



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE – 2ª EDIÇÃO**

SANDRO MÁRCIO FRIZZERA SCÁRDUA

**ANÁLISE DO INDICADOR TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA E
SUA CONTRIBUIÇÃO PARA UM MELHOR DESEMPENHO
ASSISTENCIAL EM HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Goiânia
2021

SANDRO MÁRCIO FRIZZERA SCÁRDUA

**ANÁLISE DO INDICADOR TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA E
SUA CONTRIBUIÇÃO PARA UM MELHOR DESEMPENHO
ASSISTENCIAL EM HOSPITAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Economia da Saúde da Universidade Federal de Goiás como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Economia da Saúde.

Orientador (a): Prof^a Dra Jane Mary Medeiros Guimarães

Goiânia
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Scárdua, Sandro Márcio Frizzera

Análise do indicador Tempo Médio de Permanência e sua contribuição para um melhor desempenho assistencial em hospitais do Sistema Único de Saúde [manuscrito] / Sandro Márcio Frizzera Scárdua. - 2022.

48 f.: il.

Orientador: Prof. Jane Mary Medeiros Guimarães.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Economia da Saúde (EaD) - IPTSP, Goiânia, 2022.

Bibliografia.

1. Tempo Médio de Permanência. 2. Indicadores da Eficiência do Sistema de Saúde. 3. Organização e Administração Hospitalar. 4. Ocupação de Leitos. 5. Governança Clínica. I. Guimarães, Jane Mary Medeiros, orient. II. Título.

CDU 614

Para Andréa, por estar sempre ao meu lado. Em todas as horas.

A Deus. Por tudo.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio incondicional a tudo que faço.

Aos professores e tutores do curso, da mais alta qualidade, sempre disponíveis.

Ao Ministério da Saúde, pelo suporte e financiamento deste Curso de Especialização.

*“De cada um, de acordo com suas habilidades;
a cada um, de acordo com suas necessidades. ”*

Karl Marx

RESUMO

O objetivo desse estudo é analisar o indicador Tempo Médio de Permanência (TMP), seus fatores condicionantes e seu potencial de promover o alcance de melhores resultados na gestão hospitalar. **Métodos:** estudo descritivo utilizando dados secundários de experiências, normas técnicas e definições operacionais sobre o indicador no Brasil e outros países. **Resultados:** no Brasil, 54% de todos os recursos para a saúde são destinados à assistência hospitalar, e 71,5% da população brasileira depende exclusivamente da rede de hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). A identificação e manejo adequado dos fatores que elevam o TMP torna-se de grande relevância para que hospitais possam disponibilizar maiores ofertas de leitos, principalmente se condicionados às melhores práticas de qualidade e transparência que caracterizam a Governança Clínica. A permanência prolongada de pacientes internados aumenta os riscos de eventos adversos e pode expor pacientes a morbidades e maior mortalidade. Estratégias que identifiquem fatores que elevem o TMP devem ser tratados de forma individual e sistêmica, a depender do caráter institucional a que pertence o hospital, e todas as experiências apontam para benefícios para todos os que fazem parte dessa cadeia. **Conclusão:** o adequado gerenciamento do TMP pode significar melhor eficiência assistencial, aumentando a rotatividade de leitos, e fazendo com que mais pacientes possam se beneficiar do acesso a um leito hospitalar para a resolução de seus problemas de saúde que não podem ser resolvidos em outro ambiente, tornando-se uma valiosa ferramenta para promoção de acessibilidade e justiça social.

Palavras-chave: Indicadores da Eficiência do Sistema de Saúde. Organização e Administração Hospitalar. Ocupação de Leitos. Governança Clínica.

ABSTRACT

The goal of this study is to analyze the Mean Length of Stay (MLS) indicator, its conditional factors, and its potential of aiding to achieve better hospital management. **Methods:** descriptive study using secondary data from experiences, technical standards and operational definitions about the indicator in hospitals in Brazil and other countries. **Results:** in Brazil, 54% of all resources dedicated for healthcare are destined to hospital care, and 71,5% of the Brazilian population relies exclusively on the Unified Healthcare System (SUS) network of partner hospitals. Identifying and handling the factors that lengthen the MLS properly is greatly relevant for hospitals to have more available beds, especially when following the best practices of quality and transparency that characterize Clinical Governance. A prolonged permanence of inpatients increases the risks of adverse events and may expose patients to morbidities and greater mortality rates. Strategies that identify MLS-rising aspects must be treated both in an individual and systemic manner, depending on the hospital's institutional nature, and all experiences point towards benefiting everyone who participates in the system. **Conclusion:** the proper management of the MLS may translate into more care efficiency, rising the turnover of beds and resulting in more patients benefiting from the access of a hospital bed. That way, there's a promotion of resolutions to health problems that can't be solved in other environments, making the management an important tool for accessibility and social justice.

Keywords: Indicators for Healthcare System Efficiency, Hospital Organization and Management, Bed Turnover, Clinical Governance.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	CENÁRIO E CONTEXTUALIZAÇÃO	9
1.2	CONCEITO DE ECONOMIA	11
1.2.1	Economia da Saúde	11
1.3	DIMENSÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR: A CRIAÇÃO DO CONCEITO DE GOVERNANÇA CLÍNICA.....	13
1.4	REFERENCIAL TEÓRICO: O LEITO HOSPITALAR ENQUANTO MERCADORIA	15
1.5	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	15
1.6	CRIAÇÃO DOS NÚCLEOS INTERNOS DE REGULAÇÃO (NIR) E GERENCIAMENTO DO TMP	17
1.7	FATORES RELACIONADOS À PERMANÊNCIA HOSPITALAR	20
1.8	MECANISMOS DE PAGAMENTO E REDUÇÃO DO TMP: A METODOLOGIA DRG	25
1.9	TMP E READMISSÕES HOSPITALARES PELA MESMA CAUSA	27
1.10	TMP E GESTÃO DO CORPO CLÍNICO	28
1.11	INDICADORES COMPARATIVOS DO TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NO BRASIL E OUTROS PAÍSES	28
2	OBJETIVOS	32
2.1	OBJETIVO GERAL	32
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
3	MÉTODOS	33
4	RESULTADOS	37
5	DISCUSSÃO	40
6	CONCLUSÃO	44
7	REFERÊNCIAS	44

1. INTRODUÇÃO

1.1 CENÁRIO E CONTEXTUALIZAÇÃO

Os diversos sistemas de saúde ao redor do mundo são unânimes ao revelar que os gastos no setor superam em muito os custos estimados em seus planejamentos. A expressão já popularizada “Saúde não tem preço, mas tem um custo” tem sido repetida como um mantra pelos diversos agentes econômicos, diante da constatação de que até o momento não existem alternativas que equalizem necessidades versus orçamentos disponíveis de maneira totalmente satisfatória.

Nesse cenário econômico adverso, o monitoramento e tomada de decisão após a análise de alguns indicadores, principalmente os relacionados ao desempenho hospitalar, podem contribuir para uma distribuição e gerenciamento mais equânime e eficiente dos recursos aplicados ao setor, em relação às suas necessidades.

A escolha, dentre esses indicadores, do Tempo Médio de Permanência (TMP) hospitalar para análise, reflete um cuidado adicional. Como todo indicador, a análise do TMP pode contribuir para o aprimoramento dos processos de cada organização. Seu potencial de contribuição está assentado numa base sólida conceitual, que inclui a compreensão do que vem a ser a Ciência Econômica e seus pressupostos teóricos, sua interseção com as políticas de saúde (cristalizadas na Economia da Saúde), e seu íntimo relacionamento com as concepções de eficácia tão bem elencadas nos pilares da Governança Clínica.

Tempo Médio de Permanência (TMP) tem relação direta com a qualidade assistencial, e pode ser capaz de revelar caminhos para uma boa gestão clínica dos pacientes internados nos hospitais.

Identificar fatores que estão associados ao TMP, disseminá-los, e torná-los estrategicamente parte da agenda dos gestores (principalmente no âmbito das unidades hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS), pode ser útil na gestão de recursos hospitalares, e se associados à melhor prática clínica, passam a estabelecer padrões superiores de qualidade assistencial.

A melhoria no padrão de atendimento em saúde dentro da assistência hospitalar do SUS, inspirados no conceito de Governança Clínica, é importante e justifica-se pelos seguintes motivos:

- 1- Importância para os pacientes, para que sejam adequadamente assistidos e seus problemas sejam resolvidos no menor tempo necessário;
- 2- Importância para os hospitais, para que o tempo necessário de internação seja suficiente e adequado na resolução dos problemas clínicos dos pacientes, evitando prolongamento desnecessário da permanência, e assim reduzindo riscos de eventos adversos e conseqüentemente maiores custos de internação;
- 3- Importância para as fontes mantenedoras, que dão suporte financeiro à estrutura assistencial hospitalar, este por sua vez condicionado a repasses orçamentários de acordo com o atingimento de metas específicas de produção e processo, sem desperdícios no uso do dinheiro público;
- 4- Importância para a sociedade como um todo, que vai se utilizar dos serviços oferecidos pelas instituições hospitalares públicas com acessibilidade maior, em função de maior disponibilidade de leitos hospitalares, por sua vez melhor gerenciados dentro de um contexto de melhor qualidade assistencial.

Analisar a teoria escrita sobre Governança Clínica e sua aplicabilidade no acompanhamento do TMP nos hospitais, visando aliar pressupostos teóricos à luz dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS, se reveste de suma importância para a adoção de estratégias assistenciais que resultem em melhores resultados clínicos.

Tal preocupação justifica-se, uma vez que 71,5% da população brasileira depende exclusivamente da rede de hospitais conveniados ao SUS (hospitais de ensino, hospitais próprios do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, filantropias e beneficências) para o atendimento de suas demandas, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE de 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2019).

Entretanto, o percentual do PIB (Produto Interno Bruto) destinado às necessidades do setor saúde em geral (e assistência hospitalar, em particular), é escasso e obriga os hospitais a aplicarem esses mesmos recursos com extrema responsabilidade, o que nem sempre ocorre em função de diversos problemas.

O desafio se torna revestido de maior responsabilidade ainda na medida em que 54% dos recursos destinado ao orçamento da saúde no Brasil são destinados à assistência hospitalar (54 dos 98 bilhões de reais em 2020) (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2020).

Em suma, o adequado gerenciamento do TMP pode significar uma melhor eficiência assistencial, aumentando a rotatividade de leitos e fazendo com que mais pacientes possam se beneficiar de um leito hospitalar para a resolução de seus problemas de saúde que não podem ser resolvidos em outro ambiente.

1.2 CONCEITO DE ECONOMIA

Uma grande variedade de vertentes das Ciências Econômicas foi desenvolvida ao longo do tempo, apresentando papel relevante na proposição de formatos de relacionamento entre os diversos atores sociais dentro de cada sistema de produção e correntes ideológicas a cada época. Entender essas dinâmicas nos permite uma melhor compreensão das escolhas feitas pelos governos, na definição das estratégias para alcançar a melhor assistência pública de saúde utilizando recursos escassos.

Roger E. Backhouse e Steven G. Medema, em artigo de revisão, citam algumas definições de Economia feitas por alguns autores: segundo Colander, “Economia é o estudo de como os seres humanos coordenam seus desejos e, dados os mecanismos decisórios, costumes sociais e realidades da sociedade”. Já segundo Mankiw, “A economia é o estudo de como a sociedade administra seus recursos escassos”. Bade e Parkin descrevem a Economia como “(...) a ciência social que estuda as escolhas que os indivíduos, empresas, governos e sociedades inteiras ganham ao lidar com a escassez”.

Por fim, citam Stockman, que a define como: “(...) uma ciência que consiste na análise da produção, distribuição e consumo de bens e serviços. Portanto, a economia é o estudo das escolhas dos indivíduos e do que possibilita a compatibilidade nas escolhas de todos” (BACKHOUSE; MEDEMA, 2009).

1.2.1 Economia da Saúde

Com o desenvolvimento de interfaces com outros ramos do conhecimento, surgiu a necessidade de adaptar os conceitos de Economia para que pudessem melhor traduzir essas inter-relações. Isso aconteceu de forma marcante e necessária com o setor Saúde, o que deu origem ao ramo de conhecimento “Economia da Saúde”.

Desde então, a Economia da Saúde passou a ocupar um *locus* bem definido e de suma importância para análises e proposições transformadoras no âmbito da sociedade, enquanto consumidora de serviços e recursos daquele setor. Segundo Del Nero (PIOLA; VIANNA, 1995), a melhor definição para Economia da Saúde seria

“O ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados” (PIOLA; VIANNA, 1995).

A necessidade cada vez maior de suprir de forma satisfatória as demandas de saúde da sociedade como um todo, e seu consumidor individual em particular, impôs reflexões cada vez mais aprofundadas acerca da natureza da prestação de serviços de saúde.

Termos diversos tais como eficácia, eficiência, efetividade, custo de oportunidade e custo efetividade, dentre outros, passaram a fazer parte do cotidiano de pesquisadores, gestores e de toda a cadeia produtiva em saúde. O ambiente gerado se concentrou em entender para melhor explicar essas relações, a fim de analisar algumas constatações, como, por exemplo, a mudança da pirâmide etária populacional - revelando uma sociedade mais idosa e conseqüentemente vulnerável a doenças crônico-degenerativas, de maior custo e carga de doenças – e a incorporação de tecnologias não substitutivas em ritmo acelerado, incluindo a absorção de medicamentos e outros insumos ao arsenal terapêutico dos serviços. Ao final, essas constatações se cristalizaram na percepção de uma tendência inexorável de elevação de custos, impelindo os sistemas de saúde a se adaptarem à novíssima realidade.

Nesse contexto econômico progressivamente adverso, iniciativas voltadas para a obtenção de melhores aplicações dos recursos, sempre finitos, em saúde, foram difundidas em todos os sistemas. Processos de incorporação de políticas de Qualidade (DONALD M. BERWICK, 1992) passam a ser instrumentos obrigatórios no mundo corporativo privado e público (hospitais, clínicas, operadoras de planos de saúde, laboratórios), sempre na expectativa de promover processos assistenciais e resultados clínicos cada vez mais eficazes e eficientes para os usuários em geral.

Uma outra leitura do cenário revelava a necessidade urgente de instituir mecanismos de racionalização nas práticas em geral como forma de subsistência institucional: no caso do setor privado, por exemplo, rediscutindo novos formatos de pagamentos por serviços de saúde (ESCRIVÃO JUNIOR; KOYAMA, 2007).

No setor público, instituiu-se um notável arcabouço legal para justificar a absorção de mecanismos gerenciais antes predominantemente exercidos pela iniciativa privada (personificado pelo incentivo de práticas mercantilistas, tais como metas, bônus, retenção de repasses pelo não alcance de contrapartidas, dentre outros, nas unidades próprias do Governo, em nível federal, estadual e municipal; e o surgimento de organizações sem fins lucrativos na prestação de serviços em saúde – tais como as Organizações Sociais).

Como consequência, a política de Qualidade tornou-se uma forma de consolidar ou construir uma boa reputação perante a sociedade, os agentes públicos, fornecedores, reguladores e, principalmente, fontes pagadoras.

1.3 DIMENSÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR: A CRIAÇÃO DO CONCEITO DE GOVERNANÇA CLÍNICA

Em 1998, surgiu no Reino Unido, por ocasião das comemorações do 50º aniversário da fundação do Sistema de Saúde Inglês (NHS – National Health System), o conceito de Governança Clínica nos hospitais.

Impulsionado por uma grave denúncia de má qualidade assistencial em um serviço de cirurgia cardíaca pediátrica em um hospital de Bristol, UK, o conceito de Governança Clínica passou a ser refinado e difundido por todo o Reino Unido, permanecendo até os dias de hoje como um compromisso explícito com a qualidade assistencial em todas as unidades de saúde, sendo aplicado de forma compulsória e em complementariedade com a governança corporativa (STAREY, 2021).

A melhor definição de Governança Clínica vem do próprio NHS:

“Uma estrutura através da qual as organizações do NHS são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade de seus serviços e salvaguardar altos padrões de atendimento, criando um ambiente no qual a excelência no atendimento clínico florescerá” (STAREY, 2021).

Esta definição tenta incorporar três atributos fundamentais: padrões reconhecidamente altos de atendimento, responsabilidade com transparência e prestação de contas, em uma dinâmica constante de melhoria assistencial. O fio condutor desta política está na não interferência nos outros aspectos e negócios da organização, exceto na medida em que afetam diretamente na prestação dos cuidados.

A Governança Clínica é um agregado de processos de melhoria de serviços assistenciais multiprofissionais, prioritariamente os prestados por médicos, e que são regulados por uma ideia central: o alcance da qualidade assistencial. É composta pelos seguintes elementos (STAREY, 2021):

- 1 - Orientação às necessidades de saúde e à integralidade do cuidado;
- 2 - Qualidade e segurança no cuidado em saúde;
- 3 - Articulação e valorização dos diferentes saberes e práticas em saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde;

4 - Compartilhamento de poder e corresponsabilização entre gestores, profissionais de saúde e cidadãos na produção da atenção em saúde;

5 - Educação de pessoas e da organização;

6 - Orientação aos resultados que agreguem valor à saúde e à vida;

7 - Transparência e responsabilização com os interesses coletivos.

Dentro do NHS, há a expectativa de que no futuro organizações bem administradas serão aquelas em que o controle financeiro, o desempenho do serviço e a qualidade clínica estarão totalmente integradas em todos os níveis. Ao assumir a necessidade de incorporar esses princípios nos hospitais gerenciados pelo NHS, o Reino Unido reconhece o papel da qualidade assistencial elevada ao seu mais alto grau para a consecução do objetivo maior, ou seja, a excelência na prestação de serviços em saúde (SCALLY; DONALDSON, 1998).

Por envolver uma infinidade de processos, a efetividade de uma proposta de tamanha envergadura necessita de acompanhamento rigoroso através de indicadores de desempenho e de qualidade, e, para tanto, cabe destacar o papel do auditor interno, que dentro do hospital representa um dos pontos-chave da Governança Clínica, ou seja, a transparência, através do monitoramento e fiscalização das ações assistenciais. O trabalho conjunto com lideranças sênior, como é preconizado em seu plano estratégico, faz da Governança Clínica um poderoso e motivador elemento nas rotinas hospitalares.

Com a persistência de crescimento exponencial dos custos relacionados à assistência à saúde, principalmente nos hospitais públicos (para onde, no Brasil, o Ministério da Saúde destina em torno de 55 a 65% do seu orçamento), agravados pela pulverização desses recursos em hospitais com número pequeno de leitos, reconhecidamente de baixa eficiência e resolutividade (aproximadamente 60% dos hospitais públicos) (CARPANEZ; MALIK, 2021), sistemas de saúde em todo o mundo passaram a rever os processos organizacionais de gestão hospitalar, num contexto de contenção de gastos, sem perda da eficácia.

O leito hospitalar e todo o conjunto de fatores relacionados ao seu uso, passa a ser objeto de atenção quanto à sua utilização de forma criteriosa num contexto não só da eficácia, mas também da eficiência.

1.4 REFERENCIAL TEÓRICO: O LEITO HOSPITALAR ENQUANTO MERCADORIA

Do ponto de vista econômico, dentro dos pressupostos básicos de relações capitalistas, e no contexto assistencial global do qual a prestação de serviços hospitalares está inserida, é interessante pontuar o que o leito hospitalar em si mesmo representa na cadeia de produção de valor.

Segundo Davi Ricardo (TEIXEIRA, 2008) e Marx (MAZZUCATO, 2018), por preencher os requisitos básicos acerca de sua finalidade, pode ser interpretado e classificado como uma mercadoria, por ser de grande utilidade e necessidade para as pessoas. E no caso em questão, por poder oferecer a melhor recuperação para o paciente internado nos hospitais, em troca de um determinado valor. Assim Teixeira sintetiza, com relação a Davi Ricardo:

...”como essas economias são caracterizadas pela acumulação de capital, como fruto do seu rigor, Ricardo passa a determinar o valor de troca de uma mercadoria pela quantidade de trabalho empregado para a sua produção, acrescido da quantidade de trabalho utilizado na formação dos meios de produção que constituem seu capital” (TEIXEIRA, 2008).

Mazzucato complementa, em relação à teoria de Marx:

“No capitalismo, empresas produzem mercadorias, um termo geral para qualquer coisa, desde porcas e parafusos até maquinários completos. Se as mercadorias são comercializadas – vendidas -, afirma-se que possuem valor de mercado. Caso a mercadoria seja consumida pelo próprio produtor, ela não tem valor de Mercado. Valor de Mercado materializa o valor inerente às mercadorias” (MAZZUCATO, 2018).

Tal taxonomia confere ao indicador Tempo Médio de Permanência a capacidade de representar, dentro da dinâmica de trocas numa organização hospitalar, o caminho para o qual todos ou quase todos os processos devem convergir, assumindo sentido único, na expectativa de produzir mais e melhor.

1.5 TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA

Entre os indicadores de qualidade e desempenho utilizados na dinâmica hospitalar sob a égide da Governança Clínica (principalmente o princípio da “Qualidade e segurança no cuidado em saúde”), o Tempo Médio de Permanência (TMP) mostra-se como um dos mais sensíveis para avaliar falhas assistenciais e necessidade de revisão de processos. Seu cálculo é feito a partir da seguinte fórmula (AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR (ANS),2013):

$$\text{TMP: } \frac{\sum \text{ número de pacientes/dia no período}}{\sum \text{ número de saídas no período}}$$

Onde:

Numerador: somatório de pacientes-dia do hospital no período de um mês

Denominador: somatório de altas, transferência externas e óbitos no período de um mês

Em 1953, Rosenfeld, avaliando hospitais em Boston, Massachusetts (EUA), demonstrava a necessidade de um olhar racional acerca das internações hospitalares prolongadas, ao concluir que “... apenas cerca de 6% de todos os pacientes permaneceram no hospital por 30 dias ou mais, mas esse grupo representou quase um terço do total de dias de pacientes atendidos” (ROSENFELD; GOLDMANN; KAPRIO, 1957).

No Brasil, segundo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, o leito de permanência prolongada “É o leito hospitalar cuja duração média de internação é maior ou igual a 30 (trinta) dias” (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Entretanto, o próprio Ministério da Saúde, assim como alguns institutos que tratam do tema, manifesta sua preocupação em qualificar a atenção hospitalar com relação aos seus indicadores de desempenho, especialmente aqueles relacionados à permanência hospitalar, através de normas e estudos para subsidiar as unidades prestadoras hospitalares na implantação de estratégias de ação que visem o alcance de um melhor desempenho desses indicadores.

A Agência Nacional de Saúde – ANS, em 2013, define que o Tempo Médio de Permanência

“...está relacionado a boas práticas clínicas. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deverá ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação da saúde. A média de permanência em hospitais agudos acima de sete dias está relacionada ao aumento do risco de infecção hospitalar” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), 2013).

Segundo a ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados (2021),

“A média de permanência corresponde ao tempo que o paciente fica internado na instituição. É claro que há uma série de fatores que precisam ser levados em consideração, como as condições de saúde do paciente, o tipo de procedimento que foi realizado, se houve complicações, se a instituição costuma tratar pacientes mais complexos, como oncológicos e idosos, por exemplo. Mas é importante ter em mente que quanto menor a média de permanência, melhor para o paciente, que tem a oportunidade de se recuperar ao lado da família e não fica exposto a possíveis infecções, e para o sistema de saúde, já que o hospital é um ambiente complexo e de alto custo” (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP), 2021).

1.6 CRIAÇÃO DOS NÚCLEOS INTERNOS DE REGULAÇÃO (NIR) E GERENCIAMENTO DO TMP

Em 2017 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 2, que em seu Capítulo II, Seção I, artigo sexto, define, em seu inciso IV, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). No Anexo XXIV, capítulo I, inciso XIV, encontra-se a recomendação para a criação do “Núcleo Interno de Regulação – NIR”, assim definido (BRASIL, 2017):

“Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, **além dos leitos de internação**, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)” (grifo nosso)

Após a publicação da Portaria, o próprio Ministério da Saúde, através da publicação do “Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) passa a incentivar a criação dessas estruturas de gestão nos hospitais.

Nesse documento, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) é definido como sendo

“...uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção Geral do Hospital e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) ”.

A publicação desse manual, que especifica de forma minuciosa como implantar os Núcleos Internos de Regulação nas unidades de saúde, passa a definir conceitualmente responsabilidades na gestão do leito hospitalar, listando prioritariamente dentre as diversas atribuições do NIR as seguintes funções:

- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica;
- Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela rede assistencial em saúde;

- Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento;
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ainda com relação ao NIR, o manual também deixa claro que a composição do núcleo é uma atribuição de cada organização de acordo com seu porte e complexidade, mas com a recomendação de que seja minimamente formado por um médico, um enfermeiro e um assistente social.

Estabelece também que seu funcionamento deve ser ininterrupto, 24 horas por dia, sete dias da semana. E que seus pilares estão assentados em três principais eixos: Práticas de Regulação, Articulação com a Rede Assistencial, e Monitoramento (avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada) (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Segundo os “Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), publicados em 2017 pelo Ministério da Saúde, a melhor estimativa do Tempo Médio de Permanência hospitalar seria aquela que fosse estratificado de acordo com o tipo de pacientes por especialidade.

Tal distinção subsidiaria o NIR e o próprio gestor com uma informação mais realística e recomendações mais precisas, conforme tabela 01:

Tabela 01: Faixa de variação recomendada para o tempo médio de permanência nas internações em leitos gerais, por tipo de leito SUS:

Tipo de leito	Tempo médio de permanência (dias)	
	Limite inferior	Limite superior
Obstetrícia	2,4	3,1
Neonatologia	6,5	8,2
Pediatria clínica	4,6	5,7
Pediatria cirúrgica	2,4	3,9
Clínica 15 a 59 anos	6,5	8,5
Clínica 60 anos ou mais	7,4	9,7
Cirúrgica 15 a 59 anos	3,6	4,4
Cirúrgica 60 anos ou mais	4,6	6,5

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017

Feijó e colegas publicaram estudo em 2022 em que analisam diversos indicadores hospitalares antes e após a criação do NIR em hospital universitário, concluindo que após a implantação do NIR houve um significativo aumento no número de altas hospitalares, o intervalo de substituição de leitos se reduziu, houve uma redução na taxa de infecção hospitalar, e houve um ganho de 40 leitos disponíveis ao mês (FEIJÓ *et al.*, 2022).

Soares avaliou o desempenho dos Núcleos Internos de Regulação dos hospitais públicos e privados (desde que também atendessem pacientes oriundos do SUS) de uma grande capital no ano de 2016. Em seu estudo, cita dados oficiais que apontam para a necessidade de adoção de alguma estratégia de gerenciamento de leitos hospitalares devido a desproporção progressiva entre a oferta de leitos e o envelhecimento populacional (com sua carga elevada e superposta de doenças), e diante da constatação que os serviços de emergência se encontram persistentemente superlotados (levando a desfechos piores para os pacientes ali atendidos).

Em adição, devido à determinação legal de atender à Portaria de Consolidação n.º 2, pelo Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), houve uma percepção de que uma estrutura como o NIR tem a capacidade de melhorar os indicadores hospitalares como um todo, e que gera “grande potencial para o desenvolvimento de ações que resultem em uso eficiente da capacidade instalada hospitalar” (SOARES, 2017).

Importante destacar que os resultados verificados independem da natureza jurídica do hospital, e a composição, normas de funcionamento, rotinas, participação e representatividade nas demais instâncias clínicas e administrativas variou entre os diversos núcleos. Ficou claro também nesse estudo o privilegiamento de alguns indicadores para fins de aferição e acompanhamento, justamente os mais diretamente relacionados à permanência hospitalar, conforme figura 01:

Figura 01: Frequência de indicadores monitorados pelos Núcleos Internos de Regulação



Fonte: “Análise dos Núcleos Internos de Regulação hospitalares de uma capital” – Gestão e Economia de Saúde - Hospital Albert Einstein (São Paulo)

1.7 FATORES RELACIONADOS À PERMANÊNCIA HOSPITALAR

Ao longo dos anos, foram produzidos diversos trabalhos na literatura mundial com o objetivo de identificar os fatores relacionados à permanência hospitalar prolongada e de como tratar a questão dentro das peculiaridades de cada organização.

É importante e fundamental destacar que não existe consenso na literatura acerca da quantidade de dias de internação hospitalar a partir da qual seria considerado como internação de longa permanência. Cada grupo de trabalho define na descrição de seus métodos o que considera como adequado, em sintonia com o tipo de organização, e muitas das vezes de acordo com o setor dentro da mesma, em comparação com os demais setores.

Santos e colegas, num estudo ecológico de série temporal com dados das internações por neoplasias registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS de 2008 a 2018, revelam que, apesar do quadro de crescimento sustentável na incidência de neoplasias no país, o tempo médio de permanência hospitalar dos pacientes internado em função dessa condição, de acordo com a região do país, variou de 5,0 (Nordeste) até 6,8 dias (Norte) dias, com média nacional de 5,4 dias (SANTOS *et al.*, 2021).

Gaspari e colegas detectaram, através de estudo de caso-controle em hospital terciário, a multiplicidade de médias de dias de internação hospitalar de 353 pacientes que receberam alta (internados entre 2012 e 2015, não computados os pacientes que vieram a falecer), e que sofreram injúria neurológica aguda (acidente vascular cerebral e ataque isquêmico transitório), de acordo com a incidência de complicações imediatas ou tardias (dano neurológico progressivo, pneumonia, infecção de trato urinário e úlcera por pressão).

Os valores variaram entre 11,2 dias (+/-7,1) para aqueles que não tiveram complicações, e 37,7 dias (+/- 20,6) para os que tiveram, sendo os valores extremos representados por aqueles que desenvolveram como complicação úlceras de pele por pressão (GASPARI *et al.*, 2019).

De janeiro a junho de 2016, em hospital universitário, Oliveira e colegas verificaram o tempo médio de permanência hospitalar entre 40 pacientes internados no setor de Clínica Médica para cuidados paliativos. A média de permanência desses pacientes foi de 33 dias (3 a 69 dias), em contraposição aos 15,9 dias (+/-1,28) para os pacientes de Clínica Médica em geral (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Em um estudo realizado em 1964 e republicado em 2003, Schimmel traçava uma correlação importante entre a maior incidência de eventos adversos e o tempo de permanência hospitalar prolongado ao analisar 1252 admissões hospitalares, que resultaram numa média de 12 dias de internação, com uma média de 17 dias a mais para aqueles que apresentaram complicações durante a permanência hospitalar (SCHIMMEL, 2003).

Ofori-Asenso e colegas analisaram 1.696.112 internações hospitalares por dois anos em hospitais da Austrália, e observaram que os que permaneceram por mais de 14 dias internados tinham como fatores independentes relacionados a idade, o sexo feminino, a falta de pessoas próximas que se relacionassem com os mesmos, pacientes que eram admitidos no hospital aos finais de semana ou que eram transferidos de outros hospitais, tabagismo, nível de controle ruim de co-morbidades e número de internações hospitalares que ocorreram no último ano.

Ao final, concluíram que esses pacientes tinham uma chance maior de morte intra-hospitalar (5,0% comparado com 1,8% dos demais) ou transferência para outros locais que não sua residência. Do ponto de vista operacional, segundo os autores, pacientes com internação prolongada correspondem a 9,7% das internações, porém respondem por 44,2% dos leitos-dia (OFORI-ASENSO *et al.*, 2020).

Em outro estudo australiano concluído em 2014, O'Sullivan e colegas, também adotando como ponto de corte 14 dias de internação como o tempo a partir do qual poderia se definir como paciente de longa permanência, chegou a conclusões semelhantes: estes pacientes representavam 13,1% das admissões hospitalares mas ocupavam 49,1% de leitos-dia.

Dentre as variáveis independentes associadas destacam-se aqueles internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (principalmente aqueles em ventilação mecânica prolongada) e aqueles com passagens frequentes pelo serviço de emergência. Nesse estudo

também se verificou mortalidade maior entre pacientes desse grupo em relação aos demais pacientes internados (8,2 versus 3,1%) (O'SULLIVAN *et al.*, 2017).

Analisando 45.546 registros eletrônicos de prontuário de pacientes durante todo o ano de 2013 em um hospital universitário na Coréia do Sul, Baek e colegas notaram que 55% dos pacientes apresentavam média de quatro dias de permanência, que chegou a 15,9 dias (Departamento de Reabilitação), sendo as doenças cerebrovasculares agudas as maiores responsáveis por tempos prolongados de internação.

Nesse estudo, dentre as variáveis citadas diretamente relacionadas ao maior TMP, destacou-se transferência de pacientes de outros serviços, retardo na conclusão de alta do paciente, retardo na realização de procedimentos cirúrgicos, retardo no diagnóstico, gravidade clínica, tipo de leito (UTI, enfermaria) e tipo de seguro saúde (BAEK *et al.*, 2018).

Por outro lado, ao utilizar população específica de pacientes internados por acidente vascular cerebral isquêmico, um estudo inglês envolvendo milhares de pacientes em hospitais terciários concluiu que apesar do esforço em se aplicar procedimentos que visassem a alta precoce destes pacientes, no geral a diferença entre aqueles que se submeteram a essa abordagem e os que foram acompanhados da forma tradicional variou em apenas um dia a menos no tempo de internação para os primeiros (FISHER *et al.*, 2021).

Avaliando as causas de permanência prolongada em um grande centro médico geral e de ensino no Irã, Salehi e colegas perceberam os benefícios da redução do TMP e promoveram, através de reuniões prospectivas com uma equipe multidisciplinar criada para este fim e as lideranças médicas e de enfermagem, mudanças nas rotinas de atendimento do setor de emergência a fim de reduzir esse tempo.

Problemas como falta de leitos para internação, excesso de pacientes graves necessitando vaga em UTI, atrasos em procedimentos diagnósticos, irregularidades nas visitas médicas e falta de autonomia dos médicos residentes nas tomadas de decisão foram revistos e após ajustes se conseguiu uma redução de 2,68 para 1,73 dias de permanência naquele setor (SALEHI *et al.*, 2014).

Ramos e colegas publicaram em 2015 amplo estudo de corte transversal baseado no Sistema de Informações Hospitalares – SUS e do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES, avaliando indicadores de desempenho hospitalar abrangendo a rede hospitalar do estado de São Paulo (pública e privada), e demonstraram, dentre outros achados, que o tempo médio de permanência hospitalar se situou em torno de 7,2 dias (RAMOS *et al.*, 2015).

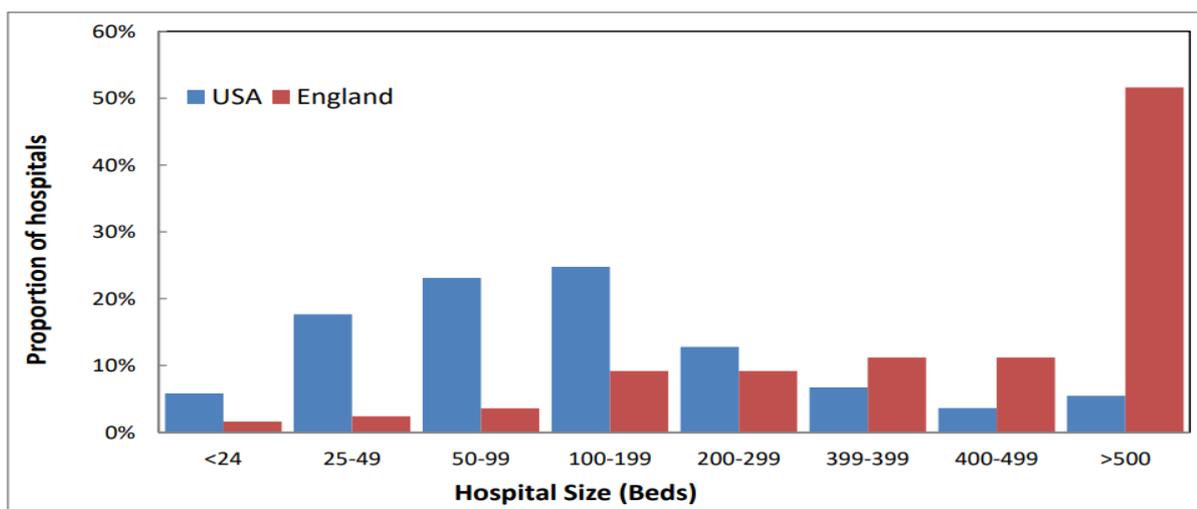
Importante destacar que amplas variações foram percebidas de acordo com o parâmetro adotado (porte, esfera administrativa, natureza jurídica e tipo de assistência – geral ou especializada).

Tempo Médio de Permanência (TMP) é um indicador que pode revelar peculiaridades entre hospitais, sistemas de saúde e países no trato do bem de alto custo chamado leito hospitalar. Ao comparar o sistema de saúde inglês, NHS, com a forma como os Estados Unidos da América lidam com a política de gerenciamento dos leitos hospitalares, Jones, em 2013, publicou um estudo revelando diferenças importantes.

Enquanto no primeiro há uma constatação de que a maioria dos hospitais do Reino Unido são de grande porte, no segundo a maior parte dos leitos hospitalares estão distribuídos em hospitais de até 200 leitos (figura 2). E esses, em comparação com os hospitais maiores, exibem TMP muito baixos, o que poderia demonstrar eficiência na gestão dos leitos.

Entretanto, como salienta o autor, na verdade tais valores espelham uma contínua pressão comercial para a obtenção de lucro. Nos Estados Unidos da América, para esse autor, somente mais investimentos em infraestrutura de suporte, como cuidados paliativos (e leitos de “hospice”), instalações comunitárias de retaguarda, casas de repouso, internação domiciliar, lares de idosos, e o maior financiamento da assistência social poderão no futuro aproximar ambos os sistemas comparativamente (JONES, 2013).

Figura 2: Comparação entre hospitais do Reino Unido e EUA quanto ao número de leitos



Extraído de Jones, R.: “Average length of stay in hospitals in the USA” *British Journal of Health Care Management* 19(4):186-191

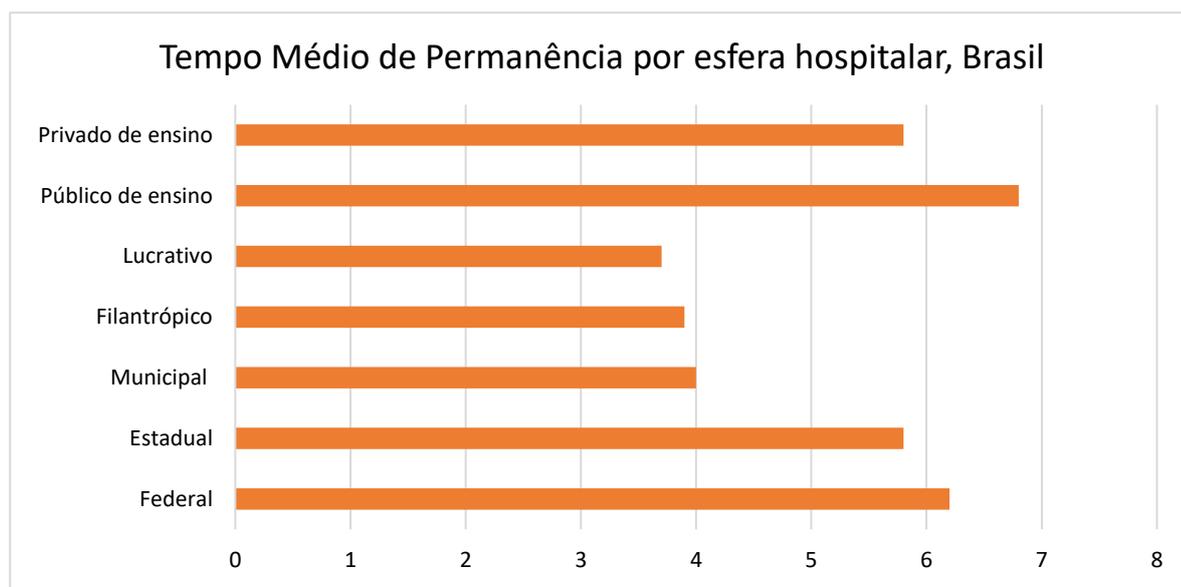
Após busca na literatura entre 1983 e 1987, Clarke e Rose chegaram à conclusão de que, apesar dos benefícios múltiplos aos pacientes e aos sistemas de saúde demonstrados em diversos trabalhos, não parece haver uma relação direta de causa e efeito entre tempo de internação hospitalar mais curto e entrega satisfatória do produto “saúde”, recorrendo a dados de vários países. Ao final, os autores recomendam um olhar personalizado de cada organização acerca de seus processos e resultados em saúde, para estabelecer o que seria mais adequado quanto à definição ideal do tempo de permanência (CLARKE; ROSE, 2001).

Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP) é um indicador fundamental para avaliar a eficiência no uso de recursos hospitalares, afetando a qualidade do atendimento e a eficiência da gestão clínica.

A falta de disponibilidade de leitos devido ao gerenciamento inadequado dos mesmos pode levar à morte pacientes com condições clínicas precárias que poderiam se beneficiar da assistência hospitalar. Além disso, não há evidências em literatura mostrando que TMP prolongado resulta em melhor qualidade assistencial (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Em geral, não considerando aspectos relacionados à população assistida e à estrutura na prestação de serviços em saúde, organizações privadas e filantrópicas apresentam TMP melhores que os hospitais públicos e de ensino, conforme mostra a Figura 3:

Figura 3: TMP por esfera hospitalar:



Adaptado de La Forgia e Couttolenc, 2009

1.8 MECANISMOS DE PAGAMENTO E REDUÇÃO DO TMP: A METODOLOGIA DRG

Formatos de pagamento aos hospitais pelos serviços prestados podem influenciar fortemente o tempo médio de permanência hospitalar. A criação no Brasil, a partir de 1981, da “Autorização para Internação Hospitalar – AIH”, parte integrante do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, foi o marco para o estabelecimento de um modelo de reembolso aos hospitais baseado num amplo acervo de condições (clínicas, cirúrgicas, diagnósticas) que são constantemente atualizadas, sendo, até hoje, o principal documento de referência para a realização de reembolsos aos hospitais que prestam serviços ao SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS - 2007).

Entretanto existem diversos outros mecanismos de repasse de valores por internações e outros procedimentos a esses hospitais, o que dificulta a análise isolada do montante que a AIH representa a partir dos pacientes internados, e o quanto essa análise pode influenciar ou ser influenciada pelo TMP.

No Brasil, a partir do ano de 2014, vem sendo proposto a implantação de um novo modelo de pagamento por serviços aos hospitais, públicos e privados, e que se baseia na formatação de cenários que permitem comparabilidade entre organizações hospitalares e demais sistemas de saúde, denominado “Diagnoses-Related Groups – DRG”.

Criado em 1983 na Universidade de Yale, Estados Unidos, inicialmente como uma proposta de desenvolver um mecanismo de gestão mais eficaz, desde a década de 90 do século passado vem se tornando referência para o pagamento de produção hospitalar no mundo inteiro, se revelando eficiente no cuidado do paciente e na promoção da transparência dos processos; e que se baseia no pagamento de serviços de diagnóstico e tratamento obedecendo escalas e padrões pré-definidas (MIHAILOVIC; NATASA, 2016).

Dentro do conceito amplo de que menor TMP é sinônimo de qualidade assistencial, a expectativa de aplicação de um formato que consiga agregar racionalidade assistencial a um custo reduzido pode trazer eficiência. A ideia central é a de que ao concentrar em grupos diagnósticos condições de agravo à saúde assemelhadas, determinando o custo de cada grupo baseado nos seus diversos componentes (materiais, drogas, exames, honorários, taxas e demais itens que possam ser medidos e que representem custo), é possível, com razoável grau de acerto, formatar padrões de remuneração por serviços em saúde que possam ser reprodutíveis para a

maioria das demais organizações (principalmente hospitalares). A concentração em grupos de diagnósticos foge da complexidade das diferentes tabelas de pagamento (incluindo as AIH's) e pode simplificar esses mecanismos de pagamento, atribuindo a cada grupo valores teoricamente mais racionais, efetivos e facilmente auditáveis.

Através desse fluxo reverso, a metodologia DRG (que é um formato de pagamento por serviços por excelência) cria as condições para que, sob as mesmas condições de financiamento, organizações em saúde possam beneficiar um contingente maior de pessoas. Os corolários básicos, chamados também “alvos de intervenção no sistema”, elaborados pela plataforma DRG Brasil, ilustra quais seriam os resultados esperados a partir da implantação da metodologia (PEDROSA; TANIA, 2018):

“**Alvo assistencial 1:** reduzir o tempo de permanência hospitalar ao essencial para o tratamento. A referência de permanência adequada ao tratamento foi a mediana de permanência brasileira da base do DRG Brasil@:

- Saúde suplementar: 28% das diárias hospitalares realizadas estão em excesso.
- SUS: 55% das diárias hospitalares realizadas estão em excesso.

Alvo assistencial 2: aumentar a segurança assistencial. Estudo realizado pelos autores, com a população assistida pelos hospitais da saúde suplementar da base de dados DRG Brasil@, mostra que eventos adversos hospitalares no Brasil consomem de R\$ 10,9 bilhões a R\$ 15,57 bilhões e são a maior causa de permanência além da necessária ao tratamento.

Alvo assistencial 3: reduzir as internações potencialmente evitáveis. A referência é o Canadá, onde somente 6% das internações clínicas são devidas aos problemas conhecidos como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

Alvo assistencial 4: reduzir as reinternações potencialmente evitáveis que ocorrem até 30 dias após a alta hospitalar.

• Saúde suplementar: 5,04% das internações, da base estudada, foram para atender esse tipo de ocorrência.

• SUS: 6,36% das internações, da base estudada, foram para atender esse tipo de ocorrência”.

Apesar da expansão da metodologia no Brasil e no mundo, os autores salientam que a aplicabilidade da mesma é restrita a casos agudos, o que representa só uma parte do perfil de pacientes internados num hospital geral. E, em que pese o grande entusiasmo nos locais em que o DRG já está implantado há muito tempo, ressaltam a necessidade de mecanismos adicionais de controle na aplicação do método em função da frequente geração de incentivos perversos (DIAGNOSIS- RELATED GROUPS IN EUROPE, 2018):

“Existem muitas maneiras diferentes pelas quais o pagamento hospitalar baseado em DRG podem criar incentivos perversos (...) o que poderia afetar negativamente a qualidade da assistência. Em particular, os hospitais podem dar alta aos pacientes mais cedo do que clinicamente apropriado, omitir na indicação médica testes e terapias, ou fornecer certos serviços em excesso, empurrando o paciente para um DRG mais alto, a fim de otimizar os pagamentos que recebem”.

Até final do ano de 2021 existiam em todo o país 100 hospitais, entre públicos e privados, que utilizavam a metodologia DRG (DRG BRASIL. VALOR SAÚDE BRASIL, 2021). A imensa maioria destes hospitais eram privados e em grande parte faziam parte de uma rede de hospitais, concentrados na região sudeste e parte da região sul. Com o aumento do número de organizações que venham aderir a metodologia, há uma expectativa de que no futuro essas possam, ainda que motivadas por uma pressão por eficiência econômica, atingir metas de qualidade e produção que beneficiem um número maior de pacientes. Entretanto, não está claro, ainda, se a implantação nos hospitais públicos pode prosperar no mesmo ritmo.

1.9 TMP E READMISSÕES HOSPITALARES PELA MESMA CAUSA

Vários autores têm mostrado preocupação com um verdadeiro viés em relação ao TMP. Por ser reconhecido solidamente como um indicador de qualidade assistencial, o alcance de metas objetivas focadas exclusivamente em números e a incentivos financeiros perversos pode levar à desospitalização de pacientes ainda não aptos para tal, do ponto de vista clínico (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS; MINISTÉRIO DA SAÚDE; JONES, 2013).

Em que pese a constatação de que fatores externos podem não à altura para o acolhimento deste paciente no momento da alta hospitalar (principalmente às condições sociais e de autocuidado), também fatores intrinsecamente associados à condição clínica do paciente podem ser subestimados na busca por melhores resultados. Na verdade, o processo de alta deve levar em consideração essa possibilidade (BORGES *et al.*, 2008).

Como possível consequência de uma alta hospitalar em momento inadequadamente precoce, merece menção a ocorrência de reinternações pelas mesmas causas (da internação inicial). As reinternações podem ser classificadas como evitáveis ou não evitáveis. Assim conclui a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS:

“A readmissão quando potencialmente evitável poderia ter sido evitada com melhor gerenciamento do quadro clínico do paciente, adequado planejamento de alta, e provisão de recursos no domicílio para atender às necessidades do paciente.

As readmissões também são um reflexo da potencialidade do paciente em se auto cuidar, de seus comportamentos de saúde, incluindo as condições biopsicossociais e culturais que interferem nesse processo” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS; MINISTÉRIO DA SAÚDE).

A mesma agência propõe considerar a “Proporção de readmissões ocorridas em até 30 dias após a última alta hospitalar” também como um forte indicador de qualidade assistencial.

Avaliando ampla literatura, a agência passou a preconizar a meta de não ultrapassar a taxa de 20% de reinternação em 30 dias como sinônimo de qualidade (BORGES *et al.*, 2008). Dessa forma, percebe-se que a Taxa de Reinternação e o TMP são interdependentes e compartilham da mesma necessidade de aplicação de todos os princípios relacionados à qualidade assistencial até agora propostos. Dito de outra forma, uma análise mais completa do desempenho hospitalar com relação ao TMP deve levar em conta também a análise da proporção de readmissões.

1.10 TMP E GESTÃO DO CORPO CLÍNICO

Num mercado altamente diversificado, competitivo, vultoso nas cifras orçamentárias e custos, e extremamente fértil para a absorção de inovações, os pressupostos que permeiam a Governança Clínica são reforçados pelos princípios da Gestão do Corpo Clínico, estes ainda não totalmente bem compreendidos no contexto geral da assistência hospitalar. Contudo, uma vez implementados, facilitam a absorção das estratégias da Governança Clínica por incutirem na atuação dos profissionais de saúde a necessidade de adoção de métricas assistenciais específicas de qualidade (respeitando fundamentalmente as características específicas de cada organização). Em razão dessa complementariedade, frequentemente ambos os conceitos são confundidos como uma coisa só.

Na prática, uma vez adotada pela organização hospitalar uma estratégia de revisão de suas condutas visando qualidade assistencial, acabam por se fortalecerem mutuamente. O resultado costuma ser satisfatório para a organização, para órgãos reguladores, para fontes pagadoras, para a comunidade aonde o hospital está inserido, para sustentabilidade do sistema e, por fim e mais importante, para a experiência do paciente enquanto internado. A melhora dos indicadores, dentre os quais o TMP, acaba por ser um caminho natural e virtuoso (SCARDUA, 2011).

1.11 INDICADORES COMPARATIVOS DO TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NO BRASIL E OUTROS PAÍSES

No Brasil, à semelhança dos demais países que analisam essa questão, encontramos variações regionais e médias que refletem as diversas dimensões colocadas como determinantes. O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, baseados em dados levantados pelo Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH, da Associação Paulista de Medicina, relataram em estudo uma média de permanência hospitalar em torno de 4,5 dias no período analisado entre 2009 e 2012 para hospitais gerais do

Sistema Único de Saúde - SUS (excluindo hospitais de retaguarda e reabilitação, para doenças crônicas, hospitais psiquiátricos e de pneumologia sanitária).

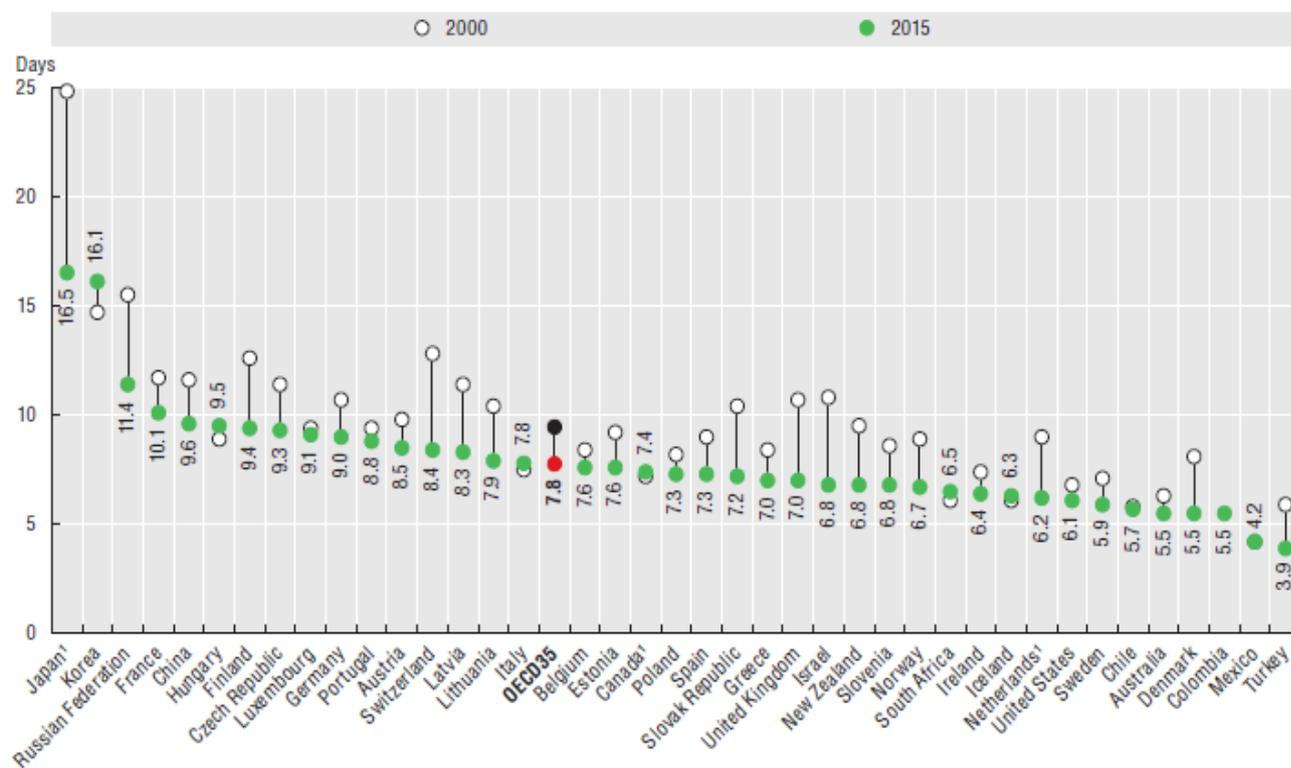
Para hospitais centrados no atendimento de pacientes agudos, variou de 3 a 5 dias. Nesse estudo são estratificadas metas de permanência de acordo com o porte hospitalar assim distribuídos: pequeno porte – 2 a 3 dias, médio porte – 3 a 4 dias, e grande porte – 4 a 5 dias de permanência (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), 2013). É sugerida especial atenção para todos aqueles que, em geral, atinjam 8 dias de internação em diante.

No seu relatório de 2017, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, grupo seletivo de países com os melhores indicadores econômicos, reforçava que estadias prolongadas em hospitais era um indicativo de baixo valor na prestação de serviços em saúde.

Na ocasião, o TMP entre seus membros era de cerca de 8 dias, variando enormemente de acordo com o país (em um extremo, 4 dias na Turquia e no México, e no outro, acima de 16 dias no Japão e Coreia). Entretanto, foi constatada uma queda em relação a períodos anteriores em todos os países desde o início dos anos 2000. Tal variabilidade é explicada por múltiplos fatores, mas, segundo a agência, destacam-se as diferenças nos sistemas de pagamento por serviços (incentivos à permanência ou à alta), aplicação de ferramentas de gerenciamento e outras intervenções no contexto da Qualidade Hospitalar.

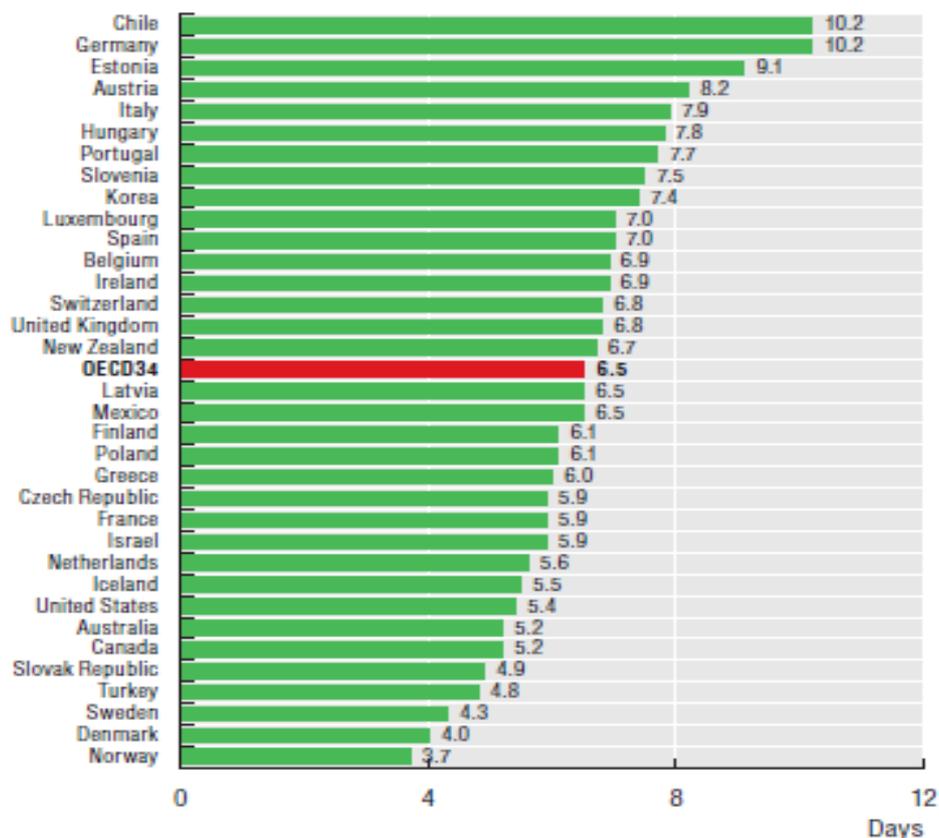
Dentre as várias condições clínicas, ilustra bem essa variabilidade o TMP para infarto agudo do miocárdio (Fig. 04 e 05) (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD), 2018):

Figura 04: Tempo médio de permanência no hospital, 2000 e 2015 (ou ano mais próximo)



Extraído de: “Health at a Glance 2017 OECD Indicators”

Figura 05: Tempo médio de internação para miocárdio agudo infarto (IAM), 2015 (ou ano mais próximo)

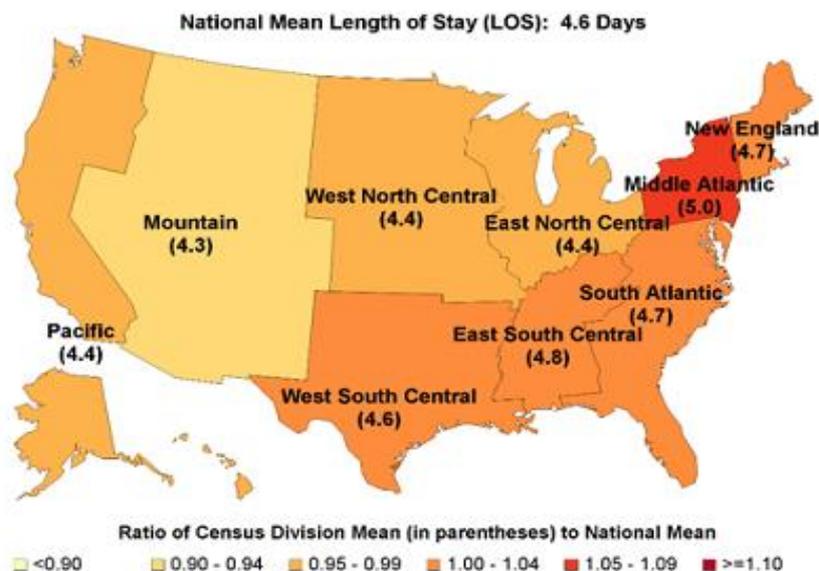


Extraído de: “Health at a Glance 2017 OECD Indicators”

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) publicou ao final de 2018 relatório a respeito dos pacientes de longa permanência analisando as macrorregiões nos Estados Unidos da América – USA, chegando a uma média global de 4,5 dias.

Segundo essa agência, o TMP é utilizado para medir a eficiência de um hospital e traz uma série de recomendações para a melhoria do indicador, por diminuir o risco de desenvolver condições além das que entraram no hospital para tratar. Acrescenta que o TMP prolongado se traduz por maior mortalidade, menor eficiência e maiores custos ao sistema de saúde como um todo. A figura 06 mostra a distribuição do TMP pelas macrorregiões: (WILLIAM J. FREEMAN; M.P.H.; KEVIN C. HESLIN, 2018):

Fig. 06: Tempo de Permanência Hospitalar distribuído pelas macrorregiões (USA, 2018)



Extraído de: “Overview of US Hospitals Stays in 2016 – Variation by Geographic Region”

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o indicador Tempo Médio de Permanência e sua contribuição para o alcance de um melhor desempenho assistencial nos hospitais, com ênfase nos hospitais do Sistema Único de Saúde

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os fatores que influem direta e indiretamente no Tempo Médio de Permanência em hospitais no Brasil e alguns países.

Descrever os possíveis caminhos recomendados pelas organizações hospitalares e esferas de governo, no intuito de melhorar o comportamento do indicador.

Contribuir com elementos para a análise do Tempo Médio de Permanência hospitalar, objetivando uma melhor compreensão do tema por parte dos gestores hospitalares e formuladores de políticas públicas, visando a adoção de medidas que resultem em maior eficiência e efetividade na assistência hospitalar.

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que se caracteriza como descritivo, a partir do uso de dados secundários, através de busca de informações na literatura brasileira e internacional, à luz dos pressupostos teóricos da Governança Clínica e dos conceitos fundamentais em Economia da Saúde, independentemente do idioma e época de publicação.

Para facilitar a compreensão do percurso metodológico, este foi dividido em três etapas. Na Etapa 1, para possibilitar a compreensão dos gestores hospitalares e formuladores de políticas públicas, sobre as medidas adotadas para maior eficiência e efetividade na assistência hospitalar, foram analisados de forma criteriosa os seguintes documentos do Ministério da Saúde:

Quadro 1 – Síntese dos documentos selecionados e analisados na Etapa 1:

Título	Ano	Base de dados	Autores	Modalidade Link de acesso
1. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasil. Ministério da Saúde, 2017.	2017	BVS	Ministério da Saúde	Publicação http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_implementacao
2. Portaria de Consolidação nº 2 Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) Brasil. Ministério da Saúde, 2017	2017	BVS	Ministério da Saúde	Portaria https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-2-Politic.html
3. Critérios e Parâmetros assistenciais SUS – 2017 – Caderno 1	2017	BVS	Ministério da Saúde	Normativa https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-damac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf
4. Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.	2017	ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar	Nota Técnica http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/indicador_proporcao_de_readmissao_at

				e_30_dias_da_ultima_alta_hospitalar.pdf
5. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar Série A. Normas e Manuais Técnicos 2.a edição revista Brazil. Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais, 2002	2002	BVS	Ministério da Saúde	Nota Técnica https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf

Fonte: elaboração própria.

Na Etapa II, foram consultados os portais de informações oficiais do Governo Federal/Ministério da Saúde, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), visando descrever os possíveis caminhos recomendados pelas organizações hospitalares e esferas de governo, no tocante a melhoria do comportamento do indicador Tempo Médio de Permanência em hospitais.

Quadro 2: Síntese dos portais selecionados e analisados na Etapa 2:

Título	Ano	Base de dados	Autores	Modalidade Link de acesso
1. Média de Permanência Geral	2013	ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar	http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf
2. “Average length of stay in hospitals”, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, 2018	2017	OECD Data	Organisation for Economic Co-operation and Development - OCDE	Relatório https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm
3. Overview of U.S. Hospital Stays in 2016: Variation by Geographic Region. Agency for Healthcare Research and Quality	2016	AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality	Relatório https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb246-Geographic-Variation-Hospital-Stays.jsp

Fonte: elaboração própria.

Na Etapa III, foram consultados estudos publicados em revistas científicas nacionais e internacionais, artigos em revistas em geral, sobre o tema central em análise para identificar os fatores que influenciam direta e indiretamente no Tempo Médio de Permanência em hospitais no Brasil e alguns países.

Nessa etapa, a busca foi realizada nos seguintes bancos de dados eletrônicos: Scielo - Scientific Electronic Library Online, PubMed - National Library of Medicine, BVS - Biblioteca Virtual em Saúde e BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.

Na estratégia de busca, foram utilizados descritores para identificar os diversos aspectos relacionados ao Tempo Médio de Permanência hospitalar, a saber: Tempo Médio de Permanência, Ocupação Hospitalar, Cuidados Intra-Hospitalares, Taxa de Ocupação Hospitalar, Pacientes Internados, Permanência Prolongada, Qualidade Assistencial, Eventos Adversos, Internações Hospitalares, Média de Permanência Hospitalar, Governança Clínica, Length of Stay Hospitals, Delayed Discharge, Clinical Governance, Indicators for Healthcare System Efficiency, Hospital Organization and Management e Bed Turnover.

Inicialmente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos das publicações identificadas na busca e excluídos os estudos que não abordaram de forma direta ou indireta o tema central em análise. Em seguida, 15 estudos selecionados foram lidos em texto completo, organizados no Quadro 3, a seguir, observando-se se de fato contribuiria para o alcance dos objetivos do estudo.

Quadro 3 – Síntese dos estudos selecionados e analisados na Etapa 3:

Título	Ano	Base de dados	Autores	Modalidade Link de acesso
1. Analysis of length of hospital stay using electronic health records: A statistical and data mining approach. PLoS ONE , v. 13, n. 4, 2018.	2018	Pubmed	BAEK, H.; CHO, M.; KIM, S.; HWANG, H.; SONG, M.; YOO, S.	Artigo https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0195901
2. Length of stay: How short should hospital care be? The European Journal of Public Health , v. 11, n. 2, p. 166–170, 1 jun. 2001.	2001	PubMed	CLARKE, A.; ROSE, R.	Artigo https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11420803/
3. Average length of stay, delayed discharge, and hospital congestion. British Medical Journal , v. 325, n. 7365, p. 610–611, 2002	2002	PubMed	BLACK, D.; PEARSON, M.	Artigo https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12242160/
4. Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern Brazilian city. Gestão e Economia de Saúde - Hospital Albert Einstein (São Paulo) , v. 15, n. 3, p. 339–343, set. 2017.	2017	Scielo	SOARES, V. S.	Artigo https://www.scielo.br/j/eins/a/cGpxb6rjHyZzSpMyptnSJG/?lang=pt&format=pdf
5. Preditores de internação prolongada em Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Revista Latino-Americana de Enfermagem , v. 27, 2019.	2019	Scielo	GASPARI, A. P.; CRUZ, E. D. de A.; BATISTA, J.; ALPENDRE, F. T.; ZÉTOLA, V.; LANGE, M. C.	Artigo https://www.scielo.br/j/rlae/a/KGJQcwHXvP6bd68sPQf5Vwn/abstract/?lang=pt
6. The frequency of, and factors associated with prolonged hospitalization: A multicentre	2020	PubMed	OFORI-ASENSO, R.; LIEW, D.;	Artigo

study in Victoria, Australia. Journal of Clinical Medicine , v. 9, n. 9, p. 1–14, 1 set. 2020.			MÅRTENSSON, J.; JONES, D.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32971851/
7. Epidemiology of long-stay patients in a university teaching hospital. Internal Medicine Journal , v. 47, n. 5, p. 513–521, maio 2017.	2017	BVS	O’SULLIVAN, K.; MARTENSSON, J.; ROBBINS, R.; FARLEY, K.; JOHNSON, D.; JONES, D.	Artigo https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/imj.13379
8. Investigating the effect of clinical governance approach on patients’ length of stay in emergency department: an action research study. Acta medica Iranica , v. 52, n. 2, p. 137–45, 2014.	2014	PubMed	SALEHI, T.; NAYERI, N. D.; RASHIDIAN, A.; MOHAMMADI, E.	Artigo https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24659072/
9. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay? BMC Health Services Research , v. 15, n. 1, p. 142, 3 dez. 2015.	2015	BVS	SPECCHIA, M. L.; POSCIA, A.; VOLPE, M.; PARENTE, P.; CAPIZZI, S.; CAMBIERI, A.; DAMIANI, G.; RICCIARDI, W.; DE BELVIS, A. G.	Artigo https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-25889675
10. Looking forward: Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ , v. 317, n. 7150, p. 61–65, 4 jul. 1998.	1998	PubMed	SCALLY, G.; DONALDSON, L. J.	Artigo https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113460/
11. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. Ciência & Saúde Coletiva , v. 26, n. 4, p. 1289–1298, abr. 2021.	2021	Scielo	CARPANEZ, L. R.; MALIK, A. M.	Artigo https://scielosp.org/article/csc/2021.v26n4/1289-1298/pt/
12. Average length of stay in hospitals in the USA. British Journal of Healthcare Management , v. 19, n. 4, p. 186–191, abr. 2013	2013	MAG Online Library	JONES, R.	Artigo https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjhc.2013.19.4.186
13. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. Revista HCPA , v. 28, n. 3, p. 147–152, 2008.	2008	OJS/PKP	BORGES, F. K.; SOLIMAN, F.; OLIVEIRA PIRES, D.; SELIGMAN, R.	Artigo http://hdl.handle.net/10183/164522 >.
14. Núcleo Interno de Regulação hospitalar: repercussões da implantação nos indicadores dos serviços de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem , v. 30, 2022.	2022	Scielo	FEIJÓ, V. B. E. R.; BARRETO, M. F. C.; TANITA, M.; BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O.; HADDAD, M. do C. F. L.	Artigo https://www.scielo.br/j/rlae/a/bX8TDX6zrVS3wz34C8QSQyh/?lang=pt&format=pdf >.
15. Do trigo ao trabalho: o caráter instrumental da teoria do valor em Ricardo.	2008	Unicamp	TEIXEIRA, L.	Artigo https://www.eco.unicamp.br/images/arquiv

Leituras de Economia Política, v. 13, p. 1–27, jul. 2008				os/artigos/LEP/L13/TEIXEIRA_1_13.pdf
--	--	--	--	--------------------------------------

Fonte: elaboração própria.

No total, foram analisados 5 documentos, 3 portais e 15 artigos. Em acréscimo, foram selecionados outros estudos, livros, portais e sítios de internet que também foram utilizados como fonte de informação, por contribuírem diretamente para enriquecer o trabalho (ABOUT HEALTHCARE INCREASE, 2021; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP), 2021; CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2020; COUTTOLENC; LA FORGIA, 2009; DONALD M. BERWICK, 1992; MAZZUCATO, 2018; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD), 2018; PEDROSA; TANIA, 2018; SCARDUA, 2010; STAREY, 2021). Os demais estudos e sítios da internet restantes, que foram listados nas referências, também contribuíram em alguma medida para o desenvolvimento do tema.

4. RESULTADOS

Ao analisar os fundamentos teóricos em que se baseiam os pressupostos do tempo de permanência hospitalar e seu comportamento, algumas constatações podem ser expressas, baseadas na bibliografia pesquisada:

1 – O leito hospitalar pode ser considerado um bem, e que deve ser ofertado mediante uma contrapartida financeira. Segundo princípios econômicos fundamentais, é uma mercadoria que tem um valor e um preço (MAZZUCATO, 2018; TEIXEIRA, 2008);

2 – Os princípios da Governança Clínica, nascidos e desenvolvidos no Reino Unido, podem ser considerados, dentro dos processos assistenciais em saúde (notadamente os da assistência hospitalar), como um modelo teórico de recomendações que têm como objetivo primordial a eficácia. Sua aplicação gera benefícios em toda a cadeia produtiva em saúde, com reflexos positivos na eficiência e efetividade dos serviços (SCALLY; DONALDSON, 1998; STAREY, 2021);

3 – O Tempo Médio de Permanência (TMP) hospitalar é um indicador relevante na análise de eficiência na gestão dos recursos, principalmente públicos, aplicados na assistência hospitalar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), 2013; CLARKE;

ROSE, 2001; COUTTOLENC; LA FORGIA 2009; SALEHI *et al.*, 2014; SPECCHIA *et al.*, 2015);

4 – A maior parte dos recursos destinados à saúde são destinados à assistência hospitalar, em detrimento à Atenção Básica em Saúde, sendo pulverizados na maior parte para estabelecimentos com pequeno número de leitos e de baixa complexidade, o que reforça ainda mais a necessidade de aplicação racional dos recursos, quase sempre escassos (CARPANEZ; MALIK, 2021; CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2020; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2019; JONES, 2013);

5 - Pacientes de longa permanência representam um número baixo em relação aos demais pacientes internados em geral, mas respondem por percentual significativo das diárias hospitalares (BAEK *et al.*, 2018; OFORI-ASENSO *et al.*, 2020; O’SULLIVAN *et al.*, 2017. ROSENFELD; GOLDMANN; KAPRIO, 1957; SCHIMMEL, 2003);

6 – A quase totalidade dos pacientes acompanhados nos diversos estudos analisados são passíveis de serem abordados para a aplicação de medidas que resultem em menor tempo de permanência hospitalar, sem prejuízo da qualidade assistencial, principalmente se utilizados princípios da Governança Clínica (SPECCHIA *et al.*, 2015);

7 – Fatores extra-hospitalares, tais como ausência de estruturas de suporte/acolhimento domiciliar e condições sociais adversas, dentre outros, podem contribuir para uma maior permanência hospitalar e não dependem das políticas de gestão hospitalar para a sua resolução (BLACK; PEARSON, 2002; CLARKE; ROSE, 2001; JONES, 2013; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009;);

8 – Reinternações em curto espaço de tempo pelos mesmos motivos daqueles apontados na internação anterior, num mesmo hospital, podem revelar processos de alta precoce em momento clínico inadequado ou busca indevida por atingimento de metas gerenciais infladas para fins de maior reembolso por serviços declarados (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS; MINISTÉRIO DA SAÚDE; BORGES *et al.*, 2008; JONES, 2013);

9 - Estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, destacando-se o incentivo para a criação de Núcleos Internos de Regulação – NIR, se revestem da mais alta relevância em função de sua proposição objetiva de orientar para alcance de metas gerenciais realísticas e racionais, através da valorização de indicadores de desempenho diversos, dentre os quais o Tempo Médio de Permanência – TMP. Almeja-se, claramente, a geração de resultados que

traduzam eficiência e efetividade (FEIJÓ *et al.*, 2022; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021; SOARES, 2017).

Os trabalhos que se propuseram a analisar um número expressivo de pacientes tiveram o poder de identificar melhor o perfil do paciente que irá apresentar um TMP maior em relação aos demais pacientes. Alguns fatores relacionados aos pacientes, intrínsecos ou não, foram identificados (BAEK *et al.*, 2018; O’SULLIVAN *et al.*, 2017; OFORI-ASENSO *et al.*, 2020), dentre eles a falta de parentes e amigos no processo de acompanhamento durante a internação, sexo feminino, idade avançada, controle inadequado das co-morbidades, pacientes admitidos nos finais de semana, durante à noite ou nos feriados; pacientes com condições de saúde mais graves, retardo na realização do diagnóstico, retardo na realização de procedimento cirúrgicos ou terapias especiais, pacientes transferidos de outros hospitais, internações sucessivas, e tabagistas.

O inter-relacionamento de setores como o Departamento de Emergência e as Unidades de Internação também geram situações que podem prenunciar tempos de permanência hospitalar superiores ao desejável, tais como retardo e infrequência no acompanhamento médico dos pacientes na Emergência, a demora na acomodação de pacientes graves na UTI, a demora também na realização de procedimentos diagnósticos diversos, e a falta de autonomia de médicos residentes (SALEHI *et al.*, 2014).

Em alguns trabalhos, os pacientes neurológicos são apontados como os maiores responsáveis pelo tempo de permanência hospitalar mais prolongado. São pacientes que normalmente apresentam múltiplas complicações em função da doença neurológica de base (GASPARI *et al.*, 2019).

No Brasil, apesar de o conceito ainda não revisto pelo Ministério da Saúde para se definir um paciente como sendo de longa permanência intra-hospitalar (superior a 30 dias), há a recomendação de se olhar com maior atenção para aqueles que se encontram com oito ou mais dias de internação (média dos países da OCDE). Segundo a ANS, o tempo médio de permanência nos hospitais brasileiros em geral se situa entre 3 a 5 dias (média 4,5 dias) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), 2013).

Ramos e colegas, em 2012, avaliaram o tempo de permanência no estado de São Paulo e observaram que os pacientes com tempos de permanência maiores são aqueles internados em hospitais especializados, hospitais da rede própria da Secretaria Estadual de Saúde, e os de natureza privada lucrativa.

Entretanto, segundo Couttolenc, justamente os hospitais de natureza privada são aqueles com menores tempos de permanência hospitalar (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Mais uma vez se evidencia a necessidade de um olhar mais profundo quanto aos demais características organizacionais para uma melhor compreensão quanto ao comportamento do indicador.

Tempos médios de permanência adequados podem ser alcançados com a utilização das ferramentas descritas para a aplicação dos princípios de Governança Clínica, como revela o estudo de Spechia e colegas. Ao acompanhar pacientes de diversas especialidades escolhidos de maneira aleatória, verificaram que quando foram aplicados os pilares da Governança Clínica (Responsabilização e Transparência, Auditoria Clínica, Análise de Riscos, Performance Técnica e envolvimento do paciente), os resultados foram satisfatórios.

Nesse mesmo estudo, um quarto dos pacientes foram internados de forma desnecessária seguindo esses mesmos critérios. Leitos esses que deveriam estar disponíveis para quem de fato precisasse (SPECCHIA *et al.*, 2015).

5. DISCUSSÃO

Pela análise das fontes pesquisadas, observa-se que não há divergência no entendimento de que o tempo de permanência hospitalar é uma variável importante na mensuração da qualidade assistencial intra-hospitalar, na avaliação da eficiência na aplicação dos recursos (principalmente públicos), na melhor experiência do paciente uma vez internado, na redução de eventos adversos, e no melhor desempenho quanto à sua função social perante a comunidade aonde o hospital está inserido, uma vez que, bem gerenciado, permite que mais pessoas possam se utilizar deste valioso recurso. Pode também ser um importante diferencial no valor dos reembolsos por serviços prestados, principalmente nos hospitais privados (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), 2013; BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021; ESCRIVÃO JUNIOR; KOYAMA, 2007; ABOUT HEALTHCARE INCREASE, 2021).

Ao mesmo tempo, cabe ressaltar que a natureza da prestação do serviço hospitalar deve ser o ponto de partida para a análise do TMP. Hospitais gerais e de maior porte tendem a apresentar médias de permanência menores, em contraposição aos hospitais especializados. Hospitais de retaguarda, psiquiátricos ou de reabilitação tendem a apresentar naturalmente

maiores tempos de internação em detrimento de hospitais-dia, por exemplo. Mecanismos de pagamento por serviços também influenciam diretamente o TMP: a remuneração por diária de internação costuma ser acompanhadas de TMP maior, em comparação aos pagamentos por procedimentos ou usando a metodologia DRG.

O indicador Tempo Médio de Permanência hospitalar parece se revestir, segundo a literatura mundial e a percepção dos agentes econômicos, de relevância cada vez maior na agenda dos gestores em função da multiplicidade de fatores relacionados, e ao benefício que traz quando bem gerenciado para os processos assistenciais hospitalares.

Seja qual for a região geográfica no mundo, mas especialmente no Brasil, o TMP é influenciado por vários fatores, que o tornam maior ou menor (SCARDUA, 2010):

- **Tipo de prestador de serviços de saúde** – público, privado, universitário, organizações sociais;
 - **Nível assistencial** - baixa, média ou alta complexidade, hospital especializado, hospice ou hospital de retaguarda, serviços de Internação Domiciliar;
 - **Tipo de organização** – centros médicos ambulatoriais, Hospital-Dia, Hospital Cirúrgico, Hospital Psiquiátrico, Hospital de Reabilitação, Hospital para pacientes crônicos, Maternidade;
 - **Região do país** – acessibilidade, condição social, estruturas de suporte logístico, resolutividade;
 - **Capacidade resolutiva** – porte hospitalar, formação e capacitação multiprofissional, saúde financeira, relacionamentos e transparência, políticas de Qualidade;
 - **Severidade dos casos** – condições graves, suporte de acolhimento (UTI, emergência, especialistas), extremos de vida (neonatos e idosos);
 - **Distribuição dos leitos** – unidades fechadas (UTI, emergência), pacientes agudos e crônicos, maternidade;
 - **Especialidades/Serviços** – Clínica Médica (e demais especialidades clínicas), Pediatria, Cirurgia Geral (e demais especialidades cirúrgicas), Maternidade, Psiquiatria, Fisiatria e reabilitação.

Com relação aos fatores independentes que podem contribuir para um TMP maior, podemos identificar vários, dentre os quais:

Quadro 04: Fatores independentes para prolongamento do TMP

Extremos de vida	Pacientes oriundos de outro hospital	Unidade de Ensino e Pesquisa
Eventos Adversos	Suporte familiar deficiente	Ausência de políticas de Qualidade
Infecções hospitalares	Estresse e ansiedade	Hospitais Públicos
Co-morbidades múltiplas	Politraumatizados	Baixa resolutividade
Pacientes Psiquiátricos	Internação em UTI	Tabagismo e etilismo
Obesos	Ventilação Mecânica	Baixo incentivo a desospitalização
Desnutridos	Grandes queimados	Ausência de domicílio fixo
Pacientes Oncológicos	Cirurgias complexas	Porte hospitalar inapropriado
Pacientes reinternados		

Adaptado de Scárdua, S.M.F.: “**Acompanhamento de Pacientes Internados e seu Impacto no Desempenho Hospitalar**”.

Quanto aos fatores associados à redução do TMP, a literatura cita diversos fatores, dentre os quais:

Quadro 05: Fatores que reduzem o TMP

Farmaco, tecno e hemovigilância atuantes	Educação continuada aos colaboradores	Estrutura Hospitalar bem dimensionada para a sua função
Presença de Serviço de Fisioterapia bem estruturado	Políticas de Qualidade em tempo real	Leitos de UTI em número apropriado
Intervenções Cirúrgicas precoces e laparoscópicas	Presença de Núcleo de Segurança do Paciente	Foco na especialização
Gestão do Corpo Clínico atuante	Estratégia de Alta Responsável	Estruturas de suporte ao paciente pós alta
Corpo Clínico fechado ou seletivo	Comissões de Suporte à Gestão Clínica eficientes	Possibilidade de Internação Domiciliar
Serviço Social e Psicologia atuantes	Restrição ao uso indiscriminado de antibióticos	Formato de pagamento por serviços no formato DRG

Adaptado de Scárdua, S.M.F.: “**Acompanhamento de Pacientes Internados e seu Impacto no Desempenho Hospitalar**”.

Por fim, vale destacar as principais complicações clínicas relacionadas ao TMP prolongado:

Quadro 06: Complicações relacionadas ao TMP elevado:

Infecções por germes hospitalares multi-resistentes	Alterações de humor e comportamento (principalmente delirium)	Eventos adversos causado por drogas, hemocomponentes e equipamentos
Estresse físico e psicológico	Iatrogenia médica	Desnutrição
Imunossupressão	Lesões de pele	Maior mortalidade
Quedas		

Adaptado de Scárdua, S.M.F.: “**Acompanhamento de Pacientes Internados e seu Impacto no Desempenho Hospitalar**”.

Para a maioria dos autores, a relação de causa-efeito entre TMP prolongado e consequências danosas aos sistemas de saúde parece muito clara. Num editorial de uma renomada revista médica inglesa, de 1980 para 2000 houve na Inglaterra uma redução do tempo de permanência hospitalar de 11,7, para 6,8 dias em média, tendo como justificativas a adoção sistemática da estratégia de hospital-dia e o reconhecimento da necessidade de alta precoce para condições clínicas mais estáveis e menos graves.

Entretanto, afirmam que eventuais aumentos nessa média ou a dificuldade de obter médias mais baixas (o que traria maior disponibilidade de leitos para o sistema), pode ser em parte atribuída à enorme dificuldade de operacionalizar no tempo adequado a alta deste paciente com o processo de desospitalização, que viria em seguida.

Fatores como falta de leitos de retaguarda em unidades próprias para este fim, demora acentuada entre o momento da assinatura da alta hospitalar e a remoção do paciente, dificuldade operacionais e logísticas de implantar estruturas de acolhimento na forma de “Home-Care” (internação domiciliar) e rotinas hospitalares conduzidas por profissionais médicos inexperientes (que favorecem a permanência hospitalar prolongada) são citados. Para finalizar, naquele país os pacientes podem optar, por lei, a permanecerem internados ao invés de acatarem a sugestão de alta hospitalar (BLACK; PEARSON, 2002).

Em trabalho realizado num hospital universitário italiano em 2012, Specchia e colegas avaliaram por seis meses amostras aleatórias de prontuários de pacientes de enfermaria, clínicos e cirúrgicos, com uma abordagem que privilegiava a existência ou não da aplicação dos conceitos básicos de Governança Clínica tais como Medicina Baseada em Evidência, Responsabilização e Transparência, Auditoria Clínica, Análise de Riscos, Performance Técnica e envolvimento do paciente.

Nesse trabalho, dentre os autores, haviam também economistas da saúde. E o objetivo final era avaliar se a aplicação desses pressupostos lastreados na Governança Clínica resultavam

não só na redução do tempo de permanência hospitalar, como também evitariam internações desnecessárias: nesse estudo, 27% dos pacientes foram internados dessa maneira.

Utilizando escores de Governança Clínica e melhorando o trabalho de auditoria clínica, os autores encontraram uma associação direta entre a aplicação desses conceitos e a melhoria dos cuidados em saúde:

“Nossos principais achados podem ser interpretados da seguinte forma: quando a atividade dos profissionais de saúde baseia-se na integração da sua própria experiência clínica com a melhor prova científica disponível aplicada a cada doente (Medicina Baseada em Evidência) e quando um processo organizado e estruturado de revisão por pares (Auditoria Clínica) é realizado de forma rigorosa e sistemática, os cuidados hospitalares têm maior probabilidade cumprir critérios subjacentes ao conceito de adequação (de internação hospitalar)” (SPECCHIA *et al.*, 2015)

6. CONCLUSÃO

A análise e tomada de decisões gerenciais e técnicas baseadas no indicador Tempo Média de Permanência parece estar intimamente relacionada a uma oportunidade de melhora da aplicação dos recursos para os hospitais, por parte das lideranças gestoras nos hospitais.

São vários os fatores que influenciam de forma positiva e negativa o TMP nos hospitais do Brasil e do mundo, tanto os intrinsecamente associados ao paciente (ilustrados pela sua condição de saúde e pela existência ou não de eventos adversos), quanto aqueles extrínsecos, representados principalmente pela agilidade ou não dos processos clínicos assistenciais, a utilização ou não das ferramentas recomendadas pela Governança Clínica, a existência ou não de estruturas de acolhimento pós alta, e os mecanismos de pagamento por serviços prestados pelo hospital.

Agregado a ações que objetivem mitigar o prolongamento desnecessário da ocupação dos leitos hospitalares, seguida de iniciativas que redundem na melhor utilização desse leito, o gerenciamento adequado do indicador pode se mostrar bastante útil no contexto assistencial de deficiência crônica na oferta de leitos, como é o caso no Brasil, através do Sistema Único de Saúde.

7. REFERÊNCIAS

- 1 – ABOUT HEALTH INCREASE. **Why Is Length of Stay Important? Five Key Reasons.** 2022 ABOUT Healthcare, Inc. Disponível em <https://www.abouthealthcare.com/insights/blog/length-of-stay/> Acesso em 18/04/2022

- 2 - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/indicador_proporcao_de_readmissao_ate_30_dias_da_ultima_alta_hospitalar.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

- 3 - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Média de Permanência Geral.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

- 4 - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Indicadores de Qualidade Hospitalar.** 2021. Disponível em: <<https://www.anahp.com.br/pdf/indicadores-qualidade-hospitalar-anahp-3T2021.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

- 5 - BACKHOUSE, R.; MEDEMA, S. Definition of Economics. *In: The New Palgrave Dictionary of Economics.* Basingstoke: Nature Publishing Group, 2009. p. 720–722.

- 6 - BAEK, H.; CHO, M.; KIM, S.; HWANG, H.; SONG, M.; YOO, S. Analysis of length of hospital stay using electronic health records: A statistical and data mining approach. **PLoS ONE**, v. 13, n. 4, 2018.

- 7 - BLACK, D.; PEARSON, M. Average length of stay, delayed discharge, and hospital congestion. **British Medical Journal**, v. 325, n. 7365, p. 610–611, 2002.

- 8 - BORGES, F. K.; SOLIMAN, F.; OLIVEIRA PIRES, D.; SELIGMAN, R. Reinternação hospitalar precoce: avaliação de um indicador de qualidade assistencial. **Revista HCPA**, v. 28, n. 3, p. 147–152, 2008. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/164522>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

- 9 - BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2 Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)** Brazil. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>>. Acesso em: 22 abr. 2022.

- 10 - BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar Série A. Normas e Manuais Técnicos 2.a edição revista** Brazil. Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais, 2002.

- 11 - BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Critérios e Parâmetros assistenciais SUS – 2017 – Caderno 1.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjdlIqkz4b6AhUWrZUCHtkRC5YQFnoECAIQAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gov.br%2Fsaude%2Fpt-br%2Facesso-a-informacao%2Fgestao-do-sus%2Fprogramacao-regulacao-controle-e-financiamento-da>

mac%2Fprogramacao-assistencial%2Farquivos%2Fcaderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf&usg=AOvVaw2GigXF0o6hW9mSZLIyhyV0 >. Acesso em: 15 abr. 2022.

12 – BUSSE, R; W, QUENTIN; A. GEISSLER; M. WILEY **Diagnosis-Related Groups in Europe** 1. ed. Glasgow, UK: World Health Organization 2011 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2011. 120-146 Disponível em https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjagp2S9YL6AhUFTjABHfWBA08QFnoECAyQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F__data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0004%2F162265%2Fe96538.pdf&usg=AOvVaw3P_2tHPcR3F-JGBUUKSdFd. Acesso em 05/09/2022

13 - CARPANEZ, L. R.; MALIK, A. M. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1289–1298, abr. 2021.

14 - CLARKE, A.; ROSE, R. Length of stay: How short should hospital care be? **The European Journal of Public Health**, v. 11, n. 2, p. 166–170, 1 jun. 2001.

15 - CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Orçamento Atualizado e Total de Despesas Executadas para Área de Atuação Saúde**. Disponível em: <<https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2020>>. Acesso em: 18 abr. 2022.

16 - DONALD M. BERWICK. Heal thyself or heal thy system: can doctors help to improve medical care? **Quality in Health Care**, v. 1, p. S2–S8, 1992.

17 – DRG Brasil. **Valor Saúde Brasil**. Grupo IAG Saúde, 2021. Disponível em <https://www.drgbrasil.com.br/> Acesso em 05/09/2022

18 - ESCRIVÃO JUNIOR, A.; KOYAMA, M. F. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 903–914, 2007.

19 - FEIJÓ, V. B. E. R.; BARRETO, M. F. C.; TANITA, M.; BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O.; HADDAD, M. do C. F. L. Núcleo Interno de Regulação hospitalar: repercussões da implantação nos indicadores dos serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/bX8TDX6zrVS3wz34C8QSQyh/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

20 - FISHER, R. J.; BYRNE, A.; CHOULIARA, N.; LEWIS, S.; PALEY, L.; HOFFMAN, A.; RUDD, A.; ROBINSON, T.; LANGHORNE, P.; WALKER, M. Effect of stroke early supported discharge on length of hospital stay: Analysis from a national stroke registry. **BMJ Open**, v. 11, n. 1, 2021.

21 - FREEMAN, W.; WEISS, A.; HESLIN, K. **Overview of U.S. Hospital Stays in 2016: Variation by Geographic Region**. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb246-Geographic-Variation-Hospital-Stays.jsp>. **Acessado** em 18 abr. 2022

22 - GASPARI, A. P.; CRUZ, E. D. de A.; BATISTA, J.; ALPENDRE, F. T.; ZÉTOLA, V.; LANGE, M. C. Preditores de internação prolongada em Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

23 - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde - 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** [s.l.: s.n.].

24 - JONES, R. Average length of stay in hospitals in the USA. **British Journal of Healthcare Management**, v. 19, n. 4, p. 186–191, abr. 2013.

25 - LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil - Em Busca da Excelência.** 1. ed. [s.l.: s.n.]81–861 p.

26 - MAZZUCATO, M. **The Value of Everything: Making and Taking in the Global Economy.** 1. ed. London: Portfolio-Penguin, 2018. 75–85p.

27 - MIHAILOVIC, N; KOCIC, S; JAKOVLIEVIC, M Systematic Review Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care **Health Services Research and Managerial Epidemiology**, v.3, p. 1-8, 2016 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5266471/>. Acesso em 05/09/2022

28 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados.** Brasil. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_implementacao_>. Acesso em: 15 abr. 2022.

29 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS. **Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar.** Brasil. 1. ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde 2007. 1-198 Disponível em https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiwoezV64L6AhW4mYQIHXX8DE4QFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fpublicacoes%2F07_0066_M.pdf&usq=AOvVaw3AsR3ZBVQeliH0NwJumVu9. Acesso em 05/09/2022

30 - OFORI-ASENSO, R.; LIEW, D.; MÁRTENSSON, J.; JONES, D. The frequency of, and factors associated with prolonged hospitalization: A multicentre study in Victoria, Australia. **Journal of Clinical Medicine**, v. 9, n. 9, p. 1–14, 1 set. 2020.

31 - OLIVEIRA, A. G.; RIBEIRO, S. Z.; SILVA, M. I.; VIDAL, S. A.; LOPES, L. G. Perfil das internações em cuidados paliativos: uma ferramenta à gestão. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 8, 2018.

32 - ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). “Average length of stay in hospitals”, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators. **OECD Publishing, Paris**, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en>. Acesso em: 18 abr. 2022.

33 - O’SULLIVAN, K.; MARTENSSON, J.; ROBBINS, R.; FARLEY, K.; JOHNSON, D.; JONES, D. Epidemiology of long-stay patients in a university teaching hospital. **Internal Medicine Journal**, v. 47, n. 5, p. 513–521, maio 2017.

34 – PEDROSA, T.M.; CAMARGOS, R.C.; ROBERTO, B.A. **DRG Brasil: transformando o sistema de saúde brasileiro e a vida das pessoas.** 1. ed. Belo Horizonte: Instituto de Acreditação, Gestão, Consultoria e Sistemas de Informação Ltda. / DRG Brasil® 2018. 19-39

- 35 - PIOLA, S.; VIANNA, S. M. **Economia da Saúde - Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde**. [s.l.: s.n.]v. 119–21 p.
- 36 - RAMOS, M. C. de A.; CRUZ, L. P. da; KISHIMA, V. C.; POLLARA, W. M.; LIRA, A. C. O. de; COUTTOLENC, B. F. Performance evaluation of hospitals that provide care in the public health system, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 0, p. 1–9, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100304&lng=en&tlng=en>.
- 37 - ROSENFELD, L. S.; GOLDMANN, F.; KAPRIO, L. A. Reasons for prolonged hospital stay: A study of need for hospital care. **Journal of Chronic Diseases**, v. 6, n. 2, p. 141–152, 1 ago. 1957.. Acesso em: 15 mar. 2022.
- 38 - SALEHI, T.; NAYERI, N. D.; RASHIDIAN, A.; MOHAMMADI, E. Investigating the effect of clinical governess approach on patients' length of stay in emergency department: an action research study. **Acta medica Iranica**, v. 52, n. 2, p. 137–45, 2014.
- 39 - SANTOS, H. L. P. C. dos; MACIEL, F. B. M.; JUNIOR, G. M. S.; MARTINS, P. C.; PRADO, N. M. de B. L. Gastos públicos com internações hospitalares para tratamento da covid-19 no Brasil em 2020. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.
- 40 - SCALLY, G.; DONALDSON, L. J. Looking forward: Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **BMJ**, v. 317, n. 7150, p. 61–65, 4 jul. 1998.
- 41 - SCARDUA, S. M. F. no **Acompanhamento de Pacientes Internados e seu Impacto Desempenho Hospitalar**. (S. Scardua) In: Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Inovahr. Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia. Apresentação realizada em 14de julho de 2010. Salvador. [...]. Salvador: 2010. Disponível em: <https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:1eee234a-3493-45de-bf22-2af8113a0f78>. Acessado em 10/09/2022
- 42 - SCARDUA, S. M. F. Gestão do corpo clínico enquanto instrumento de diferenciação organizacional. **Revista de Administração em Saúde**, v. 13, n. 81, p. 77–84, 2011. Disponível em: <https://acrobat.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:c8cec427-187b-4029-a4e4-935ce7fe45b1>. Acessado em 10/09/2022.
- 43 - SCHIMMEL, E. M. The hazards of hospitalization. 1964. **Quality & safety in health care**, v. 12, n. 1, 2003.
- 44 - SOARES, V. S. Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern Brazilian city. **Gestão e Economia de Saúde - Hospital Albert Einstein (São Paulo)**, v. 15, n. 3, p. 339–343, set. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/cGpxb6rjHyZzSpMypttnSJG/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2022.
- 45 - SPECCHIA, M. L.; POSCIA, A.; VOLPE, M.; PARENTE, P.; CAPIZZI, S.; CAMBIERI, A.; DAMIANI, G.; RICCIARDI, W.; DE BELVIS, A. G. Does clinical governance influence the appropriateness of hospital stay? **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, p. 142, 3 dez. 2015.

46 - STAREY, N. What is Clinical Governance? **Hayward Medical Communications**, p. 1–8, maio 2021.

47 - TEIXEIRA, L. Do trigo ao trabalho: o caráter instrumental da teoria do valor em Ricardo. **Leituras de Economia Política**, v. 13, p. 1–27, jul. 2008.

48 - WILLIAM J. FREEMAN, Dr. PH.; M.P.H., A. J. W. Ph. D.; KEVIN C. HESLIN, Ph. D. **Overview of U.S. Hospital Stays in 2016: Variation by Geographic Region**. Disponível em: <<https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb246-Geographic-Variation-Hospital-Stays.jsp>>. Acesso em: 14 abr. 2022.