

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA NA ÁREA DA SAÚDE

ROBERTA PÁDUA MORAES

**O ACOLHIMENTO NA URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA E SEUS IMPACTOS NA  
ASSISTÊNCIA E NOS INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR: UM  
ESTUDO DE CASO**

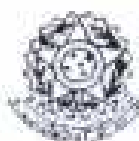
Belo Horizonte  
2019

ROBERTA PÁDUA MORAES

**O ACOLHIMENTO NA URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA E SEUS IMPACTOS NA  
ASSISTÊNCIA E NOS INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR: UM  
ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Ciências Econômicas da  
Universidade Federal de Minas Gerais, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Especialista em Gestão Pública.  
Orientador: Prof. Ms..Marlusa Gosling

Belo Horizonte  
2019



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Ciências Econômicas  
Departamento de Ciências Administrativas  
Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO do Senhor(a) **Roberta Pádua Moraes**, REGISTRO Nº 2017760000. No dia 04/05/2019. As 10:20 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Pública, para julgar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "O ACOPLIMENTO NA URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA, E SEUS IMPACTOS NA ASSISTÊNCIA E NOS INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO", requisito para a obtenção do Título de Especialista. Abriu-se a sessão, o(a) orientador(a) e Presidente da Comissão, **Mariusa Sevilha Gosling**, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares de apresentação do TCC, passou a palavra ao(a) aluno(a) para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, seguido das respostas do(a) aluno(a). Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do(a) aluno(a) e do público, para avaliação do TCC, que foi considerado:

1) APROVADO

APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VOTO DESTA COMISSÃO, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA - PRAZO MÁXIMO DE 7 (SETE) DIAS

1) NÃO APROVADO

95 pontos ( setenta e cinco ) trabalhos com nota maior ou igual a 50 serão considerados aprovados.

O resultado final foi comunicado publicamente ao(a) aluno(a) pelo(a) orientador(a) e Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Senhor(a) Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 04/05/2019.

Prof. Mariusa Sevilha Gosling  
(Orientador(a))

Prof(a). Daniel Franciere Bastos Monteiro

Prof(a). Nelva dos Santos Andrade



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Ciências Econômicas  
Departamento de Ciências Administrativas  
Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde

MODIFICAÇÃO EM TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Modificações exigidas no TCC do(a) aluno(a) Roberta Pádua Moraes, número de matrícula 2017760000.

Modificações solicitadas:

Reorganizar as informações em anexo, para melhor visualização;  
alterar que se trata de um estudo de caso no resumo;  
Colocar fonte da introdução na revisão da literatura;  
Explicar o tratamento dos dados na metodologia;  
Simplificar e resumir o parágrafo;  
Apresentar a pergunta de pesquisa na introdução;  
Citar resumo em inglês e  
Explicar de forma mais ampla os dados apresentados  
por gráficos e tabelas.

O prazo para entrega do TCC contemplando as alterações determinadas pela comissão é de no máximo 7 dias, sendo o(a) orientador(a) responsável pela correção final.

  
Prof(a) Mariana Cavilha Gosling  
(Orientador(a))

  
Assinatura do(a) aluno(a): Roberta Pádua Moraes

Atesto que as alterações exigidas:  foram cumpridas;  
 não foram cumpridas

Belo Horizonte, 11 de maio de 2019

Professor Orientador

  
ASSINATURA

“Se eu errar que seja por muito, por amar demais,  
Por me entregar demais,  
Por ter tentado ser feliz demais.”

Clarice Lispector

Ao Gu e Lalá.

Amores cotidianos que me acolhem com afeto.

Amores cotidianos que apostam em meus sonhos.

Amores cotidianos que não cortam minhas asas.

Amores cotidianos por quem suspiro.

## **RESUMO**

O presente artigo trata de um estudo de caso sobre o acolhimento como dispositivo clínico na urgência em hospital psiquiátrico e seus impactos relativos, especialmente, nas tomadas de decisões que culminam com a internação através de avaliação de indicadores de qualidade hospitalares e a ferramenta de gestão carta de controle. Percebe-se que as demandas na porta de entrada devem ser escutadas por uma equipe qualificada. Foi utilizada para esse estudo a revisão de literatura relativa aos termos acolhimento, Política de Saúde Mental, internação, indicadores hospitalares de qualidade e carta controle. Os dados utilizados foram coletados pelo Núcleo de Gestão do Instituto Raul Soares no período de dezembro de 2015 à dezembro de 2018 para análises representada por indicadores hospitalares e carta controle.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Internação Hospitalar; Indicadores Hospitalares, Acolhimento, Carta Controle.

## **ABSTRACT**

The present article deals with a case study on the reception as a clinical device in the emergency in a psychiatric hospital and its relative impacts, especially in the decision making that culminates in the hospitalization through the evaluation of hospital quality indicators and the management tool letter of control. It is noticed that the demands at the door of entry should be listened to by a qualified team. A review of the literature on the terms host, Mental Health Policy, hospitalization, quality hospital indicators and control letter was used for this study. The data used were collected by the Management Center of the Raul Soares Institute from December 2015 to December 2018 for analyzes represented by hospital indicators and control charts.

**Palavras-chave:** Mental Health; Hospital internment; Hospital Indicators, Reception, Control Chart.



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	3
	2.1 A PRÁTICA DO ACOLHIMENTO.....	3
	2.2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	4
	2.3 INDICADORES DE SAÚDE.....	8.
	2.4 CONTROLE ESTATÍSTICO DA QUALIDADE.....	8.
3	METODOLOGIA.....	12
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	15
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
6	REFERÊNCIAS BIBLIORGRÁFICAS.....	31

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Melhoria do processo com o uso de cartas de controle.....	11
FIGURA 2 – Evolução da estratificação percentual dos números de casos.....	18
FIGURA 3 – Carta de controle do MPG dias no período analisado.....	20
FIGURA 4 – Taxa de Ocupação (T.O.) no período analisado versus número de leitos.....	24
FIGURA 5 – Carta de controle do Taxa de Ocupação (T.O.) no período analisado.....	26
FIGURA 6 – Carta de controle do Taxa de Ocupação (T.O.) no período analisado.....	27

## LISTA DE TABELA

TABELA 1: Dados sobre o número total de atendimentos desdobrados em internações, sem internações e observações.....	16
TABELA 2: Dados sobre o número de leitos, MPG em dias, MPG em dias (exclusão de clínicas), I.R. e T.O.....	22

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial

CEQ: Controle Estatístico da Qualidade

CEP: Controle Estatístico do Processo

CC: Centros de Convivências

CERSAM: Centros de Referência em Saúde Mental

FHEMIG: Fundação Hospitalar de Minas Gerais

IR: Índice de Rotatividade

IRS: Instituto Raul Soares

MPG: Média de Permanência Geral

PNSM: Política Nacional de Saúde Mental

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SRT: Serviços de Residências Terapêuticas

SUS: Serviço Único de Saúde

## 1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica, compilada na Lei 10.216 de 6 abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Este movimento, iniciado nos anos 70 e fortalecido com a instituição do SUS em 1988, passou a ser um modelo substitutivo no qual os pacientes seriam atendidos fora dos hospitais, com destaque para o convívio social e o fechamento de leitos psiquiátricos. Isso porque a prática psiquiátrica higienista segregou pessoas com transtornos mentais por décadas violando direitos desses indivíduos.

A desarticulação do modelo baseado nos cuidados de saúde em hospitais advinda da reforma psiquiátrica vem sendo construída com a oferta de tratamento em serviços denominados substitutivos ao modelo asilar. Os dispositivos criados são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), os Centros de Convivências (CC), os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) dentre outros, articulados com a atenção básica e suas equipes.

A Portaria nº 3088 de 19 de fevereiro de 2002 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Serviço Único de Saúde (SUS) e traz em seu Art. 10, inciso § 2º uma orientação a respeito das internações psiquiátricas incentivando o processo de substituição dos leitos psiquiátricos. § 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos. As internações de curto período, desde então, têm sido uma direção no tratamento nos hospitais psiquiátricos.

A implantação do acolhimento na porta de entrada do Instituto Raul Soares (IRS), hospital psiquiátrico e de ensino com abrangência estadual da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), se deu em meados de 2014. É uma orientação clínica que aproxima o hospital psiquiátrico da Rede de Saúde Mental pelo viés de construções de casos e encaminhamentos.

O cálculo clínico do ato de acolher, após escuta e avaliação da demanda do usuário na porta de entrada da urgência hospitalar, tem impacto no fluxo das redes de saúde mental do SUS. Devem estar alinhadas à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) para se evitar práticas outrora realizadas denominadas manicomiais- que afastam o indivíduo de sua circulação

social. Isso porque as decisões tomadas após escuta no acolhimento podem gerar endereçamentos responsáveis aos serviços públicos de saúde territoriais, internações nos casos de crise (esgotadas as tentativas na rede existente) e retaguarda ao atender municípios cuja rede de saúde mental ainda não foi totalmente implantada.

Dessas reflexões práticas no dia a dia do hospital psiquiátrico, surgiu o desejo de qualificar o acolhimento diário nesta instituição e estabelecer indicadores de qualidade e eficiência na gestão hospitalar psiquiátrica a partir de sua implementação. Nesse contexto, apresenta-se como questão norteadora do trabalho: como fazer do acolhimento um dispositivo não só clínico mas norteador na gestão de indicadores de qualidade do hospital?

Este estudo tem como objetivo geral avaliar os impactos do Acolhimento realizado na porta de entrada do Instituto Raul Soares na assistência e nas internações mediante análise de dados estatísticos durante o período de janeiro de 2015 à dezembro 2018. Especificamente, pretende-se buscar o desenvolvimento de uma gestão eficiente que ofereça cuidados com qualidade e pontualidade aos seus usuários em articulação com a Raps e Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde a partir do acolhimento.

Justifica-se pela aposta da importância da prática do acolhimento como processo de trabalho estratégico na urgência psiquiátrica. O estudo visa a qualificação do acolhimento: ato que causa efeitos tanto nos encaminhamentos e articulações com a Rede porque também se responsabiliza na construção dessa rede de cuidados para o usuário do SUS garanta acesso, resolutividade e continuidade bem como na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares de curto tempo no caso de internação. Acredita-se que uma gestão hospitalar eficiente deva se orientar pela prática do Acolhimento e suas respostas às demandas da porta de entrada feito por equipe multiprofissional, podendo recolher seus efeitos nas internações e no tempo médio de permanência dos usuários de saúde mental.

Os dados fornecidos serão analisados mediante ferramentas de qualidade como os indicadores de gestão hospitalar de qualidade e carta controle. Pretende-se, com isso, fazer um paralelo entre a prática do acolhimento na porta de entrada de uma instituição em crise e indicadores de uma eficiente gestão hospitalar. E apontar, por meio das ferramentas de qualidade, os impactos das decisões clínicas do acolhimento e sua importância como processo reorganizador dos cuidados hospitalares.

O presente estudo será dividido em revisão de literatura, metodologia, apresentação de resultados e análises e conclusões.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A prática do acolhimento**

O acolhimento é um orientador da Política Nacional de Humanização – também conhecida como Humaniza SUS. É considerada uma prática transversal que deve se fazer presente e inserida em todas as políticas e programas dos SUS. O acolhimento como ato ou efeito de acolher deve expressar ação de aproximação, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, de inclusão, de ‘estar com’ e um ‘estar perto de’. (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), o acolhimento permite o reconhecimento do que o outro traz como legítimo e particular enquanto necessidade de saúde. Possibilita a sustentação da relação entre equipes/serviços e usuários/populações. É construído coletivamente através da análise de processos de trabalho porque tem valor de prática e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo em uma rede sócio afetiva.

A literatura sobre o acolhimento corrobora quanto a importância e o lugar de transversalidade do acolhimento nas práticas de saúde e organização de sua rede de cuidados. Infere-se que o ato de acolher garante o acesso a todos os usuários e uma escuta qualificada com responsabilização pela solução da queixa. Considerada como ferramenta de intervenção mediante a escuta e o vínculo, com articulação responsável e resolutiva, é um dispositivo que interroga os processos intersetoriais nas práticas de saúde com o propósito de produzir responsabilização sanitária e resolutividade nas intervenções. (Merhy, 1994; Franco et al. 1999; Brasil, 2009).

Rodrigues e Brognoli (2004) apontam que os dispositivos relacionais como acolhimento, o vínculo, a co-responsabilização e a autonomia possibilitam a construção de uma nova prática em saúde. Uma das funções do acolhimento é fazer a distinção entre o tipo de queixa e demanda para avaliar a adequação dos serviços relativos ao usuário possuindo como princípio a organização do processo de trabalho em equipe. O vínculo pode ser descrito como uma ferramenta capaz de favorecer trocas terapêuticas na sutileza de cada coletivo e cada indivíduo. A co-responsabilização envolve pactuações entre os sujeitos envolvidos no cuidado bem como compromisso e contato mútuo. A autonomia favorece a criação de redes próprias de saúde e cuidados e representa uma parceria para a melhoria da qualidade de vida.

Caso a demanda do sujeito e a decisão clínica na porta de entrada do hospital, após acolhimento, não for a internação, outro questionamento pode surgir: para qual serviço no

território encaminhar o paciente garantindo a continuidade da assistência? Quais os cuidados necessários neste momento: CAPS, atenção básica. As decisões e condutas devem ser pautadas pela ética regida pelos princípios e diretrizes do SUS e pela singular realidade local e suas respostas às demandas em saúde mental da população e de cada usuário em particular.

Nesse contexto, a inserção do acolhimento se apresenta como um instrumento diferenciado que pode auxiliar na gestão hospitalar. Quando essa demanda chega e conforme ela é escutada, constrói-se um projeto de cuidados e referenciamentos para o usuário do SUS. Isso acontece na medida em que são produzidas ações que responsabilizam os atores envolvidos: os pacientes, familiares, os serviços, a equipe.

A equipe de acolhedores do hospital, afinados com a política de saúde mental e articulados com a rede, refletem no processo de trabalho práticas voltadas para a clínica da crise no hospital psiquiátrico: encaminhamentos responsáveis aos seus serviços de saúde, observação e/ou internação breve.

## **2.2 Política de saúde mental e o hospital psiquiátrico**

A Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 de que trata a Reforma Psiquiátrica no Brasil emerge com o rompimento do modelo de assistência psiquiátrica asilar e manicomial propondo a reorganização de um novo modelo de assistência a pessoas em sofrimento mental. O novo modelo assistencial refere-se à Rede de Atenção Psicossocial com serviços territoriais e comunitários de assistência. Sobre as Redes de Saúde (RS), Mendes (2011) aponta que se fundamentam em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração e a dispersão de certos serviços. Sua organização “depende de uma estruturação que busque eficiência e qualidade a partir de fundamentos como: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração, territórios e níveis de atenção” (MENDES, 2011).

Macedo et al. (2016) consideram que as redes de atenção são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas e níveis de complexidade do sistema SUS. São articulados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão e buscam garantir a integralidade do cuidado. Apontam que estruturar uma rede em saúde mental com diversos pontos de atenção que vão desde os cuidados primários até a alta complexidade, além de serviços e ações de desinstitucionalização e reinserção psicossocial, indica um elevado nível de complexidade de ações.



Algumas dificuldades na implantação da Política de Saúde Mental podem ser localizadas: falta de recursos financeiros para ampliação dos CAPS, falta de capacitação de equipes de saúde mental desde a atenção básica, escassez de recursos humanos nos serviços de modo geral, número reduzido de leitos psiquiátricos em hospital geral, inerentes ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileira quanto à distribuição dos serviços da RAPS no território nacional. Pode-se afirmar, embora os percalços descritos, que houve uma progressiva expansão dos serviços nos últimos quinze anos. Há um forte indicativo para interiorização, notadamente das equipes da atenção primária, em função da natureza da sua proposta de cobertura e modalidade de atenção (MACEDO et al. 2016).

Novos desafios estão postos à Política Nacional de Saúde Mental no Brasil com o processo de regionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se da ampliação do acesso e melhora da qualidade de atenção em saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no âmbito do SUS. Para tais ações, objetiva-se analisar a organização da RAPS a partir da constituição das regiões e Redes de Atenção.

O processo de regionalização da saúde vem se expandindo com a implantação dos CAPS nos municípios de todo Brasil, bem como a implantação de outros serviços substitutivos de Saúde Mental. Embora ainda existam entraves políticos e de financiamento para a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais no Brasil, percebe-se uma crescente regionalização e interiorização das ações de atenção à saúde mental. Observam-se mudanças no perfil dos hospitais psiquiátricos com incentivo financeiro para os de menor porte, redução drástica dos leitos SUS em hospitais psiquiátricos. (MACEDO et al,2016).

De acordo com o mesmo autor, o atual cenário da atenção pública em saúde mental do país traz alguns avanços como maior investimento em ações de qualificação profissional com projetos de educação continuada e permanente a partir de 2005, com editais de supervisão clínico-institucional e de redes, valorizando ações formativas e fortalecendo a estratégia de atenção psicossocial nos serviços. De fato há transformações na assistência e materialização dos direitos das pessoas em sofrimento mental mediante aparato legal e estrutural das redes de atenção psicossocial.

Entretanto, a distorção em processos de implantação da política federal nos estados e municípios impactaram na lentidão no movimento substitutivo que pode ser verificado no número de município de pequeno porte ainda sem cobertura de CAPS. Outro aspecto relevante que requer avanços é a integração de pontos de atenção à saúde dentro de um mesmo município ou região. Isso se dá com maior eficiência quando os atores envolvidos

sabem das funções de cada serviço e há a referência e contra referência no processo de cuidados.

Borges e Batista (2008), em seu estudo sobre a trajetória da construção política de 1990 a 2004 do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, abordam as mudanças ocorridas no período denominado germinativo entre 1990 e 1996. O primeiro documento normativo com o viés da desospitalização fundamentada em ações de avaliação e acreditação hospitalar foi a Portaria SNAS nº. 189/91. A portaria normatizava grupos de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) possibilitando o custeio de ações e serviços alternativos. “Seu ponto forte é a alteração do financiamento, mas estão presentes também a especificação de rotinas e os prazos para apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), bem como normatização para internações e hospital-dia.” (BORGES e BATISTA,2008).

Essa Portaria desdobra-se em quatro linhas de atuação que terão prosseguimento diferenciado em documentos normativos: qualificação/desospitalização; avaliação; Autorização de Internação Hospitalar (AIH); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e SIA. As *Portaria SAS nº. 22/94* e *Portaria SAS nº.119/96* visam à regulamentação da sistemática de pagamento de AIH, determinando sobre a duração de internação e prazos e estão diretamente relacionadas com o processo de qualificação e desospitalização da reforma psiquiátrica.

Este estudo pressupõe que o acolhimento seja um instrumental que tem interferência nos processos de trabalho e na gestão hospitalar: internações e não internações, construções de Projetos Terapêuticos Singulares que preconizam internações breves nas crises e encaminhamentos e articulações com a Rede de Saúde Mental de forma contínua. O dispositivo do acolhimento apresenta-se como eixo de sustentação da política antimanicomial dentro das instituições psiquiátricas como é o caso do Instituto Raul Soares, prezando por uma gestão de qualidade e eficiente. O Instituto Raul Soares, objeto deste estudo, apresenta-se como referência na atenção terciária para todo o Estado de Minas Gerais, sendo um serviço de portas abertas 24 horas e 100% SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde, alcançou-se, em 2014, o índice de 86% da população coberta com serviços extra hospitalares, territoriais e de base comunitária. Observam-se mudanças no perfil dos hospitais psiquiátricos com incentivo financeiro para os de menor porte, redução drástica dos leitos SUS em hospitais psiquiátricos (Macedo et al, 2017).O cenário da saúde mental no Estado de Minas Gerais atualmente apresenta a seguinte configuração, segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

(DATASUS): em dezembro de 2018 existem 366 CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) cadastrados em Minas Gerais, abrangendo um total de 245 municípios.

O imaginário em relação ao hospital psiquiátrico se faz presente: “por muito tempo, e com alguma eficácia, barrou-se o desejo por muros a partir da denúncia do significado deles: encarceramento, violência, abandono, esquecimento e morte.” (Nader, A., 18 de fevereiro de 2019). Segundo Horta et al. (2015), a hospitalização psiquiátrica muitas vezes é associada a maus tratos, aprisionamento e cerceamento de direitos devido à prática segregadora e excludente nas instituições totais. Por isso a luta antimanicomial apostou nos equipamentos dentro da comunidade dos usuários com atendimentos em leitos de hospitais gerais preferencialmente próximos e articulados com as redes de cuidados locais.

Mas a demanda de internação nos hospitais psiquiátricos, mesmo com o modelo substitutivo, é real. Sua função primária é oferecer suporte em internações de curta duração possibilitando o manejo de situações de crise e a atenção às questões clínicas quando possível. A população acolhida é vasta: pacientes do interior do Estado de Minas Gerais, onde a rede se apresenta mais enxuta em termos de dispositivos e recursos humanos, casos considerados de grande complexidade e muitas vezes refratários à diferentes terapias, casos compulsórios judicialmente, casos considerados sociais.

Essa conduta, especialmente em relação à tomada de decisão por internação hospitalar, deve ser ética e estar articulada aos objetivos políticos e institucionais. Deve estar de acordo com a legislação, com a política e com a clínica ao considerarmos o tratamento caso a caso no campo da saúde mental. E termos, na prática assistencial, o cuidado de não fazer valer práticas contrárias ao tratamento comunitário no território dos pacientes, as velhas e excludentes ações manicomiais.

A equipe de urgência, orientada pela política de saúde mental deve compreender a função do hospital enquanto lugar de crise e retaguarda. É de grande importância a equipe ter conhecimento da estrutura e funcionamento dos serviços e equipamentos de saúde mental substitutivos. A responsabilidade do acolhedor ao escutar a demanda do sujeito, do serviço ou de outras esferas como o Poder Judiciário na porta de entrada é construir com a equipe e com a Rede, na maioria das vezes, uma solução imediata para aquela “urgência”, fazendo diferença na clínica porque toda internação deve ser feita com critérios.

Essa diferença se dá mediante articulação com a rede substitutiva para afinamento e parcerias em casos, por exemplo, em que se esgotaram as apostas terapêuticas de construção de caso de

um paciente em crise. Casos em que uma borda feita por muros hospitalares opere como contensor de uma intensa desorganização psíquica que traz riscos aos próprios pacientes e à terceiros. Mas que tenha como projeto a duração o mais exata do momento de retornar seu tratamento no território e comunidade após diminuição do risco em ambiente hospitalar.

### **2.3 Indicadores de saúde**

Segundo Junior (2007), a produção e o uso de informações na instituição hospitalar devem ser incorporadas ao cotidiano do trabalho. O uso de informações na gestão corrobora para uma administração com qualidade, seja no serviço público, seja no serviço privado. Por isso, os serviços devem ser organizados de modo a responder com qualidade às demandas produzindo informações que possam subsidiar as tomadas de decisões.

Segundo Bumester (1993), os indicadores podem ser definidos como representações quantitativas ou não, tanto de resultados como de ocorrências ou eventos de um sistema. Alguns indicadores hospitalares são considerados importantes na gestão das ações prestadas de cuidados diante da complexidade e diversidade das áreas de produção de um hospital. Indicadores relativos ao uso de leitos como a taxa de média permanência, taxa de ocupação hospitalar são apontadas no estudo de produtividade e qualidade como importantes marcadores de uma boa gestão, bem como o índice de rotatividade (Ramos et al., 2015).

O conceito de indicador inserido no contexto da administração pode ser traduzido como o retrato de determinada situação naquele momento ou período em que foi aplicado ou mesmo medir diretamente uma situação ou expressar medidas indiretas. O indicador deve expressar uma realidade a partir de dados Apresenta, segundo Kardec et al (2002) como requisitos de um bom indicador ser didático e dizer sobre os processos e a organização visando aprendizado e melhoria contínua.

### **2.4 Controle estatístico da qualidade**

O Controle Estatístico da Qualidade (CEQ), também chamado de Controle Estatístico do Processo (CEP), está voltado a processos de melhoria da qualidade. Este se refere à utilização de métodos estatísticos, a fim de acompanhar e supervisionar um processo para que este possa produzir um produto conforme as especificações pré-determinadas (Madanhire e Mbohwa, 2016). O CEQ traz vários benefícios às organizações que a utilizam. Nordström et al. (2012)

salientam que um dos benefícios é que este permite uma análise quantitativa da variabilidade do processo com destaque para a constatação antecipada e prevenção de possíveis problemas.

A teoria geral dos gráficos de controle, proposta por Walter Shewhart na década de 20, descreve as cartas controles como gráficos desenvolvidos segundo esses princípios. As cartas de controle de Shewhart mostram evidências de que um processo está operando sob controle estatístico, detectam a presença de causas especiais de variações monitoram e aprimoram o desempenho do processo de medição (São Paulo, 2013).

Para Werkema (1995) existem dois tipos de causas para a variação: causas comuns ou aleatórias e as causas especiais ou assinaláveis. O primeiro são aquelas variações provocadas por uma variabilidade natural do processo presentes em todos os processos. Quando apenas a variabilidade natural está presente, a variação do processo se mantém em uma faixa estável chamada de faixa característica do processo. Assim, dizemos que o processo está sob controle estatístico, ou seja, apresentam um comportamento estável e previsível. O segundo tipo de variação são aquelas que surgem esporadicamente. Diante dessa ocorrência, dizemos que o processo está fora do controle estatístico, devendo localizar os pontos de variação e eliminá-los, bem como adotar medidas para que não voltem a aparecer.

De acordo com Fry et al. (2012), as causas especiais são quando ocorre falhas internas ou externas nos processos, podendo ser chamadas também de causas atribuíveis. Avaliar a distinção entre causas especiais e causas comuns é uma tarefa que exige conhecimento e capacidade de análise sobre o processo. No entanto, confundir esses tipos de causas ocasiona frustração, leva a maior variabilidade e custos mais elevados, exatamente o contrário do que é necessário (Deming, 1990, p. 225). Segundo Montgomery (2001), as causas são uma parte intrínseca do processo, ou seja, um processo que operar com estas causas estará sob controle estatístico.

Segundo Ahmad et al. (2014), os gráficos de controle auxiliam na investigação do processo e na diferenciação de situações de controle e fora de controle para diferentes parâmetros de interesse. Sendo assim, estes acompanham uma característica da qualidade conforme sua variabilidade e seu valor médio.

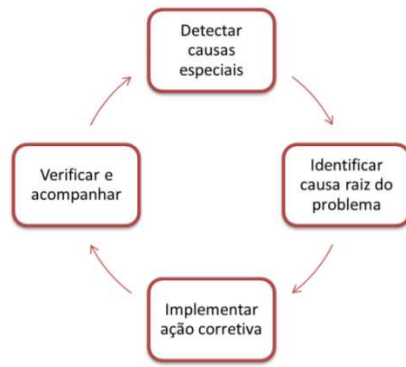
A carta de controle é estruturada de forma que segundo Montgomery (2001), esta terá o objetivo de plotar as médias das medidas de um dado atributo de qualidade através de amostras do processo ao longo do tempo, com isso o gráfico possuirá uma linha central (LC) e limites superior e inferior de controle (LSC e LIC). A partir desta ferramenta, é possível

afirmar se um processo está conforme ou não em controle estatístico. Um processo estará em controle estatístico quando o valor de seu indicador variar entre os limites inferior e superior de controle. Se este atravessar um dos limites expressará a presença de uma causa a ser investigada, corrigida e usada para melhorias futuras.

Para Costa, Epprecht e Carpinetti (2005) são necessários três parâmetros para a construção dos gráficos de controle: tamanho das amostras, fator para estabelecer a posição dos limites e intervalo de tempo entre as amostragens. A partir destes parâmetros é possível construir os gráficos de controle, os quais podem ser divididos em três categorias: gráfico de controle por variáveis, gráfico de controle por atributos e gráfico de controle para processos auto correlacionados. Os gráficos de controle por variáveis, segundo Costa, Epprecht e Carpinetti (2005) são utilizados para variáveis contínuas. Os gráficos (média) e R (amplitude) tem uma grande aplicabilidade para o monitoramento da média e da variabilidade de variáveis (Montgomery, 2001).

Costa, Epprecht e Carpinetti (2005), complementam que para o monitoramento do processo costuma-se utilizar dois gráficos de controle, sendo que um é utilizado para verificar a centralidade e o outro a dispersão da variável. Os gráficos de controle por variáveis, segundo Montgomery (2001), são utilizados para o controle da média do processo, através do gráfico (gráfico de controle para a média), ou para o controle da variabilidade do processo, através do gráfico S (gráfico de controle para o desvio padrão) ou gráfico R (gráfico de controle para a amplitude), sendo que o gráfico R é mais utilizado.

Para que haja o monitoramento do processo é necessária a certeza de que ele está sob controle estatístico. Isto requer conscientização, treinamento e esforço por parte da equipe técnica envolvida, pois a equipe precisa estar capacitada para a coleta adequada de dados, interpretação de resultados, identificação de causa raiz dos problemas eventuais, implementação de ações corretivas e utilização do gráfico como ferramenta para verificar e/ou acompanhar a melhoria do processo (ver Figura 1).



**Figura 1** - Melhoria do processo com o uso de cartas de controle. (Adaptado de Montgomery, 2009).

### 3 METODOLOGIA

O estudo de caso como método de pesquisa, segundo Yin (2014) é utilizado em diversas situações para contribuir ao conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados. Para o autor, o estudo de caso representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados. Pode incluir abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa e estudos de caso único e múltiplos.

Foi realizada uma revisão de literatura a fim de contextualizar a prática do acolhimento no SUS e no cenário da saúde mental bem como a importância da utilização de indicadores de saúde na gestão hospitalar eficiente. Para identificar as publicações que compuseram a revisão deste estudo, realizou-se consulta eletrônica, com o levantamento em bases de dados da Scientific Electronic Library Online – SciELO, o Portal Capes e Google Acadêmico no mês de janeiro e abril de 2019. Para tanto, foram empregados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Acolhimento, Reforma Psiquiátrica, Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), Indicadores de Qualidade Hospitalar e Carta Controle.

O local de estudo foi o hospital psiquiátrico de Ensino Instituto Raul Soares, situado em Belo Horizonte e parte da Rede FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais). A instituição, inaugurada em 1922, executa atividades de ensino e pesquisa em serviço de assistência aos portadores de sofrimento mental, atendimento psiquiátrico de urgência e emergência, ambulatorial e de internação de curta permanência no contexto do SUS e faz parte do polo de educação permanente da região Macrocentro do Estado de Minas Gerais (site Fhemig, 2019). Considerado um hospital de crise, atualmente oferece 84 leitos psiquiátricos para internação, sendo 6 leitos de observação, 48 leitos masculinos e 30 leitos femininos. (Gestão de Informação, 2019).

O projeto será de natureza aplicada e terá fins práticos. O objetivo da pesquisa será de caráter descritivo. Os dados fornecidos foram gerados pelo Núcleo de Gestão da referida instituição no período de janeiro de 2015 à dezembro de 2018.

Os indicadores hospitalares de qualidade que serão analisados no trabalho foram selecionados para representar o contexto vivenciado pelo Instituto Raul Soares. Acredita-se que sua análise possa dizer sobre os processos de trabalho neste instituição do ponto de vista clinico-político.



De acordo com a Agência Nacional de Saúde Complementar, a média de permanência geral (M.P.G.) relaciona-se a boas práticas clínicas, e é considerado um indicador clássico utilizado como medidor de eficiência da gestão do leito operacional nos hospitais, e rotatividade do leito operacional.

A média de permanência geral (M.P.G.) é dada por:

$$M.P.G. = \frac{n^{\circ} \text{ de pacientes dia}}{n^{\circ} \text{ de saída do período}}$$

A taxa de ocupação hospitalar, também nomeada como taxa de ocupação operacional geral, indica se a instituição possui leitos rotineiramente vazios ou faltosos. Este indicador demonstra a atuação do hospital em relação a sua capacidade de ocupação, isto é, se um hospital está atuando muito abaixo ou acima de sua capacidade. Trata-se da relação percentual entre o número total de pacientes atendidos por dia e o número de leitos disponíveis no hospital. (Agência Nacional de Saúde Complementar, 2012).

$$\text{Taxa de ocupação} = \frac{n^{\circ} \text{ pacientes dia}}{n^{\circ} \text{ de leito dia}} \times 100$$

Pacientes-dia: Unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.

Leitos-dia operacionais: Unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar. (ANSC).

O índice de rotatividade (I.R.) diz da relação entre o número de pacientes saídos (alta somada à transferência externa e óbitos) durante determinado período, no hospital e o número de leitos à disposição dos pacientes, no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado. Seu cálculo recai sobre o número de saídos em determinado período dividido pelo número de leitos no mesmo período. (Anvisa)

$$I.R. = \frac{n^{\circ} \text{ pacientes saídos (alta + transferência externa e óbitos)}}{n^{\circ} \text{ de leito}}$$

Estes principais indicadores serão avaliados utilizando a ferramenta CEP voltada a melhoria da qualidade de processos. O CEP se refere à utilização de métodos estatísticos, a fim de acompanhar e supervisionar um processo para que este possa produzir um serviço conforme as especificações pré-determinadas, permitindo uma análise quantitativa da variabilidade do processo com destaque para a constatação antecipada e prevenção de possíveis problemas.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção, serão apresentadas as análises de dados colhidos no Instituto Raul Soares, representadas por três indicadores de qualidade e produtividade em gestão hospitalar e duas cartas controle. A média de permanência geral representa o tempo médio de dias em que o paciente permaneceu internado no hospital. A taxa de ocupação hospitalar é a razão entre os leitos ocupados e os leitos disponíveis, mostrando se a quantidade de leitos está suficiente ou faltosa. E o índice de rotatividade, que é a relação entre o número de paciente saídos durante determinado período e o número de leitos disponíveis, representa a utilização do leito hospitalar durante um período considerado.

De acordo com os dados fornecidos pelo Núcleo de Gestão do I.R.S. durante o período de dezembro de 2015 à dezembro de 2018, serão demonstradas, a seguir, em forma de tabelas e carta controle os dados informativos relativos à:

- Internação: pacientes que tiveram a AIH (Autorização de internação Hospitalar) preenchida e enviada ao Ministério Público. Tem-se as internações voluntárias, internações involuntárias e internações compulsórias.
- Não internação, que, na prática, se divide em ocupação de leitos de observação (cuidados em leito de observação na porta de entrada até 72 horas sem emissão de AIH) e encaminhamentos.

Especificamente em relação aos indicadores, considera-se mais produtiva a instituição hospitalar que apresenta os seguintes índices: menor tempo de média de permanência, maior índice de renovação e menor índice intervalo de substituição.

Abaixo, na Tabela 1, estão representados os dados cuja técnica de coleta se deu na proporção mês/ano. São eles: número de internações, atendimentos sem internações e total de internações.

**Tabela 1** – Dados sobre o número total de atendimentos desdobrados em interações, sem interações e observações.

Mês/Ano	Interações	Atendimentos sem interação	Total de atendimentos	% interanação	% sem interação
jan/15	110	381	491	0,22	0,78
fev/15	91	285	376	0,24	0,76
mar/15	103	399	502	0,21	0,79
abr/15	114	395	509	0,22	0,78
mai/15	115	332	447	0,26	0,74
jun/15	113	307	420	0,27	0,73
jul/15	119	328	447	0,27	0,73
ago/15	125	359	484	0,26	0,74
set/15	95	361	456	0,21	0,79
out/15	127	359	486	0,26	0,74
nov/15	97	350	447	0,22	0,78
dez/15	118	327	445	0,27	0,73
jan/16	106	397	503	0,21	0,79
fev/16	95	308	403	0,24	0,76
mar/16	89	362	451	0,20	0,80
abr/16	105	294	399	0,26	0,74
mai/16	96	387	483	0,20	0,80
jun/16	95	329	424	0,22	0,78
jul/16	101	330	431	0,23	0,77
ago/16	94	282	376	0,25	0,75
set/16	101	278	379	0,27	0,73
out/16	93	298	391	0,24	0,76
nov/16	88	272	360	0,24	0,76
dez/16	113	285	398	0,28	0,72
jan/17	95	314	409	0,23	0,77
fev/17	82	257	339	0,24	0,76
mar/17	93	339	432	0,22	0,78
abr/17	94	291	385	0,24	0,76
mai/17	97	340	437	0,22	0,78
jun/17	77	298	375	0,21	0,79
jul/17	83	383	466	0,18	0,82
ago/17	82	409	491	0,17	0,83
set/17	90	372	462	0,19	0,81
out/17	80	297	377	0,21	0,79
nov/17	88	260	348	0,25	0,75
dez/17	107	434	541	0,20	0,80
jan/18	93	435	528	0,18	0,82
fev/18	94	394	488	0,19	0,81
mar/18	117	326	443	0,26	0,74
abr/18	92	305	397	0,23	0,77
mai/18	138	294	432	0,32	0,68
jun/18	115	334	449	0,26	0,74
jul/18	99	287	386	0,26	0,74
ago/18	109	310	419	0,26	0,74
set/18	101	385	486	0,21	0,79
out/18	106	325	431	0,25	0,75
nov/18	100	281	381	0,26	0,74
dez/18	96	332	428	0,22	0,78

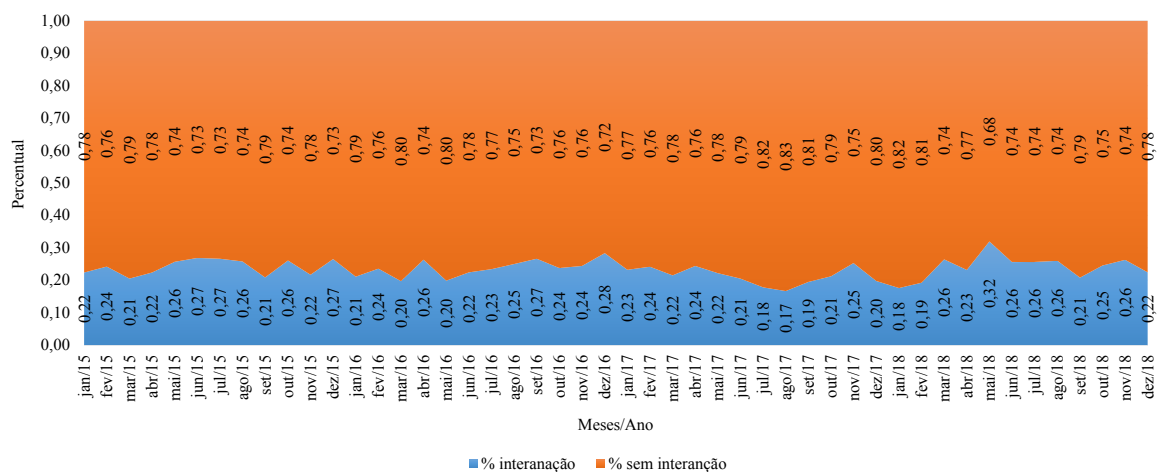
Fonte: Núcleo de Gestão da Informação do IRS

É importante registrar a política institucional de redução de leitos ocorrida gradativamente a partir de janeiro de 2018 (Tabela 2), estabilizando-se no número de 84 leitos nos últimos três meses da pesquisa: outubro, novembro e dezembro de 2018. Essa alteração deve ser considerada em todas as análises do estudo.

Na Tabela 1, observa-se a porcentagem de internações e não internações baseados nas análises dos dados. Os mais altos índices de acolhimento com tomada de decisão pela não internação hospitalar variam entre 78 a 83% do número total de atendimentos no período anterior à diminuição de leitos. Pode-se influir que nos meses de março, abril, setembro e novembro de 2015, janeiro, março, maio, junho e julho de 2016 e março, maio, junho, julho, agosto, setembro, outubro e dezembro de 2017 houve número significativo de encaminhamentos e articulações com a Rede, sendo possível que os cuidados dos pacientes acontecessem fora de ambiente hospitalar.

Após a queda do número de leitos, verifica-se que os meses de janeiro, fevereiro, setembro e dezembro de 2018 também tiveram maior taxa de não internação, indicando construções com a Rede sem a necessidade de internação.

Até o marco relativo à redução de leitos (janeiro de 2018), os meses com maiores demandas de acolhimentos na porta de entrada de hospital psiquiátrico concentram-se em março, abril de 2015 e janeiro de 2016. Mesmo diante da alta demanda por atendimento, tem-se a alta porcentagem entre 79%, 78% e 79%, respectivamente, de não internação em hospital psiquiátrico. Isso diz do efeito que o ato de acolher na porta de entrada traz para o usuário do ponto de vista clínico-social quando é possível que seu tratamento seja feito perto de sua casa e família, na comunidade. O cálculo feito pela equipe multiprofissional, antes da tomada de decisões junto com os envolvidos na assistência, reflete no fortalecimento dos serviços de saúde mental do SUS. O Ministério da Saúde (2008) corrobora com essa possibilidade diante do acolhimento: a sustentação da relação entre equipes/serviços e usuários/populações e o reconhecimento do que o outro traz como legítimo e particular enquanto necessidade de saúde.



**Figura 2** – Evolução da estratificação percentual dos números de casos

A Figura 2 mostra a relação entre internação e não internação no intervalo de tempo entre janeiro de 2015 à dezembro de 2018. Demonstra que ao longo do período analisado os percentuais de internações se mantiveram abaixo dos 30%, acusando uma variação entre 17% a 28% na maioria dos meses. Entretanto, no mês de maio de 2018, o percentual ficou acima deste patamar. É preciso analisar com maior profundidade as possíveis causas desse pico e contextualizar o cenário assistencial no referido mês. Isto porque serão discutidas causas clínicas neste estudo e não causas administrativas que possam interferir no processo de cuidados como por exemplo, número de servidores de férias, licença ou afastados naquele período, o que geralmente acarreta desfalque na equipe e no processo do tratamento. Aposta-se que quanto maior o percentual de não internações e de observações nos casos articulados com a Rede de Atenção Psicossocial, maior a eficiência e qualidade na assistência de acordo com a PNSM pois o hospital apresenta-se como retaguarda em casos específicos no campo da saúde mental.

A carta de controle para avaliar o indicador MPG em dias dos pacientes internados está representada na figura 3. O processo pode ser avaliado “sob controle” quando a disposição de todos os pontos amostrais pertencer ao limite inferior de controle (L.I.C.) e ao limite superior de controle (L.S.C.) de forma aleatória. Contudo, se há um ou mais de um ponto encontra-se fora dos limites de controle, evidencia-se necessidade de investigações e ações corretivas para a detecção e eliminação das causas especiais no processo pois o mesmo está “fora de controle”. Sabe-se que pontos além dos limites de controle são raros, então, presume-se que

uma causa especial ocorreu devido à existência destes valores extremos (São Paulo, 2013). As causas deverão ser identificadas e corrigidas.

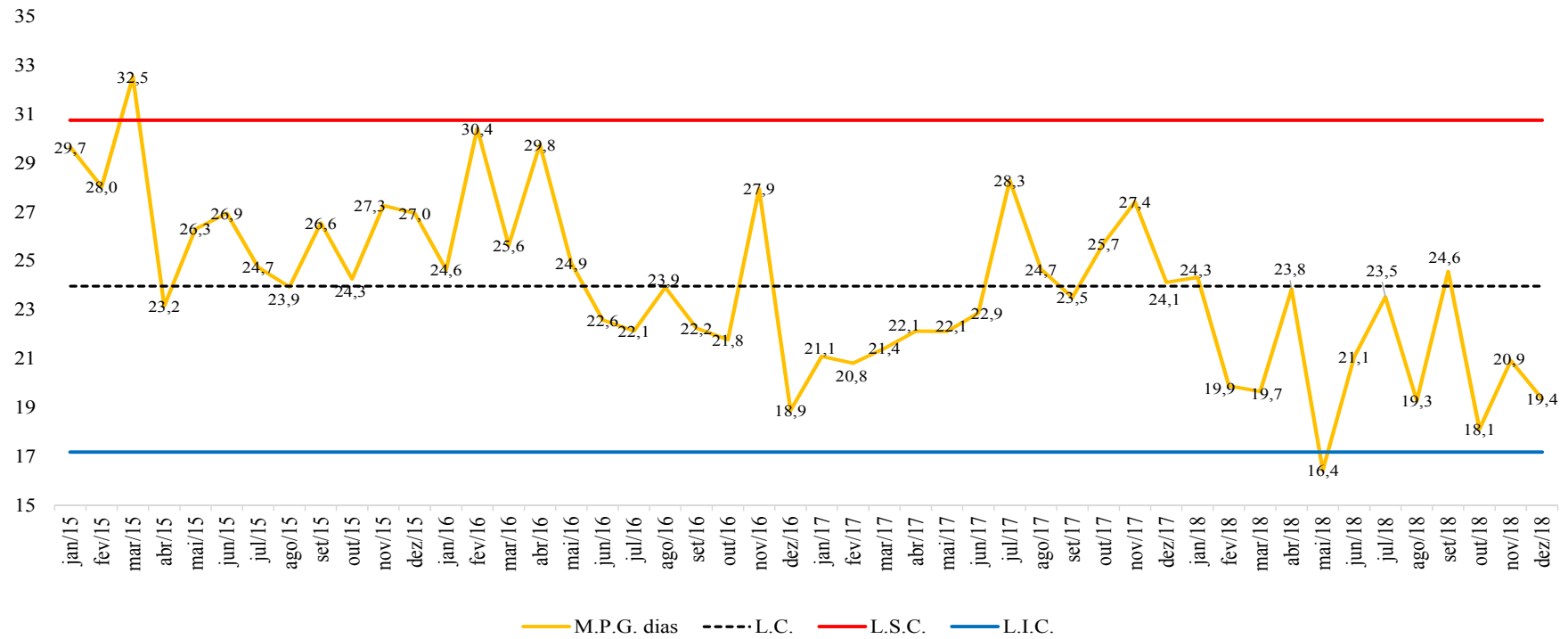
A carta controle da MPG dias (figura 3) está utilizando 2 (dois) desvios padrões, o que compreende um intervalo de confiança de 95%. A média do número de internação por paciente deste indicador foi de 23,96 dias.

Percebe-se que até o mês de novembro de 2016 a oscilação do indicador situava-se prevalentemente acima da média representada por 23,96 dias de internação com poucas exceções. De janeiro de 2017 à dezembro de 2018 a MPG dias prevaleceu abaixo da linha central com meses acima da média: julho a novembro de 2017.

Os resultados da Figura 3 demonstram que durante o ano de 2017 o MPG apresentou resultados melhores em relação à 2018. Essa representação demonstra que o processo estudado está sobre controle estatístico conforme a literatura aponta. Ou seja, a partir dos acolhimentos na urgência do I.R.S., a maior parte da demanda está sendo compartilhada com os serviços de saúde de forma a garantir a continuidade do tratamento garantindo o acesso e a resolutividade daquele usuário do SUS com responsabilidade entre as equipes e serviços.

Ao exceder os limites superior e inferior na carta controle em questão é indicada a presença de uma causa a ser investigada, corrigida e usada para melhorias futuras. Em março de 2015 o indicador chega a 32,5 dias e em maio de 2018 em 16,4 dias. São nomeadas de causas especiais ou causas atribuíveis e aparecem quando há falhas internas ou externas nos processos (FRY et al.,2012).

Uma possível explicação para essas falhas no processo durante a internação, visto que se trata de média de dias geral, dentro do projeto assistencial, são as internações judiciais que não se ajustam a uma internação clínica apenas. Os prazos extrapolam, por vezes, o tempo da clínica. São submetidos à avaliação e liberação judiciais saindo da curva da crise que justifica a internação hospitalar. Questões sócio familiares ligadas ou não à justiça também atravessam a clínica: em ocasiões não existe vaga nos Serviços de Residência Terapêutica quando há indicação desse acolhimento e inserção, prolongando a internação. Em outros casos a família recusa-se a receber o usuário em suas casas, sendo necessária a provocação do Ministério Público em casos complexos de abandono ou violação de direitos. Casos considerados refratários à variadas terapêuticas também podem ultrapassar o tempo estimado nos acordos pactuados com outros dispositivos assistências e políticos.



**Figura 3** – Carta de controle do MPG dias no período analisado



A tabela 2 informa o número de leitos, MPG em dias, MPG em dias (exclusão clínicas), Índice de rotatividade e Taxa de ocupação. Como abordado acima, houve uma redução do número de leitos de 108 para 98 em janeiro de 2018 tendo o número de leitos se estabilizado em 84 nos três últimos meses do mesmo ano. A média de permanência geral em dias dos pacientes internados no período estudado varia entre 16,43 e 32,53 dias respectivamente em maio de 2018 e março de 2015. Esse crescimento excessivo em 2015 deve ser melhor investigado.

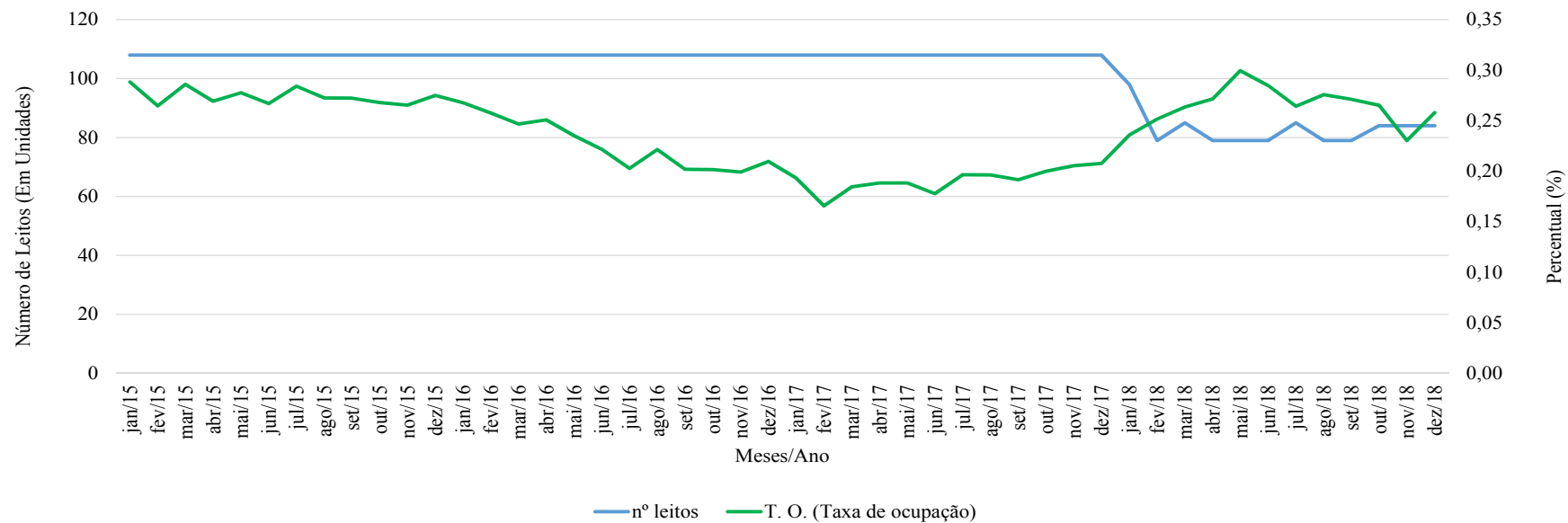
Considera-se uma gestão mais eficiente quanto à utilização de leitos para os casos em crise considerados graves, agudos ou crônicos agudizantes quando o índice de rotatividade daquele leito se eleva. O leito hospitalar, segundo a Agência de Saúde Complementar (2012) deve ser tratado como um recurso caro e complexo e deve ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada de forma a estar disponível para os indivíduos que precisam deste recurso para recuperação da saúde. Portanto, do ponto de vista gerencial administrativo o uso do leito deve ser bem indicado e planejado e no caso da saúde mental, em específico, as práticas assistências devem evitar ações que dificultem o retorno do paciente ao convívio sócio familiar.

**Tabela 2** – Dados sobre o número de leitos, MPG em dias, MPG em dias (exclusão de clínicas), I.R. e T.O.

Mês/Ano	nº leitos	M.P.G. dias	M.P.G. dias (Exclusão de Clínicas)	I. R. (índice de rotatividade)	T. O. (Taxa de ocupação)
jan/15	108	29,65	15,80	0,97	0,29
fev/15	108	28,03	13,76	0,94	0,26
mar/15	108	32,53	14,93	0,88	0,29
abr/15	108	23,15	13,46	1,17	0,27
mai/15	108	26,30	14,42	1,06	0,28
jun/15	108	26,94	15,49	0,99	0,27
jul/15	108	24,74	13,73	1,15	0,28
ago/15	108	23,93	14,25	1,14	0,27
set/15	108	26,55	17,16	0,92	0,27
out/15	108	24,26	14,65	1,06	0,27
nov/15	108	27,26	16,54	0,97	0,27
dez/15	108	26,95	22,45	1,02	0,28
jan/16	108	24,64	20,40	1,08	0,27
fev/16	108	30,41	25,31	0,84	0,26
mar/16	108	25,63	16,40	0,96	0,25
abr/16	108	29,76	16,31	0,84	0,25
mai/16	108	24,90	12,66	0,94	0,24
jun/16	108	22,58	11,62	0,98	0,22
jul/16	108	22,13	11,83	0,92	0,20
ago/16	108	23,91	13,02	0,93	0,22
set/16	108	22,24	12,38	0,91	0,20
out/16	108	21,77	13,59	0,90	0,20
nov/16	108	27,94	15,43	0,71	0,20
dez/16	108	18,88	11,15	1,11	0,21
jan/17	108	21,09	12,39	0,92	0,19
fev/17	108	20,81	13,94	0,80	0,17
mar/17	108	21,42	12,16	0,86	0,18
abr/17	108	22,12	15,34	0,85	0,19
mai/17	108	22,11	16,67	0,85	0,19
jun/17	108	22,86	15,27	0,78	0,18
jul/17	108	28,29	20,71	0,69	0,20
ago/17	108	24,65	17,25	0,80	0,20
set/17	108	23,50	17,82	0,81	0,19
out/17	108	25,71	17,32	0,78	0,20
nov/17	108	27,41	16,85	0,75	0,21
dez/17	108	24,12	19,54	0,86	0,21
jan/18	98	24,32	13,81	0,97	0,24
fev/18	79	19,88	13,20	1,27	0,25
mar/18	85	19,65	12,62	1,34	0,26
abr/18	79	23,84	14,78	1,14	0,27
mai/18	79	16,43	10,62	1,82	0,30
jun/18	79	21,06	13,01	1,35	0,28
jul/18	85	23,52	15,18	1,22	0,26
ago/18	79	19,27	13,81	1,43	0,28
set/18	79	24,56	16,87	1,06	0,27
out/18	84	18,11	13,10	1,46	0,27
nov/18	84	20,91	13,83	1,04	0,23
dez/18	84	19,36	14,17	1,33	0,26

Fonte: Núcleo de Gestão da Informação do IRS

Na Figura 4, observam-se as linhas de índice de rotatividade e o número de leitos. O número de leitos está representado ao longo do período analisado evidenciando sua diminuição conforme já abordado. Pode-se inferir do gráfico que quando o hospital psiquiátrico operava com 108 leitos disponíveis, a taxa de ocupação de leitos era inferior à disponibilidade, ou seja, a demanda por internação era atendida e ainda assim havia leitos vagos durante o período. Com a redução de leitos, há uma inversão na curva da taxa de ocupação a partir de janeiro de 2018. O número de demandas é maior que a oferta de leitos gerando, certamente na porta de entrada da urgência maiores encaminhamentos nesse período para os serviços da Rede uma vez que, mesmo diante de uma indicação de internação discutida pela equipe de acolhimento, outras saídas foram construídas para acolher a demanda.

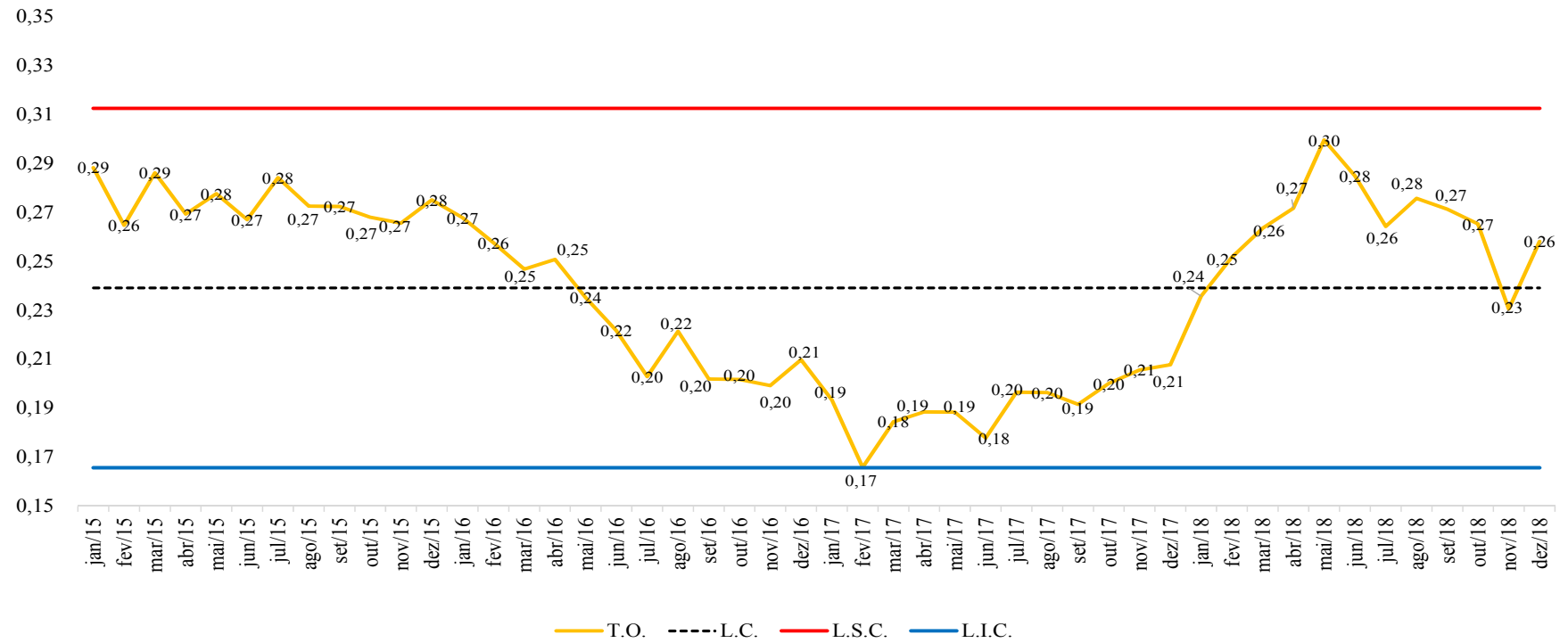


**Figura 4** – Taxa de Ocupação (T.O.) no período analisado versus número de leitos.

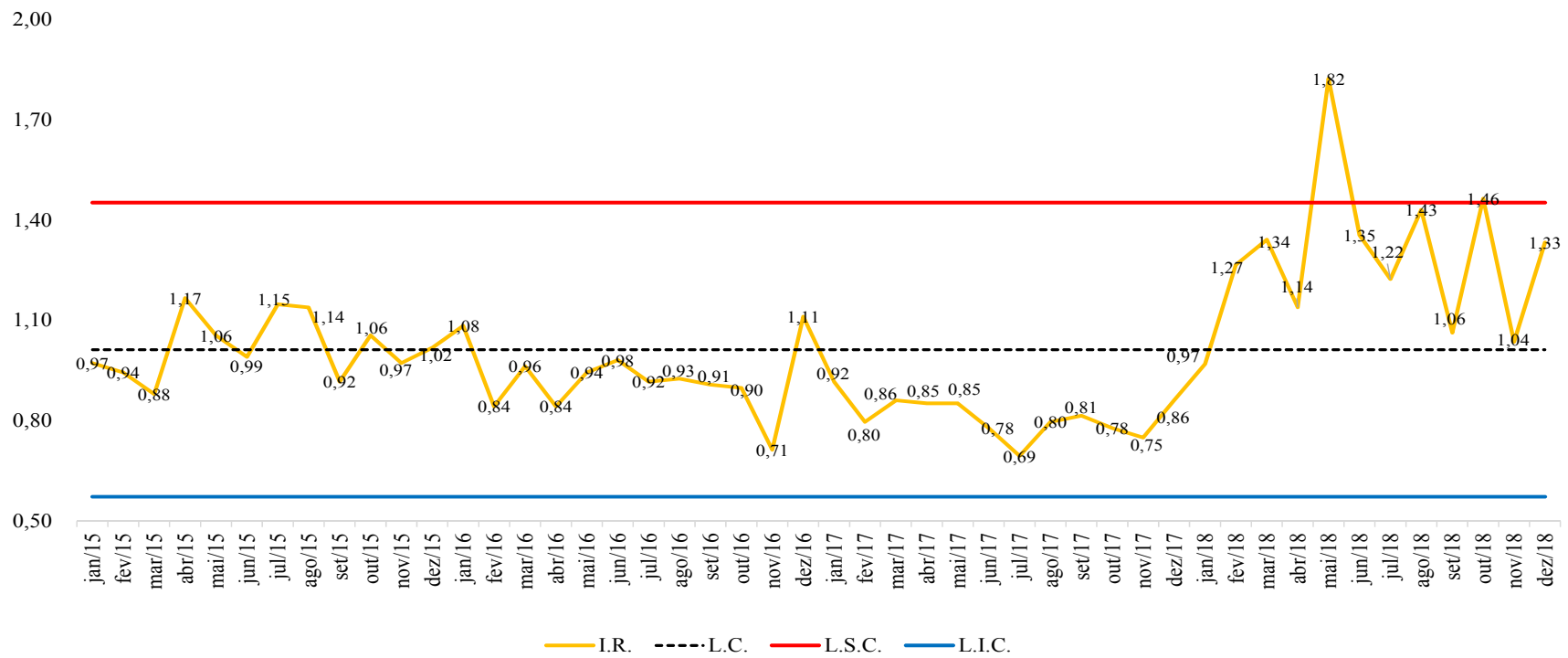
A carta controle da Taxa de Ocupação (figura 3) também utiliza 2 (dois) desvios padrões, compreendendo um intervalo de confiança de 95%. A média da taxa de ocupação de leitos no período foi de 0,239 por leito. A LSC foi de 0,31 e a LSI de 0,17.

Os resultados da Figura 5 destacam 3(três) momentos diferentes de janeiro de 2015 à dezembro de 2018: o primeiro compreende janeiro de 2015 à maio de 2016 cuja variação fica em torno de 0,29 à 0,24 leitos situando-se acima da LC. O segundo, de junho de 2016 à novembro de 2017, situa-se abaixo da LC e varia entre 0,22 à 0,17 leitos. O terceiro e último, a partir de dezembro de 2017 localiza-se acima da LC com variação entre 0,24 e 0,26 leitos.

Observa-se que o processo está sob “controle” em relação à taxa de ocupação não sendo identificadas falhas quanto à demanda de internação e os leitos ofertados na instituição hospitalar.



**Figura 5** – Carta de controle do Taxa de Ocupação (T.O.) no período analisado.



**Figura 6** – Carta de controle do Índice de Rotatividade (I. R.) no período analisado.

Assim como as outras cartas de controle apontadas no estudo, a carta de controle do Índice de Rotatividade apresenta dois desvios padrões com intervalo de confiança de 95% e tem como média o valor de 1,012.

No mês de maio de 2018 o IR extrapola o LSC indicando que o processo está fora do controle estatístico. A falha identificada, como é tratada pela literatura, atinge o valor superior de 1,82. Falha essa que pode ser considerada positiva no contexto hospitalar da saúde mental pois indica que a rotatividade do hospital está significamente maior que o planejado mas indica, sem dúvida, internações de baixa permanência com altas breves. A eficiência do hospital psiquiátrico é diretamente proporcional ao índice de rotatividade: quanto maior o IR, maior eficácia na gestão hospitalar.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de analisar o dispositivo de acolhimento como processo de trabalho, no que tange as implicações das tomadas de decisões nesse contexto, revela o impacto dessas na instituição enquanto lugar de crise mediante indicadores de gestão. A forma de produção de saúde como resultante da articulação dos elementos que compõem o processo de trabalho do ato de acolher na urgência psiquiátrica hospitalar permitiu identificar sua participação fundamental na gestão do I.R.S. Isso se deu através das ferramentas de qualidade aplicadas no estudo e suas análises.

Identificou-se uma relação entre a tomada de decisão por equipe multiprofissional no acolhimento e o produto delas: as internações sustentadas por projetos singulares de duração breve respeitando a singularidade do caso a caso (por isso as exceções) e a sustentação de continuidade de tratamento nos serviços substitutivos e na atenção básica, estabelecendo parcerias e fortalecendo o papel importante da Rede de Saúde Mental do SUS com ações no território de forma continuada. A atividade do acolhimento deve se pautar em produzir cuidados resolutivos, impactando na saúde da população e se presentificando no desafio que é construir o projeto SUS. Há efeitos, portanto, micro e macro políticos mediante esse processo de trabalho.

Uma gestão eficaz implica em uma relação diretamente proporcional ao IR e inversamente proporcional à MPG em dias e TO. Essa relação pode ser verificada ao longo das análises, gráficos e tabelas apresentadas a partir dos dados do IRS, corroborando com a ideia do hospital como lugar essencialmente de crise e retaguarda em municípios cuja rede ainda não está completamente implantada.

A análise permitiu aprimorar a percepção sobre o processo de acolhimento e o processo de internação ao se utilizar ferramentas de controle de processo na avaliação da média de permanência geral (MPG), IR e TO. Isso se dá quando o usuário de saúde mental é internado após acolhimento. Nessa perspectiva, o hospital psiquiátrico se apresenta, na maior parte do tempo durante o período estudado, como retaguarda da RAPS, com internações breves e articuladas com o território, propondo-se, de acordo com princípio de hierarquização do SUS, ao tratamento de casos graves, agudos ou crônicos agudizantes.

Apesar de se tratar de uma análise retrospectiva, os resultados indicam que é possível utilizar esta ferramenta para tecer considerações sobre a existência de causas especiais atuando sobre o processo do acolhimento e da internação como foi demonstrado na carta controle de MPG em dias e na carta controle de IR. As variáveis capazes de interferir no processo são muitas. Este estudo levantou algumas causas possíveis de impacto nos indicadores mas a necessidade de aprofundamento destas e de estudo de novas causas é necessária para o progresso da PNSM em todos os níveis de atenção do SUS, garantindo acesso, resolutividade e continuidade de cuidados.

Entende-se que há muito o que ser investigado sobre o tema e não houve pretensão de esgotá-lo. Ao contrário, a intenção é ampliar as discussões e de fato sustentar essa prática na urgência psiquiátrica hospitalar como processo de trabalho considerado estratégico na gestão desse serviço.

Podem-se destacar como limitadores deste estudo o tempo para a realização da pesquisa que se deu em aproximadamente 4 (quatro meses) impossibilitando possíveis análises de dados de outros indicadores de qualidade bem como indicadores de custo. O cruzamento dessas informações pode contribuir ampliando o contexto de discussão visando processos de trabalho organizados de forma mais eficiente e com qualidade. Outro ponto limitante foi o não estudo e colheita de dados referentes aos encaminhamentos aos outros serviços e dispositivos o que daria maior consistência às parcerias entre hospital e serviços territoriais, recolhendo como efeito a continuidade de tratamento do paciente no SUS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS). Média de permanência geral, 2013. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>> Acesso em: 20-02-2019.

Ahmad, S.; Abbasi, S. A.; Riaz, M.; Abbas, N. On efficient use of auxiliary information for control charting in SPC. *Computers & Industrial Engineering*, v. 67, p. 173-184, 2014.

Biblioteca Virtual em Saúde. Acolhimento. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas../167acolhimento.html>>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2019.

Borges, C. F.; Baptista, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)> Acesso em: 22 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília; 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)> Acesso em: 20 fev. 2019

Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2013

Burmester, H.; Duarte, I. G.; Pacheco, M. C. R. Sistema de monitorização de indicadores de qualidade e produtividade em hospitais. Projeto BRA 93/11. São Paulo, 1993. p. 1-27.

Carpinetti, L. C. R. Gestão da Qualidade – Conceitos e Técnicas. 2 ed. São Paulo, SP: Atlas, 2012.

Deming, W. E. Qualidade: A evolução da administração. 1. Edição. Rio de Janeiro – RJ: Editora Marques Saraiva S.A. 1990.

Departamento de informática do SUS (DATASUS). Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude>> Acesso em: 20-02-2019

Escrivão Jr., A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 655-666, 2007.

- Fry, D. E., Pine, M.; Jones, B. L.; Meimban, R. J. Control charts to identify adverse outcomes in elective colon resection. *The American Journal of Surgery*, v. 203, n. 3, p. 392-396, 2012.
- Horta, R. L.; Costa, J. S. D.; Balbinot, A. D.; Watte, G.; Teixeira, V. A.; Poletto, S. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, n. 4, p. 918-29, 2015.
- Jorge, M. S. B.; Pinto, D. M.; Quinderé, P. H. D.; Pinto, A. G. A.; Sousa, F. S. P. Cavalcanti, C. M. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, coresponsabilização e autonomia. *Ciência Saúde Coletiva* [online]. 2011.
- Kardec, A.; Arcuri, R.; Carvalho, N. Gestão estratégica e avaliação de desempenho. Rio de Janeiro. Qualitymarc, 2002.
- Macedo, J. P.; Abreu, M. M.; Fontenele, M. G.; Dimenstein, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Revista Saúde e Sociedade*, 2017.
- Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- Merhy, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno assistencial em defesa da vida. In: Cecilio, L., org. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec: 1994. p.117-60.
- Ministro de Estado da Saúde. Portaria n.º 2391/GM de 26 de dezembro de 2002. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-gm-ms-2391-2002>> Acesso em: 20-02-2019.
- Montgomery, D. C. Introduction to Statistical Quality Control. 2 ed. Canadá: John Wiley & Sons, 1991.
- Ramos, M. C. A.; Cruz, L. P.; Kishima, V. C.; Pollara, W. M.; Lira, A. C. O.; Couttolenec, B. F. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, *Brasil. Revista Saúde Pública*, 2015.
- Ramos, W. A.; Miyake, I. D. Desenvolvendo Indicadores de Produtividade e Qualidade em Hospitais: uma proposta de método. *Revista: Produto e Produção*, 2010.
- Rede Humaniza SUS. Disponível em: <[www.redehumanizasus.net](http://www.redehumanizasus.net)> Acesso em: 20-02-2019.
- Rodrigues, J.; Brognoli, F. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 6, n. 13, p. 61-74, 2014.
- Rotta C. S. G. Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial (Tese). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2004.
- Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Instituto Adolfo Lutz. Manual para elaboração de cartas de controle para monitoramento de processos de medição quantitativos. São Paulo: Instituto Adolfo Lutz, 2013. 76 p.
- Siteware. Indicadores de desempenho hospitalar: conheça 7 e como calculá-los. Disponível em: <<https://www.siteware.com.br/processos/indicadores-de-desempenho-hospitalar/>> Acesso em: 20-02-2019.
- Werkema, M. C. C. Ferramentas estatísticas básicas para o gerenciamento de processos. Belo Horizonte, MG: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1995.
- Yin R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.