

## GERENCIAMENTO DE LEITOS HOSPITALARES: ANÁLISE CONJUNTA DO TEMPO DE INTERNAÇÃO COM INDICADORES DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

### MANAGER OF HOSPITAL BEDS: ANALYSE TOGETHER THE LENGTH OF STAY WITH DEMOGRAPHIC AND EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS

### HOSPITAL DE GESTIÓN DE CAMAS: ANÁLISIS CONJUNTO DE TIEMPO DE INTERNACIÓN CON INDICADORES DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA

Alexandra Bulgarelli do Nascimento<sup>1</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o tempo de internação com alguns indicadores demográficos e epidemiológicos, para o gerenciamento de leitos hospitalares. **Método:** O estudo foi realizado em dois hospitais secundários, municipais, de São Paulo, denominados Hospital A e Hospital B. Foram analisados 430 prontuários de egressos em abril de 2010, referentes ao tempo de internação e indicadores demográficos (sexo e grupo etário) e epidemiológicos (tipo e número de diagnósticos). **Resultados:** A análise do tempo de internação hospitalar em conjunto com indicadores demográficos (sexo e grupo etário) e epidemiológicos (número e tipo de diagnóstico de internação) trouxe informações relevantes para o gerenciamento de leitos hospitalares, uma vez que, foi possível identificar grupos específicos, que permitem a proposição da sistematização de ações em saúde. **Conclusão:** As análises apresentadas permitem a otimização do hospital e, conseqüentemente, do sistema de saúde, refletindo positivamente para qualidade dos serviços prestados à população.

**Palavras-chave:** Administração hospitalar. Tempo de internação. Ocupação de leitos. Planejamento em saúde. Atenção à saúde.

#### ABSTRACT

The aim was to analyse the length of stay of some demographic and epidemiological indicators for the management of hospital beds. The study was conducted in two municipal hospitals in São Paulo, referred to as Hospital A and Hospital B. In April 2010, 430 medical records were analysed for the length of stay, together with demographic indicators (gender and age), and epidemiological (type and number of diagnoses). Analysis of the length of stay together with demographic indicators (gender and age) and epidemiological (number and type of admission diagnosis) showed relevant information for the management of hospital beds as it was possible to identify specific groups. This allows for a proposal for the systematization of public health efforts aimed at hospital optimisation and, consequently, other health systems and reflected by the quality of services provided to the population.

**Keywords:** Hospital administration. Length of stay. Bed Occupancy. Health Planning. Health care.

#### RESUMEN

Analizar la duración de la estancia con algunos indicadores demográficos y epidemiológicos para la gestión de camas de hospital. El estudio se realizó en dos hospitales municipales de São Paulo, denominados Hospital de A y B. 430 registros fueron analizados en abril de 2010, por la duración de la estancia y los indicadores demográficos (género y edad) y

---

<sup>1</sup> Doutoranda da Escola de Enfermagem da USP. Docente de Pós-Graduação, Graduação e Extensão do Centro Universitário Senac - SP. e-mail: abnascimento@usp.br.

epidemiológicos (tipo y número de diagnósticos). Análisis de la estancia hospitalaria, junto con indicadores demográficos (género y edad) y epidemiológicos (número y tipo de diagnóstico de ingreso) contiene información relevante para la gestión de las camas de hospital, ya que fue posible identificar grupos específicos, que permiten una propuesta de sistematización de los esfuerzos de salud pública dirigidos a la optimización del hospital y en consecuencia, el sistema de salud lo que se refleja positivamente en la calidad de los servicios prestados a la población.

**Palabras clave:** Administración Hospitalaria. Tiempo de internación. Ocupación de camas. Planificación en salud. Atención a la salud.

## INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é o uso de indicadores como ferramenta para o gerenciamento de leitos hospitalares.

Na atualidade, a gestão de leitos é fundamental, uma vez que, o hospital é um dos recursos de saúde mais onerosos à sociedade. Diante disto, discute-se a necessidade de reflexão sobre sua utilização, sendo proposta uma revisão do objetivo e perfil dos clientes a serem assistidos.<sup>1</sup>

Paralelamente, a Organização Pan-Americana de Saúde sugere a implantação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS).<sup>1</sup>

Isto evidencia a transição do modelo de atenção à saúde, ou seja, do modelo hospitalocêntrico, para o modelo de atenção centrado no paciente. Neste, o hospital seria um tipo de equipamento de saúde, entre os diversos equipamentos disponíveis<sup>1,2</sup>, reforçando a necessidade da prática de gerenciamento de leitos, para disponibilizá-los de forma equitativa a todos que necessitem.

Neste modelo, a APS é coordenadora do cuidado e deve gerenciar as demandas em saúde decorrentes: do padrão epidemiológico brasileiro, caracterizado pela presença da carga tripla de doenças, na qual, sobrepõe-se à ocorrência das doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas, assim como, daquelas relacionadas às causas externas e eventos da gravidez, parto e puerpério; da transição demográfica, evidenciada pela diminuição da taxa de natalidade e aumento da longevidade, materializado pelo envelhecimento populacional; e da incorporação de novas tecnologias em saúde, que podem colaborar para melhoria da situação de saúde da população, quando efetivas, mas causando alto impacto orçamentário, dificultando o acesso a estas tecnologias.<sup>1-5</sup>

Este modelo de atenção tem como objetivo contribuir para a resolubilidade dos problemas de saúde, sustentabilidade econômica do sistema de saúde e qualidade da assistência prestada à população.<sup>1</sup>

Neste contexto, destaca-se a importância da gestão do leito hospitalar, frente aos grandes desafios que as

demandas em saúde impõem sobre a organização e financiamento dos sistemas de saúde, principalmente aqueles de natureza universal, no caso do Brasil.<sup>6</sup>

A prática de gestão de leitos brasileiros remonta às décadas de 1980 e 1990, quando buscava-se traçar, isoladamente, o perfil sociodemográfico daqueles que usufruíram da internação hospitalar e mensurar a produtividade dos hospitais, através de alguns indicadores, como o tempo de internação.<sup>7-8</sup>

Estudos recentes demonstraram interesse pela análise do tempo de internação hospitalar, utilizando-a como indicador para embasamento do planejamento e gestão em saúde, ou para mensuração da eficiência dos serviços prestados.<sup>8</sup>

Outros estudos utilizaram este indicador como referência principal para o consumo de recursos hospitalares e propuseram um sistema de classificação de pacientes, relacionando, em última análise, causa diagnóstica e tempo da internação com os recursos a serem utilizados no tratamento. Este sistema de classificação foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, em 1970, denominado: *Diagnosis Related Groups (DRG)*, ou seja, grupo de diagnósticos por causas relacionadas, que objetiva contribuir com a gestão hospitalar, por meio da avaliação de seu desempenho assistencial e econômico-financeiro.<sup>9,10</sup>

Esta preocupação com o gerenciamento de leitos também foi alvo de estudos brasileiros, onde um deles analisou o uso de internações hospitalares, a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD/98). Concluiu-se que, quanto maior o número de leitos ofertados, maior a chance de internação; e quanto maior o número de médicos, menor a chance de internação.<sup>11</sup> Estes achados sugerem que a percepção de escassez de leitos hospitalares não está pautada apenas no aumento da oferta deste recurso, mas também no uso de ferramentas de gestão e profissionais capacitados alinhados a esta lógica.

Neste mesmo estudo, foi demonstrado que adultos idosos, do sexo masculino, brancos, em piores condições de saúde e com menor renda, tiveram chances maiores de internação, da mesma forma que crianças mais jovens, do sexo masculino, em piores condições de saúde e com menor renda.<sup>11</sup>

Portanto, é indicativo que o mapeamento dos perfis sociodemográfico e epidemiológico daqueles que utilizaram os leitos hospitalares pode contribuir para a melhoria do gerenciamento deste recurso, uma vez que, pode trazer previsibilidade de seu uso e, conseqüentemente, colaborar para um melhor planejamento, em relação à alocação de recursos em saúde.

Diante disto, torna-se relevante para a prática do gerenciamento de leitos, a análise conjunta de alguns indicadores, como aspectos demográficos e epidemiológicos.

Neste cenário, destaca-se o enfermeiro como um profissional com formação sólida nas dimensões assistencial e gerencial do cuidado<sup>12</sup>, com potencialidade para colaboração na gestão de leitos, por meio de postura proativa e facilitadora dos processos de trabalho, relacionados às intervenções diagnósticas e terapêuticas, capacitação de equipes, adequação de infraestrutura e insumos pertinentes à efetividade do cuidado, entre outros.

Portanto, este estudo teve o objetivo de analisar o tempo de internação com alguns indicadores demográficos e epidemiológicos, visando à contribuição para o gerenciamento de leitos hospitalares.

## MÉTODOS

O delineamento deste estudo foi do tipo descritivo, transversal e quantitativo. Realizado em julho de 2010, em dois hospitais públicos, secundários, do município de São Paulo. Para garantia do sigilo, quanto aos locais do estudo, estes hospitais foram denominados: Hospital A e Hospital B.

O Hospital A localiza-se na região Leste do município e possui 184 leitos para internação, além de uma modalidade de

assistência domiciliar, denominada: Programa Hospital Domiciliar (PHD), da Secretaria de Saúde Municipal de São Paulo, que presta atendimento a, aproximadamente, 20 pacientes. O Hospital B possui 107 leitos para internação, sem PHD e localiza-se na região Norte.

A administração da rede hospitalar no município de São Paulo organiza-se por meio de gestão direta, em 14 hospitais, realizada pela Autarquia Municipal e por gestão indireta em quatro hospitais, através de Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Os hospitais de estudo, no momento da coleta dos dados, possuíam gestão direta. Este foi um dos critérios de elegibilidade adotado para seleção dos hospitais, uma vez que, permitiu estabelecer maior uniformidade no modelo de gestão, em comparação à gestão indireta, realizada por diversas OSS. Outro critério de elegibilidade referiu-se à presença de autorização prévia e formal dos diretores técnicos para coleta dos dados.

Para coleta de dados foi desenvolvido um formulário específico para esta pesquisa, visto a ausência de instrumentos validados que atendessem ao objetivo.

Este formulário teve como objetivo registrar as informações relativas ao tempo de internação hospitalar, bem como, de alguns indicadores demográficos (sexo e grupo etário) e epidemiológicos (número e tipo de causa diagnóstica da internação,

segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-10).

A fonte destas informações foram 430 prontuários hospitalares, selecionados aleatoriamente, de pacientes egressos, internados, obrigatoriamente, em abril de 2010.

O tamanho da amostra foi determinado a partir de parâmetros definidos, com base em um estudo piloto, admitindo nível de confiança de 95% e 5% de erro, totalizando a necessidade de análise mínima de 384 prontuários, ou seja, 192 prontuários por hospital.

Em abril de 2010 houve 423 internações no Hospital A e 412 internações no Hospital B, e o número de saídas, neste período, foi superior a 51% do número de internações no mesmo período.

Desta forma, optou-se pela análise mínima de 51% dos prontuários disponibilizados no período proposto, totalizando 215 prontuários estudados, selecionados aleatoriamente, em cada hospital.

Portanto, foram analisados 51% dos prontuários de egressos do Hospital A e

52% dos prontuários de egressos do Hospital B, comparando-se ao número de internações, totalizando 430 prontuários analisados.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, registrada sob o nº 867/2009/CEP-EEUSP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, registrada sob o nº 221/2010/CEP-SMS.

Através da aceitação da direção dos hospitais para realização da pesquisa, por meio do Termo de Responsabilidade, o Serviço de Arquivo Médico (SAME) disponibilizou os prontuários hospitalares de pacientes, egressos em abril de 2010, para coleta dos dados.

## **RESULTADOS**

A tabela 1 mostra que, no Hospital A houve maior utilização de leitos hospitalares pelos indivíduos do sexo masculino, assim como, de crianças menores de 2 anos, adultos de 30 a 59 anos e idosos (maiores de 60 anos).

Tabela 1 – Internações no Hospital A, segundo o registro dos indicadores demográficos (sexo e grupo etário). São Paulo, 2015.

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

A tabela 2 mostra que, no Hospital B houve maior utilização de leitos hospitalares pelos indivíduos do sexo

masculino, bem como, de crianças menores de 2 anos, adultos de 30 a 59 anos e idosos (maiores de 60 anos).

Tabela 2 – Internações no Hospital B, segundo o registro dos indicadores demográficos (sexo e grupo etário). São Paulo, 2015.

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

A tabela 3 mostra que, no Hospital A, crianças, adultos e idosos do sexo feminino tiveram mediana de tempo de internação hospitalar maior, em comparação aos demais grupos etários, por sexo. Enquanto que, no Hospital B crianças e idosos tiveram mediana de tempo de internação hospitalar maior, em comparação aos demais grupos etários, por sexo.

A tabela 4 mostra que, no Hospital A,

a totalidade de crianças e 74,3% dos adultos foram internados por um diagnóstico e a totalidade dos idosos internados ocorreu por dois ou mais diagnósticos. No Hospital B (em destaque), 18,2% das crianças foram internadas por dois ou três diagnósticos, assim como, mais de 1/3 dos adultos e quase metade dos idosos por dois ou mais diagnósticos, enquanto que, os demais foram internados por um diagnóstico.

Tabela 3 – Análise de tendência central e variância do tempo de internação hospitalar, segundo o hospital e indicadores demográficos (grupo etário e sexo). São Paulo, 2015.

Hospital		Tempo de internação hospitalar, por grupo etário e sexo								Total
		Criança		Adolescente		Adulto		Idoso		
		fem.	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	
A	N	21	33	3	4	37	68	30	19	215
	Média	4,4	5,1	2,0	4,3	11,8	7,3	6,5	5,4	7,1
	Mediana	4,0	5,0	2,0	3,0	5,0	5,0	6,0	2,0	4,0
	Desvio Padrão	2,6	3,4	1,0	3,3	14,3	8,4	4,9	7,1	8,5
B	N	15	32	7	4	58	64	17	18	215
	Média	6,1	4,4	2,9	4,0	5,8	5,5	6,6	8,9	5,7
	Mediana	6,0	4,0	2,0	4,0	3,0	3,0	4,0	8,0	3,0
	Desvio Padrão	4,9	2,9	2,4	1,6	13,4	5,9	6,4	6,4	8,3

Tabela 4 – Análise do indicador epidemiológico por número de diagnósticos, segundo o hospital e grupo etário. São Paulo, 2015.

Hospital	Número de diagnósticos	Grupo etário								Total	
		Criança		Adolescente		Adulto		Idoso		n	%
		n	%	n	%	N	%	N	%		
A	1	54	100	7	100	78	74,3	-	-	139	64,7
	2 ou 3	-	-	-	-	27	25,7	41	83,7	68	31,6
	4 ou mais	-	-	-	-	-	-	8	16,3	8	3,7
Subtotal		54	100	7	100	105	100	49	100	215	100
B	1	35	74,5	9	81,8	76	62,3	18	51,4	138	64,2
	2 ou 3	12	25,5	2	18,2	42	34,4	13	37,1	69	32,1
	4 ou mais	-	-	-	-	4	3	4	11,0	8	3,7
Subtotal		47	100	11	100	122	100	35	100	215	100
Total		101	23,5	18	4,2	227	52,8	84	19,5	430	100

A tabela 5 mostra o registro do tipo de diagnósticos entre os hospitais estudados, verificando-se que, as cinco primeiras causas de internação com maior ocorrência foram: doenças do aparelho respiratório (18%), doenças do aparelho

circulatório (12,5%), transtornos mentais e comportamentais (9,9%), doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (9,1%), doenças do sistema digestório (8,7%) e doenças infecciosas e parasitárias (8,2%).



Tabela 5 – Análise do indicador tipo de diagnóstico, segundo o hospital e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). São Paulo, 2015.

CID-10	Hospital				Total	
	A		B		n	%
	n	%	n	%		
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (Cap. I / A00-B99)	22	6,7	31	9,7	53	8,2
Neoplasmas (tumores) (Cap. II / C00-D48)	6	1,8	5	1,6	11	1,7
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (Cap. III / D50-D89)	4	1,2	7	2,2	11	1,7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap. IV - E00-E90)	30	9,2	15	4,7	45	7,0
Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX / I00-I99)	38	11,6	43	13,5	81	12,5
Transtornos mentais e comportamentais (Cap. V / F00-F99)	47	14,4	17	5,3	64	9,9
Doenças do sistema nervoso (Cap. VI / G00-G99)	15	4,6	8	2,5	23	3,6
Doenças do aparelho respiratório (Cap. X / J00-J99)	67	20,5	49	15,4	116	18,0
Doenças do aparelho digestório (Cap. XI / K00-K93)	23	7,0	33	10,3	56	8,7
Doenças da pele e do tecido subcutâneo (Cap. XII / L00-L99)	12	3,7	3	0,9	15	2,3
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Cap. XIII / M00-M99)	22	6,7	37	11,6	59	9,1
Doenças do aparelho geniturinário (Cap. XIV / N00-N99)	17	5,2	15	4,7	32	5,0
Gravidez, parto e puerpério (Cap. XV / O00-O99)	8	2,4	31	9,7	39	6,0
Algumas afecções originadas no período perinatal (Cap. XVI / P00-P96)	3	0,9	5	1,6	8	1,2
Causas externas de morbidade e de mortalidade (Cap. XX / V01-Y98)	13	4,0	20	6,3	33	5,1
Total	327	100	319	100	646	100

A análise, por hospital, evidenciou que no Hospital A houve maior ocorrência de diagnósticos relacionados ao aparelho respiratório (20,5%), seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais (14,4%), doenças do aparelho circulatório (11,6%), e endócrinas, nutricionais e metabólicas (9,2%).

No Hospital B houve maior ocorrência de doenças do aparelho respiratório (15,4%), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (13,5%), sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (11,6%), sistema digestório (10,3%) e relacionadas à gravidez, parto e puerpério (9,7%).

## DISCUSSÃO

Discute-se muito sobre a sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde, uma vez que, tanto as demandas, quanto os custos assistenciais são crescentes.<sup>1,2</sup>

Desta forma, são essenciais informações sobre o perfil da clientela que utiliza os diversos equipamentos de saúde, entre eles, o hospital. O objetivo seria direcionar recursos e potencializar as RAS, por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência, propondo equipamentos de saúde que abarquem, de forma efetiva, as necessidades de saúde da população.

Diante disso, os resultados deste estudo tentam sensibilizar quanto à

necessidade de análise conjunta de indicadores de gestão hospitalar, como o tempo de internação, com alguns indicadores demográficos e epidemiológicos, os quais estão presentes nos hospitais, rotineiramente, e podem ser de grande valia para gestão em saúde.

Neste contexto, parece factível que o enfermeiro contribua para a sistematização destas informações<sup>12</sup>, visando à otimização do uso do leito e, conseqüentemente, colaborando para a maior eficiência do equipamento hospitalar.

Neste estudo, evidenciou-se que homens foram internados mais que mulheres, em detrimento de achados pregressos, que apresentaram resultados contrários e discussão pautada no maior cuidado das mulheres com a saúde, comparadas aos homens.<sup>13</sup>

Entretanto, outro estudo analisou, conjuntamente, as variáveis sexo e grupo etário com a ocorrência de internação hospitalar, concluindo que idosos e crianças do sexo masculino tiveram maior chance de internação hospitalar.<sup>11</sup>

Estas evidências demonstram a necessidade de análise combinada entre alguns indicadores, a fim de dispor de informações gerenciais com maior refinamento e consistência.

A análise do perfil epidemiológico sobre o padrão de morbimortalidade populacional aponta a prevalência de causas

externas entre os homens<sup>3,14</sup>, apesar de, neste estudo, não ter sido a principal causa de internação.

Entretanto, este achado sugere a pertinência de investigação dos determinantes sociais que, eventualmente, estejam influenciando no processo de adoecimento<sup>15</sup> e internação hospitalar destes homens. Este aspecto configura-se como uma fragilidade do presente estudo e estimula a realização de trabalhos futuros sobre esta lacuna teórica.

Outra proposta para estudos posteriores relaciona-se à compreensão da natureza e eventual comprometimento clínico e funcional destes pacientes e o suporte assistencial que as RAS têm disponibilizado para reabilitação ou cuidados paliativos destes indivíduos.

Esta discussão reforça a importância do conhecimento da singularidade da clientela assistida nos equipamentos de saúde, a fim de atendê-la de acordo com suas demandas específicas.

Paralelamente, alguns trabalhos têm analisado as internações por condições sensíveis à APS (ICSAP). Um deles discutiu o progressivo controle destas afecções, com relatos de redução na ocorrência de internações hospitalares. Todavia, enfatizam a necessidade de ações mais agressivas para o controle permanente das ICSAP.<sup>16</sup>

Neste trabalho, os extremos etários, ou seja, crianças, principalmente, menores de 2 anos, e idosos, foram os mais internados nos hospitais estudados e, concomitantemente, os que permaneceram mais tempo.

Este resultado é corroborado por outros estudos.<sup>3,7</sup> Entretanto, ainda paira a dúvida quanto à efetividade das RAS, diante da latente ocorrência de internações e destas, muitas sensíveis à APS.

Em contraponto, outro estudo apontou o declínio das mortes infantis no período pós-neonatal, destacando-se a diminuição de doenças congênitas e eventos relacionados à prematuridade.<sup>17</sup> Este fato, provavelmente, tem sido observado devido ao avanço tecnológico<sup>17,18</sup>, que pode aumentar a chance de sobrevivência destas crianças, demandando por linhas de cuidados coerentes às suas necessidades assistenciais, reiterando a urgência de reflexão sobre o leito hospitalar, como mais um recurso com critérios técnicos precisos para o uso.

Desta forma, tal discussão suscita a necessidade de indicações clínicas precisas e pautadas nos aspectos bioéticos pertinentes, uma vez que, podem contribuir para a sobrevivência plena ou não. Neste último caso, fazendo-se necessário relativizar a qualidade de vida, resultante do investimento tecnológico proposto, exigindo do sistema de saúde ações e

recursos necessários para manutenção da vida com qualidade e dignidade para o paciente ou binômio paciente-família.<sup>17,18</sup>

Diante disto, suscitam-se questionamentos sobre as políticas públicas empregadas, assim como, a resolubilidade da APS, complexidade das afecções apresentadas pela sua clientela, condições de trabalho das equipes assistencialistas e gerenciais dos equipamentos de saúde e coerência dos recursos disponíveis para intervenção, ou seja, da lógica entre oferta e demanda de serviços de saúde para a população.

Este cenário agrava-se com o aumento expressivo e acelerado da população idosa no Brasil. Algumas projeções alertam que, em 2050, pessoas com 60 anos ou mais corresponderão a 19% da população brasileira, superando o número de jovens, de zero a 14 anos.<sup>13</sup>

Como evidenciado neste estudo, os idosos possuíam maior número de comorbidades, em comparação às demais faixas etárias. Em outros estudos, destacou-se a relevância de compreensão sobre as demandas assistenciais deste grupo e, conseqüentemente, do desenvolvimento de linhas de cuidado específicas para assisti-los em todos os níveis de atenção, de acordo com suas necessidades.<sup>13</sup>

Outro resultado instigante relaciona-se ao alto percentual de internações entre adultos de 30 a 59 anos, referindo-se a um

grupo etário ativo, sob o aspecto econômico-produtivo.

Na literatura científica não foram localizados trabalhos direcionados a este grupo etário, recomendando-se que seja alvo de investigação de estudos posteriores, quanto à eventual recorrência destes achados e compreensão dos motivos das internações hospitalares.

As causas das internações hospitalares foram objetos de estudo em vários trabalhos, havendo consenso de que as pessoas têm adoecido e morrido, principalmente, de causas relacionadas a doenças circulatórias, respiratórias, neoplasias, causas externas e transtornos mentais e comportamentais, destacando-se a depressão.<sup>3,4</sup>

Entretanto, estes resultados, aparentemente, não influenciaram mudanças no perfil de internação observado nos hospitais deste estudo, visto que, as doenças respiratórias, circulatórias e transtornos mentais e comportamentais tiveram maior ocorrência.

Desta forma, é importante destacar que, aspectos relacionados ao aumento na expectativa de vida e longevidade, mudança do perfil de morbimortalidade, com a presença da tripla carga de doença, inserção tecnológica diagnóstica e intervencionista sem critérios pactuados para o seu uso, dificuldade na operacionalização da integralidade do cuidado, a partir de uma

RAS que contemple as necessidades em saúde de uma clientela num território sanitário, compreendidas na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, podem impactar na demanda por internações hospitalares e sobrecarga do sistema de saúde.

Esta preocupação ancora-se na percepção da presença simultânea de estratos sociais distintos, com necessidades específicas, que demandam serviços de saúde coerentes ao perfil de cada grupo, exigindo maior versatilidade dos serviços de saúde, frente à escassez de recursos disponíveis.

Portanto, este estudo procurou demonstrar a relevância da análise conjunta do tempo de internação com indicadores demográficos e epidemiológicos, visando à sensibilização sobre a possibilidade de seu uso como ferramenta para o gerenciamento do leito hospitalar.

## CONCLUSÕES

Este estudo evidenciou maior número de internações entre homens, devido a doenças cardiorrespiratórias, seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais e maior demanda por internações hospitalares entre crianças menores de 2 anos, adultos de 30 a 59 anos e idosos (maiores de 60 anos). Sendo que, crianças e idosos tiveram maior tempo de internação hospitalar, em comparação aos demais grupos etários.

Considerando o delineamento transversal adotado, evidenciando a limitação deste estudo, sugere-se que trabalhos futuros sigam este modelo de pesquisa, utilizando-se de metodologias longitudinais, para verificação dos resultados encontrados.

Entretanto, os achados encontrados desafiam as práticas de gestão hospitalar, as quais são determinadas para atendimento de uma demanda crescente, complexa e onerosa de problemas de saúde, num contexto sociopolítico-econômico restrito de recursos em saúde.

Diante deste cenário, este estudo destacou a relevância de análise do tempo de internação hospitalar com alguns indicadores demográficos e epidemiológicos, a qual tem potencialidade para contribuição do planejamento alocativo dos recursos em saúde, por meio do gerenciamento de leitos hospitalares.

Portanto, a análise do tempo de internação hospitalar, em conjunto aos indicadores demográficos (sexo e grupo etário) e epidemiológicos (número e tipo de diagnóstico de internação) trouxe informações relevantes para o gerenciamento de leitos, identificando grupos específicos, que permitem a proposição da sistematização de ações em saúde, visando à otimização do hospital e, conseqüentemente, da RAS, refletindo,

positivamente, para a qualidade dos serviços prestados à população.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Panamericana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília, 2010.
2. Mendes EV. O SUS está completando 25 anos de existência. *Rev Enferm e Atenção à Saúde*. 2013; 2(2 NEsp):1-3.
3. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(6): 1217-29.
4. Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. *Commission on Social Determinants of Health*; 2006.
5. Paim J, Travasso C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: *Saúde no Brasil 1*. The Lancet, 2011.
6. D'Oleo RJM, Fávero M. Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. *Rev Saúde Pública*. 1992;26:256-63.
7. Escrivão-Júnior A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Cienc & Saúde Coletiva*. 2007;12(3):655-66.
8. Jones R. Length of stay efficiency. *British Journal of Healthcare Management*. 2009;15(11):563-4.
9. Wilke MH, Grube RF, Bodmann KF. The use of a standardized PCT-algorithm reduces costs in intensive care in septic patients – a DRG-based simulation model. *Eur J Med Res*. 2011;16(12):543-8.
10. Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Cienc & Saúde Coletiva*. 2007;12(4):935-44.
11. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):277-84.
12. Lourenção DCA, Benito GAV. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):91-7.
13. Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev Bras Estatística Populacional*. 2008;25(1):5-26.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
15. Chaves MMN, Larocca LM, Peres AM. Enfermagem em saúde coletiva: a construção do conhecimento crítico sobre a realidade de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):1701-4.
16. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, Simoni C, Turci MA. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009;25(6):1337-49.
17. Schramm FR, Escosteguy CC. Bioética e avaliação tecnológica em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(4):951-61.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Artigo recebido em 14/01/2015.

Aprovado para publicação em 24/06/2015.