razoável supor que esta informação, sendo tratada sob a luz da gestão, poderia se transformar em evidências que prestariam o embasamento necessário ao gestor para uma tomada de decisão coerente e eficaz.

Este raciocínio coincide com o apontado por um dos autores deste tema, o qual verbaliza a necessidade do gestor desenvolver a sua prática baseada em evidências de gestão <sup>(7,19,36)</sup>.

Isto está relacionado à idéia de que o prontuário hospitalar agregaria, além da função de base de dados para a análise individual referente aos aspectos legais e clínicos, a análise institucional relacionada aos aspectos referentes à gestão hospitalar e à proposição de utilização de outros equipamentos de saúde, conforme preconizado pela intersetorialidade <sup>(1,3-4)</sup>.

Porém, diante de todos os dados disponíveis num prontuário hospitalar, faz-se necessário que o gestor eleja variáveis que consigam traduzir as demandas em saúde do serviço, não somente com a finalidade de concluir sobre a eficiência ou ineficiência hospitalar, mas também propor intervenções gerenciais concretas no cotidiano da prática clínica que reflitam diretamente na melhoria da eficiência do hospital.

Esta escolha se transforma num desafio para o gestor, principalmente, pela inexistência de indicadores que reflitam o que se associa às demandas

em saúde, para que num segundo momento se possa intervir precocemente de forma eficaz.

Os gestores em saúde, sejam eles do serviço público ou do serviço privado, têm à disposição, minimamente, resultados relacionados ao número de leitos disponíveis nas unidades de internação previstas, número de admissões e saídas, número de admissões no pronto-socorro, número de remoções, frequência de diagnósticos, taxa de ocupação, média de permanência, taxa de mortalidade e taxa de infecção<sup>(37)</sup>.

No entanto, estas informações puras, sem a profundidade necessária para identificar as variáveis que a elas se associam, parece que muito pouco agregariam em conhecimento para propor intervenções com a finalidade de otimizar racionalmente o uso do leito hospitalar.

Desta forma, este estudo tentou avançar nesta discussão preliminar elegendo duas variáveis indicativas de eficiência hospitalar, as quais parecem ser privilegiadas no que se refere à informação e à análise da utilização do leito hospitalar: o “Tempo de Permanência” e o “Número de Cuidados” no momento da admissão e da saída. A primeira está relacionada ao tempo de uso do leito hospitalar, enquanto que a segunda relaciona-se à demanda de cuidados e, conseqüente, alocação de recursos materiais, humanos e financeiros.

No entanto, não bastava simplesmente mensurá-las, a proposta seria investigar quais outras variáveis possivelmente se associariam com estas variáveis indicativas.

A partir daí, as variáveis indicativas foram associadas com variáveis de natureza social (sexo, idade e presença de acompanhante) e de natureza clínica (número e tipo de diagnósticos; evolução clínica; indicadores clínicos: PA, FC, FR, T, dor; e indicadores de funcionalidade: alimentação, banho e locomoção).

Desta forma, proporcionando ao gestor a visualização de variáveis que se associam com a eficiência hospitalar, permitindo a sua intervenção sobre a prática clínica com o objetivo de potencializar esta eficiência ou de corrigir a ineficiência hospitalar.

Porém, para que esta rede de informação contribua para a tomada de decisão em âmbito hospitalar e extra-hospitalar, com a proposição de alternativas assistenciais, parece ser fundamental que se tenha o registro adequado nos prontuários hospitalares.

Para tanto, torna-se necessário eleger as variáveis pertinentes e implantar um procedimento sistemático de registro que garanta a presença destes dados nos prontuários para posterior processamento e análise.

Neste estudo observou-se que as únicas informações presentes nos 430 prontuários analisados se referiram aos dados mínimos necessários para a prestação de contas do serviço de saúde, as quais se referem ao sexo, idade, diagnóstico, motivo da saída, tempo de permanência e número de cuidados.

Vale ressaltar que, quanto ao número de cuidados, não foi possível afirmar que eles refletiam a realidade do atendimento ou se estariam subestimados, devido à eventual falta de registro de outros cuidados despendidos.

Além disso, a presença do PHD no Hospital A aparentemente não resultou em diferença no padrão do registro dos dados coletados em comparação ao Hospital B, que não possui o PHD.

Quanto aos indicadores clínicos (PA, FC, FR, T e dor) e de funcionalidade (alimentação, banho e locomoção), estes estiveram ausentes em maior ou menor proporção em todos os prontuários, seja no momento da admissão ou da saída.

Analisando os dados registrados do perfil da clientela assistida nos dois hospitais, cujos registros estavam presentes em 100% da amostra, verificou-se que foram internados mais homens do que mulheres e que adultos, idosos e crianças foram os grupos etários, em ordem decrescente, que mais demandaram por estas internações. Observou-se a presença de somente 1 diagnóstico na maioria dos casos e a presença de comorbidades relacionadas aos adultos e idosos. As doenças cardiorrespiratórias e os transtornos mentais e comportamentais foram os diagnósticos mais freqüentemente registrados.

Estes achados sugerem que o gestor deve atentar para o perfil da clientela que será assistida, a fim de proporcionar uma estrutura hospitalar coerente com as reais necessidades deste grupo. Estas ações se referem à capacitação das equipes envolvidas e à disponibilização de materiais, equipamentos, medicamentos e mobiliários que estejam em sintonia com estas demandas.

Diante disto, aparentemente, nos dois hospitais, os respectivos gestores teriam condições de estabelecer a tomada de decisão, uma vez que as variáveis supracitadas apresentaram registro em 100% da amostra.

No entanto, estes dados relacionados ao sexo, idade e diagnóstico, apesar de necessários não são suficientes.

Alguns estudos que trabalharam com a investigação do motivo da internação hospitalar entre crianças mostraram outras questões relevantes, além de informações puramente administrativas <sup>(38,39)</sup>.

Num dos estudos os autores discutiram que muitas das internações deste grupo etário seriam evitáveis se a atenção básica conseguisse absorver a demanda e tivesse qualidade assistencial <sup>(38)</sup>. Neste trabalho os pesquisadores utilizaram outros dados para analisar as questões relacionadas à internação hospitalar, como, por exemplo, as questões relacionadas à complexidade e à intersectorialidade.

Outro estudo também realizado com crianças visou estabelecer o vínculo do cuidador com a frequência de internação hospitalar e concluiu que o maior número de internações entre as crianças estudadas ocorre na presença da avó enquanto cuidadora diurna <sup>(39)</sup>. Neste estudo, os autores deram destaque à figura do cuidador como dado relevante.

Ambos os estudos supracitados <sup>(38,39)</sup> destacam a importância do estreitamento de comunicação do hospital com outros equipamentos de saúde e vice-versa, mas, principalmente, no que se refere no âmbito hospitalar, à necessidade de enriquecimento das informações contidas no prontuário, as quais podem subsidiar a identificação de problemas e a conseqüente proposição de soluções, mediante uma tomada de decisão.

Outro grupo etário que se destacou foi a parcela idosa, tanto pela presença de comorbidades, como pela maior frequência de uso do leito hospitalar.

Um estudo problematizou ao apontar que este grupo etário passa a demandar mais pelos serviços de saúde, a utilizar mais medicamentos e progressivamente apresenta comprometimento de sua funcionalidade <sup>(18)</sup>.

Desta forma, partindo do pressuposto que o idoso passa a onerar o sistema de saúde e que no presente estudo ele se destacou pela presença de comorbidades e pela maior frequência de uso do leito hospitalar, pode-se logicamente supor que o gestor deve atentar para a condução clínica dos casos deste grupo etário, a fim de potencializar a resolutividade dos problemas de saúde em âmbito hospitalar.

Para tanto, os registros hospitalares poderiam ser úteis para direcionar o atendimento hospitalar e proporcionar a intersertorialidade entre os equipamentos de saúde, por meio de alternativas assistenciais ao uso do hospital, aumentando a probabilidade da manutenção da estabilidade clínica.

Porém, novamente neste estudo parece que os registros analisados não foram favoráveis para embasar esta tomada de decisão, uma vez que

muitas das variáveis analisadas foram registradas numa frequência muito reduzida.

Além disso, este estudo mostrou que crianças e idosos são os grupos etários que tiveram maior tempo de permanência. Estes achados endossam a necessidade de atenção do gestor para com estes grupos.

Outro grupo que se destacou quanto à ocorrência de internações foram os adultos de 30 a 59 anos, sendo que num dos hospitais estes apresentaram comorbidades. Este resultado é relevante, pois abarca uma parcela da população economicamente ativa que adocece, demanda por serviços de saúde e onera o sistema.

Logo, parece ser fundamental que a internação hospitalar seja, quando possível, breve e eficiente a fim permitir que a pessoa retome as suas atividades laborais e sociais de forma segura.

Talvez a presença do registro possa ser um favorecedor para assegurar esta condição otimizada, uma vez que o gestor teria à disposição informações importantes para a identificação destes doentes e a conseqüente tomada de decisão visando potencializar a eficiência hospitalar. Todavia neste estudo percebeu-se a escassez de dados que corroborassem este raciocínio.

Uma vez compreendido o perfil da clientela faz-se necessário que o gestor vislumbre a alocação de recursos frente às demandas que se apresentam.

A sugestão deste estudo é analisar a alocação de recursos através da análise do percentual e do diagnóstico na internação dos doentes que foram removidos do hospital e à luz do número de cuidados no momento da admissão e da saída.

Neste estudo, verificou-se a presença de necessidade de remoções para outros serviços entre 14.2% dos doentes admitidos nos hospitais. Entre estes, mais da metade (54.1%) possuía o registro de diagnóstico relacionado

à doença ortopédica, seguido por 14.8% referente às doenças do aparelho circulatório, 13.1% de origem psiquiátrica e 9.8% do aparelho respiratório.

Estes achados evidenciaram a dependência dos hospitais para com outros equipamentos de saúde, o que pode implicar na maior alocação de recursos, mas parece que também pode influenciar no aumento do tempo de permanência.

Por outro lado, aparentemente, muito pouco o gestor do hospital poderia contribuir para a otimização desta eficiência, uma vez que neste contexto se configura a total ausência de autonomia deste gestor para com a resolução do problema que influencia na eficiência hospitalar, o qual passa a depender do outro equipamento de saúde para a absorção desta demanda.

Além disso, parece ser relevante que o gestor conheça a dinâmica de cuidados despendidos à sua clientela.

Neste estudo, ao se analisar o número de cuidados básicos, os quais podem ser delegados a um cuidador leigo treinado sob supervisão do enfermeiro, observou-se que estes foram maiores na saída do que na admissão. Enquanto que os cuidados invasivos, que dependem de um profissional da área da saúde para a sua execução, foram maiores na admissão do que na saída.

Vale ressaltar que se trata de um padrão esperado, ou seja, que na saída tenha-se mais cuidados básicos e menos cuidados invasivos comparando-se com o momento da admissão.

Porém, vale destacar a presença persistente de cuidados básicos e invasivos no momento da saída, o que deflagra a necessidade de habilitar um cuidador leigo, no caso dos cuidados básicos, e de assegurar a continuidade da assistência em outros equipamentos de saúde, no caso dos cuidados invasivos.

Desta forma, estes achados sugerem a necessidade da equipe de saúde do hospital identificar e habilitar um cuidador eleito pela família para assumir os cuidados básicos no momento pós-alta hospitalar, se relacionar com outros equipamentos extra-hospitalares que abarquem as necessidades referentes às demandas por cuidados básicos e invasivos no momento da saída, e oferecer estas informações de forma sistematizada para que o gestor possa utilizá-las na tomada de decisão.

Neste estudo, como já mencionado anteriormente, não foi possível identificar se a quantidade de registros de cuidados foi conduzida em concordância com a real necessidade ou se foram subestimados. No entanto, é possível afirmar que não houve qualquer registro nos prontuários sobre a vinculação com uma instituição extra-hospitalar que assegurasse a continuidade da assistência, bem como registros referentes à habilitação de cuidador.

Ao se colocar em discussão a necessidade de identificação da figura do cuidador como aquele que fará a manutenção dos cuidados na complexidade que lhe cabe, no momento pós-alta hospitalar, observou-se que, quando analisada a presença do registro referente ao acompanhante, este esteve presente em apenas 42.3% dos prontuários.

Vale frisar que diante da escassez de dados referentes ao acompanhante não houve como afirmar se ele desenvolveria o papel do cuidador, isto porque há escassez do registro da presença do acompanhante, e nenhum registro referente ao cuidador.

Diante deste resultado, parece ser fundamental a revisão do registro referente a esta informação contendo, minimamente, se há um cuidador efetivo, qual o grau de vinculação deste cuidador com o doente e se o cuidador está acompanhando o doente durante a internação hospitalar.

Estas informações, no contexto da clínica, visam iniciar o treino do cuidador para a execução de cuidados básicos no momento pós-alta hospitalar, o que visa garantir a continuidade da assistência mesmo que o

doente não esteja sob a tutela da instituição hospitalar. Enquanto que, no contexto da gestão, visam orientar o gestor para a avaliação e proposição de um programa interno que tenha o objetivo de treinar este cuidador no momento adequado durante a internação hospitalar.

Aprofundando na análise da presença do registro de outras variáveis verificou-se que os indicadores clínicos (PA, FC, FR, T e dor) foram mais registrados no momento da admissão do que no momento da saída, enquanto que os indicadores de funcionalidade (alimentação, banho e locomoção) apresentaram um padrão de registro similar, comparando-se o momento da admissão com o da saída.

Estes achados denotaram que houve influência da temporalidade sobre o registro dos indicadores clínicos, sendo eles mais freqüentemente registrados no momento da admissão em comparação ao momento da saída. No entanto, quanto aos indicadores de funcionalidade, não se observou esta influencia temporal no seu padrão de registro.

Esta evidência talvez esteja vinculada ao cumprimento de protocolos que exijam maior rigor na presença do registro no momento da admissão em comparação ao momento da saída, ou mesmo vinculada à idéia de transferência de responsabilidade quanto à continuidade da assistência, no momento da prescrição da alta pelo profissional médico, ou ainda quando da crença de que prescrita a alta finda-se a necessidade de continuidade dos cuidados clínicos pela equipe de enfermagem.

Em contrapartida, os indicadores de funcionalidade sempre foram mais registrados, seja no momento da admissão ou da saída, em comparação aos indicadores clínicos.

Possivelmente, esta priorização do registro dos indicadores de funcionalidade em comparação aos indicadores clínicos, esteja relacionada à visão distorcida de que caberiam aos profissionais de enfermagem os cuidados relacionados à higiene e conforto somente, enquanto que aos profissionais médicos os cuidados relacionados aos parâmetros clínicos.

Estes achados sugerem a existência de um momento de priorização do registro a depender da sua natureza. Ou seja, parecem existir indícios de que o registro dos cuidados relacionados aos indicadores de funcionalidade foi prioritário em comparação ao registro dos indicadores clínicos.

Este contexto mereceria ser alvo de maior investigação, pois este comportamento da equipe envolvida priorizando o registro dos indicadores de funcionalidade em comparação ao registro dos indicadores clínicos acarretou o registro muito reduzido de algumas variáveis clínicas importantes, as quais poderiam ser utilizadas para embasamento da tomada de decisão pelo gestor.

Tanto que se verificou, entre os indicadores clínicos, que a FR e a dor foram as variáveis menos registradas em comparação com as demais, oscilando com a presença do registro em 0.5% a 39.1% dos prontuários (a depender da variável, do hospital e do momento do registro), o que novamente evidencia a pouca importância atribuída a estes registros.

Enquanto que outros indicadores clínicos, como PA e FC estiveram presentes nos registros de 71.6% a 80.5% dos prontuários, e a T em 80.5% a 96.7% dos prontuários (a depender da variável, do hospital e do momento do registro).

Porém, entre os indicadores de funcionalidade (alimentação, banho e locomoção), o percentual da presença do registro oscilou entre 91.6% e 100% dos prontuários analisados (a depender da variável, do hospital e do momento do registro), o que enfatiza a prioridade dada a estes registros.

Este padrão de presença do registro parece reforçar o indício da existência de priorização daquilo que será registrado.

Vale ressaltar que todas estas variáveis têm sua importância dentro da natureza singular de cada uma, logo mereceriam a atenção adequada, pois servirão como embasamento legal para o exercício profissional, como parâmetro de medida e comparação para a intervenção terapêutica e, possivelmente, como indicador de gestão do hospital. Portanto, elas não

deveriam estar sendo submetidas a uma hierarquização de prioridade de registro.

Para o hospital tal situação parece implicar em falta de dados que permitam:

- respaldo legal diante da necessidade de se posicionar frente aos questionamentos do sistema judiciário,
- acompanhamento sistemático da evolução clínica do doente, que embasará as condutas terapêuticas,
- análise associativa destas variáveis com as variáveis indicativas (tempo de permanência e número de cuidados no momento da admissão e da saída), as quais embasarão a tomada de decisão do gestor.

Esta situação, provavelmente, reforça a idéia de que diante da falta de registros para os encaminhamentos propostos acima, minimamente predispõe-se o hospital a uma baixa eficiência gerencial, justamente pela falta de elementos para identificação de problemas e proposição de soluções.

No entanto, ao se associar as variáveis indicativas “Tempo de Permanência” e “Número de Cuidados” no momento da admissão e da saída, com as variáveis que foram totalmente registradas, verificou-se que em ambos os hospitais quanto maior o tempo de permanência, maior a idade do doente. A variável evolução clínica não interferiu no tempo de permanência e a variável sexo não interferiu nem no tempo de permanência, nem no número de cuidados na admissão ou na saída.

Estes achados são relevantes, pois se referem às variáveis que apresentaram registro presente em 100% dos prontuários analisados. Desta

forma, se configura como uma informação disponível para análise e utilização direcionada à gestão.

Logo, estas informações nesta amostra já estão disponíveis para os gestores, os quais poderão atentar para a internação deste grupo, utilizando recursos que abarquem, por exemplo, o treinamento do cuidador durante a internação e o estreitamento da comunicação com outros equipamentos de saúde extra-hospitalares, visando a otimização da eficiência hospitalar, por meio da redução do tempo de permanência e da alocação de recursos.

No Hospital A verificou-se que doentes que possuíam registros de maior número de diagnósticos tiveram maior tempo de permanência e demandaram maior número de cuidados na admissão e na saída, e que os com maior idade demandaram maior número de cuidados na saída.

No Hospital B verificou-se que doentes com maior idade, que possuíam registros de maior número de diagnósticos e com pior evolução clínica, demandaram maior número de cuidados na admissão e na saída e maior tempo de permanência.

Apesar destas pequenas diferenças entre as associações do Hospital A e do Hospital B, ambos mostraram um padrão similar de associação no qual idade, evolução clínica, número de cuidados e tempo de permanência compõem um todo que demanda maior atenção da instituição hospitalar na condução clínica e gerencial do caso.

Estes achados reiteram a necessidade da presença do registro das variáveis, bem como o tratamento adequado dos dados para que o gestor consiga visualizar o que se associa com o tempo de permanência e com o número de cuidados.

Desta forma, a internação de doentes com maior idade, com número maior de diagnósticos, com evolução clínica desfavorável, possivelmente acarretará em maior tempo de permanência e em maior demanda por cuidados, tanto na admissão quanto na saída do hospital.

A princípio estes achados estão em congruência com o raciocínio intuitivo de que doentes com este perfil obviamente utilizam mais o leito hospitalar.

No entanto, este estudo visa destacar que, além do olhar direcionado para este perfil de doente que demanda mais por internações hospitalares com maior tempo de permanência e maior alocação de recursos, faz-se necessário analisar a ocorrência das variáveis isoladamente e, em seguida, estabelecer todas as combinações possíveis dentre estas variáveis, as quais, possivelmente, impactarão mais ou menos na eficiência hospitalar a depender da combinação entre elas.

Para tanto, possivelmente é útil a criação de padrões de combinação entre estas variáveis e a definição de algoritmos que direcionem a assistência, seja ela por meio de ações internas no hospital, ou através da interface com outros equipamentos de saúde.

Aparentemente, este raciocínio traria vantagens para o sistema de saúde, que maximizaria os seus resultados, e para o doente e a sua família ou responsáveis, que teriam o desfecho da internação hospitalar com maior brevidade.

No entanto, seria necessária, além da presença do registro, a implantação de prontuário eletrônico e do desenvolvimento de programas computacionais que possibilitem o tratamento dos dados sistematicamente.

Além das variáveis totalmente registradas, como apresentado anteriormente, também se analisou as variáveis parcialmente registradas.

A partir daí, surgiu o questionamento se a presença do registro se associaria às variáveis indicativas: “Tempo de Permanência” e “Número de Cuidados” no momento da admissão e da saída.

Preliminarmente, observou-se que no Hospital A o tempo de permanência foi maior entre aqueles que tinham o registro na admissão e na

saída das variáveis PA e FC. Enquanto que no Hospital B não se observou este padrão com nenhuma das variáveis.

Quando analisado sob a perspectiva do número de cuidados na admissão, observou-se que no Hospital A o registro na admissão das variáveis PA, FC e banho, e o registro na saída das variáveis PA, FC, T e alimentação estiveram associadas ao número de cuidados na admissão. Enquanto que no Hospital B observou-se que o registro na admissão das variáveis FR e dor, e o registro na saída da variável FC associaram-se ao número de cuidados na admissão.

Quando analisado sob a perspectiva do número de cuidados na saída, observou-se que no Hospital A o registro na admissão das variáveis PA, FC, FR e locomoção, e o registro na saída das variáveis PA, FC, FR, alimentação e banho associaram-se ao número de cuidados na saída. Enquanto que no Hospital B observou-se que o registro na admissão das variáveis FR e locomoção, e o registro na saída da variável FC, banho e locomoção associaram-se ao número de cuidados na saída.

O fato da existência de associação entre estas variáveis remete à idéia de que a informação precisa ser analisada conjuntamente. Portanto, se há o objetivo de otimizar a eficiência hospitalar por meio da redução do tempo de permanência e da alocação de recursos, talvez seja pertinente a análise de todas estas variáveis no momento da admissão e da saída.

Porém, para acompanhar este fenômeno faz-se necessário analisar sistematicamente os resultados, o que depende do registro presente de forma sistemática num banco de dados que permita o seu tratamento estatístico, reiterando novamente que a presença do registro é imprescindível.

No entanto, além da análise da presença do registro, faz-se necessário a análise do conteúdo destas variáveis registradas parcialmente, a fim de compreender a relação delas com as variáveis indicativas: “Tempo de Permanência” e “Número de Cuidados” no momento da admissão e da saída.

Analisando primeiramente o Hospital A, sob a interface do tempo de permanência, verificou-se que a dor referida na admissão, se associou com o tempo de permanência. Enquanto que no Hospital B a presença de alteração da FC na admissão, de comprometimento relacionado à alimentação, banho e locomoção na admissão, e alimentação na saída, se associou com o tempo de permanência.

Quando analisado o número de cuidados na admissão verificou-se que os hospitais A e B tiveram em comum associação com a presença de alteração no momento da admissão das variáveis PA, FC, FR e T, e o comprometimento no momento da admissão e saída relacionado à alimentação, banho e locomoção.

Quando analisado o número de cuidados na saída verificou-se que os hospitais A e B tiveram em comum associação com a presença de alteração no momento da admissão e saída das variáveis PA e FC, e maior o comprometimento no momento da admissão e saída relacionados à alimentação, banho e locomoção.

Diante destes achados, parece que os doentes destes hospitais que estavam clinicamente instáveis e funcionalmente comprometidos permaneceram mais tempo internados e sob maior número de cuidados na admissão e na saída.

Desta forma, pareceria ser razoável supor que os gestores dos hospitais estudados conseguissem identificar o problema e propor uma intervenção com a finalidade de maximizar a eficiência hospitalar sob a perspectiva do tempo de permanência e do número de cuidados no momento da admissão e saída.

Porém, neste estudo o registro dos indicadores clínicos (PA, FC, FR, T e dor) se configurou como precário, em comparação com as demais variáveis registradas. Portanto, o gestor tendo o conhecimento de que estas variáveis se associam com as variáveis indicativas (tempo de permanência e número de cuidados no momento da admissão e da saída) precisaria desenvolver um

procedimento que garantisse o registro total das variáveis, uma vez que esta associação se mostrou relevante para a tomada de decisão.

Portanto, parece ser fundamental a existência do registro para a tomada de decisão na esfera da instituição hospitalar e na esfera dos equipamentos extra-hospitalares.

Obviamente que este trabalho teve algumas limitações, como, por exemplo, ter realizado a coleta dos dados em apenas dois hospitais públicos da rede municipal de São Paulo, o que restringe o número de comparações entre as instituições hospitalares, bem como o conhecimento de outras instituições com características diferenciadas no que se refere ao registro dos dados.

Vale lembrar que este estudo é do tipo transversal e que o número de registros presentes para a análise foi precário, como reiterado durante esta discussão. Desta forma, estes dados mereceriam revisão em estudos longitudinais e com maior número de variáveis totalmente registradas.

Além disso, é importante discutir que na eventualidade de todas estas variáveis serem registradas totalmente não seria possível prever se os resultados apresentados permaneceriam os mesmos, o que reforça a necessidade de estudos futuros.

Outro fator limitante foi a escassez de produção científica para a discussão dos resultados apresentados. Porém, reforça a necessidade de ampliação de conhecimento científico sobre o tema que aproxime a prática clínica da gestão em saúde, com a finalidade de otimizar o uso dos equipamentos de saúde, bem como a comunicação entre eles, o que reverte em benefício direto para a sociedade.

Com isso, este estudo teve a expectativa de fomentar a discussão sobre a necessidade de se reavaliar o uso do registro do prontuário hospitalar como subsídio para melhoria da eficiência hospitalar.

Para tanto, faz-se necessário o treinamento do pessoal para o registro adequado, bem como a implantação de prontuário eletrônico e a previsão de banco de dados que permita o tratamento estatístico a partir de associações entre as variáveis, de modo que atenda às demandas do gestor e subsidiem a tomada de decisão baseada em evidências de gestão.

### **7.0.0 Conclusões**

Este estudo apontou que houve variáveis totalmente registradas e variáveis parcialmente registradas.

As variáveis totalmente registradas foram: sexo, idade, número de diagnósticos, motivo da saída, tempo de permanência e número de cuidados na admissão e na saída.

As variáveis parcialmente registradas, na admissão e na saída, foram: os indicadores clínicos (PA, FC, FR, T e dor) e os indicadores de funcionalidade (alimentação, banho e locomoção).

Os adultos de 30 a 59 anos, idosos com 60 anos ou mais e crianças menores de 4 anos foram os que mais demandaram internações hospitalares.

As crianças e os idosos foram os que mantiveram maior tempo de permanência.

As doenças cardiorrespiratórias foram as principais responsáveis pelas internações, seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais.

Os cuidados básicos foram mais freqüentemente registrados na saída em comparação à admissão. Enquanto que os cuidados invasivos foram mais freqüentemente registrados na admissão em comparação à saída.

A associação entre as variáveis tempo de permanência e número de cuidados na admissão e na saída com as demais variáveis, mostrou que quanto maior o tempo de permanência e o número de cuidados na admissão

e saída, maior a idade, o número de diagnósticos e o comprometimento clínico e funcional.

## **Referências**

1. Brasil. Ministério da Saúde. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Souza RR. Políticas e práticas de saúde e equidade. Rev Esc Enferm USP, 2007, 41(Esp): 765-70.
3. Brasil. Ministério da Saúde, [acessado em 18/09/10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde, [acessado em 18/09/10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>
5. Sapata MPM, Soares DA, Souza RKT. Utilização dos leitos hospitalares sob gestão pública em Município de médio porte da Região Sul do Brasil, 1998-2002. Epidemiol Serv Saúde 2006; 15(2): 57-67.
6. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação (relatório mundial). Brasília, 2003.
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Rev Med Minas Gerais 2008, 18(4): 3-11.
8. Brasil. DATASUS, [acessado em 18/09/10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

9. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
10. Olímpio J, Nogueira VB. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(1).
11. Noronha MF, Portela MC, Lebrão ML. *Classificação de Hospitalizações em Ribeirão Preto: os Diagnosis Related Groups*. Tese de Doutorado apresentada ao Depto. Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001.
12. Vermelho LL, Monteiro MFG, Costa AJL et al. Transição epidemiológica e indicadores de saúde atuais. *Cad Saúde Colet*, 2001, 9(2): 111-26.
13. Paes-Sousa R. Diferenciais intra-urbanos da mortalidade em Belo Horizonte. *Cad Saúde Públ*, 2002, 18(5): 1411-21.
14. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien & Saúde Colet*, 2004, 9(4): 897-908.
15. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2006: Uma análise da desigualdade em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
16. Veras R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad Saúde Públ*, 2007, 23(10): 2463-66.
17. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Públ*, 2003, 19(3): 700-1.
18. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Públ*, 2003, 19(3): 735-43.

19. Minas Gerais. Secretaria de Estado. Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde, 2007.
20. Zanardi DMT, Cecatti JG, Zeferino LC et al. Sistematização de Guidelines e Caracterização das Respektivas Linhas de Cuidado. Fundação Desenvolvimento da Unicamp, 2007.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
22. Silva KL, Sena R, Leite JCA et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública, 2005, 39(3): 391-7.
23. Duarte IG. Leitos hospitalares: algumas considerações. Rev Adm Saúde, 1999, 2(5): 5-9.
24. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM et al. Assistência domiciliar – instrumento para potencializar instrumentos de trabalho na assistência e na formação. Observ Rec Hum em Saud Brasil, 2002, 2: 71-80.
25. Silva KL, Sena R, Leite JCA et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública, 2005, 39(3): 391-7.
26. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, 2007, 12(4): 825-39.
27. Martins EAP, Haddad MCL. Validação de um instrumento que classifica os pacientes em quatro graus de dependência do cuidado de enfermagem. Rev Lat Am Enferm, 2000, 8(2): 74-82.
28. Dal Ben LW, Gaidiznski RR. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. Acta Paul Enferm, 2006, 19(1): 100-8.
29. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saud Públ, 2003, 19(3): 705-15.

30. Kassab GEF. Informe técnico para atendimento e internação domiciliar. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2008.
31. Brasil. DATASUS, [acessado em 18/09/10]. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Listar\\_Mantidas.asp?VCnpj=46392130000380&VEstado=35&VNome=PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO](http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=46392130000380&VEstado=35&VNome=PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO).
32. Hankins TL. Science and Enlightenment. Cambridge: Cambridge University Press, 1985, p. 113-57.
33. Ransford AO, Cairns D, Mooney V. The pain drawing as an aid to the psychological evaluation of patients with low back pain. Spine.1976;1:1–127.
34. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. Boston: PWS Publishers, 1986.
35. Levine DM, Berenson ML, Stephan D. Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português. Rio de Janeiro: LTC, 2000.
36. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo, 1996, 300.
37. São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEINFO, [acessado em 18/09/10]. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nfsaude/Diretorio\\_Bases\\_Dados.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nfsaude/Diretorio_Bases_Dados.pdf)
38. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR et al. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. Cad Saúde Pública, 1999, 15(4): 749-57.
39. Caetano JRM, Bordin IAS, Puccini RF et al. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública, 2002, 36(3): 285-91.

**Anexos**

**Termo de Responsabilidade  
Anexo 1  
(referente ao Hospital A)**



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 - SP - SP  
Tel/Fax: (11) 3061-7548  
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - São Paulo - SP - Brasil

São Paulo, 11 de março de 2010 .

À Direção do Hospital Municipal Tide Setubal  
Ilmo. Dr. Emilio Carlos Spina

O meu nome é Alexandra Bulgarelli do Nascimento e sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e sob a orientação da Profª. Drª. Eliane Corrêa Chaves, estou fazendo um trabalho científico para estudar retrospectivamente, a demanda de cuidados da clientela que utilizou os leitos hospitalares públicos do município de São Paulo durante 3 meses (Projeto: *Análise retrospectiva da demanda de cuidados da clientela que utilizou os leitos hospitalares públicos do município de São Paulo*).

Desta forma, solicito vossa autorização para a coleta de dados nos prontuários médicos de pacientes egressos deste serviço.

Os dados obtidos nos prontuários médicos serão tratados de forma a assegurar a privacidade e confidencialidade. A identidade dos participantes será mantida em sigilo. Os resultados obtidos serão divulgados em eventos e publicações científicas.

A fim de assegurar a lisura das intenções deste trabalho, coloco à disposição tanto os meus contatos, quanto o da minha orientadora e, ainda, do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como seguem:

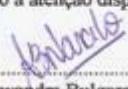
Enfª. Alexandra Bulgarelli do Nascimento  
Telefone: 11 9773-9674  
E-mail: [abnascimento@usp.br](mailto:abnascimento@usp.br) ou [nascimento\\_ab@yahoo.com.br](mailto:nascimento_ab@yahoo.com.br)

Profª. Drª. Eliane Corrêa Chaves  
Telefone: 11 3061-7544  
E-mail: [ecchaves@usp.br](mailto:ecchaves@usp.br)

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
Telefone: 11 3061-7548  
E-mail: [edipesq@usp.br](mailto:edipesq@usp.br)

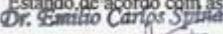
Portanto, tendo ficado claro os objetivos desta coleta de dados e a postura ética das pesquisadoras envolvidas, abaixo assinamos este documento, que será emitido em 2 vias de igual teor, sendo que a primeira ficará com V.Sa. e a segunda com a pesquisadora, e solicitamos gentilmente o vosso aceite por meio de assinatura no campo discriminado.

Agradeço a atenção dispensada e coloco-me à disposição para esclarecimentos,

  
Enfª. Alexandra Bulgarelli do Nascimento

  
Profª. Drª. Eliane Corrêa Chaves

Estando de acordo com as informações supracitadas subscrevo-me:

  
Diretor de S.A.D. - HM/TS  
RF. 5308135  
Dr. Emilio Carlos Spina  
Diretor de SADT  
Hospital Municipal Tide Setubal

Termo de Responsabilidade  
Anexo 2  
(referente ao Hospital B)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 - SP - SP  
Tel./Fax.: (11) 3061-7548  
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - São Paulo - SP - Brasil

São Paulo, 24 de fevereiro de 2010.

À Direção do Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria  
Ilmo. Dr. Severino Soares da Costa

O meu nome é Alexandra Bulgarelli do Nascimento e sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e sob a orientação da Prof.ª, Dr.ª, Eliane Corrêa Chaves, estou fazendo um trabalho científico para estudar retrospectivamente, a demanda de cuidados da clientela que utilizou os leitos hospitalares públicos do município de São Paulo durante 3 meses (Projeto: *Análise retrospectiva da demanda de cuidados da clientela que utilizou os leitos hospitalares públicos do município de São Paulo*).

Desta forma, solicito vossa autorização para a coleta de dados nos prontuários médicos de pacientes egressos deste serviço.

Os dados obtidos nos prontuários médicos serão tratados de forma a assegurar a privacidade e confidencialidade. A identidade dos participantes será mantida em sigilo. Os resultados obtidos serão divulgados em eventos e publicações científicas.

A fim de assegurar a lisura das intenções deste trabalho, coloco à disposição tanto os meus contatos, quanto o da minha orientadora e, ainda, do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como seguem:

Enf.ª, Alexandra Bulgarelli do Nascimento

Telefone: 11 9773-9674

E-mail: [abnascimento@usp.br](mailto:abnascimento@usp.br) ou [nascimento\\_ab@yahoo.com.br](mailto:nascimento_ab@yahoo.com.br)

Prof.ª, Dr.ª, Eliane Corrêa Chaves

Telefone: 11 3061-7544

E-mail: [ecchaves@usp.br](mailto:ecchaves@usp.br)

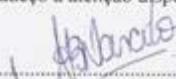
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

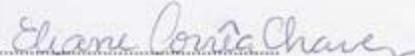
Telefone: 11 3061-7548

E-mail: [edipesq@usp.br](mailto:edipesq@usp.br)

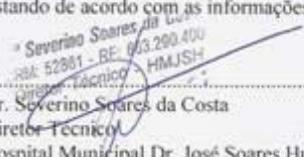
Portanto, tendo ficado claro os objetivos desta coleta de dados e a postura ética das pesquisadoras envolvidas, abaixo assinamos este documento, que será emitido em 2 vias de igual teor, sendo que a primeira ficará com V.Sa. e a segunda com a pesquisadora, e solicitamos gentilmente o vosso aceite por meio de assinatura no campo discriminado.

Agradeço a atenção dispensada e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

  
Enf.ª, Alexandra Bulgarelli do Nascimento

  
Prof.ª, Dr.ª, Eliane Corrêa Chaves

Estando de acordo com as informações supracitadas subscrevo-me:

  
Dr. Severino Soares da Costa  
Diretor Técnico  
Hospital Municipal Dr. José Soares Hungria

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
Anexo 3



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000  
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -  
São Paulo - SP - Brasil  
e-mail: edipesq@usp.br



São Paulo, 19 de novembro de 2009.

Ilm.º Sr.º

Alexandra Bulgarelli do Nascimento

Ref.: Processo nº 867/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "Análise retrospectiva da demanda de cuidados da clientela que utilizou os leitos hospitalares públicos do município de São Paulo", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Neide de Souza Praça  
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo  
Anexo 3**



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000  
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -  
São Paulo - SP - Brasil  
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 31 de março de 2010.

Ilm.ª Sr.ª  
Prof.ª Dr.ª Alexandra Burgarelli do Nascimento

Ref.: Processo nº 867/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção a solicitação de alteração no projeto de pesquisa "Análise retrospectiva da demanda de cuidados da clientela que utilizou os leitos hospitalares públicos do município de São Paulo", informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP aprovou as modificações, pois essas mantêm os princípios éticos considerados na aprovação anterior do mesmo.

Atenciosamente,

*Maria Fat Fernandes*  
Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Prado Fernandes  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo  
Anexo 4**

 **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE** 1  
**Comitê de Ética em Pesquisa/SMS**

São Paulo, 30 de Junho de 2010  
**PARECER Nº 221/10 – CEP/SMS**  
**CAAE: 0096.0.162.196-10**

**Ilma. Sra.**  
**Alexandra Bulgarelli do Nascimento**

**Projeto de Pesquisa:** Análise Retrospectiva da Demanda de Cuidados da Clientela que utilizou os Leitos Hospitalares Públicos do Município de São Paulo  
**Pesquisador Responsável:** Alexandra Bulgarelli do Nascimento  
**Instituição:** Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo  
**Local onde os dados serão coletados:** Hospitais Municipais José de Soares Hungria e Tide Setúbal

**I - Sumário Geral do Protocolo**

**Objetivo Geral:** analisar retrospectivamente a demanda de cuidados da clientela que utilizou os leitos hospitalares públicos do Município de São Paulo (MSP).

**Objetivos Específicos:**

1. Caracterizar a demanda de cuidados da clientela que utilizou os leitos hospitalares públicos do MSP, através de variáveis demográficas, clínicas e sociais;
2. Associar ou correlacionar as variáveis demográficas, clínicas e sociais da clientela que utilizou os leitos hospitalares do Município de São Paulo.

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e longitudinal retrospectivo. A coleta de dados será feita através da análise de prontuários sendo a amostra de 384 casos.  
Critério de inclusão-exclusão: alta hospitalar no período de 3 meses antes do início da coleta de dados.

**II – Considerações**

A Folha de Rosto está corretamente preenchida. O Orçamento informa que a pesquisa será executada com recursos da própria pesquisadora. O Cronograma após correção em solicitação de pendência que pedia informar o ano de ocorrência dos eventos esta de acordo. O currículo da pesquisadora responsável, assim como o da sua orientadora, está de acordo com a proposta da pesquisa.

A metodologia é adequada aos objetivos. O sujeito da pesquisa será acessado indiretamente, através de seu prontuário. Não impõe condições de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa, a não ser os riscos relacionados a manipulação inadequada dos prontuários e o sigilo e confidencialidade das informações coletadas. A pesquisadora apresenta um Termo de Responsabilidade onde se compromete com sigilo e confidencialidade.

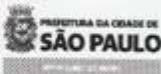
O fato de não ter sido apresentado TCLE nem apresentado justificativa de ausência de TCLE e não ter sido entregue a autorização para acesso aos prontuários gerou pendência, sendo apresentado em resposta as elas Justificativa de Ausência de TCLE e documento de autorização assinado pelo responsável para acesso aos prontuários. Analisados os documentos, o relator considerou resolvidas as pendências.

**III - Situação do Protocolo: Aprovado**

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

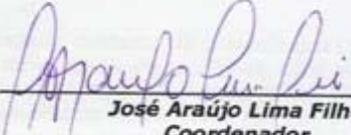
CEP/SMS – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO  
Rua General Jardim, 36 – 1º andar – Vila Buarque – São Paulo, SP – CEP 01223-010 Telefone: (11) 3397-2464  
e-mail: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com) / homepage: [http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/comite\\_de\\_etica/](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/comite_de_etica/)

**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo  
Anexo 4 (continuação)**

 **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE** 2  
**Comitê de Ética em Pesquisa/SMS**

**CAAE: 0096.0.162.196-10**

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído

  
**José Araújo Lima Filho**  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

LM/ba

CEP/SMS – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO  
Rua General Jardim, 36 – 1º andar – Vila Buarque – São Paulo, SP – CEP 01223-010 Telefone: (11) 3397-2464  
e-mail: smscep@gmail.com / homepage: [http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/comite\\_de\\_etica/](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/comite_de_etica/)

**Formulário de Demanda de Cuidados**  
**Anexo 5**

1 – Dados para identificação:

Número do prontuário: .....

Data da Coleta: ...../...../ 20.....

2 – Quanto ao sexo:

0 = feminino

1 = masculino

99 = não consta

3 – Quanto à idade:

Data de nascimento: ...../...../ 19..... . Idade: .....anos.

99 = não consta

4 – Quanto ao tempo de internação:

Data da admissão: ...../...../ 20.....

Data da saída: ...../...../ 20.....

Motivo da saída: 0 = óbito 1 = alta por melhora clínica

2 = transferência para outro equipamento de saúde

(Qual? .....)

99 = não consta

Evolução clínica: 0 = óbito 1 = alta por melhora clínica

5 – Quanto ao local de internação:

Na admissão:.....

99 = não consta

Na saída:.....

99 = não consta

6 – Quanto à hipótese diagnóstica:

Qual(is)?.....

99 = não consta

**Formulário de Demanda de Cuidados  
Anexo 5 (continuação)**

7 – Quanto ao acompanhante:

0 = ausente  
1 = presente Quem?  
99 = não consta

1 = marido  
2 = esposa  
3 = filho  
4 = filha  
5 = neto  
6 = neta  
7 = contratado masculino  
8 = contratado feminino  
9 = outros (Quem? .....)  
99 = não consta

8 – Quanto à estabilidade clínica:

Na admissão:

PA: 0 = normal 1 = alterada  
99 = não consta

Na saída:

PA: 0 = normal 1 = alterada  
99 = não consta

FC: 0 = normal 1 = alterada  
99 = não consta

FC: 0 = normal 1 = alterada  
99 = não consta

FR: 0 = normal 1 = alterada  
99 = não consta

FR: 0 = normal 1 = alterada  
99 = não consta

T: 0 = normal 1 = alterada  
99 = não consta

T: 0 = normal 1 = alterada  
99 = não consta

Dor: ..... (escala de 0 a 10) ..... (escala de 0 a 10)  
99 = não consta 99 = não consta

Se utiliza outra ferramenta para avaliar dor, qual o nome e resultado?

.....

**Formulário de Demanda de Cuidados  
Anexo 5 (continuação)**

9 – Quanto à funcionalidade:

Na admissão:	Alimentação			
	0 = sozinho	1 = com auxílio	3 = dispositivo	
	99 = não consta			
	Banho			
	0 = no chuveiro	1 = na cadeira	2 = no leito	
	99 = não consta			
	Locomoção			
	0 = independente	1 = com auxílio	2 = acamado	
	99 = não consta			
Na saída:	Alimentação			
	0 = sozinho	1 = com auxílio	3 = dispositivo	
	99 = não consta			
	Banho			
	0 = no chuveiro	1 = na cadeira	2 = no leito	
	99 = não consta			
	Locomoção			
	0 = independente	1 = com auxílio	2 = acamado	
	99 = não consta			

**Formulário de Demanda de Cuidados  
Anexo 5 (continuação)**

10 – Quanto à proposta terapêutica:

### Proposta terapêutica (Cuidados Básicos)

#### Na admissão

- 01 = Nutrição Assistida por via oral
- 02 = Antibioticoterapia por via oral
- 03 = Anticoaguloterapia por via oral
- 04 = Outros medicamento por via oral
- 05 = Nutrição por SNE ou GTT
- 06 = Antibioticoterapia por SNE ou GTT
- 07 = Outros medicamentos por SNE ou GTT
- 08 = Glicemia Capilar
- 09 = Insulinoterapia
- 10 = Inalação
- 11 = Restrição ao leito
- 12 = Eliminações em fralda
- 13 = Colostomia

#### Na saída

- 01 = Nutrição Assistida por via oral
- 02 = Antibioticoterapia por via oral
- 03 = Anticoaguloterapia por via oral
- 04 = Outros medicamento por via oral
- 05 = Nutrição por SNE ou GTT
- 06 = Antibioticoterapia por SNE ou GTT
- 07 = Outros medicamentos por SNE ou GTT
- 08 = Glicemia Capilar
- 09 = Insulinoterapia
- 10 = Inalação
- 11 = Restrição ao leito
- 12 = Eliminações em fralda
- 13 = Colostomia

### Proposta terapêutica (Cuidados Invasivos)

#### Na admissão

- 14 = Antibioticoterapia via intramuscular
- 15 = Outro medicamento via intramuscular
- 16 = Antibióticoterapia via endovenosa
- 17 = Outros medicamentos via endovenosa
- 18 = Reposição eletrólitos via endovenosa
- 19 = Hemoterapia
- 20 = Ventilação Mecânica
- 21 = Oxigenioterapia
- 22 = Aspiração de traqueostomia
- 23 = Aspiração de vias aéreas superiores
- 24 = Hemodiálise
- 25 = Diálise Peritoneal
- 26 = Cateterismo Vesical de Demora
- 27 = Dreno
- 28 = Exames Complementares
- 29 = Estomaterapia
- 30 = Incubadora
- 31 = Fototerapia
- 32 = Fisioterapia
- 33 = Terapia Ocupacional

#### Na saída

- 14 = Antibioticoterapia via intramuscular
- 15 = Outro medicamento via intramuscular
- 16 = Antibióticoterapia via endovenosa
- 17 = Outros medicamentos via endovenosa
- 18 = Reposição eletrólitos via endovenosa
- 19 = Hemoterapia
- 20 = Ventilação Mecânica
- 21 = Oxigenioterapia
- 22 = Aspiração de traqueostomia
- 23 = Aspiração de vias aéreas superiores
- 24 = Hemodiálise
- 25 = Diálise Peritoneal
- 26 = Cateterismo Vesical de Demora
- 27 = Dreno
- 28 = Exames Complementares
- 29 = Estomaterapia
- 30 = Incubadora
- 31 = Fototerapia
- 32 = Fisioterapia
- 33 = Terapia Ocupacional