

# EM BUSCA DE NOVOS MODELOS GERENCIAIS: OS GRUPOS DIAGNÓSTICOS HOMOGÊNEOS E A GERÊNCIA HOSPITALAR\*

Francisco Campos Braga Neto\*\*

Cláudio Travassos Veras\*\*

Marina Ferreira Noronha\*\*

Monica Martins\*\*

Iuri Leite\*\*

*1. Introdução; 2. O controle estatístico do processo; 3. O processo de produção hospitalar; 4. Os GDH como um instrumento gerencial; 5. O modelo gerencial proposto; 6. Considerações finais.*

Sistema de classificação de pacientes internados em hospitais de agudos – Grupos Diagnósticos Homogêneos (GDH). Emprego como instrumento para gerência hospitalar. Concepções sobre o processo de produção hospitalar. Modelo gerencial para hospitais elaborado com base nos GDH. Potencialidades teóricas. Necessidade de maior experimentação.

## 1. Introdução

Desde o início dos anos 80, o sistema de classificação de pacientes – Grupos Diagnósticos Homogêneos (GDH) –<sup>1</sup> vem-se tornando bastante conhecido tanto nos EUA quanto na Europa. Sem dúvida isto decorreu sobretudo de seu emprego como base do sistema de pagamento – Prospective Payment System (PPS) – do Programa Medicare, decisão adotada em outubro de 1983 pelo governo norte-americano. Entretanto, as preocupações que lhe deram origem estavam mais diretamente associadas ao desenvolvimento de um instrumento gerencial que viesse a introduzir uma nova forma de administrar os hospitais, fundada no conhecimento do processo de produção nessas organizações e na mensuração e no controle de seus produtos – *case-mix management*.<sup>2</sup>

O presente artigo pretende exatamente voltar-se para esse aspecto da utilização dos GDH nos serviços de saúde, ou seja, as possíveis contribuições deste instrumento para o aprimoramento gerencial dessas unidades. Para tanto, serão examinadas em uma primeira parte as premissas e as concepções teóricas no campo da gerência e da organização hospitalar que orientaram o desenho dos GDH, correspondendo aos tópicos O controle estatístico do processo e o Processo de produção

\* Este trabalho, elaborado em março de 1990, é o resultado da pesquisa Avaliação de métodos alternativos para racionalização e análise de qualidade nos serviços de saúde, desenvolvida, a partir de março de 1990, pelo Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, com o apoio da Finep.

\*\* Pesquisadores no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. (Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – 7º andar, Manguinhos, CEP 21.041 – Rio de Janeiro, RJ.)

<sup>1</sup> Tradução em português para Diagnosis Related Groups (DRG).

<sup>2</sup> Esta é a expressão empregada por R. Fetter (Concepts of case-mix management. In: Roger-France, F.H.; de Moor, G.; Hofdijk, J. & Jenkins, L., org. *Diagnosis Related Groups in Europe*. Bélgica, 1989. p. 134-42) para se referir a este enfoque gerencial. Na bibliografia analisada, observa-se também a utilização da expressão *product-line management* como um sinônimo. *Case-mix* é a relação proporcional entre os diferentes tipos de pacientes atendidos em um determinado hospital ou instituição.

hospitalar. A segunda parte do artigo discute os GDH enquanto um instrumento gerencial e o modelo gerencial advindo deste enfoque.

Cabe ainda assinalar que sendo uma primeira aproximação ao tema, o objetivo deste trabalho dirigiu-se principalmente para a sistematização dos conceitos e das questões que permeiam as discussões sobre os GDH e a Gerência de Hospitais, deixando-se para uma segunda oportunidade a análise mais detida desta proposta, inclusive em relação ao grau de viabilidade e pertinência de sua implantação no país.

## 2. O controle estatístico do processo

Data de 1967 o início das investigações que resultaram na elaboração dos GDH. Nessa época, frente às exigências do então recém-criado *Medicare* – de que os hospitais passassem a operar com programas de revisão de utilização<sup>3</sup> e de controle de qualidade – houve uma solicitação de um hospital universitário à Universidade de Yale para que fossem realizadas investigações para criação desses instrumentos, a princípio tomando por referência os métodos de controle de custos e de qualidade já empregados nas indústrias.<sup>4</sup>

De acordo ainda com esse autor, desde o início do século já existiam tentativas de aplicação das técnicas de gerência industrial em unidades hospitalares; entretanto, é apenas a partir dos anos 60 e 70, dados os avanços tecnológicos alcançados e em razão do crescimento intenso dos custos da assistência médica, que se torna possível e, ao mesmo tempo, de extremo interesse o incremento de estudos nessa área.

Fetter, ao comentar os principais trabalhos publicados nesse período sobre as funções de produção e os custos hospitalares, assinala que já se verifica um consenso de que o hospital produz uma extensa gama de produtos e que as diferenças nas linhas de produção representam um fator importante nas variações de custos encontradas entre instituições ou entre pacientes. Persiste, contudo, um problema: a metodologia usada para tratar da natureza do hospital como uma organização de multiprodutos ainda era insatisfatória.<sup>5</sup>

Esse é o contexto a partir do qual foram desenvolvidas as investigações sobre o assunto em Yale. O marco de conhecimentos teóricos que servirá de base para esses estudos será a Teoria do controle estatístico, elaborada na década de 20 a partir das experiências realizadas nos laboratórios das indústrias Bell Telephones, nos EUA.

Esta teoria afirma que só é possível administrar-se um processo de produção se ele for estável pois, caso contrário, não se disporá de meios para se prever e controlar tanto o consumo de recursos durante o ciclo produtivo quanto as características do produto resultante desse processo. Portanto, é vital para a gerência lograr alcançar a estabilidade do processo produtivo da empresa, seja ela qual for.<sup>6</sup>

<sup>3</sup> Estudos de revisão de utilização (*utilization review*) – esses estudos compreendem diversos métodos e técnicas desenvolvidos e empregados com a finalidade de analisar o padrão de utilização de serviços de saúde por distintos grupos populacionais e também de verificar a adequação da assistência prestada em relação aos casos atendidos.

<sup>4</sup> Fetter, R. op.cit.

<sup>5</sup> Fetter, R. & Freeman, J. DRG: product line management within hospitals. *Academy of Management Review*, 11(1): 41-54, Jan. 1986.

<sup>6</sup> Fetter, R. Quality control in hospitals. In: *The First International Conference of The Management and Financing of Hospital Services*, London, Conference Proceedings, Dec. 1986, p. 3-5.

Deve-se ressaltar que a estabilidade do processo não assegura, por si, a qualidade do produto; no entanto, é condição para que este possa ser avaliado frente ao que seria esperado e, se necessário, alterar os padrões de produção visando a obtenção de melhores resultados.

A busca da estabilidade envolve o conhecimento detalhado e uma profunda compreensão a respeito do processo de produção. A técnica preconizada para este fim propõe, primeiro, a identificação e a definição do processo, de tal modo que se possa, em seguida, criar um método que permita a mensuração dos seus atributos. Fazendo-se uso de estudos amostrais, será possível, então, traçar o comportamento do processo em questão, se estável ou não, e analisar as prováveis causas de instabilidade.

No caso das indústrias, ainda que nem sempre exista um efetivo programa de controle de qualidade, o processo de produção, de um modo geral, encontra-se definido, havendo uma padronização do uso dos insumos, rotinas operacionais, e especificações sobre as características que o produto deva possuir ao sair da fábrica.

Na área hospitalar esta situação é bastante diferente; dado que nessas organizações se “processam” pessoas e que a cada paciente corresponde um caso em particular, a definição do(s) processo(s) de produção e a mensuração do(s) produto(s) tem sido mais difícil e complexa.

### 3. O processo de produção hospitalar

Tradicionalmente, em função das dificuldades mencionadas, tem sido contabilizado como produtos hospitalares, ao lado do volume de pacientes egressos, o conjunto de bens e serviços produzidos nos hospitais, tais como: refeições, exames laboratoriais, horas de enfermagem e outros.<sup>7</sup> A utilização desses indicadores como expressão da produção hospitalar, entretanto, é problemática, quer do ponto de vista conceitual, quer, sobretudo, pelas implicações gerenciais que impõe.

Conceitualmente, significa pensar que o funcionamento do hospital restringe-se à mera produção desses bens e serviços, como se essa produção fosse independente entre si e não resultasse, em verdade, do conjunto de condutas diagnósticas e terapêuticas adotadas para o atendimento dos pacientes internados em um determinado momento no hospital.

Na prática, isso tem-se traduzido na ênfase a uma proposta gerencial, cujo eixo centra-se na administração do processo de produção desses bens e serviços, conforme atestam as estruturas organizacionais usualmente vigentes nos hospitais – organogramas verticais – com base em uma departamentalização funcional.

O grupo de Yale vai propor uma nova concepção do hospital enquanto organização. O ponto de partida desta proposta provém de uma revisão do conceito do produto hospitalar. Se o hospital tem por objetivo diagnosticar e tratar seus pacientes, o produto desse processo consistiria exatamente em um dado conjunto de pacientes tratados. É óbvio que esses produtos são bastante complexos, envolvendo uma série de recursos e procedimentos distintos, de acordo com cada caso.

A unidade de medida da produção hospitalar deve ser, portanto, o próprio paciente tratado, reconhecendo-se, entretanto, que esta unidade compõe-se do conjunto de bens e serviços empregados no diagnóstico e na terapêutica deste indiví-

<sup>7</sup> Fetter, R; Freeman, J. & Mullin, R. DRGs: how they evolved and are changing the way hospitals are managed. *Pathologist*, College of American Pathologists, 39 (6), June 1985.

duo. Nesse sentido, cada um desses bens ou serviços, tomados individualmente, passa a ser considerado como um produto intermediário do processo de produção.

Concomitantemente, também se aponta para um novo modo de compreensão da lógica de produção hospitalar. Sua análise é de que no interior dessas unidades coexistem duas formas de produção que operam de modo articulado: a primeira, relacionada à produção dos chamados produtos intermediários, atividade desenvolvida a nível dos departamentos ou serviços, enquanto a segunda compreenderia o processo de utilização desses produtos, conforme a recomendação clínica na assistência aos pacientes. Nessa segunda etapa é que se constituiriam as linhas de produção do hospital, que seriam dependentes dos tipos de pacientes admitidos e das condutas empregadas pelos médicos. Além disso, deve ser ressaltado que a produção dos produtos intermediários – primeira etapa descrita – seria função do *case-mix* de pacientes e das linhas de produção médicas.

Nesse sentido, a ação gerencial, sem deixar de preocupar-se com a eficiência<sup>8</sup> no processamento dos insumos para a produção de bens e serviços intermediários deveria passar a controlar a efetividade<sup>9</sup> da utilização clínica desses produtos. Se a produção de um exame laboratorial for realizada de forma incorreta, haverá desperdício de recursos e custos desnecessários. Entretanto, não é suficiente que esse processo ocorra eficientemente; é necessário, também, que a indicação desse exame seja clinicamente correta porque, caso contrário, permanece havendo o emprego inadequado dos recursos assistenciais.<sup>10</sup>

#### 4. Os GDH como um instrumento gerencial

Para a aplicação do enfoque de controle estatístico do processo, não bastava, contudo, redefinir teoricamente o processo de produção hospitalar e o seu produto; era necessário dispor de uma metodologia capaz de mensurar esses produtos nos termos propostos, para que esta abordagem se tornasse operacionalmente factível.

A princípio, sendo cada paciente um caso único, singular, a relação de produtos de um hospital seria tão extensa e diversificada quanto o volume de pacientes egressos, além do que essa lista sofreria alterações contínuas ao longo do tempo. Dessa forma, seria difícil encontrar um meio de contabilizar esses produtos de modo a permitir a sua avaliação, controle e gerência.

Outrossim, apesar de cada caso ser único, é de se imaginar que esses pacientes guardassem entre si certas semelhanças tanto das suas características demográficas, sociais e econômicas quanto em relação às condutas médicas seguidas. Portanto, haveria a possibilidade de se medir o produto hospitalar através do agrupa-

<sup>8</sup> O conceito de eficiência (*efficiency*) refere-se à produção de cada serviço ao menor custo marginal, ou seja, à obtenção de uma composição ótima de recursos consumidos na fabricação de algum bem dentro de uma determinada escala de produção (McMahon, L.; Fetter, R.; Freeman, Jr. & Thompson, J. Hospital matrix management and DRG – based prospective payment. *Hospital and Health Services Administration*, p. 62-74, Jan./Feb. 1986.

<sup>9</sup> Deve ser ressaltado que, neste caso, o conceito de efetividade (*effectiveness*) tem um sentido diferente daquele tradicionalmente empregado nos estudos de avaliação de serviços de saúde. Efetividade, aqui, não corresponde à relação observada entre um dado tipo de intervenção e o resultado por ela gerado. Refere-se sim, à verificação do adequado emprego, em termos qualitativos e quantitativos, dos bens e serviços intermediários no tratamento de cada paciente (McMahon, L. op.cit).

<sup>10</sup> Fetter, R. Introduction and historical perspective on the development of DRGs. In: *The First International Conference of The Management and Financing of Hospital Services*. London, Dec. 1986. mimeogr.

mento desses pacientes. Passariam a ser considerados como produtos hospitalares os pacientes egressos agrupados de acordo com o perfil de recursos recebidos durante a internação. A questão resumia-se, assim, à descoberta de um sistema de classificação de pacientes adequado a esses fins.

As primeiras tentativas voltaram-se para a avaliação dos sistemas já existentes. Uma primeira alternativa seria fazer uso do sistema de Classificação Internacional de Doenças, porém a conclusão é de que este sistema desconsiderava alguns atributos dos pacientes como idade e diagnóstico secundário, que certamente influenciariam a conduta médica adotada e, por consequência, o conjunto de bens e serviços consumidos durante o seu atendimento. Além disso, com a classificação de pacientes baseada no diagnóstico principal, existiriam tantos grupos que o sistema se tornaria pouco operacional.

Um outro sistema analisado foi o elaborado pelo Professional Activity Study (PAS). Esta classificação utilizava-se das seguintes variáveis: o diagnóstico principal, a presença ou não de outros diagnósticos e a idade, segundo faixas. A conclusão não diferiu muito. O método também falhava na discriminação dos atributos dos pacientes, além de ser de difícil operação, pois poderia haver até 7.000 grupos.<sup>11</sup>

Esses estudos acabaram tornando evidente que, para se obter o agrupamento de pacientes dentro das exigências estabelecidas, haveria de ser desenhado um novo sistema de classificação. É a partir daí que serão desenvolvidas as investigações especificamente voltadas para a construção dos GDH.

Sem querer discorrer sobre a metodologia empregada,<sup>12</sup> vale lembrar que um dos princípios assumidos para o desenho do sistema foi que os grupos de pacientes gerados deveriam ser, além de homogêneos quanto ao consumo de recursos, clinicamente significativos. Esse aspecto teria de ser ressaltado pela sua importância para que os GDH viessem a ter a utilidade gerencial pretendida.

Ora, para a gerência, qual seria o valor de um sistema de classificação que, por exemplo, agregasse em um único grupo pacientes que se submeteram a um parto normal, com aqueles que sofreram amigdalectomia?

Apesar do tratamento desses casos envolver o emprego de um perfil de recursos semelhantes, do ponto de vista assistencial e, por consequência, administrativamente há diferenças bastante visíveis e importantes entre eles, pois suas linhas de produção envolvem distintos setores e profissionais dentro da organização. Nesse sentido, a adoção desse critério, o significado clínico dos grupos, foi fundamental para que os GDH viessem a possibilitar a aproximação entre a gerência e o processo de assistência médica.

Esse certamente representa o aporte mais relevante que os GDH trazem, qual seja, gerar, sobre o produto hospitalar, informações que capacitam a administração a desvendar e compreender o universo do trabalho médico e o processo de produção que lhe é subjacente, condição essencial para o gerenciamento dos estabelecimentos hospitalares.

<sup>11</sup> McMahon, L. The development of diagnosis related groups. In: Bradsley, Martin; Cole, James & Jenkins, Linda, org. *DRGs and Health Care - the management of case-mix*. London, King Edward's Hospital, 1987. p. 29-41.

<sup>12</sup> Uma análise detalhada da metodologia utilizada para o desenvolvimento dos GDH encontra-se descrita no artigo: Noronha, M. F.; Veras, C.T.; Braga Neto, F.C.; Martins, M. & Leite, I. O desenvolvimento da metodologia de classificação de pacientes hospitalares (DRG). Rio de Janeiro, Depto. de Administração e Planejamento em Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública, mar. 1990. mimeogr.

Em suma, trata-se de criar as condições para que a gerência de hospitais venha a se tornar uma gerência orientada pela lógica da atividade assistencial – afinal, esta é a função de produção principal no interior dessas unidades – <sup>13</sup> de sorte que se possa equacionar melhor, inclusive, o tradicional conflito entre o enfoque estritamente econômico dos administradores *versus* o modo de ver médico, mais individualizado e imediatista.

Retomando a discussão sobre o controle estatístico do processo, é forçoso admitir que a mensuração do produto hospitalar através dos GDH ainda possui limitações, algumas referentes ao próprio sistema de codificação que nem sempre consegue discriminar com a precisão necessária os casos tratados, fazendo com que determinados grupos não sejam tão homogêneos. Não é por outra razão que os GDH têm sido objeto de revisões e aprimoramentos freqüentes.

Em outras situações a falta de homogeneidade de um grupo reflete o “estado da arte” da prática médica. É sabido que ainda não se dispõe de conhecimentos suficientes sobre diversas entidades nosológicas, de tal forma que algumas vezes não existe consenso no meio médico sequer sobre a sua denominação; mais freqüentes são as dúvidas sobre o modo mais adequado de diagnosticar e tratar determinadas doenças. Lógico que nesses casos a busca de estabilidade do processo mediante a padronização das linhas de produção estará prejudicada. De qualquer forma, os GDH poderão permitir verificar o grau de variabilidade encontrado entre as distintas condutas assistenciais adotadas.<sup>14</sup>

##### 5. O modelo gerencial proposto

De acordo com a bibliografia consultada, a implantação da gerência por *case-mix* envolveria outras mudanças na administração dos hospitais, agora o uso dos GDH como sistema de informação-base.

Um primeiro aspecto entatizado refere-se ao próprio desenho organizacional dessas unidades. Coerentemente com a análise do processo de produção hospitalar desenvolvida, é proposta uma nova estrutura de tipo matricial onde, no eixo vertical, estariam os serviços ou departamentos responsáveis pela produção dos bens ou serviços intermediários – Laboratório de Análises Clínicas, Nutrição e Dietética, Radiologia, Enfermagem, etc. – enquanto no horizontal se estabeleceria a gerência das linhas de produção, discriminadas conforme o porte e a complexidade de cada hospital.

Assim, a gerência teria uma conformação ajustada às necessidades de acompanhar e controlar, simultaneamente e de forma articulada, o grau de otimização no uso dos insumos no processo de fabricação dos produtos intermediários e o padrão de utilização desses produtos nas diversas linhas de produção. Logo, se o tratamento de um paciente resultar em um tempo de permanência aberrante, será possível analisar separadamente se ocorreu algum problema relacionado com a conduta assistencial adotada – por exemplo, a solicitação de um exame desnecessário ou a alta tardia do paciente – ou se houve desleixo na produção de algum serviço intermediário, como o atraso na entrega do resultado de um determinado exame.

Essa proposta pressupõe ainda que haja uma nova repartição de responsabilidades gerenciais entre administradores e médicos. É evidente que a gerência das li-

<sup>13</sup> MacMahon, L. op.cit. 1986.

<sup>14</sup> Fetter, R. op.cit. 1989.

nhas de produção, dadas suas complexidade e diversidade, exige um conhecimento técnico específico, de modo que o profissional médico teria um perfil mais adequado para desempenhar esse papel.

Essa nova situação, sem dúvida, facilitará o funcionamento mais integrado da organização hospitalar, visto que a categoria médica não só passará a ter maior consciência das repercussões administrativas e econômicas de suas decisões clínicas, como terá a co-responsabilidade gerencial pelo desempenho hospitalar.

Em contrapartida, dada a disponibilidade de informações mais precisas sobre o atendimento hospitalar prestado com os GDH, e em função, inclusive, da presença de médicos na estrutura administrativa dos hospitais, é de se imaginar que essa administração possa estar efetivamente mais orientada pelas necessidades assistenciais.

Além disso, coloca-se como outra condição essencial, para que essa abordagem tome forma, a introdução de um novo sistema de custos hospitalares que permita a consolidação dos custos por GDH, de modo que as linhas de produção venham a ser controladas tanto do ponto de vista da sua adequação clínica, como a partir de seus custos.

Deve ser ressaltado que essa abordagem não se dirige apenas à função de avaliação de controle, com as informações sobre os produtos hospitalares traduzidos em GDH e seus respectivos custos. A programação física e financeira das atividades hospitalares também deve ser desenvolvida nessas bases: portanto, as metas e o orçamento passariam a ser discriminados por GDH, estabelecendo-se uma integração de todo o processo administrativo.

## 6. Considerações finais

Conforme foi apontado na apresentação, foge às pretensões deste trabalho avançar na análise técnica da proposta anteriormente descrita e muito menos discutir a possibilidade de sua utilização nos hospitais do país. De qualquer forma, já é possível comentar que, se por um lado esse enfoque parece apresentar um modelo explicativo do processo de produção hospitalar bastante lógico e ajustado ao que realmente ocorre no interior dessas organizações, também parece que o modelo de gestão proposto e os instrumentos gerenciais que lhe dão forma ainda necessitam ser mais bem examinados e experimentados para sofrerem novos aprimoramentos, como inclusive já vem ocorrendo com os GDH.

Nesse sentido, é o próprio Fetter quem reconhece que mesmo com a adoção dos GDH como base do sistema de pagamento do *Medicare* desde 1983, até o momento, nos EUA, ainda não foi implantado qualquer sistema de gestão hospitalar baseado no Controle Estatístico do processo. Isto nos dá uma idéia de quanto esta proposta ainda precisa ser testada e avaliada.<sup>15</sup>

Para finalizar, nesse mesmo artigo Fetter assinala que um dos possíveis motivos para tal fato seria que durante esse período, dados o contexto político-social norte-americano e a cultura organizacional predominante nos seus hospitais privados, mais do que o aprimoramento gerencial e a melhoria da qualidade da assistência médica prestada, o que os administradores desses hospitais efetivamente buscaram

<sup>15</sup> Fetter, R. The management of hospitals under prospective payment. In: *The Second International Conference of The Management and Financing of Hospital Services*. Sydney, Conference Proceedings, Feb. 1988. p. 147-51.

foi encontrar mecanismos que, perante o novo sistema de pagamento, permitissem a maximização de seus ganhos.

Assim, afora o problema da experimentação e do aprimoramento do modelo de gestão, coloca-se um outro aspecto fundamental a ser considerado, qual seja as condições político-organizacionais que devem ser buscadas para que a implantação de uma proposta como esta possa ser bem-sucedida. Afinal, uma medida dessa natureza vai implicar mudanças radicais na lógica de gestão dos hospitais e, certamente, interferir nos distintos interesses sociais presentes nas políticas de saúde.

### *Summary*

This article discusses the use of the patient classification system at acute care hospitals – Diagnosis Related Groups (DRG) – as a method for Hospital Management. The author presents the basic principles about the process of hospital production used as framework for the development of DRG. He also explains the hospital management model based on this system. Finally he analyses the theoretical potentialities of this method and emphasizes the need for empirically testing this model.