

Avaliação do Efeito da Implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado de Obesidade no Desempenho Hospitalar em Portugal

Assessment of the Effect of Implementing an Obesity Center of Integrated Responsibility on Hospital Performance in Portugal

Jorge CARVALHO^{1,2}, Adalberto CAMPOS FERNANDES²
Acta Med Port (In Press) • <https://doi.org/10.20344/amp.22103>

RESUMO

O aumento contínuo na prevalência da obesidade é um desafio ao nível global, em termos económicos e de saúde pública. Em Portugal, o tratamento da obesidade apresenta problemas acentuados no acesso aos serviços de saúde. Neste contexto, surge a necessidade de implementar e avaliar novos modelos de gestão que ofereçam respostas mais eficazes, como os centros de responsabilidade integrados. Este estudo tem como objetivo principal avaliar o impacto da implementação de um centro de responsabilidade integrado de obesidade no desempenho hospitalar. A pesquisa foi conduzida por meio de um estudo de caso múltiplo, predominantemente descritivo, mas com elementos também explanatórios. A abordagem metodológica é mista, combinando análises quantitativas e qualitativas. São avaliados indicadores de desempenho hospitalar, incluídos na dimensão do acesso, produção, eficiência, qualidade e económico-financeira, antes e após a implementação do novo modelo. Em termos globais a implementação de um centro de responsabilidade integrado de obesidade conduziu a melhorias no desempenho hospitalar nas dimensões avaliadas, sobretudo ao nível do acesso, produção e eficiência. Apesar de promissor, este novo modelo poderá beneficiar de um conjunto de melhorias em termos organizacionais, funcionais e jurídico-legais, como por exemplo no método de concessão de incentivos e no processo de financiamento. Nos casos analisados, este novo modelo de organização demonstrou ser uma solução para incrementar o desempenho hospitalar. Estas unidades podem desempenhar um papel estratégico fundamental no Sistema Nacional de Saúde, contribuindo para o acesso a tratamentos especializados, retenção de profissionais e sustentabilidade financeira. **Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde; Departamentos Hospitalares/organização e administração; Governança Clínica; Obesidade; Portugal

ABSTRACT

The continuous increase in the prevalence of obesity has generated growing concern, having become an important challenge at a global level in economic and public health terms. In Portugal, the treatment of obesity presents significant problems in access to health services. In this context, there is a need to implement new management models that offer more effective responses. Centers of integrated responsibility, already implemented in this area, are a cutting-edge approach, and it is important to evaluate their performance and identify recommendations for improving the model. The main objective of this study is to assess the impact of implementing an obesity center of integrated responsibility on hospital performance. This study was conducted using a comprehensive multiple-case study approach, which was predominantly descriptive but also included explanatory elements. The methodological approach is a well-balanced mix of quantitative and qualitative analyses. The study evaluates various hospital performance indicators, encompassing the dimensions of access, production, efficiency, quality, and economic-financial, both before and after the implementation of the new model. The overall results indicate that the implementation of an obesity center of integrated responsibility led to improvements in hospital performance, particularly in the dimensions of access, production, and efficiency. While these findings are promising, the study also identifies areas for potential improvement in the model, such as organizational, functional, and legal aspects, including the method of granting incentives and the funding process. In the analyzed cases, this new organizational model proved to be a solution for improving hospital performance, particularly around obesity. These units can play a fundamental strategic role in the National Health System, contributing to access to specialized treatments, retention of professionals and financial sustainability. **Keywords:** Clinical Governance; Health Management; Health Services Accessibility; Hospital Departments/organization and administration; Obesity; Outcome Assessment, Health Care

INTRODUÇÃO

O aumento global da obesidade representa uma preocupação crescente, com impacto na economia e na saúde pública.¹ Esta condição, considerada uma doença crónica multifatorial,² está associada a diversas doenças graves³ e sua prevalência continua a aumentar, sem indícios de declínio.⁴ Em Portugal, mais de metade da população adulta é afetada pelo excesso de peso,⁵ refletindo uma tendência semelhante na Europa.⁶ O impacto económico direto da obesidade e do excesso de peso é substancial, com custos crescentes associados ao tratamento e à perda de produtividade.⁷ O Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) procurou abordar esta questão de forma multidisciplinar. O tratamento da obesidade enfatiza a adoção de um estilo de vida saudável, podendo incluir terapia medicamentosa ou cirurgia, esta última considerada uma das opções mais custo-efetivas.⁸

Num setor como o da saúde, onde os desafios atuais são exigentes,⁹ é fundamental desenvolver e implementar modelos de governação que melhorem o acesso, a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde. Nesse sentido, os centros de responsabilidade integrados (CRI) emergem como uma abordagem que pretende alavancar esses princípios, assentes no incremento da autonomia com responsabilização¹⁰ e atribuição de incentivos pelo desempenho.

1. Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal.

2. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa Portugal.

✉ Autor correspondente: Jorge Carvalho. jorgemiguelcarvalho@gmail.com

Recebido/Received: 23/07/2024 - Aceite/Accepted: 08/08/2024 - Publicado Online/Published Online: 30/08/2024

Copyright © Ordem dos Médicos 2024



Este estudo procura avaliar o impacto da implementação de um CRI de obesidade (CRI-O) no desempenho hospitalar, nas suas diferentes dimensões, e ainda identificar recomendações para a melhoria do modelo.

MÉTODOS

Como fontes de dados utilizamos dados de gestão fornecidos pelos conselhos de gestão, juntamente com os relatórios de atividades. Considerando que não foi possível obter um conjunto alargado de dados de gestão em todas as unidades, foi selecionado um leque de indicadores comuns ao nível do acesso, produção, eficiência, qualidade e económico-financeiros, detalhados nos resultados. Realizaram-se ainda entrevistas aos membros do conselho de gestão de cada unidade, para complementar os dados.

Foi desenvolvido um estudo de caso múltiplo,¹¹ descritivo e explanatório, combinando abordagens quantitativas e qualitativas. Analisamos três casos (que serão denominados como Unidade A, B e C, de forma a preservar o anonimato) para permitir uma descrição alargada e conceptualizações detalhadas. A utilização de múltiplas fontes de evidência reforça a validade do estudo.¹²

A população em estudo consistiu nos CRI-O. A amostra incluiu as unidades A, B e C, selecionadas por conveniência, pelo facto de existirem dados pré e pós implementação do CRI-O e um mínimo de um ano completo de atividade em CRI.

A recolha de dados proveio de diferentes fontes,¹¹ como a análise documental; documentos internos do CRI-O, contendo dados de gestão; e entrevistas semiestruturadas, no sentido de permitir a confrontação de dados, com recurso à triangulação. Recorreu-se à estatística univariada com Microsoft Excel® para a análise de dados quantitativos, e análise de conteúdo, segundo Bardin¹³ para os dados qualitativos. O estudo respeitou rigorosamente todos os protocolos de investigação e obteve a aprovação de todas as comissões de ética das instituições em estudo.

RESULTADOS

De seguida, apresentam-se os indicadores de desempenho nos triénios (2016 - 2018, pré-CRI) e (2019 - 2021, em CRI), das Unidades A (centro hospitalar e universitário do grupo III¹⁴ – Tabela 1) e B (centro hospitalar do grupo I¹⁴ – Tabela 2); e dos anos de 2019 (pré-CRI) e 2022 (em CRI), da Unidade C (hospital do grupo I¹⁴ – Tabela 3). Em simultâneo, da análise e entrevistas efetuadas foram identificadas diversas recomendações para melhorar o modelo CRI, quer no tratamento da obesidade, quer em termos globais.

Recomendações identificadas para a melhoria do modelo

- Incentivos: enquadrar e detalhar juridicamente a distribuição de incentivos, evitando que sejam exclusivamente provenientes da produção adicional. Incluir indicadores de qualidade e resultados clínicos para atribuição de incentivos, sobretudo em áreas não cirúrgicas;
- Financiamento: rever o financiamento das consultas de nutrição e psicologia fora do PTCO. Ajustar as tabelas de financiamento à produção, para refletir as necessidades atuais. Criar linhas específicas de financiamento por patologia tratada, baseadas em indicadores de qualidade e resultados clínicos;
- Gestão: introduzir instrumentos de gestão para apurar rendimentos e gastos. Promover a compra centralizada de consumíveis para reduzir custos. Promover *accountability* através do desenvolvimento de mecanismos transversais de monitorização e avaliação;
- Critérios: estabelecer critérios claros para a abertura e encerramento de CRI, baseados em objetivos estratégicos e resultados;
- Sistemas de informação: otimizar os sistemas administrativos e clínicos centralmente, para melhorar a gestão e monitorização do desempenho;
- Planeamento: garantir a aprovação atempada dos planos de atividades e orçamento para uma gestão eficiente e autónoma. Promover redes de referência específicas por patologia e incentivar os centros de referência, como incubadoras para novos CRI;
- Alargamento do modelo: criar uma *task-force* para formar novas equipas em CRI. Maximizar a cirurgia de ambulatório e robótica.

DISCUSSÃO

Este estudo compara o desempenho das três unidades antes e depois da implementação do CRI, focando o impacto deste novo modelo de gestão. A análise incluiu indicadores de desempenho e aspetos da atividade assistencial, considerando eventos como a greve cirúrgica de 2019 e a pandemia de COVID-19.

Observou-se uma tendência de melhoria no acesso ao tratamento cirúrgico da obesidade, com maior conformidade nos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) e redução do tempo de espera para consultas e cirurgias. Embora a Unidade B tenha demonstrado um ligeiro declínio nos indicadores de acesso devido à elevada procura, o acesso global melhorou e os resultados superaram a média nacional dos centros de tratamento cirúrgico de obesidade.¹⁵

O número de consultas e cirurgias aumentou significativamente em todas as unidades, com um aumento correspondente na atividade assistencial. Os recursos humanos permaneceram estáveis, facilitando a avaliação do impacto do CRI.

Em termos de eficiência, houve uma diminuição global na demora média, exceto na Unidade C, que tratou alguns doentes complexos, já sujeitos a cirurgia prévia. A redução do número de doentes operados fora das instituições concorreu para garantir a sustentabilidade financeira ao evitar altos custos com vales cirurgia.

A taxa de reinternamentos diminuiu, refletindo melhorias na assistência pós-operatória, embora a Unidade B tenha apresentado um aumento associado à troca de material cirúrgico, que requereu alguma adaptação. Ressalva-se a necessidade de avaliar outros indicadores de qualidade relacionados com a obesidade, não disponíveis.

Na vertente económico-financeira, os dados disponíveis sugerem melhorias nos resultados após a implementação do CRI, antevendo maior sustentabilidade, mas exigindo também uma análise mais aprofundada dos rendimentos e custos, no sentido de melhor compreender a forma como a instituição gera e cria valor.¹⁶

O modelo CRI foi descrito como facilitador na reorganização dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos doentes, promovendo a colaboração entre a equipa multidisciplinar e a diferenciação clínica. Apesar dos desafios, os resultados sugerem que podem ser geradas melhorias no acesso, produção, eficiência, qualidade e resultados económico-financeiros, destacando-se a necessidade de uma avaliação contínua e ajustes no modelo para garantir a sua eficácia e expansão a breve prazo. Estudos futuros poderão ser muito úteis para confirmar e/ou generalizar os nossos resultados.

Considerações finais

Considerando os dados disponíveis, a implementação de um CRI-O teve um impacto globalmente positivo nas unidades estudadas. O estudo efetuado aponta algumas considerações relevantes, como: a necessidade de uma abordagem holística para a obesidade; um CRI-O pode melhorar o acesso ao tratamento cirúrgico da obesidade, reduzir listas de espera e cumprir os TMRG, especialmente se integrado num programa bem estabelecido (PTCO); as lideranças e uma equipa dedicada são cruciais para o sucesso; os incentivos baseados no desempenho criam motivação e promovem a retenção de profissionais; o CRI pode aumentar a competitividade interna e ser replicado em outras áreas clínicas; o modelo pode ser aprimorado com a inclusão de indicadores de resultado reportados pelos doentes, com foco na qualidade e nos resultados clínicos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Xavier Barreto, Eduardo Lima da Costa, Filipe Conceição, Mário Nora, José Adão, Rui Pinto e Carla Lopes pela profícua colaboração na disponibilização de dados e entrevistas.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

JC: Conceptualização e desenho do artigo, recolha e análise de dados, elaboração e revisão crítica do manuscrito.

ACF: Conceptualização do artigo, revisão crítica do manuscrito.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em 2013.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

1. Mohajan D, Mohajan HK. Obesity and Its Related Diseases: A New Escalating Alarming in Global Health. *J Innovat Med Res.* 2023;2:12-23.
2. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism.* 2019;92:6-10.
3. Organisation for Economic Cooperation and Development /European Union: Overweight and obesity among adults. In *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Health Publishing; 2022. [consultado 2023 maio 18]. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_26e2160a-en.
4. World Obesity Federation. *World Obesity Atlas 2023*. London: WOF; 2023. [consultado 2023 maio 30]. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2021-2574-42330-58595>.
5. Oliveira A, Araújo J, Severo M, Correia D, Ramos E, Torres D, et al. Prevalence of general and abdominal obesity in Portugal: comprehensive results from the National Food, nutrition and physical activity survey 2015-2016. *BMC Public Health.* 2018;18:614.
6. Marques A, Peralta M, Naia A, Loureiro N, de Matos MG. Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014. *Eur J Public Health.* 2018;28:295-300.
7. Páscoa R, Teixeira A, Henriques TS, Monteiro H, Monteiro R, Martins C. Characterization of an obese population: a retrospective longitudinal study from real-world data in northern Portugal. *BMC Prim Care.* 2023;24:99.
8. Borisenko O, Adam D, Funch-Jensen P, Ahmed AR, Zhang R, Colpan Z, et al. Bariatric surgery can lead to net cost savings to health care systems: results from a comprehensive European decision analytic model. *Obes Surg.* 2015;25:1559-68.
9. Bernardino M. *Gestão em Saúde: organização interna dos serviços*. Coimbra: Almedina; 2017.
10. Portugal. Portaria N.º 330/2017. *Diário da República, I série, n.º 210 (31/10/2017)*. p.5848-52.
11. Yin RK. *Case study research and applications: design and methods*. 6ª ed. Los Angeles: SAGE; 2018.
12. Brito MJ, Rezende DA, Ávila GS, Lima Cardoso CM. O estudo de caso como método de investigação na pesquisa qualitativa em Enfermagem. In *Atas do 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*. Aveiro: Ludomedia; 2019. p.444-53.
13. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Portugal. Portaria N.º 82/2014. *Diário da República, I série, n.º 71 (10/04/2014)*. p.2364-6.
15. Entidade Reguladora da Saúde. *Cuidados de saúde prestados no SNS na área da obesidade*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde; 2019. [consultado 2023 maio 05]. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2448/ERS_-_Cuidados_obesidade_SNS.pdf.
16. Porter M. *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance*. New York: Free Press; 1985.

Tabela 1 – Indicadores de desempenho Unidade A

Unidade A		2016	2017	2018	2019	2020	2021	Variação (%) entre triénios (média)
Dimensão	Indicador							
Acesso	% Cumprimento TMRG LEC	26,66%	17,18%	14,09%	28,99%	85,22%	94,45%	260,18%
	Mediana TE em LEC (dias)	299	417	551	272	98	66	-65,59%
	Mediana TE em LIC (dias)	84	126	238	134	72	89	-34,15%
Produção	% Cumprimento TMRG LIC	97,41%	80,57%	33,20%	60,47%	83,48%	100,0%	15,53%
	N.º consultas total	5138	5718	5849	9123	12 877	15 959	127,23%
	N.º cirurgias total	566	497	274	582	535	607	28,95%
Eficiência	N.º doentes saídos	575	564	309	603	508	580	76,15%
	N.º doentes operados fora	0	3	27	0	0	0	-100%
Qualidade	Demora média internamento	3,92	3,4	3,51	2,47	2,49	2,69	-29,36%
	% Reinternamentos < 30 dias	0,70%	3,01%	2,27%	0,34%	0,00%	0,17%	-91,46%
Económico-financeiro	Resultado rendimentos-gastos	-259 053,07€	-522 693,64€	-243 900,79€	-180 376,76€	8510,40€	920,00€	83,33%

TMRG: tempos máximos de resposta garantidos; LEC: lista espera consulta; TE: tempo espera; LIC: lista inscritos cirurgia

Tabela 2 – Indicadores de desempenho Unidade B

Unidade B		2016	2017	2018	2019	2020	2021	Variação (%) entre triénios (média)
Dimensão	Indicador							
Acesso	% Cumprimento TMRG LEC	292	340	418	500	367	675	46,86%
	Mediana TE em LEC (dias)	100%	90,1%	100%	90,2%	99,3%	84,8%	-5,45%
	Mediana TE em LIC (dias)	46	68	31	65,5	66	70	38,98%
Produção	% Cumprimento TMRG LIC	220	291	176	77	79	73	-66,67%
	N.º consultas total	4688	4935	5899	8943	8441	10 408	79,05%
	N.º cirurgias total	206	175	210	408	292	683	134,01%
Eficiência	N.º doentes saídos	166	168	262	490	337	469	117,45%
	N.º doentes operados fora	9	15	43	1	0	3	-94,04%
Qualidade	Demora média internamento	3,6	3,2	3,3	3,8	3,1	2,7	-5,04%
	% Reinternamentos < 30 dias	3,95%	2,08%	3,93%	5,86%	4,59%	2,70%	31,93%
Económico-financeiro	Resultado rendimentos-gastos	n.d.	n.d.	n.d.	336 287,94€	249 787,54€	575 555,91€	n.d.

TMRG: tempos máximos de resposta garantidos; LEC: lista espera consulta; TE: tempo espera; LIC: lista inscritos cirurgia

Tabela 3 – Indicadores de desempenho Unidade C

Unidade C				
Dimensão	Indicador	2019	2022	Varição (%)
Acesso	% Cumprimento TMRG LEC	26,17%	98,06%	274,70%
	Mediana TE em LEC (dias)	217	42	-80,65%
	Mediana TE em LIC (dias)	39	38	-2,56%
	% Cumprimento TMRG LIC	100%	100%	0%
Produção	N.º consultas total	4764	8768	84,05%
	N.º cirurgias total	251	406	61,75%
	N.º doentes saídos	257	427	66,15%
Eficiência	N.º doentes operados fora	0	0	0%
	Demora média internamento	2,33	3,19	26,96%
Qualidade	% Reinternamentos < 30 dias	4,67%	2,11%	-54,82%
Económico-financeiro	Resultado rendimentos-gastos	n.d.	6730 €	n.d.

TMRG: tempos máximos de resposta garantidos; LEC: lista espera consulta; TE: tempo espera; LIC: lista inscritos cirurgia.