

Gestão e Sustentabilidade das Unidades de Dor

Teresa Magalhães¹ e João Silva Duarte²

Resumo

Gerir no contexto actual uma unidade de dor num hospital público apresenta-se como um desafio interessante, permitindo otimizar custos e incrementar proveitos. Com a actividade de controlo da dor a surgir como uma prioridade a nível nacional, torna-se imperativo estabelecer preços a praticar que tenham em conta o custo do serviço prestado. Este artigo procura contribuir para a estruturação das unidades de dor, esclarecer alguns conceitos associados e a forma como são financiadas. Por outro lado, fornece algumas orientações para a gestão destas unidades e indica os passos a seguir para garantir a sua sustentabilidade futura.

Palavras-chave: Unidade de dor. Gestão. Sustentabilidade. Financiamento.

Abstract

To manage in the current context one unity of pain in a public hospital poses an interesting challenge for optimizing costs and increasing associated revenues. As the activities of pain control assume a higher priority at national level, it becomes an imperative to revise the prices of the practice according to the costs of the services provided. This article aims to provide a contribution to the organization of the unities and clarify the way they are financed. The article also provides guidance to the steps that must be taken into account in the management of the unities, to ensure its sustainability. (Dor. 2008;16(4):21-4)

Corresponding author: Teresa Magalhães, teresa.magalhaes@chs.min-saude.pt

Key words: Unity of pain. Management. Sustainability. Financing.

Na Circular Normativa n.º 11, de 18-06-08 da Direcção-Geral da Saúde¹, encontramos o seguinte parágrafo: «a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só (...) o controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde».

Para que o controlo da dor seja encarado como uma prioridade, as instituições de saúde têm de estar preparadas para assumir esta orientação. Gerir a doença da dor crónica tem custos e, se contarmos com as unidades de dor que têm uma maior diferenciação técnica, os custos podem ser muito elevados (por exemplo,

colocação de neuroestimuladores) embora se ganhe de forma tangível na melhoria do doente².

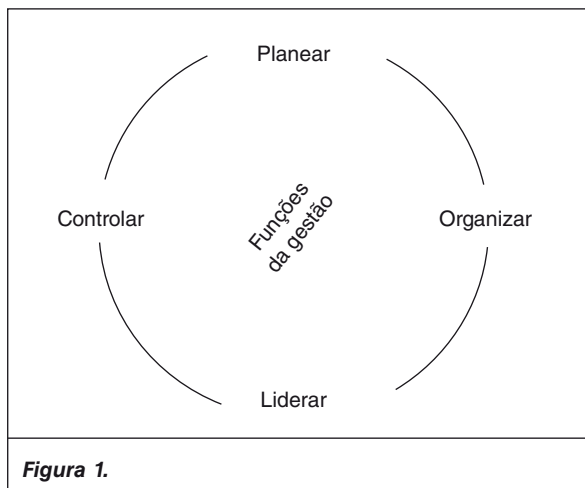
Se considerarmos que as unidades de dor estão na sua maioria inseridas nos hospitais públicos, torna-se necessário enquadrar os cuidados prestados nestas unidades no modelo de financiamento que existe actualmente no Sistema Nacional de Saúde, tendo em conta que este tipo de doentes não tem um financiamento específico.

Gerir de uma forma rigorosa envolvendo todos os elementos da unidade e responsáveis da instituição torna-se essencial para garantir a sustentabilidade de gestão desta doença.

Segundo Vasco Reis (2007)³, a gestão «é geralmente definida como um processo com uma componente interpessoal e técnica cujo objectivo é a transformação de recursos humanos e materiais e de tecnologias em resultados». A gestão pressupõe quatro funções principais – planejar, organizar, liderar e controlar – que devem estar intrínsecas no responsável destas unidades (Fig. 1). O planeamento surge como a primeira etapa da gestão em que é necessário saber o que se vai fazer, quantos doentes se

¹Vogal do Conselho de Administração

²Director do Departamento de Anestesiologia
Centro Hospitalar de Setúbal
Lisboa, Portugal
E-mail: teresa.magalhaes@chs.min-saude.pt



prevê tratar, que técnicas se vão fazer, o que nos vai custar. Organizar os nossos recursos é alinhá-los face aos objectivos, introduzindo liderança no processo. Para liderar é necessário controlar, o que pressupõe medir o que se está a fazer e como a unidade produz face aos objectivos planeados, quer em termos de número de doentes tratados e técnicas empregues, quer em termos de custos e proveitos gerados.

Estruturação das unidades de dor

Uma unidade de dor pode, consoante os actos que pratica, ter associada uma consulta, um hospital de dia e um internamento, onde são praticados diversos actos ligados à terapêutica da dor que podem ir desde uma simples analgesia a actos tão diferenciados como a implantação de neuroestimuladores ou de bombas perfusoras programadas, entre outros, conforme exemplos da figura 2.

Para se perceber a forma de funcionamento das diferentes linhas de produção e a forma como são financiadas, é essencial estarmos alinhados com a terminologia de cada uma delas, definindo os conceitos a elas inerentes.

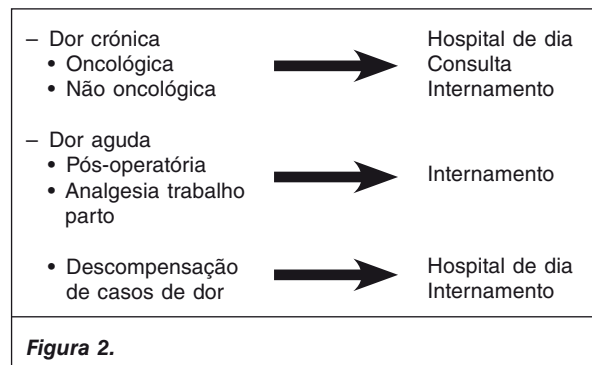
Internamento – alguns conceitos

Doente internado

Indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupe cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas, exceptuando-se os casos em que os doentes venham a falecer, saiam contra parecer médico ou sejam transferidos para outro estabelecimento, não chegando a permanecer durante 24 horas nesse estabelecimento de saúde⁴.

Grupos de diagnóstico homogéneo

São um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos



clínicamente coerentes e homogéneos do ponto de vista do consumo de recursos, construídos a partir das características diagnósticas e dos perfis terapêuticos dos doentes, que explicam o seu consumo de recursos no hospital⁵.

Doente equivalente

Episódios de internamento que se obtêm após a transformação dos dias de internamento dos episódios de duração excepcional e dos doentes transferidos de cada grupo de diagnóstico homogéneo (GDH), em episódios equivalentes aos episódios típicos ou normais do respectivo GDH.

Índice de case-mix

É o coeficiente global de ponderação da produção do hospital, reflectindo a sua relatividade face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, por isso, mais consumidoras de recursos.

É calculado pelo rácio entre o número de doentes equivalentes (DE), ponderados pelos **pesos relativos** dos respectivos GDH, constantes da portaria de facturação aos subsistemas⁵, e o número total de DE.

Peso relativo

A cada GDH está associado um coeficiente de ponderação, conhecido como peso relativo, que não é mais do que uma medida que reflecte os recursos empregues esperados com o tratamento de um doente típico desse GDH, expresso em termos relativos face à intensidade dos recursos utilizados pelo doente médio, sendo de esperar que um doente classificado num GDH com um peso relativo de 2 custe (e consuma) duas vezes mais recursos do que o doente médio.

Hospital de Dia

Serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas⁴.

Quadro 1.		
Linhas de produção	Contratualização SNS (Contrato-Programa 09)	Subsistemas (Portaria 839-A/2009)
Consultas	Varia por nível de hospital Nível 1: 1. ^a – 137,08 €/seguintes – 124,62 € Nível 2: 1. ^a – 121,55 €/seguintes – 110,5 € Nível 3: 1. ^a – 50,9 €/seguintes – 46,27 € Nível 4: 1. ^a – 77 €/seguintes – 70 €	Consultas médicas :31 € e MCDT Consultas médicas s/ a presença do utente: 25 €
Hospital de Dia da Dor	25,7 €	Facturado por acto ao preço da portaria
Internamento (para execução de técnicas invasivas)	Preço base GDH contratualizado x ICM x DE	Preço do GDH da portaria mais o valor de aquisição de material
ICM: índice de <i>case-mix</i> do hospital; DE: doente equivalente.		

Consulta médica

Acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde⁶.

Financiamento das unidades de dor

Podemos começar por definir financiamento como o conjunto de técnicas cujos objectivos principais consistem na obtenção regular e oportuna dos recursos financeiros necessários ao funcionamento e desenvolvimento da organização. Tal deve ser conseguido ao menor custo possível, exigindo o controlo da rendibilidade de todas as aplicações a que são afectos esses recursos⁷. O financiamento hospitalar é assim o somatório dos pagamentos efectuados aos prestadores de cuidados de saúde hospitalares, relativamente ao conjunto de beneficiários que possam ter recebido ou vir a receber aqueles cuidados, de acordo com as suas características e dos serviços envolvidos⁸.

O financiamento das unidades de dor terá de seguir, portanto, o modelo de financiamento hospitalar e cabe aos responsáveis otimizar a sua aplicação.

Quais são então os instrumentos que temos à nossa disposição para saber exactamente como gerir e otimizar o registo de actos de forma a obter o melhor financiamento?

Nas instituições públicas, a prestação ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) representa entre 85 a 90% da actividade, sendo a restante pertencente a subsistemas e seguros de saúde. Para estes últimos, o financiamento é regulado pela Portaria 839-A/2009, de 31-07, que estabelece preços de facturação aos subsistemas, define conceitos e regras e regula práticas (tempos de internamento mínimo e máximo no GDH, pesos relativos de GDH, regimes de internamento/ambulatório).

Para a prestação ao SNS, o instrumento de financiamento é o **Contrato-Programa**, definido

como «a contratualização de serviços de saúde é um processo de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual, envolvendo uma explicitação da ligação entre financiamento atribuído e os resultados esperados. Baseia-se na autonomia e responsabilidade das partes, sendo sustentado por um sistema de informação que permita um planeamento e uma avaliação eficazes considerando como objectivo do contrato metas de produção, acessibilidade, qualidade e económico-financeiras»⁹.

De uma forma resumida, o quadro 1 apresenta o financiamento actual por linha de produção que poderá existir numa unidade de dor.

Como gerir então a unidade perante esta realidade?

- Estabelecer objectivos sustentáveis e controlar o seu progresso ao nível da produção e dos custos e proveitos. Sendo no Hospital de Dia que se desenvolve uma grande parte da actividade, estamos perante uma unidade com fraca sustentabilidade logo à partida.
- Envolver as chefias para a importância de uma gestão equilibrada financeiramente.
- Assegurar o correcto registo de toda a actividade, por exemplo, toda a actividade que exija presença do médico deverá ser registada como uma consulta e não como um Hospital de Dia. É possível registar consultas sem a presença do utente e facturá-las e a unidade de dor presta-se ao contacto à distância com o doente.
- A implantação de neuroestimuladores e de bombas infusoras deverá ser efectuada em internamento cumprindo os limiares mínimos de internamento.
- Fomentar protocolos de investigação com entidades externas.

E quais os passos a seguir para tornar as unidades de dor sustentáveis?

Gestão e sustentabilidade

Perante esta realidade, e sentindo-se a necessidade de valorizar de forma correcta e

sustentável as actividades efectuadas nas unidades de dor, propõem-se uma série de iniciativas passíveis de implementação agregadas em projectos que deverão ser liderados pela APED e que poderão contribuir para esta realidade, nomeadamente:

- Envolver os gestores na problemática e conhecimento da dor ligando-os às associações nesta área através de consultadoria.
- Projectar uma uniformização de registos e sua disseminação por profissionais e gestores. Este projecto já se encontra em desenvolvimento na Associação e é um primeiro passo para que todos conheçam as alternativas existentes.
- Elaborar estudos sobre proveitos e custos relacionadas com as actividades inerentes à medicina da dor.
- Estabelecer programas de incentivos aos profissionais, com particular destaque para a área de formação e investigação clínica.
- Organizar um curso de formação sobre gestão de unidades de dor para profissionais da saúde.

A solução de futuro deverá passar pelo desenvolvimento, em conjunto com os responsáveis, de um programa de gestão integrada da doença específico por tipos de unidades conforme PNCD, como já existe para outras doenças, como a doença renal crónica, a obesidade, o VIH/SIDA, entre outras. Caberá à Associação assumir o papel de promotor e agente da iniciativa.

Bibliografia

1. Circular Normativa n.o 11, de 18-06-08 da Direcção-Geral da Saúde.
2. Rasmussen M, Hole P, Andersen C. Electric Spinal Cord Stimulation (SCS) in the Treatment of Angina Pectoris: A Cost-Utility Analysis. *Neuromodulation*. 2004;7(2):89-96.
3. Reis VP. Gestão em Saúde: um espaço de diferença. ENSP-UNL; 2007.
4. Portaria 132/2009, de 30-01.
5. Portaria 839-A/2009, de 31-07.
6. Bentes M, Gonçalves M, Urbano J, Tranquada S. A utilização de GDHs como instrumento de financiamento hospitalar. *Gestão Hospitalar*. 1996-1997;33:33-43.
7. Meneses C. Princípios de Gestão Financeira. 6.a ed. Lisboa: Editorial Presença; 1996.
8. Escoval A. A contratualização de serviços de saúde [tese Mestrado]. ISCTE; 1997.
9. www.contratualizacao.min-saude.pt [2008].