

Taxa de Ocupação Operacional UTI Pediátrica

V1.01 - Janeiro de 2013

Sumário:

Sigla

Nome

Conceituação

Domínio

Relevância

Importância

 Estágio do Ciclo
de Vida

Método de Cálculo

 Definição de Termos
utilizados no
Indicador:

Interpretação

 Periodicidade de
Envio dos Dados

Público-alvo

Usos

 Parâmetros, Dados
Estatísticos e Re-
comendações

Meta

Fontes dos Dados

 Ações Esperadas
para Causar Im-
pacto no Indica-
dor

 Limitações e Vie-
ses

Referências

Sigla	E-EFI-04
Nome	Taxa de Ocupação Operacional UTI Pediátrica
Conceituação	Avaliar o grau de utilização dos leitos operacionais na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica do hospital. Mede o perfil de utilização e gestão do leito operacional na UTI Pediátrica do hospital. Está relacionado ao intervalo de substituição e à média de permanência na UTI Pediátrica.
Domínio	Eficiência
Relevância	Essencial
Importância	A gestão eficiente do leito operacional aumenta a oferta de leitos para o sistema de saúde. O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deverá ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os indivíduos que necessitem deste recurso para recuperação da saúde.
Estágio do Ciclo de Vida	E.2

Método de Cálculo	$\left(\frac{\sum \text{Número de pacientes-dia UTI - P no período}}{\sum \text{Número de leitos - dia operacionais UTI - P no período}} \right) \times 100$
<p>Definição de Termos utilizados no Indicador:</p> <p>a) Numerador</p> <p>b) Denominador</p>	<p>a) Numerador: Número de pacientes-dia na UTI-P – somatória de pacientes-dia na UTI Pediátrica do hospital no período de um mês.</p> <p>b) Denominador: Número de leitos-dia operacionais na UTI-P – somatória de leitos-dia operacionais na UTI Pediátrica do hospital no período de um mês.</p> <p>Utilizar o censo da 00:00 hora de cada dia. A padronização preconizada é baseada na nomenclatura e definição de leitos estabelecida pela Portaria nº 312/2002 do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2002).</p> <p>Unidade de Terapia Intensiva – UTI (ANVISA, 2010): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.</p> <p>Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTI-P (ANVISA, 2010): UTI destinada à assistência de pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.</p> <p>Pacientes-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernando na UTI Pediátrica do hospital em cada dia. O número de pacientes-dia no mês será a somatória de pacientes-dia de cada dia do mês (Sipageh, 2006; Schout e Novaes, 2007; CQH, 2009).</p> <p>Leitos-dia operacionais: Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar. Os leitos-dia correspondem aos leitos operacionais ou disponíveis, aí incluídos os leitos extras com pacientes internados na UTI Pediátrica do hospital, o que significa que o número de leitos-dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio de leitos, por exemplo, por razões de infecção hospitalar ou por motivos relacionados à manutenção, o desbloqueio de leitos e a utilização de leitos extras. O número de leitos-dia operacionais no mês é a somatória dos leitos-dia operacionais de cada dia do mês (Sipageh, 2006; Schout e Novaes, 2007; CQH, 2009).</p> <p>Obs 1: Se no denominador forem utilizados os leitos instalados, as taxas de ocupação serão subestimadas.</p> <p>Obs 2: A taxa não deverá nunca ultrapassar 100%.</p> <p>Definições associadas:</p> <p>Leitos instalados: Leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão.</p> <p>Leitos operacionais: São os leitos em utilização e os leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados. Os leitos de <i>Day Clinic</i> ou Hospital Dia são considerados leitos de observação, assim como os leitos de pré-parto ou de recuperação anestésica, <u>que, portanto, não contam como leitos operacionais.</u></p> <p>Leitos bloqueados: São os leitos que são habitualmente utilizados para internação, mas que no momento em que é realizado o censo não podem ser utilizados por qualquer razão (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).</p> <p>Leitos de observação: São leitos destinados a acompanhamento do paciente sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos: leitos de pré-parto; berço em alojamento conjunto; leito de berçário para recém-nascido sadio; leitos de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica; camas destinadas a acompanhantes e funcionários do hospital; leitos de serviços diagnósticos; Hospital Dia.</p>

Interpretação	Avalia o grau de utilização dos leitos operacionais da UTI Pediátrica do hospital.
Periodicidade de Envio dos Dados	Mensal
Público-alvo	Crianças internadas em UTI.
Usos	<ul style="list-style-type: none"> • Eficiência da gestão do leito operacional nas UTIs Pediátrica dos hospitais. • Avaliar a utilização dos leitos hospitalares no sistema de serviços de saúde.
Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações	<p>As UTIs são unidades que requerem pessoal capacitado e recursos de alta tecnologia que implicam em custos elevados para a manutenção dos leitos instalados e a implantação de novos leitos. Daí decorre a escassez de leitos especializados em cuidados intensivos para atender a demanda de pacientes elegíveis no país (Gonçalves e Pontes, 2012).</p> <p>Levando em consideração este cenário, o Ministério da Saúde adotou como critério de qualificação das UTIs das instituições hospitalares que possuem Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, uma taxa de ocupação média mensal de, no mínimo, 90% (Ministério da Saúde, 2011). Por sua vez, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais estabeleceu como meta uma taxa de ocupação superior a 87% (Governo do Estado de Minas Gerais, 2009).</p> <p>Contudo, resultados de simulação pelo modelo da teoria das filas bem como dados empíricos mostram que a recusa de pacientes aumenta exponencialmente quando a taxa de ocupação operacional das UTIs ultrapassa 80-85% (McManus <i>et al.</i>, 2004).</p> <p>A taxa de ocupação acima do preconizado implica em altos índices de recusa de pacientes que necessitam de cuidados intensivos referenciados pelo setor de emergência, desvio para outras unidades hospitalares com menos recursos e internação inadequada em unidades intermediárias e enfermarias. Pacientes que necessitam de cuidados intensivos mas são recusados pela UTI em razão de superlotação, permanecendo internados em enfermarias comuns, apresentam uma taxa de mortalidade maior que os pacientes aceitos. Por outro lado, as UTIs capazes de expandir suas operações para atender às flutuações da demanda, preservando a qualidade da assistência, mantêm taxas de mortalidade consistentes com o perfil de gravidade dos pacientes (Iwashyna, Kramer e Kahn, 2009).</p> <p>A taxa de ocupação abaixo de 75% indica baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital. Inadequada utilização deste recurso pode indicar falha no planejamento do hospital, índices de satisfação da clientela baixos, ou inadequada articulação com a rede de serviços.</p> <p>As taxas de ocupação relatadas para UTI Pediátrica da rede do SUS tendem a ser mais baixas que as relatadas para UTI Adulto, situando-se mais frequentemente na faixa adequada, 80% a 85%. Dessa forma, o Governo do Distrito Federal – DF (2008) relatou uma taxa de ocupação média na UTI Pediátrica de 82,4%, para três unidades hospitalares, com variação de 71,1% a 89,5%, contra uma média de 92,7% na UTI Adulto, para nove unidades hospitalares.</p>

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações (cont.)	<p>Há outras referências de taxa de ocupação na UTI Pediátrica situada na faixa de 80% a 85%. Um hospital universitário da rede do SUS em Porto Alegre, RS, referiu uma taxa de ocupação de 83%, no período de 1978 a 1994 (Einloft <i>et al.</i>, 2002). Um hospital geral do SUS em São Paulo, SP, sem atividade de ensino, relatou uma taxa de ocupação operacional de 85,0% na UTI Pediátrica no terceiro trimestre de 2011 (Hospital Municipal Cidade Tiradentes, 2011).</p> <p>Alguns hospitais referiram baixa utilização dos leitos de UTI Pediátrica, com taxas de ocupação abaixo de 75%. Um hospital geral do SUS em Diadema, SP, sem atividade de ensino, relatou uma taxa de ocupação de 51,4% na UTI Pediátrica, em 2011 (Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - SP, 2011). Uma UTI Pediátrica de São Paulo, SP, que atende à saúde suplementar e à filantropia, referiu uma taxa de ocupação de 69,3% em 2009 (Lanetzki <i>et al.</i>, 2012).</p>
Meta	Manter a taxa de ocupação entre 80 e 85%.
Fontes dos Dados	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – Relatório de consolidação do Censo hospitalar realizado a 00:00h diariamente e armazenado no sistema de informação do hospital ou como relatório em papel no Serviço de Arquivo Médico e Estatística do hospital.
Ações Esperadas para Causar Impacto no Indicador	<p>Faz-se necessário racionalizar uma conduta para admissão de pacientes em UTI, especialmente nas situações em que o setor está operando próximo a sua capacidade máxima (McManus <i>et al.</i>, 2004). Deve-se evitar que a taxa de ocupação atinja valores próximos a 100%, mantendo-se sempre um pequeno número de leitos operacionais desocupados para atender sobretudo aos pacientes graves encaminhados pela emergência.</p> <p>A Sociedade Norte-Americana de Terapia Intensiva (Society of Critical Care Medicine, 1999) elaborou critérios de admissão na UTI, com a finalidade de priorizar, no processo de triagem, a internação dos pacientes com maior potencial de benefício pelo tratamento intensivo por comparação com o tratamento convencional. Pacientes nos dois extremos do risco de morte, baixo risco e altíssimo risco, têm pouca indicação de cuidados intensivos. Pacientes graves e instáveis, por outro lado, são os que mais se beneficiam de cuidados intensivos.</p> <p>A criação de um grupo ou comitê para gestão do leito hospitalar com três ou quatro participantes e que gerencia a utilização do leito hospitalar pode melhorar a utilização do leito. A gestão e organização da equipe clínica para planejar a alta hospitalar no momento da internação, e o <i>check-list</i> de enfermagem para garantir que o paciente esteja com todos os laudos dos exames e todas as orientações do time assistencial podem agilizar a alta até as 10:00h, possibilitando que os pacientes aguardando internação provenientes do Pronto Atendimento possam rapidamente ocupar um leito ou que maior número de cirurgias eletivas possam estar programadas para ocupar os leitos a partir da liberação mais rápida e otimizada dos leitos operacionais.</p> <p>Recomenda-se que os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de curta permanência (menor que 12 horas) sejam atendidos em unidades de hospital-dia. Esta unidade deverá ter análise diferenciada, com indicadores específicos que não estão incluídos nesta ficha técnica.</p>

Limitações e Vieses

A alimentação do sistema ou a coleta dos dados do censo hospitalar devem estar fidedignas no momento do censo para que as informações de pacientes-dia e leitos-dia reflitam de forma precisa a ocupação do leito hospitalar no período. Caso isto não seja respeitado, poderá se obter taxa de ocupação menor do que a de fato observada. Nesse sentido, o cadastro de leitos no sistema de informação deverá ter rotinas de atualização sistemáticas.

Hospitais com grande volume de pacientes de curta permanência tendem a ter baixas taxas de ocupação, pois o movimento de hospital-dia (curta permanência) está misturado com a demanda de internações que exigem permanência maior de 24 horas. Recomenda-se separar esta demanda em unidades de curta permanência e analisá-la com indicadores específicos.

Referências

- ANVISA. **Resolução N° 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 08/01/2013.
- CQH. **3º Caderno de Indicadores CQH**. Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. São Paulo. 2009. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/3%20caderno%20de%20ind%20baixa-res.pdf>. Acesso em: 26/11/2012.
- Einloff, P. R., *et al.* Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.6, Dec, p.728-733. 2002.
- Gonçalves, R. M.; Pontes, E. P. **Estudo de taxa de ocupação de leitos de UTI do Estado de Minas Gerais**. V Congresso CONSAD de Gestão Pública. Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília, DF, 2012. p.18.
- Governo do Distrito Federal. **Relatório Estatístico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e Hospital Universitário de Brasília**. Núcleo de Controle de Estatísticas e Tendências. Brasília. 2008. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00009094.pdf>. Acesso em: 27/09/2012.
- Governo do Estado de Minas Gerais. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 592, de 21 de outubro de 2009**. Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte. 2009. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2009/Del%20592%20UTI.pdf. Acesso em: 11/01/2013.
- Hospital Municipal Cidade Tiradentes. **Indicadores Hospitalares - Desempenho e Efetividade - 3º Trimestre de 2011**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. 2011. Disponível em: http://www.hospitalcidadetiradentes.com.br/td/downloads/prestacao_contas_2011/Tiradentes3%C2%BATrimestre2011_DesempenhoEfetividade.pdf. Acesso em: 01/10/2012.
- Iwashyna, T. J.; Kramer, A. A.; Kahn, J. M. Intensive care unit occupancy and patient outcomes. **Crit Care Med**, v.37, n.5, May, p.1545-1557. 2009.
- Lanetzki, C. S., *et al.* The epidemiological profile of Pediatric Intensive Care Center at Hospital Israelita Albert Einstein. **Einstein (São Paulo)**, v.10, p.16-21. 2012.
- McManus, M. L., *et al.* Queuing Theory Accurately Models the Need for Critical Care Resources. **Anesthesiology**, v.100, n.5, p.1271-1276. 2004.
- Ministério da Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 32 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)
- Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**. Ministério da Saúde. Brasília. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em: 11/01/2013.
- Schout, D.; Novaes, H. M. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Cien Saude Colet**, v.12, n.4, Jul-Aug, p.935-944. 2007.
- Secretaria Municipal de Saúde de Diadema - SP. **Relatório Anual de Gestão de 2011**. Prefeitura de Diadema, SP. Diadema, SP. 2011. Disponível em: <http://www.diadema.sp.gov.br/dmp/comunicacao/Comunicacao/Site2/RelatorioAnualdeGestao2011SMSDiadema.pdf>. Acesso em: 01/10/2012.
- Sipageh. **Indicadores**. Porto Alegre: Unisinos. 2006. Disponível em: http://www.projeto.unisinos.br/sipageh/index.php?option=com_content&task=view&id=86&Itemid=195&menu_active=active_menu_sub&marcador=195. Acesso em: 26/11/2012.
- Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. **Crit Care Med**, v.27, n.3, Mar, p.633-638. 1999.

