

# APRECIÇÃO DA QUALIDADE INDIVIDUAL OU DO SERVIÇO UTILIZANDO OS GDHS NA VERSÃO 2000

EDGAR FERREIRA, CARLOS REIS, ROSA MARIA BATISTA  
Serviço de Oncologia Médica. Instituto Português de Oncologia. Porto  
Departamento de Gestão Médica. Hospital Distrital de Vila do Conde. Vila do Conde

## RESUMO/SUMMARY

Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) não são unicamente um instrumento de gestão interessando os gestores e os técnicos administrativos mas também um apoio clínico aos profissionais médicos que são os produtores directos destes dados. Podem ser utilizados como indicadores de possíveis desvios de *boas práticas clínicas* e padrões de qualidade menos satisfatórios.

Os resultados devem ser utilizados como pistas a investigar e não como valores absolutos. São apresentadas as diferentes listagens possíveis da última versão dos GDH, numa lógica sequencial de utilidade para o médico que pretenda auto-avaliar a sua produção e desempenho no decurso de um período de tempo e comparar-se com outros. São referidos os rumos seguidos por países pioneiros e fornecida bibliografia para um estudo mais aprofundado.

*Palavras-chave:* GDH, Grupos de Diagnóstico Homogéneo, Gestão Médica.

## INTRODUÇÃO

Existem vários instrumentos para apreciarmos a qualidade do nosso trabalho.

Dois deles podem-nos ser facilmente facultados pela Administração: a estatística e os dados dos *Grupos de Diagnóstico Homogéneos*, os GDHs, designados DRGs – Diagnosis Related Groups na literatura anglo-saxónica.

Os médicos portugueses têm sido pouco sensibilizados para a base de dados da saúde mais importante dos Países, que é a dos GDH, para a sua importância na vida das

## INDIVIDUAL OR SERVICES QUALITY APPRECIATION USING 2000 DRG VERSION

The Diagnosis Related Groups (DRG) aren't only a management instrument useful for managers and technicians but also to physicians as professionals who are in fact their producers.

The DRG may be used as guides of good clinical practice and as quality pointer. Never as an absolute truth or way of judging something.

We study the new arriving 2000 DGR version and how to use it as a guide and quality indicator for physicians who wants to improve his quality, skills and proficiency in clinical practice.

We give a brief look on the DGR world expansion and the bibliography to deep the knowledge in this subject.

*Kew words:* DGR, Diagnosis Related Groups, Medical management.

instituições, a facilidade de acesso e a sua utilidade clínica.

Mensalmente são registados os GDHs e os *GDH de cirurgia de ambulatório* que cada médico produz assim como a produção de cada Serviço Médico.

O nosso objectivo é avaliar o programa *Integrador dos GDHs na sua versão do ano 2000* como instrumento, de que o médico se pode servir, para apreciar a sua produtividade e a qualidade do seu trabalho no sector do internamento, que é o âmbito dos GDHs.

Não nos vamos deter a explicar a história da formação dos GDHs nem detalhar o seu significado ou utilização como instrumento de gestão<sup>1-4</sup>.

Consideramos os conhecimentos base como adquiridos e de acesso fácil.

Não nos referiremos a qualquer hospital mas os elementos apresentados são uma amostragem real para exemplificar uma abordagem do tema.

Lembre-mo-nos que os *Grupos de Diagnóstico Homogêneos* são um sistema de classificação de doentes em hospitais, clinicamente coerentes e homogêneos do ponto de vista clínico e do consumo de recursos hospitalares.

- Vamos considerar, por convenção, que cada patologia é um GDH.

## MATERIAL E MÉTODOS

São várias as listagens produzidas utilizando o programa *Integrador GDH – Versão 2000* do IGIF, que chegou aos hospitais em Janeiro de 2000.

Continua-se a utilizar a classificação americana das patologias clínicas, o CID-9-CM – Classificação Internacional de Doenças – Modificação Clínica.

Embora tenhamos disponível todos os GDHs do hospital referente ao ano 1999, exemplificaremos somente com os *dados de um mês*.

Esquematizemos os nossos pontos de interesse:

- Todos os GDHs produzidos pelo médico X.
  - A listagem dos números dos processos clínicos correspondentes a cada um dos *meus* GDH.
  - Para cada um destes GDHs pretendo ver: a minha *Demora Média* (DM), compará-la com a dos meus colegas que tiveram os mesmos GDHs, a DM global do meu Serviço, do Grupo Hospitalar a que pertencemos e a Nacional.
  - Conhecer os processos clínicos dos meus doentes em que a DM se desviou desfavoravelmente em relação ao padrão *equilibrado*, isto é, em relação ao melhor valor dos três parâmetros: serviço/Hospital, Grupo, Nacional.
  - Eventualmente posso quer calcular o meu *Índice de Casemix* ou do meu serviço, isto é, o grau de complexidade das patologias que trato.
  - Também posso quer saber quanto dinheiro *dei a ganhar* ao hospital com a minha produção.
- Somando o custo de cada GDH que observamos (segundo a Portaria 348), multiplicando pelo número de doentes que tratamos nesse GDH obteremos o valor *ganho* no período de tempo avaliado.
- Pesquisar *parâmetros de qualidade*: índices de reinternamentos precoces com o mesmo diagnóstico (med./Cir.), infecções nosociais, mortalidade selectiva,

internamentos prolongados sem complicações assinaladas.

- Detectar *reações medicamentosas adversas* – RAM devido a medicamentos utilizados correctamente - código 995.2 da CID – 9 – CD<sup>5</sup>.

Estes quatro últimos estudos ficarão para uma outra abordagem.

O primeiro passo é estar na posse de uma cópia da listagem oficial da Classificação de todas as patologias catalogadas em GDHs – a Portaria nº 348-B/98 do Ministério da Saúde, Diário da República Nº138 de 18-06-98 e lê-la atentamente.

- Devemos solicitar autorização à autoridade do nosso hospital para o estudo em vista.

A nossa pesquisa tem de ter parâmetros: qual o período que queremos avaliar de doentes tratados/saídos, intervalo de idades, serviço a estudar, e a patologia em estudo.

Em alternativa podemos utilizar os parâmetros *estandardizados* do programa.

Convém iniciarmos a pesquisa com uma visão global, pedindo a listagem de GDHs do nosso serviço. Exemplifiquemos com um serviço de medicina interna.

A – Pedimos a listagem *Demora Média por GDH/ Serviço de medicina interna*, com análise dos doentes saídos entre 01-01-2000 e 31-01-2000; idades entre 0 e 124 anos (parâmetro estandardizado, amplitude máxima do programa. Quadro I

Nesta Listagem e neste período, X teve acesso aos seguintes dados do seu serviço: o número (n.) do GDH, a sua descrição, o Nº de doentes (dts) por patologia//GDH, a percentagem em relação ao nº total de doentes, o N.º Total de Dias, a *Demora Média* (DM) do tempo de internamento de cada GDH do seu serviço, do seu hospital (o mesmo valor se existir um único serviço), do *Grupo Hospitalar* em que se integra o seu Hospital e a DM Nacional para cada GDH.

- Esta Listagem permite-lhe saber quais as patologias que foram tratadas no serviço, as mais frequentes, a *média* de doentes por médico. Neste caso 17 doentes por médico e por mês - permitindo avaliar a intensidade do trabalho no sector do internamento.

- Constata-se que houve 24 tipos de patologias /GDHs, 77 doentes com 639 *Total de Dias* de internamento.

- A *Demora Média* global dos doentes no seu serviço, dividindo o número total de dias pelo número de doentes, foi de 8,0 dias.

- Observa-se nesta listagem que as patologias mais frequentes foram, considerando as com mais de cinco doentes, os GDHs 15, 68, 88, 466, isto é, existe uma dispersão de patologias nos doentes internados.

Quadro I – Demora Média

GD Descrição	Doentes		Total Dias	Serviço	Demora Média			
	Nº	%			Hospital	Grupo	Nacional	
14	Perturb. cerebro vasc. especif.	2	2,60%	28	14,00	14,00	11,99	12,26
15	Acident. isquém. transitór.,	9	11,69%	51	5,67	5,67	8,34	6,43
16	Perturb. cerebro vasculares	1	1,30%	3	3,00	3,00	16,48	14,87
68	Otite média e infecc. v. resp.	9	11,69%	89	9,89	9,89	11,86	10,21
69	Otite média e infecc. v. resp.	3	3,90%	20	6,67	6,67	4,90	7,60
78	Embolia pulmonar	1	1,30%	10	10,00	10,00	12,76	12,27
80	Infecções e inflamações resp.	1	1,30%	8	8,00	8,00	18,02	19,25
82	Neoplasias respiratórias	2	2,60%	10	5,00	5,00	13,29	13,69
88	Doença Pulmonar Crónica	6	7,79%	63	10,50	10,50	11,34	11,05
89	Pneumonia e pleurisia simples	4	5,19%	42	10,50	10,50	12,28	11,96
90	Pneumonia e pleurisia simples	5	6,49%	45	9,00	9,99	10,31	10,12
96	Bronquite e asma, Idade > 17	2	2,60%	26	13,00	13,00	11,39	10,46
97	Bronquite e asma, Idade > 17	1	1,30%	2	2,00	2,00	8,65	7,82
127	Insuficiência cardíaca e choq.	4	5,19%	27	6,75	7,80	10,86	9,82
144	Outros diagnósticos aparelho	2	2,60%	19	9,50	9,50	10,77	11,42
182	Esofagite/perturb. G-I/perturb.	1	1,30%	6	6,00	6,00	10,47	9,47
183	Esofagite/perturb. G-I/perturb.	1	1,30%	3	3,00	3,50	5,92	5,44
202	Cirrose e hepatite alcoólica	2	2,60%	30	15,00	15,00	15,74	13,60
294	Diabetes, Idade > 35	5	6,49%	30	6,00	6,00	11,49	9,93
295	Diabetes, Idade 0-35	2	2,60%	8	4,00	4,00	8,03	7,02
321	Infecção rins e vias urinárias	3	3,90	27	9,00	9,00	7,43	7,17
346	D. maligna dos órgãos genit	1	1,30%	10	10,00	10,00	14,39	13,76
429	Perturbações orgânicas	1	1,30%	2	2,00	2,00	14,62	14,73
466	Seguimento s/hist. doença mal	9	11,69%	80	8,89	7,94	2,08	7,14
<b>Subtotal:</b>		<b>77</b>		<b>639</b>				

- Nestas quatro patologia/GDHs, a Demora Média é melhor do que a média do Grupo e Nacional nos dois primeiros GDHs e pior no terceiro (GDH 466, *Seguimento s/ história de doença maligna*).

Este GDH não tem grande desvio em relação ao valor Nacional mas há um desvio significativo em relação ao Grupo.

O estudo da causa do desvio do GDH - 466 levar-nos-ia a requisitar nove processos clínicos para analisá-los o que não iremos fazer aqui.

- Quando o valor de um GDH do nosso serviço/hospital se desvia em relação ao Grupo hospitalar a que o nosso pertence é preciso saber a causa desse desvio. Pode tratar-se simplesmente de codificação errada (pelo colega codificador) ou o nosso preenchimento da *folha de alta* do processo clínico ser incompleto ou errado; é difícil existir um erro administrativo nesta fase. Pode tratar-se de diferenças estruturais dentro do próprio grupo de hospitais porque estes não são totalmente homogêneos.

É mais importante a comparação entre o mesmo Grupo hospitalar do que a comparação com os valores Nacionais, que englobam todo o tipo de hospitais, incluindo os hospitais centrais que têm outra variedade de patologias e de recursos, algumas ocasionando obrigatoriamente DM prolongadas (p. e. transplantes). Os Hospitais Centrais têm *Casemix* superiores à dos Hospitais Distritais.

**B** – Em seguida vamos pormenorizar o nosso desempenho global detendo-nos nesta ou naquela patologia com valores de DM anormais.

Pedimos a listagem da *Demora Média por Médico*, dando o nosso nome *X. Quadro II*

Este Quadro dá-nos, por médico, em cada patologia/ /GDH o N.º de dts, o Total de Dias de internamento, a nossa DM e a diferença em relação à DM do Hospital (*se houver vários serviços a tratar a mesma patologia este valor pode não coincidir com o valor atribuído ao nosso*

**Quadro II - Demora Média por Médico**

GDH: 14 - Perturb. cerebro vasc. espec. excepto acid. insq. trans Demora Média Hospitalar: 14,00

Médico	Doentes		Total Dias	Demora Média	
	Nº	%		Médico	Diferença
3089	1	4,55%	8,00	8,00	6,00
<b>Subtotal</b>	<b>1</b>	<b>4,55%</b>	<b>8</b>		

GDH: 15 - Acident. isquém. trnsitór., oclusões art. pré-cerebr Demora Média Hospitalar: 6,67

Médico	Doentes		Total Dias	Demora Média	
	Nº	%		Médico	Diferença
3089	4	18,18%	24,00	6,00	-0,33
<b>Subtotal</b>	<b>4</b>	<b>18,18%</b>	<b>24</b>		

GDH: 68 - Oíte média e infecc. v. resp. superiores 1&gt;17 c/CC Demora Média Hospitalar: 9,89

Médico	Doentes		Total Dias	Demora Média	
	Nº	%		Médico	Diferença
3089	3	13,64%	26,00	8,67	1,22
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>13,64%</b>	<b>26</b>		

GDH: 78- Embolia pulmonar Demora Média Hospitalar: 10,00

Médico	Doentes		Total Dias	Demora Média	
	Nº	%		Médico	Diferença
3089	1	4,55%	10,00	10,00	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>1</b>	<b>4,55%</b>	<b>10</b>		

GDH: 321 - Infecção rins e vias urinárias, 1&gt; 17 sem CC Demora Média Hospitalar: 9,00

Médico	Doentes		Total Dias	Demora Média	
	Nº	%		Médico	Diferença
3089	1	4,55%	12,00	12,00	-3,00,00
<b>Subtotal</b>	<b>1</b>	<b>4,55%</b>	<b>12</b>		

Número total de Doentes: 22

Número Total de Dias de Internamento: 178

serviço).

- Analisando esta listagem pessoal (X), constatamos que tivemos 12 patologia no mês, isto é 22 doentes, sendo duas as mais frequentes, com três e quatro doentes respectivamente.

- Embora não tivéssemos tido neste mês trabalho exagerado, faríamos menos esforço se tivéssemos menor número de patologias.

Esta dispersão de patologias é nefasta pelo esforço de actualização que se exige ao médico, pelo aumento de risco de erro em relação ao doente em virtude da baixa casuística do médico, ocasionando pouca experiência para certas patologias. Esta também pode ser uma causa do prolongamento do tempo de internamento (DM).

Devemos, em reunião de serviço, com o nosso director, pôr a hipótese de concentrar patologias por médico, rodando-as periodicamente por outros colegas?.

- As variações para menos são lisonjeiras para nós (DM

do hospital superior à nossa), se não forem superiores a certos limites mínimos (ver a Portaria 348). Se forem para mais, depende do grau da diferença.

Nesta nossa listagem de 11 patologias, nove têm valores lisonjeiros, três não.

- Destes, detenhamo-nos no GDH com o valor diferencial mais negativo, o GDH nº 321, *Infecção dos rins e vias urinárias, em dte com idade superior a 17 anos, sem complicações* (critério de idade do IGIF), com diferencial - 3,00 (a nossa DM é 25% mais alta do que a do hospital - 9,0 e 38% em relação do Grupo Hospitalar - 7,43). *Quadro II.*

- Vamos averiguar a causa deste desvio.

C- Para termos acesso ao n.º do Processo Clínico referente a este doente, solicitaremos a:

**Lista de Doentes Reduzida do médico X**

ordenada por Processo Clínico (PC) e por serviço"

*Quadro III* – esta listagem dá-nos somente doentes nossos. Confirma que temos somente um dte com o GDH -321.

Esta listagem dá-nos os números dos PCs, a Data de admissão, o sexo, o GDH, o TI (Tempo de Internamento), o Diagnóstico principal (primeiro) e dois secundários. Dá-nos os três principais procedimentos utilizados.

No preenchimento do PC devemos pôr **todos** os *Diagnósticos* e **todos** os *Procedimentos* (que tiverem existido).

O Programa apresenta nas listagens somente três *Diagnósticos* e três *Procedimentos*, encobrendo os restantes que entram na base de dados nacional e são importantes para um planeamento rigoroso das várias variáveis com implicações na saúde.

Podíamos pedir os Processos Clínicos (PC) referentes a um GDH. Teríamos doentes nossos e de outros colegas *Quadro IV.*

Se prévissemos a existência de muitos PC no GDH em estudo, cruzando estes dois Quadros teríamos os números dos PC dos nossos dts. neste GDH.

No *Quadro IV* encontramos somente três Processos Clínicos com o GDH - 321 o que nos facilita a procura. Um deles é o nosso conforme mostra o *Quadro III.*

É um dte de sexo F, com 77 anos que teve os seguintes diagnósticos de saída:

O diagnóstico principal: GDH- 590.10 - *Pielonefrite Aguda,*

O segundo: GDH- 555.9 - *Hidronefrose.*

Houve 12 dias de internamento.

Quadro III - Lista de Doentes Reduzida

NºDoente	Data Admissão	Sexo	GDH	Diagnóstico			Procedimentos				
				TI	1º	2º	3º	1º	2º	3º	
20000062	05-01-2000	2	90	7	4829				8744	9921	
20000086	07-01-2000	1	90	10	4829			8744	9921	9399	
20000181	18-01-2000	1	90	13	4659	7070			9921		
20000197	19-01-2000	1	15	6	43400	4148	585		8952	9918	
20000198	19-01-2000	2	321	12	59010	591			8875	9921	9133
20000224	28-01-2000	2	144	9	49121	41000			8952	9394	9919
20000258	25-01-2000	2	14	8	42731	43401			8952	9059	
20000276	27-01-2000	2	15	5	43400	4650	34290		9921		
20000308	31-01-2000	2	89	8	4829	42731			9043	8744	9921
97000511	26-01-2000	1	15	5	43400	4650			9918	8952	
98000006	13-01-2000	1	89	8	4829	42731			8744	9921	8952
98000585	26-01-2000	2	88	13	49121	51881			9396	8965	8744
98001078	13-01-2000	1	88	5	49121	4659			8965	8744	9921
98001743	10-01-2000	1	295	6	25001				9917		
98001951	01-01-2000	1	68	9	4650	25000	7070		9921	8744	9133
98002616	30-01-2000	1	96	17	4660	49121	5713		8876	9921	
98003342	03-01-2000	1	68	4	4650	4280			9394	8952	
98005013	02-01-2000	2	295	2	25001	5950			9917	9133	9921
98005073	07-01-2000	1	294	4	25011	5715	30390		9918		
99000014	24-01-2000	2	96	9	4660	2765			9921		
99001485	17-01-2000	2	15	8	43400	25000	4019		9918	9059	9131
99002366	15-01-2000	2	78	10	41519				8965	8744	

Número Total de Doentes: 22  
Número Total de Dias: 18

Quadro IV - Lista de Doentes Reduzida

NºDoente	Data Admissão	Sexo	GDH	Diagnóstico			Procedimentos				
				TI	1º	2º	3º	1º	2º	3º	
20000198	19-01-2000	2	321	12	59010	591			8875	9921	9133
20000243	24-01-2000	1	321	3	5950	5559	0414		9133		
99000868	08-01-2000	1	321	12	5950	4659	5198		9133	8744	9921

Número Total de Doentes: 3  
Número Total de Dias: 27

**D – Comparação com os colegas.**

Ainda em relação à patologia do GDH-321, *Infecção dos Rins e Vias Urinárias* é interessante saber quais são as DM dos colegas que tiveram esta patologia neste período:

Dos três doentes da listagem do *Quadro IV* um colega teve um dte e tratou-o em 3 dias, (DM do Serviço 9,00 dias) o nosso dte e o de outro colega foram tratados em 12 dias. Note-se que a DM do Grupo hospitalar é de 7,43 e o Nacional de 7,17 dias. (*Quadro I*)

Numa avaliação mais extensa, recorrendo à Portaria, neste GDH temos uma DM de 7,1 dias com um mínimo de dois dias (Limiar inferior). Os valores máximos (Limiar superior) são demasiados complacentes (27 dias), não podem aqui ser levados em linha de conta porque o que desejamos é aferir a nossa Qualidade e não desculparmo-nos.

O que fez o colega que tratou o seu dte em três dias?:

Trata-se de um dte de sexo M, 41 anos, com os seguintes diagnósticos de saída:

O diagnóstico principal: GDH-595.0 - *Cistite Aguda*,  
O segundo: GDH-555.9 - *Enterite regional - D. de Crohn*.

O terceiro: GDH-041.4 - *Infecção por Echerichia coli*.  
- Os *Procedimentos* são os actos terapêuticos e os exames complementares de diagnóstico necessários para os Diagnósticos efectuados ao doente.

Trata-se de uma situação benigna, de tratamento rápido. Provavelmente foi a segunda patologia, antiga, que justificou o internamento.

O terceiro doente, de sexo M, 75 anos, com o diagnóstico de saída:

O diagnóstico principal: GDH- 595.0 - *Cistite Aguda*.

O segundo: GDH- 519.8 - *Infecção Respiratória*.

O terceiro: GDH-250.10- *Diabetes Mellitus com ceto-acidose*.

Aqui, ao diagnóstico de patologia *benigna*, associam-se duas patologias de *complicação* que justificam os 12 dias de DM.

Temos justificadas clinicamente as diferenças na DM dos dois doentes.

Estaria mal se patologias iguais com situações clínicas semelhantes divergissem significativamente nas DM.

Em conclusão, os diagnósticos que originaram o GDH 321 não são únicos o que implica a possibilidade de diferentes atitudes terapêuticas e diferentes DM.

O GDH 321 inclui: cistites simples, pielonefrites, glomerulonefrites, etc.

Não pode haver análises críticas dos valores das DM sem a consulta prévia dos processos clínicos em causa.

Nesta amostragem os procedimentos clínicos dos três médicos estavam correctos mesmo com as diferenças de DM.

**E – Outros Quadros:**

O *Quadro V*, *Demora Média por Médico* e por ordem de GDH, segunda a ordem da Portaria.

Dá-nos para o serviço de Medicina Interna os nomes dos médicos e o respectivo número de doentes tratados no período em estudo e a diferença em relação à DM do serviço/hospital por cada GDH.

- A sua leitura mostra como foi a distribuição de cada patologia pelos médicos do serviço, se foi equitativa ou foi concentrada em alguns colegas.

Qual a diferença de DM para cada GDH entre os médico do serviço?

O *Quadro VI* é semelhante aos Quadros III e IV mas a ordenação é por ordem de Processo Clínico (Serviço em estudo) o que permite encontrar facilmente um n.º de PC numa listagem: é a *Lista de Doentes Reduzida* ordenada por PC.

**Quadro V - Demora Média por Médico**

GDH: 294 - Diabetes, Idade &gt; 35 Demora Média Hospital: 6,00

Médico	Doentes		Total Dias	Demora Média	
	Nº	%		Médico	Diferença
3083	2	2,60%	15,00	7,50	-1,50
3089	1	1,30%	4,00	4,00	2,00
3218	2	2,60%	11,00	5,50	0,50
<b>Subtotal</b>	<b>5</b>	<b>6,49%</b>	<b>30</b>		

GDH: 295 - Diabetes, Idade 0-35 Demora Média Hospital: 4,00

Médico	Doentes		Total Dias	Demora Média	
	Nº	%		Médico	Diferença
3089	2	2,60%	8,00	4,0	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>2</b>	<b>2,60%</b>	<b>8</b>		

GDH: 321 - Infecção rins e vias urinárias, I &gt; 17 sem CC Demora Média Hospital: 9,00

Médico	Doentes		Total Dias	Demora Média	
	Nº	%		Médico	Diferença
1606	1	1,30%	3,00	3,00	6,00
3089	1	1,30%	12,00	12,00	-3,00
3218	1	1,30%	12,00	12,00	-3,00
<b>Subtotal</b>	<b>3</b>	<b>3,90%</b>	<b>27</b>		

GDH: 346 - D. maligna dos órgãos genit. masc. com CC Demora Média Hospital: 10,00

Médico	Doentes		Total Dias	Demora Média	
	Nº	%		Médico	Diferença
3218	1	1,30%	10,00	10,00	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>1</b>	<b>1,30%</b>	<b>10</b>		

Número total de Doentes: 77

Número Total de Dias de Internamento: 639

O Quadro VII destaca os GDH com situações anormais.

É uma listagem dos doentes assistidos no serviço (MI) ordenada por *Grandes Categorias Diagnósticas – GCD* e dentro destas pelos GDH que tiveram dts anormais. Por cada GDH é referida a DM Nacional, o n.º de dts com demora média anormal, seja de *Curta Duração – Limite Inferior* seja de *Longa Duração – Limite Superior* ou de *Evolução Prolongada – Limite Máximo*.

Exemplificando: houve um doente integrado na Grande Categoria Diagnóstica de *Doenças e perturbações do Sistema Nervoso*, no GDH 16 – *Perturbações Cerebrovasculares não específicas com Complicações* com demora média anormal:

Sendo definido como de *Curta Duração – Limite Inferior* três dias, a *Longa Duração – Limite Superior* 45 dias, e *Evolução Prolongada – Limite Máximo* 75 dias tivemos

um doente assinalado na duração de *Curta Duração – Limite Inferior* a três dias .

Nesta listagem constata-se que o serviço de MI durante o mês de Janeiro teve oito dts *anormais em consequência de estarem abaixo do limite inferior (curta duração)*, sendo seis por causas a averiguar e dois por terem sido sujeitos a transferência para outra instituição.

- Os GDH de certas patologias, como tratamento cirúrgico do canal cárpico, colecistectomia por laparotomia, tratamento cirúrgico de quisto sacro-cóccigeo, etc. (cir. do ambulatório), com zero dias de internamento (**menos de 24 horas**), registados em doentes que **não** tiveram *alta a pedido, transferências externas, óbitos* ainda contam nos GDH normais. No futuro entrarão nos *Grupos de Diagnóstico do Ambulatório – GDA*.

- Se o dte tem más condições sociais, temos dificuldade em lhe dar alta administrativa para casa, devemos mencionar este facto no PC a fim de justificar perante o codificador e as auditorias o prolongamento sem motivos clínicos do Tempo de Internamento. Este T I por *situações sociais* terá uma codificação específica.

- Se o dte internado tiver alta fora das horas normais de serviço por óbito, transferência externa ou interna ou alta contra parecer médico, deve ser o seu médico ou um médico do serviço a assinar a alta no dia seguinte e não um médico externo, de urgência, que verificou o óbito, para não ser atribuída a assistência (contínua) a um doente a quem não a prestou.

O Quadro VIII, a *Lista de Doentes Descritiva*, descreve doente a doente do serviço (MI) tudo o que aconteceu, isto é, todos os registos de codificação a seu respeito.

No Quadro IX teremos uma *Lista(gem) de Doentes Exhaustiva* do serviço, neste período de tempo.

Os Quadros VIII e IX são semelhantes: diferem na apresentação.

Se quisermos saber os dts pertencentes a subsistemas pediremos a *Lista de Doentes por Subsistema*. – Listagem X. Tem interesse unicamente para a facturação dos subsistemas.

As Listagens após a listagem VII têm pouco interesse para nós.

São apresentadas as cinco listagens mais importantes para facilitar o pedido do modelo à administração e dar uma imagem da sua construção.

**CONCLUSÃO**

Pouco se tem escrito no âmbito português à cerca da utilização clínica dos GDH. O levantamento da bibliografia nacional o demonstra. Apresentamos alguma *bibliografia* que ajudará o médico a entrar neste campo .

A versão 2000 dos GDH representa uma evolução em relação à versão anterior. Tem alterações significativas; aumentou a especificidade dos diagnósticos ao nível do quinto dígito e dos procedimentos ao nível do quarto.

Tal com na versão anterior os dados são fáceis de interpretar e valorizar.

São um instrumento importante que nos permite *comparar valores*, os nossos com o de outros colegas, com o total do serviço, com o grupo hospitalar em que nos integramos ou os valores nacionais.

Não é demais sublinhar que o valor preditivo dos GDH é aproximado.

Jamais deverá servir para criticar alguém. Em medicina não há situações coincidentes.

Os resultados anormais ou marginais devem ser investigados. Há somente um único meio para o fazer: consultar o processo clínico.

**O processo clínico** como fonte dos registos médicos e de enfermagem tem de ter o cariz de um documento: rigoroso, conciso, estandardizado, comportando todos os dados essenciais que permitam chegar ao diagnóstico e ao tratamento.

Há que reconsiderar a necessidade dos colegas mais graduados darem assistência e guiar os mais novos na boa elaboração de um processo clínico com os dados essenciais. Na há que ter complexos.

Os GDHs permitem ainda *comparar a evolução da DM* em cada trimestre, semestre, ano e compará-los com os anos transactos.

Conhecendo-se as patologias mais frequentes é possível centrar a nossa *formação profissional* nestas patologias.

Actualmente existem novos parâmetros que pretendem tornar mais rigorosas estas avaliações<sup>7</sup>.

Os “Grupos de Diagnóstico Homogéneos” teve origem nos EUA, nos anos 70. Foram criados com o objectivo de conter custos através de uma contabilidade rigorosa da produção de cada sector do internamento dos hospitais<sup>8,9</sup>.

Este modelo de gestão expandiu-se rapidamente por outros países dado o sucesso que obteve. Actualmente, em versão próxima da americana ou adaptada, ele existe em todos os países da EU<sup>7,10-14</sup>.

Em França<sup>7</sup> está divulgado o PMSI, o *programa de medicalização do sistema de informação* que tem como base os GDH. Este programa utiliza também o indicador ISA – *índice de síntese de actividade*, construído na base de uma escala nacional de custos relativos por GDH. Desta maneira um hospital pode calcular a sua produção global ou sectorial, numa base nacional, em pontos ISA.

Seria interessante dispormos de valores (custos, TI, DM) de GDHs de outros países nomeadamente os nossos parceiros da União Europeia e dos EUA para os compararmos com os nossos. Há muito pouca bibliografia neste sentido. A FNCLCC publicará em breve um estudo comparativo no âmbito dos GDH de centros oncológicos de três países<sup>15</sup>. Na ausência de critérios comuns as *avaliações comparadas internacionais* revestem-se de extrema dificuldade.

Antes de mais temos de desenvolver os *benchmarking intra-muros*, entre serviços nacionais comparáveis, melhorando simultaneamente os nossos padrões de registo, recolha e extensão dos dados<sup>16,17</sup>.

A utilização do *Protocolo de Revisão de Utilização (PRU)* de maneira mais sistemática irá permitir avaliar as admissões inadequadas – doentes que não precisariam de ter sido internados por razões clínicas e a avaliação da “adequação” do tempo de internamento à patologia e à situação clínica em causa<sup>18-20</sup>.

Estudos de vários autores mostram haver uma percentagem elevada de *demora média* inadequada e um valor anormal, embora menor, para as admissões no internamento.

Borella aponta em França, para uma situação clínica de *apendicectomia sem complicações* 38% de DM inadequadas e 2% de admissões inadequadas ou inúteis<sup>7</sup>.

A comparação com os melhores, ver como fazem, quais os resultados, o *benchmarking*, é o modelo de gestão que permite melhorarmos os nossos próprios procedimentos e progredirmos a bem dos nossos doentes.

A evidência do desajuste com a realidade actual na construção dos GDH (Portaria de 1998), por exemplo em certas situações clínicas como o cancro, torna premente a actualização dos GDH para novas realidades clínicas, como a sida, a tuberculose multi-resistente e a neonatalogia<sup>10,11,21,22</sup>.

Cada vez mais teremos de pensar na avaliação da nossa produtividade e qualidade profissional.

Vem aí os *novos modelos de regime jurídico dos hospitais* que têm na mira um controle mais apertado do funcionamento dos hospitais. Temos de estar conscientemente preparados para um desempenho clínico mais rigoroso<sup>23</sup>.

O nosso brio profissional, médicos dedicados e eficientes, será o motor do nosso empenhamento.

## AGRADECIMENTOS

A Barcelos Monteiro, pelas inextinguíveis facilidades administrativas em todos os trabalhos de investigação e formação que realizamos.

## BIBLIOGRAFIA

1. BENTES MARGARIDA, GONÇALVES MARIA DA LUZ, PINA ELAINE, SANTOS MARGARIDA: A utilização da informação de rotina na Avaliação da Qualidade. - Contributo dos GDHs (DRG). 4º Encontro de Economia da Saúde, IGIF - Lisboa, 1994; 10, 11 de Novembro.
2. BENTES MARGARIDA, GONÇALVES MARIA DA LUZ, SANTOS MARGARIDA, PINA ELAINE: Design and Development of a Utilization Review Program in Portugal. *International J. for Quality in health Care*.1995;7(3):201-212
3. BENTES MARGARIDA, JOÃO URBANO: Os Grupos de Doentes Ambulatórios - GDAs; Seminário de Gestão de serviços de Saúde, Coimbra,1992, 4,5 de Novembro.
4. QUEIRÓS AJ: Diagnosis Related Groups. Their contribution to an expanded discussion. *Acta Med. Port*, 1996;9(10-12):387-90
5. Infarmed. Os GDH e as reacções adversas medicamentosas, *Boletim de Farmacovigilância*. 1999;3(3)
- 6- SOUSA JP, LOPES F: Os grupos de diagnóstico homogéneos no contexto da racionalização dos gastos com a saúde. *Arq Med* 1993; 7(4):261-262
7. BORELLA, LAURENT: Le PMSI, um outil d'évaluation hospitalière. Intérêts et limites du PMSI et de l'ISA pour l'évaluation de la performance hospitalière. *Gestion Hospitalière*, Paris 2000 Avril, 395:248-256
8. FETTER R, SHIN YS, FREEMAN JC: Casemix definition by diagnosis related groups. *Medical Care* 1980;18:21-53
9. FREEMAN JL, FETTER RB, SCHNEIDER, LICHTENSTEIN JL, HUGHES JS, BAUMAN WA: Diagnosis Related Groups refinement with diagnosis and procedures specific comorbidities and complications. *Medical care*.1995;33:306-827
10. HCUP - Healthcare Cost and Utilization Project (EUA) [www.ahcp.gov/data/hcup7HCUPnet.htm](http://www.ahcp.gov/data/hcup7HCUPnet.htm)
11. Hospital Episode Statistics (What is HES - Grã-Bretanha) [www.doh.gov.uk/hes/what\\_is\\_hes/index.html](http://www.doh.gov.uk/hes/what_is_hes/index.html)
12. BORELLA L, PEUVREL P, SAUVAGE M, Col: A study based on national DRG data to evaluate work load and practice relating to cancer patients in not-for-profit hospitals. *Epidemiol. Santé Publique* 2000;48(1):53-70
13. BORELLA L: Le cancer à l'hôpital en France: un essai d'exploitation de la base PMSI nationale et les modes de prise en charge du cancer, en secteur hospitalier non lucratif. *Rev. Épidem. et Santé Publique*. 2000 Fevrier;
14. COLE BJ, FLICS S, LEVINE DB: Optimizing hospitals reimbursement through physician awareness: a step toward better patient care. *Orthopedics*, 1998;21(1):79-83
15. FNCLCC - (Fed. Nac. Centres Lutte Contre Cancer) Université intercentres 1998: Analyse comparative France - Angleterre - Espagne des centres de lutte contre le cancer sur la base du référentiel des DGR's. 2000 (em publicação) [www.fnclcc.fr/](http://www.fnclcc.fr/)
16. FAUJOUR V, ROESLIN N: L'utilisation du PMSI dans le cadre d'une démarche de benchmarking. *Gestion Hospitalière*, 1998;377:417-424
17. NYHOLM L: Benchmarking - a case report. *Best Pract. Benchmarking Health* 1996;1(5):266-8
18. DIAS RUI: O Protocolo de Revisão de Utilização (PRU). Palestras nos Hospitais de Penafiel e de Vila do Conde (1994, 1998)
19. SALETA CANOSA JL, RODRIGUEZ SOTILLO A, ABOAL SELJAS A: Pediatrics version of the Adequacy Evaluation Protocol: application of four Diagnosis Related Groups most frequently used in a pediatric hospital at La Coruna. *Rev Esp Salud Publica* 1997;71(3):249-55
20. STRUMWASSER I, PARANJPE NV, RONIS DL et al: Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol, Standardizes Medreview Instrument and Intensity, Security, Discharge criteria. *Medical care* 1990;28:95-111
21. DEMANGE V, GILLOIS P, MAYER D, KOHLER F: Évaluation qualitative d'un site d'information médicale: le PMSI ([www.le-pmsi.fr/](http://www.le-pmsi.fr/) - França)
22. QUANTIN C, ENTEZAM F, BOURDAIS C, MOREAU T, BRUNET-LECOMTE P: Modelization of longstay and high cost patient distribution within broncho pneumopathies and leukemia or lymphoma diagnosis related groups. *Épidem Santé Publ* 1997;45:117-130
23. Ministério da Saúde - "Saúde em Portugal, uma estratégia para o virar o século, 1998 - 2002". Lisboa.

Por gentileza do colega Fernando José O. Lopes, do HSJ - Porto completa-se a **revisão bibliográfica de autores portugueses com os seguinte nomes:**

- AZEVEDO E, RIBEIRO JA, LOPES F, MARTINS R, BARROS H: Cold: a risk factor for stroke?. *J Neurol* 1995;242:217-221
- BENTES M, GONÇALVES ML, TRANQUADA S, URBANO J: A utilização dos GDHs como instrumento de financiamento hospitalar. *Gestão Hospitalar* (1996)
- BENTES M, GONÇALVES ML, PINA E. The utility of DRGs to target quality issues Towards a more comprehensive financing system for the portuguese NHS hospitals. Portugal.
- BENTES M, MATEUS MC, GONCALVES ML: DRGs in Portugal: a decade of experience. Comunicação apresentada em The eighth Casemix Conference: Casemix and Change - International perspectives. Sidney, Austrália, 16-18 September, 1996
- BENTES M, VALENTE M.C, MATEUS C, ESTEVENS S: Feedback and audit: ingredients for quality improvement. 13th PCS/E international Working conference. Florence, Italy, 1-3 October, 1997
- CARMONA R, DIAS CM: Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos e as reacções adversas medicamentosas. *Boletim de Farmacovigilância* (1999)3:3
- DISMUKE C: Has DRG system really influenced hospital efficiency in Portugal? Working paper (1996). Universidade do Minho
- DISMUKE C: A preliminary analysis of the DRG system in Portugal: Hospital response as measured by length of stay. Working paper (1996). Universidade do Minho.
- LIMA ME: A economia dos cuidados de saúde: um contributo para o estudo dos custos do subsector hospitalar. Dissertação de mestrado apresentada à faculdade de Economia da Universidade do Porto (1993)
- LIMA ME: The financing of Health Care: an analysis of the impact of the Portuguese Hospital Financing Systems. Dissertação de doutoramento apresentada na Universidade de Nottingham (1998)
- MANTAS A, SILVA E SÁ J, TRANQUADA S, SILVA F, SANTOS MR: Financiamento hospitalar: implementação de critérios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 1985;2:19-26
- NEVES C, MEDINA J.L, LIMA-REIS J.P, LOPES F, MELO P: Cardiovascular morbidity and mortality in diabetic patients in the north of Portugal. Abstracts of the 34th Annual Meeting of the EASD. Barcelona, Spain, 8-12 September 1998 *Diabetologia* 1998; 41, Suppl. 1
- RAMOS F: O financiamento público do sistema de saúde: caridade do Estado ou a busca da eficiência?. *Revista Portuguesa de Gestão* 1994; III/IV, 47-65.
- SOUSA JP, LOPES F: Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos no contexto da racionalização dos gastos com a saúde. *Arquivos de Medicina* 1993;7(4):261-262.
- SOUSA P, LOPES FP: Apêndice aguda: análise de 762 doentes por Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDHs). *Arquivos de Medicina* 1994; 8(5):325-328
- URBANO J, BENTES M: Definição da Produção do Hospital: os Grupos de Diagnósticos Homogéneos. Conferência sobre financiamento e gestão de serviços hospitalares (Abril 1988)