

Repensando o hospital

Motores de mudança e respostas inovadoras

Abril, 2014

Autores (equipe Antares Consulting):

Eduard Portella
Elena de Mingo
Esteban Carrillo
Joan Barrubés
José Carlos Mellado
Paula Rodríguez

Autores (equipe FGV Saúde):

Alberto Hideki Kanamura
Ana Maria Malik
Fábio Patrus
Fernanda Martins Viana
Gonzalo Vecina Neto
José Henrique Germann Ferreira
Walter Cintra Ferreira Junior

**Edição:**

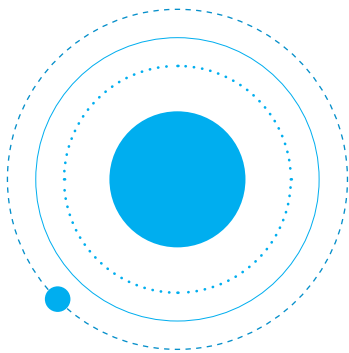
Antares Consulting, S.A.
Av. Josep Tarradellas, 8-10, 4ª pl.
08029 Barcelona
© Antares Consulting, S.A.
Permitida a reprodução parcial
Citando como fonte Antares Consulting

Barrubés J, Carrillo E, Portella E
Repensando o hospital: mecanismos de mudança
e respostas inovadoras.
Barcelona: Antares Consulting; 2014

Índice

1	Prefácio	5
2	Introdução	7
2.1	Apresentação e motivação do relatório	7
2.2	A necessidade de repensar o hospital	8
3	Os motores de mudança	11
3.1	A sustentabilidade econômica	11
3.2	A mudança epidemiológica	15
3.3	O novo paciente: mais informado e exigente	17
3.4	Inovação e personalização da nova tecnologia médica	18
4.1	O desenvolvimento das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC)	20
3.6	A modificação do perfil do profissional e das profissões de saúde	23
4	As respostas inovadoras do hospital	27
4.1	O hospital que atende perfis de pacientes com necessidades distintas	28
4.2	Uma organização integrada em uma rede de cuidados	30
4.3	Hospital com múltiplos recursos que amplificam sua capacidade assistencial além do próprio leito	32
4.4	Carteira de serviços assimétrica, abrangente e acessível	34
4.5	Uma atenção médica mais contínua porém mais virtual, multidisciplinar e em equipe	37
4.6	Hospital como Núcleo (HUB)	41
4.7	Serviços assistenciais com visão territorial entre vários hospitais	45
4.8	Hospital concentrado no <i>core business</i> : a atividade assistencial	47
5	O Cenário Brasileiro na Opinião de Especialistas em Gestão em Saúde	51
6	Implicações	55
6.1	Modelo de gestão	55
6.2	Governança das organizações	57
6.3	Desenho das infraestruturas	60
6.4	Conclusões	61
7	Bibliografia	64
8	Bibliografia da versão brasileira	65





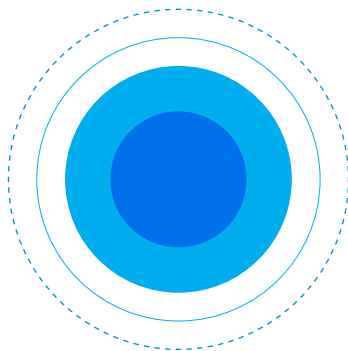
1 Prefácio

Repensando o Hospital: motores de mudança e respostas inovadoras tenta descrever o cenário atual dos hospitais, mostrando algumas transformações pelas quais os serviços vêm passando e suas possíveis causas, assim como as soluções e as respostas encontradas para manter a eficiência, a competitividade e a qualidade da assistência prestada.

A versão brasileira foi produzida a partir da tradução e adaptação do documento original pelo GVsaúde, núcleo de pesquisa em Gestão e Planejamento em Saúde da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, em parceria com a Antares Consulting, consultoria espanhola especializada em estratégia, gestão e tecnologia na área da Saúde, responsável pela confecção da versão espanhola.

O texto é focado no hospital e no seu papel na sociedade e dentro do sistema de saúde. As informações e as discussões apresentadas se aplicam a instituições hospitalares de diferentes naturezas jurídicas, financeiras, administrativas e assistenciais. Descrições mais detalhadas dos Sistemas de Saúde não são fornecidas, pois fogem do objetivo do documento.

Ao final são apresentadas, de forma consolidada, as impressões de gestores brasileiros sobre os motores de mudança e as respostas inovadoras para o hospital no Brasil, tanto do grupo que realizou a adaptação quanto dos que responderam a uma pesquisa específica encaminhada.



2 Introdução

2.1 Apresentação e motivação do relatório

O desenho básico dos sistemas de saúde e, posteriormente, a estruturação do hospital como organização de cuidados especializados de saúde, aconteceu entre o final do século XIX e início do século XX. Sem dúvida, ambos os elementos – sistema de saúde e hospitais – passaram por muitas alterações. Entretanto, todas foram mudanças naturais ou melhorias incrementais. Utilizando os conceitos da Qualidade, pode-se classificar como um processo de “melhoria contínua”.

Na Antares Consulting e no GVsaúde acreditamos que, no momento atual, estão confluindo uma série de mudanças estruturais no cenário, que podem interferir neste processo de “melhoria contínua” ou de alteração incremental dos sistemas de saúde e do hospital. Neste sentido, fizemos um trabalho de reconhecimento dos motores de mudanças que têm ocorrido ao redor da organização de saúde. A estas mudanças junta-se uma profunda crise econômica mundial, destacando-se o debate contemporâneo sobre a sustentabilidade do sistema de saúde e do estado de bem-estar geral.

Frente a estas mudanças, uma pergunta cabível é: como evoluirá o hospital nos próximos anos? Seguirá um processo evolutivo natural? Observaremos uma mudança disruptiva? Optamos por não realizar um exercício prospectivo do futuro, sempre incerto. Embora existam trabalhos de alta qualidade baseados neste método¹ e também algumas curiosidades², as previsões sempre estão sujeitas a um grau de incerteza sobre o futuro, que pode levar a erros de avaliação sobre os cenários possíveis. Adotamos então um enfoque mais pragmático: observar as inovações que já estão acontecendo hoje, como consequência de tais mudanças. Apresentamos-las neste relatório como os atributos que acreditamos encontrar no hospital do futuro. O relatório termina com uma

¹ Jolly, Dominique. L'hôpital au XXIème siècle. AP-HP. Econômica, 1988

² No anos 60, a Fundação Kaiser realizou um estudo sobre o hospital do futuro, com um vídeo explicativo:
<http://www.youtube.com/watch?v=h8-cuWqyqKM&feature=channel>

A organização do hospital, baseada na especialização e no conhecimento tem contribuído de forma importante para o progresso do conhecimento e avanços científicos

reflexão sobre as implicações que a configuração do hospital do futuro trará para a gestão.

Em resumo, este relatório pretende fornecer elementos de discussão para a possível evolução do hospital e seu papel no sistema de saúde, num momento crucial de mudanças profundas no ambiente. Uma pergunta ainda sem resposta é quem liderará esta mudança. A intensidade e a duração da crise econômica e seu impacto sobre o déficit público, particularmente sobre o déficit do sistema de saúde, podem acelerar a mudança. Além disso, estas mudanças podem ser impostas de fora do sistema, por pressão do ambiente, ou podem ser originadas de dentro do sistema. Sem dúvida, os riscos e os resultados de adaptar-se a um ou outro modelos são muito distintos.



Simon Flexner



Ernest Amory Codman

2.2 A necessidade de repensar o hospital

A origem dos sistemas públicos de saúde data do final do século XIX, quando a Alemanha (sob o governo de Bismarck) introduziu um seguro público de doença para os empregados. Entretanto, não podemos falar propriamente em consolidação dos sistemas de saúde até depois da Segunda Guerra Mundial, juntamente com o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State). Sem dúvida, a estruturação atual dos sistemas de saúde e dos hospitais é um dos avanços sociais mais significativos e mais apreciados pelos cidadãos.

Enquanto isso, o hospital como conhecemos atualmente está baseado fundamentalmente nas contribuições de Flexner³, sobre a formação médica e a organização dos hospitais universitários, e nas de Codman⁴, sobre a mensuração de resultados clínicos, entre 1910 e 1914. Data, pois, de 100 anos. A organização do hospital baseia-se, entre outras, nas seguintes características

- Desenho organizacional a partir das profissões: organização médica e organização de enfermagem.
- Organização médica baseada em conhecimento, como estruturante das especialidades.
- Disponibilidade de unidades de análises clínicas e de radiologia.
- Disponibilidade de equipe médica própria.
- Formação de 6 anos para os médicos, em escolas de medicina vinculadas a hospitais.
- Reuniões regulares para revisão de casos.
- Organização, manutenção e atualização de registros clínicos dos pacientes.

³ Flexner A.: "Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching". The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four, New York, 1910.

⁴ Codman EA.: The product of a Hospital: 1914. Arch Patol Lab Med, 1990

Esta organização do hospital, baseada na especialização e no conhecimento (e na relação com a universidade para pesquisa e ensino), tem contribuído de forma importante para o progresso do conhecimento e avanços científico-técnicos. Seu êxito pode ser resumido com um dado impactante: desde 1960, a cada dia incrementa-se em 5 horas a esperança de vida⁵. Primeiro, mediante a redução da mortalidade entre os jovens, e nos últimos anos, aumentando a vida dos mais velhos.

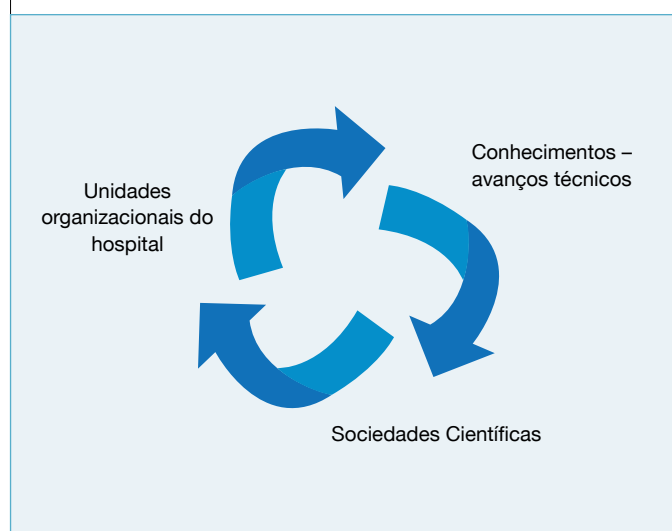
No entanto, esta especialização tem gerado uma excessiva fragmentação dos serviços. Os avanços científicos contínuos têm se traduzido em subespecialidades, originando unidades organizativas cada vez menores. Estas, por sua vez, favoreceram o aprofundamento de novos conhecimentos e avanços tecnológicos, conduzindo a uma maior fragmentação, desta vez com base no desempenho técnico.

Paralelamente, o perfil sócio-demográfico e epidemiológico da população tem mudado significativamente: envelhecimento, perda da autonomia, doenças crônicas e coexistência de múltiplos diagnósticos. Os novos modelos de gestão da cronicidade, derivados do Chronic Care Model de Wagner, têm demonstrado a necessidade de um modelo muito mais pró-ativo, interdisciplinar e preventivo. Em certa medida, tem se passado de um círculo virtuoso (especialização-conhecimento-subespecialização) a um círculo vicioso, pouco adaptado à mudança epidemiológica.

Atualmente, este desajuste entre as necessidades e os critérios organizacionais cria disfunções que se traduzem pela utilização inadequada dos recursos e atividades, nem sempre pensadas para o perfil majoritário da população.

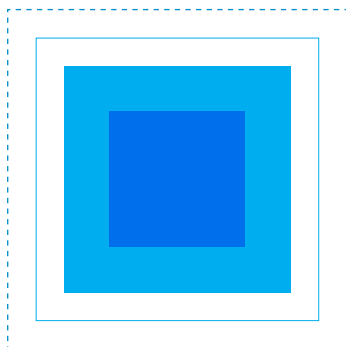
Estas condições de maior prevalência – de cronicidade e dependência – são hoje uma das causas que mais têm impacto no custo dos serviços assistenciais: uma pequena parte dos pacientes representa a maior parte da utilização dos recursos. É necessário enfrentar a mudança de paradigma no modelo assistencial vigente, porém este não é o único desafio. Não é possível simplesmente descartar o modelo atual para substituí-lo totalmente por outro. O verdadeiro desafio está em compatibilizar a existência de ambos os modelos organizacionais e assistenciais.

Figura 1. Ciclo de retroalimentação entre as unidades organizativas baseadas no conhecimento e nos avanços científicos.



Fonte: Antares Consulting

⁵ Kirkwood T. Understanding longevity (and how to improve it). En: Global Forum for Longevity; 28 de marzo de 2011. Disponible en http://longevity.axa.com/en/video_images.php?rubrique=2&video=7, el 15.09.2011



3 Os motores de mudança

3.1 A sustentabilidade econômica

Sob o conhecido problema da sustentabilidade do sistema de saúde, escondem-se dois elementos distintos:

- 1) O fenômeno já tradicional do crescimento do gasto com saúde acima do crescimento do Produto Interno Bruto.
- 2) A recente e brusca queda do financiamento público para o sistema de saúde.

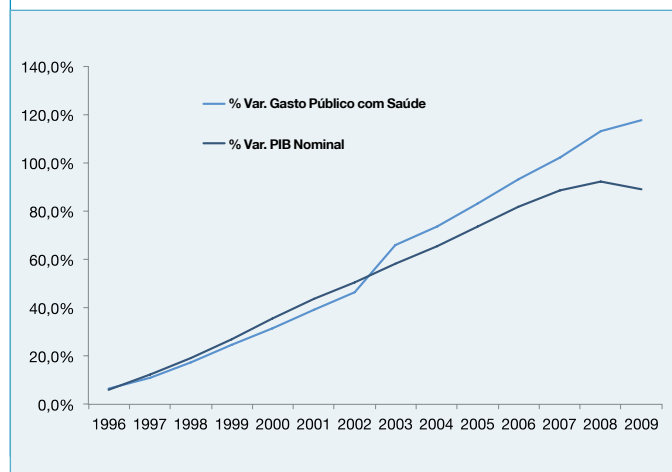
Um crescimento sustentado acima do PIB

Os sistemas de saúde com cobertura universal são um dos avanços mais significativos e mais apreciados pelos cidadãos nos países. Isso não elimina, porém, a grande preocupação entre os líderes políticos em geral e de saúde em particular com a evolução do gasto com saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O custo dos sistemas de saúde públicos tende, em todos os países e sistemas, a manter um crescimento acima do PIB nominal. Este é um problema que parece muito evidente quando representado de forma gráfica, como na figura 2. Trata-se de uma questão recorrente desde os anos 80, em todos os países desenvolvidos e em todos os casos em que se tem tentado lidar com iniciativas de contenção de custos no sistema de saúde. O controle da tendência do crescimento da saúde acima do econômico requer medidas estruturais que constituem um desafio já tradicional para nosso sistema. A figura 3 mostra o cenário brasileiro, comparando a inflação nos custos da saúde com a dos preços em geral.

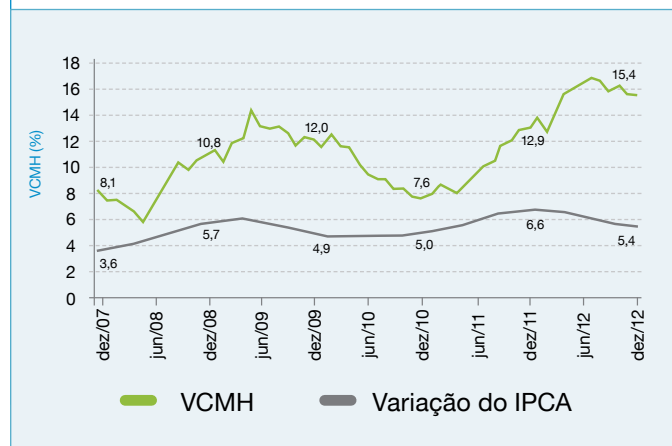
O custo dos sistemas de saúde públicos tende, de forma generalizada em todos os países e sistemas, a manter um crescimento maior que o do PIB nominal

Figura 2. Evolução das taxas de crescimento acumulado do gasto sanitário público e de crescimento acumulado do PIB nominal (Espanha 1996-2009).



Fonte: Sistema Nacional de Saúde. Espanha, 2010. Subdireção Geral de Análises Econômicas e Fundo de Coesão do Ministério da Saúde e Política Social e Instituto Nacional de Estatística. OCDE, Health Data 2011. Elaboração de Antares Consulting.

Figura 3. Evolução da Variação dos Custos Médios Hospitalares e da Variação do IPCA (Brasil 2007-2012).



Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, data-base dezembro/2012. <http://www.iess.org.br/html/VCMHIESdbdez12.pdf>

É importante recordar aqui as causas subjacentes: se o problema é clássico, também são clássicos os estudos que analisam suas causas. Citando relatório informe de 2010⁶, as causas do aumento do gasto com saúde são:

- Introdução de novas tecnologias de saúde.
- Aumento da inflação sanitária acima da inflação geral, explicado por:
 - Custo das novas tecnologias de saúde (medicamentos, dispositivos, próteses, etc.).
 - Custo dos profissionais de saúde, devido a sua crescente escassez.
- Maior utilização dos serviços de saúde pela população, provocada por múltiplas razões:
 - Mudança do padrão de morbidade: envelhecimento e doenças crônicas.
 - Hábitos de vida menos saudáveis e menor tolerância à doença.
 - Modificação do conceito de qualidade de vida e medicalização de problemas que antes não eram considerados de saúde.
 - Multiplicação das solicitações de segundas opiniões médicas ou a judicialização do exercício profissional e seu impacto nas práticas médicas conservadoras.
- Ineficiências sistêmicas do modelo de atenção à saúde:
 - Escassa integração entre os níveis assistenciais.
 - Variabilidade clínica.
 - Custos crescentes de administração e coordenação.

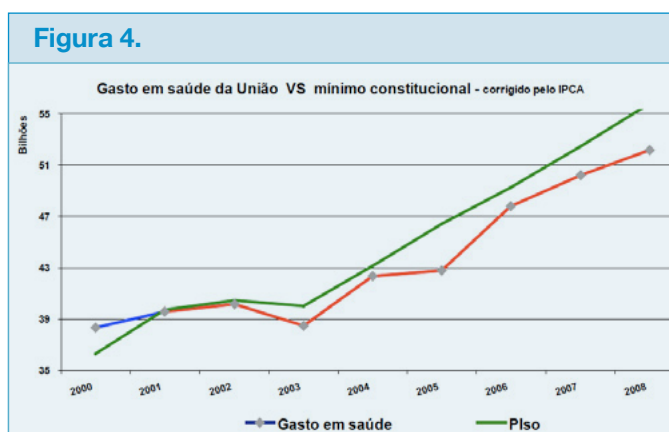
⁶ Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella, E. La sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Barcelona: Antares Consulting; 2010

Crise econômica e restrição do financiamento

A necessidade de resposta se agudiza e se torna urgente como consequência da diminuição do financiamento (contração brusca da receita) provocada pela atual situação de crise econômica.

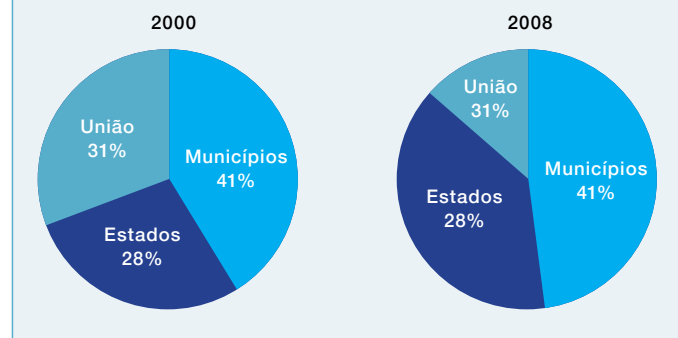
Uma grave situação conjuntural de restrição do financiamento a curto prazo requer um “plano de choque” de medidas combinadas de contenção do gasto e melhora da produtividade dos recursos. Junto a isso, sugere-se introduzir medidas de incremento do financiamento, baseadas em uma melhor gestão das medidas tradicionais (melhora do faturamento, se for o caso) ou mediante a introdução/adaptação de novos conceitos de aumento de entrada de recursos (co-pagamento e similares, uso dos centros públicos para atividade privada, contratualização...). Caso necessário, a cobertura da carteira de serviços pode ser revisada e limitada.

No Brasil, o sistema de saúde tem financiamento misto, sendo o componente público menor que o privado. O financiamento público é proveniente das 3 esferas governamentais: União, Estados e Municípios. Nos últimos anos, a despesa federal com saúde cresceu nominalmente, mas quando ajustada pela inflação observa-se redução líquida (Figura 4).



Fonte: CNM – Confederação Nacional de Municípios, Estudos Técnicos Volume 3, 2010.

Figura 5.



Fonte: CNM – Confederação Nacional de Municípios, Estudos Técnicos Volume 3, 2010.

Concomitantemente, houve aumento dos gastos por parte dos Estados e Municípios, mas apesar disso os recursos públicos para saúde continuam inferiores aos previstos quando o SUS foi criado (Figuras 4 e 5).

Uma resposta comum: a transferência de risco para o prestador

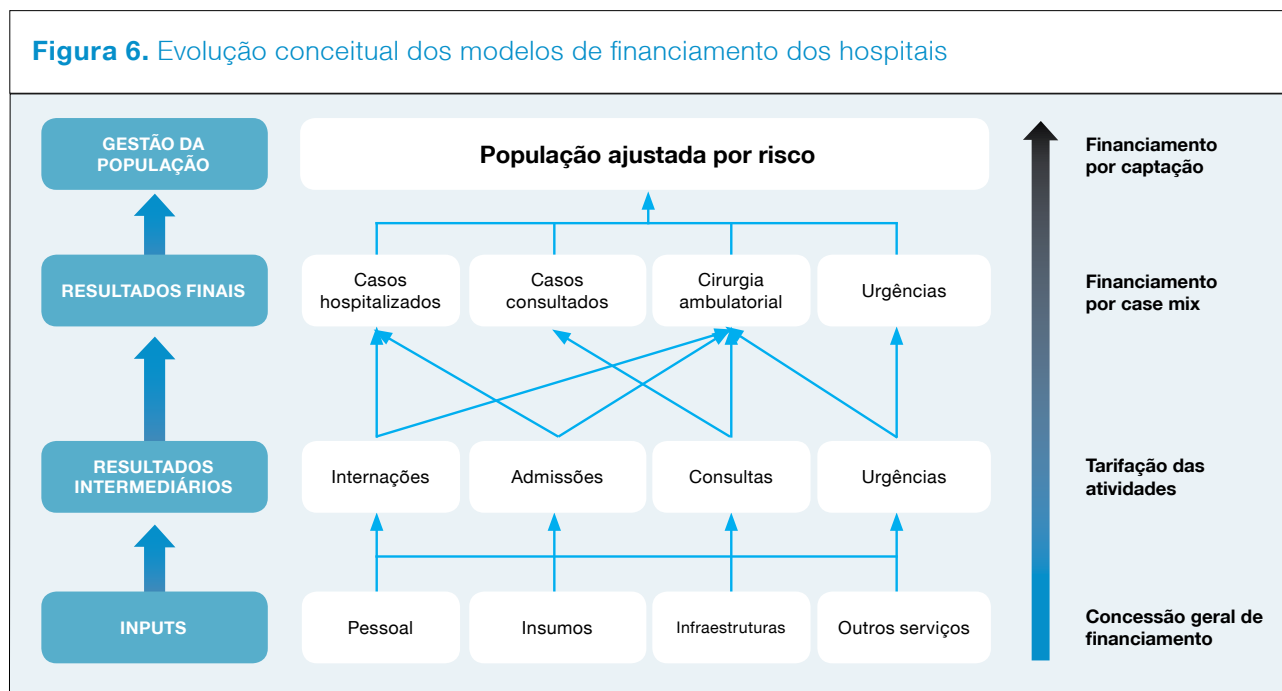
A transição, na maioria dos países, tem sido na direção de formas mais ou menos evoluídas de financiamento com risco compartilhado entre o financiador e o prestador.

Na filosofia do “*risk-sharing*” está subjacente o fenômeno da assimetria de informações: o prestador sempre tem uma informação muito mais completa que o financiador sobre as necessidades do paciente e as alternativas de tratamento. Esta assimetria de informações se transforma em uma relação favorável para o prestador nos sistemas de pagamento por procedimento (*fee for service*). A adoção do risco compartilhado implica fixar preço para cada tipo de “produto”, levando o prestador a se responsabilizar por gerir os custos, já que o aumento destes leva a seu prejuízo.

Esta filosofia fez evoluir progressivamente os sistemas de financiamento das atividades hospitalares,

O aumento da efetividade dos tratamentos contribui para uma maior sobrevivência mas também para a transformação de problemas agudos em crônicos

Figura 6. Evolução conceitual dos modelos de financiamento dos hospitais



Fonte: Antares Consulting, 2005.

como mostra a figura 6. Os sistemas iniciais eram baseados num orçamento de gastos por natureza, próprio dos hospitais públicos. A escassa relação entre esse orçamento de gastos e a atividade realizada fez evoluir estes modelos para a introdução de sistemas de pagamentos por atividade. Numa primeira etapa, introduziram-se os sistemas de pagamento por procedimento assistencial. No entanto, estes modelos apresentaram uma disfunção importante: os hospitais podiam aumentar sua receita a partir do aumento no número de procedimentos, incluindo o aumento do tempo de hospitalização.

A partir dessas constatações, introduziu-se um sistema baseado no pagamento por processos assistenciais. Neste modelo, os hospitais assumiam o risco de tratar os pacientes por um preço específico e fixo para cada patologia ou grupo de pacientes (na maioria dos casos, utilizando a classificação de pacientes e processos sob a si-

Figura 7. Sistemas de remuneração de hospitais praticados no Brasil, segundo os distintos tipos de financiador.

Tipo de Sistema	Setor Público	Tipos de Financiador				
		Operadoras de Planos de Saúde	Seguridade Social	Empresas	Entidades Filantrópicas	Famílias
SOT	xxx		x			
SOG	x			x	x	
STC	x	xx	xx	xxx	xxx	xxx
SPR(p)	xxx	xxx		xxx	xxx	
SPR(d)		x		x	x	
SPC		x				
SPS		x	xx	x	x	xx
SPI	x				x	

Fonte: Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

glar DRG – diagnosis related groups). Atualmente, a maioria dos sistemas de saúde estadunidenses e europeus utilizam este modelo de financiamento dos hospitais, com algumas adaptações.

Recentemente alguns países têm introduzido os sistemas de pagamento per capita. Ou seja, a região recebe um valor fixo por população calculada e o hospital assume o risco de utilização dos serviços por parte de sua população. Os sistemas de financiamento per capita criam incentivos poderosos para melhorar a eficiência do conjunto de processos hospitalares e de atenção primária, incluindo as intervenções de prevenção e promoção da saúde. Levar suas atividades para o ambiente externo está se tornando uma situação real para os hospitais, que são estimulados a trabalhar de maneira integrada com o conjunto de serviços de saúde da área em que estão situados.

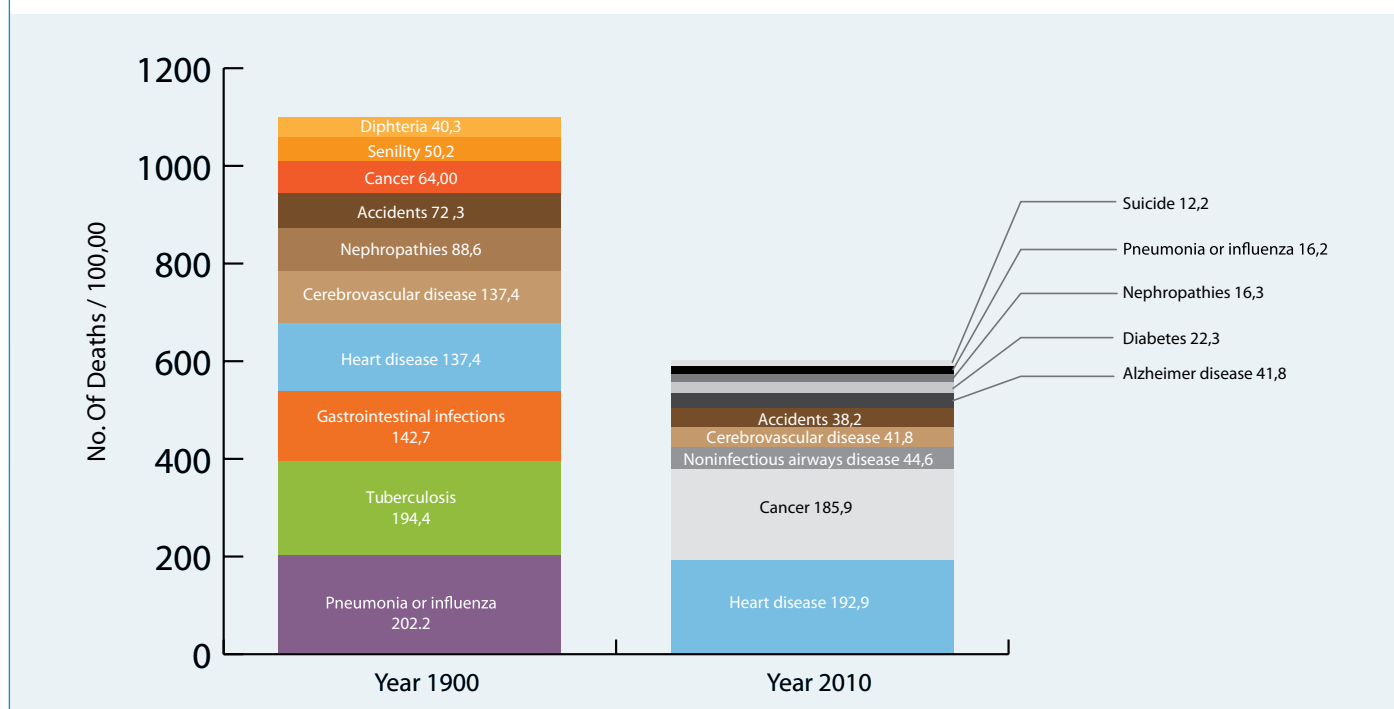
No Brasil, são vários os sistemas de pagamento, não havendo um modelo único. Tanto os serviços públicos como os privados podem receber recur-

sos através dos Sistemas Orçamentário Tradicional (SOT), de Orçamentos Globais (SOG), Tradicional de Compra e Venda de Serviços (STC), de Pagamento por Incentivos a Resultados (SPI), de Pagamento Retrospectivo (SPR), de Pagamento por Captação e de Pagamento por Seguro, de acordo com a natureza e política da instituição (Figura 7).

3.2 A mudança epidemiológica

A pirâmide demográfica das sociedades desenvolvidas tem mudado radicalmente no curso das últimas cinco a seis décadas. O fenômeno que alguns tem denominado de “democratização da sobrevivência” fez com que as sociedades desenvolvidas, com uma baixa natalidade, conservem a maior parte de seus habitantes até idades avançadas.

Figura 8. Evolução e taxas de mortalidade das principais causas de morte em 1900 e 2012. Estados Unidos.



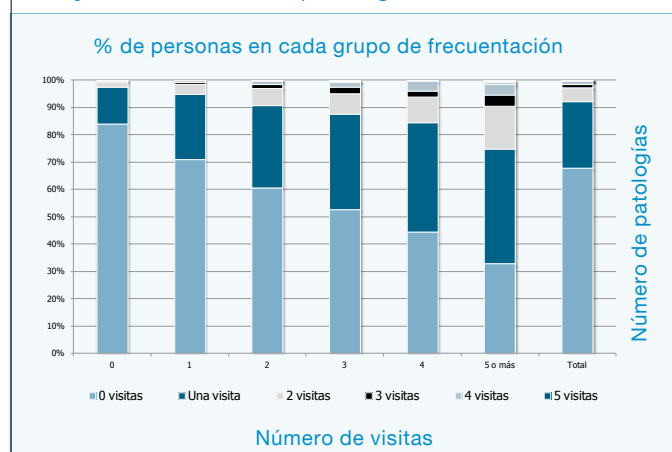
Fonte: Jones DS, Podolsky SH, Greene JA. The Burden of Disease and the Changing Task of Medicine. *N. Engl J Med* 2012; 366 :25

O desenvolvimento da efetividade dos tratamentos de saúde é um claro contribuinte para a sobrevivência, mas também para a transformação de problemas agudos em crônicos. A doença crônica passa a ser o principal padrão de morbidade e mortalidade em nossas sociedades.

Esta mudança demográfica traz, junto com o aumento da expectativa de vida, um novo padrão epidemiológico: o da cronicidade. A maior parte da carga da assistência à saúde em um país desenvolvido deriva atualmente da assistência a doenças crônicas.

É evidente a correlação entre os diagnósticos (número de doenças crônicas) e a utilização do sistema de saúde. A figura seguinte apresenta a relação entre o número de doenças crônicas e a presença frequente na atenção primária.

Figura 9. Proporção de pessoas que realizam um número anual de visitas ao médico de família em função do número de patologias crônicas.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística. Censo Europeu de Saúde 2008-2009. Elaboração: Antares Consulting.

Nesta figura observamos como a presença frequente (alto número de consultas) encontra-se muito concentrada e é estreitamente relacionada com o número de condições crônicas dos pacientes.

A relação deste fenômeno com o uso dos serviços é evidente: mais de 70% da atividade de saúde está dedicada à atenção a pacientes crônicos. No entanto, o problema é geralmente subestimado quando o fenômeno da cronicidade passa a ser visto como um problema de aumento da demanda assistencial. O verdadeiro problema é que a mudança de paradigma epidemiológico faz com que serviços e profissionais criados para atender pacientes agudos se deparem com uma demanda dominada pelo paciente crônico. A diferença entre os dois paradigmas descritos por R. Bengoa⁷ tem como resultado uma grande falha dos serviços de saúde: o fracasso da continuidade dos tratamentos e recomendações constitui um claro exemplo da inadequação de um modelo.

Existe desde os anos 90 uma evidência crescente e forte a favor de uma mudança radical no modelo assistencial, com vistas a enfrentar a “epidemia” de cronicidade com modelos pró-ativos e altamente inovadores e uma redistribuição radical dos papéis e competências profissionais. Esta evidência é tanto conceitual (elaboração dos diferentes modelos de crônicos ou Chronic Care Model) como operativa, com base na extensão dos esquemas de *disease management* (gestão de doenças) e *case management* (gestão de casos). Seguindo essa tendência, no Brasil, em 2011, foi lançado pelo Governo Federal o Plano para Enfrentamento de Doenças Crônicas.

O fato destes modelos, amplamente descritos e conhecidos, estarem sendo implantados com tanta lentidão é um reflexo das dificuldades de uma mudança de modelo, que afeta a essência da cultura e da organização de saúde. Sua localização no centro da agenda sanitária nos últimos anos constitui, pelo menos, uma garantia de que algo está sendo realizado. Trata-se de um dos desafios mais importantes das organizações de saúde, que não pode ser resolvido com a simplicidade com que, por vezes, se pretende solucionar.

No Brasil, a mudança epidemiológica caracterizou-se pelo aumento da importância das doenças crônicas não infecciosas e manutenção das do-

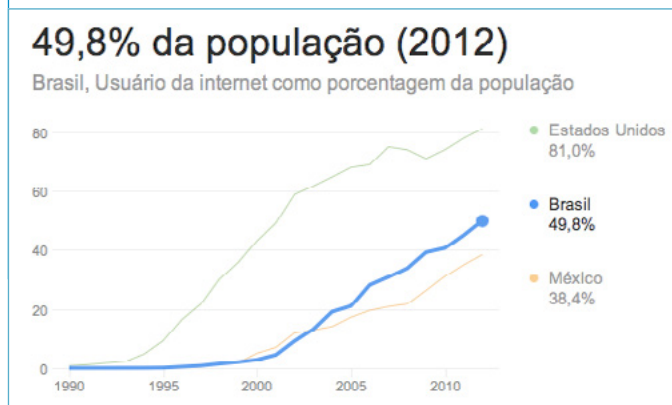
⁷ Bengoa R, Nuño Solinis R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Elsevier-Mason, 2008

enças infecto-contagiosas como causa de morbimortalidade. Assim, passamos a conviver com os dois problemas concomitantemente.

3.3 O novo paciente: mais informado e exigente

Os pacientes estão cada vez mais exigentes com os prestadores de serviços de saúde: têm passado de sujeitos passivos que simplesmente querem ser curados e que depositam confiança absoluta nos profissionais e nos serviços de saúde, a protagonistas que pedem informação e explicações e que querem participar da tomada de decisões sobre seu tratamento. O desenvolvimento da sociedade de bem-estar (welfare state) tornou os pacientes cada vez mais exigentes, levando a saúde a ser considerada, em determinados casos, como um bem de consumo.

Figura 10. Número de usuários de internet em porcentagem do total da população. EUA, Brasil, México 1990-2010.



Fonte: Banco Mundial. Indicadores do desenvolvimento mundial. Em: http://www.google.com.br/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=it_net_user_p2&hl=pt&dl=pt&idim=country:BRA:MEX:USA.

Assim, a demanda por informação tem aumentado. Porém, da mesma forma, e principalmente graças à Internet, também tem aumentado muito significativamente a informação relativa à saúde. A infor-

mação é mais ampla, os usuários têm acesso cada vez mais fácil a esta informação e mostram uma atitude mais ativa.

Porém a importância desse fenômeno é percebida principalmente ao observar, na figura 10, a rapidez da transformação, na primeira década deste século, dos hábitos de uso de internet pela população brasileira.

Esta evolução tem como perspectiva uma especial relação com a mudança do perfil epidemiológico: a abundância na disponibilidade de informação na internet, combinada com a situação de cronicidade, nos coloca frente a um tipo de paciente que conhece sua doença e que dispõe de fontes de informações acessíveis sobre sua doença e suas alternativas terapêuticas. Estudos recentes ilustram a magnitude deste fenômeno:

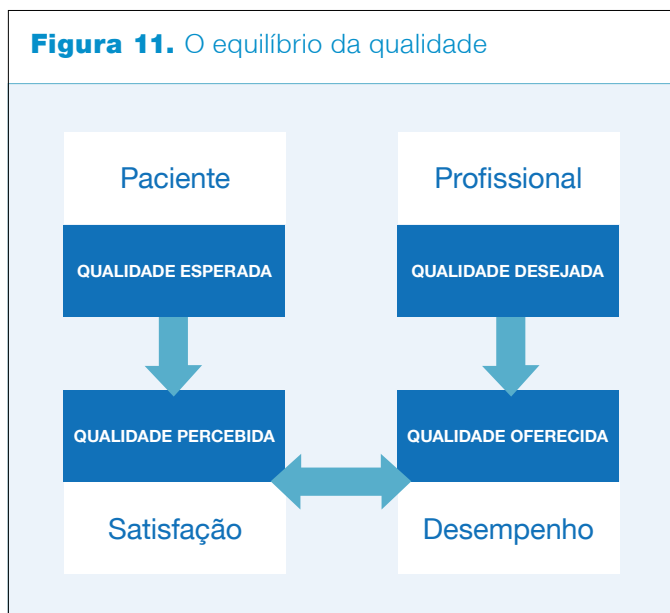
- 1 em cada 2 brasileiros (49%) tem acesso à internet, destes, 86% utiliza a Internet de forma assídua para buscar informação de saúde. O Brasil é o quinto país do mundo em utilização deste meio para buscar informações em saúde.
- 57% dos usuários gostaria de renovar seu tratamento e suas prescrições por este meio e 54% gostaria de poder acessar seu prontuário e outras informações sobre sua saúde pela rede.

Portanto, uma **assistência tradicional** para a doença já **não é o único critério de satisfação** dos pacientes atualmente. Eles esperam cada vez mais características como:

1. Imediatismo no acesso: consumismo em saúde. O paradigma atual dos serviços na sociedade vai muito além da tradicional acessibilidade.
2. Tratamento individualizado, numa relação que vai além do mero respeito e cortesia, considerando seus valores e preferências culturais.

3. Obtenção de explicações compreensíveis, mas também dispor de informação comparada e comparável com suas próprias fontes.
4. Assistência satisfatória contra a dor e controle eficaz dos sintomas menores e consequências de sua doença.
5. Acesso a um quarto em boas condições, com banheiro individual e, em geral, com elevado padrão de conforto nos serviços de saúde.
6. Acesso a informações sobre seus problemas de saúde, de modo a conhecê-los melhor no final de sua internação ou de sua consulta médica.

Este perfil de paciente, mais informado e exigente, tem uma expectativa de qualidade distinta da desejada pelos profissionais de saúde. Tal como demonstra a figura seguinte, isto leva a um conflito entre a qualidade percebida pelo paciente e a qualidade oferecida pelo profissional.



Fonte: Antares Consulting, 2008

Portanto, as expectativas podem variar notavelmente de um grupo de pacientes para outro, em função do perfil social e cultural. Evidentemente, isto afeta as tendências comentadas anteriormente. O que parece evidente é que o usuário do serviço de saúde está cada vez mais informado, mais ativo diante de sua saúde e mais exigente com o serviço que recebe. O hospital de hoje, provavelmente, não só deve atender o “paciente habitual”, mas também preparar-se para atender este novo perfil.

3.4 Inovação e personalização da nova tecnologia médica

O setor de tecnologia médica tem adquirido uma importância crucial nas últimas décadas. Para avaliar sua importância, basta observar que em 2011 representou no Brasil um mercado de 13,5 bilhões de reais com taxas de crescimento previstas de 19%⁸.

As tecnologias de saúde – entendidas como qualquer técnica, procedimento, sistema organizacional, produto farmacêutico ou de saúde – têm sofrido uma importante evolução nos últimos anos e tem contribuído decisivamente para melhorar o estado de saúde da população.

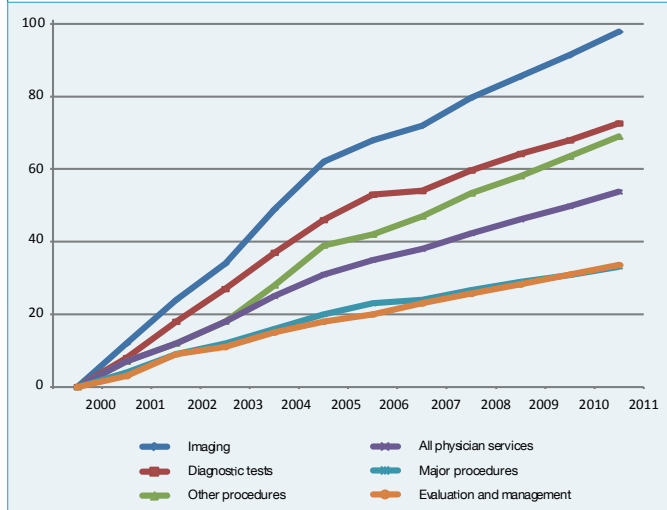
A investigação e a inovação da tecnologia médica trouxeram grandes avanços tanto nos métodos diagnósticos quanto nas possibilidades terapêuticas. Como exemplo da rapidez da inovação da tecnologia médica, pode-se citar a evolução dos serviços de diagnóstico por imagem que, segundo um estudo realizado com dados do Medicare⁹, tem aumentado nos últimos anos a uma taxa anual de mais de 10%.

As grandes vantagens trazidas para cada paciente individual por este avanço tecnológico contrastam com o problema operacional do elevado custo da atualização tecnológica cada vez mais rápida. Isto remete ao primeiro motor, constatando a existência de outros fatores que incidem sobre os custos de saúde muito mais que o envelhecimento populacional. A tecnologia é um deles.

⁸ http://www.abimed.org.br/sala-de-impressa/mercado_de_produtos.pdf

⁹ Health Insurers and Medical-Imaging Policy, John K. Iglehart, NEJM 360:10

Figura 12. Taxa de crescimento da utilização de serviços de saúde no Medicare 2000-2011.



Fonte: Health Insurers and Medical-Imaging Policy, John K. Iglehart, NEJM 360:10

O desenvolvimento da tecnologia médica é observado nos seguintes campos:

- Diagnóstico molecular, com cerca de 1.000 testes deste tipo disponíveis.
- Farmacogenoma, com uma maior compreensão dos fatores que fazem um indivíduo responder corretamente ao tratamento prescrito.
- Terapias personalizadas, com uma maior precisão no tratamento graças ao conhecimento das variações genéticas dentro de uma mesma doença.
- Medicina regenerativa, com um aumento na utilização de órgãos, tecidos e células como estratégias terapêuticas.
- Imagem médica, com um aumento da capacidade e precisão da visualização do corpo humano.

Os desafios decorrentes da crescente velocidade de inovação se produzem em vários níveis:

1. Em primeiro lugar a **gestão da inovação tecnológica**. A complexidade e a hiperespecialização da tecnologia atual e sua rápida obsolescência tornam cada vez mais difícil a gestão do investimento, tanto sob o ponto de vista financeiro como de conhecimento. Isto se deve, em parte, aos equipamentos tecnologicamente avançados (RM, PET, Radioterapia) e também a um conjunto de equipamentos de custo mediano para os quais a atualização tecnológica é essencial (como a hemodinâmica, endoscopias, ecografia de especialidades, intervencionismo...). A busca de soluções alternativas para o investimento direto se impõe como uma tendência no setor.
2. Um segundo componente do desafio (tanto para o hospital como para o conjunto do sistema de saúde) está **no custo da permanente renovação** tecnológica. Um campo específico do impacto do custo de investimento é a dificuldade de acesso para o exercício liberal tradicional da assistência. As necessidades de investimento tecnológico aumentam cada vez mais o custo de investimento para as consultas, e isto redonda na dificuldade da prática tradicional privada liberal dos profissionais independentes. Esta dificuldade está seguramente por trás do processo de “empresariação” da medicina privada, e o êxito de grupos ambulatoriais ou consultórios de especialidades privados. Esta situação abre perspectivas para a saúde privada, incluindo a participação de alguns centros públicos.

Ao abordar os desafios da inovação tecnológica é necessário considerar a referência ao de-

envolvimento da medicina personalizada, pela importância que terá na mudança do modelo assistencial. A **medicina individualizada** responde à necessidade de contar com uma medicina mais preditiva e preventiva que permita otimizar a efetividade dos tratamentos, ajudando assim a conter o gasto com saúde.

Atualmente, a taxa de eficácia dos fármacos comercializados para diferentes diagnósticos oscila entre 20 e 75%. Esta taxa é baixa em alguns casos (em oncologia 25%, em Alzheimer 30%, etc.).

Figura 13. Taxa de eficácia dos fármacos nas diferentes situações clínicas

Indicação	Taxa de eficácia (%)
Oncologia	25
Alzheimer	30
Incontinência	40
Hepatite C	47
Osteoporose	48
Artrite Reumatóide	50
Migrânea	52
Diabetes	57
Asma	60
Arritmia	60

Fonte: Abad Santos F, Novalbos J. Citado em: Cosinapsis: Los Retos de una Medicina Individualizada: Conocimiento, Aplicabilidad y Financiación. Ferrer-Antares Consulting, 2011.

Esta baixa efetividade é uma das principais razões para o desenvolvimento da medicina personalizada. As outras duas são a agressividade de determinadas terapias (sendo aconselhável limitá-las ao máximo a pacientes com garantia de êxito) e o desenvolvimento da genética que permite este novo modelo.

Observando os avanços em farmacogenética, farmacogenoma e outras ciências biomédicas, é possível prever que nos próximos anos o aumento de

informação, recursos e técnicas disponíveis será exponencial. Estes avanços potencializarão a medicina individualizada, ocasionando importante mudança na sociedade atual. A redução contínua dos custos destas técnicas permitirá que as mesmas passem de desejo para realidade com bastante rapidez.

Os desafios que este grande avanço implicará para o hospital, a médio prazo, são os da implantação progressiva de uma nova tecnologia que facilitará tratamentos personalizados mais eficazes e limitará aos casos de maior eficácia a utilização de terapias agressivas para o paciente e custosas para o sistema. Por outro lado, estas terapias estão proporcionando uma importante oportunidade de participação dos hospitais onde há institutos de pesquisa na cadeia de I+D+i, que inclui a indústria de biotecnologia, a indústria de dispositivos médicos e os hospitais.

Em geral, a tendência atual aponta que o modelo de negócio da indústria farmacêutica passará pela **segmentação de pacientes e de doenças**, passando do clássico modelo de *blockbusters* (medicamentos para todos) a um novo conceito chamado *nichebusters* (medicamentos para grupos específicos). Este novo conceito se baseará na busca de grupos específicos de pacientes que respondam a um fármaco em especial. O objetivo é a diminuição da toxicidade, buscando pacientes determinados por meio de biomarcadores que identifiquem a susceptibilidade a um dado tratamento.

3.5 O desenvolvimento das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC)

O desenvolvimento das TIC está gerando um impacto considerável em muitos aspectos da sociedade, e o âmbito da saúde não é uma exceção.

A digitalização de texto, imagem e som tem marcado a evolução das TIC nas últimas décadas, junto com a emergência do mundo multimídia e o desenvolvimento das telecomunicações. Também

precisa entrar nessa equação o acesso à Internet, com informação médica abundante e acessível para pacientes.

Três mudanças tecnológicas condicionaram as formas de organização dos serviços dos prestadores de saúde:

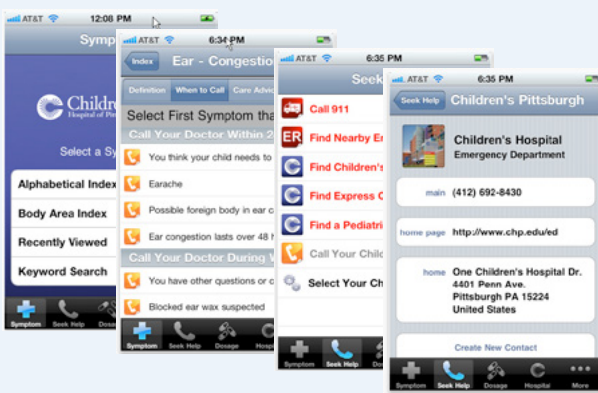
1. Os dispositivos que permitem a mobilidade.
2. A Internet de alta velocidade, acessível a todos e em todo lugar.
3. A “Real Time Location”.

A mobilidade

O telefone celular constitui uma ferramenta chave para a saúde, graças ao seu grau de penetração na população, à possibilidade de acessar e localizar as pessoas independentemente de onde estejam e às facilidades que oferece para o desenvolvimento de aplicativos (programas informáticos) complementares (*conhecidos como “Apps”*).

A democratização do telefone celular inteligente tem relegado o PC ao segundo lugar na maioria das atividades diárias.

Figura 14. O *smartphone* converteu-se em uma ferramenta de interação com o paciente atual ou futuro.



Associado ao desenvolvimento do “*cloud computing*”, (armazenamento na nuvem) o “*Smartphone*” nos permite acessar nossos dados em qualquer lugar.

A transmissão de dados de alta velocidade

O desenvolvimento de uma rede de comunicação de alta velocidade para qualquer ponto das residências ou do local de trabalho permite uma verdadeira interação virtual. A conexão para Internet de alta velocidade permitirá passar do estado atual de telediagnóstico para a telemedicina interativa como alternativa viável.

Real Time Location

Os “*Real Time Location Systems*” permitem aplicações de enorme interesse para, por exemplo, rastreamento do paciente e equipamentos. As novas tecnologias são um elemento indispensável para melhorar a **segurança do paciente** e a **gestão dos riscos**. As tecnologias de geolocalização e os softwares de gestão associados a elas permitirão também melhorar os fluxos de trabalho, atingir uma melhor gestão de pessoal e de equipamentos e uma melhor avaliação do desempenho da organização.

Figura 15. O impacto das TIC na sociedade



Fonte: Antares Consulting, 2010

A confluência destes três fatores (dispositivos móveis, alta velocidade e “RTL”) supõe uma mudança de paradigma importante na sociedade: consolidam-se os valores de acessibilidade, transparência, rapidez, individualismo e velocidade. Isto gera cidadãos mais informados e exigentes, assim como novas necessidades e situações.

No campo específico das organizações de saúde, as TIC facilitam o desenvolvimento de **novas portas de entrada** (tecnologia móvel) para os serviços de saúde em geral e para os hospitais em particular, reforçando sua acessibilidade. As TIC também facilitam **novas formas de trabalho** (como o serviço no “point of care” ou a *telemedicina*) e de **gestão da prestação de serviços** (como a radiologia em rede). As principais implicações que os hospitais enfrentam em relação às TIC estão centradas em:

1. Adaptação **das aplicações e serviços à tecnologia móvel** e particularmente aos “*smartphones*” e aos *tablets*. Dever-se-á selecionar os aplicativos mais úteis e treinar os profissionais em sua utilização. Igualmente, os prestadores assistenciais terão que se preparar para ser capazes de integrar a informação gerada pelos pacientes através das novas aplicações disponíveis.

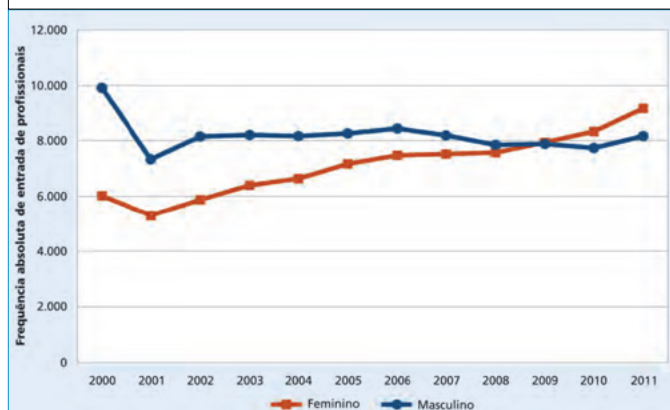
Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos mostrou que os principais benefícios esperados dos aplicativos móveis de saúde eram: a facilidade de atenção no domicílio (para 68% da população) e a sensação do paciente de estar sempre monitorado (para 57%).

2. Desenvolvimento da **telemedicina de interação real**: diagnóstico a distância, teleconsultas e telecirurgia.
3. Aumento do uso da **telemonitorização** na gestão da dependência e da cronicidade: supõe que os prestadores assistenciais atualizem sua oferta e estruturam seus serviços em consonância. Esses prestadores desempenharão um papel importante na colabora-

ção com os provedores de tecnologia para o desenvolvimento das novas soluções.

4. Convergência para uma solução baseada em uma plataforma web em que se compilam os dados do “**Electronical Medical Record**” (EMR, *registro médico eletrônico*). A maior difusão da informação de saúde entre os atores do setor obrigará o regulador a controlar o processamento dos dados de saúde por meio da Internet para proteger de maneira eficaz a privacidade dos pacientes. Igualmente, frente ao surgimento de uma informação de saúde estruturada e de qualidade, os médicos deverão aprender a levá-la em conta para empregá-la na hora de tomar suas decisões clínicas.
5. Aumento da **capacidade de análise de dados**-principalmente por meio da Internet-, implica que os reguladores podem utilizar tais informações para adequar a oferta de serviços assistenciais à demanda existente. Os prestadores poderiam fazer uso de tais informações para planejar melhor a gestão de seus recursos humanos e o fornecimento de medicamentos para lidar com as pandemias.
6. Emergência de um **modelo de atenção à saúde em tempo real, via telefone e Internet**, acompanhado de um novo modelo de negócios. Neste sentido, trata-se de uma oportunidade para os prestadores assistenciais de melhorar sua eficiência, reorganizando o uso do tempo médico e oferecendo-lhe a possibilidade de aumentar o faturamento, no caso dos privados. Não se trata somente de realizar consultas, mas uma parte importante do tempo deve ser dedicada a outras atividades (por exemplo: responder e-mails, seguir pacientes no Twitter ou via mensagens instantâneas, atender telefonemas de pacientes ou realizar videoconferências, entre outras).

Figura 16. Evolução da proporção homem:mulher entre os novos médicos no Brasil (2000-2011).



Fonte: Demografia Médica no Brasil, Volume 2. Cenários e Indicadores de Distribuição. CFM/CREMESP, 2013. <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>

Em todo caso, este motor de mudança é um dos principais agentes de inovação, tanto pelas mudanças que gera diretamente, como por seu potencial facilitador na introdução de outras inovações nas formas de trabalho e na relação com o paciente. Esta relação é evidente, por exemplo, na gestão da cronicidade, onde a combinação de um novo modelo com o surgimento das novas tecnologias permite uma mudança radical no enfoque e na gestão do paciente.

3.6 A modificação do perfil do profissional e das profissões de saúde

A gestão e o desenvolvimento dos profissionais de saúde constituem dois dos maiores desafios dos sistemas de saúde. Nos últimos anos, toda a atenção foi focalizada na escassez de pessoal de saúde. A especialização de profissões, o crescimento contínuo da demanda, a estabilidade na formação de profissionais e o baixo desempenho do sistema tem contribuído para este debate.

Sobre este já tradicional mecanismo de mudança (a demografia de profissionais), adicionam-se alguns novos elementos qualitativos, de elevado impacto:

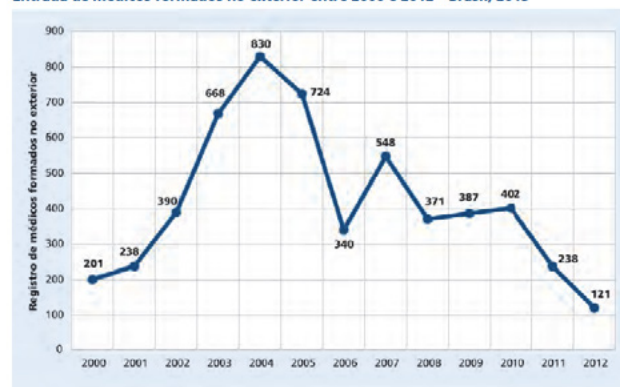
1. A mudança no perfil do profissional: feminização e imigração.
2. A mudança nas expectativas sócio-trabalhistas dos profissionais.
3. O mix de competências.

Mudança no perfil do profissional

À já tradicional feminização dos grupos de enfermagem tem se somado a progressiva feminização da profissão médica. A maciça feminização da profissão médica requer algumas mudanças nas estratégias de recursos humanos. A conciliação da vida familiar se torna especialmente importante. Neste campo, a feminização contém algumas oportunidades em que o funcionamento dos serviços e os interesses pessoais do trabalhador podem coincidir, como a contratação de pessoal por horários definidos para atender os picos de trabalho, ou o teletrabalho (trabalho à distância) em especialidades como o diagnóstico por imagem.

Figura 17. Evolução da entrada de médicos formados no exterior no mercado brasileiro. 2000-2012

Entrada de médicos formados no exterior entre 2000 e 2012 – Brasil, 2013



* No ano de 2012 foram computados os registros até o mês de julho.

Fonte: CFM, Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2013.

Fonte: Demografia Médica no Brasil, Volume 2. Cenários e Indicadores de Distribuição. CFM/CREMESP, 2013. <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>

Assistimos a uma mudança de expectativas dos jovens médicos: buscam um novo equilíbrio entre vida pessoal e profissional, que se traduz em uma menor disponibilidade

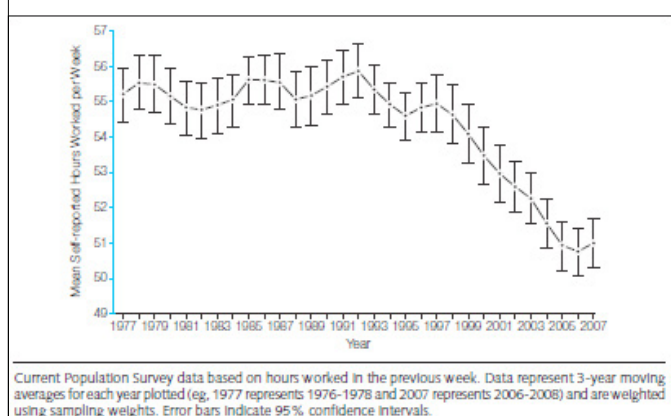
Frente a esse fenômeno, a globalização oferece novas oportunidades ao mesmo tempo em que gera ameaças: o pessoal de saúde apresenta cada vez maior mobilidade, o que implica tanto no risco de perder profissionais atraídos por condições melhores em outros países como na oportunidade de atração de profissionais de saúde de outros países.

A mudança nas expectativas sócio-trabalhistas dos profissionais

Ocorre uma mudança no padrão de trabalho dos jovens médicos: buscam um novo equilíbrio entre vida pessoal e profissional, que se traduz em menor disponibilidade. As novas gerações trabalham menos horas e tendem a favorecer o trabalho em tempo parcial ou reduzido.

Uma parte deste fenômeno é devido à feminização, porém esta não é a única causa. Recente estudo norte-americano confirmou a redução no número de horas trabalhadas. Além disso, comprova que este fenômeno é muito mais frequente entre os menores de 45 anos, e que ocorre em ambos os sexos.

Figura 18. Média de horas declaradas trabalhadas por semana e por médico. 1977-2007. USA, 2009.



Fonte: Staiger D.O., Auerbach D.I., Buerhaus P.I. Trends in the work hours of physicians in the United States. JAMA 2010; 303(8):747-753.

No conjunto, parece que se desenvolve uma nova relação dos profissionais com seu trabalho. Isto tem numerosas conotações geracionais e diferenças na visão do profissionalismo.

Entre as consequências operacionais para os hospitais, destaca-se o encarecimento do serviço médico, em função da redução do número de horas trabalhadas por pessoa e, sobretudo, as remunerações por plantão. Porém, provavelmente a consequência mais importante, e também a mais interessante, está na necessidade dos hospitais introduzirem políticas de conciliação com a vida familiar dos seus trabalhadores.

O mix de competências

Um fenômeno evidente nos últimos vinte anos é o fato de se ter produzido mudanças substanciais no mix de competências dos profissionais de saúde. Embora o fenômeno seja de grande amplitude, devemos citar algumas de suas características de maior impacto:

- A “superespecialização” dos médicos especialistas.
- O desenvolvimento da enfermagem com competências avançadas.
- A incorporação de novas profissões ao meio de saúde.

1. **Superespecialização médica.** Entre o pessoal médico, esta tendência vem marcada pela subespecialização, determinada em grande parte pelo desenvolvimento tecnológico. As especialidades tradicionais se dividiram em boa medida pelo surgimento de novas técnicas (endoscopia, hemodinâmica, etc.), que têm gerado na prática novas subespecialidades. Muito ligado também ao desenvolvimento tecnológico, o fenômeno do intervencionismo nas especialidades clínicas (aparelho di-

gestivo, neurologia, cardiologia...) está começando a “ameaçar” as especialidades cirúrgicas, invadindo seu terreno.

2. **Desenvolvimento da enfermagem com competências avançadas.**

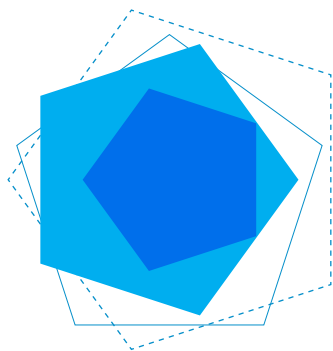
Provavelmente trata-se da consolidação de um fenômeno que já vinha acontecendo, porém nas últimas décadas têm aparecido enfermeiras, altamente treinadas com práticas profissionais autônomas, que chegam a desenvolver competências tradicionalmente reservadas ao médico, em alguns países. Tem-se gerado grande evidência sobre a efetividade comparada com o médico de família na atenção primária ¹⁰.

Por um lado, a acessibilidade dos pacientes melhora quando as enfermeiras realizam certas atividades originalmente realizadas pelos médicos, já que esta substituição de tarefas permite aumentar a disponibilidade médica, reduzindo os tempos de espera para os pacientes. Além disso, a redução da carga de trabalho dos médicos melhora suas condições de trabalho. Por outro lado, o desenvolvimento de certas habilidades da enfermagem, complementares às dos médicos (por exemplo, em educação para a saúde) pode criar novos serviços, que poderiam satisfazer certas necessidades dos pacientes que atualmente estão descobertas. Finalmente, alguns países têm desenvolvido a cooperação entre médicos e enfermeiros porque têm visto na evolução das profissões uma maneira de fortalecer a atenção primária, com vistas a melhorar a eficiência do sistema de saúde em seu conjunto. Na atenção primária e na gestão dos pacientes crônicos se encontra, sem dúvida, o melhor cenário para estimular a cooperação entre médicos e enfermagem. Porém este terreno se estende também a outras especialidades, como o crescente papel da enfermagem na realização de técnicas e investigações.

3. **Novos perfis na equipe de saúde.** O fenômeno do mix de competências estende-se também a outros profissionais; é cada vez maior o papel de perfis com conhecimento tecnológico, como especialistas em bioinformática, bioengenharia, biofísicos, etc, nas equipes de saúde.

As implicações destas tendências para o mundo hospitalar são evidentes: o hospital não tem só que selecionar pessoal capacitado. Atualmente, o “*hospital-magnet*” (hospital ímã) deve atrair e reter o pessoal mais capacitado e, ao mesmo tempo, gerir o desenvolvimento das competências de seus profissionais, fomentar e organizar o trabalho interdisciplinar de equipes cada vez mais complexas e especializadas e, finalmente, oferecer ao paciente um pacote de cuidados integrados e personalizados.

¹⁰ Fuente: Horrocks S et al. BMJ 2003; 324:819-23



4 As respostas inovadoras do hospital

Provavelmente em nenhum momento dos últimos 100 anos, quando se configurou e consolidou o modelo atual de hospital, confluíram tantos motores de mudança, nem em intensidade nem em profundidade. Estes motores colocam a organização hospitalar frente a um novo cenário, ao qual deverá adaptar-se. Neste capítulo, a tentativa é de entender como ocorrerá a mudança do “hospital tradicional” para um novo modelo organizacional e assistencial adaptado às mudanças descritas, e que recebeu o nome de “hospital do futuro”. Não se trata de um exercício prospectivo sobre o futuro, mas sim de um processo de identificação de inovações hoje existentes, ainda que isoladas. O grupo de tais inovações configuram um novo modelo de hospital, o possível hospital do futuro.

O **hospital tradicional** é claramente identificável em uma estrutura física (o edifício hospitalar), um recurso assistencial (leito), um perfil de paciente (agudo), um desenho organizacional baseado em profissões (médicos, enfermeiros) e conhecimento (especialidades clínico-cirúrgicas), uma carteira de serviços ampla, um papel central e presencial do médico, com responsabilidade sobre a assistência especializada a uma área de população determinada.

O **hospital do futuro**, em transição, será muito diferente: tenderá a um modelo assistencial adaptado a múltiplos perfis de pacientes (e não só a agudos), disporá de múltiplos recursos assistenciais (leitos, unidades de hospital-dia, salas de intervenções, internação domiciliar,

telemedicina etc.), oferecerá atenção multidisciplinar e virtual devido ao impacto das TIC e contará com uma oferta assistencial assimétrica e apresentada com base em problemas de saúde (ao invés de especialidades).

Esta transição do hospital tradicional ao hospital do futuro resume-se a 8 atributos chaves, sintetizados na tabela a seguir, conforme desenvolvido neste capítulo.

Os 8 atributos chaves do hospital do futuro	
Hospital Tradicional	Hospital do Futuro
1.O hospital orientado para pacientes agudos	O hospital que atende vários perfis de pacientes com necessidades distintas
2.O hospital de agudos como nível assistencial autônomo	Uma organização integrada em uma rede de cuidados
3.O leito como recurso chave para definir a capacidade assistencial	Múltiplos recursos para definir a capacidade assistencial
4.Uma carteira de serviços organizada em especialidades e disposta a ser completa ao máximo	Uma carteira de serviços assimétrica por volume de atendimento, organizada em especialidades e problemas de saúde, e com serviços assistenciais multi-hospitalares
5.Um hospital com profissionais presenciais que apresentam fronteiras bem definidas de atuação entre eles	Um hospital com profissionais que trabalham em equipe, prestando assistência de maneira virtual e delegando competências
6.O hospital como um elo no processo assistencial entre o médico de família e a atenção sócio-sanitária	O hospital como uma plataforma dentro do sistema de saúde
7.O hospital independente do resto dos hospitais	Uma carteira de serviços territoriais em cooperação com outros hospitais e organizações de saúde
8.Um hospital que gere internamente todos os recursos	Um hospital concentrado no <i>core-business</i> - na assistência de saúde que terceiriza o resto das atividades

Fonte: Antares Consulting, 2012

4.1 O hospital que atende perfis de pacientes com necessidades distintas

O hospital tem estado organizado em torno do paciente agudo. No entanto, frente às mudanças epidemiológicas e à tecnologia médica, é possível afirmar que dentro do hospital coexistem vários tipos de pacientes. Cada tipo de paciente tem necessidade bem diferenciadas de cuidados, que requerem critérios de organização e de gestão diferentes:

- O paciente com doença crônica.
- O paciente com doença diagnosticada.
- O paciente com diagnóstico/tratamento incerto.
- O paciente de alta complexidade ou de referência.
- O paciente crítico.

O paciente crônico, geralmente idoso, apresenta mais de uma doença crônica (diabetes; insuficiência cardíaca, renal e/ou pulmonar; câncer; obesidade; etc.). Além disso, este paciente pode ter associados problemas de perda de autonomia ou presença de transtornos cognitivos.

O paciente com doença diagnosticada apresenta uma doença diagnosticada pelo médico de família ou que pode ser claramente identificada no primeiro contato com o hospital. Trata-se de uma doença cujas causas são conhecidas, e para a qual existem um tratamento eficaz e um processo assistencial protocolado.

O paciente com diagnóstico ou tratamento incerto vem encaminhado pelo médico de família com uma síndrome ou um diagnóstico indefinido e, por isso, requer profundo conhecimento médico na fase do diagnóstico. Muitas vezes, esse diagnóstico está associado a um tratamento nem sempre protocolizado e/ou a grau de eficácia moderado, baixo ou incerto.

O **paciente de alta complexidade ou de referência** apresenta diagnósticos que requerem atenção médica altamente especializada, tanto em tecnologia de diagnóstico e/ou tratamento como em competências médicas muito especializadas e em utilização intensiva de cuidados de enfermagem.

O **paciente crítico** requer uma atenção urgente em situação de emergência ou com prognóstico de risco de morte.

Os hospitais começam a identificar e a segmentar seus clientes, e buscam os enfoques mais apropriados.

Esta diversidade de pacientes implica em maior complexidade organizacional do modelo assistencial. Embora a especialidade médica continue sendo o critério lógico de organização da atenção médica, os hospitais deverão adicionar um critério distinto para a organização dos cuidados de enfermagem e dos recursos assistenciais. Nesta nova organização, aparecem unidades e recursos específicos para a atenção de cada grupo de pacientes: unidades de atenção ao paciente crítico, unidades específicas para determinados pacientes protocolizados, etc. Os leitos de hospital-dia e de pacientes críticos ganham peso específico, e os leitos de hospitalização convencional deixam de se

Perfil	Peso relativo	Expectativas e necessidades do paciente	Recursos chave	Desafios na organização do serviço
Paciente crônico	15% dos casos, porém 40% da atividade do hospital. Concentra-se na área de urgências e na internação clínica.	Diferente do que ocorre com outros pacientes, a doença do paciente crônico não será curada. Portanto, sua relação com a doença e com a equipe assistencial é para o resto de sua vida. Trata-se, definitivamente, de um paciente que acaba tendo um grande conhecimento sobre a doença e sua evolução, e deseja ter voz ativa no processo assistencial. Este paciente procura o sistema de saúde múltiplas vezes por ano e interage com distintos profissionais. Neste sentido, espera-se que os provedores de cuidados e os profissionais de saúde estejam coordenados e disponham de informação atualizada sobre a história de sua saúde.	Redes assistenciais. Equipe de ligação Hospital-Atenção Primária. Gestor de casos para pacientes de nível 3 (segundo o modelo de estratificação da Kaiser Permanente). Responsável pelo programa de gestão de crônicos.	Segmentação da população por grupos de riscos e detecção de "casos". Carteira de serviços específica para cada segmento ou grupo de risco. Avaliação multidisciplinar individualizada do paciente. Definição de um plano de atenção e tratamento específico e personalizado. Gestão de casos, Gestão da doença e seguimento regular dos pacientes na comunidade. Programas educativos para pacientes. Referência aos recursos apropriados através de uma melhor previsão e coordenação dos atores. Telemonitorização a domicílio dos casos complexos.
Paciente diagnosticado	Cerca de 60% a 65% dos pacientes atendidos em um hospital.	Rapidez no tratamento, ausência de listas de espera. Suporte e educação de saúde pós-tratamento, com suporte telefônico ou internação domiciliar, pois em muitos casos o tratamento é ambulatorial e a recuperação realiza-se em casa.	Hospitalização convencional. Hospital-dia clínico-cirúrgico.	Organização com base em clínicas de alta resolubilidade que integram todo o processo assistencial. Tratamentos ambulatoriais ou não invasivos. Eficiência e eficácia do processo assistencial.
Paciente incerto	Entre 15% a 20% dos pacientes.	Identificar para onde deve se dirigir já que a oferta assistencial não está organizada por sintomas e sim por especialidades. Identificar o médico especialista – reconhecido neste campo. Explicação clara sobre o processo de investigação do diagnóstico.	Clínicas de diagnóstico com base em problemas ou sintomas. Expertise médica. Serviços de diagnóstico.	Acesso e organização do processo de diagnóstico clínico. Vinculação do processo assistencial com a investigação clínica. Desenho e avaliação de protocolos com a finalidade de transformar a doença (e portanto, tal grupo de pacientes) de incerta em protocolizada. Concentração dos dispositivos, geralmente em hospitais gerais grandes ou hospitais universitários.
Paciente de alta complexidade ou referência	Entre 5 e 10% dos pacientes hospitalizados.	A principal expectativa deste tipo de paciente é o acesso à melhor equipe de especialistas, tendo uma forte disponibilidade para chegar até ela. Informa-se sobre a doença e sobre os melhores profissionais, por meio da Internet e da busca de casos e experiências entre sua rede de contatos.	Unidades de referência. Bloco técnico (UTI, laboratórios, imagem, etc.), altamente técnico. Unidades de transplante.	Concentração de recursos e competências em centros de referência regional ou nacional.
Paciente crítico	Ao redor de 10% das urgências. Também, 10% dos pacientes hospitalizados requerem cuidados críticos.	As principais demandas deste perfil de paciente – dado seu estado de inconsciência ou semiconsciência, intubação ou similar – estão transferidas a seus familiares. As famílias demandam informação e receptividade por parte da equipe assistencial.	Box de paradas e reanimação cardiopulmonar. Box de emergências. Unidade de cuidados intensivos. Unidade de reanimação. Unidade coronariana. Unidade neonatal.	Rapidez da intervenção. Disponibilidade de recursos críticos. Especialização dos cuidados. Organização dos cuidados semicríticos ou intermediários. Informação para familiares.

O hospital será mais intervencionista, com maior complexidade na hospitalização, e mais conectado com os outros agentes do sistema de saúde.

organizar por especialidade e passam a fazê-lo por necessidades de cuidados.

É cada vez mais frequente encontrar hospitais, públicos e privados, que organizam seu modelo de cuidados com base nas necessidades de pacientes. Os exemplos mais abundantes se encontram em unidades de doenças protocolizadas (cataratas, artropatias de quadris e joelhos, hérnias, entre outras). Estas unidades se organizam como centros ou unidades autônomas dentro do hospital, como é o caso do *Lundbeck Center for Fast-track Hip and Knee*, ou se constituem como um centro de saúde independente. Esta segunda opção é frequente no setor privado, onde se observam centros especializados em poucas enfermidades, muito protocolizadas (por exemplo, Global Health Partners, rede de centros privados no norte de Europa, com centros especializados em arritmias, odontologia, medicina esportiva, cirurgia de obesidade e cirurgia de coluna).

Muitos hospitais vêm criando também unidades de atenção ao paciente crítico, que incluem urgências e cuidados intensivos e semicríticos. Mais recentemente, também, observam-se hospitais criando unidades de atenção ao paciente crônico.

Exemplo: Lundbeck Center for Fast-track Hip and Knee

O *Lundbeck Center for Fast-track Hip and Knee* é um centro interdisciplinar que realiza intervenções de multimodalidades para a otimização contínua dos processos cirúrgicos de joelho e de prótese de quadril.

Este centro realiza todas as atividades dos processos assistenciais e inclui os serviços relacionados considerados necessários: gestão da dor, estratégia de transfusão, fisioterapia, disfunção cognitiva pós-operatória, tratamento antitrombose, controle da segurança, avaliação de luxação do quadril e avaliação funcional da prótese.

A otimização dos processos tem reduzido a hospitalização destes pacientes em 1 ou 2 dias.

4.2 Uma organização integrada em uma rede de cuidados

O hospital tem se articulado por meio das especialidades clínicas e cirúrgicas, configurando uma atividade relativamente equilibrada entre ambos os polos. Em alguns países, como na França, a atividade de hospitalização de agudos (a razão de ser do hospital) é conhecida como hospitalização CCO, ou Clínico-Cirúrgico-Obstétrica.

No entanto, esta realidade está se modificando em três direções:

- Hospital mais cirúrgico e intervencionista.
- Aumento da complexidade de cuidados ao paciente hospitalizado.
- Diluição da fronteira entre as especialidades clínicas e as cirúrgicas.

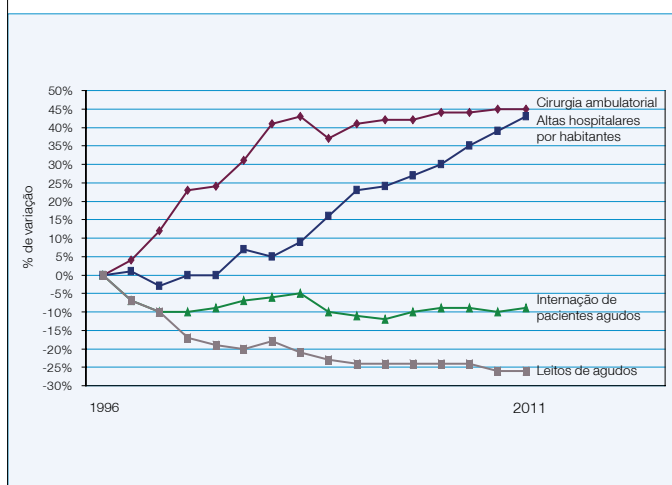
A pressão sobre a melhora da eficiência do sistema de saúde, mediante a introdução de pagamentos por processos e a evolução da tecnologia médica, tem favorecido a ambulatorização da atenção à saúde. Alguns tratamentos clínicos (especialmente em oncologia) e uma parte significativa da atividade cirúrgica realizam-se em hospitais-dia. Outros dois motores de mudança vão gerar uma nova onda de ambulatorização, desta vez muito mais centrada no paciente clínico. A emergência do paciente crônico e o potencial das TIC facilitam e facilitarão o desenvolvimento de novos recursos assistenciais: internação domiciliar, telemedicina com paciente ou entre médicos, telemonitorização de pacientes em domicílio, consultas por telefone/e-mail, etc.

A consequência mais evidente da ambulatorização da atenção é que nas unidades de hospitalização convencional concentram-se cuidados cada vez mais complexos. A diminuição do tempo médio de internação, a ambulatorização e os programas de gestão da doença para pacientes crônicos têm

A redução do tempo de internação hospitalar e a ambulatorização são processos simultâneos que se potencializam num resultado: manter as unidades de hospitalização com pacientes cada vez mais complexos.

como consequência a chegada ao hospital de um paciente cada vez mais cirúrgico, mais complexo e mais crítico. Estudo recente realizado na França¹¹ mostrou que entre 2001 e 2009 o tempo médio de hospitalização convencional reduziu-se em um dia, enquanto aumentou a hospitalização em hospital-dia e os recursos às hospitalizações de média e longa duração (+54% da atividade no mesmo período). Ao mesmo tempo, observa-se um incremento na intensidade de cuidados nos pacientes agudos. Este padrão repete-se em Ontário, Canadá, com uma estabilização da atividade de hospitalização convencional e um aumento da cirurgia-dia ou ambulatorial no período de 1996 a 2011.

Figura 19. Evolução da atividade e dos recursos hospitalares, Ontário, Canadá, 1996 – 2011

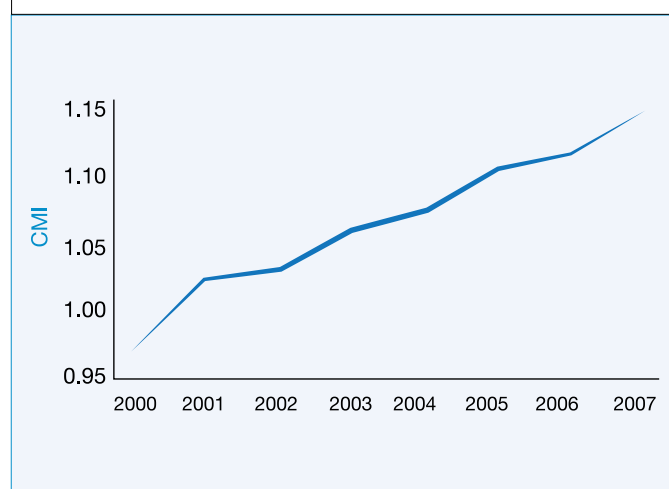


Fonte: Antares Consulting a partir de dados do l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS)

Este mesmo fenômeno é observado nos dados, para o mesmo período, nos pacientes hospitalizados do programa Medicare: um aumento contínuo do índice de "case mix" (complexidade dos cuidados) combinado com a redução do tempo médio de internação. Na Espanha, a proporção de intervenções cirúrgicas de grande porte realizadas ambulatorialmente passou de 14% em 1997 para 36,9% em 2009. No mesmo período o tempo

médio de internação do conjunto do sistema reduziu-se em 1,62 dias.

Figura 20. Evolução do índice de "case mix" para pacientes hospitalizados no programa Medicare, 2000-2007



Fonte: Deb, P. (2010). Trends in Case-mix in the Medicare Population. Hunter College and Graduate Center City. University of New York.

Estes dados mostram que a redução do tempo de internação hospitalar e a ambulatorização são processos simultâneos que se potencializam em um resultado: manter as unidades de hospitalização com pacientes cada vez mais complexos. Isto acarreta duas consequências significativas. Em primeiro lugar, a necessidade de adaptação dos cuidados de enfermagem. As razões históricas pessoal/leito deixam de ter valor e têm que ser substituídas por análise de casuística e de carga de trabalho. O aumento da carga de trabalho da enfermagem, associada à redução do tempo médio de permanência e outros fatores são citados como algo relacionado com problemas para a segurança do paciente¹². Em segundo lugar, é necessário adaptar os critérios de organização das unidades de hospitalização baseadas em especialidades, pois torna-se impossível a distribuição de leitos por especialidade quando se mantém ocupação elevada e tempo médio de permanência abaixo de cinco

¹¹ Fonte: Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009: technicité croissante pour des séjours plus courts. Dossiers Solidarité et Santé. 2012

¹² Fonte: Unruh LY, Fottler M. Patient Turnover and Nursing Staff Adequacy. Health Services Research 2006; 41 (2, April):599-611.)

ou até quatro dias. A atividade e a complexidade da casuística substituem o leito como critérios de planejamento ou de mobilização de recursos.

Definitivamente observamos um terceiro fenômeno que modifica a composição do hospital: os serviços clínicos começam a se sobrepôr e até a competir com os cirúrgicos. Os grandes avanços da tecnologia diagnóstica e terapêutica fazem com que boa parte da atividade hospitalar se concentre nesta área de tecnologia, competindo em muitos casos em capacidade diagnóstica e resolutive com os serviços cirúrgicos. O intervencionismo das especialidades clínicas constitui, portanto, um fator adicional para o incremento da complexidade e da criticidade hospitalar. A evolução da radiologia intervencionista, as endoscopias, a eletrofisiologia, entre outros casos, são claros exemplos deste fenômeno.

O hospital será cada vez mais intervencionista, e não somente cirúrgico, dentro de seus limites. A melhora da eficiência e a redução do tempo médio de permanência farão também com que se atendam casos que requerem cuidados complexos. Porém as especialidades clínicas, devido à transição epidemiológica para a cronicidade, vão requerer maior integração ou coordenação com o resto dos agentes do sistema de saúde a fim de intervir na comunidade. Isso obrigará os hospitais a fazer parte de organizações integradas de serviços de saúde.

4.3 Hospital com múltiplos recursos que amplificam sua capacidade assistencial além do próprio leito

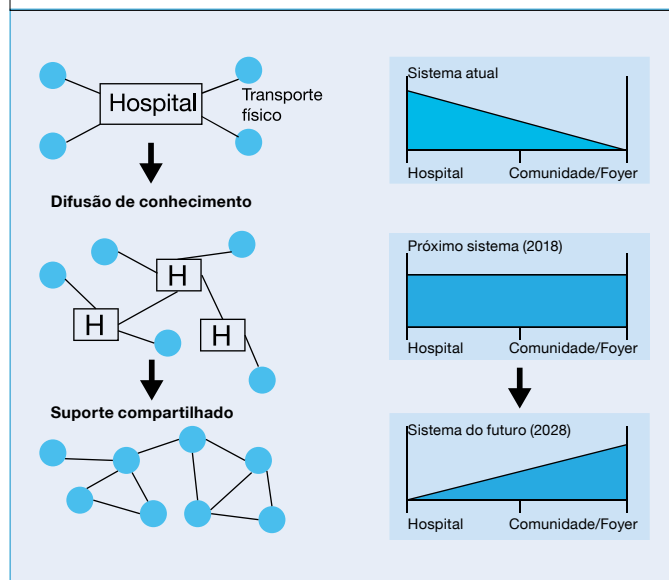
O hospital de agudos foi desenhado para atender os pacientes dentro de seus limites e utilizando basicamente um recurso assistencial: o leito. No entanto, tanto as mudanças no perfil epidemiológico como a evolução da tecnologia médica e o potencial das TIC estão permitindo a evolução e diversificação dos recursos assistenciais do hospital.

Na verdade, este fenômeno tem duas faces: por um lado, a abertura do hospital para a comunidade

(fora dos limites do edifício hospitalar) e, por outro lado, a diversidade de plataformas assistenciais.

À medida em que avança a medicina ambulatorial e se desenham modelos assistenciais para o paciente crônico, o hospital passa por um processo de abertura para a atenção na comunidade e nas residências dos cidadãos, fora dos limites físicos do hospital. A cirurgia ambulatorial, na qual uma parte do processo de recuperação se realiza no domicílio, ou a internação domiciliar, são exemplos claros de que o hospital participa deste processo. Por outro lado, a evolução tecnológica contribui notavelmente para esta abertura do hospital, ao facilitar o contato permanente mesmo que não presencial entre profissionais, entre pacientes e profissionais, e entre vários profissionais e os pacientes. Em conjunto, os hospitais são organizações cada vez mais flexíveis e abertas, e sua atividade se estende além de seus próprios limites físicos, para fora de suas paredes.

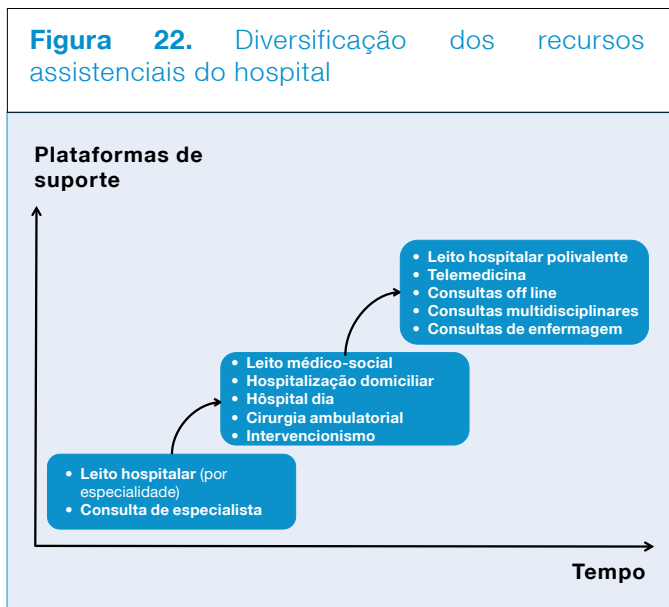
Figura 21. A abertura do hospital à comunidade



Fonte: Future delivery of health care: Cybercare; IEE Engineering in Medicine and Biology Magazine. December 2009

Também observamos o surgimento e o desenvolvimento de novas plataformas assistenciais, que completam a oferta assistencial de leitos de agudos. Nos últimos anos, temos assistido ao desenvolvimento das unidades de hospital-dia, leitos de convalescença ou recuperação e de internação domiciliar. A título ilustrativo, na Espanha existem 102 hospitais que realizam internação domiciliar, segundo a Sociedade Espanhola de Internação Domiciliar. Na França, entre 2001 e 2009, a utilização de hospital-dia cresceu 50%, alcançando 2,3 milhões de sessões de hospital-dia em 7.800 leitos ambulatoriais. Em paralelo, os hospitais franceses duplicaram sua capacidade e atividade na internação domiciliar. Em 2009, foram realizadas 3,5 milhões de internações domiciliares em 12.000 residências.

A isto devem ser adicionados os recursos assistenciais emergentes: telemedicina com paciente ou com médicos, telemonitorização de pacientes em domicílio, consultas por telefone/e-mail, etc. Finalmente, a capacidade assistencial do hospital dependerá de múltiplas plataformas ou de recursos, e não exclusivamente dos leitos.



Fonte: Antares Consulting, 2012.

Esta abertura para comunidade e a diversificação de recursos assistenciais obrigarão os hospitais e os sistemas de saúde a adotar algumas mudanças:

- **A diversidade de plataformas assistenciais aumentará a complexidade organizacional.** Para isto, deverão ser identificadas novas formas de organização do trabalho, além de incorporar essas modalidades assistenciais ao trabalho assistencial dos profissionais e à mensuração de sua atividade.
- **A revisão dos sistemas de mensuração da capacidade assistencial dos hospitais.** Os indicadores habitualmente utilizados para este fim, muito focados no recurso “leito” (número de leitos, permanência média, taxa de ocupação, número de profissionais por leito, etc.), continuam sendo úteis, embora não reflitam a capacidade assistencial total do hospital. Para isto será necessário desenvolver indicadores novos baseados no número de pacientes atendidos e no processo de atenção, muito mais próximos da lógica do fluxo de pacientes dentro do processo assistencial.
- **A redefinição do alcance do modelo de história clínica,** como um modelo assistencial mais aberto, fora dos limites do hospital, onde deverá constar mais sobre o histórico da saúde do paciente que sobre a história clínica no hospital.
- **A inclusão das novas modalidades assistenciais nos sistemas de financiamento dos hospitais.**

Em resumo, os hospitais converter-se-ão em organizações cada vez mais flexíveis e abertas, estendendo sua atividade além de seus próprios limites físicos e aproximando a atenção da comunidade e da casa dos pacientes. A partir desta evolução, o leito tem deixado de ser o elemento de medida

privilegiado do hospital (desde o planejamento de recursos até a alocação do pessoal de enfermagem ou o símbolo do “poder” dos serviços médicos). A atividade substitui o leito como representante do “tamanho” do hospital e de seus serviços (o número de cirurgias, de altas, de procedimentos realizados...). Esta mudança de modelo aumenta a complexidade organizacional e de avaliação da capacidade assistencial e obriga a uma mudança nos indicadores utilizados para tal fim.

4.4 Carteira de serviços assimétrica, abrangente e acessível

A carteira de serviços assistenciais da maioria dos hospitais se caracteriza por uma tendência a desenvolver ao máximo seus serviços e prestações assistenciais. Este fenômeno afeta principalmente os hospitais gerais e os universitários. Apenas os hospitais locais ou municipais, por seu tamanho, se mantêm com uma carteira de serviços básicos.

Existem três mecanismos de mudança que afetam de forma significativa a capacidade dos hospitais de desenvolver sua carteira de serviços. Por um lado, a pressão sobre a eficiência, que obriga a repensar a capacidade dos hospitais para dispor de toda a gama de serviços possíveis. De fato, em muitos países, a introdução do financiamento por processos tem gerado o debate, dentro de cada hospital, sobre os processos assistenciais serem financeiramente deficitários e a conveniência de mantê-los ou não. Em segundo lugar, as expectativas do paciente sobre a orientação ao cliente realizadas pelas instituições de saúde, que têm obrigado alguns hospitais a desenhar uma carteira de serviços mais abrangentes e mais acessíveis. Finalmente, porém não com menor importância, a evolução da tecnologia médica e o elevado custo associado às novas técnicas, equipamentos e moléculas, exigem repensar a conveniência de manter uma carteira de serviços que cubra todos os processos assistenciais.

Neste sentido, a carteira de serviços dos hospitais tenderá a evoluir em três direções:

1. Uma carteira de serviços mais especializada e assimétrica.
2. Uma carteira de serviços que busque uma maior abrangência para os usuários.
3. Uma carteira de serviços que fomente a disponibilidade e a agilidade.

Carteira de serviços especializada e assimétrica

A tensão cada vez maior no financiamento da atividade dos sistemas de saúde em geral, e dos hospitais em particular, faz com que a reorganização da carteira de serviços seja um aspecto cada vez mais habitual nos países, com o objetivo de aumentar tanto a eficiência como a qualidade da prestação.

Quando se fala em reorganizar a carteira de serviços?

- Para diminuir as redundâncias e facilitar o acesso a uma única porta de entrada para os problemas de saúde que podem ser abordados por múltiplas especialidades (cirurgias de mama, cirurgias de coluna, hemorragia de vias altas, etc.).
- Para diminuir os recursos gastos com serviços de baixa demanda.
- Para obter massa crítica que permita otimizar a qualidade da prestação.
- Para otimizar o investimento e/ou reduzir os custos unitários da prestação do serviço.

Os elementos anteriores sugerem que no futuro se otimize a carteira de serviços dos hospitais, fazendo com que o nível de desenvolvimento das prestações seja assimétrico sobre a base de uma carteira de serviços locais segura, de maneira a que os hospitais selecionem quais as prestações que querem priorizar e em quais desejam diferenciar-se.

Diferentemente do que tem se constituído na tônica mais generalizada durante as últimas décadas, atualmente os hospitais mais inovadores estão desenvolvendo seus serviços de forma cada vez mais as-

simétrica. Trata-se de um enfoque condicionado pela necessidade de dispor de centros de excelência que, por sua vez:

- Constituam polos de excelência dirigidos para a atração de demanda clínica de referência e alto valor.
- Impliquem na necessidade de dispor das melhores competências profissionais nos respectivos âmbitos de conhecimento.
- Resultem em geração de atividade para os demais serviços da organização.
- Disponham de uma carteira de serviços em que algumas especialidades gerem atividade por si mesmas, porém também de forma recorrente para outros serviços do centro.

Para o hospital do futuro, isto implicará em análise periódica do posicionamento de seus diferentes serviços assistenciais dentro de sua área de influência (posicionamento territorial), não somente por meio da análise do volume de atividade, das taxas de penetração, e do seu *market share*, mas também, e de forma especial, mediante o *benchmarking* da dinâmica de desenvolvimento competitivo de cada serviço.

Finalmente, cabe destacar que a assimetria no desenvolvimento das prestações assistenciais e dos serviços implica também que o hospital terá diferentes áreas de referência e, portanto, exigências diferentes para atrair pacientes e atividade. Não se trata tampouco de prescindir de determinadas atividades e/ou especialidades, mas sim de realizá-las em colaboração com outros hospitais.

Uma carteira de serviços que busca uma maior abrangência dos usuários

Em um ambiente no qual os pacientes estão cada vez mais e melhor informados e geram uma demanda espontânea significativa, os hospitais necessitarão tornar mais inteligível sua oferta, especialmente no âmbito ambulatorial. Isto pode responder a motivações com conotações diferentes em função de

que o sistema de saúde será mais competitivo. Neste caso, a captação de pacientes é a pedra fundamental (como é, por exemplo, o caso de Bélgica). Sendo menos competitivo, o aperfeiçoamento profissional e a imagem do hospital são as principais razões para seu desenvolvimento (como é, por exemplo, o caso da Espanha).

Uma oferta mais compreensível implica orientar a carteira para doenças ou sintomas, e não para especialidades; assim, por exemplo, criar-se-á a “consulta de dor nas costas”, ao invés de um usuário –ou o médico que o encaminha– ter que decidir se vai à consulta de ortopedia, neurocirurgia ou reumatologia. Outros exemplos de consultas por problemas são a unidade de cefaléia, unidade de obesidade, unidade de dor crônica, etc.

Outro enfoque semelhante consiste em orientar o paciente para a consulta ou para o especialista adequado a partir dos sintomas. No caso da Mayo Clinic, há uma página web com um simples algoritmo para orientar para o especialista adequado a partir dos problemas de saúde mais frequentes:

Exemplo: O Symptom Checker da Mayo Clinic.

The screenshot shows the Mayo Clinic website's Symptom Checker tool. At the top, there's a navigation bar with 'Patient Care', 'Health Information', and 'For Me' (partially visible). Below this is a search bar with the text 'Enter search term here' and a 'Search' button. To the right of the search bar are links for 'Diseases and Conditions', 'Symptoms', and 'Drugs and Supplements'. The main heading is 'Symptom Checker'. Below the heading, there's a flow diagram: 'Choose a symptom' (highlighted) -> 'Select related factors' -> 'View possible causes'. Under 'Choose a symptom', there's a list of 'Adult Symptoms' with checkboxes: Abdominal pain, Blood in stool, Chest pain, Constipation, Cough, Diarrhea, Knee pain, Low back pain, Nasal congestion, Nausea or vomiting, Neck pain, and Numbness or tingling in hands. On the left side of the symptom list, there's a text box asking: 'What's causing your foot pain? Why does your child's throat hurt? And what should you do about it? Use this guide to discover the most common causes of the most common symptoms.'

O impacto potencial destas formas de organização está ainda mal avaliado e inclui facetas muito diversas:

- Orientação ao cliente: facilita a “legibilidade” da organização e a visualização da oferta de saúde para os clientes.
- Organização: contribui para a segmentação da organização ambulatorial, a ordenação e a coordenação de agendas e a integração interdisciplinar de várias especialidades.
- Boas práticas: incentiva a normatização, implantação e avaliação do cumprimento dos itinerários clínicos.
- Coordenação do sistema: facilita a interface do hospital com a atenção primária ao gerar unidades responsáveis por determinados processos. Potencialmente permite a integração funcional dos médicos de atenção primária neste tipo de unidades.
- Profissionalização: gera ambientes de trabalho “subespecializados” que podem ser motivadores para muitos profissionais, tanto por seu foco em problema de saúde (domínio do conhecimento) como por sua visibilidade.
- Posicionamento competitivo: contribui para desenvolver e, sobretudo, para identificar o produto. A visibilidade frente a pacientes e profissionais contribui significativamente para a captação e fidelização de usuários.

Uma carteira de serviços que fomenta a disponibilidade e a agilidade

Tradicionalmente o conceito de acessibilidade tem sido associado ao espaço (proximidade do centro) e às possíveis barreiras físicas. A proximidade física do centro não é, ao menos para todos os tipos de paciente, o elemento principal para qualificar um hospital como acessível.

Em uma época em que o tempo é cada vez mais valioso para a cidadania e em que se aprecia a agilidade, a ampliação dos horários de atenção é um elemento cada vez mais valorizado, e que evidencia mais a orientação para as necessidades específicas dos pacientes e suas famílias. Assim pois, falar-se-á mais de disponibilidade e que de acessibilidade.

Para facilitar esta maior disponibilidade e agilidade, as Tecnologias da Informação e da Comunicação desempenham um papel importante, favorecendo o estabelecimento de novas portas de entrada para os serviços do hospital e modificando o papel que o paciente desempenha frente ao sistema de saúde. Alguns exemplos em que as TIC desempenham um papel determinante para melhorar a disponibilidade e a acessibilidade:

- a web como elemento para apresentar e explicar detalhadamente a carteira de prestações do hospital.
- as aplicações interativas como elemento para realizar determinadas atividades do processo assistencial.
- o acesso remoto à informação de saúde do paciente.
- as ferramentas de saúde 2.0 como novo canal de comunicação entre os pacientes e os profissionais de saúde.

Um exemplo que combina a proximidade física e a alta disponibilidade são as “*convenient care clinics*” (também conhecidas como “*retail clinics*”): centros assistenciais localizados em *shopping centers* que oferecem uma carteira de serviços limitada, de baixa complexidade, padronizados, incluindo serviços de prevenção, tudo sem agendamento e em qualquer dia da semana.

Exemplo: Convenient Care Clinics

As “*Convenient Care Clinics*” atendem consultas, em zonas comerciais, com horários amplos (6/7 dias por semana, das 9 às 22h), e com uma carteira de serviços limitada a menos de 10 problemas de saúde (resfriado, bronquite em adultos, sinusite, otite, faringite, problemas dermatológicos, vacinas, etc.).

Sua origem e desenvolvimento aconteceu nos EUA e tem experimentado um forte crescimento: 1.500 centros em 5 anos (2006 a 2011). A principal cadeia é Minute Clinic. Os centros de referência como a Mayo Clinic criaram sua própria rede (Mayo Express).

O valor agregado das CCC é a alta disponibilidade de horário, os custos baixos (área restrita, alta presença de enfermagem) e a preço baixo (10-15 euros).

4.5 Uma atenção médica mais contínua porém mais virtual, multidisciplinar e em equipe

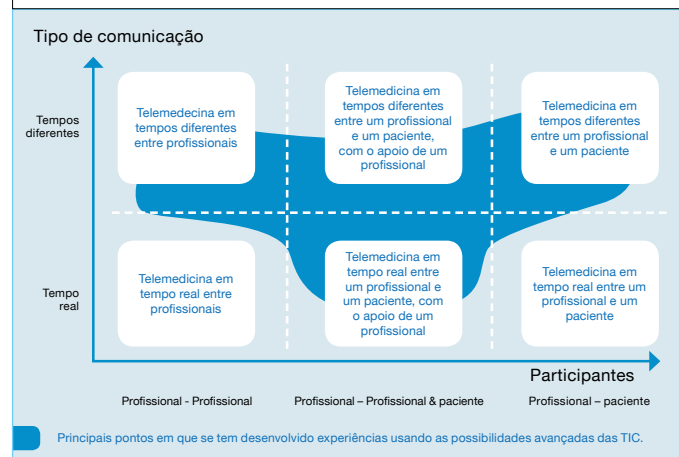
O sistema de saúde conta com mais de 30 carreiras de saúde distintas, embora o processo assistencial seja organizado e liderado tendo o médico no seu centro. Na verdade, o paciente visita ou consulta o médico. No entanto, os mecanismos de mudança expostos no capítulo anterior, e muito particularmente as mudanças nas carreiras de saúde, junto com as TIC e o novo padrão epidemiológico, estão modificando o perfil da atenção médica em três direções:

1. O aumento dos contatos não presenciais com o médico.
2. O desenvolvimento de novas funções por parte dos profissionais de saúde e, portanto, a diminuição de contatos diretos com o médico.
3. A potencialização do trabalho em equipe, multidisciplinar e em rede.

Contatos não presenciais com o médico

O desenvolvimento da telemedicina está acontecendo com a combinação de dois elementos: os agentes implicados e o tipo de comunicação entre estes agentes. Podemos distinguir três situações de participação na telemedicina: profissional-paciente, profissional-profissional, e finalmente um profissional a distância frente a um profissional e um paciente em outra localização. Em relação ao tipo de comunicação, ela pode ocorrer em tempo diferente ou em tempo real. Isto desemboca em múltiplas aplicações de desenvolvimento da telemedicina, como se mostra na figura seguinte.

Figura 23. Aplicações da telemedicina nos contatos não presenciais com médicos e com pacientes.



Fonte: Antares Consulting, 2009

Deste modo, a telemedicina facilita a implantação de novos modelos de trabalho para os profissionais. Entre eles destacamos dois: as teleconsultas e a telemonitorização de pacientes.

As teleconsultas

A interação física entre médico e paciente já não é obrigatória: o médico pode diagnosticar e estabelecer um tratamento sem exame clínico. Este dispositivo é ainda mais relevante em áreas de baixa densidade de profissionais de saúde ou com difícil acesso. Podemos destacar dois tipos de teleconsulta:

- Por um lado, a telemedicina especializada. O paciente se encontra, em geral, em uma residência para pessoas idosas ou próximo a um profissional de saúde. Portanto, pode beneficiar-se mais rapidamente que o habitual de um especialista por videoconferência sem ter que se deslocar.
- Por outro lado, a teleconsulta generalista, que está se desenvolvendo em muitos países europeus. Na Dinamarca, a teleconsulta estabeleceu-se em um marco claro: os médicos generalistas têm que reservar a primeira hora de trabalho para as consultas por telefone e têm a obrigação de responder, por correio eletrônico, às perguntas de seus pacientes. No entanto, na Suíça as teleconsultas são principalmente realizadas por médicos contratados por empresas especializadas, que não conhecem as pessoas que fazem as ligações.
- Qualquer teleconsulta precisa da emissão de e-receitas que sejam acessíveis aos farmacêuticos e aos biólogos. A e-receita foi implantada pela primeira vez na Suécia no ano 2000 com a criação de uma plataforma e de um sistema de correio eletrônico específico. Em 2007, já haviam sido emitidos 25 milhões de e-receitas. Vários estudos têm demonstrado os benefícios desta desmaterialização tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes quanto para o sistema de saúde.

No Brasil, a legislação e o Código de Ética Médica não permitem a realização de teleconsultas, pois nestes casos definem como necessária a interação física médico-paciente para a prescrição de qualquer tratamento¹³.

A telemonitorização

Ao final da cadeia de cuidado, as TIC permitem a monitorização dos parâmetros biológicos a distância para controlar se um tratamento preventivo ou curativo está sendo seguido. A telemonitorização existe desde há muito tempo para o acompanhamento de pessoas idosas em suas casas (por exemplo, os sistemas de tele-alarme para a detecção de quedas), porém suas aplicações médicas estão se estendendo, incluindo a internação domiciliar e o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas. A diabetes pode ser controlada de forma remota graças aos leitores de níveis de glicose que enviam os dados de observação diretamente para a equipe de saúde. Além do âmbito da saúde, a telemonitorização contribui para a melhora da qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Em conclusão, as TIC permitem diminuir os contatos presenciais entre os profissionais e os pacientes. No entanto, seu desenvolvimento pode levar a um aumento dos contatos globalmente.

O desenvolvimento de novas funções por parte dos profissionais de saúde

Grças às inovações clínicas e tecnológicas, as profissões de saúde vêm passando por mudanças substanciais. A divisão de papéis entre os profissionais de saúde, a articulação das distintas intervenções e a coordenação das competências profissionais ao redor de um paciente estão evoluindo constantemente.

Esta evolução se inscreve em uma conjuntura de diminuição previsível do número de médicos, ao mesmo tempo em que ocorre o aumento na formação e capacitação das demais profissões de

¹³ Ricardo Tofani SANT'ANNAI, Apolinário Krebs CARDOSOII, João Ricardo Michielin SANT'ANNA, Aspectos Éticos e Legais da Telemedicina Aplicados a Dispositivos de Estimulação Cardíaca Artificial. http://www.relampa.org.br/detalhe_artigo.asp?id=111

saúde. Estes dois fenômenos obrigam a repensar a organização dos cuidados e da atenção. Uma nova divisão de tarefas entre profissionais oferecerá uma perspectiva em resposta às dificuldades previstas em termos de demografia médica e de disponibilidade de certas categorias profissionais. Em termos práticos, isto afetará a relação médico-enfermeira, assim como as relações entre médicos e técnicos de saúde.

Os países mais avançados em matéria de cooperação têm como prioridade a melhora da acessibilidade para a atenção primária ou de primeira linha (prevenção, diagnóstico e tratamento de problemas comuns de saúde), e o aumento da qualidade, sobretudo atribuindo ao enfermeiro papel de destaque. De fato, os enfermeiros podem proporcionar apoio técnico para o cuidado médico de feridas e outros traumas leves, etc. Os enfermeiros se convertem no principal ponto de entrada no sistema de saúde. O acesso para a atenção primária de primeira linha aumentou ainda mais nos países que têm implementado as estruturas administradas exclusivamente por enfermeiros oferecendo horários mais flexíveis (sete dias por semana e sem necessidade de agendamento).

Outra área onde a cooperação está se desenvolvendo é o campo de atenção às doenças crônicas. Seu tratamento implica uma melhor distribuição de papéis entre os médicos e enfermeiros. Tradicionalmente, o tratamento de enfermidades crônicas, levado a cabo por médicos de família e especialistas, tem se centrado na definição da estratégia terapêutica inicial e no tratamento das complicações, relegando o seguimento a um segundo plano.

Enfermeiras especialistas

Para reduzir este problema e fazer frente à escassez de horas-médico, os enfermeiros assumem esta função de seguimento (educação, assessoramento, apoio, análise dos exames de

controle, ajuste do plano terapêutico, etc.), e os médicos centram-se nas missões principalmente curativas (estratégia inicial, episódios agudos). A cooperação tem permitido melhorar o uso das competências de cada profissional e otimizar o serviço prestado aos pacientes.

Além disso, mudanças importantes estão sendo introduzidas em alguns sistemas de saúde. No Reino Unido, as autoridades sanitárias estão introduzindo um novo estatuto, de nível máster para as enfermeiras, as *nurse practitioners*, que têm as competências necessárias para realizar diagnósticos simples, prescrever e analisar provas diagnósticas, receitar medicamentos e realizar alguns atos médicos concretos, tudo isto de maneira autônoma.

Além disso, a gestão de pacientes com doença crônica requer a intervenção de uma pluralidade de atores, tanto na atenção primária quanto na especializada. Para melhorar a coordenação destes profissionais, criou-se em alguns países o papel de *case manager* para planejar e coordenar a atenção a estes pacientes.

Em relação a esta perspectiva, nasceu no Canadá nos anos 70, tendo adquirido mais peso nos 90 um programa de formação (*Advanced Nursing Practice*) para fortalecer o papel dos enfermeiros. Agora, os enfermeiros de prática avançada têm a formação, a *expertise* clínica, a liderança e os conhecimentos necessários sobre as organizações e as políticas de saúde, além da capacidade de tomar decisões para desempenhar um papel importante nos resultados do sistema de saúde.

Cooperação na atenção especializada e entre profissões de saúde

A reflexão acerca da cooperação tem que estender-se além do binômio formado por médicos e enfermeiros. Deve chegar a todas as profissões

universitárias de saúde (farmacêuticos, parteiras, fisioterapeutas, por exemplo), e às demais, como técnicos e auxiliares por exemplo. A seguir, apresentamos algumas experiências-piloto observadas em alguns países.

- Do oftalmologista ao ortoptista. Os ortoptistas começaram a medir a refração ocular no contexto de uma consulta de oftalmologia, assim como a pressão ocular mediante a utilização de um tonômetro de ar e a colocação das lentes corretivas. Também, executam sessões de readaptação.
- Do radioterapeuta ao técnico de radioterapia. Os técnicos de radioterapia começaram a realizar as simulações padrão e virtuais em alguns protocolos de preparação para um tratamento, e além de se dedicarem ao desenho de órgãos em risco. Realizam também em alguns países estudos dosimétricos complexos.
- Do médico ao nutricionista. No contexto da atenção aos pacientes diabéticos, os nutricionistas começaram a realizar consultas para pacientes de tipo 2, para avaliar sua o estágio de seu diabetes e adaptar sua prescrição médica.

A multidisciplinariedade e a cooperação em rede à distância

Limitar a telemedicina à virtualização dos procedimentos atuais seria muito simplista: trata-se também de explorar seu potencial para promover práticas mais colaborativas e para reorganizar as estruturas de saúde.

Uma circulação fluida da informação, facilitada pelo uso em grande escala da história médica compartilhada, de plataformas de colaboração e de e-mails corporativos, fará repensar as formas de trabalho, como ocorre na Dinamarca.

Exemplo: Dinamarca, uma rede de saúde interconectada

Desde 1994, a Dinamarca tem desenvolvido uma estratégia de telemedicina para melhorar a integração de cuidados. Hoje em dia, conta com uma infraestrutura para a transferência e o tratamento de dados interoperáveis em todo seu território. Todos os atores estão interconectados: os profissionais de atenção primária trocam dados diariamente com as farmácias, os centros de radiologia, os hospitais, os laboratórios, as equipes de atenção domiciliar e as administrações públicas. Depois de um período em que esta atividade era voluntária, os médicos estão obrigados a incluir as TIC em sua prática desde 2004. Agora, 90% dos intercâmbios entre atores de atenção primária e secundária são eletrônicos.

Este desenvolvimento da multidisciplinariedade entre profissionais de saúde é promissor, porque permite realizar sinergias ao nível de recursos e tornar a informação compartilhada em um contexto de recursos humanos e financeiros limitados. Por exemplo, em um protocolo de interconsulta, um médico pode ter acesso a qualquer especialista, situado em qualquer parte do território, graças aos avanços tecnológicos (história clínica compartilhada, transmissão de imagens, videoconferência). A rede "Tele-ictus" na Catalunha permite aos médicos de urgências de toda a região terem acesso em qualquer momento a consultar um radiologista e/ou um neurologista via teleconferência, para determinar de forma rápida o melhor tratamento para um paciente.

Além de seu papel como suporte para o fluxo de informação, a telemedicina tende a ser o catalizador para a racionalização da oferta. De fato, como elimina as distâncias, permite encontrar as competências especializadas no momento necessário e aproveitar a complementariedade entre os profissionais.

Com uma oferta organizada segundo os níveis de especialização, a telemedicina poderia reforçar esta organização e dar corpo a um contínuo de cuidado

que contribua para a orientação ótima do paciente em um sistema integrado que cobre sua casa, a atenção primária, especializada e sócio-sanitária. Portanto, é possível desenhar o uso da telemedicina dividido em níveis. Por último, estes diferentes níveis de atenção deveriam estar vinculados à atenção domiciliar, que tenderá a crescer com o envelhecimento da população e com a crescente incidência de doenças crônicas.

Os enfermeiros desempenhariam um papel cada vez mais crescente no *coaching*, supervisão, seguimento e coordenação graças à ajuda de instrumentos tecnológicos apropriados. Isto aconteceu na Bélgica com o projeto VINCA, que tem permitido interconectar as equipes de atenção domiciliar (na maioria independentes) com os outros atores da saúde.

No Brasil, alguns grandes hospitais estão usando a telemedicina como ferramenta para ampliar o atendimento especializado de urgência em cardiologia (Hospital do Coração e Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia em São Paulo – teleECG) e neurologia (Hospital Israelita Albert Einstein). Há também os serviços de diagnósticos por imagem do Estado de São Paulo (SEDI's), centrais de laudos que recebem exames de imagem (digitalizados) realizados em hospitais e ambulatorios especializados da rede pública e os devolvem laudados por especialistas das diversas modalidades radiológicas.

4.6 Hospital como Núcleo (HUB)

A preocupação com a viabilidade do sistema de saúde põe em questão o atual modelo hospitalocêntrico. Já é evidente que o papel do hospital no sistema que conhecemos não é sustentável. **E não é sustentável porque o modelo tem se desenvolvido com uma elevada ocupação do espaço de outros elementos do sistema**, o que implica em custos dificilmente suportáveis pelo conjunto:

- O hospital tem se consolidado como “a melhor” opção técnica de resposta aos problemas de saúde. Ele tem constituído uma

grande capacidade de atração para os profissionais (contribuindo para o desequilíbrio de competências e capacidade de atração de profissionais por parte dos outros atores sanitários) **e para os pacientes** (gerando presenças inadequadas devidas à pressão do paciente, independentemente da capacidade real de resolução da atenção primária).

- A inadaptação de nosso modelo tradicional de hospital tem contribuído claramente para o **“aprisionamento” dos pacientes crônicos nesse serviço**. Neste caso, a atenção não é somente menos eficiente mas é claramente inapropriada (um enfoque de paciente agudo para um paciente com doenças crônicas, um enfoque especializado para um paciente “pluripatológico”...). A consulta ou as urgências hospitalares não são, evidentemente, o melhor ambiente para gerar um paciente pró-ativo, treinado e capaz de manejar autonomamente sua doença e os cuidados a sua saúde.
- No geral, **o crescimento hospitalar tem se realizado às custas de outros elementos do sistema**, tendo como eventos adversos boa dose de duplicidades, desintegração e descoordenação da atenção integral ao paciente.

Deixará o hospital de ser o “centro” do sistema de saúde?

As experiências de reforma sanitária baseadas na atenção primária como presença de *gatekeepers* e o surgimento das Organizações Sanitárias Integradas (OSI) têm posto em questão, pela primeira vez em vários anos, o papel central do hospital no sistema de saúde. Será que o modelo caminha para um cenário em que o hospital deixará de ser central nos sistemas de saúde desenvolvidos? Referenciamos aqui duas respostas interessantes a esta pergunta:

“Os hospitais continuarão sendo o centro do sistema. Há demasiado capital físico e humano instalado (...)”¹⁴.

“As operadoras de saúde deverão acompanhar o novo posicionamento dos serviços hospitalares (...). A coordenação na saúde depende, por definição, da medicina de proximidade. É o hospital quem deve fornecer, no momento adequado, as competências clínicas e técnicas que o “trajeto” de um doente pode necessitar. Neste sentido se pode dizer - utilizando uma metáfora fisiológica- que o hospital atua como um “coração” no sistema. Não tem, contudo, vocação para ser um lugar para o qual convergiria, por definição, tudo o que não se encontra em outro lugar.”¹⁵

No fundo, estas respostas transmitem que uma organização em que se concentram distintas plataformas assistenciais e tecnológicas, assim como os níveis de conhecimento e especialização atualmente disponíveis nos hospitais, dificilmente serão deslocadas para outros atores. Porém, estas competências e capacidades do hospital não devem lhe outorgar uma posição de maior importância ou de centralidade no sistema de saúde; pelo contrário, deve estar à disposição do sistema e do conjunto de atores (atenção primária, atenção sócio-sanitária). Ao invés de falar sobre qual ator deve ocupar o espaço central do sistema de saúde, a chave deveria estar em como podemos colocar à disposição dos pacientes os recursos pertinentes no momento adequado. Dito de outra forma, antes o hospital era a etapa final do processo assistencial (que podia acabar em um episódio agudo); hoje, contudo, o hospital está dentro do processo e forma parte da trajetória do paciente, porém não necessariamente se encontra ao final, nem é o recurso mais importante, nem ocupa o papel central ou o topo da pirâmide. No entanto, o hospital pode cooperar e colaborar para prover e transformar seus recursos em múltiplas plataformas ou dispositivos de atenção territorial.

Este novo papel do hospital pode ser observado em múltiplas iniciativas, agrupáveis em dois grandes modelos: as iniciativas de integração e as iniciativas de cooperação territorial.

As iniciativas de integração com a atenção primária

Com ambientes muito diversos, os hospitais tem tendido a transformar-se nas denominadas Organizações Sanitárias Integradas (OSI), com um enfoque de integração vertical dos cuidados dos pacientes. Os limites tão claros entre atenção primária e especializada começam a converter-se em fronteiras cada vez mais borradas ao redor do cuidado do paciente. Sob a perspectiva econômica já não se trata de minimizar custos, mas sim de redesenhar todo o processo de cuidado do paciente com base em evidências e estabelecer pontes que fomentem a transferência de conhecimentos e a visão compartilhada do paciente (especialistas de ligação). A via clínica se converte no eixo de integração ao redor do cuidado do paciente. Os avanços evidentes conseguidos pelos programas de gestão de pacientes crônicos ou a organização da referência de pacientes apenas para consultas com todas as investigações protocolizadas são bons exemplos do grande potencial deste enfoque para reduzir as duplicidades e ineficiências do conjunto do processo.

Estas iniciativas tendem a potencializar o papel de algumas áreas de especialidade, como a medicina interna. Esta especialidade, que vive uma crise derivada da hiperespecialização, tem se reorientado para se converter no interlocutor preferencial do ambiente extra-hospitalar.

A profundidade e os enfoque destas iniciativas podem ser muito variáveis em função da organização do sistema em cada país. A ocupação pelo hospital de atividades claramente solucionáveis pela atenção primária, como é o caso das “*retail clinics*”, pode ser uma experiência em países com uma atenção primária de potência es-

¹⁵ Fonte: JM de la Higuera González. Hospital del futuro (en España). En: El hospital del futuro: las ideas de los expertos. Club GerTech

¹⁶ Fonte: Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. 22 de marzo de 2012

cassa, fazendo pouco sentido naqueles onde a atenção primária é desenvolvida e acessível. A organização integral da gestão de casos pode ser uma resposta mais próxima em sistemas com uma clara diferenciação e fragmentação dos cuidados. Fica como perspectiva, a transformação do modelo em uma organização integrada onde a “competição” entre as assistências primária e especializada deixa de ter sentido.

Vejamos alguns exemplos. Na Suécia, o condado de Estocolmo e o município de Nörrtälje participaram da experiência da compra de serviços de saúde e de dependência integrados à companhia pública TioHundra. Na Espanha, os modelos de Organizações Sanitárias Integradas na Catalunha ou os das concessões administrativas em Valência são alguns exemplos de como articular a integração entre atenção primária e atenção especializada.

No Brasil, na cidade de São Paulo, o Hospital Municipal Infantil Menino Jesus (HMIMJ), integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), presta atendimento de média e alta complexidade a crianças portadoras de anomalias congênitas (“Grupo de Fissura lábio palatal”, “Programa de pé torto congênito” e “Programa de Displasia coxo femural”), sendo referência para a rede primária do município, garantindo a integralidade assistencial desde o diagnóstico na maternidade, que encaminha os recém nascidos ao HMIMJ para o tratamento personalizado, seguindo fluxos e protocolos consagrados internacionalmente. Após o atendimento hospitalar, o paciente prossegue o acompanhamento na rede de Atenção Primária. As linhas de cuidado permitem a integração de diversos níveis de atenção, com início precoce do tratamento e seguimento adequado com todos os especialistas envolvidos, levando a melhores resultados, menores custos e redução de sequelas¹⁶.

Do ponto de vista econômico, os modelos integrados são parceiros evidentes de novas formas de risco compartilhado, como os sistemas de captação de financiamento.

Exemplo: TioHundra (Suécia)

Esta companhia integra os serviços de atenção primária, serviços hospitalares, serviços sociais, atenção aos idosos e atenção domiciliar.

O foco da organização está centrado no paciente e na saúde; a capacidade funcional, integra o conjunto de prestadores de saúde e os sociais ao redor das necessidades de saúde e sociais e o cuidado do usuário. A colaboração é a chave da cultura da organização.

Entre os resultados conseguidos destaca-se a redução pela metade das listas de espera em serviços de saúde e para centros sócio-sanitários, a obtenção de melhores indicadores de qualidade com redução de custos, a redução do número de leitos hospitalares (até 40% dos leitos psiquiátricos) e a melhora da satisfação em várias dimensões.

Fonte: Stenberg, Göran. III Congresso Internacional de Dependência e Qualidade. Madrid, 2010.

As iniciativas de cooperação

Em outro âmbito, as experiências de hospitais, isolados ou em aliança com outros prestadores, têm gerado o desenvolvimento de iniciativas de atenção a pacientes crônicos complexos que requerem hospitalização, porém com enfoques e recursos diferentes daqueles disponíveis nos hospitais de agudos. O excedente de leitos causado pela busca da eficiência tende a ser compensado mediante a criação de serviços intermediários entre o hospital e a atenção residencial. Pela evolução do hospital tem-se criado um conjunto de serviços para pacientes subagudos, de longa permanência, paliativos, sócio-sanitários, etc. Em muitos casos, a causa tem sido a adaptação de edifícios obsoletos ou a associação com outros atores do setor.

No sul da Alemanha, a experiência da Gesundes Kinzigtal, no vale de Kinzig, é um claro exemplo de cooperação de várias organizações de saúde.

¹⁶ Perspectivas da Qualidade em Redes de Atenção à Saúde. ANAIS 2013, QualiHosp

A transição do hospital convencional para uma organização sanitária com visão territorial significa por o foco onde está o paciente, ao invés do paciente ir até o hospital

Exemplo: Gesundes Kinzigtal (Alemanha)

O sistema tem um enfoque populacional e está baseado em contratos com a AOK Baden-Württemberg, companhia seguradora dos 31.000 pacientes incluídos nesta experiência.

O incentivo constitui o fato de compartilhar os benefícios econômicos de um enfoque integrado da assistência à saúde entre a organização prestadora de serviços e a seguradora.

Optis-Medis AG (companhia de gestão de saúde) e a rede de médicos locais organizam a provisão de todos os serviços preventivos e curativos desta população.

Esta forma de organização permite, entre diversos outros, serviços como a fornecimento de tratamentos para os usuários que deixem de fumar, sistema de marcação rápida com psicólogos nos casos de crise para evitar a cronificação de transtornos de saúde mental, seguimento da insuficiência cardíaca por contato telefônico e telemonitorização e gestão de casos em situações sociais complexas.

No conjunto, as intervenções voltadas à promoção e os programas de acessibilidade e prevenção da cronificação permitiram resultados como a diminuição da mortalidade, ajustada por idade, de 5,59% para 2,24% nos dois primeiros anos do programa. O impacto econômico foi uma economia de 1,9 milhões de euros em 2007.

Fonte: www.gesundes-kinzigtal.de, *Gesundes Kinzigtal Integrated Care: Improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. The future of global healthcare delivery and management*, KPMG / Economist Intelligence Unit, The Economist.

A transição do hospital convencional para uma organização de saúde com visão territorial (integrada ou em cooperação) é uma tendência chave em um contexto onde os sistemas de saúde querem garantir ao cliente todo seu itinerário. Os hospitais devem adaptar-se tanto às novas necessidades dos pacientes como às novas formas de organização do trabalho, que ajudem a expandir seu perímetro de atuação: trabalhar onde está o paciente ao invés do paciente ir até o hospital.

Poderíamos resumir como elementos chave da mudança de modelo:

Hospital Tradicional	Hospital como Núcleo
Uma concepção de subsistemas estritamente separados e fechados em suas fronteiras (primária, hospital geral, hospital de referência, subagudos, sócio-sanitário...)	O desenvolvimento de organizações de saúde e sócio-sanitárias integradas ou redes de cuidados coordenados
A competição entre níveis	A colaboração
A “coordenação”	A integração
O “encaminhamento adequado” do paciente	O paciente compartilhado
O hospital acessível somente para seus profissionais	O hospital aberto a profissionais “externos”
A organização fechada em seus limites	A organização flexível e aberta, cuja atividade se estende além de seus próprios limites, fora de suas paredes

Neste novo modelo, é evidente que a concepção hospitalocêntrica se dissolve no trabalho em rede de uma organização integrada.

O hospital perde “peso”. Já não é o centro, já não é o mais importante, porém mantém a função de proporcionar conhecimento e capacidade técnica de resolução contínua, sendo o motor nas novas organizações integradas em rede. De certa forma, o hospital continua sendo o coração do sistema: embora não seja mais responsável por todo o processo de atenção ao paciente, ainda constitui o mecanismo envolvido com o paciente em momentos chave, fornecendo a atenção mais tecnológica e intensiva, para compartilhar seu conhecimento com o resto da rede assistencial, antes e depois de seus limites.

Tem-se falado destes novos modelos com as denominações “hospital líquido”, “o hospital desconstruído” e outras imagens que exemplificam a mudança que está acontecendo.

A imagem do “hospital núcleo” parece mais adequada: ele é compreendido como um ponto fundamental em uma rede de comunicações que garante um passo chave nos processos do conjunto da rede. Esta imagem muda por completo o modelo hospitalocêntrico para um modelo de rede integrada.

4.7 Serviços assistenciais com visão territorial entre vários hospitais

O hospital tem sido, tradicionalmente, uma organização com funcionamento bastante independente dos demais hospitais. É certo que o planejamento hospitalar em uma região ou em um país tem se baseado na estruturação da oferta de hospitais por níveis de proximidade/complexidade: hospital municipal, hospital geral, grande hospital geral e de ensino, hospital universitário e terciário.

No entanto, a pressão sobre a sustentabilidade econômica do sistema de saúde, a complexidade e o elevado custo das novas tecnologias de saúde, e a necessidade de organizar fluxos de pacientes crônicos ao nível territorial têm gerado a necessidade de maior cooperação entre os hospitais. Esta nova organização da oferta do hospital, de maneira cooperativa com serviços equivalentes e com visão territorial adota as formas seguintes:

- Desenvolvimento de serviços de diagnóstico compartilhados entre distintos hospitais.
- Serviços assistenciais de âmbito territorial, que servem vários hospitais.

Desenvolvimento de serviços de diagnóstico compartilhados entre distintos hospitais

Os laboratórios de análises clínicas têm sido o primeiro serviço assistencial compartilhado entre vários hospitais: desde os anos 90 têm se sucedido as propostas e as experiências encaminhadas para implantação de laboratórios compartilhados que oferecem seus serviços a diversos hospitais e centros assistenciais.

As razões para desenvolver serviços de diagnóstico compartilhados entre hospitais são:

- Tecnologia disponível, geralmente de última geração, que pela sua grande necessidade de investimento e por seu

elevado custo é dificilmente amortizável por um hospital sozinho.

- Escassez de profissionais, leva à necessidade de compartilhar recursos. No campo do diagnóstico por imagem, esta razão tem cada vez mais peso.
- Maximização da utilização (produtividade) da tecnologia

Na Europa encontramos múltiplos exemplos de laboratórios compartilhados entre vários hospitais. Assim, na Alemanha foi criado o laboratório Labor Berlin que, realizando 30 milhões de análises anuais, consta de um laboratório central e 10 laboratórios de urgências; ou o caso do Laboratório Universitário Karolinska que, com um volume parecido, oferece seus serviços a 6 hospitais e 70 centros ambulatoriais. Em Bruxelas, a rede de hospitais públicos IRIS –que agrupa 5 hospitais com 11 unidades físicas independentes– está desenvolvendo um projeto para a criação de um laboratório central comum para todos seus hospitais, Iris-Lab, com um *core-lab* de última geração e máxima automatização. Em uma primeira fase este laboratório, que já está finalizando sua construção, servirá a 4 destes hospitais e realizará cerca de 12 milhões de análises. Outra experiência a destacar é a criação do KingsPath, laboratório que oferece seus serviços aos hospitais Guy's, St Thomas', King's y Bedford, no Reino Unido, fruto de uma colaboração público-privada. Na Espanha cabe mencionar, entre outras, as experiências dos laboratórios BR Saúde em Madrid, CatLab e o Laboratório de Referência da Catalunha.

No Estado de São Paulo, existe o CEAC (Centro Estadual de Análises Clínicas) que realiza os exames laboratoriais de boa parte dos serviços de saúde estaduais.

Os serviços de diagnóstico por imagem pretendem também otimizar os investimentos em equipamentos e têm o objetivo associado de contornar as dificuldades originadas pela escassez de recursos humanos. A melhora das redes de comunicações e

o avanço das TIC tem sido um grande aliado para o desenvolvimento de serviços virtuais de radiologia e de experiências baseadas na telerradiologia. Neste sentido, cabe destacar a experiência do Centro Radiológico da Comunidade de Madri, serviço de telerradiologia que serve hospitais como a UDIAT em Parc Taulí de Sabadell ou empresas privadas como Telemedicine Clinic.

Em São Paulo, também, existem os SEDI's, (Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem) que fornecem os laudos dos exames radiológicos realizados nos hospitais e ambulatórios da rede estadual.

Assim como o CEAC, os SEDI's são gerenciados por uma OSS (Organização Social de Saúde) e financiados com recursos públicos estaduais, através do modelo de contratualização.

Exemplo: Sjunet

Sjunet é uma iniciativa sueca que nasceu no ano 1998, com o desenvolvimento de uma plataforma de comunicações para facilitar a cooperação no âmbito sanitário, a melhora da eficiência na atenção e a difusão do conhecimento graças à implantação de ferramentas de telemedicina.

Surgiu em Uppsala, e atualmente tem um alcance nacional, incluindo os serviços de saúde – de atenção primária e especializada – de todos os municípios suecos, todas as farmácias e a maioria dos prestadores privados. Tem se convertido, de fato, na infraestrutura tecnológica nacional para o setor de saúde.

Os resultados obtidos têm sido muito satisfatórios, tanto do ponto de vista quantitativo – os custos unitários da radiografia diminuiu em 50%, e as listas de espera se reduziram também à metade – como qualitativo – com um efeito importante na difusão do conhecimento e no aumento da resolução assistencial dos centros assistenciais mais remotos.

Serviços assistenciais de âmbito territorial, que servem vários hospitais

Criam-se serviços clínicos territoriais, comuns a vários hospitais, com o objetivo de conseguir uma massa crítica de pacientes que facilite assegurar um nível de atividade que permita:

- Amortizar os investimentos realizados tanto em especialistas como em tecnologia médica de alto custo e manutenção.
- Assegurar a realização de um volume de atividade adequado para garantir a qualidade da prestação e diminuir a variabilidade na prática clínica.

Assim, em diversos países europeus exigem-se níveis de atividade mínimos para acreditar determinada prestação e mesmo regular serviços inter-hospitalares comuns, o que está fazendo com que os hospitais, muitas vezes competidores, cheguem a acordos formais para o desenvolvimento de determinadas prestações. Esta está sendo, por exemplo, a resposta de vários hospitais às mudanças do marco regulador que impõe um volume mínimo de atividade para determinados diagnósticos. A título de exemplo, na Bélgica e na França exige-se um número mínimo de intervenções cirúrgicas para acreditar serviços de Cirurgia Oncológica de Mama ou um número mínimo de partos para as maternidades.

Na Espanha, foi pioneira, em seu momento, a Unidade de Endocrinologia e Nutrição de Girona, conhecida como UDEN. Esta unidade presta um serviço assistencial comum para todos os hospitais da província de Girona. Outro caso recente é a aliança estratégica realizada entre os hospitais madrilenhos de La Paz e Infanta Cristina na área cardiovascular. Outro exemplo de aliança estratégica entre hospitais é a desenvolvida pelo Hospital do Mar e o Hospital da Santa Creu i de Sant Pau de Barcelona para desenvolver projetos de gestão compartilhada (uma equipe unificada dirigida por um único chefe de serviço) nos serviços de cirurgia plástica e cirurgia torácica.

Serviço de Cardiologia comum do Hospital Universitário La Paz e o Hospital Infanta Cristina

Estes dois hospitais paulistas definiram uma aliança cardiológica estratégica que, além do mero encaminhamento de pacientes, supõe a criação de um único serviço. Para isto têm se desenvolvido diversas iniciativas:

- Compartilhamento da atividade, não somente entre cardiologistas mas também Medicina Interna, enfermagem, SUMMA e Samur.
- Unificação de protocolos.
- Sessões clínicas compartilhadas por videoconferência.
- Deslocamento dos profissionais: os de Infanta Cristina vão a La Paz dois dias por semana para realizar intervenções percutâneas, e os de La Paz vão a Parla para implantar marcapassos.
- Rodízio dos residentes em ambos os hospitais, completando assim sua formação.

Grças a esta aliança foi possível desenvolver diversas técnicas para as quais é necessário dispor de um número de procedimentos por ano (fechamento de comunicação interatrial, implantação de próteses aórticas percutâneas, clips mitrais, entre outros) que, de outra forma, teriam sido difíceis de desenvolver.

4.8 Hospital concentrado no core business: a atividade assistencial

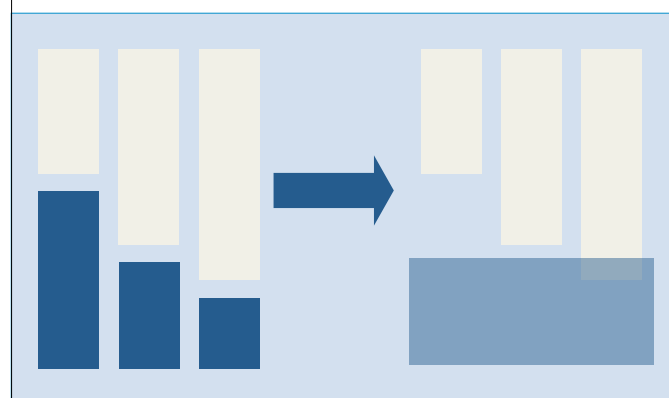
Em sua origem, os hospitais eram organizações que prestavam todos os serviços (diagnóstico, assistência, gestão e hotelaria) mediante recursos e gestão própria.

No entanto, os hospitais têm iniciado progressivamente um processo de terceirização de alguns serviços que não são chave: os serviços gerais e de hotelaria (cozinha, cafeteria, limpeza, lavanderia, manutenção, alimentação, segurança, esta-

cionamento, suprimentos, etc.). O objetivo desta terceirização consistia em subcontratar empresas especializadas em cada um destes serviços, com a intenção de melhorar o custo e a qualidade do serviço, sem que necessariamente o cliente ou paciente estivesse consciente de que se tratava de um serviço prestado por outra organização. Ao mesmo tempo, o hospital concentrava a gestão com recursos próprios nos seus processos chave: o diagnóstico, a assistência e a gestão.

Nos últimos anos, a fase tem sido o desenvolvimento de serviços compartilhados entre hospitais. Denomina-se serviço compartilhado a integração ou consolidação das funções, atividades, serviços ou recursos (comumente os serviços gerais/hotelaria e os de suporte à gestão) de dois ou mais hospitais em uma nova unidade organizacional, que se converte em prestador de tais hospitais.

Figura 24. Reconfiguração dos serviços compartilhados entre vários hospitais em uma nova organização



Fonte: Antares Consulting, 2011

Os modelos de Serviços Compartilhados têm habitualmente o objetivo de otimizar o valor dos gastos através de práticas mais eficientes na gestão dos recursos para gerar economia, a qual pode-se reinvestir no core business da organização: a assistência à saúde. A idéia básica é esta-

belecer uma organização única de serviços para chegar a uma variedade de atividades de apoio às empresas em nome das unidades operativas. O fato de compartilhar os processos é algo que acontece tanto administrativamente como fisicamente fora das unidades operacionais e em uma gestão separada para a Organização de Serviços Compartilhados.

A criação dos Serviços Compartilhados entre várias organizações implica na reconfiguração de uma parte das mesmas para compartilhar recursos e oferecer serviços de maneira transversal e independente, com um novo status de cliente-prestador. A localização dos recursos da nova entidade nem sempre está fora das organizações, depende da natureza do serviço prestado.

As vantagens habituais dos serviços compartilhados orientam-se para a eficiência e para o alcance de uma massa crítica para instalar novos serviços. Entre as vantagens observa-se:

- Redução da duplicação de esforços e de custos.
- Alcance de massa crítica suficiente para instalar novos serviços.
- Ativação de grandes economias de escala.
- Aumento da receita.
- Gestão estratégica dos principais gastos.
- Melhora da gestão da tesouraria.
- Melhora do controle e do cumprimento dos processos.

Ao redor destas duas grandes melhoras é possível diferenciar dois tipos de serviços compartilhados:

Diminuição de custos	Compartilhar recursos para gerar novos serviços
O objetivo principal deste tipo de serviço compartilhado é melhorar a eficiência e diminuir os custos associados.	O objetivo principal deste tipo de serviço é alcançar um determinado nível de massa crítica (que as organizações individualmente não alcançam) para oferecer novos serviços e prestações.
A orientação é econômica.	A orientação é voltada para desenvolver os serviços compartilhando esforços com outras organizações.

Os serviços de suporte compartilhados entre vários hospitais são, mais habitualmente:

- Serviços de atenção ao paciente.
- Administração, finanças e contabilidade.
- Tecnologias da Informação e Comunicação.
- Recursos Humanos e serviços para os funcionários.
- Logística e suprimentos.
- Lavanderia.
- Nutrição.
- Manutenção.
- Esterilização.

Exemplo: *Parc Logístic de la Salut* (Barcelona)

Claro exemplo de serviços compartilhados e deslocados, de um projeto que foi idealizado unicamente para aqueles serviços passíveis de ser transferidos para fora do hospital.

O objetivo principal da criação do *Parc Logístic* foi situar em um mesmo espaço, e de forma integrada, um conjunto de serviços logísticos destinados ao setor de saúde e sócio-sanitário, para liberar valiosos espaços que permitiram incrementar a oferta de serviços de saúde.

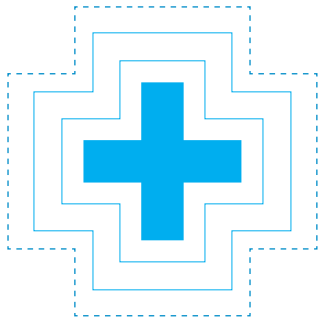
Atualmente, o *Parc Logístic* serve a 29 hospitais, 8 centros de assistência primária, 17 centros de atenção a deficientes e 8 empresas terceirizadas.

Os serviços compartilhados que agrupa são os seguintes:

- Lavanderia sanitária: mais de 22 toneladas diárias.
- Central de esterilização de roupa e instrumental cirúrgico: 500 pacotes estéreis/dia.
- Arquivo de histórias clínicas: mais de 2.500.
- Departamento de logística e suprimentos.

Embora inicialmente os serviços compartilhados tivessem sido desenvolvidos nas áreas de suporte à assistência, também há exemplos de sucesso em alguns serviços assistenciais, como os laboratórios, o diagnóstico por imagem e a farmácia. Estes exemplos foram abordados em capítulo anterior.

Em resumo, a criação de serviços compartilhados e seu deslocamento, no caso dos serviços de suporte não assistenciais que assim são possíveis, não somente proporcionam vantagens ao nível de serviço e redução dos custos, mas também permitem aos hospitais e a seus gestores centrarem-se no *core business* de sua atividade: a atenção à saúde dos pacientes.



5 O Cenário Brasileiro na Opinião de Especialistas em Gestão em Saúde

Para a tradução e adaptação do informe espanhol, utilizamos bibliografia e relatos nacionais. Também coletamos informações e opiniões de profissionais brasileiros especialistas e ativos na área de gestão hospitalar. A versão brasileira de ***Repensando o hospital: motores de mudança e respostas inovadoras*** nasceu de uma parceria entre o GVsaúde e a Antares Consulting.

Na primeira fase do trabalho, foram realizadas reuniões com um grupo de especialistas nacionalmente reconhecidos em gestão em saúde: Alberto Hideki Kanamura, Ana Maria Malik, Fábio Patrus, Gonzalo Vecina Neto, José Henrique Germann Ferreira, Walter Cintra Ferreira Junior, com a colaboração de Fernanda Martins Viana. As reuniões tiveram como foco definir os pontos a serem alterados e adaptados na versão brasileira.

Na sequência, cada integrante do grupo forneceu sua opinião sobre os motores de mudança presentes no Brasil e seu impacto para os hospitais do país, as respostas inovadoras que possivelmente ocorrerão e os obstáculos esperados, assim como as implicações para o sistema hospitalar e o sistema de saúde do Brasil.

As informações colhidas foram então reunidas, compiladas e incorporadas ao texto, como alterações e adaptações do documento brasileiro.

Na opinião do grupo, os motores de mudanças são os mesmos em todo o mundo, sendo a pressão econômica (ou sustentabilidade econômica, como consta na versão original) o motor mais impactante. A mudança epidemiológica no Brasil acontece de maneira um pouco diferente, na medida em que ocorrem simultaneamente o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas e a manutenção das doenças infectoparasitárias. Ela também representa motor de grande importância para a transformação do hospital moderno e impulso para a busca de soluções inovadoras.

Em relação às respostas inovadoras enumeradas no texto espanhol, o grupo concorda que todas acontecerão ou já estão ocorrendo no Brasil. O hospital como organização integrada em rede e concentrado em seu *core business* foram apontadas como as tendências de maior impacto sobre as instituições que desejarem alcançar a eficiência e qualidade de assistência associadas a sustentabilidade financeira no médio/longo prazos. As implicações para o hospital brasileiro deverão ser sua evolução para se tornar uma organização flexível, dedicada à busca do aumento do valor entregue ao paciente e integrada a uma rede de atendimento.

Na segunda fase, realizamos uma pesquisa com gestores de hospitais brasileiros das mais variadas características: públicos, privados, da administração direta, administração indireta (contratos e convênios), ligados a instituições de ensino, ligados a órgãos governamentais, instituições religiosas, filantrópicas. Tal pesquisa deu-se através do envio eletrônico de um questionário com questões fechadas (múltipla escolha) para 39 gestores que têm relacionamento com o GVsaúde.

O questionário enviado foi composto de cinco questões sobre a presença e impacto dos motores de mudança apresentados, assim como a possibilidade de ocorrência e importância das respostas inovadoras nos hospitais brasileiros.

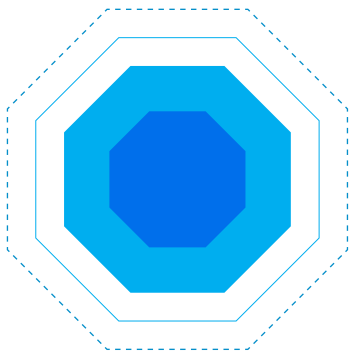
Foi solicitado que os respondentes ordenassem os itens (motores e respostas) segundo a percepção de sua importância para cada aspecto (ocorrência e impacto).

Vinte e quatro gestores responderam e os resultados foram semelhantes aos das entrevistas com o grupo inicial. Na opinião dos respondentes, todos os motores estão presentes aqui no Brasil e, em ordem de importância, do mais para o menos importante, a sequência encontrada foi (1) a pressão econômica, (2) a mudança epidemiológica, (3) o paciente mais informado e exigente, (4) o desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação, (5) a inovação e personalização da nova tecnologia médica e (6) a modificação do perfil profissional e das profissões de saúde. Em relação às respostas inovadoras apresentadas, foi consenso que elas também são tendências para o hospital brasileiro e que ocorrerão ou terão início nos próximos 5 anos. Quanto ao impacto para as organizações hospitalares, a ordem da mais para a menos impactante apontada pelos especialistas foi (1) o hospital como uma organização integrada em uma rede de cuidados, (2) uma organização concentrada em seu *core business* – a atividade assistencial, (3) o hospital como Núcleo (*Hub*), (4) serviços assistenciais com visão territorial entre vários hospitais, (5) atenção médica mais contínua, virtual, multidisciplinar e em equipe, (6) o hospital com múltiplos recursos que amplificam sua capacidade assistencial além dos leitos, (7) o hospital que atende perfis de pacientes com necessidades distintas e (8) uma carteira de serviços assimétrica, abrangente e acessível.

Ao final das duas etapas, as informações colhidas e os dados gerados forneceram as bases para as adaptações da versão brasileira.

Repensando o hospital

Motores de mudança
e respostas inovadoras



6 Implicações

A transição progressiva dos hospitais para as 8 características descritas para o hospital do futuro obrigará, também, a repensar o modelo de gestão, a governança das instituições e o desenho de sua infraestrutura física e tecnológica.

De certo modo, este capítulo pretende responder a questão: quais elementos internos o hospital deve mudar para criar as condições favoráveis para o desenvolvimento das 8 características do hospital do futuro?

6.1 Modelo de gestão

Gestão estratégica em um contexto de incerteza

Em um ambiente imprevisível e turbulento como o atual, por um lado, e com maior complexidade e diversidade organizacional, por outro, é imprescindível que as organizações de saúde façam evoluir o enfoque clássico de seu planejamento estratégico. Para isso, devem adaptar-se a modelos menos centrados no planejamento para um horizonte de 4 anos e utilizar sistemas de gestão baseados na flexibilidade da estratégia e a volatilidade do ambiente: cenários de estratégia. Isto implica na utilização de métodos que os prepare para uma certa variedade de cenários possíveis, assim como melhor avaliação dos riscos potenciais.

A gestão estratégica baseada nos cenários requer, portanto, uma alta flexibilidade para adaptar-se com facilidade aos novos elementos que aparecem no ambiente e que afetam:

Ao invés de planos estratégicos é necessário desenvolver uma gestão estratégica baseada em cenários, que permita adaptar-se com facilidade às mudanças do ambiente

- O posicionamento estratégico dos serviços assistenciais.
- A capacidade financeira disponível.
- Os recursos físicos necessários para atender as novas demandas da sociedade.
- Os recursos humanos para garantir a prestação assistencial.

Esta gestão estratégica deverá, além disso, se traduzir em novos enfoques na gestão das operações e dos processos. Nos próximos anos a pressão sobre a melhora da eficiência continuará. As respostas tradicionais, baseadas na melhora individual de cada área do hospital (salas de cirurgia, radiologia, gestão de leitos) e no aumento de recursos e capacidade instalada, não serão válidas para alcançar as novas metas em eficiência. Requerem-se novos enfoques para a gestão das operações, que proporcionem:

- Visão do conjunto do sistema, e não somente de cada uma das partes.
- Visão mais nítida do fluxo de pacientes ao longo de todo o processo assistencial, incluindo os pacientes na comunidade. Isto representará uma mudança significativa, pois a medição passará de ter como objeto atividade realizada em cada uma das etapas do processo assistencial (urgências, hospitalização, consultas, intervenções), para a análise do número total de pacientes tratados e o tempo de resolução (missão principal do hospital).
- Aumento da capacidade instalada por meio da exploração da reserva latente (utilização apropriada dos recursos atuais) ao invés do aumento de recursos novos (que requer uma capacidade de investimento não disponível).

Para implementar estes novos enfoques na gestão das operações no hospital, será necessário:

- O desenvolvimento da função de direção e gestão integral das operações.
- A introdução de funções de análise mediante métodos quantitativos de operações: programação linear, teoria de filas, métodos preditivos.
- A introdução de funções de dinamização e gestão da mudança mediante enfoques de gestão como o *Lean Management* e o *Six Sigma*.

Para implementar estes novos enfoques na gestão estratégica e operacional serão necessários instrumentos mais potentes na gestão econômico-financeira. Esta deverá assegurar disponibilidade de recursos financeiros para acompanhar o desenvolvimento estratégico, e deverá fornecer informação mais fina sobre o custo das operações (custo por procedimento, processo e paciente) para melhorar a operação do hospital.

Mensuração de resultados

Os sistemas de mensuração dos hospitais têm sido relativamente simples (somente processo clínico ou cirúrgico, independente do conjunto de processos ou itinerários do paciente, centrados no leito e procedimentos diagnósticos/terapêuticos), e baseado mais em critérios de produção (atividade, faturamento) do que em resultados em saúde.

No entanto, as exigências do hospital do futuro obrigarão a repensar estes sistemas de mensuração da atividade:

- Captar a atividade de múltiplos recursos ou plataformas assistenciais (leito, consulta online, telemedicina, e-mails, procedimentos intervencionistas, etc.).

- Considerar a visão territorial da atenção à saúde, na medida em que o hospital será um núcleo (“hub”) e desenvolverá alianças com outros recursos assistenciais do território.

Os sistemas de mensuração incorporarão uma visão mais poliédrica da organização, incluindo a dimensão clínica (resultados em saúde, segurança do paciente) e a dimensão de desenvolvimento organizacional (profissionais, investigação, inovação), as classicamente utilizadas de processos (atividade e utilização de recursos) e financeiros (gastos sanitários). Assim pois, a generalização de modelos de mensuração do estilo Balanced Scorecard será cada vez mais importante.

Colaboração e fusões

A abertura do hospital à comunidade, seu papel como núcleo, os serviços assistenciais multi-hospitalares e os serviços de gestão compartilhados obrigarão a aumentar as colaborações, alianças e fusões, parciais ou totais, entre organizações. Além disso, existe desde há tempos uma pressão por parte de reguladores e financiadores, sob os argumentos do elevado número de centros hospitalares e a necessidade de racionalização da oferta de cuidados.

No entanto, alguns estudos sugerem que, até esta data, o aumento das cooperações e fusões não tem permitido alcançar os resultados inicialmente previstos. No Reino Unido, a onda de fusões hospitalares que ocorreu entre 1997 e 2006, e que envolveu a metade dos hospitais do NHS, fez com que os hospitais fundidos sejam, hoje em dia, menos eficientes que os outros¹⁷.

Em consequência, acreditamos que se deve dar mais importância à fase de concepção do projeto de aliança ou fusão, cuja vocação é clarear e aprofundar ao máximo o “por que” e o “como” da fusão. Esta fase deve ser acompanhada de uma análise detalhada e profunda dos benefícios, as-

sistenciais e econômicos, que se esperam obter e como serão mensurados. Um segundo elemento imprescindível são o planejamento e a gestão da mudança nas organizações afetadas. Finalmente, um elemento ao qual geralmente não se dá a devida importância: quais habilidades de gestão são necessárias para conduzir ao novo paradigma da instituição, seja por intermédio de fusão ou em aliança?

6.2 Governança das organizações

Autonomia de gestão

A capacidade e autonomia de gestão das instituições favorece maior eficiência e flexibilidade das organizações, e é imprescindível para avançar em alguns dos atributos do hospital do futuro: compartilhar serviços entre prestadores, reordenar a carteira de serviços, realizar alianças com outros hospitais ao nível territorial, etc.

A autonomia de gestão é um fator crítico para alcançar maiores e melhores indicadores de desempenho nas organizações. Em um estudo recente realizado¹⁸ sobre mais de 1.000 hospitais em 7 países foram identificados fatores comuns dos hospitais que obtiveram melhores resultados: a competição entre centros, a maior proporção de gestores com formação em saúde e treinados para a gestão, os maiores graus de autonomia de gestão, o maior tamanho dos hospitais e a titularidade privada dos hospitais, com ou sem fins de lucro. Embora estes resultados devam ser avaliados dentro do contexto organizacional do sistema de saúde de cada país, destaca-se a autonomia de gestão como um elemento necessário para melhorar a gestão. Assim pois, a autonomia de gestão é condição necessária, embora não suficiente, para obter melhores resultados.

As condições imprescindíveis para desenvolver a autonomia de gestão¹⁹ são:

¹⁷ NHS hospital mergers bring few benefits”, 11/01/12, University of Bristol's Centre for Market and Public Organization (CMPO).

¹⁸ Dorgan S, Layton D, Bloom N, Homkes R, Sadun R, Van Reenen J. Management in healthcare: why good practice really matters. Londres: McKinsey & Company and London School of Economics.

¹⁹ Peiró, M. Barrubés, J. Nuevo contexto y viejos retos en el sistema sanitario. Rev EspCardiol. 2012;65(7):651-655

- Personalidade jurídica própria.
- Órgão de governo profissional e independente das estruturas políticas.
- Critério objetivo e explícito de designação dos membros do órgão de governo e da direção do hospital.
- Transferência de responsabilidade e decisão.
- Transparência e responsabilidade fiscal.

A autonomia de gestão tampouco pode ser abordada sem resolver a governança do sistema de saúde. Nas muitas interdependências entre ambos os temas, cabe destacar a complexidade de implantar a autonomia de gestão em regiões ou comunidades com pouco volume de população e com um ou muito poucos hospitais: como separar as funções de regulação e provisão, preservando a autonomia de gestão, sem duplicar recursos?

No Brasil, especialmente nos hospitais públicos da administração direta, a autonomia de gestão encontra grande obstáculo na burocracia legislativa e nos conflitos de interesses entre os financiadores dos serviços de saúde. Assim, a gestão indireta instituída através do sistema de contratualização (OSS, OSCIP, PPP) aparece como possível solução para o problema da autonomia.

Transparência

O hospital do futuro será mais transparente para os órgãos reguladores do sistema de saúde e também frente aos cidadãos. O hospital do futuro:

- Dará a conhecer seus resultados, não somente de atividade mas também de qualidade, tornando-os acessíveis (os resultados serão públicos).
- Comunicará suas inovações e também seu desempenho.
- Reportará como utiliza seu orçamento.
- Será publicamente responsável por seus sucessos e também por seus fracassos.

Sobre esta base, a qualidade clínica, e portanto os resultados de segurança do paciente, serão um novo paradigma geral. Os resultados em saúde passarão a ser as medidas chave de qualidade: sobrevivência, morbimortalidade, aderência ao tratamento, infecções nosocomiais, índice de variabilidade clínica, taxa de progressão clínica da doença, taxa de recorrência em urgências (salas de emergência), taxa de reinternação, incidência de eventos adversos para a segurança do paciente, etc. Estes dados passarão a ser parte da informação que se apresenta aos pacientes.

Não obstante, não será um processo imediato. Ainda que em um ambiente de saúde como o existente nos EUA, em que a competitividade entre hospitais é significativa e as comparações entre os resultados dos centros são habituais (já que veiculam o ingresso de pacientes e portanto receita para o centro), não é essa a situação prevalente no contexto europeu. Neste último caso, além dos indicadores que os centros coletam por dever legal (p. ex. os derivados do CMBD-AH, conjunto mínimo básico de dados sobre alta hospitalar, utilizados pelo Sistema Catalão de Saúde), não existem indicadores pré-definidos para avaliar comparativamente a qualidade assistencial dos centros e torná-la pública.

Alguns organismos internacionais já estão dando passos importantes para resolver esta situação. A OMS, por exemplo, está implantando o programa chamado «*The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)*» dirigido a ajudar os hospitais a desenvolver uma série de indicadores pré-definidos e possibilitar uma comparação entre similares, com a finalidade de identificar ações de melhora.

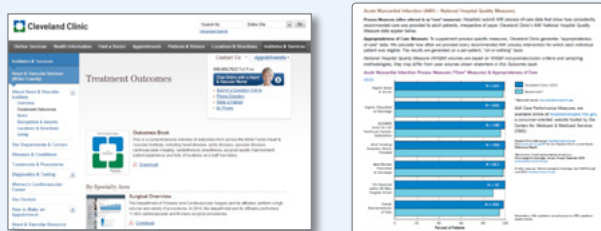
Liderança e organização médica

A participação, o compromisso e a liderança dos profissionais de saúde são imprescindíveis para a gestão das complexas organizações de saúde. E as 8 características definidas do hospital do futuro não farão mais que aumentar esta complexidade.

Exemplo: os resultados reportados pela Cleveland Clinic

Há mais de 10 anos, a Cleveland Clinic, um dos mais prestigiosos hospitais de EUA, publica vários relatórios sobre seus resultados clínicos tanto ao nível de especialidades e de tratamentos específicos como ao nível mais global (segurança do paciente, satisfação do paciente, eficiência da organização, etc.).

Cada relatório de resultados clínicos contém informação relevante sobre as tendências e os enfoques utilizados, tanto ao nível cirúrgico como clínico, dados sobre o volume de atividade e resultados clínicos, e uma revisão das novas tecnologias e das últimas inovações utilizadas na Cleveland Clinic. Por exemplo, os relatórios de resultados clínicos do Taussig Cancer Institute da Cleveland Clinic propõem indicadores sobre taxa de sobrevivência para 5 anos e sua evolução, os últimos equipamentos adquiridos e as publicações da equipe médica.



Para eles, é importante adotar várias estratégias de gestão de profissionais em paralelo. Em primeiro lugar, fomentar a partir da própria organização, a participação dos profissionais na gestão e na tomada de decisões das instituições de saúde. Não em vão, no estudo citado²⁰ anteriormente, observou-se a maior proporção de médicos entre as equipes gestoras das organizações de saúde como um dos fatores presentes nas instituições que obtêm melhores resultados. Em segundo lugar, desenvolver políticas de gestão de pessoas adequadas para que os profissionais percebam o apoio de sua organização. De fato, alguns autores citam esta es-

tratégia como o fator mais importante no desenvolvimento do compromisso com a instituição²¹. Estas políticas deveriam ir na direção de:

- Implementar um modelo incentivador de carreira profissional.
- Desenvolver de forma decidida sistemas de remuneração variável ligada a resultados.
- Objetivar o sistema de mensuração e o nível de rendimento atual de sua equipe e de cada um dos profissionais.
- Estabelecer regras claras, transparentes e compartilhadas sobre a organização do tempo assistencial e não assistencial.
- Melhorar as competências da equipe, investindo em formação e capacitação.

Em última instância, fortalecer a organização médica com o objetivo de tornar compatíveis os objetivos de desenvolvimento do conhecimento, a gestão de recursos e a coordenação de processos assistenciais orientados ao cliente. Para isto, é necessário seguir estruturando a organização médica com base nas especialidades, que são o lugar de geração do conhecimento, da inovação e do desenvolvimento da carreira profissional dos médicos. É necessário, no entanto, consolidar os processos iniciados em muitos países, de estruturação de polos ou institutos de gestão, com a finalidade de melhorar a gestão dos recursos e a eficiência. E em terceiro lugar, é necessário estruturar as clínicas ou linhas de cuidado para coordenar os processos assistenciais multidisciplinares e transversais, dando maior visibilidade à oferta assistencial e maior orientação para o cliente.

6.3 Desenho das infraestruturas

Planejamento e dimensionamento

Se o hospital do futuro se define, em um de seus atributos, por seus múltiplos recursos e plataformas assistenciais, parece lógico pensar que será necessário desenvolver novos métodos de planejamento e mensuração da capacidade assistencial.

²⁰ Dorgan S, Layton D, Bloom N, Homkes R, Sadun R, Van Reenen J. Management in healthcare: why good practice really matters. Londres: McKinsey & Company and London School of Economics

²¹ Peiró M. Dirección pública y gestión del compromiso de los profesionales. En: Longo F, Ysa T, editores: Los escenarios de la gestión pública del siglo XXI. Barcelona: Escola d'Administració Pública de Catalunya; 2008. p 249-79

Ao nível físico, o desafio dos hospitais será adaptar-se aos requerimentos de flexibilidade que exigem a evolução da medicina, o perfil de pacientes e a tecnologia

Os sistemas tradicionais de planejamento têm se baseado em obter o número de leitos necessários para um hospital, a partir do número de atendimentos, do tempo médio de permanência e da taxa de ocupação. E a partir daí, vão obtendo o resto de recursos (por exemplo, o número de casos com cirurgia, e portanto, as necessidades de salas de cirurgia, e assim sucessivamente). Porém o hospital do futuro tenderá a ter pacientes com perfis distintos (crônicos, casos diagnosticados, casos com diagnóstico incerto, críticos, etc.) e múltiplas plataformas (leitos, hospital-dia, internação domiciliar, telemedicina, etc.). Assim pois, o planejamento de novos hospitais ou a mensuração da capacidade assistencial para os existentes deverá ser medida com métodos mais sofisticados, baseados no número de pacientes atendidos, o modelo assistencial e o fluxo de pacientes ao longo do sistema de cuidados.

Desenho físico

Ao nível físico, o desafio dos hospitais será adaptar-se aos requerimentos de flexibilidade que exigem a evolução da medicina, o perfil de pacientes e a tecnologia. Para isto, será necessário avançar em desenhos de infraestruturas que combinem por um lado a durabilidade (um nível estrutural de edifícios capazes de durar mais de 50 anos) e flexibilidade (uma distribuição de espaços adaptáveis às mudanças de atividade). Neste sentido, o desenho do novo hospital de Karolinska, na Suécia, é um exemplo de ambos atributos.

Dessa forma, o desenho dos hospitais deverá incorporar os elementos de “*evidence-based design in Healthcare*” (design baseado em evidências). Isto significa serem mais sensíveis à distribuição de espaços para minimizar deslocamentos desnecessários, facilitar o controle visual, prever um sistema logístico eficiente (elevadores, tubos pneumáticos, rampas por gravidade, armários inteligentes, robôs de transporte, etc.) e trazer as áreas diagnósticas e terapêuticas para o “ponto de cuidado”.

Finalmente, o hospital incorporará critérios ambientais no desenho e na construção, seja por iniciativa

da administração pública (por exemplo, critérios dos concursos sob o modelo PFI), seja por iniciativa dos proprietários (maior valor das instalações, menores riscos e menores custos de manutenção): seleção de parcelas, orientação dos edifícios, uso de materiais ecológicos, instalações que minimizam os consumos de água e energia, uso de energias renováveis, previsão de espaços para a gestão de resíduos, proximidade de transportes coletivos, etc.

Papel das TIC

Nos últimos anos, os hospitais tem realizado um esforço muito importante para dotar-se de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), tanto em equipes e infraestruturas como em sistemas de informação hospitalares e história clínica eletrônica.

Entretanto, para fazer frente ao novo modelo de hospital será necessário fazer uma segunda evolução que permita:

- Informação clínica compartilhada entre prestadores.
- Elevada capacidade de análise de dados clínicos e desenvolvimento de Sistemas de ajuda para a tomada de decisão.
- Maior compreensão do uso dos serviços por patologias ao nível de área de população ou comunidade.
- Incorporação das TIC dentro do processo assistencial para melhorar a eficiência, ou personalizar o serviço e/ou facilitar o tratamento domiciliar.

6.4 Conclusões

A origem dos atuais sistemas públicos de saúde data do final do século XIX, e a estruturação moderna dos hospitais ocorreu no início do século XX. Neste período, tanto os sistemas de saúde como os hospitais sofreram melhoras significativas em sua

organização, o que contribuiu de forma chave para a melhora da saúde da população. Entretanto, neste momento acontece uma confluência de fatores – os mecanismos de mudança – que obrigam a repensar o papel dos hospitais nos sistemas de saúde. Estes mecanismos de mudança são:

- A difícil sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde.
- A transição demográfica e epidemiológica.
- O novo paciente mais informado, ativo e exigente.
- A inovação e personalização das tecnologias de saúde.
- O desenvolvimento das Tecnologias da Informação e Comunicação.
- A modificação do perfil do profissional e de suas competências.

A questão a responder é como devem evoluir os hospitais nos próximos anos. Não foi feito um exercício de prospecção, mas é possível observar quais as respostas inovadoras que alguns hospitais desenvolvem. A soma destas inovações podem configurar uma imagem de como serão os hospitais nos próximos anos:

- Um hospital não somente centrado em pacientes agudos, mas também que reconheça distintos perfis de pacientes e adapte seu modelo assistencial a suas necessidades.
- Um hospital integrado em uma rede de cuidados coordenada.
- Um hospital com múltiplos recursos que amplifiquem a capacidade assistencial além do leito.

- Uma carteira de serviços assimétrica segundo uma massa crítica, apresentada com especialidades e problemas de saúde, e com serviços assistenciais multi-hospitalares.
- Um hospital com profissionais que trabalhem em equipe, com uma virtualização da atenção médica e delegação de competências.
- O hospital como uma plataforma núcleo (“hub”) dentro do sistema de saúde.
- Um hospital com serviços assistenciais com visão territorial e em colaboração com outros hospitais.
- Um hospital concentrado no “core business” e na assistência à saúde, e que terceiriza o resto das atividades.

A transição progressiva dos hospitais para as 8 características descritas obrigará, também, a repensar o modelo de gestão, a governança das instituições e o desenho de sua infraestrutura física e tecnológica.

7 Bibliografía

Ham, C. Dixon, A. Brooke. B. Transforming the delivery of health and social care. The case for fundamental change. The King's Fund 2012

Redesigning health in Europe for 2020. eHealth Task Force Report. European Union, 2012

Healthcare 2012. Tomorrow's clinical enterprise. Conference preceding 2008. SG2 Healthcare Intelligence.

Falk, W. Mendelsohn, M. Hjartarson, J. Fiscal sustainability and the transformation of Canada's healthcare system. Report produced by the Mowat Centre and the School of Public Policy & Governance at the University of Toronto

Hospitals and Care Systems of the Future. Committee on Performance Improvement of the American Hospital Association. September 2009

Healthcare 2015: Win-win or lose-lose? A portrait and a path to successful transformation. IBM Institute for Business Value. 2010

El hospital del futuro: las ideas de los expertos. Club GerTech. Madrid Network. Cluster Salud y Bienestar. 2011

Un Nuevo Hospital para una Nueva Realidad. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. 2011

Bengoa R, Nuño Solinis R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Elsevier-Mason, 2008.

Jolly, D. L'hôpital au XXIème siècle. AP-HP. Económica, 1988

Réinventons notre système de santé. Au delà de l'individualisme et des corporatismes. Fondation Terra Nova, 2012

Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella, E. La sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontarlas causas del crecimiento del gasto. Barcelona: Antares Consulting; 2010.

Christensen CM. The innovator's prescription. A disruptive solution to Health Care. New York, McGraw-Hill, 2009.

Fundación Bamberg. Ideas para la reforma sanitaria. Febrero 2012.

Saltman RB, Durán A, Dubois HFW. Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. European Observatory in Health Systems and Policies. World Health Organisation, 2009.

Corrigan P, Mitchell C. The hospital is dead, long life to the hospital. Reform, September 2011.

Malone TW. The Age of Hyperespecialization. Harvard Business Review, 2011; July-August: 57-65.

Value-Driven Strategy for Hospitals. Healthcare Financial Management. 2011; 65(6): 1-4.

8 Bibliografia da versão brasileira

TEXTO

Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

DC Malta, JB Silva Jr. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol Serv Saude, 22(1):151-164, jan-mar 2013

Carmo EH; Barreto ML; Silva Jr. JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. Epidemiologia e Serviços de Saúde vol. 12 (2) p. 63-75.

<http://www.proxima.com.br/home/negocios/2013/10/17/Infogr-fico--como-os-brasileiros-buscam-informacoes-sobre-saude-na-web.html>

Mercado de equipamentos, produtos médico-hospitalares e diagnóstico cresce mais do que a média da economia brasileira.

http://www.abimed.org.br/sala-de-impressa/mercado_de_produtos.pdf

Ricardo Tofani SANT'ANNAI, Apolinário Krebs CARDOSOII, João Ricardo Michielin SANT'ANNA, Aspectos Éticos e Legais da Telemedicina Aplicados a Dispositivos de Estimulação Cardíaca Artificial.

http://www.relampe.org.br/detalhe_artigo.asp?id=111

Perspectivas da Qualidade em Redes de Atenção à Saúde. ANAIS 2013, QualiHosp

FIGURAS

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, data-base dezembro/2012.

<http://www.iess.org.br/html/VCMHIESSdbdez12.pdf>

CNM – Confederação Nacional de Municípios, Estudos Técnicos Volume 3, 2010.

Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Banco Mundial. Indicadores do desenvolvimento mundial. Em:

<http://www.google.com.br/publicdata/>

Demografia Médica no Brasil, Volume 2. Cenários e Indicadores de Distribuição. CFM/CREMESP, 2013.

<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>

Antares Consulting, S.A.
www.antares-consulting.com

Barcelona
Josep Tarradellas, 8-10
08029 Barcelona, Espanha
Tel. +34 93 241 89 50
Fax +34 93 209 95 67
antaresbcn@antares-consulting.com

Madrid
Génova, 21
28004 Madrid, Espanha
Tel. +34 91 781 06 66
Fax +34 91 781 06 67
antaresmadrid@antares-consulting.com

Lisboa
Largo das Palmeiras, 9
01050-168 Lisboa, Portugal
Tel. +351 21 350 58 94
Fax +351 21 316 05 05
antareslisboa@antares-consulting.com

Paris
7, Boulevard de Magenta
75010 Paris, França
Tel. +33 1 73 54 76 15
Fax + 33 1 47 66 46 78
antaresparis@antares-consulting.com

Lausanne
BDO
Route de la Corniche, 2
1066 Epalinges, Suíça
Tel. +33 1 73 54 76 15
antares@antares-consulting.com

São Paulo
Edifício Spazio Jk
Av. Juscelino Kubitschek, 1726 11º andar
04543-000 São Paulo, Brasil
Tel. + 55 11 30 53 04 77
Fax + 55 11 30 53 04 94
antaresbrasil@antares-consulting.com

Bruxelas
Bloemenstraat, 32 o Rue aux Fleurs,
32B-1000 Bruxelas, Bélgica
Tel. +33 1 73 54 76 15
antares@antares-consulting.com

