

# Os Hospitais e o Sistema de Saúde: Uma Nova Realidade, um Novo

Lúcio Meneses de Almeida  
Médico especialista em Saúde Pública. ARS Centro

Autor

Desde os tempos medievais que a função dos hospitais consiste em prestar cuidados, essencialmente curativos.

No século passado floresceram, por toda a Europa e América do Norte, grandes unidades hospitalares, pólos aglutinadores de recursos humanos e tecnológicos altamente diferenciados. Dá-se a expansão do sistema de serviços de saúde, em resultado da remoção das barreiras ao seu financiamento, no pressuposto de que o crescimento económico será o necessário para sustentar um sistema cada vez mais oneroso.

Em Portugal, esta fase, mais tardia, correspondeu à criação e implementação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979 – marco histórico do desenvolvimento do País, alicerçado na notável reforma Gonçalves Ferreira de 1970-72 que criou a primeira geração de centros de saúde.

Melhoram os indicadores de saúde e satisfazem-se não só as necessidades “primeiras” em cuidados de saúde (cuidados de saúde primários) mas também necessidades médicas requerendo recursos diferenciados e, conseqüentemente, implicando custos elevados (cuidados hospitalares).

O macro-contexto que presidiu à expansão dos serviços mudou em todo o mundo ocidental e com ele a capacidade de resposta do sistema de saúde. À tentativa de controlo da despesa, segue-se a promoção da eficiência, visando “fazer mais com o mesmo” ou, mais parcimoniosamente, “fazer o mesmo com menos”.

Exigem-se, pois, novos modelos de organização dos serviços de saúde e novas políticas e estratégias de saúde, redireccionados

para um contexto de contenção de recursos, ou mesmo, da sua restrição.

São por demais conhecidos os diversos factores que determinaram a explosão de custos do sector da saúde: o envelhecimento da população, as expectativas crescentes do público (“mais e melhores cuidados”) e a inovação tecnológica.

Importa, no entanto, distinguir “inovação” de “novidade”. A avaliação sistemática das tecnologias da saúde (*health technology assessment*) é o garante dos benefícios económicos e clínicos resultantes de uma novidade tecnológica em saúde.

Acrescem, aos determinantes da explosão de custos do sector da saúde, as novas dinâmicas e estruturas familiares, resultando na institucionalização dos idosos e portadores de incapacidade, esta última secundária à falência do suporte familiar intergeracional. Tal resulta numa maior pressão sobre a rede assistencial, justificando a necessidade de uma rede de cuidados continuados.

Por outro lado, o “encarniçamento terapêutico” (eg. cuidados de fim de vida) e a prática defensiva da medicina contribuem para uma prestação de cuidados não raras vezes desproporcionada, nos recursos mobilizados, em relação aos resultados clínicos alcançáveis.

Em resultado das elevadas expectativas de cura e tratamento por parte dos doentes, os hospitais são remetidos para o papel de “catedrais” do sistema de serviços de saúde. Tais expectativas levam, não raras vezes, a “curto-circuitos” do sistema.

Ao invés de procurarem a calorosa assistência do seu “pároco”, perfeito conhe-

cedor dos seus problemas e “dores de alma”, os doentes procuram o consolo direto de “prelados” e de outros “altos dignitários”, supostamente mais próximos



# Paradigma

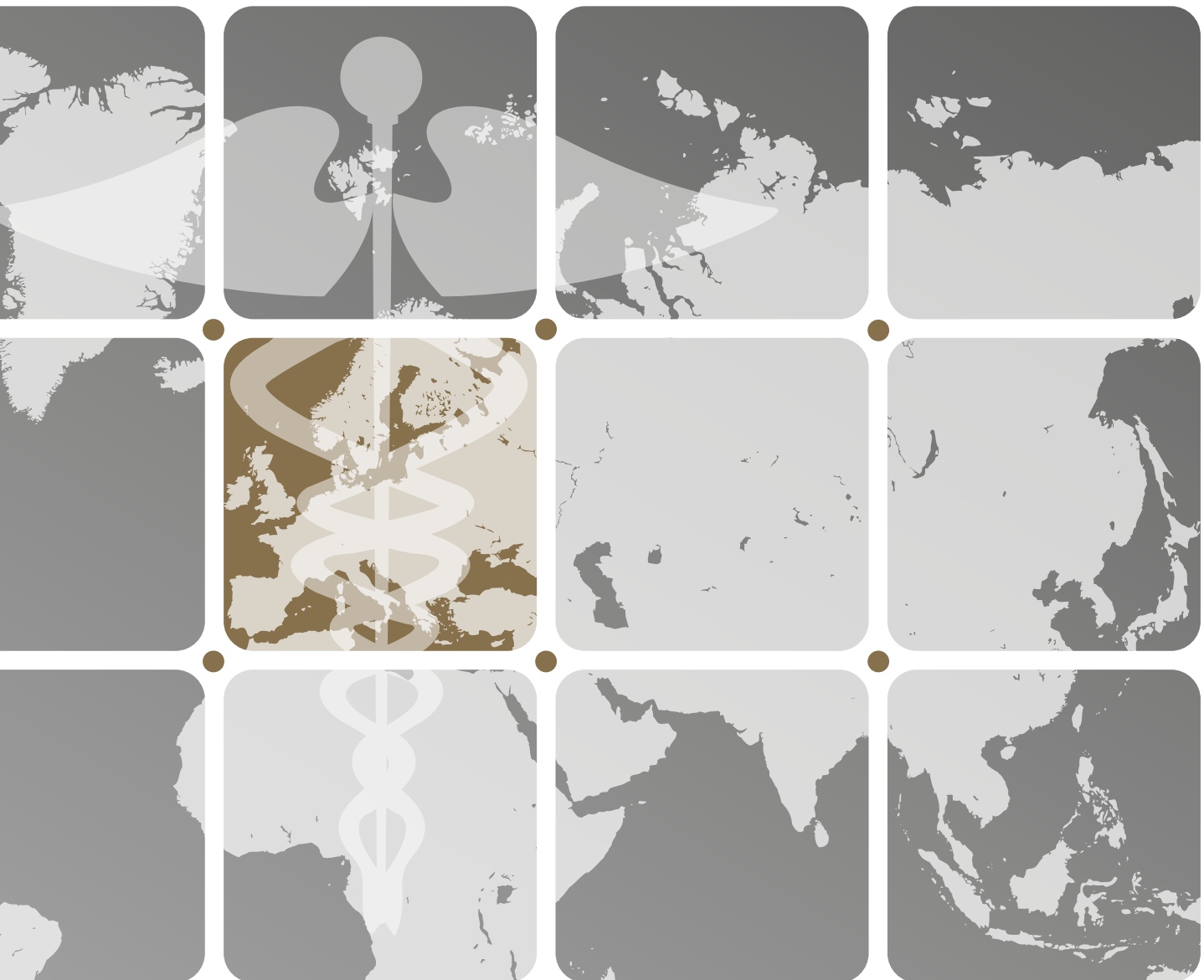
da “salvação” pretendida...

Quanto maiores a lotação e a produção hospitalares maior o prestígio do hospital. Prestígio obtido independentemente

da eventual redundância da oferta individual relativamente a outras instituições da mesma rede hospitalar, geograficamente próximas mas sistemicamente distantes, e

da insuficiência de escala necessária à qualidade e segurança dos cuidados.

Aparentemente, à semelhança doutros domínios “size matters”...



## HOSPITAIS COMO SETTINGS PROMOTORES DE SAÚDE

A doença recém-diagnosticada é um momento propício à mudança e ao abandono de estilos de vida perniciosos. Pela relevância do sector hospitalar no sistema de saúde e pelo prestígio que os seus profissionais gozam junto da população, o hospital não deve restringir a sua missão à prestação de cuidados curativos (cura, tratamento ou reabilitação), mas também a cuidados preventivos e de promoção de saúde, tendo como alvo todos aqueles que frequentam as suas instalações.

Desta forma, o ambiente hospitalar deverá incluir o conjunto dos *settings* promotores de saúde mediante iniciativas de promoção e proteção da saúde de doentes, visitas, profissionais e até de fornecedores.

O movimento internacional dos hospitais promotores de saúde (*health promoting hospitals*) foi lançado em 1991, com a Declaração de Budapeste. A sua finalidade consiste em reorientar as instituições de saúde para a integração, nos cuidados curativos, das actividades de “promoção e de educação para a saúde e de prevenção da doença”. Relativamente aos diversos níveis de prevenção em saúde, o hospital é o *setting* ideal para a prevenção quaternária (prevenção do intervencionismo médico inapropriado, porque excessivo ou inadequado). Este nível de prevenção, recentemente descrito, tem a maior relevância na qualidade e segurança clínicas e na sustentabilidade dos sistemas de saúde.

## OS HOSPITAIS E O SISTEMA DE SAÚDE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES

O objectivo dos cuidados curativos consiste em alcançar os melhores resultados em saúde (desfecho clínico) para cada doente individualmente. É este o objectivo da prática clínica do dia-a-dia hospitalar.

No entanto, em cenários de aumento exponencial da procura (eg. catástrofe), estabelece-se um novo objectivo: assegurar o melhor nível de cuidados possível ao maior número de pessoas (“*doing the greatest good for the greatest number of patients*”). A expansão da capacidade de resposta (*surge capacity*) é conseguida através do ajustamento clínico-assistencial àquele objectivo.

Os acontecimentos do 11 de setembro de 2001 tornaram evidente, para todo o mundo, a necessidade de uma preparação e resposta integradas a emergências em saúde pública – desde a vigilância epidemiológica sindrómica (a cargo dos serviços operativos de saúde pública) até à prestação de cuidados altamente diferenciados pelos hospitais de “fim de linha”, passando pelos “primeiros respondentes” (serviços de emergência que acorrem ao local).

Em contrapartida, a pandemia de gripe de 2009 evidenciou, no nosso País, a robustez de um Serviço Nacional de Saúde coeso e concertado na sua resposta, planeada e preparada com anos de antecedência, em conformidade com as orientações das agências internacionais de saúde pública (OMS e ECDC).

O peso crescente dos serviços de saúde enquanto determinantes de saúde obriga a um particular cuidado no que diz respeito à alocação dos recursos do sistema de serviços de saúde e, muito em particular, do sector hospitalar. Por outro lado, a perspectiva institucional do planeamento de serviços não garante a satisfação das reais necessidades em saúde e em serviços de saúde das populações. Só o conhecimento epidemiológico da doença (frequência e distribuição) e dos seus determinantes permite planear recursos e serviços de forma efectiva (i.e., com impacte na saúde das populações).

O planeamento de base populacional, ajustado aos recursos disponíveis, adequa os serviços às reais necessidades de saúde da população da área de influência. É essa, em síntese, a missão das ARS.

A visão “insular” de algumas unidades hospitalares, aparentemente alheadas do ambiente exterior, é outro dos desafios do sistema de serviços de saúde. Qual sistema fechado, esta conduta conduz inexoravelmente a um enfraquecimento progressivo que, no limite, leva à sua extinção.

Paradoxalmente, observa-se que quanto maior a dimensão dos hospitais maior o seu “isolacionismo” sistémico: “*Many large hospitals exist in splendid isolation from wider*

*health policy or even from the health of the communities they serve. Their size and autonomy limits any stimulus towards inter-agency working or partnership, with a resulting tendency towards introspection*” (Wright et al., 2002 – op. cit.).

A integralidade dos cuidados implica a in-



tegração entre os diversos níveis de cuidados: saúde pública, cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados/cuidados paliativos. Assim se cobre todo o espectro de cuidados de saúde – desde a promoção da saúde/prevenção primordial até aos cuidados de fim de vida –, se garantem os cuidados transicionais e

se promove a eficiência sistémica.

No actual contexto económico e financeiro é essencial assegurar uma resposta do sistema de serviços de saúde ajustada, em magnitude e distribuição, às crescentes necessidades de saúde da população portuguesa, decorrentes da sua estrutura demográfica.

Mais do que nunca, a eficiência do sistema de serviços de saúde, a par da equidade, assume-se como vital para o próprio sistema de saúde e, no limite, para a saúde do público enquanto seu *outcome* pretendido (efectividade).

O “hospital de saúde pública” (*public health hospital*) apresenta diversas dimensões, todas elas concorrendo para a efectividade do sistema de saúde: é um hospital promotor de saúde, assegura a qualidade dos cuidados, participa na monitorização da saúde e da doença da população de atracção e adequa a oferta dos serviços às reais necessidades em saúde.

Trata-se, pois, de um hospitalar inclusivo, que integra competências específicas dos profissionais de saúde pública (epidemiologia, planeamento e capacitação em saúde) e que promove uma cultura de avaliação de resultados, não só individuais (desfecho clínico) mas também populacionais (impacte em saúde).

A directiva comunitária de cuidados de saúde transfronteiriços (directiva 2011/24/UE de 9 de março de 2011), a adoptar pelo nosso País até 25 de Outubro do corrente ano, implica novos desafios para o sector hospitalar.

Simultaneamente, encerra novas oportunidades, não só para este sector mas também para outros sectores da economia, como o turismo e serviços conexos.

Os clientes potenciais deixam de estar limitados a uma determinada área geodemográfica intranacional, para passarem a incluir todos os cidadãos do espaço europeu que desejem ser tratados num determinado serviço ou instituição hospitalar de reconhecida capacidade ao nível europeu. Desta forma, o modelo organizacional assente em unidades hospitalares de *referência*, baseadas em critérios geográficos e jurisdicionais, será, inexoravelmente, substituído por centros de *referência*, a criar em função de critérios de excelência da prestação de cuidados, incluídos em redes europeias (por patologia específica ou grupos de patologias).

O princípio conformador dos centros de referência radica na qualidade dos cuida-

dos prestados, garantida pela diferenciação técnica e pela escala da produção (casuística). Pretende-se evitar as redundâncias na oferta e maximizar, a um âmbito europeu, a capacidade instalada no que diz respeito a patologias envolvendo recursos altamente diferenciados (caso das doenças raras).

O sector hospitalar terá que se ajustar aos constrangimentos orçamentais e aos novos desafios contextuais, introduzindo metodologias de planeamento, administração e gestão de serviços de saúde *evidence-based* e combatendo o isolacionismo sistémico a que se tem remetido.

A actuação dos hospitais como sistemas abertos obriga a um “rasgar” de fronteiras institucionais e a uma interacção, dinâmica porque biunívoca, com o ambiente exterior: restantes serviços e unidades de saúde, parceiros comunitários e população da área de influência.

Impõe-se, em conclusão, um novo paradigma enfocado na *qualidade* e excelência dos cuidados, ao invés da *quantidade* dos serviços produzidos enquanto determinante do prestígio e poder reivindicativo de uma qualquer instituição hospitalar.

Evocando Charles Darwin (1809-1882), célebre naturalista inglês: **“It is not the strongest of the species that survives, nor the most intelligent, but the one most responsive to change.”**

#### BIBLIOGRAFIA:

- Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011 relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços. Jornal Oficial da União Europeia. 88 (4/04/2011) 45-65.
- Meneses de Almeida L. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2010; 28(1): 79-92.
- Groene O, Jorgensen SJ. Health promotion in hospitals: a strategy to improve quality in health care [Commentary]. European Journal of Public Health 2005; 15(1): 6-8.
- Wright J, Franks A, Ayres P, Jones K, Roberts T, Whitty P. Public health in hospitals: the missing link in health improvement. Journal of Public Health Medicine 2002; 24(3): 152-155.

Resposta que deverá passar, no que diz respeito aos hospitais, pelo seu funcionamento integrado e em verdadeira rede, potenciando sinergismos e a sua intercomplementaridade. Só assim se poderão desenvolver áreas de excelência, em função da capacidade existente e disponível de cada hospital e das necessidades reais em serviços de saúde.