

9-D-100

14

9-D-100

MARINHA DO BRASIL
ESCOLA DE GUERRA NAVAL

**- GERÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO VOLTADA PARA A
REDUÇÃO DE CUSTOS -**

LUIZ ROBERTO MARTINS DIAS
Capitão-de-Mar-e-Guerra (Md)

2003



ACERVO 227072
Ex. 25 1646



Tema : Gerência de um hospital terciário visando à redução de custos

Título : GERÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO VOLTADA PARA A REDUÇÃO DE CUSTOS

Tópicos a Abordar : - Organização das portas de entrada: controle e a determinação do fluxo de pacientes.
- Otimização dos recursos diagnósticos: critérios de pedidos e a busca de resultados.
- Definição dos principais centros de consumo: planejamento de aquisição, métodos para uma melhor distribuição de insumos e a fiscalização dos serviços terceirizados.
- Gerência da informação: padronização e coleta de dados, transformação de dados em informações e melhoria do desempenho como produto.
- Interface com os níveis primário e secundário do Sistema: educação do paciente, "links" com os Programas de Saúde e "follow-up".

Proposição : Revisar a organização das portas de entrada, com ênfase no controle e determinação do fluxo de pacientes; detalhar os processos de otimização dos recursos diagnósticos e discutir os critérios de pedidos e a busca de resultados; definir os principais centros de consumo, quanto ao planejamento de aquisição e métodos para melhor distribuição de insumos e fiscalização dos serviços terceirizados; formular um modelo de gerência de informação, a partir da educação do paciente, bem como do estabelecimento de "links" com os Programas de Saúde e "follow up" em andamento, objetivando padronização e coleta de dados, transformação de dados em informações, melhoria do desempenho como produto e consolidação da interface com os níveis primário e secundário.

Número de Palavras : 11.516

SUMÁRIO

	PÁGINA
Lista de Figuras	iv
Introdução	vii
 CAPÍTULO 1 – ORGANIZAÇÃO DAS PORTAS DE ENTRADA: CONTROLE E A DETERMINAÇÃO DO FLUXO DE PACIENTES.....	 1
- SEÇÃO I – DEFINIÇÃO DE ATENDIMENTO TERCIÁRIO ...	1
- SEÇÃO II – AS PORTAS DE ENTRADA E O FLUXO DE PA- CIENTES.....	 3
 CAPÍTULO 2 – OTIMIZAÇÃO DOS RECURSOS DIAGNÓSTICOS.....	 7
- SEÇÃO I – OS CRITÉRIOS DE PEDIDOS	7
A Evolução da Medicina: da Magia à Ciência	7
Os Níveis de Exigência da Clientela	14
A Formação Acadêmica dos Profissionais de Saúde nos Dias de Hoje.....	 15
A Busca dos Resultados	17
- SEÇÃO II – OTIMIZAÇÃO DO USO DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES.....	 19
 CAPÍTULO 3 – DEFINIÇÃO DOS PRINCIPAIS CENTROS DE CON- SUMO: PLANEJAMENTO DE AQUISIÇÃO, DISTRI- BUIÇÃO DE INSUMOS E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS TERCEIRIZADOS.....	 23
- SEÇÃO I – DEFINIÇÃO DOS CENTROS DE CONSUMO	23
Gerenciamento Sistemático	23
Planejamento de Aquisição	24
Controle do Material de Aplicação Direta.....	25
- SEÇÃO II – DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS	27
Gerência Financeira em Saúde	27
Custeio por Absorção	29
Sistema de Custeio Baseado em Atividades – ABC..	30
Fiscalização dos Serviços Terceirizados	35
 CAPÍTULO 4 – GERÊNCIA DA INFORMAÇÃO: PADRONIZAÇÃO, COLETA DE DADOS E MELHORIA DO DESEMPE- NHO COMO PRODUTO.....	 38
- SEÇÃO I – PADRONIZAÇÃO E COLETA DE DADOS	38
A Informatização Hospitalar.....	38
Modelo de Padronização e Coleta de Dados	39
Transformando Dados em Informações.....	43
- SEÇÃO II – MELHORIA DO SISTEMA COMO PRODUTO.....	44
 CAPÍTULO 5 – “INTERFACE” COM OS NÍVEIS PRIMÁRIO E SE- CUNDÁRIO DO SISTEMA	 46
- SEÇÃO I – A EDUCAÇÃO DO PACIENTE	46

	A Fidelização da Clientela.....	46
	O Convencimento do Usuário	47
- SEÇÃO II –	“LINKS” COM PROGRAMAS DE SAÚDE E	
	“FOLLOW-UP”	48
CAPÍTULO 6 –	CONCLUSÃO.....	50
BIBLIOGRAFIA		A-1

LISTA DE FIGURAS

FIGURA Nº	TÍTULO	PÁGINA
1	NÍVEIS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE	2
2	FEITICEIRO	8
3	HIPÓCRATES DE CÓS	9
4	PARACELSO	11
5	VESALIUS	12
6	SEMMELWEIS	13
7	PASTEUR	14
8	EXEMPLOS DE DIRECIONADORES DE RECURSOS	32
9	EXEMPLO DE ATIVIDADE (LAVAGEM DE ROUPAS HOSPITALARES).....	33
10	CICLO DE TRANSFORMAÇÃO DE DADOS EM AÇÃO	44

GERÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO VOLTADA PARA A REDUÇÃO DE CUSTOS

“Todos nós, diz o adágio, temos sempre um pouco de médico e de louco. E quantos de nós sofremos da loucura de ser médico”.

(Hélio Luz, médico)

INTRODUÇÃO

A assistência em saúde tem se tornado, nas últimas décadas, extremamente dispendiosa. Impulsionados por fatores que incluem um vertiginoso avanço científico e tecnológico, níveis de exigência cada vez mais acurados por parte da clientela e as freqüentes oscilações cambiais, os preços finais em equipamentos, material médico-cirúrgico, odontológico e de laboratório, além dos medicamentos, têm alcançado patamares altíssimos, principalmente, nos países emergentes, como o Brasil.

Até meados do século passado, o padrão de assistência médica brasileiro era representado por hospitais filantrópicos, com enfermarias imensas, onde a última palavra em equipamentos para diagnóstico eram a radioscopia e o eletrocardiograma. Religiosas voluntárias, com algum conhecimento técnico, desempenhavam os serviços de enfermagem e a principal fonte de recursos financeiros eram as doações beneméritas. Essa imagem começa a desbotar, não só pelo tempo, como também, pelas exigências de mercado, que se apoderaram da assistência em saúde.

Atualmente, a ciência médica encontra-se em franca ebulição, com descobertas quase que diárias, proporcionando uma escalada inédita de novos diagnósticos e melhores tratamentos clínicos e cirúrgicos. A humanidade nunca esteve tão próxima do

verdadeiro sentido da palavra saúde e, com a massificação dos meios de comunicação e o conseqüente acesso à informação, aprende, imediatamente, quais os melhores métodos para diagnóstico e o tratamento mais efetivo para a maioria das doenças, principalmente as que afetam grande parcela da população, como hipertensão arterial, diabetes, alteração nos níveis de colesterol, etc. Com isso, profissionais e instituições são compelidos a atualizarem-se constantemente, o que não deixa de ser um fator essencialmente positivo para o paciente. Entretanto, essa postura exige grandes investimentos, tendo como conseqüência os elevados preços da assistência em saúde aplicados ultimamente.

A reboque, os profissionais vêm praticando o que se convencionou chamar de *Medicina defensiva*, pela qual são solicitados os mais diversos exames, principalmente de imagem, de modo a respaldarem-se diante de um possível erro diagnóstico. O somatório final apresenta uma espiral ascendente de preços e uma retração importante no número de pacientes em condições de pagar pelos serviços oferecidos, sobretudo nos hospitais denominados terciários, ou seja, dotados de recursos altamente especializados, destinados ao atendimento de casos complexos que envolvam tratamento intensivo, grandes cirurgias e terapias específicas, por exemplo.

Diante disso e a exemplo das grandes empresas corporativas, que vêm enfrentando sérias restrições econômicas, as redes hospitalares privadas e os órgãos públicos de saúde procuram novos métodos gerenciais que possibilitem a redução de seus custos, sem que, necessariamente, acarretem diminuição da qualidade dos serviços oferecidos.

O presente estudo se propõe a formular um modelo de gerência de um hospital terciário, voltada para redução de custos, a partir da revisão do acesso e do controle do fluxo de pacientes; da definição de centros de consumo, no que concerne ao planejamento de aquisição e distribuição de insumos e fiscalização de serviços

terceirizados; da descrição de processos de otimização dos recursos diagnósticos, com discussão de critérios de pedidos e busca de resultados e da aplicação da gerência da informação, com os seguintes propósitos:

- consolidação da “interface” com os níveis primário e secundário do Sistema, por meio da educação do paciente-usuário e do estabelecimento de “links” com os Programas de Saúde e “follow-up” em andamento;

- padronização e coleta de dados;
- transformação de dados em informações; e
- melhoria do desempenho como produto.

CAPITULO 1

ORGANIZAÇÃO DAS PORTAS DE ENTRADA: CONTROLE E A DETERMINAÇÃO DO FLUXO DE PACIENTES

SEÇÃO I – DEFINIÇÃO DE ATENDIMENTO TERCIÁRIO

A principal característica de um hospital terciário reside na capacidade de atendimento aos casos mais complexos, ou seja, aqueles que necessitam maiores recursos técnicos para o diagnóstico de certeza e tratamento adequado. Assim, os hospitais terciários são destinados à condução, tanto diagnóstica, quanto terapêutica, dos pacientes mais graves, devendo ser preservados do atendimento em níveis primário e secundário.

Por atendimento primário entende-se a assistência aos casos mais simples, que prescindem de exames complementares específicos ou de especialistas para sua resolução. Compreendem as situações clínicas mais comuns, tanto para diagnóstico, quanto para tratamento e acompanhamento ou “follow up”. As unidades de atendimento primário compreendem postos de saúde e ambulatórios periféricos, que possuem profissionais para atendimento inicial e recursos elementares (laboratoriais, radiológicos, eletrocardiográficos etc).

O atendimento secundário envolve procedimentos específicos, sem, contudo, alcançar níveis de complexidade elevados. Como unidades de assistência secundária encontram-se os hospitais de pronto atendimento e as policlínicas, com estrutura física e capacidade técnica que permitem:

- admissão e controle de pacientes para atendimento ambulatorial ou em situação de emergência clínico-cirúrgica que não exijam terapia intensiva ou métodos diagnósticos específicos;

- avaliação e controle de pacientes que necessitam internação em curta permanência ou cirurgias de pequeno e médio portes; e

- acompanhamento de pacientes avaliados em unidade terciária, para os quais foi estabelecido um programa de controle periódico.

Essas unidades possuem recursos laboratoriais, radiológicos, eletrocardiográficos e ultra-sonográficos, além de profissionais especializados nas áreas básicas de assistência em saúde, que possibilitam atendimento à totalidade das patologias prevalentes na população em geral. As situações que transcendem sua capacidade de resolução são removidas para hospitais terciários (Figura nº 1).



Figura nº 1 - Níveis de atendimento em saúde.

Alguns Sistemas de Saúde prevêm um controle periódico de pacientes em seu domicílio, seja por médico, seja por profissionais de enfermagem. Durante essas visitas, são colhidas informações sobre a evolução da doença, respostas ao tratamento instituído e a necessidade, ou não, de comparecimento à uma Unidade. Tal acompanhamento,

voltado não apenas para o paciente, mas também para os familiares, configura o Programa de Saúde Familiar, considerado, atualmente, fundamental para redução dos custos hospitalares.

Nos países mais avançados tecnologicamente, alguns casos com evolução crônica ou sem possibilidade de tratamento, recebem cuidados em níveis de assistência equivalentes a centros de tratamento intensivo, improvisados no domicílio do paciente. Este serviço é conhecido pela sigla inglesa “home care”. Cálculos feitos com planilhas de custos de seguradoras e planos de saúde revelaram que a internação domiciliar permite redução de 20% a 60% em algumas enfermidades, comparativamente aos custos hospitalares da mesma doença. Hoje, a maioria dos planos privados de saúde cobre, quase integralmente, os custos de internação domiciliar. Na busca contínua pela redução dos custos na área da saúde, a internação domiciliar é vista como uma excepcional alternativa. O paciente é tratado no seu habitat natural, com atendimento personalizado, ininterrupto e permite ao hospital maior rotatividade de leitos e redução significativa de custos. No Brasil, algumas empresas, recentemente, passaram a oferecer esse atendimento (5).

SEÇÃO II – AS PORTAS DE ENTRADA E O FLUXO DE PACIENTES

As portas de entrada de um hospital terciário localizam-se, fisicamente, no ambulatório e no Setor de Emergência, que, geralmente, possui um Serviço de Pronto Atendimento (SPA). O ambulatório destina-se ao controle de pacientes sob acompanhamento periódico, geralmente, após internação ou cirurgia e antes do seu retorno à Unidade de origem, secundária ou primária.

O Setor de Emergência está voltado para situações que envolvam comprometimento grave da saúde, com perspectiva de agravamento rápido do quadro e/ou iminente risco

de vida. A maioria dos hospitais com atendimento de urgência possui um SPA, em geral, próximo ao Setor de Emergência, para onde são encaminhados os pacientes que, mesmo não apresentando sinais de gravidade, necessitam atendimento imediato, como dores moderadas e inespecíficas e estados febris, por exemplo.

Esquemáticamente, poderíamos descrever o fluxo de pacientes de um determinado Sistema de Saúde da seguinte maneira:

- Atendimentos de rotina: UNIDADE PRIMÁRIA (ambulatório satélite) → UNIDADE SECUNDÁRIA (hospital regional, policlínica) → UNIDADE TERCIÁRIA.

- Atendimentos de urgência/emergência: → UNIDADE TERCIÁRIA.

- Demanda (procura) espontânea: → UNIDADE TERCIÁRIA.

Se para o hospital terciário as portas de entrada estão, basicamente, no ambulatório e no setor de emergência, para o Sistema como um todo, localizam-se na Unidade primária de atendimento, pela qual o usuário ingressa na estrutura médico-assistencial, com posterior acesso aos níveis secundário e terciário, conforme a complexidade técnico-profissional necessária para a resolução do caso.

Por definição, os hospitais terciários deveriam restringir-se ao atendimento de pacientes cujo diagnóstico exija alta especificidade clínica e tratamento de referência, ou seja, pacientes atendidos, inicialmente, em um determinado estabelecimento de saúde e encaminhados a outro de maior complexidade. A referência deverá ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive da Unidade de origem e segundo normas e mecanismos pré-estabelecidos. O encaminhamento deverá ser realizado com as informações necessárias ao atendimento (resumo da história clínica, resultados de exames complementares, hipóteses diagnósticas etc).

Por contra-referência entende-se o encaminhamento de retorno de pacientes ao

estabelecimento de origem, após a resolução da causa responsável pela referência. Da mesma forma, a contra-referência deverá ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento dos pacientes no estabelecimento de origem.

Entretanto, por deformações que vão desde a comodidade da clientela até a deficiência técnico-administrativa da rede básica de atendimento, os hospitais terciários acabam absorvendo toda a gama de pacientes e patologias, a partir das mais simples. Um exemplo concreto seria um paciente portador de hérnia inguinal que, em vez de procurar uma unidade primária e ser encaminhado, após devidamente avaliado, para atendimento em um hospital secundário, dirige-se ao hospital terciário para diagnóstico e preparo para o tratamento cirúrgico. Isso significa que serão realizadas, inicialmente, duas consultas em Cirurgia Geral, uma em Cardiologia e vários exames complementares disponíveis na Unidade primária ou, no máximo, secundária. Racionalmente, o hospital terciário deveria ser preservado deste atendimento, haja vista não apresentar critérios de alta complexidade.

Do mesmo modo, um paciente sob controle ambulatorial para hipertensão arterial, ou qualquer outra doença crônica, não deveria procurar o hospital terciário para uma simples consulta de rotina. Esses dois exemplos constituem a chamada demanda espontânea, pela qual o paciente dirige-se à Unidade de Saúde conforme sua avaliação pessoal, que tende a atribuir gravidade e caráter emergencial exagerados para a situação apresentada. A demanda espontânea representa um dos pontos de estrangulamento do fluxo normal de consultas e desperdício de recursos técnicos e financeiros de um hospital de grande porte.

Uma das primeiras medidas a serem adotadas visando à redução de custos em um hospital terciário seria o controle do fluxo de pacientes, tanto nos ambulatorios, quanto nos setores de emergência e pronto atendimento. O processo envolveria

reaparelhamento das Unidades de apoio (primárias e secundárias), reeducação, orientação e, principalmente, convencimento da clientela, como será demonstrado no capítulo 5.



CAPÍTULO 2

OTIMIZAÇÃO DOS RECURSOS DIAGNÓSTICOS

SEÇÃO I – OS CRITÉRIOS DE PEDIDOS

A Evolução da Medicina: da Magia à Ciência

As doenças são antigas acompanhantes da humanidade. Submetidas a estudos atuais, algumas múmias egípcias apresentam indiscutíveis indícios de doenças como esquistossomose e varíola e, não raro, esqueletos de índios pré-colombianos exibem sinais de tuberculose na coluna vertebral. É evidente que, então, era impossível estabelecer-se o diagnóstico pela inexistência de conhecimentos científicos e de recursos tecnológicos. Para aqueles povos, as doenças possuíam forte relação causal com demônios e espíritos malignos, ou seja, a causa das doenças encontrava-se fora do controle humano. Os feiticeiros, xamãs e pajés eram responsáveis pela identificação e tratamento dos males, utilizando recursos ligados à divindade (Figura nº 2).

Assírios e babilônios aceitavam o mesmo mecanismo de relação demoníaca com as doenças e evocavam divindades, empregando métodos que incluíam astros, amuletos e rituais promovidos pelos médicos-sacerdotes. Assim também acontecia com os egípcios. Para os hebreus, as doenças representavam a ira de Deus diante dos pecados humanos, sendo a lepra (hanseníase) uma evidência de pecado. O Levítico, no Antigo Testamento (capítulos 13 a 15), revela métodos para diagnóstico e tratamento da lepra e doenças sexualmente transmissíveis.



Figura nº 2 – Feiticeiro

Os gregos também se utilizavam de deuses para a busca da saúde. Asclepius (Æsculapius, para os romanos) era o deus da Medicina, ligado a Apolo (Medicina, Beleza e Saúde); Hygieia, deusa da Razão, simbolizava a Saúde e Panacea, a Cura. Esse era o cenário para a chegada daquele que revolucionou, para sempre, a prática da Medicina: Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), que passa a valorizar a observação, mesmo que empírica, para o diagnóstico das enfermidades (Figura nº 3). Em seu livro “A Doença Sagrada”, afirma que a doença tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana.

Influenciados pelos gregos, os romanos inovaram com a construção de esgotos (Cloaca Máxima, século VI a.C.) e aquedutos e um esboço de legislação sanitária, com a obrigatoriedade de inspeção de alimentos e locais públicos, embora ainda evocassem deuses como Dea Febris, em caso de febres como, por exemplo, a malária; Serenus Sammonicus, em seu livro “De medicina præcepta”, aconselhou aos doentes o uso de um amuleto com a palavra “abracadabra”; Sextus Placidus utilizou lascas de madeira da porta por onde passou um eunuco para curar febre; Marcellus Empiricus tratou lesões oculares com as mãos, enquanto expectorava (eliminação da causa?).



Figura nº 3 – Hipócrates de Cós

Galeno de Pérgamo (130-201) correlacionou a saúde com o tipo de ocupação das pessoas. A intoxicação por mercúrio e chumbo e a baixa expectativa de vida dos trabalhadores dessas minas já haviam sido notificadas. Uma das maiores preocupações do Império Romano, em termos de doenças, foi a malária, associada aos miasmas e maus ares (daí sua denominação) dos pântanos, o que impulsionou grandes obras de drenagem de regiões alagadiças. Entretanto, os romanos, por desconhecerem o mosquito transmissor, perderam a batalha contra a malária, à qual se atribui papel de relevo na queda de seu império.

Na Idade Média, foram as pestes que se destacaram como forma de doença. A falta de higiene, a promiscuidade, a miséria e os movimentos populacionais serviram de pano de fundo para a proliferação de epidemias como a da peste bubônica e da peste negra, responsável pelo óbito de 25% da população da Europa, por volta de 1347. A principal medida de contenção da doença era a quarentena, visto que se desconhecia sua verdadeira forma de transmissão, a pulga do rato. Judeus foram queimados vivos pelos católicos, sob a acusação de transmitirem a doença, mesmo diante de argumentos

sensatos do Papa Clemente de que os judeus também estavam sendo acometidos, e mortos, pela peste. Por sinal, voltando no tempo, em 251, quando a peste assolou Cartago, o bispo Cipriano consolou os cristãos, dizendo que morrer significava estar livre desse mundo. Um prêmio para os cristãos e castigo para os não cristãos, ou seja, a peste era uma utilíssima triagem para o paraíso.

Ainda na Idade Média, a escrófula (tuberculose localizada nos linfonodos, conhecidos como gânglios) ou “le mal du roi”, na França e “the king’s evil”, na Inglaterra, transmitida pelo leite contaminado, era tratada pela imposição das mãos do rei, que dizia: “eu te toco, Deus te cura”. Como a escrófula pode apresentar remissão espontânea, tanto o procedimento como o rei ficavam com prestígio perante o povo.

No insucesso dos mágicos e religiosos, usava-se a caridade nos “xenodochia”, asilos precursores dos hospitais, destinados aos doentes e viajantes. Por aquela época, a ciência médica era vista com desconfiança e hostilidade. Doentes eram aconselhados a procurar, por exemplo, a tumba de São Jerônimo, em vez do médico. Por outro lado, mosteiros medievais passaram a ser verdadeiros redutos de conhecimento, incluindo a Medicina grega. Em 1240, foi fundada em Salerno, Itália, uma Escola Médica destinada a formar profissionais licenciados pelo rei. O conteúdo pedagógico utilizava Hipócrates, Galeno e doutores árabes. Surgem universidades em Bolonha, Cambridge, Oxford, Pisa, a Sorbonne, a Universidade de Salamanca e hospitais como “Hôtel-Dieu”, em Paris, “Santo Spirito”, em Roma e São Bartolomeu, em Londres.

A sífilis era, no século XVI, a ameaça mais temida pela Europa. Sua origem era obscura, sendo, freqüentemente, confundida com hanseníase. Entretanto, sabia-se de sua conexão com atividades sexuais. No livro “De Contagione”, Girolamo Fracastoro (1478-1553), médico e poeta, avança a hipótese de infecção por agentes específicos para cada doença e, no caso da sífilis, trazidos do Novo Mundo por marinheiros espanhóis.

Fracastoro tratava sífilis com guáiaço, madeira trazida do Novo Mundo. Um outro método, que incluía o mercúrio, era defendido por Phillipus Aureolus Theophrastus von Hohenheim, médico de celebridades como Erasmo de Rotterdam e autodenominado Paracelso ou “ao lado de Celso” (Figura nº 4), grande médico da antiga Roma, seguidor da alquimia e precursor da quimioterapia, ou seja, tratamento com produtos químicos. O mercúrio trazia alto risco de toxicidade, sendo considerado pior que a própria doença, o que favorecia o aspecto punitivo da sífilis, conforme a visão religiosa de sexo e pecado. Por fim, o mercúrio ganhou a disputa e foi usado até o início do século XX.



Figura nº 4 – Paracelso

Para o entendimento da evolução da Medicina, destacam-se os estudos realizados por Andreas Vesalius (1514-1564), formado em Pádua, que escreveu, em 1543, “De humanis corpore fabrica”, considerado o primeiro texto sobre anatomia humana (Figura nº 5).

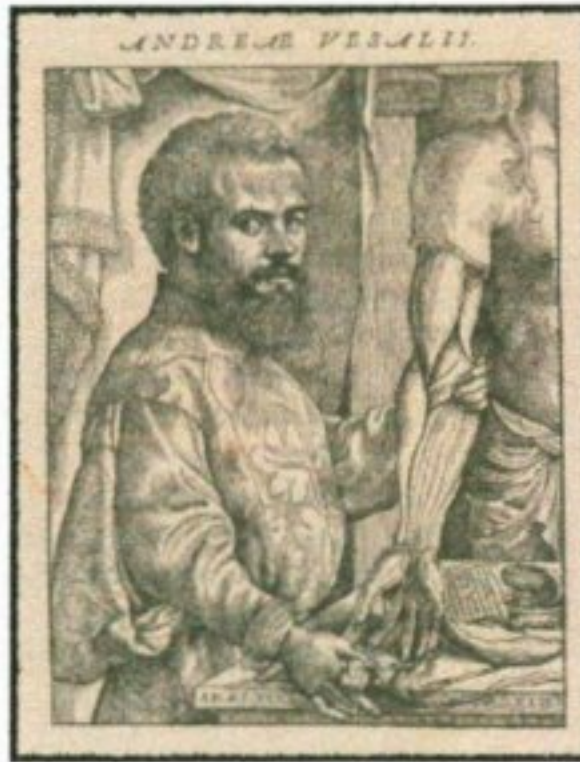


Figura nº 5 – Vesalius

William Harvey (1578-1657), descreveu a circulação sangüínea, incluindo a função de “bomba” do coração; René Descartes (1596-1650), publicou “De homine”, sobre o funcionamento do corpo humano; Thomas Sydenham (1624-1689), chamado de “o Hipócrates inglês” e um dos precursores da epidemiologia (“Medical Observations”); Antoni von Leeuwenhoek (1632-1723), comerciante de tecidos, popularizou o uso do microscópio, inventado pelos irmãos Johanes e Zacharias Jansen, na Holanda; Bernardino Ramazzini (1633-1714), publicou “De morbi artificum”, em 1700, onde descreveu doenças associadas às profissões de mineiros, oleiros e homens do mar, sendo considerada a primeira obra sobre Medicina do Trabalho; James Lind (1716-1794), médico da Marinha Real inglesa, comprovou a origem do escorbuto (deficiência de vitamina C) em marinheiros; Pierre-Charles Alexandre Louis (1787-1872), descreveu o “método numérico”, estudo estatístico sobre a terapia da tuberculose.

Igmar Semmelweis (1818-1865), húngaro, descobriu que a febre puerperal era transmitida pelos obstetras que não lavavam as mãos antes de realizarem partos e passou a conjecturar sobre infecção (Figura nº 6).

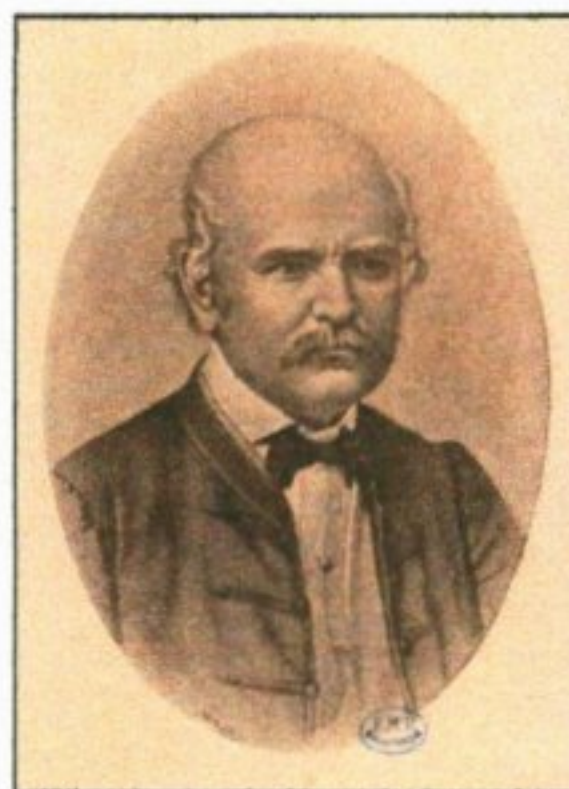


Figura nº 6 – Semmelweis

John Snow (1813-1858), considerado um dos introdutores da anestesia, escreveu “Sobre a maneira de transmissão do cólera”, em Londres – 1849, o primeiro trabalho publicado sobre epidemiologia; Louis Pasteur (1822-1895), químico, autor da teoria da origem microbiana da doença, que resultou na produção de vacinas e, posteriormente, dos antibióticos; descreveu o estreptococo como causador da febre puerperal, confirmando a teoria de Semmelweis (Figura nº 7).

Lorde Lister (1827-1912), cirurgião que implantou a anti-sepsia pré-operatória com fenol, reduzindo a incidência de óbitos pós-operatórios; Robert Koch (1843-1910), além de corroborar a teoria microbiana, descreveu o agente causador da tuberculose, mais tarde, denominado bacilo de Koch; Paul Ehrlich (1854-1915), estabeleceu o tratamento da sífilis com compostos arsenicais; Guilherme Conrado Roentgen (1845-1923), físico, descobridor dos raios-X, em 1895 e Prêmio Nobel de Física, em 1901; e Alexander Fleming (1881-1955), notou o efeito inibidor do fungo “*penicilium notatum*” sobre bactérias, abrindo o caminho para a descoberta da penicilina (14).

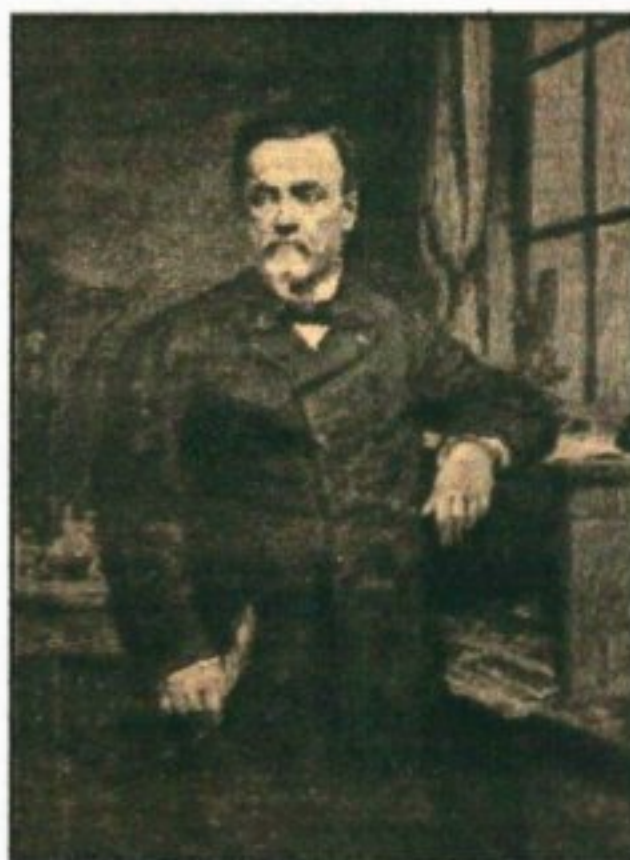


Figura nº 7 – Pasteur

Estes e muitos outros permitiram à Medicina alcançar o plano científico ao final do século XIX, desvencilhando-se de vez dos aspectos mágicos, religiosos, sobre-humanos e empíricos que a caracterizavam. O hospital deixa de servir de asilo para se tornar centro de estudos e aplicação das ciências médicas.

Os Níveis de Exigência da Clientela

O século XX veio consolidar a posição da Medicina científica com descobertas de alto valor para o conhecimento das origens, métodos de diagnóstico e tratamento da imensa maioria das doenças. A partir da segunda metade do século passado, a Humanidade experimentou um período de marcante evolução tecnológica e científica, tão vertiginosa, quanto profunda.

Na área médica, foram feitas descobertas em medicamentos, técnicas de tratamento clínico e cirúrgico e, principalmente, novos equipamentos, com recursos de alta tecnologia para diagnóstico e terapêutica. Os laboratórios de pesquisas médica e farmacológica passaram a apresentar alternativas inéditas e seguras para o acompanhamento de patologias, até então, consideradas graves e, muitas vezes, fatais.

Por outro lado, o amplo acesso às informações sobre avanços em diagnóstico e tratamento dessas doenças, sobretudo as crônicas como hipertensão arterial, diabetes, insuficiência renal, processos reumatológicos e as de evolução grave como tumores e processos degenerativos, dentre outras, permitiu aos pacientes acompanharem, quase que diariamente, pelos meios de comunicação, as rápidas transformações por que passavam os recursos diagnósticos, os métodos de tratamento e respectivos medicamentos. Esse fato acarretou ao profissional em saúde a obrigatoriedade de manter-se atualizado e extremamente atento à evolução das drogas, técnicas e aparelhagem especializadas, sob o risco de perder a concorrência pelos clientes.

Com razão, a clientela apressou-se a exigir do médico que fossem solicitados exames e prescritos medicamentos mais modernos e eficazes para o seu caso. O que antes era solucionado com uma radiografia simples, passou a exigir recursos mais acurados, como ultra-sonografias, tomografias computadorizadas e, mais recentemente, ressonâncias magnéticas e outros sofisticados métodos de diagnóstico por imagem. Entretanto, o que era altamente salutar para pacientes e profissionais, com o passar do tempo, transformou-se em uma espiral ascendente de gastos e, conseqüentemente, fonte dos elevados custos hospitalares.

A Formação Acadêmica dos Profissionais de Saúde nos Dias de Hoje

Com a aquisição imensurável de conhecimentos e a elevação do grau de especialização proporcionadas pelas recentes descobertas, verificou-se que o ensino dos profissionais de saúde, notadamente do médico, passou a priorizar os aspectos essencialmente científicos, valorizando o técnico em detrimento do humanitário; o quantitativo em vez do necessário e o ético ultrapassado pelo competitivo.

Se as conquistas científicas e tecnológicas promoveram um significativo avanço do

arsenal propedêutico e terapêutico para a maioria das patologias descritas na literatura médica, por outro lado, incitaram o progressivo afastamento do profissional em relação ao paciente que, na maioria das vezes, passou a sentir-se apenas como mais um na estatística dos serviços produzidos. Os médicos defendem-se alegando que a população a ser atendida aumentou velozmente nos últimos anos, em decorrência da expansão demográfica e do envelhecimento da sociedade, resultado, dentre outros fatores, da própria efetividade dos atuais recursos. A consequência imediata é que as consultas passaram a ser mais rápidas e o paciente deixou de ser ouvido em suas queixas e dificuldades, propiciando que diagnósticos deixem de ser corretamente realizados ou que sejam indicados procedimentos desnecessários. Ambas as situações concorrem para o desgaste na relação médico-paciente e para o recrudescimento de ações judiciais contra “erros médicos”. Assim, os profissionais passaram a solicitar mais exames e a indicar mais procedimentos, altamente específicos e sofisticados, de modo a reduzir a possibilidade de erro.

O receio, por parte dos médicos, de ações na Justiça fecha o ciclo vicioso da alteração progressiva dos critérios, com emprego excessivo dos recursos diagnósticos, que começa na conduta médica orientada para a tecnologia, que, por sua vez, propicia a descoberta e cura de numerosas patologias tidas, anteriormente, como fora de possibilidade terapêutica; passa pelo distanciamento da relação médico-paciente, ocasionado pela priorização do técnico e pelo número cada vez maior de pacientes a serem atendidos; alcança os maiores riscos de diagnósticos equivocados e procedimentos desnecessários e retorna à tecnologia, como forma de evitarem-se contrapartidas judiciais de pacientes. É a chamada “Medicina defensiva”, prática corrente, principalmente, nos Estados Unidos da América e que começa a despontar no Brasil.

Inseridos na Medicina defensiva estão os interesses das empresas seguradoras e de advogados e, do outro lado, os elevados custos alcançados pela ciência médica, nos dias de hoje.

A Busca de Resultados

Uma das estratégias encontradas pelos hospitais, notadamente aqueles ligados às universidades, foi o estabelecimento de protocolos assistenciais por especialidade, pelos quais são estabelecidos critérios para acompanhamento do paciente, desde a investigação clínica até a indicação da melhor conduta terapêutica, passando pela solicitação de exames complementares, de acordo com as hipóteses diagnósticas aventadas. Isso significa que todos os pacientes que apresentarem um determinado tipo de patologia serão submetidos às mesmas condutas e aos mesmos exames, inicialmente. Face às numerosas variáveis entre um e outro paciente, certamente, outros exames e procedimentos poderão ser necessários, após a apreciação do caso por parte de médicos mais experientes na especialidade. Na prática, significa que, ao ser atendido nas unidades primária e/ou secundária, o paciente será submetido, a uma abordagem uniforme, com uma bateria de exames padrão, solicitada pelo médico generalista.

O atendimento ideal seria aquele em que esse paciente chegasse à Unidade terciária com os exames e procedimentos iniciais realizados, de modo que, ao ser internado ou recebido para acompanhamento ambulatorial especializado, seriam acrescentados apenas aqueles definidos pelo “staff” da clínica ou serviço, como necessários para confirmação diagnóstica. Com isso, o número de exames e procedimentos desnecessários ou equivocados tenderia a um percentual mínimo, proporcionando uma forma bem estruturada de suporte clínico, além de melhor definição de objetivos terapêuticos e uma seqüência temporal de cuidados, com menor custo.

Esses protocolos são desenvolvidos com base, sempre que possível, em evidências científicas da literatura e na experiência do corpo clínico, adaptadas aos recursos disponíveis. A adoção de protocolos também proporciona uma situação adequada para coleta de dados, de forma que o hospital perceba quantos, quando e porquê os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações, além de diminuir a sobrecarga na documentação médica e de enfermagem.

Os protocolos, geralmente, são elaborados por equipes multidisciplinares, constituídas por representantes dos serviços clínicos especializados e de apoio, com a participação de um membro do setor administrativo, conforme o roteiro sugerido a seguir:

1. Definição da população alvo;
2. Organização das equipes de trabalho;
3. Revisão e atualização da literatura científica;
4. Revisão de todo o processo assistencial, incluindo exames e procedimentos diagnósticos e terapêuticos;
5. Desenvolvimento do protocolo/rotina;
6. Modificações regulares do protocolo;
7. Convencimento do pessoal médico, de enfermagem e administrativo;
8. Implantação de um sistema de avaliação de desfechos clínico-assistenciais;
9. Definição de estratégias para implementação inicial;
10. Treinamento do pessoal envolvido;
11. Supervisão da utilização do protocolo;
12. Coleta de dados antes e após a implementação; e
13. Apuração e avaliação das informações coletadas e ampla divulgação dos resultados.

A informatização de protocolos possibilita o fornecimento de instrumentos de apoio à tomada de decisões embasadas nas melhores evidências científicas disponíveis. De modo geral, os protocolos assistenciais necessitam de mecanismos de incentivo direcionado e constante. Do ponto de vista prático, permitem uma prescrição médica facilitada; o estabelecimento de um plano de tratamento específico e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos adaptados às características e necessidades do paciente. A implantação dos protocolos proporciona a revisão dos processos de atendimento, na perspectiva do fortalecimento de ações de melhoria da qualidade assistencial, da racionalização dos custos e da segurança do usuário dos serviços (10).

SEÇÃO II – OTIMIZAÇÃO DO USO DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES

Empresas que utilizam equipamentos dotados de alta tecnologia procuram empregá-los de maneira que o investimento inicial, geralmente elevado, reverta em aumento da qualidade do produto e, principalmente, sob a forma de lucro financeiro. As organizações hospitalares da iniciativa privada vêm apresentando comportamento semelhante. Entretanto, os hospitais sem fins lucrativos, com algumas isoladas exceções, ainda não atinaram para a importância desse comportamento, principalmente, no que se refere à melhoria no atendimento e na otimização do uso de equipamentos de ponta.

Pressionados por fatores externos (dentre outros, o elevado número de pacientes e a redução de recursos financeiros disponíveis) e internos (insatisfação de funcionários, redução de pessoal, escassa manutenção dos equipamentos etc), os gestores dos hospitais públicos debatem-se, prioritariamente, em busca do aumento do número de pacientes atendidos. A resultante destes fatores leva à prestação de um serviço, no mais

das vezes, de baixa qualidade e alto custo.

Embora superlotados na maioria dos serviços ofertados à clientela, os hospitais terciários possuem, por outro lado, um percentual significativo de ociosidade em seus equipamentos de alta tecnologia, seja por deficiência de técnicos especializados no seu funcionamento, seja por horários restritos de atendimento. Não são raros os casos em que determinados hospitais mantêm modernos equipamentos, importados e de alta especificidade, encaixotados no almoxarifado por não possuírem em seus quadros funcionários qualificados para operá-los. Mais comuns, ainda, são os casos de paralisação dos serviços à noite ou durante os finais de semana, períodos em que deixam de ser realizados numerosos procedimentos, representando uma oportunidade perdida para obtenção de recursos extras.

Entretanto, o difícil equilíbrio orçamentário dos hospitais de grande porte tem levado muitos deles a atenderem pacientes encaminhados pelas empresas seguradoras ou pelos planos de saúde, mediante convênios adequadamente formulados, ainda que alguns setores, principalmente na área de atendimento em massa, defendam a idéia de que atender a doentes de convênio significa reduzir as possibilidades de atendimento de pacientes do próprio hospital. Os que raciocinam assim, simplesmente, não se convencem das dificuldades em manter os hospitais em condições suficientes de funcionamento, diante do descompasso entre o custo do atendimento hospitalar e as possibilidades financeiras, notoriamente, do poder público.

Vejamos, por exemplo, o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Usando apenas o Instituto Central, a maior unidade do complexo, com 3% das internações e 0,2% dos atendimentos ambulatoriais oferecidos a clientes de convênio, o hospital, em período recente, faturou 18% do total de suas receitas extra-orçamentárias. No caso do Instituto do Coração, outro dos institutos

integrantes do complexo, a utilização de 25% dos recursos do hospital com doentes de convênio propiciou um faturamento correspondente a 62% dos recursos extra-orçamentários. O orçamento anual do HC é de 796 milhões de reais, superior aos de cidades como Vitória e Cuiabá. Parte desses recursos vem diretamente do governo estadual e o restante é repassado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, cerca de 88 milhões de reais, chega por meio dos pacientes de convênios. De acordo com a legislação em vigor, somente 25% dos pacientes do HC podem ser particulares, mas na prática esse número está em torno dos 10% (13).

Os que pretendiam impedir tal atendimento acabaram, na verdade, sendo convencidos de que sua postura viria a acarretar, a médio ou curto prazo, a baixa do padrão de atendimento dos próprios doentes da Universidade, por redução dos recursos disponíveis. Na realidade, trata-se de um exemplo de como instalações e recursos técnicos podem ser utilizados como fontes de financiamentos extras.

Da mesma forma, a capacidade ociosa de equipamentos laboratoriais, radiológicos, de Medicina Nuclear e de outros setores do hospital pode ser transformada em fonte de recursos, seja pela realização de exames e procedimentos para instituições externas (outros hospitais e laboratórios), seja por meio de parcerias com serviços privados especializados, que assumiriam as funções de operacionalidade dos setores envolvidos, em sua plenitude e para sua clientela exclusiva, em troca da realização de todos os exames e procedimentos nos pacientes do hospital e do pagamento pela utilização de equipamentos e instalações. Seriam, também, responsáveis pela manutenção das instalações e equipamentos e aquisição do material empregado.

Outros setores do hospital também podem ser utilizados, desde que seja identificada potencialidade para uso por instituições ou empresas que, eventualmente, necessitem desses espaços. Atualmente, anfiteatros, auditórios, salões e qualquer área disponível,

sem afetar o funcionamento do hospital, são alugados para realização de congressos, seminários, cerimônias de cunho social ou cultural, revertendo-se esta renda para o caixa do hospital, de maneira ética e inteiramente legal. Pátios de estacionamento já são, há muito tempo, controlados por empresas especializadas, que repassam parte do lucro para o hospital. Lavanderias, gráficas e lojas são outros exemplos de fontes de recursos financeiros.

CAPÍTULO 3

DEFINIÇÃO DOS PRINCIPAIS CENTROS DE CONSUMO: PLANEJAMENTO DE AQUISIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

SEÇÃO I – DEFINIÇÃO DOS CENTROS DE CONSUMO

Gerenciamento Sistemático

Em vários países, o esforço para melhorar a eficiência, a qualidade e a viabilidade econômica dos Sistemas de Saúde vem passando pelo que se convencionou chamar de gerenciamento sistemático da assistência à saúde. Embora o conceito tenha surgido no setor privado, cada vez mais os Sistemas de Saúde, inclusive aqueles sem fins lucrativos, buscam inspiração nos paradigmas e nas técnicas da assistência médica gerenciada para melhorar a eficiência e a estabilidade financeira dos serviços.

Para tal, as atividades do hospital devem estar perfeitamente definidas, tanto nas áreas técnica e de apoio, quanto na administrativa, resultando em melhor adequação ao atendimento de seus objetivos. O agrupamento dos pontos de consumo de recursos (centros de custos) deve ser organizado, respeitando-se a variedade de atividades que diferem entre si quanto aos objetivos, sejam na assistência direta ao paciente ou no processo de atendimento ou, ainda, na infra-estrutura básica para o funcionamento da Unidade.

Logo, os centros de custos podem ser definidos como unidades que se caracterizam por realizar atividades homogêneas dentro do processo produtivo da organização. A definição dos centros de custos varia de acordo com o processo de trabalho de cada organização. Autores como Rocchi agrupam os centros de custos em três categorias:

- a) Centros Auxiliares e de Apoio (CAA) – auxiliam o funcionamento de outros

centros de custo e/ou prestam serviços para todo o estabelecimento (Vigilância, Portaria, Lavanderia, Limpeza etc);

b) Centros Geradores de Receita (CGR) – prestam ou fornecem atendimento aos pacientes, ou seja, representam a atividade-fim do hospital (Centro Cirúrgico, Enfermarias, UTI, Ambulatório, Laboratório, Radiologia etc); e

c) Centros Administrativos (CA) – responsáveis pelos trabalhos de supervisão, controle e informação (Divisão de Recursos Humanos, Contabilidade, Centro de Processamento de Dados, Serviço de Arquivo Médico etc).

Nos estabelecimentos hospitalares sem fins lucrativos, a denominação de “Centros Geradores de Receitas” é justificada pelo fato de que nestes Centros são executados os serviços que, posteriormente, terão seus custos compensados pelo órgão financiador (fundações, órgãos previdenciários, seguradoras, dotações governamentais etc) (12).

Planejamento de Aquisição

Um dos aspectos mais importantes na racionalização dos custos hospitalares constitui-se em um efetivo controle dos investimentos realizados em equipamentos, instrumental, material médico-cirúrgico, medicamentos, reagentes para laboratório etc. Por se tratar de investimento a longo prazo, a aquisição de equipamentos e instrumental específicos, destinada a substituir tecnologias desgastadas ou obsoletas, de maneira geral, é precedida por uma profunda análise de sensibilidade da relação entre os benefícios a serem incorporados e os custos, principalmente incrementais, envolvidos na implantação da nova tecnologia.

Por outro lado, a aquisição de material de uso constante como, dentre outros, medicamentos, material médico-cirúrgico, odontológico, radiológico, reagentes para laboratório, material de expediente, de manutenção e serviços gerais, combustíveis e

gêneros alimentícios, requer controle ágil e permanente por parte do setor administrativo, de maneira a:

- responder rapidamente às necessidades do hospital com um investimento mínimo, mas que garanta, eficiente e ininterruptamente, seu funcionamento;
- manter em estoque a quantidade adequada de cada item, com renovação constante do material e baixos níveis de imobilização de recursos financeiros; e
- obter, com presteza e precisão, itens não previstos em estoque, para emprego imediato em situações inesperadas, como costuma ocorrer em serviços de alta complexidade em saúde.

O controle das necessidades deve estar sob a responsabilidade dos respectivos centros de consumo e de acordo com a localização física de seu estoque. Entretanto, a aquisição destes itens deverá estar a cargo de um setor, de Compras ou de Obtenção, por exemplo, que será acionado por ocasião da necessidade de reabastecimento do estoque. Por exigir elevados investimentos, o planejamento das necessidades de material para um hospital, notadamente os de aplicação direta, adquire relevo fundamental para a racionalização dos custos, que norteará, também, os mecanismos de aquisição e aplicação desse material, principalmente, nas atividades produtivas da Unidade.

De posse das planilhas de necessidades de material elaboradas pelos centros de consumo, os setores de orçamento e compras terão oportunidade de transformar as informações ali contidas em unidades monetárias, em consonância com os propósitos estabelecidos pela Direção do hospital, de modo a conferir máxima qualidade no atendimento, com menores custos.

Controle do Material de Aplicação Direta

O controle de aquisição do material de aplicação direta envolve aspectos

fundamentais como a periodicidade do pedido, a chamada dupla reserva, o sistema de priorização de compra (curva ABC) e os pedidos para atendimento automático.

A periodicidade do pedido considera cada item conforme sua importância para a consecução das atividades previstas pelo hospital. Em geral, os níveis de estoque desejados são expressos em dias de disponibilidade do item. Por exemplo, se um determinado item apresenta nível de estoque de cinco dias, isto significa que esse item estará disponível por mais cinco dias, a partir da data de visualização ou revisão.

Pelo conceito de dupla reserva, os itens são estocados em dois setores. O primeiro prevê o consumo previsto para o período entre o pedido e o recebimento do material e o segundo considera esse consumo, mais o estoque mínimo de segurança. Quando a quantidade de determinado item existente no primeiro setor se esgota, passa-se a consumir o quantitativo do segundo setor e deflagra-se o processo de aquisição do item. Por exemplo, consomem-se 100 unidades de seringa de 10ml por dia e esse item demora 45 dias para ser adquirido e recebido no estoque. Deseja-se um estoque mínimo de segurança para 30 dias. A quantidade de seringas existentes no primeiro setor seria de 4.500 unidades, enquanto que, no segundo, haveria $4.500 + 3.000 = 7.500$ seringas de 10ml.

Pela curva ABC, os itens são divididos em três classes. A classe A corresponde aos itens de alto valor econômico e pequenas quantidades; a classe C engloba os de pequeno valor econômico e grandes quantidades físicas e na classe B encontram-se os itens intermediários. A curva ABC obedece ao seguinte roteiro para implantação:

1. determinação do consumo de cada item para o período proposto;
2. identificação do preço unitário do item;
3. cálculo do preço total do item para o período (consumo x preço unitário);
4. elaboração de uma relação dos itens pelo custo total, iniciando-se pelos de maior

preço unitário;

5. determinação do percentual de cada item em relação ao custo total; e

6. elaboração de um mapa com os percentuais encontrados.

Os itens serão, então, divididos em três classes, de acordo com o valor percentual de participação no custo total da aquisição. Os esforços do setor de compras deverão estar voltados para aqueles classificados em A, para o atendimento imediato dos pedidos e compras compatíveis com as atividades do hospital, mas com racionalização de investimentos e custos do estoque.

O sistema de pedido automático trabalha com aquisições imediatas, quando o nível de estoque alcança o mínimo de quantidades previsto para a realização dos pedidos. Esse sistema exige alto grau de presteza e elevados índices de informatização do setor de compras da Unidade.

Martins propõe que a quantidade econômica ideal de cada item, por processo, seja calculada de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Quantidade econômica} = \sqrt{\frac{2 \times \text{Consumo anual} \times \text{Custo por pedido}}{\text{Custo unit.} \times \text{Custo de manut. em estoque}}} \quad (9).$$

SEÇÃO II – DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS

Gerência Financeira em Saúde

Inerentes à gerência financeira, evidenciam-se dois tipos de decisão: o financiamento e a alocação de recursos. O financiamento é a atividade voltada para a obtenção dos recursos financeiros necessários à realização das atividades – a origem e a forma de captação, enquanto que a alocação de recursos diz respeito às decisões quanto

à sua utilização, especialmente, na aquisição e combinação dos diversos insumos necessários à prestação de serviços.

Em linguagem leiga, entende-se por insumo tudo aquilo que é consumido em um processo para a fabricação de bens ou prestação de serviços, ou seja, cada componente necessário à produção (7).

Em termos técnicos, pode ser considerado como as despesas e investimentos que contribuem para o resultado da oferta de um serviço ou para obtenção de uma mercadoria ou produto, até o consumo final. Ou ainda, tudo aquilo que entra (“input”) em contraposição ao produto ou serviço, que é o que sai (“output”) (4).

Seguindo a mesma linha de análise, onde se destaca a interdependência dos conceitos de insumo (recursos com os quais se trabalha), processo (atividade - maneira como se trabalham os insumos), produto (o que é produzido, seja bem ou serviço) e resultado (o impacto produzido), a Organização Mundial de Saúde considera que, no contexto dos serviços de saúde, a produtividade é a relação quantitativa e qualitativa dos resultados (produtos) e dos vários recursos, como a força de trabalho e os esforços (insumos) para alcançar os objetivos organizacionais (11).

Em termos de alocação de recursos, o que se procura é que estes sejam distribuídos com eficiência, isto é, os diferentes recursos ou insumos (pessoal, materiais, equipamento e tecnologia) devem ser combinados de maneira a maximizar o resultado pretendido (elaboração de um bem ou a prestação de um serviço). A maneira com que os recursos são aplicados entre diferentes insumos e/ou atividades se reflete decisivamente na eficiência e no custo final dos serviços. Quando um insumo está disponível, mas não pode ser utilizado plenamente porque outro não está presente em quantidade suficiente, denota-se deficiência alocativa. A distribuição equilibrada dos recursos financeiros disponíveis entre os dois insumos poderia eliminar o problema. Um

exemplo prático seria um eletrocardiógrafo não utilizado por falta de papel para registro do exame ou de um profissional treinado para operá-lo.

Por outro lado, procura-se obter, a partir de uma certa quantidade de insumos, a maior quantidade de produto - bem ou serviço - ou o maior impacto possíveis. Essa eficiência técnica, em complemento à eficiência alocativa, está relacionada com o conceito de produtividade e implica em maximizar o resultado com um dado volume de recursos ou minimizar a quantidade de recursos utilizados para se alcançar determinado objetivo ou resultado. Em outras palavras, trata-se de redução dos custos necessários para se atingir determinada meta.

Custeio por Absorção

O sistema de custeio por absorção caracteriza-se, conforme sua própria denominação, pela apropriação de todos os custos da empresa aos produtos. Assim, a essência do sistema consiste em apurar o custo total de um produto (bem ou serviço). Isso envolve apropriar ao produto tanto os custos diretos como os indiretos (custos variáveis e fixos). Em comparação aos custos diretos, a apropriação dos custos indiretos não oferece a mesma facilidade. Pelo seu próprio conceito, os custos indiretos não são vinculados a cada produto, mas ao conjunto. Sua apropriação ocorre através de determinadas medidas convencionais, tidas como válidas em termos de causa e efeito. Na realidade, porém, dentro de uma estrutura de custeio por absorção, não costuma haver uma preocupação em se definir se determinado custo é direto ou indireto.

O sistema parte, simplesmente, do princípio de que ambos são custos e que, portanto, devem ser apropriados aos produtos. Determinados produtos, certamente, terão lucros ou prejuízos em função da variabilidade dos custos indiretos por unidade de produto. Em virtude de a organização não conseguir manter o mesmo nível de atividade

em todos os seus setores de um período para outro, em função de uma multiplicidade de fatores, tais como inoperância de máquinas e equipamentos, falta de energia etc, a parcela de custos indiretos a ser apropriada a cada produto sofre oscilações em cada um desses períodos.

Sistema de Custeio Baseado em Atividades – ABC

Quando as organizações (de saúde ou não) examinam suas atividades, devem estar capacitadas para prever sua lucratividade, mesmo as que não possuem fins lucrativos que, todavia, não desejam operar em déficit permanente. Se os custos por paciente ou atividade fossem constantes a determinação do ponto de equilíbrio, ou seja, o momento em que o volume de atividades garante a auto-suficiência de determinado serviço, seria relativamente simples. Entretanto, como visto acima, essa situação é muito rara em gerência financeira. Assim, mostra-se indispensável uma análise de sensibilidade da instituição frente às oscilações que afetam o conjunto de seus custos, resultando no cálculo de novos pontos de equilíbrio para cada variação apresentada.

O primeiro passo para o efetivo controle dos custos não deve ser apenas saber onde, mas, principalmente, porque eles acontecem. Sem a análise das causas, a redução dos custos certamente ocorrerá sob a forma de cortes lineares e arbitrários que, embora eficazes no curto prazo, mostram-se inconsistentes nos médio e longo prazos.

Dentre os mais diversos métodos de apuração de custos, o Sistema de Custeio baseado em Atividades – ABC (“Activity-Based Costing”) tem se mostrado útil na identificação da melhor relação entre os recursos aplicados e a produção de bens ou serviços.

O método parte do princípio que são as atividades, e não os produtos (bens ou serviços), que consomem os recursos (insumos) da empresa ou instituição. Segundo

Kaplan e Cooper, o Sistema de Custeio Baseado em Atividades é

“...uma abordagem que analisa o comportamento dos custos por atividade, estabelecendo relações entre as atividades e o consumo de recursos, independentemente de fronteiras departamentais, permitindo a identificação dos fatores que levam a instituição ou empresa a incorrer em custos em seus processos de oferta de produtos e serviços e de atendimento a mercado e clientes” (8:12).

Duas das principais vantagens da metodologia ABC são:

1. Custeio mais apurado de produtos, serviços e clientes; e
2. Suporte adequado para programas de controle e redução de custos.

Isto significa que a eficácia de um programa de redução de custos, implantado pelo método ABC, passa pelo mapeamento realista dos processos e atividades e pelo melhor entendimento das relações entre as causas e efeitos dos custos de um determinado Centro de Consumo e os demais. Ou seja, o controle de custos da organização seria realizado de maneira global e integrada, o que o difere dos métodos tradicionais, que costumam orçar custos por Departamento e, dentro do Departamento, por categoria de gastos (material, salários etc), sem que os demais setores tenham conhecimento do que esteja ocorrendo. Além disso, é comum associarem-se custos indiretos com o volume da atividade produzida, o que significa dizer que atividades com maior volume terão maior participação nesses custos. Logo, atividades com grande volume de produção parecerão mais caras que aquelas com menor volume, o que nem sempre corresponde à realidade.

Na metodologia ABC, a organização mapeia suas atividades, atribui a estas atividades os custos de produção e, finalmente, distribui esses custos por cada atividade produzida, empregando-se o conceito de geradores ou direcionadores de custo (“cost drivers”), definidos como fatores que determinam a ocorrência de uma atividade. Como as atividades exigem recursos para serem realizadas, deduz-se que os direcionadores de custos são a verdadeira causa e propósito da atividade e, conseqüentemente, da

existência de seus custos. No que concerne à distribuição de insumos, o direcionador de custo seria o fator que, ao causar mudanças no desenvolvimento de uma atividade, mensuraria os recursos exigidos por essa atividade, estabelecendo o volume de recursos/insumos, consumidos por cada atividade desenvolvida pela organização (Figuras nºs 8 e 9).

RECURSOS	DIRECIONADORES DE RECURSOS
Mão-de-obra direta	Tempo em horas
Mão-de-obra indireta	Tempo em horas
Serviços de terceiros	Tempo em horas
Material de consumo	Quantidade em quilogramas
Água	Volume em litros
Energia elétrica	Kwh
Óleo combustível	Kg
Máquinas e equipamentos	Valor das máquinas e equipamentos
Administração e direção geral	Quantidade de funcionários
Condomínio	M ² de área ocupada

Figura nº 8 - Exemplos de direcionadores de recursos

A quantidade de direcionadores de custos necessários para a apuração dos custos dependerá da precisão que se espera dos custos levantados. Logo, se o propósito principal do levantamento for a redução de custos, deve-se optar pelos direcionadores que possam ser obtidos a partir das informações disponíveis na execução das atividades.

Observa-se, porém, que os direcionadores de custos são informações e que a obtenção de informações possui, em si mesma, um custo. Caso opte-se por operar com direcionadores de custos que não estejam disponíveis e que necessitem ser obtidos por processos complexos, a organização arcará com maiores dispêndios.

RECURSOS (INSUMOS)	DIRECIONADORES DE RECURSOS ("drivers")	TOTAL DE RECURSOS (R\$)
Mão-de-obra indireta	Horas	279,90
Mão-de-obra direta	Horas	6.562,69
Material de Consumo	Quantidade (em quilogramas)	2.435,91
Energia	Kwh	981,75
Administração geral	Nº de funcionários	335,20
Condomínio	m ² de área ocupada	167,30
CUSTO DA ATIVIDADE		10.762,75

Figura nº 9 - Exemplo de atividade (lavagem de roupas hospitalares)

De qualquer modo, a quantidade de direcionadores de custos, estará relacionada aos seguintes fatores:

1. nível de exatidão – quanto maior a exatidão pretendida, maior o número de direcionadores de custos necessários;
2. grau de diversificação de produtos – quanto maior o grau de diversificação, maior a quantidade de direcionadores de custos necessários;

3. custo relativo de atividades diferentes – quanto maior o número de atividades, maior o número de direcionadores de custos necessários;

4. grau de diversificação do volume – quanto maior a variação dos tamanhos dos lotes, maior o número de direcionadores de custos necessários; e

5. uso de direcionadores de custos correlacionados imperfeitamente – quanto menor a correlação dos direcionadores de custos, maior o número de direcionadores de custos necessários.

Atribuem-se ao método as seguintes vantagens, em relação aos métodos convencionais:

- a) maior precisão na apuração dos custos dos bens ou serviços produzidos;
- b) elaboração de subsídios para a análise na tomada de decisão;
- c) uniformização da linguagem e divulgação para todas as áreas da organização;
- d) determinação da eficiência e eficácia das atividades executadas;
- e) identificação de novas atividades, com a finalidade de melhorar o desempenho da organização no futuro;
- f) visualização das atividades que estão, eventualmente, onerando o produto (bem ou serviço);
- g) determinação das atividades que poderiam ser executadas por terceiros com menor custo e maior eficiência;
- h) utilização como base para novas estratégias competitivas; e
- i) possibilidade de maior precisão na obtenção de preços de venda ou dos custos finais.

As organizações que mais se beneficiaram com a adoção do método foram aquelas que apresentavam grande variedade de produtos, nas quais os sistemas tradicionais tenderiam a deformar os cálculos de seus custos e que, por outro lado, possuíam um

banco de dados significativo. Embora a implantação de um novo sistema de apuração de custos seja vista, com certa frequência, como uma ameaça, a participação ativa da organização, em todos os níveis e a adoção de uma efetiva capacitação interna despontam como fatores facilitadores do processo.

As causas de insucesso do sistema estão associadas, principalmente, à pouca preocupação com controle de custos, ao baixo interesse do pessoal, à reduzida capacidade crítica e ao limitado envolvimento pela alta gerência da organização (2).

Fiscalização dos Serviços Terceirizados

A maioria dos hospitais de grande porte, privados ou sem fins lucrativos, vem adotando a terceirização de alguns de seus serviços como forma de redução de custos e de aumento da produtividade. Atividades como segurança, limpeza, alimentação e de lavanderia, por exemplo, estão sendo executadas por empresas contratadas sob condições, no mais das vezes, favoráveis para a Unidade Hospitalar. Não é raro que alguns serviços médicos ou laboratoriais também figurem como objetos de terceirização, seja pela insuficiência ou inexistência de profissionais especializados, seja pela otimização da utilização dos recursos, como forma de busca de melhores resultados contábeis.

Entretanto, quando o hospital, ou qualquer outra organização, transfere para terceiros a execução de serviços que estariam sob sua tutela, corre o risco de ver a prestação destes serviços, eventualmente, aquém dos seus critérios de eficiência e eficácia no atendimento ao paciente, seja de forma direta (serviços técnicos) ou indireta (atividades de apoio).

Assim, torna-se indispensável a adoção de mecanismos que garantam à instituição um mínimo de qualidade na prestação dos serviços e na aplicação dos recursos

alocados. Com a criação dos Centros de Consumo (ou de Custos), seguindo-se critérios de execução de atividades afins, o controle dos serviços terceirizados ver-se-ia imensamente facilitado com a indicação dos responsáveis por cada Centro como gerentes dos serviços terceirizados afetos à sua área de atuação. Este critério atenderia a, pelo menos, duas exigências básicas para um acompanhamento seguro da atuação dos prestadores de serviços: conhecimento técnico e experiência administrativa, incluindo os aspectos financeiros envolvidos.

Para a alta administração da Unidade, seria bem mais prático acompanhar a evolução dos serviços prestados por empresas e/ou pessoas estranhas a seus quadros, posicionando, em cada setor de atividades, um gerente com capacidade e envolvimento pessoal com o hospital, suficientes para garantir a qualidade e a confiabilidade dos serviços, principalmente, se prestados fora das dependências do hospital.

A eleição das empresas para prestação de determinados serviços, técnicos ou de apoio, não envolve maiores dificuldades e tem se constituído em prática corriqueira nos hospitais modernos, privados ou não. Essas empresas são escolhidas após um certame licitatório previsto em lei específica (Lei nº 8666/90 e suas atualizações). Entretanto, nos últimos anos, principalmente na área da Saúde, surgiu um ponto polêmico causado pela formação de cooperativas onde os profissionais participariam como cotistas da empresa, sem qualquer vínculo empregatício. Para a Unidade contratante, o fato apresenta-se como favorável, já que os custos envolvidos nessa contratação costumam ser significativamente inferiores àqueles aplicados na contratação de profissionais autônomos ou de empresas convencionais.

Contudo, órgãos como os Conselhos Federal e Regionais de Medicina declararam-se contrários à contratação de cooperativas de médicos por entenderem que o profissional cooperado fica prejudicado nessa relação de trabalho. Além disso, esses

agentes de regulação profissional dão evidências de crescente preocupação com o problema, em função das dificuldades de controle, fiscalização e supervisão técnica e ética da prática médica, em contextos nos quais as próprias direções clínicas dos estabelecimentos já não detêm o controle direto dos profissionais que trabalham no hospital (6).

A terceirização encontra-se, nos dias de hoje, no cerne da problemática da gestão hospitalar para recursos humanos. Uma série de manifestações disfuncionais que se apresentam aos gerentes de serviços e Sistemas de Saúde, como a proliferação dos contratos e da burocracia para sua administração; a diminuição da participação e a perda do interesse dos profissionais na missão do hospital contratante; a ausência de compromisso com a continuidade e a integralidade dos cuidados de saúde e a desumanização no atendimento aos usuários, dentre outras, decorrem da relativa escassez de critérios e da forma, até certo ponto, desordenada como vem sendo conduzido o processo de terceirização. Essas situações produzem crescente insatisfação dos usuários com relação à qualidade e a resolutividade dos serviços prestados, na maioria dos casos.

CAPÍTULO 4

GERÊNCIA DA INFORMAÇÃO: PADRONIZAÇÃO, COLETA DE DADOS E MELHORIA DO DESEMPENHO COMO PRODUTO

SEÇÃO I – PADRONIZAÇÃO E COLETA DE DADOS

A Informatização Hospitalar

Por sua complexidade administrativa e pelo universo de informações que precisam ser gerenciadas, a cada dia, torna-se impossível pensar na operação de uma Unidade de Saúde sem o emprego da Informática. A informatização de um hospital não é uma tarefa fácil, principalmente, quando a sua principal função é integrar, por meio de computadores, todos os aspectos referentes às atividades-meio e às atividades-fim. Uma medida freqüentemente utilizada para o cumprimento dessa atribuição consiste no estabelecimento de uma estrutura gerencial e operacional adequada e plenamente adaptada ao organograma do hospital, mas, ao mesmo tempo, buscando modernizá-lo, com o propósito de integrar a Informática aos demais setores, da maneira mais completa e eficiente possível.

Essa estrutura, normalmente denominada Centro de Informática Hospitalar (CIH), visa prover a Unidade de recursos humanos, materiais e de serviços para a automação da gerência de informação do hospital, incluindo-se análise, desenvolvimento e implantação de novos sistemas, bem como o apoio e treinamento dos usuários. A missão do CIH é cumprida basicamente em dois níveis de localização:

1. O processamento distribuído, por meio de equipamentos descentralizados, de menor porte, colocados junto aos usuários finais (Divisões, Serviços, setores e seções). A seleção, instalação, análise, desenvolvimento, implantação, treinamento e suporte

técnico aos sistemas serão realizados por uma estrutura própria do CIH denominada Centro de Informações (CI); e

2. O processamento centralizado, ou seja, um Centro de Processamento de Dados (CPD), com equipamento(s) de grande porte, instalado em uma estrutura central, responsável pela análise, desenvolvimento, implantação e suporte de sistemas globais do hospital, bem como pela integração com os equipamentos e redes distribuídos.

Os sistemas distribuídos e centralizados podem ser integrados e interconectados de forma variável, progressiva e em diversos níveis (computadores mono e multiusuários, redes locais e minicomputadores). Normalmente, o CIH é o responsável técnico pela execução e acompanhamento desta integração e pelas medidas de suporte necessárias para a normatização de “hardware” e “software” do hospital. O CIH será de grande utilidade para os diversos Centros de Custos (ou de Consumo) da Unidade, onde implementará ações no que se refere a:

- a) administração (controle de material, de pessoal e financeiro);
- b) assistência médico-hospitalar (UTI, centro cirúrgico, enfermarias, ambulatórios, serviço de arquivo médico e estatística, laboratório, farmácia, radiologia, anatomia patológica etc);
- c) ensino (cursos e treinamento realizados pelo corpo clínico, Residência Médica etc); e
- d) pesquisa (padronização e coleta de dados, em estreita colaboração com os demais setores, principalmente, nas áreas de assistência direta ao usuário e de ensino).

Modelo de Padronização e Coleta de Dados

Um dos maiores obstáculos encontrados pela implantação dos sistemas informatizados no setor Saúde tem sido a uniformização da informação, a partir da

ampla variedade de termos e dos vários critérios estabelecidos pelos Sistemas de Saúde.

Com a premissa de que é possível gerar uma série de informações visando à melhoria dos serviços, o Ministério da Saúde, por exemplo, está implantando um sistema informatizado para registro e acompanhamento dos usuários das Unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma amostragem inicial de cerca de 14 milhões de pessoas cadastradas (3).

Inicialmente, os dados processados pelo sistema permitem responder às seguintes perguntas:

- Quem foi atendido? - Identificação do usuário por meio de um número de identificação pessoal, gerado a partir do seu cadastramento como usuário;
- Quem atendeu ao usuário? - Identificação do profissional de saúde responsável pelo atendimento por meio do seu número de identificação pessoal, que é gerado a partir do cadastramento como profissional de saúde;
- Onde o usuário foi atendido? - Identificação do estabelecimento de saúde onde aconteceu o atendimento;
- Quando o usuário foi atendido? - Registro da data e hora do atendimento realizado (o sistema registra automaticamente estas informações);
- Qual o problema de saúde identificado? - Registro do diagnóstico e do motivo da procura;
- Qual o atendimento realizado? - Registro dos procedimentos ambulatoriais ou hospitalares realizados;
- Qual medicamento foi prescrito? - Identificação de prescrição informada pelo sistema;
- Qual medicamento foi entregue? - Identificação do medicamento efetivamente dispensado;

- O que resultou do atendimento realizado? – Identificação de encaminhamentos e outras resoluções para o caso.

Posteriormente, a partir dessa vinculação entre o usuário, o profissional de saúde, o estabelecimento de saúde e o atendimento realizado, diversas outras perguntas poderão ser respondidas. É importante observar que o sistema trabalha com padrões bem definidos, garantidos por tabelas corporativas residentes, o que permite a comparação entre as diversas informações coletadas. Por exemplo, para definir problemas de saúde é utilizada a CID 10 – Classificação Internacional de Doenças, elaborada e divulgada pela Organização Mundial de Saúde. Para identificar os procedimentos executados ou solicitados são utilizadas as tabelas do Sistema de Informações Hospitalar (SIH) e Ambulatorial (SIA), criadas pelo SUS. Ao mesmo tempo, o sistema permite que os gestores incluam informações específicas, definidas localmente.

Um dos propósitos mais importantes do projeto é promover a integração entre os sistemas de informação utilizados no âmbito do SUS, sejam eles de base nacional ou de uso local. Para que tal propósito seja viabilizado, o sistema demanda a definição de um conjunto de padrões de representação e troca de informação. A padronização compreende não apenas os aspectos relativos a “hardware” e “software” (que devem obrigatoriamente ser abertos), mas, também, aqueles afetos a representação, transmissão, acesso e armazenamento da informação em Saúde. Assim, foi criada uma rede de informação e telecomunicações com funções de captação, armazenamento e transmissão de dados sobre os atendimentos realizados. Essa rede é composta pelos equipamentos terminais, instalados nas Unidades que compõem o Sistema, pelos equipamentos servidores instalados nas Secretarias municipais e estaduais e no Ministério da Saúde e por uma estrutura de comunicações que abrange os níveis municipal, estadual e federal, e aplicativos desenvolvidos, o que permite a coleta de

uma série de informações vinculadas ao atendimento realizado, contribuindo para a organização de Serviços de Saúde e para ampliar e qualificar o acesso dos usuários aos mesmos. Dentre as finalidades do projeto, destacam-se:

1. a construção de uma base de dados de histórico clínico;
2. a imediata identificação do usuário, com agilização no atendimento;
3. a ampliação e melhoria de acesso dos usuários aos medicamentos;
4. a possibilidade de revisão do processo de aquisição de medicamentos, material médico-cirúrgico e outros insumos;
5. a integração dos diversos sistemas de informação;
6. o acompanhamento dos fluxos assistenciais, ou seja, acompanhamento do processo de referência e contra-referência dos pacientes;
7. a revisão dos critérios de financiamento e racionalização dos custos;
8. o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do Sistema e Serviços de Saúde; e
9. a gestão e a avaliação de recursos humanos.

De acordo com a definição da Organização Internacional de Padronização (“International Standards Organization” – ISO, em inglês), padrão é um documento estabelecido por consenso e aprovado por um grupo reconhecido, que estabelece para uso geral e repetido um conjunto de regras, protocolos ou características de processos, com o intuito de ordenar e organizar atividades em contextos específicos para o benefício de todos.

Como visto acima e a partir do conceito de padrão da ISO, o modelo implantado pelo Ministério da Saúde, e disponibilizado gratuitamente na rede internacional de comunicações eletrônicas, poderia servir como suporte original para o estabelecimento de programas não apenas para a área técnica do hospital, mas para os demais setores,

com a capacidade indispensável de comunicarem-se entre si e com outras Unidades componentes de um determinado Sistema de Saúde. Pelo fato do modelo apresentado abranger todo o território nacional, com, até o momento, quatorze milhões de usuários cadastrados, seria relativamente simples sua adoção em sistemas menores e regionalizados.

Transformando Dados em Informações

Para que sejam úteis, os dados das variadas fontes devem ser reunidos e organizados de forma consistente e de fácil recuperação. Essa metodologia tem sido denominada “warehousing” ou, mais comumente “data warehouse”, de ampla aplicação na maioria das organizações nos dias de hoje.

Em seguida, os dados devem ser analisados, compreendidos e transformados em informações para imediata aplicação pela organização. A isto se chama “data mining”, ou seja, uma técnica que permite reunir dados compatíveis e que irão dar sustentação a uma determinada ação ou hipótese.

Se o “data warehouse” dota a empresa de memória, o “data mining” permite vasculhar esta memória para perceber padrões, tendências e conceber regras que irão facilitar a seleção de novas idéias, passíveis de implementação, e realizar previsões de interesse estratégico (Figura nº 10). No caso de um hospital, as duas técnicas acopladas proporcionarão, por exemplo, o conhecimento do tipo de usuário e suas expectativas; os motivos mais comuns de consultas e internações; os medicamentos e materiais mais utilizados durante suas internações; tempo médio de permanência; principais dificuldades e queixas mais freqüentes, por exemplo. Supõe-se que a principal meta do “data mining” seja propiciar melhores resultados à instituição por meio de uma aproximação efetiva ao usuário, funcionários, fornecedores e prestadores de serviço.

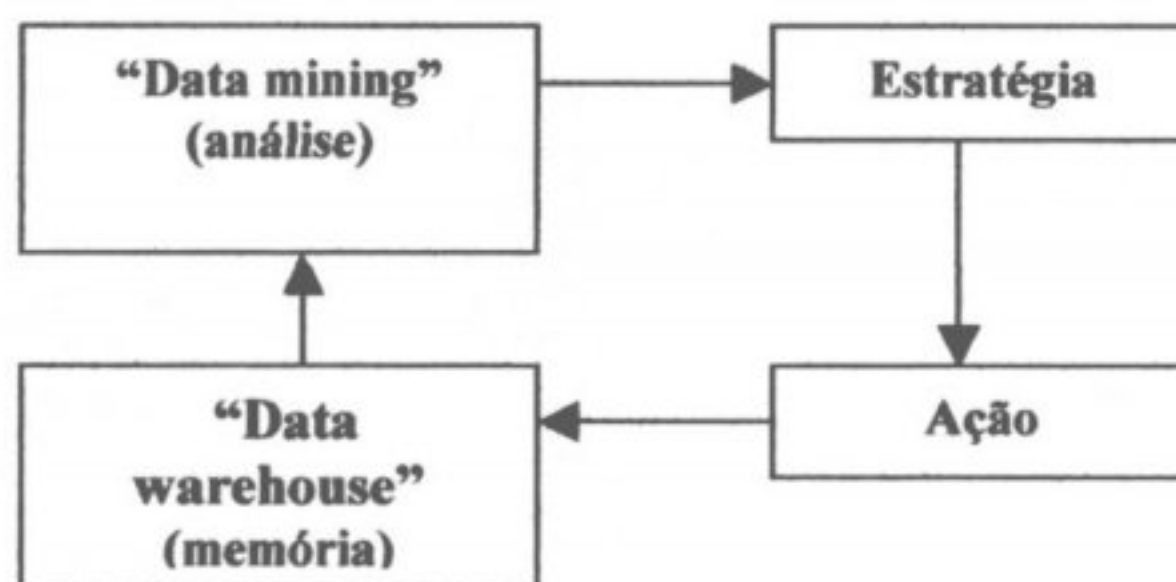


Figura nº 10 - Ciclo de transformação de dados em ação

A implantação do “data mining” tem sido facilitada pela convergência de fatores tais como a alta produção de dados, a crescente capacidade de armazenamento desses dados, a redução dos custos com “hardware” e “software” e pressões externas, como redução do financiamento das atividades e a forte concorrência. É consenso que sua aplicação seja efetiva apenas em presença de grandes volumes de dados, de modo a permitir a elaboração de modelos que serão empregados nas principais atividades do sistema: classificação, previsão, estimativas etc (1).

SEÇÃO II - MELHORIA DO SISTEMA COMO PRODUTO

A partir do momento em que os componentes de um determinado cenário são conhecidos, torna-se mais simples a tarefa dos administradores na busca da qualidade. Em um hospital onde se consegue estimar quantos, quando, onde e porquê os pacientes serão atendidos em determinado período, assim como quais os insumos mais utilizados e os menos apreciados pelos profissionais, um programa voltado para a redução de custos tende a ser bem sucedido. O conhecimento prévio das expectativas e principais queixas dos usuários também permite ajustar os serviços prestados de modo a alcançar aquelas e reduzir ou eliminar estas. Isto significa que a Unidade estará pronta para compor um cenário com alta probabilidade de ocorrência. Com isso, naturalmente, os

serviços serão prestados de maneira otimizada, tecnicamente adequada e com racionalização dos custos. A consequência imediata será a elevação dos níveis de qualidade dos indicadores hospitalares (taxa de ocupação dos leitos, tempo médio de permanência do paciente, índices de mortalidade, taxas de infecção hospitalar, custo do leito/dia etc).

Em última análise, o hospital deixa de ser, simplesmente, um prestador de serviços e passa a ser uma instituição que tem por meta o fornecimento de produtos de alta qualidade, que serão consumidos por pacientes e funcionários, sob a forma de atividades especializadas. Por exemplo, um paciente que é encaminhado ao hospital para tratamento de uma hérnia inguinal estará, na verdade, adquirindo um produto chamado hernioplastia, que envolve todas as atividades executadas desde a primeira consulta, até a alta hospitalar e que tenderá a suprir suas necessidades e expectativas, como paciente e consumidor.

CAPÍTULO 5

“INTERFACE” COM OS NÍVEIS PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO DO SISTEMA

SEÇÃO I - A EDUCAÇÃO DO PACIENTE

A Fidelização da Clientela

Como visto no capítulo 1, um hospital terciário tem por principal propósito o atendimento dos casos mais complexos, do ponto de vista médico, que, no mais das vezes, exigem emprego de recursos médicos e tecnológicos especializados. Isto representa custos, ou seja, o investimento realizado pela Unidade para atendimento ao paciente encontra-se, invariavelmente, em patamares bem acima das Unidades primárias e secundárias. Fica evidente que o Sistema tende a desperdiçar ainda mais recursos, quando um atendimento tecnicamente indicado para as Unidades básicas é efetuado pelo nível mais complexo.

Culturalmente, a clientela de um Serviço de Saúde, notadamente no Brasil, prefere ser atendida nos hospitais de grande porte, de acordo com seus próprios critérios de gravidade da doença e emergência da situação. Não é difícil notar que, geralmente, os serviços de emergência dos hospitais estão permanentemente sobrecarregados com pacientes que poderiam estar sendo atendidos pelos ambulatórios e postos de saúde locais.

Toda e qualquer estratégia adotada para transferir os usuários de volta para as Unidades básicas, com o propósito de desafogar o hospital terciário e reduzir o desperdício de recursos necessários para seu funcionamento, deverá conter ações de orientação e amplo esclarecimento à clientela. Entretanto, para que essas ações possam surtir o efeito desejado, as Unidades básicas deverão, de antemão, estar capacitadas para

a prestação de um atendimento ágil e eficaz, de maneira a obter a confiança e, por consequência, a fidelização desta clientela.

A partir de então, os usuários do Sistema deverão ser informados sobre quais serviços estarão disponíveis naquelas Unidades, os dias e horários de atendimento. Tais informações poderão ser veiculadas por meio de boletins informativos, enviados a cada usuário por mala direta; por folhetos explicativos disponibilizados nas Unidades, inclusive de nível terciário; por meio de “telemarketing”, realizado pelas telefonistas do Sistema ou por mensagens gravadas, que serão ouvidas pelos usuários quando em contato telefônico com as Unidades etc. Ultimamente, com o aumento significativo do uso da rede de comunicações eletrônicas, esse canal tem sido bastante utilizado como forma de divulgação de informações, onde são inseridos endereços e portais que permitem aos usuários conhecer os serviços que são oferecidos por cada Unidade e elucidar as dúvidas mais freqüentes. A maioria desses endereços eletrônicos fornece a possibilidade de contato direto, o que facilita e dinamiza a integração usuário/Sistema.

O Convencimento do Usuário

De qualquer forma, parece fundamental para o Sistema de Saúde que o usuário tenha conhecimento sobre a inconveniência de procurar-se um hospital de grande porte para solucionar problemas de rotina. Isso deve ser mostrado de forma clara para ele, inclusive quanto ao prejuízo no atendimento aos pacientes mais graves e, por último, mas de grande importância, os custos envolvidos nessa prática. O usuário deverá ser capaz de entender as razões pelas quais está sendo orientado para encaminhar-se, primeiramente, a uma Unidade básica e ficar convencido de que esta é a opção necessária, correta e adequada para o seu caso. Sem esse convencimento, dificilmente seus hábitos serão modificados. Cabe dizer que grande parte do pensamento estratégico

elaborado para a redução dos custos do hospital terciário passa, invariavelmente, por essa mudança.

SEÇÃO II - “LINKS” COM PROGRAMAS DE SAÚDE E “FOLLOW-UP”

A interação entre os vários níveis de um Sistema de Saúde prevê assistência integral e uniforme ao usuário. Isto quer dizer que as ações empreendidas pelo nível terciário deverão ser de amplo conhecimento dos demais níveis, de maneira que os protocolos clínicos e Programas de Saúde adotados pelas especialidades, no topo da pirâmide assistencial, certamente, serão cumpridos pelos profissionais generalistas que recebem o paciente na porta de entrada do Sistema. No sentido inverso, as especialidades deverão ser abastecidas com informações sobre os pacientes que, após atendimento terciário, permanecem sob acompanhamento em nível ambulatorial secundário ou primário (“follow-up”), incluindo a assistência domiciliar. Essa interação, na verdade, está consubstanciada no sistema de referência e contra-referência em que se baseiam as atuais políticas de saúde, como visto no capítulo 1.

A troca de informações, realizada de maneira efetiva e permanente, entre as Unidades, nos sentidos vertical (primária↔secundária↔terciária) e horizontal (primária↔primária, secundária↔secundária) será de inquestionável importância para o acompanhamento do paciente e para o próprio Sistema, no que concerne aos seguintes aspectos:

1. O fluxo de pacientes terá sido normalizado, obedecendo a uma hierarquização determinada por critérios técnicos, de acordo com o diagnóstico e a prioridade no atendimento; e
2. Ao final de um determinado período, terá sido criado um banco de dados suficientemente consistente para estabelecer o “data warehousing” do Sistema e,

principalmente, seu “data mining”, com nítida redução de custos e concomitante aumento da qualidade no atendimento, revertido, finalmente, para a base e razão de todo o processo, ou seja, o usuário.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÃO

A redução dos custos na prestação dos serviços em Saúde tem demandado esforços ininterruptos na busca de soluções para um problema extremamente complexo para a sociedade atual: racionalização nos gastos financeiros, sem comprometimento da qualidade do atendimento. A ampliação dos conhecimentos médico-científicos e os altos investimentos em pesquisa e desenvolvimento, principalmente em novas tecnologias, têm sido associados aos custos elevados da assistência em Saúde nos dias de hoje, o que afeta diretamente os hospitais terciários, principais consumidores de tecnologia de ponta e responsáveis pelo atendimento à parcela mais onerosa da assistência médica. Entretanto, outros componentes parecem estar exercendo uma influência não menos importante na evolução de todo o processo.

Durante a exposição desse trabalho, procurou-se demonstrar como algumas práticas tradicionais da gerência hospitalar contribuem para o quadro de descontrole de custos que acomete a área de Saúde, de maneira geral. O fato de um hospital terciário absorver rotinas de atendimento dos níveis primário e secundário revela que as portas de entrada do Sistema foram distorcidas. Parece claro que essa prática transforma uma consulta de rotina em procedimento especializado, cujos custos estão bem acima do esperado.

A evolução tecnológica em Saúde trouxe uma contrapartida que modificou profundamente a relação médico-paciente. Os profissionais, hoje, tendem a solicitar mais exames, sobretudo os de imagem, para a elucidação diagnóstica, prática que tem contribuído para a elevação marcante dos custos. Por outro lado, com maior acesso aos meios de comunicação, os pacientes passaram a conhecer e a exigir do profissional a realização dos exames mais modernos à sua disposição, pressionando, também, a alta

dos custos.

Ficaram para trás os tempos em que os hospitais podiam desconhecer os verdadeiros custos de seus serviços. Hoje, com as restrições de financiamento atingindo a área da Saúde, tornou-se imprescindível que as Unidades saibam, com razoável precisão, os custos de cada atividade desenvolvida, mesmo aquelas sem fins lucrativos.

Atualmente, uma organização de grande porte, como um hospital, não consegue administrar os custos de suas atividades sem contar com uma estrutura de informática que permita acompanhar, com a máxima proximidade possível, seus indicadores de produtividade e de qualidade. No caso de um Sistema de Saúde, com vários níveis assistenciais e com características operacionais próprias, a integração em rede do sistema é condição indispensável para racionalização do emprego de recursos.

Conclui-se que a gerência de um hospital terciário voltada para a redução de custos deverá empreender, prioritariamente, as seguintes ações:

1. Restaurar o fluxo dos pacientes, por meio do controle das portas de entrada do Sistema, utilizando-se de ações educativas destinadas ao convencimento da clientela de que as Unidades primárias e secundárias deverão ser procuradas, inicialmente, para o atendimento de rotina;
2. Estabelecer protocolos clínicos e Programas de Saúde, de modo a padronizar o atendimento, incluindo a solicitação de exames complementares, condutas terapêuticas e ações preventivas;
3. Definir centros de consumo de recursos, por atividades, de modo a permitir a aplicação de uma metodologia capaz de apurar, com a máxima fidelidade, os custos envolvidos em cada etapa do processo desenvolvido e, conseqüentemente, racionalizar a aquisição e distribuição dos insumos. A utilização do método ABC ("Activity-Based Costing"), aqui proposto, parece ser uma ferramenta valiosa nesse sentido;

4. Instituir um Centro de Informática Hospitalar, com o propósito de organizar a estrutura de intercomunicações e assessorar os diversos setores na padronização e coleta de dados. Foi apresentado o modelo instituído pelo Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde, pela praticidade e disponibilidade na rede eletrônica de comunicações; e

5. Constituir um banco de dados consistente e confiável ("data warehouse") e estabelecer um sistema de análise crítica dos dados obtidos ("data mining"), que possibilite estimar o cenário completo de atuação do hospital e, acima de tudo, aproximar-se das necessidades e expectativas do usuário, base e razão de todo o processo.



658.9161 - Dm - Classificação

Este livro deve ser devolvido na
última data carimbada

MINISTÉRIO DA MARINHA
ESCOLA DE GUERRA NAVAL
Biblioteca

N.Cham. 9-D-100

Autor: Dias, Luiz Roberto Martins

Título: Gerência de um hospital terciário voltada para a



MB - EGN

00251646

227072

Nº Pat.:5881