

Variáveis influentes na quantificação dos gabinetes das consultas externas

EDUARDO CAETANO

O problema da quantificação dos gabinetes de consulta nas «Consultas Externas» de um hospital é importante e oportuno em virtude da tendência actual para se reduzir o internamento e se aumentar o ambulatório, tendo em vista a redução de custos e o benefício para o doente de se manter no seu ambiente, na medida do possível.

Neste trabalho é estudada a influência de diversas variáveis na quantificação dos gabinetes de consulta: a casuística das consultas externas; o funcionamento de gabinetes em «pool» e a selecção de gabinetes individualizados; o coeficiente de mudança de valências no mesmo gabinete; os tempos médios das consultas; o índice das consultas externas por cama e por ano; e o regime de trabalho. O objectivo principal deste trabalho é o de contribuir para o cálculo dos gabinetes de consulta que efectivamente são necessários nas «Consultas Externas» atendendo-se às variáveis acima referidas por forma a ser evitado um certo empirismo que peca por defeito ou por excesso.

1. Limitação do problema

Neste trabalho o estudo é limitado às variáveis que têm influência na determinação do número de gabinetes das consultas externas dos hospitais.

No caso dos centros de saúde, a quantificação dos gabinetes de consultas é muito simples em virtude de haver, praticamente, apenas um parâmetro em jogo: um gabinete de consultas de clínica geral por 3000 habitantes. O número de gabinetes assim calculado é acrescido de 1 ou 2 gabinetes para saúde infantil e também de 1 ou 2 gabinetes para saúde materna e planeamento familiar, consoante o número de habitantes do agregado populacional servido pelo centro de saúde.

Em princípio, o mesmo gabinete dará serventia a dois médicos, em tempos diferentes, sendo cada médico responsável por 1500 habitantes ou 4500 consultas de clínica geral por ano (na base do valor médio de

3 consultas por habitante e por ano).

No que toca às extensões de saúde, a quantificação é directa: o número de gabinetes de consulta, G, é dado por: $G = (P / 3000) + 1$, a partir dos 3000 habitantes.

2. Gabinetes em «pool» e gabinetes individualizados

2.1. Gabinetes em «pool»

Poderá dizer-se que um gabinete de consultas trabalha em regime de «pool», ou é polivalente, quando pode servir para as consultas de várias valências médicas e (ou) cirúrgicas, de acordo com um horário estabelecido previamente, por não haver perigo de infecções cruzadas ou incompatibilidades devidas à existência de aparelhagens especializadas.

A grande vantagem do regime de «pool» para os gabinetes de consultas externas advém do maior aproveitamento das instalações no tem-

□

Eduardo Caetano é director-geral do Gabinete de Instalações e Equipamentos de Saúde e professor auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública.

po, diminuindo-se os «tempos mortos» e aumentando-se, conseqüentemente, as respectivas rendibilidades.

A utilização dos gabinetes de consultas em «pool» obedece a uma matriz por horas ou tempos de utilização, em cada dia de cada semana, de acordo com os interesses do Serviço de Consultas Externas e dos diferentes serviços de acção médica a que os médicos pertencem. Deverá ainda atender-se, na medida do possível, às conveniências pessoais dos médicos, sem prejuízo daqueles interesses que são, evidentemente, prioritários.

Nos programas dos novos hospitais distritais portugueses tem sido considerado um conjunto de gabinetes em «pool», cujo quantitativo é variável de acordo com a dimensão do hospital, para as seguintes valências com internamento:

- medicina interna
- especialidades médicas
- cirurgia geral
- ginecologia
- obstetria

Em termos de programação, no que se refere à ginecologia e obstetria, por vezes surgem pontos de vista favoráveis à individualização destas valências; todavia, na grande maioria dos casos tem-se optado pela sua inclusão no «pool».

Recentemente (1984), no caso particular do novo Hospital Pediátrico Maria Pia, a construir no Porto, previram-se as seguintes valências em «pool»:

- pediatria médica
- cardiologia
- gastroenterologia
- endocrinologia
- nutricionismo
- hematologia
- dermatologia
- genética
- cirurgia pediátrica
- cirurgia plástica
- neurocirurgia

Na programação do novo pavilhão de Consultas Externas do Hospital de Santo António, do Porto, (1985), foram previstos 3 sub-sectores em «pool» com 9, 10 e 14 gabinetes cada um, a fim de se obter uma me-

lhor distribuição funcional, nomeadamente no que se refere às instalações auxiliares de apoio, dada a grandeza do número de gabinetes de consultas.

Na elaboração do Plano Director do Hospital de S. João, do Porto, (1985), os 26 gabinetes em «pool» do Serviço de Consultas Externas foram agrupados em 4 sub-sectores, com conjuntos de valências muito diferentes em número (desde 2 a 12).

Por vezes uma dada valência faz parte de um «pool» em alguns hospitais e noutros é individualizada, em virtude de existirem critérios funcionais e «escolas» diferentes nos hospitais. São exemplos a alergologia e a neurologia.

2.2. Gabinetes individualizados

Alguns gabinetes de consultas têm de ser individualizados no que respeita ao seu funcionamento, devido não só à natureza do equipamento e material neles existente, que não convirá ser mudado de local ou mesmo desviado de onde se encontra (como é o caso da oftalmologia e da otorrinolaringologia), mas também a razões funcionais (como se verifica com a ortopedia-traumatologia, por exemplo) e ao perigo de infecções cruzadas (de que são exemplos as infecto-contagiosas e a pneumologia).

Em geral os especialistas têm tendência para reivindicar a individualização das suas especialidades: muitas vezes será mais por idiosincrasia individualista do que propriamente por razões funcionais.

Nos programas dos hospitais distritais é usual considerarem-se como individualizados os gabinetes de consultas destinados às seguintes valências:

- a) *com internamento*
 - pediatria
 - psiquiatria
 - ortopedia-traumatologia
 - otorrinolaringologia
 - oftalmologia
 - urologia
- b) *sem internamento*
 - medicina física e de reabilitação
 - estomatologia

Em regra, o gabinete (ou os gabinetes) de consultas de medicina física e de reabilitação está localizado neste serviço ou sector.

Quando o hospital dispõe de estomatologia, também se considera a sua individualização, se bem que, ultimamente, a tendência na programação seja para incluir esta valência nos centros de saúde e nos hospitais centrais.

No caso particular do novo Hospital Pediátrico Maria Pia, previram-se gabinetes de consultas individualizadas para as seguintes valências:

- pneumologia e alergologia
- neurologia
- nefrologia e urologia
- ortopedia
- oftalmologia
- otorrinolaringologia
- estomatologia
- medicina física e reabilitação

Não se consideraram gabinetes para psiquiatria e psicologia em virtude do Hospital Magalhães de Lemos dispor destas valências e ficar localizado ao lado do novo Hospital Pediátrico.

A percentagem do total das consultas externas no conjunto dos gabinetes individualizados relativamente ao total global é variável com o tipo e a natureza do hospital, situando-se entre os 30% e os 60% do total global das consultas externas do hospital e crescendo com a sua diferenciação.

3. A casuística das consultas externas

3.1. Desde a década dos anos 60 que, como é sabido, uma elevada percentagem de consultas externas se transformou em urgências ou, de acordo com a terminologia usual, em «falsas urgências».

Nos hospitais portugueses a média anual de consultas externas é baixa ou muito baixa, enquanto que a das urgências é alta ou muito alta, como se pode verificar pelos dados estatísticos apresentados pelo DGFSS — Departamento de Gestão Financeira

dos Serviços de Saúde relativos aos anos de 1980 a 1984 (DGFSS, 1980 a 1984).

a) Hospitais ex-concelhios

Este grupo de hospitais compreende 22 unidades cuja importância hospitalar foi considerada superior à da que corresponde a um hospital concelhio médio.

Como se verifica pelo *Quadro I*, a relação consultas externas/urgências (CE/U) é muito baixa, com tendência para agravar-se desde 1983, o que ainda é pior.

Na *Figura 1* apresentam-se os gráficos das consultas externas e das urgências de dois hospitais deste grupo, o Hospital de Alcobaça (74 camas) e o Hospital de Cantanhede (90 camas), no período de 1980 a 1984. Os dados estatísticos foram fornecidos por estes hospitais.

Os gráficos do Hospital de Alcobaça são bem paradigmáticos do que se verifica em média nos hospitais deste grupo: um volume anual de urgências consideravelmente superior ao volume das consultas externas, ou seja, uma forte inversão dos valores das consultas externas e das urgências.

Os gráficos do Hospital de Cantanhede são mais favoráveis embora a tendência dos últimos anos seja no sentido negativo.

b) Hospitais distritais

A acção deste grupo de 37 hospitais é da maior relevância no âmbito das consultas externas em virtude destes hospitais cobrirem geograficamente todo o país, estarem localizados junto das populações e satisfazerem as necessidades em consultas hospitalares com excepção das consultas altamente especializadas.

Quadro I
Relação consultas externas/urgências

	Consultas Externas	Urgências	CE/U
1982	176 679	709 052	0,2491
1983	139 948	446 578	0,3133
1984	140 643	491 883	0,2859

NOTA:

Os dados estatísticos relativos a 1982 incluem mais de 22 hospitais. A relação CE/U em 1982 é menor do que em 1983 e 1984, em virtude dos hospitais incluídos a mais no grupo serem menos diferenciados.

Figura 1
Totais de urgências e de consultas externas nos Hospitais de Alcobaça e Cantanhede

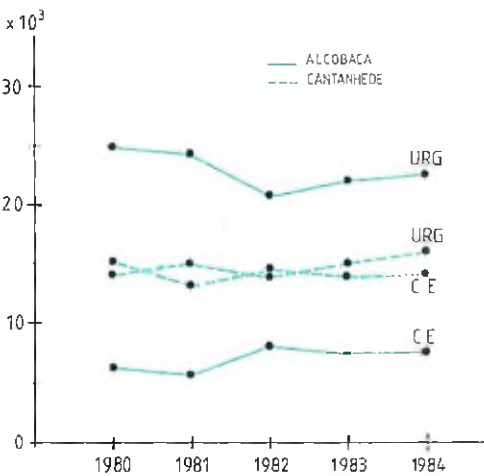


Figura 2
Hospitais distritais.
Consultas externas, urgências e relação CE/U

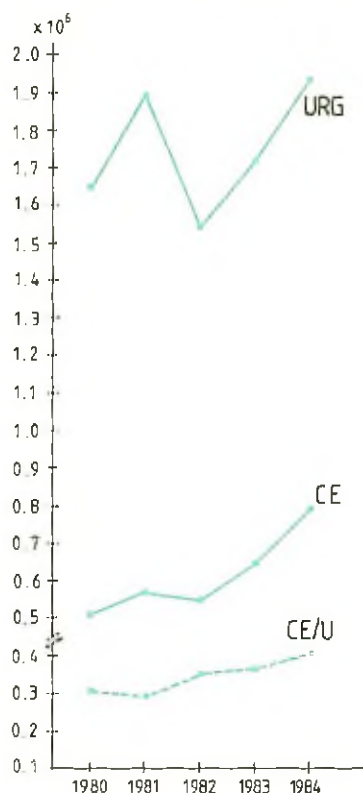
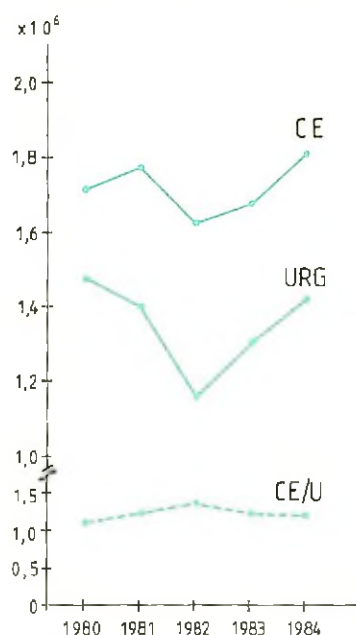


Figura 3
Hospitais centrais.
Consultas externas, urgências e relação CE/U



Na *Figura 2* indicam-se os gráficos das consultas externas, das urgências e da relação consultas externas/urgências, no período de 1980 a 1984.

Constata-se uma enorme diferença entre os valores das consultas externas e os das urgências no sentido incorrecto, havendo, por consequência, uma inversão de valores que importa corrigir. As tendências recentes são no sentido correcto, embora de forma muito lenta, face ao enorme desnivelamento existente, por isso se impondo a sua aceleração, no que respeita às consultas externas e à relação consultas externas/urgências. Todavia, no que toca às urgências, continua a verificar-se uma tendência fortemente crescente, o que é errado e necessita correcção tão rapidamente quanto for possível.

c) Hospitais centrais

Como mostra a *Figura 3*, tanto a tendência do gráfico das consultas externas como a relação consultas externas/urgências estão correctas se bem que o valor da relação CE/U deva ser aumentado, nomeadamente à custa da diminuição das urgências.

Se até 1982 a tendência do gráfico das urgências era no sentido certo, de 1983 para 1984 voltou a seguir um caminho que merece correcção. No entanto, como a tendência das consultas externas é positiva, o efeito daquela incorrecção na relação CE/U é atenuado.

d) Maternidades centrais

Os dados estatísticos referem-se apenas às Maternidades Alfredo da Costa e Júlio Diniz.

Embora o quantitativo das consultas externas tenha crescido continuamente e seja correctamente superior ao das urgências, a verdade é que, ultimamente, este número está praticamente estacionário e o das urgências tem subido consideravelmente, desde 1982, o que fez baixar o índice CE/U para um valor que importa aumentar.

Na *Figura 4* estão representados os diferentes gráficos que, como os anteriores, mostram a quebra verificada no número de urgências em

1982 e a consequente melhoria no gráfico da relação CE/U.

e) **Totalidade de camas hospitalares de doentes agudos**

Nesta totalidade estão incluídas as camas das maternidades centrais e as dos 22 hospitais ex-concelhios (estas apenas nos anos de 1983 e 1984).

Os gráficos das consultas externas, das urgências e da relação CE/U, representados na *Figura 5*, seguem aproximadamente as formas dos gráficos dos hospitais centrais e distritais.

O gráfico das consultas externas mostra um crescimento no sentido positivo de 1982 para 1984 enquanto que o das urgências é no mau sentido, no mesmo período.

De salientar a relativa estabilidade de relação CE/U, apenas beneficiada em 1982 com a baixa das urgências.

O valor médio da relação CE/U = 0,74 é muito baixo e deverá ser aumentado principalmente à custa de uma forte redução das urgências e de um aumento sensível das consultas externas.

3.2. À medida que a diferenciação dos hospitais é maior, atenua-se a incorrecção da razão dos valores CE/U. Efectivamente, estes valores foram, em 1984, os seguintes:

— hospitais ex-concelhios	0,2859
— hospitais distritais	0,4107
— hospitais centrais	1,2719
— maternidades centrais	1,427

No que respeita aos hospitais distritais a correcção da situação actual está traduzida na *Figura 6* onde são propostas as curvas «desejáveis» das consultas externas e das urgências, a partir de 1984. Estas curvas foram estabelecidas na base da existência de 15 000 camas de hospitais distritais em 1995 e, também, com algum optimismo. Embora fosse desejável que a curva das urgências atingisse um valor de cerca de 1 000 000 de urgências em 1995, todavia isso corresponderia a uma posição pouco realista. A manterem-se os condicionamentos existentes actualmente, a ob-

Figura 4
Maternidades centrais.
Consultas externas, urgências e relação CE/U

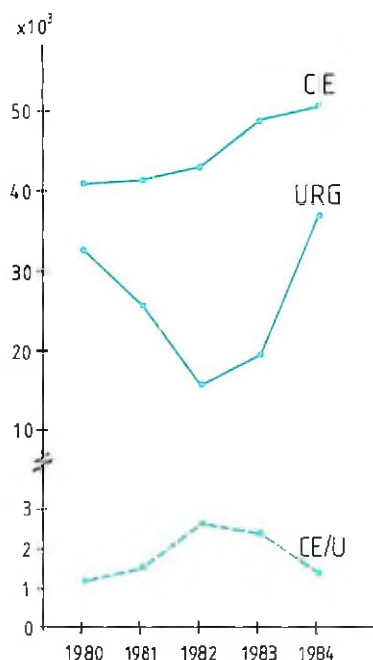
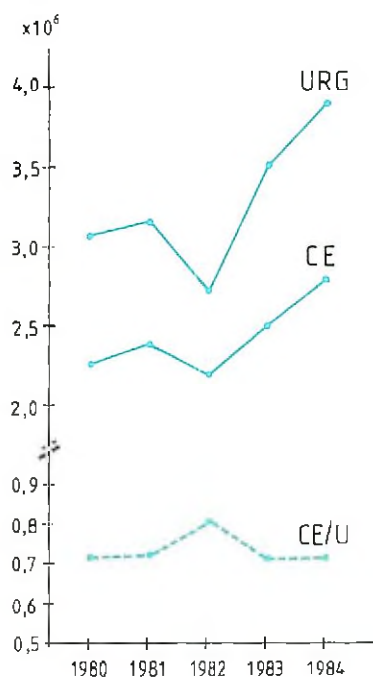


Figura 5
Totalidade de hospitais.
Consultas externas, urgências e relação CE/U



tenção dos valores desejáveis indicados nas curvas da *Figura 6* não irá ser fácil e será, de certeza, lenta.

4. A quantificação das consultas externas

A quantificação das consultas externas poderá ser calculada ou atribuída globalmente e depois parcializada; ou, seguindo-se um processo inverso, determinar-se-á a carga anual das consultas externas das diferentes valências e, a partir daí, os somatórios parciais e o global. Este último processo atende melhor aos condicionalismos em jogo.

As variáveis que mais condicionam a quantificação global ou parcial das consultas externas dos hospitais são as seguintes:

- a) o tipo, a natureza e a diferenciação do hospital;
- b) o número de camas (o qual, por sua vez, é função da população

polarizada pelo hospital, sua frequência hospitalar e ocupação e demora médias (no que toca às valências com internamento);

c) as características demográficas, culturais, económicas e sociais da população;

d) a morbilidade e o estado sanitário da população e suas tendências;

e) o parque existente de estabelecimentos de saúde (centros de saúde, extensões de saúde, dispensários, clínicas e consultórios privados, etc.) no que se refere especialmente à maioria das valências sem internamento.

O número anual total de consultas externas, C_t , de um dado hospital, é:

$$C_t = \sum C_{in} + \sum C_{am}$$

onde

$\sum C_{in}$ é o somatório das consultas externas de todas as valências com internamento

e

$\sum C_{am}$ é o somatório das consultas externas de todas as valências sem internamento, portanto, em regime de ambulatório.

Indicam-se alguns processos que poderão ser utilizados na determinação da quantificação das consultas externas dos hospitais.

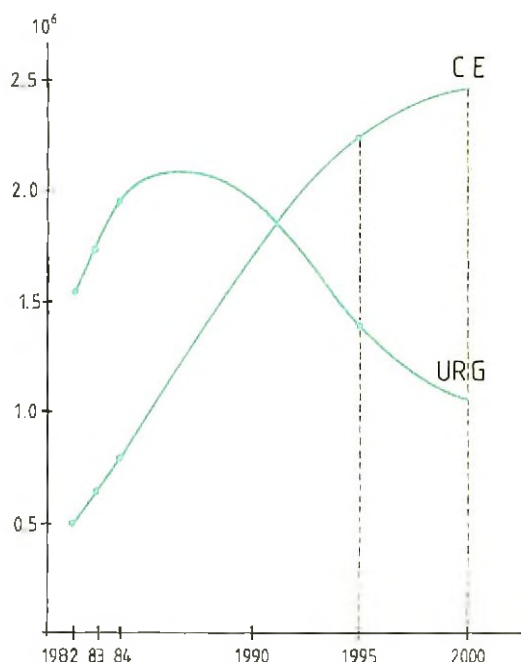
a) Processo expedito

A quantificação é obtida no pressuposto de haver 100 a 200 consultas externas por cama e ano, consoante o tipo, a natureza e a diferenciação do hospital em causa.

No caso de um hospital geral distrital de 500 camas, se se tomar como base a média dos valores acima referidos, o valor médio de consultas externas será de 75 000 por ano. Quantitativo realista, de cariz europeu.

A título de curiosidade refere-se que, já em 1953, o Ministério da Saúde dos EUA (USDHEW, 1953) previa uma consulta externa por cada 3,5 camas ocupadas do hospital.

Figura 6
Hospitais distritais.
Curvas desejáveis para as cargas de consultas externas e urgências até ao ano 2000



O Ministério da Saúde inglês (DHSS, 1967) tem adoptado o processo de atribuir um determinado número de sessões médicas («doctor's session») por semana (36 - 72 - 108 e 144) consoante a dimensão do hospital. Ali se prevê que numa sessão médica, cuja duração é da ordem das 3,5 horas, sejam feitas, em média, 20 consultas, o que se traduz por uma excelente rentabilidade quantitativa. Se, para um hospital de 500 camas, forem atribuídas 72 sessões médicas por semana, isso equivalerá a uma carga de 74 880 consultas por ano, naquelas condições. Valor similar ao referido acima.

b) Processo prático

Com base nos valores estatísticos dos últimos 5 anos (no mínimo, dos últimos 3 anos) determinam-se as curvas tendenciais das cargas para os anos próximos futuros. Para o efeito considera-se útil a intervenção de programadores com experiência, na medida em que, numa prospectiva a 12-15 anos (tempo geralmente previsto nas programações), haverá sempre um certo empirismo e alguma alcatoriedade por ser um tempo demasiadamente longo face ao progresso acelerado e ao dinamismo das tecnologias de saúde.

Assim, por exemplo, nesta data as estatísticas disponíveis não são comparáveis no âmbito das consultas externas devido à diversidade de critérios adoptados e às falsas urgências ou «consultas de urgência». Programadores experimentados poderão minimizar as incorrecções estatísticas de modo positivo.

c) Processo das consultas referidas

Neste processo parte-se do princípio de que todas as consultas externas hospitalares são referidas, o que, aliás, é defendido pela maioria dos médicos que têm tido intervenção na elaboração de programas hospitalares.

Neste pressuposto atribui-se uma dada percentagem sobre o número de habitantes polarizados pelo hospital em causa, que se considera variável entre 30% e 60%, consoante o tipo e a natureza do hospital e a lo-

calização no País e, consequentemente, de acordo com o desenvolvimento socio-económico-cultural da população.

O total calculado é repartido pelas diferentes valências médicas em função das variáveis indicadas anteriormente.

d) Processo «misto»

É proposto um processo que se designa de «misto», por se socorrer dos processos a) e c), determinando-se um valor médio com uma probabilidade de erro menor.

I — Hospital distrital servindo uma população P

O número de camas deste hospital será:

$$N = 2,5 \cdot P \cdot 10^{-3}$$

O número total de consultas externas, C, deste hospital será:

1) Utilizando o processo a):

$$C_1 = 10^2 \cdot 2,5 \cdot P \cdot 10^{-3} \text{ a } 2 \cdot 10^2 \cdot 2,5 \cdot P \cdot 10^{-3} \\ (\text{em toda a gama}) = 0,25 \cdot P \text{ a } 0,50 \cdot P$$

ou

$$\overline{C}_1 = 0,375 \cdot P$$

2) Utilizando o processo c):

$$C_2 = 0,30 \cdot P \text{ a } 0,60 \cdot P \text{ (em toda a gama)}$$

ou

$$\overline{C}_2 = 0,45 \cdot P$$

O valor médio das médias dará:

$$\overline{C} = 0,4125 \cdot P$$

(consultas externas por ano).

II — Hospital central servindo uma população P

O número de camas deste hospital será:

$$N' = 3 \cdot P' \cdot 10^{-3}$$

O número total de consultas externas, C', deste hospital será:

1) Utilizando o processo a):

$$C'_1 = 0,45 \cdot P' \text{ a } 0,60 \cdot P' \\ (\text{na metade superior da gama})$$

ou

$$\overline{C}'_1 = 0,525 \cdot P'$$

2) Utilizando o processo c):

$$C'_2 = 0,45 \cdot P' \text{ a } 0,60 \cdot P' \\ (\text{na metade superior da gama})$$

ou

$$\overline{C}'_2 = 0,525 \cdot P'$$

O valor médio das médias é:

$$\overline{C}' = 0,525 \cdot P'$$

Como é evidente, a selecção de valores dentro das margens estabelecidas em a) e c) poderá conduzir a valores substancialmente diferentes de $0,4125 \cdot P$ para hospitais distritais e $0,525 \cdot P'$ para hospitais centrais, o que faz ressaltar o papel de programadores idóneos com experiência na quantificação das consultas externas.

5. O coeficiente de mudança de valências

Para os gabinetes de consultas que trabalham em «pool» há que prever um determinado tempo, embora geralmente reduzido, para, nomeadamente, se proceder ao arejamento, limpeza, arrumação e substituição de roupas e de produtos de consumo. Aquele tempo poderá chamar-se de «tempo de mudança de valências» e traduzir-se-á num coeficiente, para efeitos de quantificação de gabinetes de consulta, designado por «coeficiente de mudança de valências». O seu valor é função do número de mudanças a efectuar, por dia, no mesmo gabinete e da natureza das valências que são mudadas. Se se atribuir um valor médio global, $K = 1,05$, para todas as valências em «pool», isso significa que na mesma base temporal de funcionamento se perdem 5% com as mudanças e, portanto, são necessários mais gabinetes para se realizar o trabalho útil programado para aquele tempo base. Assim, a afectação deste coeficiente implicará a existência de mais um gabinete em cada vinte gabinetes de consulta trabalhando em «pool».

Quando houver interesse numa margem de segurança confortável, poderá estabelecer-se um «coeficiente de mudança de valências» mais elevado, por exemplo: $K = 1,1$. Todavia, só no caso dos grandes hospitais distritais é que este coeficiente por excesso se traduziria em mais um gabinete para o «pool» normal dos gabinetes de consultas deste tipo de hospitais.

6. Tempos médios das consultas

Os tempos médios das consultas hospitalares apresentam, como é sabido, valores diferentes consoante a natureza das mesmas, sendo, em regra, para cada valência, o tempo médio da «primeira consulta» superior ao tempo médio das «consultas seguintes».

O número médio de «consultas seguintes» relativamente à «primeira consulta» é função da natureza das consultas e do tipo e diferenciação de hospital. Em termos muito gerais poderá considerar-se que as «primeiras consultas» representam 20% a 33% do total das consultas hospitalares. Indicam-se algumas excepções. Assim, por exemplo, no Hospital Distrital de Évora, há cerca de 10 anos, as «primeiras consultas» representavam aproximadamente 50% do total das consultas. Este facto prestava-se a interpretações diversas, como, por exemplo, ou os doentes achariam que não valeria a pena voltar a mais consultas, ou seriam tão bem observados e medicados que duas consultas bastariam.

No Hospital de Beja, o valor médio da relação entre a «primeira consulta» e as «consultas seguintes», nos anos de 1982 a 1984, no que se refere a cardiologia, gastroenterologia, medicina interna e pediatria, foi bastante elevado (1/7,7).

Os valores propostos, em 1985, para as consultas externas do Hospital de São João, no Plano Director do mesmo Hospital, foram de 1/9,3 no que toca a 10 serviços de medicina (medicina interna, nefrologia, endocrinologia, reumatologia, hematologia, dermatologia e pneumologia) e de 1/3,4 no que respeita a 11 servi-

ços de cirurgia (cirurgia geral, cirurgia vascular, ginecologia, obstetrícia, orto-traumatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia e cirurgia plástica). Mesmo tratando-se de um hospital universitário, o valor proposto para as medicinas é muito elevado. Existe, efectivamente, um leque alargado de valores, embora o valor médio geral da relação 1.^a consulta / consultas seguintes dos hospitais se situe entre 1/5 e 1/3.

Os tempos médios das consultas de uma dada valência hospitalar crescem, em geral, à medida que aumenta a diferenciação do hospital.

Em termos gerais poderá considerar-se que as consultas externas hospitalares, em hospitais gerais de agudos, têm uma duração média global variável entre 15 e 20 minutos, consoante o tipo e a natureza do hospital, com algumas excepções (por exemplo, a da psiquiatria que ronda os 60 minutos e a da dermatologia que é da ordem dos 10 minutos).

Tem-se verificado, com alguma frequência, em trabalhos de programação elaborados nos últimos anos, que para a mesma valência, em hospitais do mesmo tipo e natureza, os tempos médios variam consoante os interlocutores, embora todos especialistas da mesma valência. Assim, recentemente, os valores indicados por especialistas de pediatria médica de dois hospitais da mesma cidade variavam na razão de 1 para 2, o que é, evidentemente, excessivo.

Os tempos médios apresentados pelos médicos portugueses são, em geral, mais elevados do que os valores indicados na literatura anglo-saxónica da especialidade conforme se pode verificar por exemplo, em «Hospital Design and Function» (Wheeler, 1964). O resultado prático é uma menor rendibilidade por gabinete de consulta e ou por médico.

O problema é controverso: por um lado, argumenta-se que as consultas muito rápidas são incompatíveis com uma boa observação e exame do doente e que cada médico actua de acordo com a sua própria «escola» e maneira de ser; por outro lado, é usado o argumento da necessidade de se obter a rendibilidade adequada com base em indicadores internacio-

nais idóneos, estabelecidos após estudos aprofundados em amostragens com margens de erro desprezíveis. A solução não é simples atendendo a que o problema se apresenta multifacetado.

Têm papel relevante na duração média das consultas externas de uma dada valência os seguintes condicionamentos:

- a) existência ou não de instalações e equipamentos específicos de apoio à valência em causa;
- b) existência ou não de instalações e equipamentos de apoio comuns a todas as valências;
- c) existência de meios especiais de apoio (terminais de computador, etc.);
- d) estrutura de pessoal apropriada, tanto a nível de valência como geral;
- e) orgânica e métodos de trabalho adequados.

A tendência tem sido, e continua a ser, no sentido do tempo médio de consulta se reduzir, à custa do apoio dos meios humanos e materiais necessários e suficientes, até se estabilizar em valores adequados e consensuais.

Há, portanto, que se atender aos diferentes condicionamentos que intervêm no problema e estabelecer valores médios aceitáveis, de acordo com uma rendibilidade mínima, sem prejuízo da validade médica da consulta que é prioritária.

Os tempos médios com interesse são:

a) o tempo médio de cada valência individualizada, em função do tipo e natureza de hospital;

b) o tempo médio ponderado do «pool» de valências, em função do tipo e natureza de hospital:

$$t_{mp} = \frac{\sum (n \cdot t_n)}{\sum n}$$

onde $n = a, b, c, \dots$

t_n = tempo médio de cada valência do «pool»

c) o tempo médio global correspondente à ponderação total de todas as consultas externas, em função do tipo e natureza de hospital.

7. O índice «consultas externas por cama e ano»

O índice «consultas externas por cama e ano», CE/c.a., tem muito interesse por permitir ajuizar imediatamente da rendibilidade do hospital ou dos hospitais.

A Figura 7 mostra a evolução dos índices CE/c.a., entre 1980 a 1984, para os diferentes tipos de hospitais e também na sua globalidade geral.

No que se refere aos hospitais ex-concelhios, o índice é muito baixo e desceu de 1983 para 1984, apresentando, portanto, uma tendência negativa que urge corrigir.

A estatística de 1982 não é comparável, por incluir outros hospitais além dos 22 ex-concelhios, com 1983 e 1984.

Quanto aos hospitais distritais, embora o índice continue a apresentar um valor muito baixo, todavia verificou-se uma subida muito acentuada de 1982 (70,89) para 1984 (96,24), sendo esta tendência altista positiva.

Para um conjunto de 8 hospitais distritais novos (Aveiro, Beja, Bragança, Castelo Branco, Évora, Faro, Portalegre e Viana do Castelo) o respectivo índice melhorou mais do que a média em virtude de ter passado de 61,5 em 1982 para 79,69 em 1983 e 96,68 em 1984. É desejável que esta tendência se mantenha a fim de se atingirem índices de bom nível, dentro de poucos anos.

Relativamente aos hospitais centrais, o índice é muito satisfatório. Verificou-se uma melhoria acentuada de 1983 (158,12) para 1984 (173,16).

Para as duas maternidades centrais o índice é baixo, notando-se uma relativa estabilização.

Quanto à totalidade dos hospitais, incluindo aquelas maternidades, o índice é relativamente estável com uma ligeira quebra em 1982 (118,04) e uma apreciável melhoria de 1983 (120,27) para 1984 (131,04). O valor

médio dos últimos 5 anos é baixo: 123,63, devendo ser incrementado no mínimo de 30% a 40%. Como a recente tendência é positiva, há uma boa probabilidade de dentro de alguns anos se atingir aquela meta.

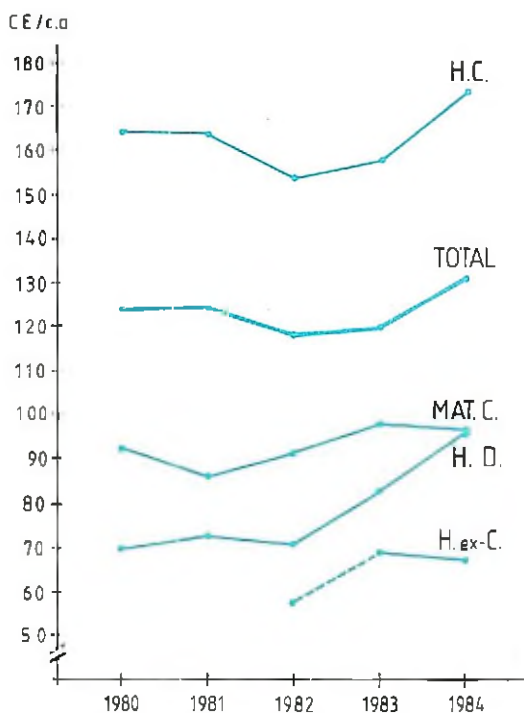
8. Regime de trabalho

8.1. O regime de trabalho é uma variável da maior importância pelas implicações que origina e pelas dificuldades de que se reveste. A realidade verificada na grande maioria das consultas externas hospitalares portuguesas é muito negativa, neste

capítulo, devido principalmente ao seu reduzido tempo de funcionamento. Causa mesmo uma certa frustração e constrangimento verificar-se que em hospitais novos, com instalações modernas programadas, projectadas, construídas e equipadas de acordo com a tecnologia actual, ao nível do que há de bom nos bons hospitais europeus do mesmo tipo, a rendibilidade é presentemente da ordem de metade daquela que deveria ser.

Efectivamente, na amostragem dos 8 hospitais distritais referida em 7., verifica-se que, em 1983, para um total de 2429 camas apenas foram

Figura 7
Evolução do índice «CE/c.a.» — consultas externas por cama e ano



feitas 193 585 consultas externas, ou seja, 79,69 consultas externas por cama e ano em instalações modernas e devidamente equipadas, o que é muito pouco. Embora a situação tenha melhorado em 1984 (96,68 consultas externas por cama e ano), todavia o índice ainda é muito baixo.

Os valores globais para a totalidade dos 37 hospitais distritais considerados nas publicações do DGFSS são os do *Quadro II*.

Verifica-se um crescimento das consultas externas da ordem de 17% de 1982 para 1983 (não obstante o total de camas ter diminuído) e superior a 22% de 1983 para 1984, o que é positivo. Embora o índice de consultas externas por cama e ano tenha melhorado de 1982 para 1984 (passou de 70,89 para 96,24), no entanto ele é muito baixo. Isso significa que investimentos muito onerosos produzem muito pouco, o que agrava con-

sideravelmente os custos de exploração, não obstante as carências das populações e o pesado encargo para o erário público.

Embora este problema da baixa rendibilidade seja espinhoso e melindroso devido às situações «de facto» estabelecidas e consolidadas ao longo dos anos, a verdade é que terá de ser enfrentado e corrigido o que está errado, por bem e para bem, não obstante a alteração do «statu quo» vir, provavelmente, a colidir com interesses pessoais.

Como é óbvio que sem médicos não haverá consultas, a solução mais realista aponta para um faseamento, com cedências de parte a parte, até se obter o objectivo desejado: uma rendibilidade apropriada dos meios humanos, das instalações e dos equipamentos das consultas externas dos hospitais.

Ajustamentos progressivos, pequenos, começando-se por uma base facilmente aceitável, parece ser uma via a seguir. Poderá ser o caso, por exemplo, de uma base inicial de um bloco de 2 horas por médico na parte da tarde, em horário preferencial, uma vez por semana.

Na programação actual dos futuros (novos) hospitais portugueses e dos planos directores dos hospitais existentes, tem-se considerado para as consultas externas um regime de trabalho com um mínimo de 8 horas diárias (das 8:00 às 16:00 horas), a fim de se obter uma rendibilidade adequada dos meios humanos e materiais envolvidos. Em igualdade de circunstâncias, o número necessário de gabinetes de consultas seria o dobro se a base considerada fosse de 4 horas apenas, o que é inaceitável em termos de programação.

É evidente que para os doentes e para o Estado seria preferível um regime de trabalho de 12 horas, ou seja das 8:00 às 20:00, de modo a atenderem-se também os utentes que saem dos empregos entre as 17:00 e as 19:00 horas. Todavia, a nível hospitalar, esta hipótese não será realista, mesmo a médio prazo.

No que respeita a dias de trabalho, tem sido previsto um total anual de 250 dias de consultas externas nos hospitais.

Quadro II
Hospitais distritais — índice «consultas externas por cama e por ano» entre 1980 e 1984

	Camas	Consultas Externas	CE/c.a
1980	7 449	519 822	69,78
1981	7 859	575 517	73,23
1982	7 878	558 457	70,89
1983	7 815	653 422	83,61
1984	8 306	799 371	96,24

Quadro III
Matriz semanal de tempos para um gabinete de consulta

	8-10	10-12	12-14	14-16	16-18	...	Obs.
segunda-feira	a	a	b	b			
terça-feira	c	a	b	b			
quarta-feira	a	a	a	b			
quinta-feira	b	b	c	c			
sexta-feira	b	c	c	a			

8.2. A gestão do tempo, de acordo com as necessidades do serviço, a rendibilidade apropriada dos meios humanos e materiais envolvidos e o interesse dos médicos, é da competência da direcção do Serviço de Consultas Externas e ou da direcção médica do hospital (no caso dos hospitais menos diferenciados), com o eventual apoio dos órgãos de gestão do hospital.

A matriz dos tempos deverá ser preenchida e assegurada, sem prejuízo do bom trabalho médico, na medida em que demasiadas horas de consulta seguidas e também certos transtornos pessoais poderão reflectir-se negativamente sobre a qualidade das consultas.

O *Quadro III* mostra uma matriz semanal de tempos para um dado gabinete e a ocupação dos tempos das 8:00 às 16:00 horas, em blocos

de 2 horas, pelas valências a, b e c, em regime de «pool».

No caso do *Quadro III*, os tempos são ocupados desigualmente pelas diversas valências.

Em vez de 2 horas os blocos poderiam ter durações diferentes e o horário poderia ser mais extenso, por exemplo das 8:00 às 18:00 horas.

No *Quadro IV* a matriz, com base nas valências, indica os diferentes gabinetes ($G_1 - G_2 - G_3$) ocupados no tempo pelas diferentes valências (a - b - c - d - e), em regime de «pool».

É evidente que os blocos de tempos tanto poderão ser de uma, de duas ou de três horas, como mistos. O horário poderá ser diferente, por exemplo das 8:00 às 18:00 ou das 8:00 às 20:00.

O *Quadro V* mostra a mesma matriz de «pool» mas com base nos ga-

Quadro IV
Matriz de «pool» — valências que no tempo ocupam diversos gabinetes

	Segunda-feira				Terça-feira				Quarta-feira			
	8-10	10-12	12-14	14-16	8-10	10-12	12-14	14-16	8-10	10-12	12-14	14-16
a	G_1	G_1	G_3	G_3	G_1	G_1	G_3	G_3	G_2	G_2	G_1	G_1
b	G_2	G_2	G_2	G_2	—	—	G_2	G_2	G_1	G_1	—	—
c	—	—	G_1	G_1	G_2	G_2	—	—	—	—	G_3	G_3
d	G_3	G_3	—	—	—	—	G_1	G_1	—	—	G_2	G_2
e	—	—	—	—	G_3	G_3	—	—	G_3	G_3	—	—

Quadro V
Matriz de «pool» — gabinetes ocupados por diferentes valências no tempo

	Segunda-feira				Terça-feira				Quarta-feira			
	8-10	10-12	12-14	14-16	8-10	10-12	12-14	14-16	8-10	10-12	12-14	14-16
G_1	a	a	c	c	a	a	d	d	b	b	a	a
G_2	b	b	b	b	c	c	b	b	a	a	d	d
G_3	d	d	a	a	e	e	a	a	e	e	c	c

binetes. Verifica-se neste *Quadro V* a utilização intensiva dos gabinetes de consultas.

Como é usual em matrizes de «pool», as diversas valências apresentam valores diferentes de ocupação dos gabinetes.

Em regra, nas matrizes não se consideram os tempos de mudança de valências por serem demasiadamente diminutos e as implicações serem tomadas em conta com a aplicação do «coeficiente de mudança de valências».

□ Bibliografia

DGFSS

Orçamento e Contas, de 1980 a 1984.

DHSS:

Hospital Building Note, n.º 26 — Outpatient Department.

HMSO, U. K., 1967.

USDHEW:

Design and construction of general hospitals. F. W. Dodge Corporation. New York, 1953.

WHEELER:

Hospital Design and Function. Mac Graw-Hill Book Company. EUA, 1964.

□ Résumé

VARIABLES AVEC INFLUENCE SUR LA QUANTIFICATION DES SALLES DE CONSULTATION EXTERNE

L'étude de quelques variables avec influence sur la quantification des salles de consultation externe est traitée d'une façon spéciale dans le contexte de cette problématique.

Après quelques commentaires concernant, et les salles travaillant en «pool» et celles qui sont «individualisées», l'auteur fait l'analyse de la casuistique des consultations externes hospitalières et en propose une méthode de calcul.

Un «coefficient de changement de disciplines médicales» est proposé pour compenser le temps de nettoyage, d'aération, etc., des salles, chaque fois qu'on change de «spécialité».

Le temp moyen de consultation par discipline médicale et les conditionnements qui le concernent sont aussi analysés.

Quelques commentaires sont faits à propos de l'indicateur «consultations externes par lit et par an».

Finalement l'importance du régime de travail sur la quantification des salles de consultation externe pour obtenir, avec l'usage des matrices, une plus grande productivité, est objet d'analyse.

□ Summary

FACTORES AFFECTING THE QUANTIFICATION OF OUTPATIENT EXAMINATION ROOMS

The study of variables which influence the quantification of outpatient examination rooms is approached in a special way within the general theme of the hospital outpatient department.

After some comments on both individualized rooms and rooms working in pool, the author deals with the hospital outpatient case-mix and proposes a new method to calculate it.

To cover the time spent when changing medical disciplines working in pool, a coefficient is proposed.

The average time of consultation of several medical disciplines and the conditions affecting it are the object of a brief analyses.

Some thinking is devoted to the parameter «outpatient visits per bed».

The importance of the working time table and the maximum efficiency of time for consultations through the use of matrices are also dealt with.