

DOCUMENTO DE TRABALHO 1/99

**LISTAS DE ESPERA HOSPITALARES.
PRODUTIVIDADE DOS PROFISSIONAIS
E CONTEXTO**

Jorge Cabral
Nuno Barriga

Agência de Contratualização de Serviços
de Saúde do Alentejo

SUMÁRIO

Um estudo simples foi feito como contributo para sugestões de solução das Listas de Espera para vários tipos de serviços nos Hospitais Distritais da Região Alentejo. Utilizou-se informação de rotina (1990-1997) de cada Hospital e do conjunto dos Hospitais Distritais do Continente para caracterizar a produção global, a intensidade de utilização de recursos e a produtividade individual dos profissionais médicos. Dão-se exemplos de como o cruzamento destes tipos de informação pode apontar para diferenças na origem das listas de Espera, entre Serviços e Hospitais. Sugere-se que estas análises simples podem ser um ponto de partida para investigações mais aprofundadas e envolvendo os profissionais.

JUSTIFICAÇÃO E OBJECTIVOS

Com o acender das discussões sobre as Listas de Espera (LE) nos Hospitais é frequente ouvir-se citar alguns pontos tradicionais da economia da saúde:

- a) os profissionais médicos remunerados ao acto têm limitados incentivos para “produzir” mais;
- b) a ambivalência público - privada de muitos dos profissionais está na origem de baixa produtividade nas suas funções no sector público;
- c) a tendência para criar “capacidade tecnológica de reserva” nas instituições não-lucrativas facilita situações em que os recursos humanos (medidos em horas de trabalho disponíveis) são menores que os equipamentos instalados. (¹, ²) Os argumentos demonstrando a aplicação destes pontos ao caso português são abundantes. (³, ⁴) Frequentemente o mote das discussões é o de que a baixa produtividade dos profissionais médicos hospitalares é a causa principal de os serviços hospitalares não corresponderem à procura dos mesmos.

O avolumar das Listas de Espera hospitalares trouxe o assunto para o debate político. As iniciativas do executivo governamental em 1997/98 começaram por financiamento a projectos específicos de recuperação das Listas de Espera (1997) e desembocaram no Programa de Promoção e Monitorização do Acesso, que pretende gastar aproximadamente 1% do financiamento total dos Hospitais públicos no serviço aos utentes em espera de consultas, intervenções cirúrgicas e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica Hospitalares.

A produtividade dos profissionais médicos pode ser definida e medida de modos diferentes, conforme os autores e os casos específicos. A “oferta” dos profissionais assalariados em instituições públicas pode ser vista como dependendo de vários tipos de factores, sendo uns de sede pessoal e outros institucional. De entre os factores de sede pessoal sobressaem:

- i- a combinação de várias utilidades pessoais, com a característica particular do contexto de salário independente do tempo-produção (o que mais se pode fazer com o “excedente de tempo” disponível após a prestação regulamentar?);
- ii- contexto sociológico (relações interpessoais hierárquicas e interprofissionais) numa instituição pública e as reacções pessoais a este contexto.

Por outro lado, é consenso que a produtividade, performance e compromisso do pessoal para com a “missão” da instituição depende muito da organização dos meios de trabalho da própria instituição: a proximidade dos instrumentos, a organização do espaço e dos horários, a existência de protocolos, a definição das tarefas de cada categoria profissional, etc. (⁵)

E, nas prestações de Saúde, não pode esquecer-se que a produtividade tem que ser sempre ponderada pela intensidade tecnológica em causa: só se pode comparar a produtividade de instituições/profissionais envolvidos em prestações do mesmo nível de intensidade tecnológica. (⁶) Para o nosso estudo, era importante este argumento, uma vez que se pretendia utilizar séries temporais: os mesmo actos enumerados nas estatísticas podem significar intensidades tecnológicas diferentes em anos relativamente próximos. Entre 1990 e 1997, a intensidade tecnológica aumentou, por indução dos profissionais: a capacidade de reserva para fazer o “diagnóstico diferencial” sistemático, a base técnica para a discricção da intervenção do profissional liberal. Os hospitais públicos são particularmente vulneráveis a este tipo de argumento, porque o investimento tecnológico é visto como um dos poucos substitutos dos incentivos monetários. Os utentes também sustentam a intensificação de tecnologia em cada prestação, não só por se estar em fase terminal da transição demográfica, como por simples exigência de consumo em sociedade moderna. Em resumo, o atendimento ao mesmo tipo de doente-episódio pode ser muito diferente, entre 1990 e 1997. A atenção à retinopatia diabética é um exemplo interessante: ao disponibilizarem-se tratamentos por fotocoagulação em alguns Hospitais Distritais, passou a estar fisicamente ao alcance dos diabéticos evitarem a cegueira precoce. Só que cada doente atendido necessita de vários tratamentos por ano e, obviamente, será atendido antes de um outro doente diabético ter oportunidade de ter a sua primeira consulta. O tratamento efectivo dos doentes já “iniciados” faz-se à custa da “espera” dos que ainda não começaram a ser atendidos.

OBJECTIVOS

Durante o ano de 1998, realizou-se na Agência de Contratualização de Serviços de Saúde do Alentejo (ACSS) um trabalho de análise de informação de rotina disponível sobre a produção dos hospitais distritais (HD’s), como contribuição para a discussão sobre o problema das Listas de Espera na Região.

Basicamente, confrontaram-se as seguintes hipóteses:

- i- **A pressão da procura (expressa em números de serviços) foi maior que a evolução do número de efectivos médicos;**
- ii- **A complexidade dos serviços prestados aumentou (obrigando a maior investimento de recursos – tempo dos médicos por cada unidade de serviços prestado);**
- iii- **O número de serviços (ponderados por intensidade tecnológica) modificou-se no período 1990-97.**

MATERIAL E MÉTODOS

A informação de base foram os Relatórios sobre as actividades dos Hospitais Distritais, produzidos pela Direcção Geral de Saúde (Divisão de Epidemiologia e Bioestatística), referentes aos anos de 1990, 1995, 1996 e 1997.^a Estes Relatórios contêm estatísticas do movimento de serviços em internamento e ambulatório, bem como dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica de cada hospital (incluindo os exames comprados ao exterior) e com a vantagem de incorporar também dados sobre a capacidade instalada (recursos humanos, salas, etc.).

Com base nestes Relatórios, é possível estimar (por vezes está já estimado):

- A produtividade das instituições e/ou seus serviços;
- A produtividade dos profissionais;
- Diversas proporções e razões entre os diferentes tipos de serviços (que podem fornecer indicações sobre a intensidade de tecnologia).

O trabalho incidiu nas especialidades para as quais havia listas de espera (LE's) mais significativas nos hospitais da Região:

- Cirurgia Geral;
- Cirurgia Pediátrica;
- Dermatologia;
- Estomatologia;
- Ginecologia;
- Oftalmologia;
- Ortopedia;
- ORL;
- Urologia;

A informação sobre as variáveis seleccionadas foi digitada - copiada para planilhas de cálculo em MSExcel.

Equivalência de Unidades de serviços

Dado que a produtividade dos médicos estava no centro das atenções, era necessário encontrar um modo de estimar a produção integral de cada profissional médico num hospital: consultas, assistência a doentes internados, actividade cirúrgica (ou partos), serviços em Urgência. Cada um destes tipos de serviços leva ao consumo de quantidades diferentes de tempo dos médicos, e a proporção varia de Serviço para Serviço (os Serviços cirúrgicos podem “beneficiar” da contagem de uma gama maior de serviços possíveis dos profissionais).

^a A informação sobre o ano de 1997 foi disponibilizada em disquete, com dados ainda não corrigidos. Desde já se agradece ao Dr. J. Giria a amabilidade de disponibilizar esta informação, antes de ser tornada pública

A DG Saúde disponibilizou-nos também os discos com a informação contida no Relatório referente a 1996, já publicado. A redigitação foi assim evitada.

Na ausência de bons standards para quantificar as equivalências, optou-se por algumas medidas ingénuas, mas com a vantagem de os eventuais viés se distribuírem igualmente por hospitais e Serviços. A vantagem prática é que estas equivalências se podem fazer apenas com a informação disponível por rotina. O Quadro a seguir resume as equivalências utilizadas. A unidade base das equivalências é uma pressuposta quantidade de tempo de trabalho envolvida em atender 1 doente internado “equivalente de Dia-Cama”:

- As actividades de ambulatório são convertidas de acordo com informação disponível sobre custos;
- As actividades cirúrgicas/partos são convertidas de acordo com a quantidade estimada possível de consultas que os profissionais poderiam realizar durante os tempos ocupados no Bloco Operatório/de partos.

A equivalência não permite “contar” os tempos dedicados por profissionais médicos à realização de meios complementares de diagnóstico especializados. Pelo menos, o viés é distribuído de igual modo.

Ponderação da intensidade tecnológica

Um outro conjunto de elaborações simples foi feito para reflectir a evolução da complexidade dos meios investidos em cada episódio de tratamento. O quadro abaixo resume o conteúdo destes indicadores.^b Apesar da sua ingenuidade, este tipo de indicadores pode ajudar a retratar a produtividade de Serviços ou profissionais, como se virá adiante. (7)

INDICADOR	ESTIMAÇÃO	NOTAS
Nº de Dias de Internamento Estandarizados	Nº de Doentes Tratados X Dem. Média Nacional	DM nacional utilizada para eliminar a sobre-estimação de Nº de Dias de Tratamento nos Hospitais com DM's exageradas
Equivalente de Dia de Internamento	Cada CONSULTA/URGÊNCIA = 0,33 Dia de Internamento	Para se ter uma unidade global de medida de serviços produzidos: Dias Internamento + Ambulatório 0,33 = ratio derivado da comparação de Custos Unitários
Nº de Consultas Externas de Obstetrícia equivalentes ao Nº de Partos	Nº Partos X Nº Cons. de Obstet./ Médico/Dia Útil	Para se ter uma unidade global de medida de serviços produzidos em Obstetrícia: incluindo os Partos. O tempo gasto a realizar os partos é tornado “equivalente” ao Nº de Consultas que se fariam nesse mesmo tempo. Para 1990, utilizou-se o Nº de C.Ext. Geral (não havia informação individualizada por serviços)

^b Obviamente, os indicadores sofrem dos erros de registo actualmente existentes: a diferente contagem de exames laboratoriais, ou as diferenças na classificação do que é uma “1ª Consulta”.

INDICADOR	ESTIMAÇÃO	NOTAS
Nº de Consultas Externas de Cirurgia equivalentes ao Nº de Grandes Cirurgias	Nº Grandes Cirurgias X Nº Cons. de Cirurgia/Médico/Dia Útil	Para se ter uma unidade global de medida de serviços produzidos em Especialidades Cirúrgicas incluindo as Intervenções. O tempo gasto a realizar as Intervenções é tornado “equivalente” ao Nº de Consultas que se fariam nesse mesmo tempo. Para 1990, utilizou-se o Nº de C.Ext. Geral (não havia informação individualizada por serviços)
Nº de Actividades Equivalentes do Hospital de Dia	Cada SESSÃO DE TRATAMENTO = 0,5 Dia de Internamento	Para se ter uma unidade global de medida de serviços produzidos: Dias Internamento + Ambulatório 0,5 = ratio arbitrário derivado da comparação de Custos Unitários (mais do que a C.Ext.)
Nº TOTAL DE ACTIVIDADES EQUIVALENTES	O somatório de <ul style="list-style-type: none"> • Dias de internamento • Equivalentes C.Ext/Urgências • Equivalentes de Hosp. Dia • Equivalentes de Partos • Equivalentes de Grandes Cirurgias 	<u>Combina num único Número todas as actividades do Hospital ou Serviço:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de Ambulatório → tornadas equivalentes a “Dias de Internamento” • Partos e Grandes Cirurgias → 1) tornados equivalentes a Consultas Externas → 2) tornados equivalentes a “Dias de Internamento”

OUTRAS NOTAS:

1. **MCDT:** O Nº utilizado inclui os exames requisitados “ao exterior” (excepto em 1990)
2. **Nº de Actividades por Médico:**
 - O denominador (Nº de Médicos) de cada Serviço é o relatado para o “Internamento” (pode ser diferente do reportado para as Consultas ou Cirurgia)
 - O Nº de Urgências é dividido apenas pelos Médicos Hospitalares (para padronizar as diferenças de reportagem dos médicos não-hospitalares)
 - Não inclui, nos Serviços de Especialidades, a realização de:
 - Urgências (contadas apenas em relação à totalidade dos médicos do hospital)
 - UCI
 - MCDT específicos
3. **Nº de Grandes Cirurgias/Médico/Ano:** O denominador (Nº de Médicos) de cada Serviço é o relatado para a “actividade cirúrgica”

No fundo, pretende-se representar o diferente investimento de tempo - esforço dos profissionais:

- Na realização de cada episódio de atendimento: se há mais resultados de MCDT para analisar em cada consulta, essa consulta demorará mais tempo;
- Na resolução de cada episódio de doença: se é necessário recorrer a mais cirurgia, esta consome proporcionalmente mais tempo dos profissionais.

INDICADOR	MOTIVO
O N° de MCDT/N° de Actividades Equivalentes	Mais MCDT/Doente significam mais tempo de interpretação/realização, pelos profissionais
O ratio de Consultas Subsequentes/1ª Consultas	Mais Cons. Subsequentes significam que para os mesmos N°s de Doentes “ingressados” se gasta mais tempo dos profissionais
O ratio de Cirurgia Programada/(1as. Consultas + Doentes Tratados)	Nas especialidades cirúrgicas, significa o grau variável de “intervenção terapêutica” sobre os “doentes ingressados”

RESULTADOS. DISCUSSÃO

Convém, à partida, referir que não se pretendeu fazer juízos de valor sobre profissionais ou gestores. Não havia certeza da fiabilidade da informação utilizada, nem de termos controlado todos os factores que podem influir na produtividade de profissionais individuais.

A comparação das estatísticas globais dos Hospitais, no tempo e com as médias dos HD's do país, indica, em primeiro lugar, um contexto de crescente procura de cuidados médicos (aumento do número total de serviços) e de crescente intensidade tecnológica (repetição de consultas, uso de MCDT, realização de cirurgias como meio terapêutico). O “desencontro” entre procura e oferta, manifestando-se como lista de espera, tem que começar por se ver neste contexto. Veja-se a **Tabela 1** e a **Figura 1**.

As indicações que os vários parâmetros fornecem podem, no entanto, ajudar os gestores (hospital, centro de responsabilidade, Serviço) a identificar situações que necessitam de atenção. Os vários tipos de informação sugerida podem ser combinados de diversos modos na análise de eventuais causas de listas de espera em diferentes hospitais e Serviços. Permite, pelo menos, começar a informar vários actores em cena que:

Tabela 1

Informação global sobre Hospitais**Nº de serviços – Hospital de Évora**

Actividades	Ano de 1990	Ano de 1995	Ano de 1996	Ano de 1997
Dias de internamento	95.440	95.438	92.399	91.914
Consultas externas	53.593	72.149	73.959	85.425
Urgência	59.753	58.235	59.621	64.367
Partos	1.837	1.305	1.703	1.766
Grandes Cirurgias	4.125	4.033	3.915	4.311
Hospital de dia	0	10.533	10.621	0
Total equiv. actividades	138.932	146.917	145.488	145.938
Nº médicos	85	119	96	107
Nº médicos anestesistas		7	8	8

Nº de serviços – Hospital de Beja

Actividades	Ano de 1990	Ano de 1995	Ano de 1996	Ano de 1997
Dias de internamento	73.051	83.235	70.645	61.554
Consultas externas	27.328	40.450	41.770	40.192
Urgência	64.763	70.936	70.509	61.239
Partos	1.527	1.216	1.249	1.357
Grandes Cirurgias	3.338	3.346	3.604	2.939
Hospital de dia	0	0	1.962	0
Total equiv. actividades	111.388	121.879	110.746	96.272
Nº médicos	83	82	60	69
Nº médicos anestesistas		3	3	4

Nº de serviços – Hospital de Portalegre

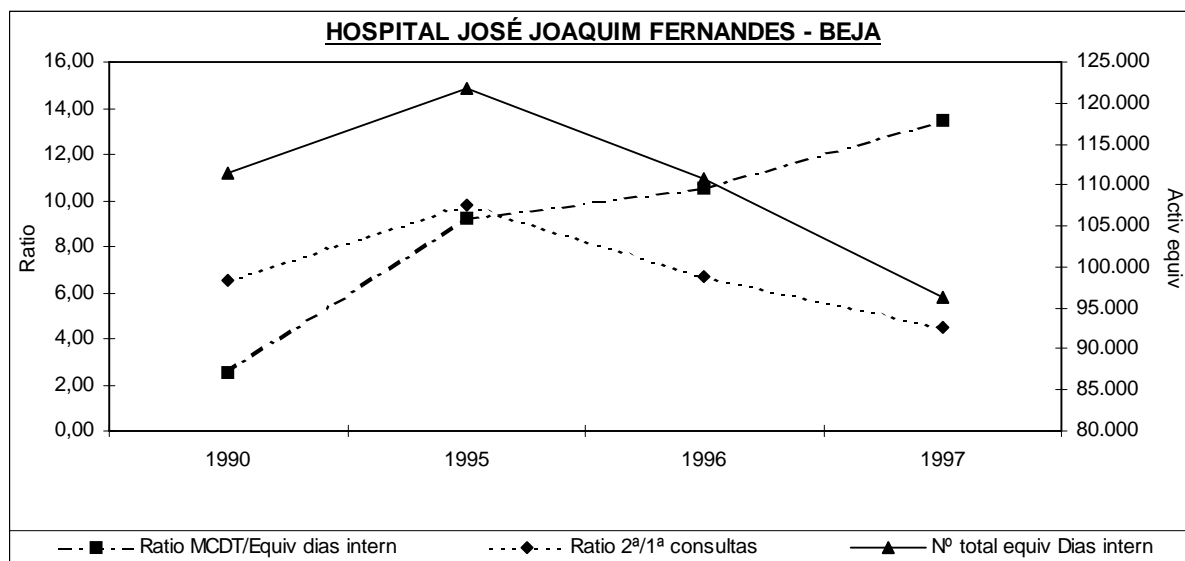
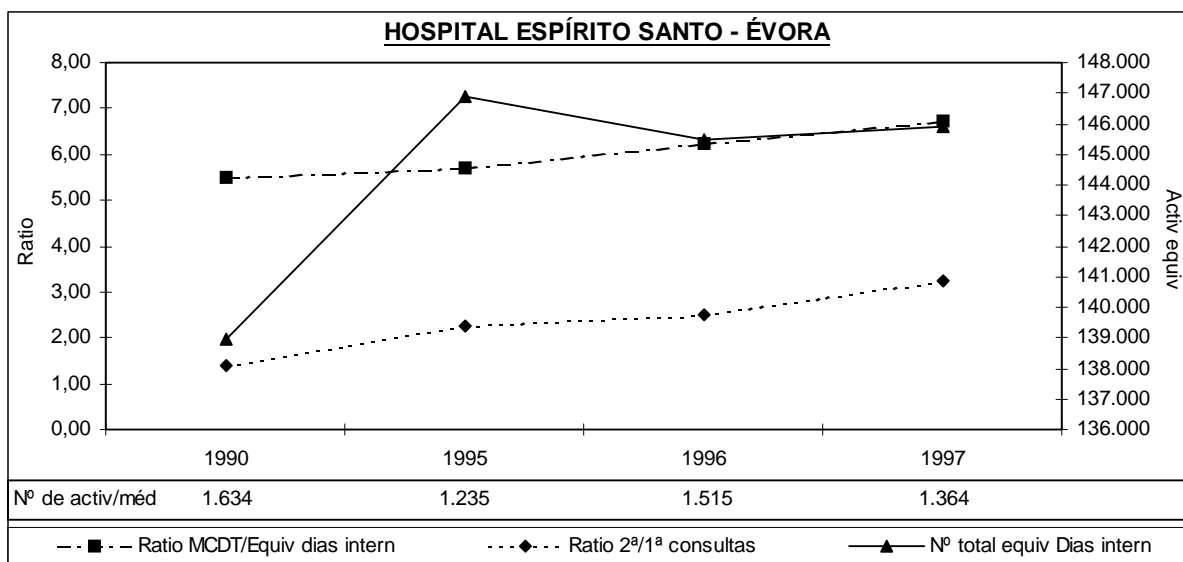
Actividades	Ano de 1990	Ano de 1995	Ano de 1996	Ano de 1997
Dias de internamento	62.094	57.203	55.920	53.546
Consultas externas	24.334	27.397	33.828	37.360
Urgência	33.209	40.340	41.972	40.239
Partos	764	742	693	615
Grandes Cirurgias	2.041	1.624	2.087	2.147
Hospital de dia	0	137	1.626	0
Total equiv. actividades	83.507	80.619	83.100	80.773
Nº médicos	42	52	51	50
Nº médicos anestesistas		3	4	3

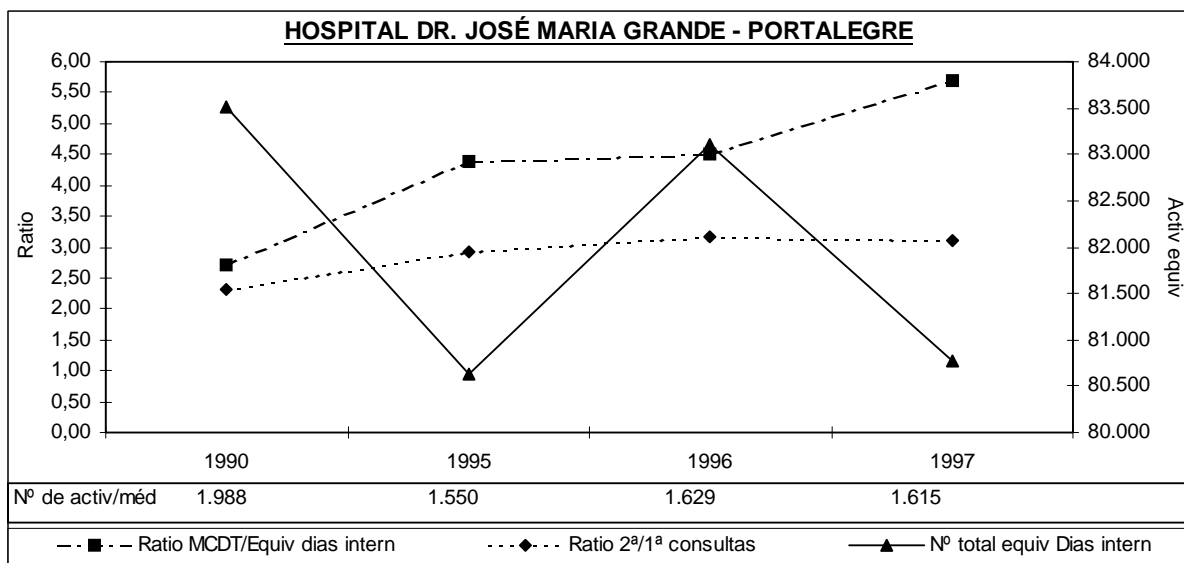
Total equivalente de actividades – 3 hospitais

Actividades	Ano de 1990	Ano de 1995	Ano de 1996	Ano de 1997
Évora	138.932	146.917	145.488	145.938
Beja	111.388	121.879	110.746	96.272
Portalegre	83.507	80.619	83.100	80.773

Figura 1

Produção Global: Quantidade e complexidade





- As LE's podem existir mesmo quando a resposta da instituição, e de cada profissional, aumentou;
- Mesmo quando as medidas tradicionais de produtividade (números de prestações) indicarem que esta diminuiu, deve ter-se em conta que a complexidade tecnológica envolvida na prestação dos mesmos serviços se pode ter agravado.

Do maçador relatório interno elaborado na Agência de Contratualização foram escolhidos os 3 exemplos que se analisam a seguir. Eles ilustram como informação de rotina pode ser combinada para começar a clarificar e explicitar debates muitas vezes alimentados por argumentos subjectivos.

Nos exemplos utilizados na discussão abaixo, não se menciona o nome dos Hospitais, para evitar a tentação de juízos à distância.

Caso 1: Oftalmologia no Hospital "A"

A informação é sumarizada de modo visual, na **Figura 2**:

- A produção global do Serviço cresceu entre 1995-97;
- O número de actividades/médico cresceu também, no mesmo período;
- Os ratios de complexidade (MCDT e actividade cirúrgica) aumentaram. Cada novo doente passou a "consumir" 3.15 consultas subsequentes, em 1997, contra 1.95 em 1995;
- A actividade cirúrgica total e por médico aumentou também.

Apesar disso, o Serviço tem as maiores LE's do Hospital em causa. Provavelmente, as LE's estão dependentes dum somatório de aumento da procura e da maior complexidade dos serviços efectuados (incluindo consumo de maior número de serviços por cada doente novo admitido).

De facto, trata-se de um Serviço “de ponta” entre os HD’s do País, mas em que as inovações tecnológicas têm por vezes servido à sobrevida com qualidade de doentes crónicos: a crescente capacidade resolutiva é consumida a longo prazo pelos doentes já “admitidos”, à custa de demoras no atendimento de novos doentes.

Caso 2: Cirurgia Geral no Hospital “A”

A informação é sumarizada de modo visual, na *Figura 3*:

- A produção global do Serviço diminuiu, entre 1995-1997 (somatório de actividades equivalentes dos profissionais);
- O número de grandes cirurgias realizadas por ano diminuiu;
- O ratio de “consultas subsequentes/1as. Consultas” diminuiu.

MAS, o número de actividades por médico e número de cirurgias por médico aumentou, no mesmo período.

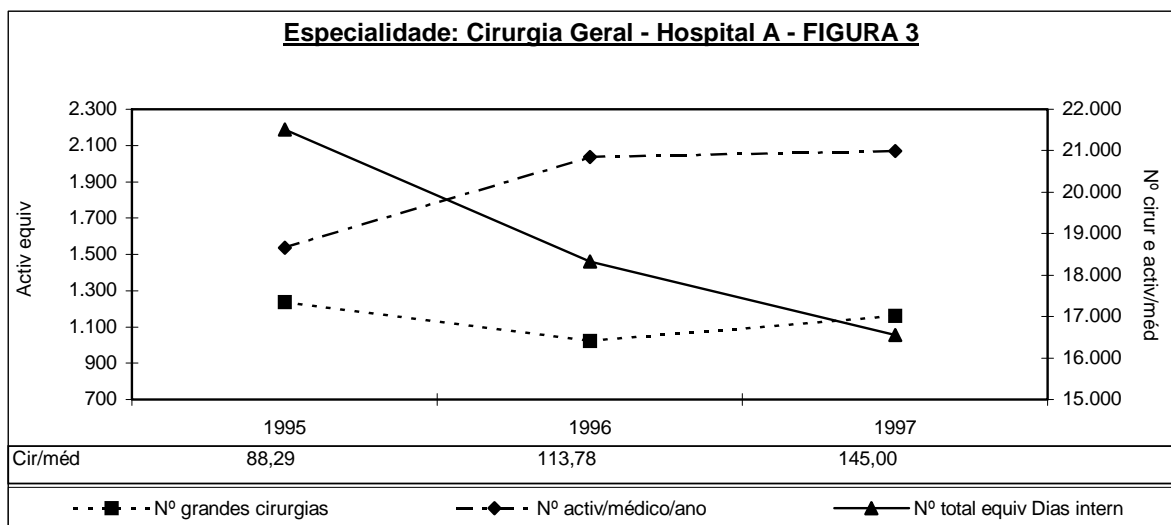
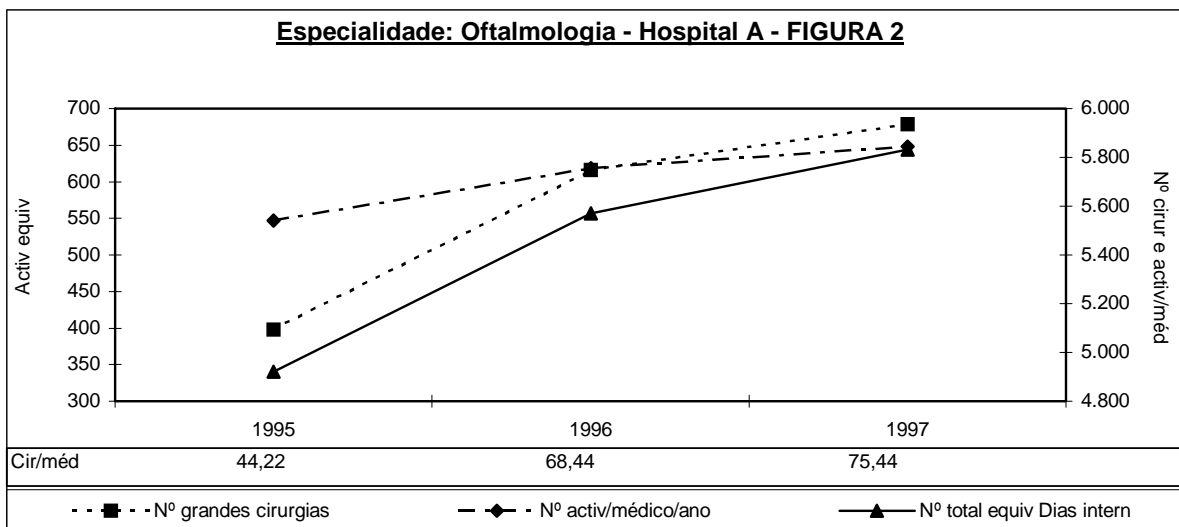
Neste caso, não há dúvida que se originariam listas de espera mesmo que a procura e intensidade tecnológicas se mantivessem: a produção global diminuiu. Pode ser devido a diminuição de efectivos de pessoal, pode ser devida a problemas de organização de outros meios de trabalho. Uma coisa é certa: a produtividade individual de cada médico aumentou.

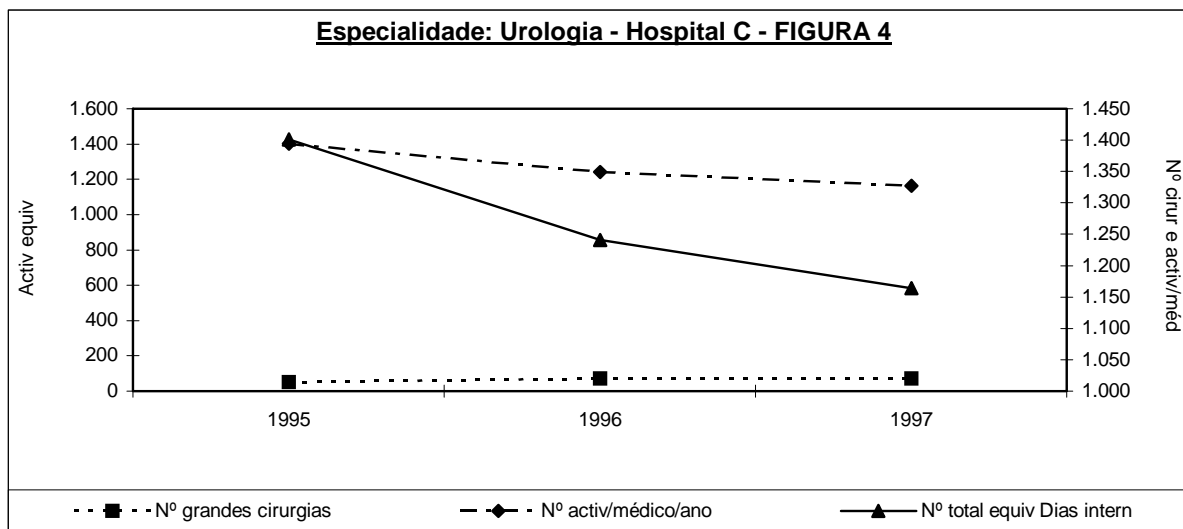
Caso 3: Urologia no Hospital “C”

A informação é sumarizada de modo visual, na *Figura 4*:

- A produção global do Serviço diminuiu, entre 1995-1997 (somatório de actividades equivalentes dos profissionais);
- O número de grandes cirurgias realizadas por ano aumentou;
- O ratio de “consultas subsequentes/1as. Consultas” diminuiu, embora tenha aumentado o ratio de “cirurgias/doentes novos”;
- O número de actividades por médico e número de cirurgias por médico diminuiu, no mesmo período.

O primeiro facto que se nota é que a produção global diminuiu. Não é claro se se exigiu maior intensidade tecnológica. Do que não há dúvida, é que a produtividade individual de cada médico diminuiu.





UTILIDADE DO ESTUDO. RECOMENDAÇÕES

Informação semelhante àquela que foi usada neste estudo está à disposição dos Conselhos de Administração de todos os Hospitais Distritais: quer do próprio Hospital, como do conjunto do País, e de vários anos. Mesmo que haja dificuldade de trabalhar “em rede”, tanto o IGIF como a DG Saúde disponibilizam disquetes com os dados, para evitar os erros e tempo perdido em digitação. A teoria sobre a correcta gestão de instituições de serviços, preocupadas com os “clientes” e que apreciam a qualidade nos processos insiste na rotina de análise de informação estatística com todos os profissionais das equipas envolvidos. (7)

Á falta de melhores standards de comparação, podem usar-se as comparações transversais ou tendências temporais.

A nossa experiência com a divulgação, em escala reduzida, do relatório interno da Agência foi de que a explicitação numérica do debate evitou rancores ou receios de crítica infundada. Por outro lado, profissionais dedicados sentiram-se recompensados.

As situações de Listas de Espera não têm todas a mesma origem, nem podem ser resolvidas com as mesmas tácticas: diferentes incentivos aos profissionais, ou diferentes medidas de reorganização podem ser eficazes. O simples cruzamento de informação como o sugerido (produção global, intensidade, produtividade individual) não serve mais que para identificar situações que necessitam ser estudadas: o início da investigação que poderá levar realmente a soluções.

Agradecimentos

Ao Dr. J. Giria (DG Saúde) pela amabilidade em nos disponibilizar relatórios e disquetes com os dados. Aos colegas da Agência que nos incitaram à realização do estudo e comentaram os primeiros rascunhos. Aos médicos dos Hospitais da Região que mostraram apreço e atenção pela matéria do Relatório Interno da Agência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Jacobs Ph. *The Economics of Health and Medical Care*. University Park Press, Baltimore, 1980
- ² Mooney G et al. *The Hospital as na Economic Agent*. Chapt. 11 In “*The Economics of Health Care*”, Routledge & Kegan Paul, London , New York, 1988
- ³ Serrão D et al. *Reflexão sobre a Saúde. Recomendações para uma Reforma Estrutural*. Conselho de Reflexão sobre a Saúde. Ministério da Saúde, Lisboa, 1998
- ⁴ Campos A C . *Eficiências e Ineficiências, Privilégios e Estigmas, nas Combinações Público / Privadas de Saúde*. Doc. De Trabalho 1/86 da Assoc. Portuguesa de Economia da Saúde, Lisboa, Julho de 1986
- ⁵ Donabedian A . *Los espacios de la Salud*. Cap. XI. Ed. FCE México, 1989
- ⁶ Donabedian. IDEM
- ⁷ Morgan S, Murgatroyd S. *Total Quality Management in the Public Sector: An International Perspective*. Open University Press, Buckingham, 1994