

Gestão pública hospitalar: um estudo de caso do serviço de urgência e emergência de um hospital de grande porte do Distrito Federal

RESUMO

Ana Carolina Ribeiro da Silva
anaribeiro.unb.95@gmail.com
Universidade de Brasília (UnB), Brasília
Distrito Federal, Brasil

Sílvia Araújo dos Reis
silviareis@unb.br
Universidade de Brasília (UnB), Brasília
Distrito Federal, Brasil

Patrícia Guarnieri dos Santos
patguarnieri@gmail.com
Universidade de Brasília (UnB), Brasília,
Distrito Federal, Brasil

A compreensão dos serviços de urgência e emergência na saúde pública brasileira não se resume apenas em conhecê-la de forma pontual. É necessário que se tenha uma visão holística sobre o meio interno e externo dos hospitais públicos com enfoque no contexto, políticas públicas, comportamento dos usuários e gestores frente à rede assistencial. O objetivo deste artigo é criar indicadores do fluxo de pacientes, processos, dificuldades e falhas nos serviços, para colaborar na gestão hospitalar e no processo decisório dos profissionais de saúde. Para atingir este objetivo, foi realizada uma pesquisa aplicada, descritiva, quantitativa e qualitativa, cujo procedimento técnico realizado foi um estudo de caso em um hospital público do Distrito Federal. Por meio da observação direta e análise documental, foram calculados os indicadores de gestão e analisados os processos dos serviços de urgência e emergência. Constatou-se que os profissionais não utilizam adequadamente o sistema de informação do hospital, impedindo o controle das práticas operacionais e administrativas. Desta forma, destaca-se a necessidade de monitoramento e aperfeiçoamento das técnicas de gestão a fim de melhorar o nível de serviço do hospital público.

PALAVRAS-CHAVE: Processos. Indicadores. Emergência.

INTRODUÇÃO

É notória a carência de estudos referentes ao desempenho do subsistema de urgência e emergência da saúde pública, principalmente, a identificação de causas e intervenções para superar a superlotação (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Nos atendimentos de urgência e emergência, o sistema de saúde é ineficiente e não operacionaliza adequadamente suas propostas. O acesso à atenção básica é desorganizado e de demanda espontânea sem relação com a capacidade resolutive e as suas especificidades. Essa baixa resolutividade dos serviços básicos pode estar associada à forma como o trabalho é operacionalizado, burocracias de acesso e emprego das tecnologias em saúde, dificultando que os usuários, trabalhadores e gestores reconheçam as potencialidades assistenciais instaladas (MARQUES, 2004).

Em geral, os prontos-socorros são a porta de entrada do sistema de saúde no Brasil e respondem por 70% dos atendimentos de emergência, 27% do atendimento ambulatorial e a maioria das internações. Também empregam 56% dos profissionais e recebem 67% de todo o gasto com saúde (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O serviço de urgência e emergência tem sido usado não somente para atender os casos agudos, mas também complementar os atendimentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades Especializadas (UE). Com isso, os prontos-atendimentos e emergências reúnem um somatório de recursos: consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações, ao passo que as unidades de atenção básica oferecem apenas as consultas médicas (MARQUES, LIMA; 2007).

Com a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, cria-se a expectativa de que os usuários sejam acolhidos no nível primário e recebam a devida atenção resolutive, minimizando a demanda que chega aos níveis secundário e terciário do sistema de saúde. Apesar disso, percebe-se que a regionalização e hierarquização não garantem a redução do fluxo desnecessário aos níveis de maior complexidade (SANTOS et al., 2003).

Diante da superlotação nos serviços de urgência e emergência, destaca-se a necessidade de compreender os fluxos e processos de trabalho dos hospitais (ELY, 2009), que operam por meio de processos internos de grande complexidade e interdependência, exigindo profissionais e gestores altamente especializados e que tenham a capacidade de mensurar a eficiência da gestão em saúde por meio de indicadores de desempenho (SOUZA et al., 2009).

Tendo em vista o contexto da saúde pública no país, o objetivo deste artigo é criar indicadores do fluxo de pacientes, processos, dificuldades e falhas nos serviços de urgência e emergência, de forma a colaborar na gestão hospitalar e no processo decisório dos profissionais de saúde e da administração.

Em função do objetivo proposto, a pesquisa é aplicada, descritiva e adota uma abordagem quantitativa e qualitativa. Como procedimento técnico foi realizado um estudo de caso no pronto-socorro de um hospital público de grande porte do Distrito Federal. Para a coleta de dados, foram feitas a análise documental e a observação direta não participante por meio das visitas técnicas e reuniões com os responsáveis pelo setor.

Os principais resultados denotam que os profissionais não utilizam adequadamente o sistema de informação do hospital, o que impede o controle das práticas operacionais e administrativas, bem como o aprimoramento das técnicas de gestão.

REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura abrange o contexto do sistema público de saúde, as políticas relacionadas, as características e gestão do sistema hospitalar no Brasil, com foco no serviço de urgência e emergência.

SAÚDE: SISTEMA PÚBLICO, DEMANDA HOSPITALAR, CAPACIDADE HOSPITALAR, SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E GESTÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelos serviços de saúde, cujas ações são baseadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (ARAÚJO, 2010). Por meio desses princípios, o sistema propõe um modelo que possibilita a todos os usuários, independentemente da posição socioeconômica, o direito de acessar os serviços e suprir as suas necessidades de forma integral, de acordo com a complexidade do atendimento e dentro de uma rede hierarquizada (LUDWIG; BONILHA, 2003).

A hierarquização de prevenção e promoção à saúde tem o intuito de maximizar o resultado gerado, evitar que os profissionais trabalhem acima de sua capacidade técnica e reduzir a sobrecarga dos serviços de maior complexidade (SALU, 2013). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.488/GM/MS, de 2011, a Atenção Básica busca responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades da população e se caracteriza por um conjunto de ações individuais e coletivas que visam a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É com base na reorientação do modelo de atenção, que surgem estratégias prioritárias na atenção básica, como o Programa Saúde da Família (PSF), cuja finalidade é estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, para que seja garantida a integralidade (PNAB, 2012).

Os fatores que comprometem a integralidade da atenção estão relacionados à inadequação da assistência hospitalar. Ao longo dos anos, privilegiou-se o investimento em hospitais e deixou-se de lado a atenção primária, o que contribuiu para a superlotação e o uso indevido dos serviços de emergência. Somado a isso, estudos empíricos e teóricos mostram o distanciamento entre a idealidade dos modelos vigentes de atenção à saúde e as práticas dos usuários e profissionais na produção de cuidados (CECÍLIO et al., 2012).

No âmbito dos serviços de emergência hospitalar, cerca de 65% são utilizados indevidamente por usuários que poderiam ser atendidos no sistema ambulatorial (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009). Na atenção às urgências, os serviços continuam centrados nos hospitais, o que torna o fluxo de usuários majoritariamente determinado pela procura espontânea (SANTOS, 2003). Dessa forma, os hospitais

possuem dificuldade para absorver o atendimento gerado nas unidades de urgência e emergência, em especial, na urgência clínica (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

Por não ser colocada em prática a hierarquização na assistência à saúde, esses serviços enfrentam o excesso de demanda, mesmo que sejam feitas adaptações na estrutura física e no conjunto de profissionais (LUDWING; BONILHA, 2003). Em virtude disso, se tem exigido o comprometimento com a racionalização da rede assistencial, para que as ações e os serviços de saúde sejam oferecidos de acordo com as necessidades da população e os problemas mais frequentes em cada região (FADEL et al., 2009).

Além disso, deve ser de reconhecimento de todos, a importância de se desenvolver um marco de políticas coerentes, que considerem o contexto interno e externo dos hospitais, o uso eficiente dos recursos, qualidade do atendimento, satisfação dos usuários e contenção do aumento de gastos de saúde (FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Entende-se que os desafios enfrentados pelo SUS são políticos e não podem ser solucionados apenas na esfera técnica, pois dependem dos esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade (PAIM, 2011).

Em relação ao sistema hospitalar, os hospitais são organizações de grande complexidade devido a organização do trabalho, processo, produto e coordenação das ações específicas de cada parte (BARBOSA, 1996). Nos serviços hospitalares, o foco das atividades é o fluxo do paciente, que nem sempre é previsível e bem definido; da mesma forma, não há uma estrutura de comando simples, mas uma estrutura delicada de balanço de poder entre grupos de médicos, enfermeiros e gerentes, que, muitas vezes, não chegam a um consenso geral sobre os objetivos e melhorias para a produtividade dos serviços (PROTIL; MOREIRA, 2002).

Os hospitais são organizações orientadas a recursos (PROTIL; MOREIRA, 2002). Para melhorar as expectativas dos usuários, essas organizações podem ser analisadas sob duas perspectivas: aumentar a capacidade disponível e aumentar a produtividade do sistema. Enquanto que a primeira alternativa se esbarra em problemas de contenção de custo e escassez de recursos, a segunda tem sido seguida por se basear na redução dos custos e aumento da eficiência logística (BORBA; RODRIGUES, 1998).

Quanto ao serviço de emergência hospitalar, a demanda dos usuários é crítica e variável (SABBADINI; GONÇALVES; OLIVEIRA, 2006). Segundo Garcia e Reis (2014), o atendimento da demanda espontânea depende de gestores que promovam condições estruturais, assim como equipes de saúde capacitadas e preparadas para os casos crônicos, urgências de menor gravidade e situações de emergência; também deve ser acionada, quando necessária, a remoção do serviço para outro de maior complexidade a fim de dar continuidade ao atendimento.

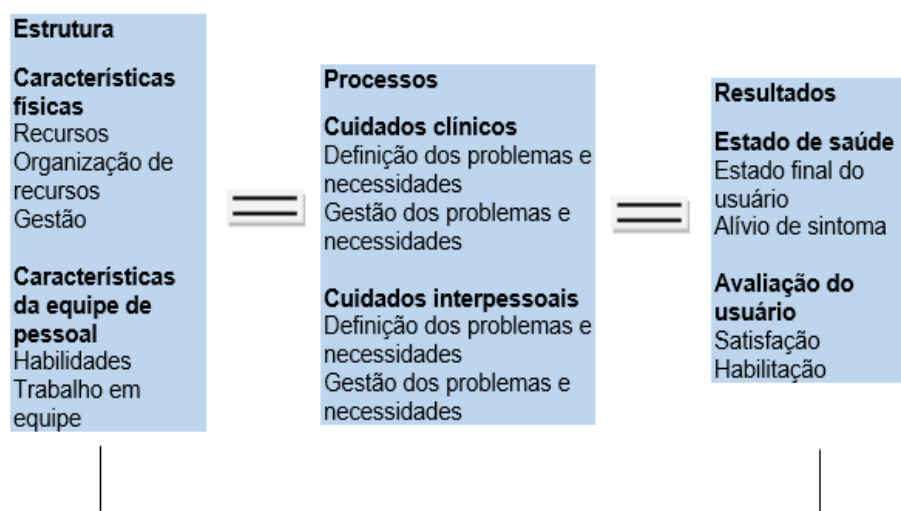
Segundo Coelho et al., (2010), a análise da demanda por atendimento hospitalar permite caracterizar o perfil dos casos atendidos e auxiliar os enfermeiros na elaboração das rotinas e estratégias, pois adequam os recursos humanos e tecnológicos às necessidades do paciente. Por conseguinte, o gerenciamento da demanda e a utilização da capacidade são desafios importantes nas operações de serviços, em especial, para o melhor aproveitamento dos recursos (SABBADINI; GONÇALVES; OLIVEIRA, 2006). O estudo da capacidade alinhada à demanda é um instrumento de ordenação do trabalho assistencial e gerencial dos profissionais de saúde (COELHO et al., 2010).

De acordo com Borba e Neto (2008), o crescimento da demanda, os elevados custos, as restrições que impedem o atendimento eficaz dos serviços, as políticas e o modelo vigente de assistência têm motivado o interesse pelo estudo do monitoramento da qualidade e gestão em saúde. Na gestão em saúde, os sistemas de avaliação mostram o desempenho dos serviços em relação ao acesso, segurança, efetividade, acessibilidade, equidade e eficiência no atendimento ao usuário, na qual se faz necessário conhecer todo o sistema, analisar processos, resultados e obter informações confiáveis, que subsidiem as políticas e práticas de saúde, garantindo viabilidade e sustentabilidade social, política e econômica (SCHOUT; NOVAES, 2007).

De acordo com Campbell, Roland e Buetow (2000), a qualidade dos serviços de saúde pode ser analisada por meio de dois fatores: acesso e efetividade; o primeiro se refere às barreiras geográficas que impedem ou facilitam o acesso aos serviços de saúde e o segundo mostra se o serviço é efetivo e consegue suprir as necessidades do usuário.

Os autores também propõem um modelo, em que os serviços de saúde são avaliados pela associação entre diferentes componentes do sistema. Com o modelo, é demonstrada a relação direta entre estrutura disponível, processos de atendimento e resultados alcançados no processo. O modelo dessa abordagem é representado pela figura 1.

Figura 1 – Modelo baseado na abordagem de sistemas para avaliação dos cuidados de saúde



Fonte: Adaptado por Campbell, Roland e Buetow (2000)

A figura 1 mostra que a estrutura e os processos geram impacto direta ou indiretamente nos resultados. Assim, para avaliar os serviços de saúde, devem ser considerados esses três elementos que, não necessariamente, estão relacionados de forma linear.

A estrutura inclui os recursos técnicos e de pessoal; os processos envolvem os cuidados médicos e interpessoais, considerando as relações sociais e psicológicas entre médicos, usuários e outros profissionais do sistema e os resultados definem o estado final do usuário e a satisfação pelo serviço prestado. Os resultados impactam significativamente na estrutura e definição dos processos, ao mesmo

tempo em que a estrutura e os processos exercem forte influência no resultado final.

Apesar do setor de saúde possuir práticas de gestão, há poucos estudos que analisam essas abordagens, sendo ainda incipiente a sistematização dos mecanismos de aprendizagem organizacional. Em suma, no âmbito hospitalar, é necessário que se estabeleça uma cultura de gestão, cujos objetivos atendam à equidade, otimização dos recursos e considerem o modelo vigente de assistência à saúde (BORBA; NETO, 2008).

Diante do exposto, cabe aos gestores das organizações de saúde utilizar ferramentas gerenciais para o desenvolvimento de indicadores assistenciais, avaliação de desempenho e o controle de gestão. Tais ferramentas tendem a racionalizar os processos e economizar os recursos escassos (SOUZA et al., 2009).

Devido a importância das técnicas de gestão na saúde, este trabalho faz uso de alguns instrumentos como mapeamento de processos e indicadores de gestão, a fim de auxiliar na compreensão do fluxo de trabalho das organizações públicas de saúde, principalmente, a identificação de gargalos e falhas enfrentados no sistema hospitalar, além de complementar a análise de três importantes componentes desses serviços: estrutura, processos e resultados.

Na próxima seção, são destacadas algumas ferramentas de gestão que auxiliam no processo decisório dos profissionais de saúde e administrativos, buscando ampliar o conhecimento do fluxo de trabalho nas unidades de saúde com enfoque nas atividades exercidas no serviço de urgência e emergência.

MAPEAMENTO DE PROCESSOS E INDICADORES ASSISTENCIAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Processo é qualquer atividade ou conjunto de atividades que agrega valor a determinado input (entrada), fornecendo um output (saída) a um cliente específico (GONÇALVES, 2000). Mapear um processo é fazer um desenho inicial, analisando uma sucessão de atividades relacionadas (KIPPER et al, 2011).

Com o mapeamento, se identificam os principais passos e decisões no fluxo de trabalho de rotina, fluxo de informações, materiais e documentos (BARBROW; HARTLINE, 2015). Uma excelente ferramenta de gestão organizacional é o fluxograma, ela é a que melhor representa as trocas e interações entre os elementos que compõem um processo (DEMARCHI, 2012).

O mapeamento e redesenho dos processos permitem o melhor aproveitamento dos recursos materiais e financeiros disponíveis, bem como o aumento da capacidade de produção e de capital humano. Sendo assim, eles reorganizam e ampliam a oferta de serviços, beneficiando seus usuários (BLUMM et al., 2014).

Segundo Gonçalves (2000), a análise dos processos implica na demonstração do fluxo, sequência de atividades, espera e duração do ciclo, dados e informações, pessoas envolvidas, relações e dependência entre as partes. Quando a organização é orientada por processos, são valorizados o trabalho em equipe, a responsabilidade individual e a cooperação. O autor também destaca a importância da tecnologia da informação na gestão por processos, pois ela influencia na forma como o trabalho é realizado e no seu gerenciamento.

No ambiente hospitalar, são implementados os processos permanentes de gestão e assistência. Segundo o Manual de Gestão de Processos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, os processos gerenciais estão ligados à estratégia organizacional, direcionados à formulação de políticas e diretrizes, desenvolvimento de indicadores e avaliação dos resultados alcançados no meio externo e interno à organização. Por sua vez, os processos assistenciais e de suporte referem-se, respectivamente, à essência do funcionamento da organização e garantia do suporte adequado aos processos gerenciais, por meio da entrega indireta de valor ao usuário.

Nos hospitais, há três categorias de processos empresariais, os quais são: a) processos de negócio, que caracterizam a essência do funcionamento da instituição, onde a prática médica e de enfermagem são considerados processos assistenciais ou de sustentação, b) processos de apoio, que viabilizam o funcionamento de vários subsistemas e podem ser considerados como processos de suprimentos de materiais, recursos humanos e financeiros, c) processos gerenciais, focados nas atividades dos gerentes, incluindo ações de medição e ajustes de desempenho (MARQUES; LIMA, 2007).

No que tange à consistência científica, os problemas que impactam à saúde da população devem estar associados às informações empíricas de estrutura, processos e resultados, que demandam indicadores na avaliação de desempenho e controle da gestão hospitalar (SHOULT; NOVAES, 2007). Portanto, nas organizações hospitalares, para que seja garantida a qualidade dos serviços de saúde, é necessário estabelecer padrões, critérios de qualidade e indicadores para cada processo interno do sistema (SOUZA et al., 2009).

O diagnóstico das necessidades da população é o eixo de partida para a organização do sistema de saúde, que se baseia em indicadores, dados de morbidade e mortalidade de uma determinada área geográfica (COELHO et al., 2010).

No âmbito da saúde, o indicador pode ser considerado uma medida de atividade ou mesmo uma medida quantitativa, que monitora e avalia a qualidade de cuidados providos ao paciente (BITTAR, 2001). Portanto, são ferramentas capazes de medir a eficácia dos processos e causar mudanças de paradigmas, pois, por meio delas, podem ser feitas as escolhas de atendimento pelos beneficiários do SUS ou planos de saúde (GODOY et al., 2013).

Os indicadores são medidas usadas na descrição de uma situação e na avaliação de mudanças (ROSSANEIS et al., 2014), podendo ser uma taxa ou coeficiente, índice, número absoluto ou um fato (BITTAR, 2001). Normalmente, os indicadores gerenciais são médias de dados, por exemplo, o tempo médio de permanência de pacientes internados no hospital é a média aritmética simples do tempo de permanência de pacientes internados (MACHILINE; PASQUINI, 2011); segundo Bittar (2001), a média de permanência é considerada um indicador de produtividade.

No SUS, os indicadores utilizados na avaliação da gestão hospitalar estão voltados para a movimentação dos pacientes e leitos hospitalares. Na avaliação do desempenho hospitalar, os indicadores clássicos são construídos por meio do censo hospitalar, são analisados mensalmente e concedem informações que subsidiam os serviços de saúde; alguns deles são: taxa de ocupação, média de

permanência, índice de rotatividade, intervalo de substituição, taxa de mortalidade hospitalar e institucional (SCHOUT, NOVAES, 2007).

A área hospitalar também consagra outros indicadores como o número de funcionários por leitos, faturamento por funcionários, lucro por funcionários, ativos fixos por funcionários, número de cirurgias realizadas por dia útil por sala cirúrgica e porcentagem em tempo de funcionamento do sistema (MACHILINE; PASQUINI, 2011).

Os indicadores podem estar associados ao contexto onde são aplicados, uma vez que complementam uma avaliação qualitativa, mas não a substitui (PICCHIAI, 2009). Eles são também usados para analisar o desempenho de políticas e programas (SCHMOELLER; GELBCKE, 2013), nos quais são considerados os fatores externos às organizações de saúde como a demografia, geografia, economia, política, educação e tecnologia.

Eles auxiliam na condição e promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação do cidadão-usuário (BITTAR, 2001), possibilitando o monitoramento e avaliação dos eventos que acometem os pacientes, os trabalhadores e as organizações, além de confirmarem se os processos e os resultados obtidos atendem às necessidades e expectativas dos usuários (ROSSANEIS et al., 2014).

Nos serviços de emergência, é incipiente a utilização de parâmetros, principalmente, na organização do trabalho de enfermagem. Os parâmetros definem os objetivos e indicadores para o controle de gestão, além de estabelecerem padrões normativos, avaliar a realidade de um fato e construir diagnósticos com base em estratégias e prioridades (ROSSANEIS et al., 2014).

Em suma, há esforços internacionais e nacionais, no desenvolvimento de propostas de gestão da qualidade da assistência e avaliação de desempenho no sistema de saúde. No entanto, essas propostas dependem de fatores que frequentemente são ignorados, relativos à produção dos registros de dados e gestão da informação, cujos dados empíricos dependem de qualidade e validade para construir uma base material que permita o cálculo dos indicadores e outras análises posteriores (SCHOUT; NOVAES, 2007).

MÉTODO

Com base na proposição de Silva e Menezes (2005), a pesquisa é de natureza aplicada, classificada como descritiva e apresenta tanto a abordagem quantitativa como qualitativa. É quantitativa, pois tudo pode ser quantificável e as informações podem ser classificadas e analisadas com o uso de recursos e técnicas estatísticas, mas também é qualitativa no sentido de interpretar fenômenos e analisar os dados indutivamente. Como procedimento técnico, foi realizado um estudo de caso único (YIN, 2001).

A coleta de dados contou com a pesquisa de campo, realizada no período agosto de 2016 a abril de 2017, e pesquisa documental, para que fosse feito o levantamento dos dados primários.

Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizadas a observação direta não participante, realizada por meio de visitas às gerências de planejamento,

enfermagem e emergência, reuniões com os gestores e também a análise documental.

Por meio das reuniões realizadas com a gerência de planejamento, enfermagem e de emergência, foram fornecidos dados dos pacientes registrados no Sistema de Informação do Hospital: TrakCare. Os dados foram entregues em tabela Excel, sendo feita a análise por meio de tabelas dinâmicas.

A tabela entregue possui algumas informações do usuário: data de admissão, horário de admissão, hora de classificação, tempo de espera para triagem, cor de classificação, data de saída, hora de saída e motivo de saída, correspondentes ao período agosto de 2016 a janeiro de 2017. As informações foram concedidas pelo Assessor de Planejamento, Assessoras e Supervisora da Enfermagem e a Gerente da Emergência.

O trabalho foi realizado em duas etapas: primeiro foi feita a transcrição das informações adquiridas nas reuniões sobre o fluxo e rotina de trabalho na unidade de urgência e emergência, identificando os processos existentes na unidade. Posteriormente, foram criadas tabelas dinâmicas e gráficos para compilação, análise e interpretação dos dados em Excel.

No total, foram realizadas 22 reuniões, em diferentes turnos, com duração de uma a duas horas. Com a utilização dos dados adquiridos nas reuniões, foi possível atender aos objetivos específicos do trabalho: (i) mapear os processos da unidade de urgência e emergência do hospital da região; (ii) identificar os processos e falhas que influenciam na prestação do serviço de qualidade; (iii) analisar criticamente os processos mapeados da unidade de urgência e emergência por meio de indicadores (Tabelas e gráficos), concedendo uma abordagem quantitativa ao estudo dos processos.

RESULTADOS

Tendo em vista o contexto da saúde pública no país, em especial, o sistema de saúde do Distrito Federal, o estudo buscou analisar o atendimento da unidade de urgência e emergência de um hospital de grande porte do Distrito Federal, localizado na região de saúde Centro-Norte do DF. O resultado deste trabalho envolve o contexto da saúde no Distrito Federal e seus reflexos no serviço de urgência e emergência, fundamentando-o com o mapeamento e a análise dos indicadores assistenciais dos processos da unidade: Registro do Paciente, Classificação de Risco e Atendimento Médico.

CONTEXTO

O território do DF está dividido em 7 regiões de saúde, 31 regiões administrativas. As regiões administrativas facilitam a administração do sistema de saúde, caracterizado pela distribuição das unidades sob a administração direta da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

A maioria dos habitantes do DF, dependem do SUS, pois 65,36% da população não possui plano de saúde. No que concerne ao uso do Hospital Público/Unidade de Pronto Atendimento – UPA, 72,37% declara ser usuária do serviço (PLANO DISTRITAL DE SAÚDE, 2016).

A região de saúde Centro-Norte possui 285.644 habitantes, uma unidade hospitalar e baixíssima cobertura do programa Saúde da Família (1,3%), quando comparada as demais regiões de saúde (BRASÍLIA SAUDÁVEL, 2016). O programa foi estabelecido pelo Governo do Distrito Federal com o objetivo de incentivar o desenvolvimento da atenção primária e racionalizar os gastos de saúde, principalmente, em populações sem acesso aos serviços (SECRETARIA DE SAÚDE DO GDF, 2017).

O hospital público, objeto do estudo, está localizado na região de saúde Centro-Norte e tem como finalidade prestar assistência à saúde da população Asa Norte, Lago Norte, Paranoá, Vila Planalto, Varjão e Cruzeiro. O pronto-socorro do hospital atende aos pacientes que procuram atendimento de urgência e emergência, que procedem de várias localidades de Brasília e entorno, e que chegam à unidade por meio do SAMU, Corpo de Bombeiros ou com seus acompanhantes. O atendimento é de 24 horas e apresenta as seguintes especialidades: cirurgia geral, cirurgia plástica, clínica médica, odontologia, ginecologia/obstetrícia, oftalmologia, pediatria e queimados. O hospital conta com 85 leitos de observação no pronto-socorro e 289 leitos de internação eletiva.

Os resultados apresentados nas próximas seções são fruto da observação direta e análise documental, que embasaram a construção dos indicadores. Ressalta-se que os resultados ficaram limitados à especialidade clínica médica, que apresentou maior demanda.

PROCESSOS DA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Registro do Paciente é o primeiro processo que o usuário participa, direta ou indiretamente na unidade. Todos os pacientes que chegam ao pronto-socorro, sejam de emergência ou urgência, precisam estar devidamente registrados no NUREM – Núcleo de Recepção da Emergência, este espaço deve ser usado exclusivamente para o registro/admissão do paciente, que é iniciado com a apresentação dos documentos de identificação do usuário.

Apesar da existência do NUREM, há uma outra recepção na unidade, que, por estar em desuso, não foi representada no fluxograma. Devido à localização, essa recepção se torna o último acesso do usuário que chega à unidade, o que implica na existência de funcionários ociosos. Observou-se que os técnicos administrativos do NUREM e os próprios seguranças do local acabam exercendo as atividades de orientação e recepção do paciente. O fluxograma do processo está no apêndice A.

No hospital, o acolhimento e a classificação de risco são realizados conjuntamente. De acordo com Souza et al (2011), a classificação de risco é o processo de identificar o paciente que precisa de atendimento imediato com base no potencial de risco, grau de sofrimento e agravos à saúde, de tal modo que o atendimento seja priorizado por meio da gravidade clínica e não pela ordem de chegada do usuário.

O acolhimento é o processo de escuta, orientação e diálogo com os pacientes, cujo objetivo é suprir as necessidades e identificar os pacientes que precisam de uma assistência mais rápida dos enfermeiros e médicos especialistas. Por meio da estrutura física e desenho do processo, foi observado que não há uma separação clara dos usuários que esperam classificação e os que já foram classificados e aguardavam o atendimento de clínica médica, o que dificulta o serviço dos

acolhedores e enfermeiros, em especial do acolhedor que precisa estar atento a condição do paciente durante a espera de atendimento. O fluxograma do processo de Classificação de Risco está no apêndice B.

O Atendimento Médico é processo da avaliação médica. O atendimento médico pode ser compreendido em duas etapas: primeiro atendimento, no qual o paciente vai à sala do médico para a primeira consulta e o segundo atendimento, referente ao retorno do paciente para que os exames solicitados na primeira consulta sejam verificados pelo especialista. Observou-se que a desorganização da grande demanda prejudica o controle dos médicos com relação ao registro dos seus pacientes, que deve ser acompanhado também por todos os outros profissionais do sistema. O desenho do fluxograma está no apêndice C.

INDICADORES ASSISTENCIAIS DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os indicadores foram calculados com base na população usuária do pronto-socorro, no período de seis meses (agosto 2016 a janeiro 2017). O fluxo analisado foi 24h, considerado o tempo máximo de permanência na unidade de urgência e emergência. O estudo de caso busca destacar a especialidade clínica médica do pronto-socorro, tendo em vista a disponibilidade dos dados e a grande demanda de pacientes.

PROCEDÊNCIA

Para analisar a procedência, foi calculado o número de pacientes por região de saúde. Identificou-se que, no pronto-socorro, apenas 29,00% dos usuários registrados eram procedentes das regiões incluídas nos objetivos de assistência do hospital: Asa Norte, Lago Norte, Paranoá, Vila Planalto, Varjão e Cruzeiro. Foram identificadas 53 procedências para os usuários da especialidade clínica médica com aproximadamente 70% provenientes do entorno e 21,22% provenientes do Plano Piloto.

De acordo com Pasche et al. (2006), a regionalização amplia o acesso equitativo ao SUS. Contudo, as diversidades regionais, desigualdade de capacidades, acúmulo de técnicos entre equipes locais e secretarias estaduais de saúde determinam uma regionalização muito heterogênea, que permite avanços em algumas regiões e manutenção de redes fragmentadas em outras. Pinheiro (2009) destaca a necessidade de um sistema de referência e contrarreferência, que esteja em conformidade com a regionalização, população acrescida e responsabilização das unidades básicas de saúde, visando amenizar a superlotação e proporcionar maior qualificação do atendimento nas urgências e emergências.

REGISTRO DO PACIENTE

O processo de registro do paciente foi analisado por meio dos indicadores como número de pacientes por especialidade, número de pacientes por turno, número de admissões por hora, números de saídas por hora, número de pacientes por mês, número de pacientes por dia e número de técnicos administrativos por dia.

Com esses indicadores, observou-se que, no pronto-socorro, a especialidade de maior demanda foi a clínica médica, correspondendo a 29,12% dos registros realizados no período de análise. Também foi constatado que apenas 0,09% foram encaminhamentos a outros Centros de Referência, registrados e identificados no TrakCare, que é o sistema de informação do hospital.

O número de admissões de pacientes foi equilibrado sendo admitidos: 37,56% no turno manhã, 34,56% no turno tarde e 28,08% no turno noite, com quase 30% de todos os registros para especialidade clínica médica.

Em relação ao fluxo do paciente, muitas admissões ocorreram nos horários 10h e 15h e muitas saídas nos horários 19h e 20h, o mês de maior demanda foi outubro e a média de admissões dos pacientes foi de 338 pacientes por dia. Embora houvesse recursos para que o serviço de registro do paciente fosse feito com nove técnicos administrativos por dia, a média de técnicos que realizaram o serviço foi de sete técnicos por dia, com 35,18% trabalhando no período da manhã. No pronto-socorro, os turnos de trabalho dos profissionais são distribuídos em: manhã (7h às 12:59), tarde (13h às 18:59) e noite (19h às 6:59).

De acordo com Oliveira, Magalhães e Souza (2006), no processo de admissão das urgências e emergências, o fluxo do paciente é confuso, pois os pacientes de alta e média complexidade disputam atendimento com os pacientes de baixa complexidade. Assim, deve-se preocupar cada vez mais com a priorização do atendimento, para que os usuários de média e alta complexidade tenham o menor tempo de espera (OLIVEIRA; MAGALHÃES; SOUZA, 2006)

TEMPO DE ESPERA PARA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

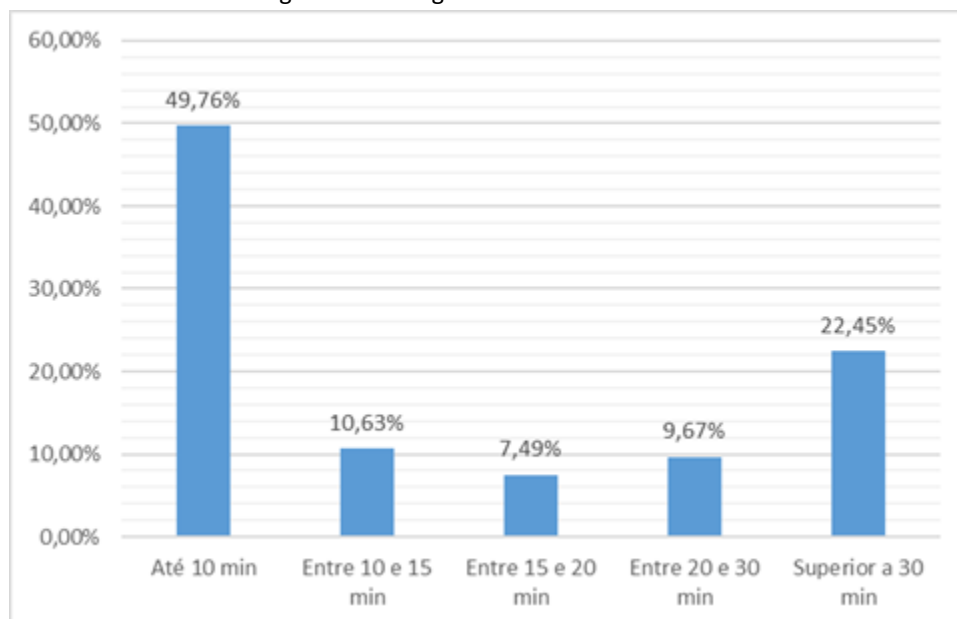
Para a análise do tempo de espera para a classificação, foram usados indicadores como número de pacientes por intervalo de tempo de espera, média de tempo de espera por cor de classificação, número de médicos por turno e dia.

No processo de classificação de risco, os enfermeiros utilizam o Sistema Manchester (SM) que identifica, por meio de critérios clínicos, as demandas que necessitam de prioridade no atendimento médico. Segundo Calegari (2016), o Sistema Manchester (STM) organiza os critérios de atendimento em cinco níveis, cujas categorias são identificadas por cor, descrição do caso clínico e o tempo de atendimento.

As cores e os tempos de espera para avaliação médica são: a) Vermelho (emergência): 0 minutos; b) Laranja (muito urgente): 10 minutos; c) Amarelo (urgente): menor ou igual a 60 minutos; d) Verde (pouco urgente): 120 minutos; e) Azul (não urgente): 240 minutos; f) Branco: não classificado.

As cores branco, azul e verde podem ser direcionadas ao serviço ambulatorial. Em casos de superlotação, o paciente pode esperar entre 20 e 30 minutos para ser avaliado na classificação de risco. Em períodos mais tranquilos, o tempo de espera é de aproximadamente 15 minutos (GDF, 2017). Há recomendações para que o paciente tenha a classificação de risco iniciada 10 minutos após a chegada ao serviço de registro (ANZILIERO et al., 2016). O gráfico 1 mostra o tempo de espera para a classificação de risco dos usuários por intervalo de tempo.

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes admitidos por tempo de espera para a classificação de risco na unidade de urgência e emergência



Fonte: Pesquisa de campo (2017).

De acordo com o gráfico 1, foi identificado que metade dos pacientes foram chamados para a classificação 10 min após o registro na unidade. Contudo 22,45% dos pacientes aguardaram mais de 30 min para passar pelo processo. A média geral do tempo de espera foi 22 minutos e 25 segundos com a especialidade clínica médica apresentando a segunda maior média (24 minutos e 43 segundos). As médias são apresentadas na figura 2.

Figura 2 – Média do tempo de espera para a classificação por cor dos pacientes admitidos e usuários da especialidade clínica médica da unidade de urgência e emergência

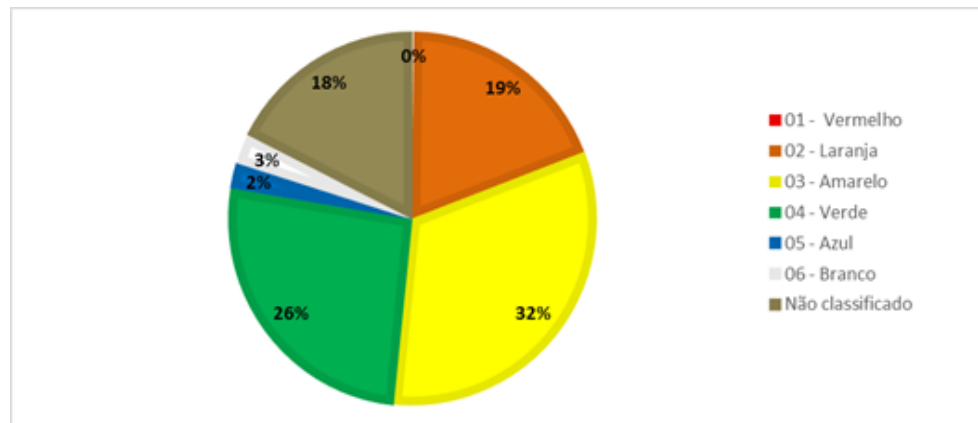
Pronto-Socorro		Clínica Médica	
Cores	Médias de TE	Cores	Médias de TE
01 – Vermelho	00:22:00	01 – Vermelho	00:17:07
02 – Laranja	00:18:24	02 – Laranja	00:21:33
03 – Amarelo	00:22:12	03 – Amarelo	00:25:55
04 – Verde	00:25:31	04 – Verde	00:29:15
05 – Azul	00:24:57	05 – Azul	00:26:21
06 – Branco	00:20:38	06 – Branco	00:17:38
Sem cor	00:42:41	Sem cor	01:03:20
Total Geral	00:22:25	Total Geral	00:24:43

Fonte: Pesquisa de campo (2017)

Na figura 2, não foi identificada priorização adequada para o atendimento da classificação de risco. No total de pacientes registrados no pronto-socorro, os pacientes classificados em vermelho possuíram tempo de espera superior em

relação aos pacientes de outras classificações. Os usuários classificados com as cores branco e azul tiveram tempo de espera menor, se comparado aos pacientes com alguma urgência de atendimento. O maior tempo de espera foi identificado nos pacientes classificados em verde e usuários sem classificação que chegaram a aguardar o atendimento do enfermeiro classificador. O indicador de classificação de risco, considerando todos os pacientes admitidos na unidade, é representado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes admitidos por cor de classificação de risco na unidade de urgência e emergência



Fonte: Pesquisa de campo (2017).

Por meio do gráfico 2, notou-se que 82,45% dos pacientes do pronto-socorro foram classificados, os pacientes de emergência (vermelhos) não foram classificados ou receberam uma classificação tardia, conforme apresentada na figura 2 e 18% do total de registros não passaram pela classificação, que corresponde aos usuários que poderiam receber qualquer uma das cores do protocolo.

Tendo em vista que os vermelhos não estavam sendo classificados, há a possibilidade dos 18% referirem aos pacientes de emergência, pois o paciente em estado crítico é, simultaneamente, registrado pelo acompanhante no NUREM e encaminhado ao box de emergência, propiciando um distanciamento entre o enfermeiro classificador e o usuário. Além disso, 31% dos pacientes, classificados em branco, azul e verde, tinham condições para serem encaminhados a outros Centros de Referência, desafogando a demanda na unidade.

Os médicos de porta fazem o atendimento inicial dos pacientes de urgência, classificados em verde, amarelo e laranja, que foram distribuídos em: 32,12% no turno manhã, 37,67% no turno tarde e 30,21% no turno noite com uma média de 3 a 4 médicos por dia. Os médicos de box fazem o atendimento dos pacientes de emergência (vermelho) e se distribuíram em: 32,59% no turno manhã, 34,08% no turno tarde e 33,33% no turno noite, obtendo-se uma média de 3 médicos por dia.

Apesar dos usuários classificados em branco e azul (sem urgência) descaracterizarem o perfil de atendimento na unidade, eles também recebem atendimento dos médicos de porta, mas utilizam o serviço de urgência e emergência como porta de entrada para os procedimentos eletivos.

Foi constatada maior demanda de pacientes laranjas e amarelos no turno da noite, o que pode estar relacionada aos horários de funcionamento limitados dos Centros de Saúde. Em contrapartida, também foram identificados muitos pacientes de pouca urgência ou nenhuma urgência buscando atendimento no turno da manhã, período em que esses Centros de Saúde estão abertos. Tais fatos remetem à discussão dos recursos existentes nos postos, a regulação de acesso das unidades hospitalares e o comportamento do usuário frente à regionalização e hierarquização dos serviços.

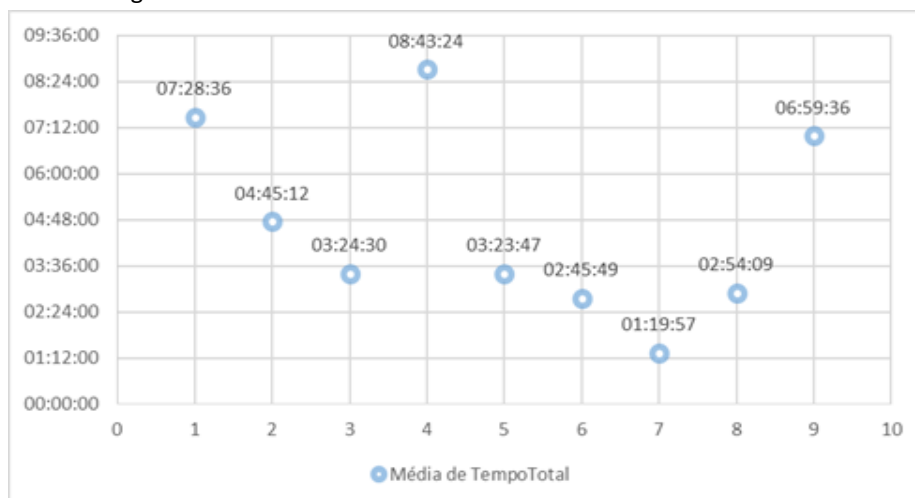
De acordo com Bittencourt e Hortale (2009), um dos meios de se evitar a superlotação e reduzir o tempo de espera do usuário é a organização dos espaços de atendimento dos serviços de urgência e emergência em eixos e áreas que sinalizem os níveis de risco dos pacientes, além de fazer o redirecionamento dos usuários que podem ser atendidos em outros estabelecimentos devido à ausência de gravidade.

TEMPO DE PERMANÊNCIA NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

No pronto-socorro, foram contabilizados 91% usuários de urgência e emergência com tempo de permanência inferior ou igual a 24h, estando em consonância com a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2077/2014. Na análise do tempo de permanência, foram usados os indicadores de média do tempo de permanência por especialidade e média do tempo de permanência por cor.

A média geral do tempo de permanência na unidade foi 5 horas, 14 minutos e 18 segundos. O gráfico 3 mostra a média do tempo de permanência por local de passagem, ordenados em: 1 – Hospital X Pronto-Socorro, destinado aos pacientes sem especialidade; 2 – Cirurgia Geral; 3 – Cirurgia Plástica; 4 – Clínica Médica, 5 – Ginecologia/Obstetrícia, 6 – Odontologia; 7 – Oftalmologia; 8 – Pediatria e 9 – Queimados.

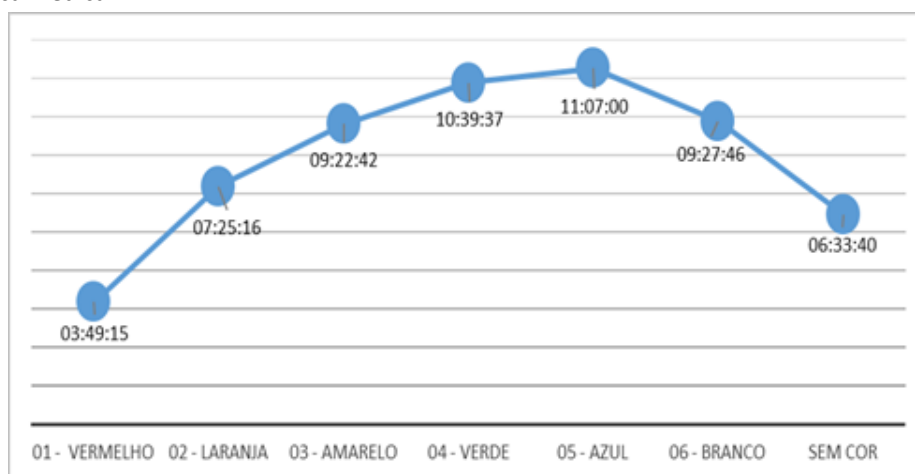
Gráfico 3 – Médias do tempo de permanência por local de passagem na unidade de urgência e emergência



Fonte: Pesquisa de campo (2017).

No gráfico 3, a especialidade clínica médica tem representação significativa na média geral do tempo de permanência. Além disso, os usuários dessa especialidade apresentaram uma média maior no turno da manhã. As médias do tempo de permanência da clínica médica por cor de classificação são representadas no gráfico 4.

Gráfico 4 – Médias do tempo de permanência por cor de classificação dos pacientes de clínica médica



Fonte: Pesquisa de campo (2017).

De acordo com o gráfico 4, as maiores médias foram dos pacientes classificados em verde, azul e branco, tendo em vista que eles demoram mais tempo para receber uma avaliação médica, estando em conformidade com o protocolo Manchester. Também foi identificada que a maior média de tempo de permanência ocorreu no mês de janeiro.

Com base na Resolução do Conselho Federal de Medicina, os pacientes que não receberam alta no período de 24 horas, devem ser internados ou transferidos. Na unidade analisada, a internação desses usuários se inicia em leitos temporários até que se consiga um leito disponível de internação eletiva.

No total, há 85 leitos temporários no pronto-socorro, mas a pouca quantidade de leitos e a alta demanda implicam em uma espera de até 2 meses para os pacientes que entram pela porta do pronto-socorro e são submetidos à internação nos leitos temporários, aguardando as vagas nos leitos de internação eletiva.

Dos 9% com tempo superior a 24h, 53,09% foram altas por outros motivos e 32,52% foram encerramentos administrativos, mostrando que os usuários não ficaram internados. Esses resultados indicaram falhas de registros e de padronização das informações sobre a saída do usuário, contidas no sistema de informação do hospital; isso impossibilitou definir com precisão o número de internações nos leitos temporários do pronto-socorro.

Segundo Dubeux et al., 2010. No contexto da saúde pública, a prática assistencial dos serviços de urgência e emergência ainda está centrada em atendimento de menor gravidade, sem que se tenham normas específicas de atendimento ao setor. O processo de classificação de risco é incipiente e os usuários ainda apresentam tempo de permanência superior a 24h.

MOTIVOS DE SAÍDA

Schout e Novaes (2007) afirmam que o resumo de alta é um registro-chave não somente do ponto de vista clínico, mas sob as óticas administrativa, financeira e de pesquisa. A Tabela 1 mostra os motivos de saída dos pacientes do pronto-socorro.

Tabela 1 – percentual de pacientes por motivo de saída

Motivos de Saída	Quantidade
Alta a pedido	0,50%
Alta com previsão de retorno para acompanhante do paciente	12,43%
Alta curado	1,11%
Alta da mãe/puerpera	0,27%
Alta melhorado	28,05%
Alta por evasão	3,73%
Alta por outros motivos	33,44%
Encerramentos administrativos	11,85%
Óbitos	0,39%
Permanência	0,18%
Transferência para internação domiciliar	0,01%
Transferência para outro estabelecimento	0,61%
Alta de pacientes agudo em psiquiatria	0,01%
Sem motivo de saída	7,42%
Total Geral	100,00%

Fonte: Pesquisa de campo (2017).

A Tabela mostra que, do total de pacientes com tempo inferior ou igual a 24h, 28,05% apresentaram alta melhorado, 33,44% tiveram altas por outros motivos, 11,85% obtiveram encerramentos administrativos, 3,73% foram altas por evasão e foram identificados 0,39% óbitos. A alta do usuário só pode ser dada pelo médico, mas o enfermeiro nem sempre possui a confirmação imediata do momento da saída/liberação do paciente.

Nesse sentido, a maioria dos registros de saída acaba sendo de encerramento administrativo e alta por outros motivos devido a confirmação tardia da liberação do paciente no sistema. Logo, esses motivos de saída não necessariamente são desistências, mas mantêm incertezas em relação à análise situacional do paciente e o fluxo em geral.

De acordo com Schout e Novaes (2007), do ponto de vista do médico, há uma grande diferença entre o valor atribuído ao cuidar do paciente e o registro desse cuidado. Muitos entendem que no momento em que os pacientes estão sendo cuidados, o registro ocupa um tempo que pode ser melhor aproveitado. Adicionalmente, há uma tensão constante entre o tempo disponível e a quantidade de pacientes que esperam pelo atendimento, o que impacta consideravelmente na produção de registros clínicos para a qualidade no atendimento e produção de conhecimento hospitalar.

Conclui-se que, para a segurança dos sistemas na concessão de informações precisas sobre o atendimento, é essencial que os profissionais alimentem

constantemente, de forma adequada e padronizada, as altas, transferências e óbitos. É importante que seja feita a gestão da produção de informação do hospital, pois, embora não seja dada tanta importância para isso, os processos de registros e dados que compõem a informação hospitalar reflete o perfil dos profissionais no sistema de saúde e contribuem para o desenvolvimento dos indicadores assistenciais (SCHOUT; NOVAES, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve o propósito de analisar os processos de atendimento de um hospital público do DF, calculando os indicadores destes processos. Com base nos resultados, entende-se que o problema da superlotação é mais amplo e envolve a máquina pública, políticas, gastos que não condizem com a eficiência dos serviços, planos de governo, bem como as diretrizes ministeriais, que devem ser seguidas e colocadas em prática por profissionais de saúde, gestores e usuários.

Somado a isso, não se pode ignorar o compromisso com os resultados que os serviços públicos precisam ter, e, tão pouco a conscientização da população sobre a rede assistencial, suas dificuldades e limitações para o atendimento. Vale lembrar que a resolutividade das necessidades onde tenha porta aberta está também relacionada à ausência de priorização das políticas já elaboradas e hábitos culturais da população usuária.

Por meio do estudo do fluxo do paciente e os processos de atendimento, observou-se que os profissionais não utilizam adequadamente o sistema de informação do hospital, impedindo o controle das práticas operacionais e administrativas. Nesse sentido, enfatiza-se a importância da gestão hospitalar no registro do paciente, utilização adequada dos recursos e redução do tempo de espera, não somente da avaliação médica, mas também da classificação de risco.

O trabalho limitou-se a estudar os processos de clínica médica, utilizando os instrumentos de análise documental e observação direta, sem se ater às percepções dos pacientes e todos os profissionais de saúde que trabalham no hospital.

Ademais, foi estudada a realidade de uma unidade de saúde, que pode estar representando a rotina existente em outros hospitais públicos. Como sugestão de pesquisas futuras, identificou-se a necessidade de analisar a gestão das informações na unidade de urgência e emergência, que foi um fator limitante na análise de resultados, a gestão dos leitos temporários da unidade de pronto-socorro e elaboração de modelos de otimização, que visem a alocação dos recursos escassos e a redução de custos, propondo uma solução ótima para os problemas relatados neste estudo de caso. Bem como, sugere-se que seja realizado um survey com os pacientes da unidade de saúde, a fim de analisar sua percepção.

A principal contribuição desta pesquisa está relacionada à identificação de processos deficientes, que devem ser monitorados e aperfeiçoados para oferecer um melhor nível de serviço aos pacientes. Além disso, esta pesquisa pode motivar pesquisadores a analisar os mesmos aspectos em outras unidades de saúde do DF e outros Estados.

Hospital public management: case study of the service of urgency and emergency of a hospital of great porte of the Federal District

ABSTRACT

The comprehension of emergency services in Brazilian public health is not limited to a timely view. Actually, it is necessary to have a holistic view on the internal and external environment of public hospitals focused on the context, public policies, users and managers behaviours facing the healthcare network. The objective of this article is to create indicators of patient flow, processes, difficulties and failures in the services, in order to collaborate in the hospital management and in the decision making process of health professionals. In order to achieve the objective, it was carried out an applied, descriptive and quantitative research. For this purpose, it was conducted a case study in a public hospital in the Federal District. The data collection occurred through direct observation and documentary analysis and thus, management indicators were calculated. It was verified that the professionals do not use adequately the information system of the hospital, preventing the control of the operational and administrative practices. In this way, the need for monitoring the processes in order to improve the level of hospital service is indicated.

KEYWORDS: Processes. Indicators. Emergency.

REFERÊNCIAS

ANZILIERO, F.; SOLER, B. E. D.; SILVA, B. A.; TANCCINI, T.; BEGHETTO, M. G. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, p. 1 – 6, dez. 2016. [crossref](#)

ARAUJO, M. A. D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Rio Grande do Norte, v. 27, n. 3, p. 230 – 236, 2010.

BARBOSA, P. R. Gestão de Hospitais Públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. **Revista do Serviço Público**, ano 47, v. 120, n. 2. Mai – Ago, 1996.

BARBROW, S.; HARTILINE, M. Process mapping as organizational assessment in academic libraries. **Performance Measurement and Metrics**, v. 16, n. 1, p. 34 – 47, 2015. [crossref](#)

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 21 – 28, set. 2001.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439 – 1454, jul. 2009.

BLUMM, M. H. N.; BAUER, C. A. B.; GAMA, G. M. S.; COSTA, M. K. A. C. **Manual de gestão de processos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2077, de 24 de julho de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Publicada no Diário Oficial de 16 de setembro de 2014.

BRASIL. Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 457, de 5 de abril de 2016. Aprova o Plano Distrital de Saúde da SES/DF – 2016/2019, autuando sob o número do processo 060.002.681/2016. Publicado no Diário Oficial da União do Distrito Federal de 24 de abril de 2016.

BORBA, G. S., RODRIGUES, L.H. Simulação Computacional Aplicada a Sistemas Hospitalares. **Revista Eletrônica de Administração**, 8 ed, v. 4, n. 1, Jul-Ago, 1998.

BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44 – 60, 2008. **crossref**

CALEGARI, R. **Uso de Técnicas de Previsão de Demanda como Ferramenta de Apoio à Gestão de Emergências Hospitalares com Alto Grau de Congestionamento**. 77 p. Dissertação (Engenharia de Produção) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. **crossref**

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611 – 1625, 2000.

CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G.; ARAÚJO, E. C.; OLIVEIRA, L. A.; ANDRADE, M. G. G.; MENESES, C. S.; PINTO, N. R. S.; REIS, D. O.; SANTIAGO, S.; SOUZA, A. L. M. S.; SPEDO, S. M. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n. 11, p. 2893 – 2902, 2012. **crossref**

COELHO, M. F.; CHAVES, L. C. P.; ANSEMI, M. L.; HAYASHIDA, M.; SANTOS, C. B. S. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 1 – 9, ago. 2010.

DERMACHI, T. M. Gestão por processos como ferramenta da qualidade em um hospital maternidade público do município de São Paulo. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 38 – 43, mar. 2012.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1508 – 1518, ago. 2010.

ELY, D. **Fluxos de processos de trabalho em um serviço de urgência e emergência da região metropolitana de Porto Alegre**. 72 p. Monografia (Gestão em Saúde) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

FADEL, C. B.; SCHNEIDER, L.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A. S. Administração Pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 445 – 456, abr. 2009. ISSN 0034-7612.

FORGIA, G. M. L.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** São Paulo: Singular, 2009. p. 1 – 33. ISBN 978-85-86626-45-6.

GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Adequação da demanda e perfil de morbidade atendida em uma unidade não hospitalar de urgência e emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 665 – 673, dez. 2014. **crossref**

GDF/SES-DF – GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Brasília Saudável. Brasília, DF, jun. 2016.

GONÇALVES, J. E. L. As Empresas são Grandes Coleções de Processos. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 6 – 19, mar. 2000. **crossref**

GODOY, L. P.; PERUFO, L. D.; RODRIGUES, M. K.; WEGNER, R. S. O Monitoramento e Controle dos Processos de Saúde através de Indicadores de Qualidade. In: XXXIII ENEGEP - ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2013, Salvador: ABEPRO, 2013. p. 1 – 17.

KIPPER, L. M.; ELLWANGER, M. C.; JACOBS, G.; NARA, E. O. B.; FROZZA, R. Gestão por Processos: comparação e análise entre metodologias para implantação da gestão orientada a processos e seus principais conceitos. **TECNO-LÓGICA**, Santa Cruz do Sul, v. 15, n. 2, p. 89 – 99, dez. 2011.

LIMA, M. B. B. P. B. **A Gestão da Qualidade e o Redesenho de Processos como Modelo de Desenvolvimento Organizacional em Hospitais Públicos Universitários: O caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP.** 176 p. Dissertação (Engenharia Mecânica) — Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2007.

LUDWIG, M. L. M.; BONILHA, A. L. L. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 12 – 17, fev. 2003 **crossref**

MACHLINE, C.; PASQUINI, A. C. Rede hospitalar nacional usa indicadores gerenciais na administração de suas unidades. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 290 – 299, 2011.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 17 – 25, abr. 2004

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 1 – 8, fev. 2007.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1881 – 1890, 2009.

OLIVEIRA, M. J. F.; MAGALHÃES, M. S.; SOUZA JÚNIOR, P. R. Simulação do sistema de admissão na emergência do hospital universitário Antônio Pedro com três níveis de classificação de risco. In: XXXVIII SBPO - SIMPÓSIO BRASILEIRO DE PESQUISA OPERACIONAL, 2006, Goiânia: SOBRAPO, 2006. p. 2213 – 2224.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: histórias, avanços e desafios. **The Lancet**, Salvador, p. 11 – 31, maio 2011. Este é o primeiro da Séries de seis fascículos em Saúde no Brasil.

PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B.; THOMÉ, H. I.; STOLZ, E. D. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 20, n. 6, p. 416 – 422, dez. 2006.

PICCHIAI, D. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais**. São Paulo, 2009. Pesquisa Acadêmica.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009.

PROTIL, R. M.; MOREIRA, V. R. Considerações sobre a Logística de Suprimentos em Hospitais: um Estudo de Caso. In: ENANPAD - ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 2002: ANPAD, 2002.

ROSSANEIS, M. A.; GABRIEL, C. S.; HADDAD, M. C. F. L.; MELO, M. R. A. C. M.; BERNARDES, A. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 769 – 776, dez. 2014. **crossref**

SABBADINI, F.; GONÇALVES, A. A.; OLIVEIRA, M. J. F. de. Gestão da capacidade de atendimento e simulação computacional para a melhoria na alocação de recursos e no nível de serviço em hospitais. In: III SEGET - SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2006, Resende: AEDB, 2006. p. 1 – 12.

SALU, E. J. **Administração Hospitalar no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2013.

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP - USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às

urgências e de humanização. **Revista Medicina Ribeirão Preto**, São Paulo, v. 36, n. 2/4, p. 498 – 515, dez. 2003. **crossref**

SCHMOELLER, R.; GELBCKE, F. L. Indicativos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 971 – 979, dez. 2013. **crossref**

SILVA, E. L.; MENESES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 935 – 944, fev. 2007. **crossref**

SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; LARA, C. O. Controle de Gestão em Organizações Hospitalares. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15 – 29, set. 2009. **crossref**

SOUZA, C. C. de et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 1 – 8, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. GDF. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 16/06/2017

Recebido: 30 nov. 2017

Aprovado: 12 dez. 2017

DOI: 10.3895/gi.v13n4.7447

Como citar:

SILVA, A. C. R.; REIS, S. A.; SANTOS, P. G. Gestão pública hospitalar: um estudo de caso no serviço de urgência e emergência de um hospital de grande porte do Distrito Federal. **R. Gest. Industr.**, Ponta Grossa, v. 13, n. 4, p. 70-97, out./dez. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rgi/>>. Acesso em: XXX.

Correspondência:

Ana Carolina Ribeiro da Silva

SHCGN Quadra 715, Bloco I, Asa Norte, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Direito autoral: Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

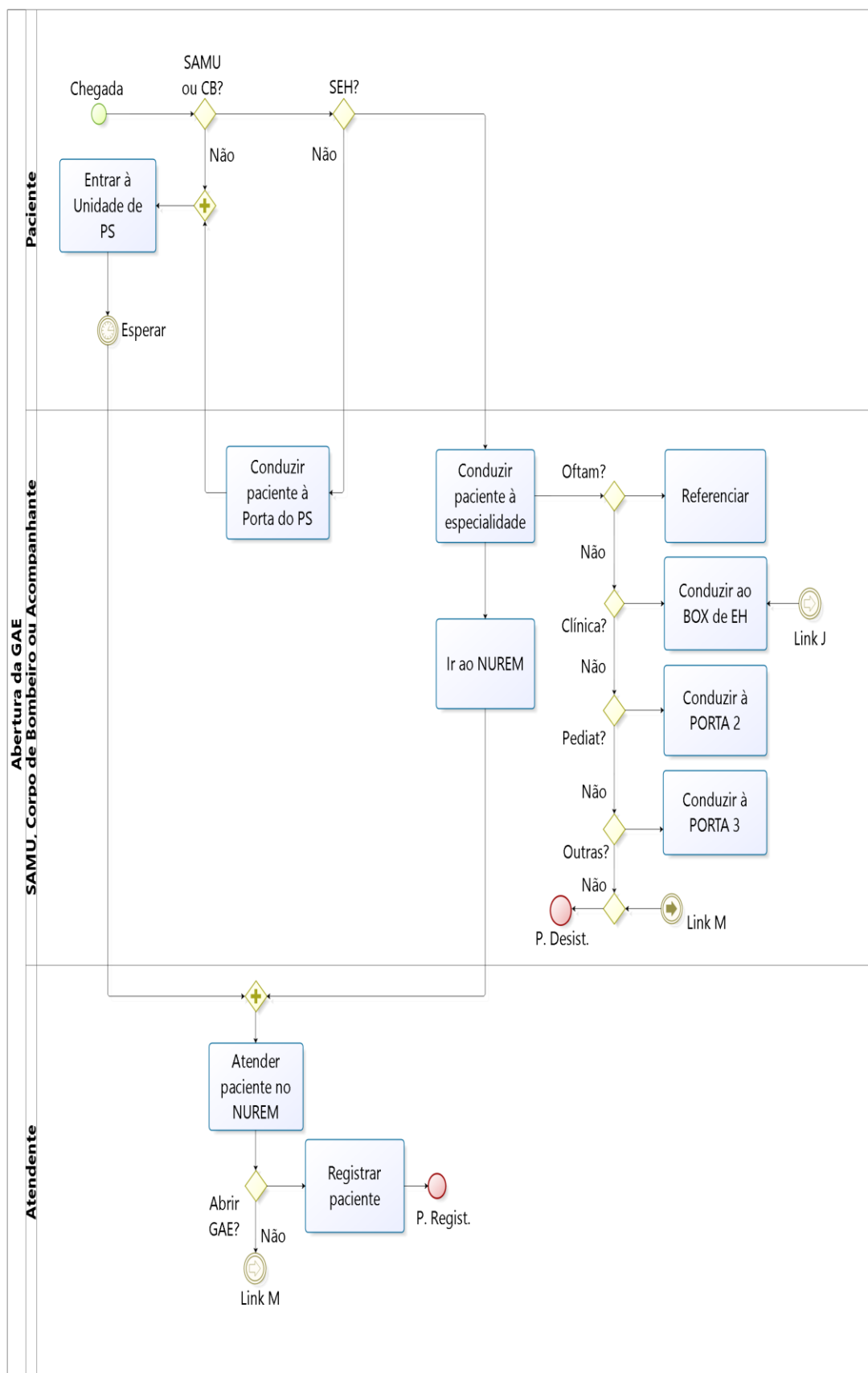


APÊNDICES

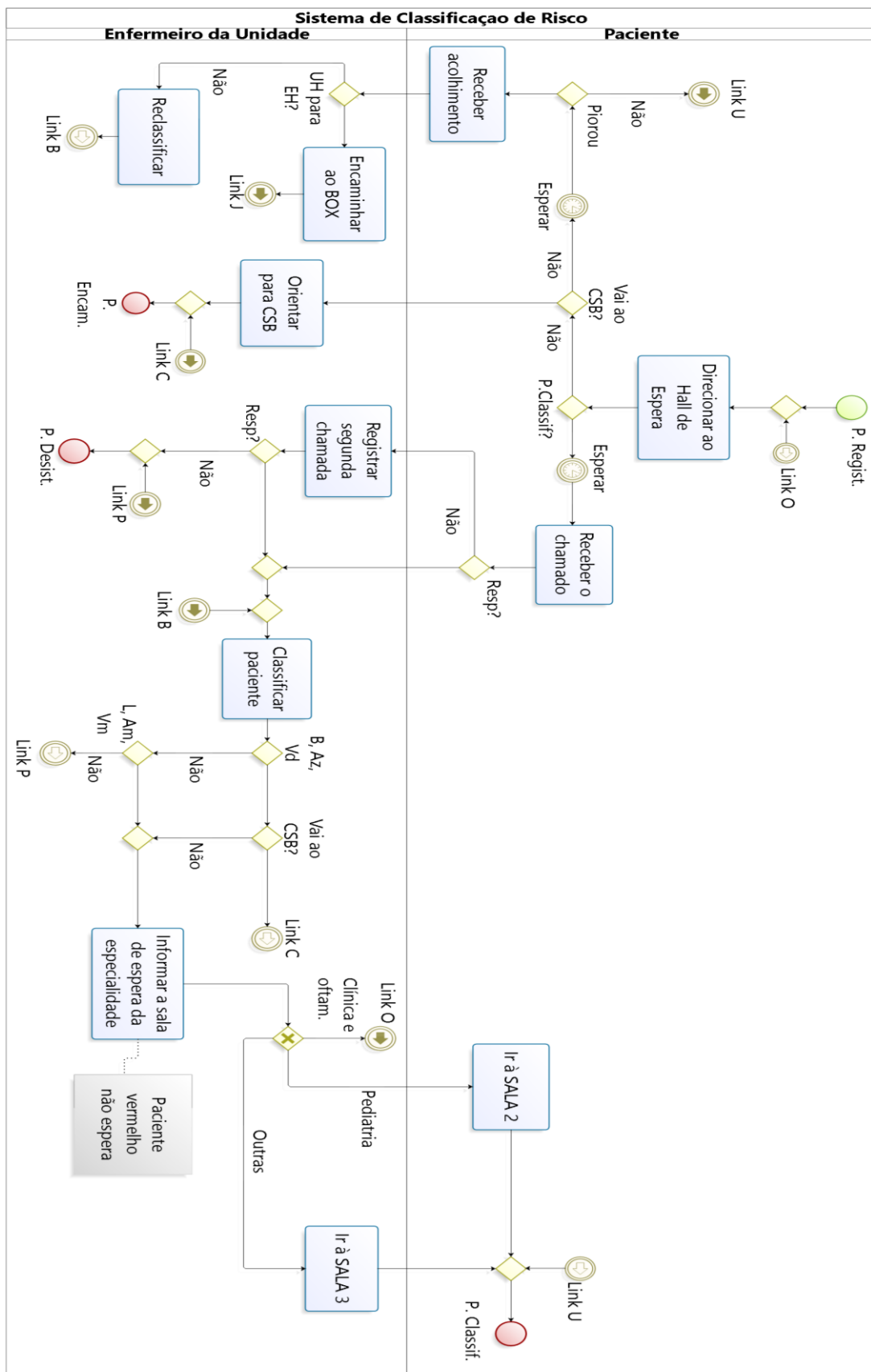
LEGENDA DOS APÊNDICES

Legenda para a análise dos fluxogramas	
CB	Corpo de Bombeiros
SEH	Serviço de Emergência Hospitalar
OS	Pronto-socorro
EH	Emergência Hospitalar
UH	Urgência Hospitalar
Oftam.	Oftalmologia
Pediat.	Pediatria
P.	
Desist.	Paciente desistente
P.	
Regist.	Paciente registrado
P.	
Classif.	Paciente classificado
P.	Paciente encaminhado para avaliação
Encam.	médica
CSB	Centro de Saúde Básico
Resp.	Resposta à chamada
B, Az,	
Vd	Branco, Azul e Verde
L, Am,	
Vm	Laranja, Amarelo e Vermelho
1º	
atend	1º atendimento
Rad.	Radiologia
Lab.	Laboratorial
Med.	Medicação

APÊNDICE A



APÊNDICE B



APÊNDICE C

