

O futuro dos hospitais

Relator: Marcelo Cristiano de Azevedo Ramos

Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva
Diretor-geral do Instituto Nacional do Câncer (Inca)

Claudio Luiz Lottenberg
Presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

Os médicos Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva, diretor-geral do Inca, e Claudio Luiz Lottenberg, presidente do Einstein, analisam a história e os novos rumos da instituição hospitalar.

Primeira palestra

O médico Luiz Antonio Santini Rodrigues da Silva, diretor-geral do Instituto Nacional do Câncer (Inca), fez importante pronunciamento na abertura do Quinto Debate, cujo tema central foi "O futuro dos hospitais". Ele traçou a evolução do conceito de hospital no decorrer dos últimos séculos. "No século XIX, os hospitais se caracterizavam pela finalidade de exclusão do convívio social, sendo local de encaminhamento de pessoas com doenças mentais e infecciosas e com perspectiva de óbito em curto espaço de tempo. No século XX, as instituições de saúde beneficiaram-se com a descoberta da anestesia e o surgimento de antimicrobianos, proporcionando o controle de infecções. No século XXI, a principal mudança de paradigma está relacionada ao foco no paciente e à assistência à saúde, e não apenas à organização do sistema", definiu o diretor-geral do Inca.

Transição demográfica e epidemiológica

Longevidade e aumento da incidência de neoplasias malignas foram outros assuntos abordados pelo médico. “Atualmente, observa-se no Brasil um padrão de envelhecimento populacional e de transição epidemiológica. Em 2010, havia no País cerca de 13 milhões de habitantes com 65 anos ou mais, faixa etária que deverá chegar a aproximadamente 19 milhões em 2020 e 48 milhões em 2050”, salientou Santini. “Por causa disso, tem-se observado rápida evolução na ocorrência de doenças crônicas, entre as quais as neoplasias malignas ocupam posição central”, pontuou. “O aumento na incidência de câncer em países menos desenvolvidos tem ocorrido em razão da elevação no número de pessoas sobrevivendo com a doença e da apresentação inesperada em alguns perfis epidemiológicos.”

A razão entre mortalidade e incidência de câncer na América Latina apresenta tendência mais elevada que a de outros países, para câncer de mama, colo do útero, próstata, colorretal, leucemia, fígado, pulmão e estômago (veja Gráfico 1). O médico explicou que esse fenômeno ocorre em decorrência de menor eficácia em prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, se compara com países mais desenvolvidos. “Para o câncer de ovário, especificamente, não se tem observado diferenças na razão entre mortalidade e incidência, uma vez que atualmente não existem elementos eficazes para prevenção e diagnóstico precoce”, observou.

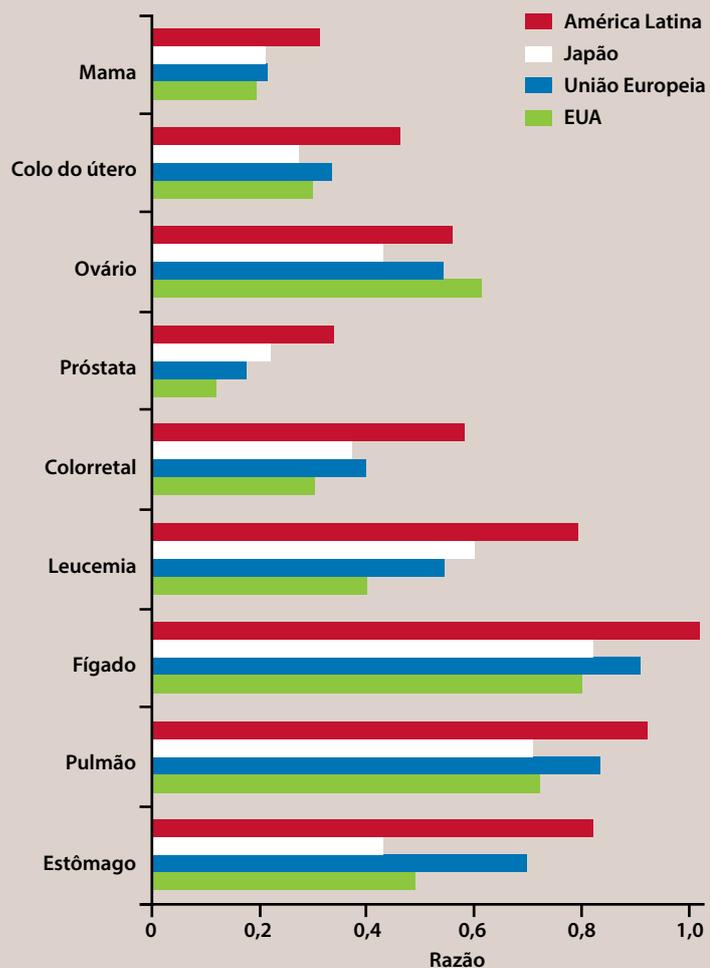
De acordo com o diretor-geral do Inca, a previsão de casos novos de neoplasias malignas na América Latina em 2020, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, é de cerca de 504 mil, o que representa um aumento da ordem de 38% em relação a 2009. “Nessa situação, assegurar que os sobreviventes tenham vida longa, saudável e produtiva

torna-se um desafio. Cerca de dois terços dos sobreviventes terão acima de 65 anos, apresentarão questões relacionadas a comorbidades e demandarão acompanhamento e tratamento específicos”, justificou.

Desafios no controle do câncer

O controle do câncer como medida de saúde pública, segundo Santini, está ligado a vários fatores, entre eles a história natural da doença; a busca pela cura ou pela cronicidade do agravo; as mudanças terapêuticas advindas de pesquisa e inovação; a análise comparativa entre custos de

Gráfico 1 - Razões de mortalidade / incidência por tipo de câncer



Fonte: The Lancet Oncology, vol. 14, abril 2013.



medicamento e resultados em termos de sobrevivência e qualidade de vida; o risco de tratamentos excessivos em uma sociedade cada vez mais medicalizada; e o aumento da expectativa da população em relação à medicina. “Outro desafio reside nas consequências relacionadas às intervenções realizadas e ao tratamento dispensado ao paciente”, desta-

cou o médico. Para ratificar essa afirmação, ele deu como exemplo a elevação de 24% na incidência de nova neoplasia maligna em crianças e jovens submetidos a tomografia computadorizada.

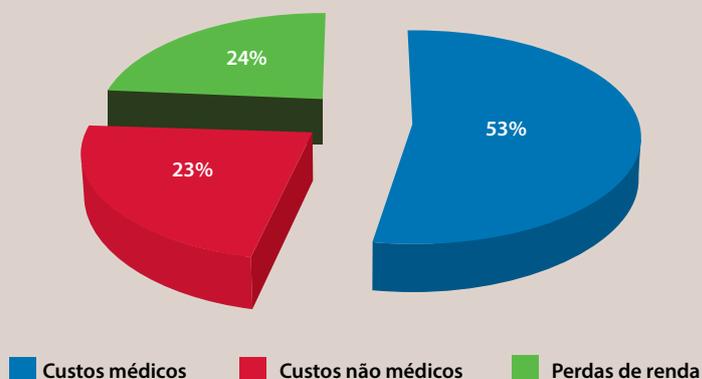
Gastos com o controle do câncer

Em 2010, foram gastos cerca de 290 bilhões de dólares com o tratamento de câncer no mundo – destes, 53% com custos médicos diretos, 23% com custos não médicos e 24% decorrentes de perdas de receita (veja Gráfico 2). “Atualmente, cerca de 80% dos pacientes portadores de câncer encontram-se em países em desenvolvimento, nos quais apenas 5% da receita mundial foi gasta com a doença”, completou o médico.

No Brasil, os gastos com câncer apresentaram incremento da ordem de 255%, entre 2000 e 2011, informou o diretor-geral do Inca. No entanto, diferentemente dos gastos com tratamentos quimioterápicos e radioterápicos, as despesas com cirurgia oncológica apresentaram valores relativamente estáveis no período. Esse é um indicativo de distorção no modelo de financiamento do sistema, uma vez que o procedimento cirúrgico é atualmente o principal tratamento curativo para as neoplasias malignas, esclarece o médico. Segundo ele, essa distorção começou a ser corrigida a partir de 2012 (veja Gráfico 3).

Nesse contexto, salientou Santini, um importante desafio no tratamento do câncer refere-se ao acesso. “A

Gráfico 2 - Novos casos de câncer no mundo - 2010 (em US\$ bilhões)



Fonte: The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases; World Economic Forum and Harvard School of Public Health – Set/2011

inovação, ainda que represente um aspecto relevante em termos de eficácia, tem também demonstrado impacto nos custos, podendo limitar o acesso”, ressaltou. “Atualmente, médicos norte-americanos têm denunciado a existência de medicamentos com preços anuais superiores a US\$ 100 mil. E o Glivec pode ser apontado como exemplo desse tipo de droga, lançada no mercado em 2001, ao preço anual de US\$ 30 mil”, frisou Santini. “Nesse sentido, o governo vem atuando de modo a realizar compras centralizadas, a fim de obter preços mais razoáveis e economia de escala, uma vez que é o maior comprador de medicamentos no País.”

Screening populacional

Outro desafio importante refere-se às limitações do *screening* populacional para malignidade e seu potencial de determinar condutas inadvertidamente invasivas, afirmou o diretor-geral do Inca. “Um ensaio clínico envolvendo rastreamento para câncer de mama mediante mamografia verificou que, para cada 2 mil mulheres submetidas ao exame, durante uma década, apenas uma vida foi prolongada e dez mulheres receberam terapia desnecessária.”

O rastreamento populacional para o adenocarcinoma de próstata também representa polêmica, segundo o médico. “Embora a recomendação atual de dosagem bianual de PSA entre os 55 e 70 anos de idade possa reduzir o risco de óbito

em um homem para cada mil submetidos ao exame, durante uma década, existe um elevado risco de tratamentos desnecessários e de repercussão clínica em termos de disfunção erétil e incontinência miccional.”

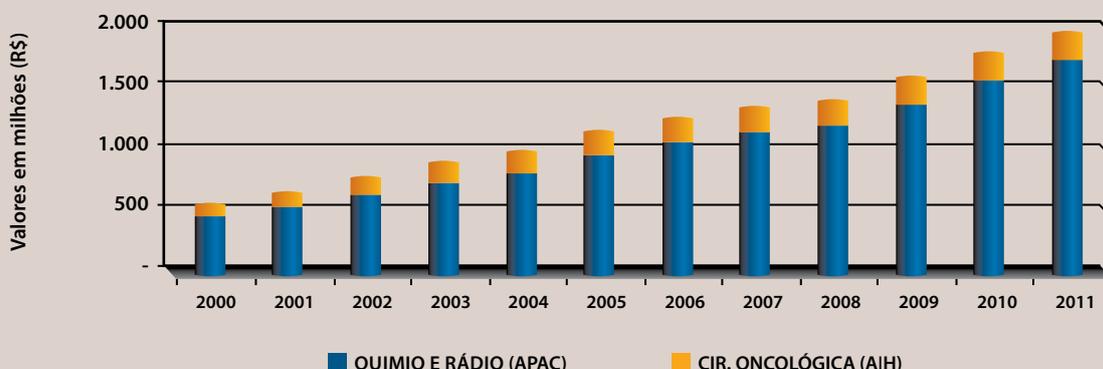
O objetivo do *screening* populacional, realçou Santini, deve ser a redução da mortalidade e não apenas o diagnóstico. No entanto, sempre que houver uma suspeita clínica, o exame complementar poderá ser solicitado pelo médico.

O hospital do futuro

Nesse contexto, finalizou o presidente do Inca, o hospital do futuro deverá ser caracterizado por:

- Substituição do modelo de gestão hospitalocêntrico pela organização sob o formato de redes, buscando um novo modelo técnico-científico e disseminando a capacidade de atendimento para todos os níveis de atenção;
- Substituição da medicina tecnológica e centrada em procedimentos para a medicina baseada na evidência clínica e no paciente;
- Predomínio de protocolos clínicos e da participação do paciente na decisão da linha de tratamento;
- Incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
- Introdução de metas e avaliação de resultados clínicos e hospitalares.

Gráfico 3 - Gastos com oncologia no SUS (2000-2011)



Fonte : MS/SIH/SIA/SUS

Segunda palestra

O presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, o médico Claudio Luiz Lottenberg, segundo palestrante convidado para o Quinto Debate, também apresentou sua visão sobre a evolução do conceito de hospital. Para ele, os hospitais do passado, em um momento não muito distante, caracterizavam-se pelo perfil relacionado à realização de grandes procedimentos cirúrgicos e pela exclusão de indivíduos da sociedade. “A partir do advento de novas tecnologias, sobretudo agregativas, o hospital passou a exercer papel central no diagnóstico e tratamento de pacientes, dentro de um modelo hospitalo-cêntrico”, prosseguiu Lottenberg. “Já, posteriormente, com o maior acesso ao financiamento e à portabilidade das tecnologias, surgiu uma nova perspectiva ambulatorizante, resultando no conceito de sistema de saúde e no paciente como centro da atenção.”

“Assim, surgiu a necessidade de redefinição do papel dos hospitais, que se tornaram elementos do processo assistencial, dentro do contexto de uma rede ou de um sistema de saúde”, pontuou o presidente do Einstein. “O cuidado con-

tínuo, não exclusivo do ambiente hospitalar, tornou-se um dos mais importantes pilares da assistência.”

O hospital do futuro

De acordo com Lottenberg, “o hospital do futuro deverá ser centralizado no paciente como vetor principal do cuidado, de modo que os diferentes setores atuem de forma sinérgica e integrados dentro do sistema de saúde”. Atualmente, já não é possível conceber o tratamento a todas as necessidades dos pacientes exclusivamente em torno de uma estrutura hospitalar, afirmou o médico.

O apoio ambulatorial, comprometido com a resolubilidade, a eficiência e a sustentabilidade do sistema de saúde, será considerado fundamental para a perenidade dos hospitais, mesmo aqueles reconhecidos como grandes centros de excelência, avaliou Lottenberg. “Desse modo, os hospitais do futuro, por apresentarem estrutura mais onerosa, deverão priorizar pacientes graves, doenças agudas, diagnósticos de maior complexidade e traumas”, frisou. “Não se admitirá a



utilização de recursos hospitalares para a atenção a elementos de baixa complexidade.”

A discussão relativa ao papel dos hospitais deverá se concentrar naquilo que agrega valor ao cuidado, pontuou Lottenberg. Para tal, uma base sólida de informações deverá estar disponível, conjugando redes ambulatorial e hospitalar. “O prontuário eletrônico do paciente deverá ser único e integrar o registro de informações assistenciais, evidências clínicas, condutas médicas, protocolos de atendimento, informações de custos e resultados que permitam a responsabilização dos envolvidos.”

Já os mecanismos de pagamento, na opinião do médico, deverão estar atrelados à qualidade da assistência e aos resultados obtidos, e não mais apenas ao uso de tecnologias e à realização de procedimentos. “O hospital do futuro deverá atuar em ambiente permeado por doenças crônicas, como *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial, para as quais a educação apresenta maior impacto que a utilização de equipamentos sofisticados.”

O tempo médio de internação deverá sustentar a tendência de redução verificada recentemente, na avaliação de Lottenberg. “Nos Estados Unidos, por exemplo, esse fenômeno já tem se mostrado bastante importante: há cerca de dez anos, uma internação durava em torno de cinco a seis dias, ao passo que, atualmente, a permanência hospitalar naquele país é de cerca de cinco horas.”

As plataformas de humanização, como o Planetree, também deverão ser estimuladas, acredita o médico. “A demanda por relacionamento, a valorização da relação médico-paciente e do paciente e com a equipe multiprofissional serão questões centrais”, afirma. “A comunicabilidade assumirá papel relevante, de forma que muitas questões poderão ser resolvidas utilizando tal recurso.”

“O hospital do futuro deverá ser centralizado no paciente como vetor principal do cuidado, de modo que os diferentes setores atuem de forma sinérgica e integrados dentro do sistema de saúde”

Em síntese, concluiu Lottenberg, o hospital do futuro será caracterizado por:

- Integração com os demais equipamentos de saúde, nos diversos níveis de complexidade do sistema;
- Integração entre os diversos atores responsáveis pelo cuidado e fortalecimento das equipes multiprofissionais;
- Surgimento de plataformas de humanização e incentivo à utilização de tecnologias leves.