



Entrevista a António Ferreira

**SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU),
O ELO MAIS FRACO OU A
VÍTIMA DA DESORGANIZAÇÃO
DOS SISTEMAS (CUIDADOS)
DE SAÚDE?**

Fernando Próspero

**UM
PROFISSIONAL
DE SAÚDE NA
WEB**

Pedro Couto Viana
Luís Eustáquio

**OS CUSTOS
COM OS
CUIDADOS
CONTINUADOS
DOMICILIARES**

Margarida Filipe

**INTELIGÊNCIA CLÍNICA
E HOSPITALAR –
NOVOS PARADIGMAS
DA GESTÃO**

Maria Manuel Salazar
César Quintas
Rui Pedroso

**OPORTUNIDADES
PERDIDAS**

Artur Morais Vaz

A OPINIÃO DE...

Luís Campos

E AINDA...

– Prémio Margarida Bentes

IMPULSO GLOBAL PARA UMA VIDA EM PLENO



GESTÃO HOSPITALAR

DIREÇÃO

Margarida França | Emanuel Magalhães de Barros

REDAÇÃO

Catherine Alves Pereira

DESIGN GRÁFICO

Fedra Santos

REVISÃO

Ângela Barroqueiro

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita

PROPRIEDADE

APAH – Associação Portuguesa
de Administradores Hospitalares
Apartado 9022
3001-301 Coimbra
revapah@gmail.com
www.apah.pt

PERIODICIDADE

Trimestral

DEPÓSITO LEGAL N.º

16288/97

ISSN N.º

0871-0767

TIRAGEM

4.000 exemplares

IMPRESSÃO

Rainho & Neves, Lda. - Santa Maria da Feira

FOTO CAPA © Fedra Santos

SUMÁRIO

- 03 EDITORIAL
- 04 OPORTUNIDADES PERDIDAS
- 10 SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU), O ELO MAIS FRACO OU A VÍTIMA DA DESORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS (CUIDADOS) DE SAÚDE?
- 14 COMO FORMAR "A MÃO QUE NOS VAI OPERAR"?
- 18 UM PROFISSIONAL DE SAÚDE NA WEB
- 22 ENTREVISTA A ANTÓNIO FERREIRA
- 34 PERGUNTAS [COM] RESPOSTA: LUÍS CAMPOS
- 40 OS CUSTOS COM OS CUIDADOS CONTINUADOS DOMICILIARES
- 42 A (I) LITERACIA EM SAÚDE: FORÇAS E OPORTUNIDADES DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS
- 48 PRÉMIO MARGARIDA BENTES
- 50 INTELIGÊNCIA CLÍNICA E HOSPITALAR – NOVOS PARADIGMAS DE GESTÃO
- 56 ESPAÇO ENSP (SAÚDE E INVESTIGAÇÃO): CODIFICAÇÃO CLÍNICA E GESTÃO HOSPITALAR: UMA RELAÇÃO BIUNÍVOCA?
- 58 EVENTOS E MOMENTOS
- 60 MENSAGEM DA EQUIPA DA REVISTA DE *GESTÃO HOSPITALAR*

Esta revista foi escrita segundo as novas regras do Acordo Ortográfico





A fraude na saúde: o caminho por percorrer

Declarções de Adalberto Campos Fernandes no Dia Internacional Contra a Corrupção indicam que o combate à fraude no SNS era uma prioridade do anterior executivo, que terá continuidade sob a nova tutela. Efetivamente, Paulo Macedo soube aproveitar o potencial do cruzamento de dados relativamente à prescrição eletrónica, utilizando-o para detetar e desmontar complexos esquemas de fraude com receituário.

No entanto, a fraude na saúde não se cinge a este campo, que é necessário encarar (só em 2014, foram detetadas fraudes no valor 5,5 Milhões de Euros¹), mas que, face à dimensão de outras questões, é, apesar de tudo, um problema menor.

O sector da Saúde é muito vulnerável à corrupção e fraude, devido a fatores como a sua complexidade, a assimetria de informação ou a imprevisibilidade de *outcomes* e necessidades. A própria deteção do fenómeno é particularmente difícil: é muitas vezes ténue a fronteira entre o que constitui fraude e, por exemplo, a prática de uma medicina excessivamente defensiva ou mesmo a ineficiência característica do sector. Isto implica uma atenção especial ao fenómeno no momento de alocar meios para o combater, até porque, o seu efeito é muitas vezes duplamente nefasto – quando a subtração dos recursos é acompanhada de consequências negativas para os doentes. Veja-se, por exemplo, o caso dos medicamentos falsos.

Em 2006, a *TransparencyInternational* dedicou o seu relatório anual à temática da corrupção na saúde², realizando uma caracterização abrangente do fenómeno, e deixando várias orientações sobre como as nações o devem enfrentar. Passada uma década, constatamos que em Portugal já estão implementadas grande parte destas medidas, nomeadamente ao nível do aumento da transparência em temas como os processos de aquisição de bens e serviços, ou sobre as listas de espera (onde somos aliás referência internacional de boa prática³). Os Conselhos Consultivos (e anteriormente, os Conselhos Gerais) asseguram o envolvimento da sociedade civil na supervisão das instituições e mesmo a alteração de 2013 ao Estatuto do Medicamento, frequentemente considerada excessiva nos mecanismos implementados, trouxe, inegavelmente, mais transparência nos patrocínios e financiamentos concedidos pela indústria aos profissionais e associações do sector.

Não obstante, é no capítulo da redução dos incentivos à fraude que o próprio sistema cria que encontramos muito trabalho por realizar e é também aqui que urge atuar. A manutenção de salários baixos (ou perçecionados como tal) nos profissionais do SNS, que leva a que muitos se sintam compelidos a acumular funções no privado⁴, é um dos fatores que a *TransparencyInternational* sublinha como potenciador de fraude. Similarmente, os mecanismos de financiamento e/ou remuneração do tipo *fee for service*, foram também identificados como fatores de risco.

Estas são condicionantes que o nosso país mantém há vários anos, potenciando a promiscuidade entre sector público e privado, alinhando simultaneamente incentivos perversos quer à sobreutilização no privado, quer ao subaproveitamento no público.

Qualquer programa realista de combate à fraude na saúde em Portugal deve ter o seu foco nestes dois aspetos, procurando corrigi-los na base, para depois promover a mudança cultural de profissionais e cidadãos.

MANUEL LACERDA CABRAL
Secretário da APAH

¹ Sistema de Segurança Interna. *Relatório Anual de Segurança Interna*. 2014

² TransparencyInternational. *Global corruptionreport 2006: corruptionandhealth*. Pluto Press, London. 2006.

³ EuropeanCommission – Directorate-General Home Affairs. *Study on corruption in the healthcare sector*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. 2013.

⁴ Barros P, Machado S, Simões J. "Portugal: Health system review" *Health Systems in Transition*, 13(4):1-156, 2011.

OPORTUNIDADES PERDIDAS



ARTUR MORAIS VAZ

Administrador Executivo da Sociedade Gestora do Hospital de Loures, SA.

A evolução verificada nos últimos anos no sistema nacional de saúde e no SNS, em particular, tem acontecido com um ritmo crescente e, atualmente, serão poucas as diferenças que os separam do que se passa na maior parte dos países desenvolvidos.

Todavia, continuam hoje, como há muito tempo já, a verificar-se idiossincrasias nacionais que parece terem sido resolvidas noutros contextos com sucesso mas que, em Portugal, teimam em manter-se sem solução, agravando-se até nalguns casos.

Estas idiossincrasias representam oportunidades repetidamente perdidas de reformar o sistema de saúde e o SNS, o qual, pela dimensão que assume no contexto nacional, tem uma enorme capacidade de marcar as características dominantes e de determinar significativamente os resultados ou ganhos em saúde obtidos.

É o elenco de algumas dessas oportunidades perdidas que tentaremos abordar neste texto. A sua identificação

resulta de uma vida profissional dedicada à gestão hospitalar no âmbito dos serviços públicos de saúde mas, também, do setor privado e das parcerias público-privadas. Mas resulta, igualmente, da recusa liminar de que existe um qualquer maniqueísmo determinista relativamente à qualidade da gestão pública ou privada e de que qualquer uma delas detêm o exclusivo, seja da eficiência seja da adequação, das ferramentas de que faz uso seja, até, da defesa do verdadeiro interesse público.

Por detrás dos aspetos que serão abordados estão, por vezes, e é bom que não nos esqueçamos disso, questões associadas à fragilidade ou impreparação das lideranças ou, outras vezes, à força paralisante de interesses que capturaram o setor da saúde. Mas encontram-se, também, fatores relativos à inércia ou ao temor político de perder o controlo sobre as condições de funcionamento de um sistema que é, por natureza, complexo e de grande visibilidade social.

A evolução verificada nos últimos anos no sistema nacional de saúde e no SNS, em particular, tem acontecido com um ritmo crescente e, atualmente, serão poucas as diferenças que os separam do que se passa na maior parte dos países desenvolvidos.

Todavia, continuam hoje, como há muito tempo já, a verificar-se idiossincrasias nacionais que parece terem sido resolvidas noutros contextos com sucesso mas que, em Portugal, teimam em manter-se sem solução, agravando-se até nalguns casos.

CUIDADOS PRIMÁRIOS E HOSPITAIS

Apesar de possuir um subsistema de Cuidados Primários de Saúde (CPS) robusto e bem disseminado geograficamente, Portugal continua a sofrer de um fenómeno de sobreutilização das urgências hospitalares que nasceu com o próprio SNS mas que, hoje, alastra a todos os componentes do sistema de saúde.

Seria suposto que a virtuosa reforma organizacional dos CPS, com a criação dos ACES e USF, tivesse tido um impacto, por menor que fosse, nos padrões de utilização das urgências hospitalares, mas tal parece não se ter verificado. Portanto, o problema não estará na forma de organização dos CPS mas noutra qualquer causa que importa identificar. Ora, o que caracteriza as urgências hospitalares, designadamente quando falamos da sua utilização por doentes com menores critérios de gravidade clínica, é a sua conveniência, o facto de serem *one stop shops* onde, com um único contacto, é possível obter consultas médica, tratamentos e meios complementares de diagnóstico e sair, eventualmente, com consulta marcada para uma qualquer especialidade. E, de facto, os CPS não estão habilitados para criarem esse tipo de conveniência, designadamente porque se encontram maioritariamente desprovidos de qualquer *plateau* técnico.

Mas outro aspeto a considerar neste fenómeno é, sem dúvida, a forma como CPS e Hospitais se interrelacionam e interagem, estrategicamente desfasados e quase sempre competindo por recursos naturalmente escassos, com o habitual jogo do empurra da despesa de um para outro. Numa época em que a multipatologia e a cronicidade das doenças explicam uma parte substancial da procura dos serviços de urgência e de internamento hospitalares, não só os planos locais de saúde devem ser instrumentos inteligentes e combinados da intervenção articulada de CPS e Hospitais como, relativamente às patologias dominantes, é essencial o desenho de processos e percursos clínicos eficientes e convenientes de acompanhamento e *prise en*

Seria suposto que a virtuosa reforma organizacional dos CPS, com a criação dos ACES e USF, tivesse tido um impacto, por menor que fosse, nos padrões de utilização das urgências hospitalares, mas tal parece não se ter verificado.

A medida em que a criação da Unidades Locais de Saúde, infelizmente ainda sem qualquer trabalho sistemático de avaliação, contribuiu para o alinhamento estratégico e operacional entre CPS e Hospitais e para uma utilização mais adequada das urgências hospitalares continua a ser uma incógnita, tal como a forma como, no âmbito das ULS, acabam por ser distribuídos os recursos entre CPS e Hospitais.

charge dos doentes crónicos que definam o papel de cada um dos níveis de cuidados em cada um dos momentos e um maior envolvimento dos doentes e suas famílias na gestão da doença.

A medida em que a criação da Unidades Locais de Saúde, infelizmente ainda sem qualquer trabalho sistemático de avaliação, contribuiu para o alinhamento estratégico e operacional entre CPS e Hospitais e para uma utilização mais adequada das urgências hospitalares continua a ser uma incógnita, tal como a forma como, no âmbito das ULS, acabam por ser distribuídos os recursos entre CPS e Hospitais.

CENTROS HOSPITALARES, UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE E AVALIAÇÃO

A reorganização da rede hospitalar por fusão de instituições assumiu, nos últimos anos, a quase exclusividade enquanto solução de busca de eficiência e racionalidade do SNS.

O que não se compreende é a inexistência de qualquer estudo independente e profundo sobre aspetos essenciais destas duas formas organizativas:

- > Como foi afetada a acessibilidade dos doentes pela nova distribuição geográfica ou institucional das especialidades e com as centralizações de serviços e funções?
- > Qual o efeito das fusões sobre a eficiência e os custos? Verificam-se ou não economias de escala?

> Como é que a gestão conjunta de CPS e Hospitais (no caso das ULS) garante um modelo de prestação de cuidados mais ajustado às necessidades das populações e maximiza a utilização adequada dos diversos serviços de saúde?

> Em que medida o financiamento das ULS por capitação tem efeito sobre o desempenho dos serviços e sobre as variações da saúde entre grupos populacionais?

E, se não avaliamos, não aprendemos nem com os erros nem com os sucessos. Aliás, as convicções continuam a constituir uma das mais frequentes bases de tomada de decisão, com tendência para desconsiderar os factos quando eles não as sustentam.

PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

O Programa de Parcerias Público-Privadas na Saúde foi lançado pelo governo de António Guterres em 2000, inicialmente integrando a construção e gestão de 3 hospitais, tendo sido posteriormente alargado para 10. Os objetivos essenciais do programa de PPP da saúde eram os seguintes:

> Reduzir os custos do setor público e o défice orçamental sem recurso ao aumento dos impostos;

> Transferir riscos para o setor privado;

> Acelerar a concretização de projetos;

> Aumentar a eficiência do setor – fazer mais com menos (eficiência estática) e fazer diferente e melhor (eficiência dinâmica);

> Introduzir regras do jogo claras e estáveis que, aplicadas às componentes que ficam no setor público, potenciem a reforma interna dos serviços públicos.

Por sua vez, o setor privado tinha um claro interesse na participação no programa de PPP da saúde, ancorado nas seguintes razões principais:

> Presença num setor de importância crescente na economia (cerca de 10% do PIB);

> Expectativa de existência de um potencial elevado de criação de valor;

> Sinergias e economias de escala e talento entre os Hospitais PPP e as unidades hospitalares que já detinha.

Todavia, como se sabe, o programa de PPP da saúde veio a conhecer uma implementação errática e conheceu um fim prematuro e inesperado em 2008, quando o Primeiro-Ministro José Sócrates anunciou no Parlamento o fim do programa PPP envolvendo a gestão clínica e a reversão da gestão do Hospital Amadora/Sintra para o Estado. Quais os fundamentos, baseados em que estudos independentes, que sustentaram tais decisões? Que se saiba, nenhuns, apenas a necessidade de granjear simpatia dos grupos para os quais a única forma do Estado português garantir o acesso dos cidadãos à saúde constitucionalmente reconhecido é a detenção dos meios de produção de cuidados de saúde.

O potente dispositivo de controlo contratual desenhado para as parcerias, a exigência de cumprimento do serviço público e, inclusive, o modelo adotado para a sua gestão (com um Gestor do Contrato dedicado) constituem-se como boas ideias com potencial de implementação na gestão dos hospitais EPE e na gestão das relações do Estado, por exemplo, com os hospitais das Misericórdias, com quem foram recentemente celebrados acordos de colaboração que parecem escapar a qualquer exigência e controlo mínimos.

Todavia, com exceção do Tribunal de Contas (cujas conclusões das auditorias são, por vezes, mais duvidosas do que seria desejável), ninguém parece interessado em proceder a uma avaliação isenta destas experiências de parceria ou a identificar os elementos com potencial positivo de aplicação na gestão dos equipamentos detidos e geridos direta ou indiretamente pelo Estado.

Todavia, como se sabe, o programa de PPP da saúde veio a conhecer uma implementação errática e conheceu um fim prematuro e inesperado em 2008, quando o Primeiro-Ministro José Sócrates anunciou no Parlamento o fim do programa PPP envolvendo a gestão clínica e a reversão da gestão do Hospital Amadora/Sintra para o Estado. Quais os fundamentos, baseados em que estudos independentes, que sustentaram tais decisões? Que se saiba, nenhuns, apenas a necessidade de granjear simpatia dos grupos para os quais a única forma do Estado português garantir o acesso dos cidadãos à saúde constitucionalmente reconhecido é a detenção dos meios de produção de cuidados de saúde.



BE WELL.
A PROMISE MADE TO THE WORLD.*

* FIQUE BEM.
UMA PROMESSA QUE FAZEMOS AO MUNDO.

MODELO DE GOVERNO DO SNS E DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

O SNS é gerido diretamente pelo Ministério da Saúde, aliás ao arrepio do que estatuiu a lei que o criou. Os efeitos perniciosos deste modelo acabam por afetar significativamente o desempenho dos serviços públicos, assim sujeitos a um regime de comando e controlo central desajustado e afastado das realidades locais e institucionais, caracterizado, entre outras, pela:

- > Gestão por decreto ou portaria;
- > Homogeneidade das soluções definidas para realidades diversas;
- > Indigitação das lideranças próximas da matriz política dominante, ignorando as competências necessárias para gerir realidades cada vez mais complexas;
- > Confusão das funções (de acionista, prestador, financiador ou regulador) do Estado e inconsistência das estratégias;
- > Falta de estabilidade das políticas;
- > Inexistência de um sistema de financiamento adequado;
- > Dificuldade de gerir adequada e eficientemente toda a cadeia de valor dos cuidados de saúde aos diferentes níveis.

Há muito que a complexidade do SNS e do Sistema de Saúde (cuja gestão política deve, desejavelmente, ser realizada segundo os mesmos princípios de rigor e monitorização) exige um modelo de *governance* mais sofisticado, que elimine os malefícios de uma gestão marcadamente politizada mas que, simultaneamente, permita ao Ministério da Saúde centrar-se no que é essencial para o país – a gestão integrada e estrategicamente articulada dos subsectores público, privado e social da saúde, garantindo a acessibilidade dos cidadãos, a sustentabilidade do sistema e o cumprimento, a todos os níveis, do Plano Nacional de Saúde.

GOVERNAÇÃO CLÍNICA E CORPORATIVA

Também ao nível das instituições é essencial o desenvolvimento de modelos internos que, reconhecendo a autonomia e as especificidades de cada hospital, assegurem um exercício responsabilizado de uma governação corporativa mais profissionalizada e de uma governação clínica sustentada na réplica das boas práticas e no controlo das condições de fornecimento de cuidados às populações.

Para isso, é essencial que as lideranças institucionais sejam bem escolhidas e possam constituir-se em equipas baseadas na confiança mútua, de cuja seleção estejam excluídos critérios alheios ao interesse das entidades.

Para isso é igualmente indispensável que haja uma avaliação objetiva do desempenho das instituições mas, também, dos seus órgãos de gestão. Mas uma avaliação com pressupostos justos e adequados ao estadió de desenvolvi-

mento de cada hospital e com consequências quer positivas quer negativas para quem lograr ser bem sucedido ou, pelo contrário, não consiga atingir os objetivos contratualizados.

RECURSOS HUMANOS

Finalmente, outra das oportunidades perdidas está relacionada com o desaproveitamento das competências adquiridas por profissionais da saúde como os enfermeiros ou técnicos de saúde, maioritariamente formados por escolas nacionais de elevada qualidade (aliás reconhecida internacionalmente) e que podem, sem formação adicional significativa, desempenhar um papel muito mais importante do que aquele que hoje estão autorizados a assumir, seja nos cuidados primários seja nos cuidados hospitalares ou continuados.

A discussão em torno da definição do ato médico tem servido muito mais para proteger um *status quo* sociológico do que para garantir respostas de qualidade a necessidades de saúde crescentes e cada vez mais diversificadas, perante as quais muitos dos atuais profissionais referidos são capazes de fornecer respostas adequadas qualitativa e tecnicamente, reduzindo a intervenção dos médicos às tarefas que exigem o seu grau de proficiência e as respetivas competências específicas, assim libertando recursos indispensáveis para a produção de mais ou novos cuidados.

CONCLUSÃO

Este texto foi escrito, na sua quase totalidade, no período em que Portugal enfrentou a incerteza relativamente à solução governativa saída das últimas eleições legislativas e às soluções a adotar no futuro para garantir o regresso do país à “normalidade” pós-troika.

A crise que atravessámos nos últimos anos resulta de fatores exógenos mas, também, de condições estruturais estagnadas de há muito, perante as quais a resposta não pode limitar-se a concentrar as decisões e a cortar a despesa sem critério.

O país e o setor da saúde exigem soluções arrojadas de mudança que passam por alterações profundas dos paradigmas que constroem a nossa identidade coletiva. A sustentabilidade do SNS e do sistema nacional de saúde dependem do ensaio de alternativas diferentes das que, repetidamente e sem resultados significativos, têm vindo a ser sistematicamente postas em campo.

A maior parte das vezes, não mudar é pior e mais caro do que mudar de forma prudente mas decidida. E este é o momento para mudar, para que não se percam mais oportunidades de o fazer com sentido. 

A Bristol-Myers Squibb lidera o caminho da Imuno-Oncologia¹

Podemos adoptar uma diferente abordagem ao tratamento do cancro aproveitando o potencial do sistema imunitário?

A Imuno-Oncologia é uma área de Investigação em rápida evolução que se foca no efeito directo do sistema imunitário no combate ao cancro.²

Como o conhecimento sobre os mecanismos de evasão do cancro ao sistema imunitário está em evolução, o potencial da Imuno-Oncologia continua a dirigir os nossos esforços de investigação. Na Bristol-Myers Squibb estamos comprometidos em investigar e desenvolver novos tratamentos inovadores que possam ajudar os doentes na sua luta contra o cancro.

Referências: 1. Sheridan C. *Nat Biotechnol.* 2013;31:181-183. 2. DeVita VT Jr, Rosenberg SA. *N Engl J Med.* 2012;366:2207-2214.

SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU), O ELO MAIS FRACO OU A VÍTIMA DA DESORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS (CUIDADOS) DE SAÚDE?



FERNANDO PRÓSPERO

Diretor do Serviço de Urgência do
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes
e Alto Douro E.P.E

“Chega a gripe, o caos instala-se nos Serviços de Urgência (SU)”, os “*media*” colocam, como sempre, a culpa no funcionamento das urgências. Mas os SU serão mesmo o problema ou serão a solução possível na desorganização dos sistemas de saúde?

Façamos uma pausa, e puxemos a fita atrás...

No meu ponto de vista, os sistemas de saúde deverão apresentar uma cadeia de sobrevivência dependente das várias redes organizadas formando uma malha resistente, sólida, eficaz e eficiente. Essa mesma cadeia terá a resistência do seu elo mais frágil.

A malha a que me refiro é composta pelas seguintes redes: Cuidados de Saúde Primários, Pré-hospitalar, Serviços de Urgência, Hospitalar de Agudos, Referência Primária/Secundária (e por especialidades), Rede de Cuidados Continuados e Paliativos.

Distinguem-se duas áreas bem definidas: urgente/emergente e não urgente/emergente. Por vezes, aliás muitas vezes, estes conceitos são confundidos e levam à ineficácia e às inconformidades na abordagem das situações clínicas.

Quando falamos de urgência/emergência, colocamos a ênfase nas situações clínicas ameaçadoras, ou potencialmente ameaçadoras de vida, e cuja orientação deverá depender de “*call centers*” (CODU – centro de orientação de doentes urgentes; Saúde 24) e as redes envolvidas deverão ser o Pré-hospitalar, os SU e eventualmente algumas redes de referência. Torna-se importante referir

que a rede Hospitalar de Agudos deveria ser o verdadeiro contentor dos doentes abordados inicialmente no Pré-hospitalar e no SU.

As missões destas redes, bem definidas em despachos do Ministério da Saúde, caracterizam claramente os objetivos propostos mas estes estão muito longe de serem cumpridos. A legislação é fantástica, mas a realidade é assustadora.

As missões destas redes, bem definidas em despachos do Ministério da Saúde, caracterizam claramente os objetivos propostos mas estes estão muito longe de serem cumpridos. A legislação é fantástica, mas a realidade é assustadora.

Os Cuidados de Saúde Primários, para além da prevenção da doença, promoção da saúde e controlo de doenças crónicas, têm também um papel fundamental na abordagem de doenças agudas não urgentes/emergentes, em regime de consulta aberta, e cuja resposta não deverá ultrapassar as 24 horas.

O Pré-hospitalar é uma expansão do SU para o seu exterior, sendo a forma mais eficaz e célere de abordar uma situação urgente/emergente. A sua missão prima pela primeira abordagem das vítimas, estabilização e transporte para a unidade hospitalar mais adequada e mais próxima, conforme a orientação do CODU.

Os SU, com os pontos de rede bem definidos em despacho ministerial, são caracterizados em três níveis: SUP (Serviço de Urgência Polivalente), SUMC (Serviço de

Urgência Médico-Cirúrgico) e SUB (Serviço de Urgência Básica). A missão destes três diferentes Sus é abordar as situações clínicas que comprometam ou possam comprometer, a curto prazo, as funções vitais do indivíduo.

Na Rede Hospitalar de Agudos, o objetivo primordial é tratar a doença aguda que necessite de internamento e, posteriormente, orientar os doentes pós alta para o setor de ambulatório-consulta externa (pouco explorado e pouco desenvolvido em muitas unidades hospitalares), Cuidados de Saúde Primários ou para a rede de Cuidados Continuados e Paliativos.

A Rede de Cuidados Continuados e Paliativos tem como missão a continuação de cuidados, conforme as regras estabelecidas, mas todo este processo é difícil, lento, moroso levando a uma demora média muito alta na refe-

A sua inscrição como associado da APAH é importante.

Áreas Temáticas



Gestão Hospitalar
Publicação, Especialidade



Grupos de Trabalho
Parcerias, Protocolos



Legislação
Comunitária, Internacional



Eventos
Agenda, on-line

Informação Útil / Recursos



Legislação

Informação mais relevante resultante das publicações emanadas de entidades relacionadas com o sector da saúde...



Recursos

Esta secção visa dotar os administradores hospitalares de recursos que os auxiliem na análise e resolução...



Profissão

Apenas através da instituição de mecanismos de auto-regulação profissional, designadamente, de certificação...



Deliberações

Face à sua missão de promover o estudo e discussão de temas na área da Saúde, a APAH não poderá abster-se...

renciação dos utentes, implicando uma barreira relevante para a disponibilidade de camas nos internamentos hospitalares de agudos.

Sendo assim, qual a dimensão do problema? Os SU acabam por cumprir a sua missão, mas vão muito para além do desejável ou do pretendido.

Os Cuidados de Saúde Primários não dão resposta adequada ao atendimento das situações agudas não urgentes/emergentes, levando a um encaminhamento inadequado dos utentes para os SU.

Os utentes por falta de campanhas de sensibilização/pedagogia recorrem indevidamente ao SU por situações clínicas do âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, subaproveitando os "call centers" que têm por função a correta orientação, com os respetivos aconselhamentos ao utente e com a ativação, caso seja necessário, dos meios mais adequados.

A Rede de Cuidados Continuados tem um apoio deficitário de recursos humanos, sobretudo médicos, levando a uma excessiva referência dos doentes para os Sus, obrigando assim a uma sobrecarga na rede Hospitalar de Agudos.

A rede Hospitalar de Agudos, por disfunção de outras redes, por inadequadas admissões aos internamentos, por permanência inapropriada nos internamentos e por não cumprimento das prevenções quaternárias, cria um obstáculo à drenagem dos doentes que estão nos SU com necessidades efetivas de um internamento num serviço de ação médica hospitalar.

Tendo em conta toda esta desorganização, os SU acabam por ser "vítimas" da ineficácia e da ineficiência das outras redes, sendo utilizados como contentores efetivos.

Os conceitos de "cabe sempre mais um", a "síndrome do funil" (grande entrada com uma diminuta saída), a "porta giratória" (os utentes saem do internamento e voltam a entrar nos SU, por falta de apoio social/familiar ou por disfunção

de outras redes) e a falta de equipas médicas dedicadas ao SU (o Diretor do SU é um general sem tropas), acabam por prejudicar o normal funcionamento destes serviços.

Podemos, então, afirmar que esta realidade contribui para o "burn-out" dos profissionais, para o excesso de doentes em sede do SU por falta de decisão clínica atempada ou por falta de vagas nos internamentos, para o excesso indevido da procura dos SU em detrimento dos Cuidados de Saúde Primários, falta de humanização de cuidados, aumento do risco de erro médico, aumento das reclamações, aumento da permanência dos utentes no SU (o SU é um serviço de ação médica sem internamento, onde os doentes não deverão permanecer por tempo superior a 24 horas) e ao aumento dos custos alocados aos SU (recursos humanos e logísticos).

Todas as Entidades Superiores na organização dos sistemas de saúde reconhecem estes problemas, mas não se visualiza qualquer solução ao fundo do túnel!

É necessário urgentemente modificar conceitos e práticas. É urgente uma monitorização e auditorias efetivas às desconformidades para uma tomada de decisão eficaz.

Voltando ao início e respondendo à pergunta colocada, os SU não são o cerne da questão, não são o problema, mas sim a válvula de escape. São, sim, infelizmente, a tábua de salvação dos sistemas de saúde, minimizando o impacto da desorganização nos cuidados de saúde às populações.

Apelo à verdade e à transparência para que os "media" não passem a mensagem incorreta e injusta, não colocuem em cheque a dedicação e o desempenho dos profissionais dos SU, e que as Entidades competentes estejam sensibilizadas e empenhadas para resolver e alterar a realidade existente, não desejada, nos sistemas de saúde.



É necessário urgentemente modificar conceitos e práticas.

É urgente uma monitorização e auditorias efetivas às desconformidades para uma tomada de decisão eficaz.

Voltando ao início e respondendo à pergunta colocada, os SU não são o cerne da questão, não são o problema, mas sim a válvula de escape. São, sim, infelizmente, a tábua de salvação dos sistemas de saúde, minimizando o impacto da desorganização nos cuidados de saúde às populações.



Juntos pela inovação.



Na Lilly, a inovação faz-se em conjunto. Há 135 anos que trabalhamos com os melhores parceiros para levar novas terapêuticas à vida dos doentes. Agora, queremos continuar a inovar consigo. Juntos, somos mais do que medicamentos.

Lilly

COMO FORMAR "A MÃO QUE NOS VAI OPERAR"?



PEDRO VIEIRA ENES

Interno complementar de Ginecologia/Obstetrícia no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

Antes de iniciar o meu internato médico li "A Mão Que Nos Opera" de Atul Gawande, um médico-cirurgião americano e investigador na área de saúde pública. Admito que o livro criou em mim alguma inquietação, talvez pela expectativa do que teria pela frente e pela inexperiência expectável de quem está prestes a iniciar uma importante etapa na vida profissional. Presentemente, 5 anos depois e com outra segurança, sinto que este enredo de histórias médicas intrigantes enaltece o meu trabalho, este percurso do internato médico.

"O internato médico realiza-se após a licenciatura em Medicina e corresponde a um processo único de formação médica especializada, teórica e prática, tendo como objetivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na respetiva área profissional de especialização", segundo o disposto no artigo 2.º da Portaria n.º 183/2006, de 22 de fevereiro, que aprova o Regulamento do Internato Médico, sobre a noção e a finalidade do mesmo.

Cabe à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., a responsabilidade de gerir e coordenar o internato médico. Os órgãos específicos do internato médico envolvem quatro entidades: a) Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM); b) Comissões Regionais do Internato Médico (CRIM), que exercem a sua competência na esfera de intervenção das Administrações Regionais de Saúde, e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira; c) Direções do Internato Médico das áreas profissionais hospitalares, as quais existem nos estabelecimentos hospitalares onde se realizam os internatos médicos; d) Coordenações das áreas profissionais de medicina geral e familiar, de saúde pública e

medicina legal, com funções de direção de internato médico nas áreas referidas.

Não é possível aferir o número exato de internos complementares em Portugal devido às desistências e a um fenómeno recente e crescente, a emigração.

O INTERNATO

Como em todas as especialidades e principalmente nas especialidades cirúrgicas existe um número mínimo de procedimentos médicos e cirúrgicos a realizar. No meu caso específico, a especialidade de Ginecologia\ Obstetrícia com a duração de seis anos, estes procedimentos estão presentes no nosso dia a dia. Sem eles não nos é possível completar a especialidade. Para além destes procedimentos, o interno tem que apresentar um número mínimo de trabalhos que podem assumir as mais diversas formas: pósteres ou palestras em eventos da área, presenças em congressos, cursos práticos, publicação de artigos médicos em revistas específicas, apresentação de temas científicos em reuniões de serviços, elaborar protocolos, entre outros. A tudo isto somamos ainda o estudo, uma atualização permanente sobre o que se faz de novo.

Para um recém-licenciado em medicina o que o espera é um horário semanal de 40 horas, às quais acrescentamos as horas extraordinárias no serviço de urgência, as horas fora do nosso horário de trabalho em que temos possibilidade de assistir a mais cirurgias ou consultas, as horas em que ficamos a colher dados para trabalhos, a estudar. De resto, falta ainda referir que o internato comple-

mentar tem a duração que pode variar entre quatro e seis anos, de acordo com a especialidade médica\cirúrgica.

Somos “educados” para ouvir os doentes, a compilar histórias clínicas, a ganhar técnica cirúrgica (ou várias), a aperfeiçoá-la. Trabalhamos com diferentes equipas de urgência, operamos com diversas equipas, chegamos a diagnósticos com várias linhas de pensamento, apoiados por vários especialistas. “Educar” parece-me então o verbo mais indicado. Na minha opinião, devemos sentir que integramos uma nova família, que somos o elemento mais novo do clã. Num serviço é importante que haja a preocupação com a formação do interno, que haja um sentimento pedagógico, a preocupação de colmatar o que nos falta no curriculum, de ensinar mais que a ciência médica - falar com os doentes, passar informações quanto ao seu estado de saúde, falar com as famílias, comunicar decisões médicas\cirúrgicas – discutir no que podemos melhorar. É importante também que haja a percepção de que o interno está a perder a luta contra o cansaço, porque isto também acontece. Existindo esta união e sentimento de família, facilmente se percebe quando isto sucede, ajudando a reverter este ciclo.

OPINIÕES DE OUTROS INTERNOS

Para escrever este artigo contactei colegas de curso – da mesma e de outras especialidades – colocados em diferentes hospitais, centros hospitalares e centros de saúde (cuidados de saúde primários). Ouvi as suas opiniões e o relato das suas experiências.

Infelizmente uma experiência positiva no internato complementar não é transversal, como seria expectável para todos. Há colegas internos de especialidades cirúrgicas com dificuldade em realizar as cirurgias ou que sentem que servem apenas para “tapar buracos”, colmatando, frequentemente, a carência das equipas de urgência. Não sentem o apoio esperado nem a preocupação que deveria existir, atendendo à responsabilidade de formação que recai sobre estes serviços. Outro lamento ouvido repetidamente foi do excesso de horas, não pagas, com horários a ultrapassar as horas esperadas ou a falta de compreensão quanto à vida pessoal e familiar. Acredito que a diminuição do respeito pela classe médica, excesso de trabalho e as remunerações diminuídas fortaleçam este cenário. Na realidade, a mão de obra de um interno é económica se calcularmos o preço líquido da hora-extra. Será esta a principal razão deste novo fenómeno que é a emigração médica? Ou será que o número cada vez maior de internos complementares e a dificuldade na sua formação causa este aumento? Um grande número dos internos com quem falei pondera a emigração, alguns até mesmo antes de concluir a especialidade. Na verdade – e pelo con-

tacto que tive com alguns internos e recém-especialistas que já emigraram – a nossa formação, a licenciatura e a formação complementar, é considerada de excelência, pelo que somos muito bem recebidos nas instituições de destino. Quem ficará a perder com esta saída de médicos formados no nosso país?

EXPERIÊNCIA PESSOAL

Antes de integrar o internato complementar de Ginecologia\Obstetrícia, frequentei o internato médico da especialidade de Medicina Interna. A falta de procedimentos cirúrgicos incentivaram-me a repetir o exame de acesso à especialidade. Podemos resumir a preparação para este exame da seguinte forma: ler a Bíblia Sagrada o número máximo de vezes. Depois, trata-se de fazer um exame de escolha múltipla em que muitas perguntas se baseiam em percentagens. Cada um de nós esteve, seguramente, um ano completamente absorvido na preparação para este exame. Para quem o repetiu, como eu, sente que perdeu dois anos de vida, tendo agora que procurar compensar de alguma forma; talvez com uma alimentação saudável!

Felizmente, a minha experiência como interno tem superado todas as minhas expectativas. Faço parte de um serviço que sinto como uma família. Existe um sentimento pedagógico em todos os especialistas. Em altura alguma senti-me desamparado numa decisão. Há sempre um especialista disponível para discutir casos clínicos. O desejo de querer transmitir conhecimentos é transversal em todo o serviço. Tenho tido a oportunidade de trabalhar com todos os especialistas e tenho sentido sempre que existe orgulho na passagem de conhecimentos, um

Infelizmente uma experiência positiva no internato complementar não é transversal, como seria expectável para todos. Há colegas internos de especialidades cirúrgicas com dificuldade em realizar as cirurgias ou que sentem que servem apenas para “tapar buracos”, colmatando, frequentemente, a carência das equipas de urgência.

sentimento pedagógico e o incentivo em ajudar nos procedimentos multidisciplinares. Sinto que existe o cuidado para que o interno realize os procedimentos obrigatórios mas, essencialmente, que os execute sem dificuldade. Toda esta preocupação começa na Diretora do Serviço, Dr.ª Olímpia do Carmo, que para além de toda a gestão de serviço tem sempre disponibilidade e o cuidado de “olhar por nós”. Esta receptividade e preocupação é postura da coordenadora do internato e dos orientadores de formação e têm depois reflexo em todos os especialistas. Sempre que existe algo de raro ou de novo, os internos são chamados a estarem presentes para verem e aprenderem. Houve tempos em que as horas extraordinárias estavam a vencer a luta do cansaço mas o serviço em conjunto arquitetou uma solução para que esta luta fosse vencida, não permitindo que os nossos estágios fossem afetados. Por outro lado, o apoio nos trabalhos científicos é dado, muitas vezes, fora do horário de trabalho, nunca sendo negado. Tudo isto só pode causar uma grande coesão, respeito e amizade.



Tenho tido a oportunidade de trabalhar com todos os especialistas e tenho sentido sempre que existe orgulho na passagem de conhecimentos, um sentimento pedagógico e o incentivo em ajudar nos procedimentos multidisciplinares. Sinto que existe o cuidado para que o interno realize os procedimentos obrigatórios mas, essencialmente, que os execute sem dificuldade.



ESTÁGIOS FORA DO CHTS

Durante o internato complementar de Ginecologia\Obstetrícia é necessário realizar um estágio de seis meses num outro hospital e concluir seis meses de estágios opcionais, permitidos pelo nosso Serviço para que sejam realizados fora do hospital de origem. Para além destes, fazemos dois outros estágios\valências de Oncologia e PMA (procriação medicamente assistida) no IPO-Porto e no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia,

respetivamente. Tive ainda a oportunidade de realizar um estágio em Londres, no King`s College Hospital. Na verdade, qualquer interno que inicia um estágio fora da “sua casa” sente sempre receio e expectativa para saber se irá operar, se terá oportunidades, como será recebido. Posso afirmar que sou um felizardo, na medida em que fui sempre bem recebido em todos os estágios que realizei em Portugal, em quatro diferentes instituições.

No Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - PMA: o estágio estava preparado desde o primeiro dia. Fui sempre convocado para as cirurgias, procedimentos especializados, para as consultas. Senti que existe orgulho no trabalho desenvolvido e na passagem de conhecimentos. Enriqueci o meu curriculum, pelo que tenho que agradecer ao Serviço e ao conjunto de pessoas fantásticas do grupo da PMA.

No IPO-PORTO a experiência foi semelhante na medida em que me senti sempre integrado e o meu plano de estágio já estava delineado. Fiz parte de uma equipa cirúrgica, estive presente nas consultas, inclusive na consulta de grupo, realizei procedimentos cirúrgicos, ajudei na visita ao internamento. O sentimento pedagógico exigido esteve presente diariamente.

No Centro Hospitalar do Alto Ave o meu estágio teve a duração de seis meses. Quando me apresentei ao serviço, fui recebido pelo Diretor do Serviço, Dr. José Furtado, que desde o primeiro momento me fez sentir como se fosse um interno do seu Serviço. Lembro-me de fazer urgência com o Dr. Furtado e de estarmos a trabalhar às quatro da manhã e, mesmo nessa hora, o seu sentido pedagógico e a sua boa disposição mantinham-se iguais ao que apresentava de manhã. Todo o serviço me recebeu da melhor forma, pelo que desde o primeiro momento senti como se fosse ou estivesse “em casa”. O meu estágio foi preparado de acordo com as necessidades do meu curriculum, do serviço e da área em que mais gostaria de estar presente. O meu obrigado ao Serviço de Ginecologia do CHAA.

Neste momento estou a realizar um estágio no Centro Hospitalar São João na área da Uroginecologia. Assim como em todos os Centros Hospitalares por onde passei, fui recebido da melhor forma. Têm o cuidado de me perguntar todas as semanas se tudo corre bem. No primeiro dia o meu estágio estava estruturado, com bloco cirúrgico agendado, consultas e visita ao internamento. O meu agradecimento ao Serviço e à unidade de Uroginecologia.

Em resumo, considero que tenho tido sorte neste percurso de interno, uma vez que tenho sido sempre bem recebido e integrado em todas as equipas. A preocupação com a nossa formação é essencial e nunca senti que fosse secundária. Lamento que o internato complementar não seja igual para todos.

Todos os serviços que formam internos têm o dever de formar e educar “a mão que nos vai operar”.



Advancing Therapeutics, Improving Lives.

Há mais de 25 anos que a Gilead, investiga e desenvolve medicamentos inovadores em áreas de importante necessidade médica como a Infeção pelo VIH/SIDA, Hepatites Virais Crónicas, Infeções Fúngicas Sistémicas, Doenças Respiratórias e Cardiovasculares e, mais recentemente, na área da Hemato-Oncologia.

Trabalhamos diariamente para melhorar a esperança e a qualidade de vida dos doentes afetados por estas patologias.

Em todas as nossas atividades, privilegiamos a responsabilidade social, desenvolvemos e apoiamos projetos de investigação, programas educativos e fóruns de discussão centrados na prevenção, na educação para a saúde, no diagnóstico, no tratamento e nas políticas de saúde.

Na Gilead, acreditamos que os medicamentos que desenvolvemos devem estar ao alcance de todas as pessoas que deles necessitam.



Gilead Sciences, Lda.

Atrium Saldanha, Praça Duque de Saldanha n.º 1-B.º A e B, 1050-094 Lisboa - Portugal
Tel. 21 792 87 90 | Fax. 21 792 87 99 | N.º de contribuinte: 503 604 704
Informação médica através de N.º Verde (800 207 489)
departamento.medico@gilead.com.

Os acontecimentos adversos deverão ser notificados e comunicados à Gilead Sciences, Lda. por telefone, fax ou para portugal.safety@gilead.com

000/PT/14-10/IN/1768

UM PROFISSIONAL DE SAÚDE NA WEB



PEDRO COUTO VIANA

Médico Dentista



LUÍS EUSTÁQUIO

Designer

Hoje vive-se uma plena existência dual. Dois mundos, o digital e o material, coabitam, complementam-se, sobrepõem-se e condicionam, indiscutivelmente, a nossa maneira de ser e de estar. Somos fruto destas duas existências, um conjunto de “bytes” no mundo virtual e uma organização de átomos no mundo material.

Nos nossos dias, existir é um exercício de constante equilíbrio. Individualmente e de forma coletiva, vamos fazendo o caminho com um pé assente em terreno virtual e outro assente em terreno material. Sermos cidadãos e profissionais plenamente integrados, pressupõe um equilíbrio harmonioso entre estes dois mundos assumindo uma identidade bem definida e clara, que navegue responsabilmente nestas realidades.

Os profissionais de saúde estão preparados para integrar quotidianamente as mais avançadas ferramentas tecnológicas disponibilizadas pelo mundo virtual, mas o mesmo não se verifica no que respeita à sua preparação para criar, desenvolver e promover a sua identidade profissional nesta sociedade global de comunicação em rede.

A identidade do profissional de saúde a partir do momento que é criada na rede digital adquire uma dimensão global que exige responsabilidade acrescida. Essa responsabilidade, em termos científicos, éticos e sociais, ganha uma nova dimensão nesta forma de comunicar imediata e generalizada.

Conscientes da simultânea responsabilidade e necessidade de criarmos o nosso avatar virtual, devemos estar certos da sua inevitabilidade. Quem ainda não o fez já sente o maior ou menor desconforto da exclusão.

Navegar neste novo oceano da comunicação exige conhecimento e sensibilidade. Não se recomendam aventurismos amadores nem viagens solitárias. Tal como em tempos passados, os grandes descobrimentos fazem-se com equipas multidisciplinares.

Os profissionais de saúde deverão dar estes passos devidamente amparados por profissionais da comunicação e tecnologia, como *designers* e engenheiros informáticos. O ato de comunicar é permeado por meios emergentes que lhe aportam novas características, as quais é necessário reconhecer e acima de tudo utilizar proativamente, sempre com a orientação de especialistas.

Comunicar é mais que nunca ser eficaz na disseminação criativa da mensagem. É pois fundamental definir concretamente o que se pretende comunicar, para consolidar uma parceria profissional e criativa que ajude a nossa identidade a navegar eficazmente na rede.

As equipas são fortes quando, ao profissionalismo, se unem a empatia e a determinação dos seus elementos. É crucial editar uma equipa, não somente com base em critérios de competência, mas consolidar a nossa escolha com um processo de conhecimento pessoal que valide uma sintonia no que diz respeito ao estilo.

Sabendo o que se pretende e constituída a equipa, começa a criação e desenvolvimento do projeto. Devemos contar nesta fase com reuniões demoradas, aparentemente inconclusivas e pouco produtivas. No entanto, não devemos meter pressa neste caldo de ideias e opiniões. Aconselha-se, sim, trabalhar com prazos previamente definidos.

A estruturação do projeto deve ser feita em equipa, dela resultarão tarefas individuais que, uma vez realizadas, serão validadas em grupo, respeitando a especialidade de cada um. Existem, guidelines que se mostram transversais à estruturação da grande maioria dos projetos.

Assim, importa definir como nos queremos apresentar profissionalmente, o que pretendemos com a nossa presença na rede e que conteúdos queremos partilhar. Isto irá traduzir-se na imagem de identidade, no objetivo do projeto e no seu conteúdo.

A criação da imagem de marca serve a nossa projeção identitária. Surge de um processo colaborativo com o *designer*, apoiado na análise da nossa identidade profissional enquadrada na persecução dos objetivos estabelecidos. Após a sua criação, deverá ser apresentada ao profissional de saúde a fim ser adotada com naturalidade. Este processo de identificação e adoção da imagem de marca é a pedra basilar de todo o projeto. Se este processo de identificação não fluir com naturalidade, não deverão ser pisados novamente os passos dados, mas sim exploradas novas direções. É difícil retocar a criatura, sendo preferível voltar a criar. Frequentemente nota-se alguma confusão entre traços pessoais e traços profissionais na criação da imagem profissional. Embora indissociáveis, estas duas esferas devem dar prioridade ao eixo profissional.

No caso em discussão, a marca criada é o DentalCV. A área profissional é explicitamente designada e a identidade, Couto Viana, condensada na sigla CV, que, simultânea

e intencionalmente, remete para *curriculum vitae*. DentalCV procura apontar para o propósito do website criado que é construir um portfolio virtual da prática profissional. A escolha do nome também teve o cuidado de não perder significado, nem adquirir segundo sentido quando enquadrado na língua inglesa.

Procuramos encontrar uma imagem depurada que não sendo exuberante, não deixasse de ser apelativa. A criação do logotipo e a tónica da imagem global procuram, antes de mais, uma postura frontal e funcional. O protagonismo pertence aos conteúdos, que se destacam num ambiente neutro, e ao discurso na primeira pessoa, que esclarece e conduz quem visita o projeto.

O *website* é criado com que propósito? Qual o seu objetivo? Tal como na programação de um percurso com a utilização de GPS, sabendo a posição inicial, é fundamental definir o destino. Pode parecer óbvia esta condição mas definir corretamente as coordenadas de chegada pode não ser tão simples quanto parece. O objetivo condiciona todo o trajeto mas, acima de tudo, atingir o objetivo é o que torna a façanha realizada. Para que serve o *website*? Esta interrogação deve ter resposta pronta durante o desenvolvimento do projeto, pois é obrigatório ter a certeza que estamos no caminho certo. No futuro, o êxito será medido em função da chegada à meta.

O propósito do DentalCV é criar um portefólio virtual da prática profissional da Medicina Dentária, na área da reabilitação oral. Um arquivo digital *online*, acessível a

imshealthTM
INTELLIGENCE APPLIED.

A IMS Health é uma empresa de Consultoria Internacional na área da Saúde, líder mundial no fornecimento de soluções de informação e tecnologia, com um portefólio de serviços de *business intelligence* e *consulting solutions*. Estamos presentes em mais de 100 países e temos mais de 7.700 colaboradores a nível mundial.

www.imshealth.com

profissionais e à população em geral, disponível em qualquer lugar e a qualquer hora para ser utilizado em vários contextos. Serve os objetivos de partilhar conhecimento entre colegas, esclarecer pacientes sobre as várias técnicas disponíveis para a resolução dos seus problemas, apoiar ações de formação e, obviamente, promover e valorizar a imagem profissional. Um propósito para várias aplicações.

Entrar na rede é trocar informação. Na sua essência, a comunicação está centrada na mensagem. O que queremos comunicar? Que formatos podem ser utilizados para mostrar o que queremos transmitir? A definição dos conteúdos é, em última análise, a tarefa mais trabalhosa, já que estes têm grandes implicações no projeto, a montante e a jusante. A montante porque têm grande impacto na forma como se vai recolher informação. Vai ser utilizada a imagem? O formato vídeo também vai ser integrado? Estas considerações devem ter origem na própria atividade profissional, já que a recolha destes conteúdos exige recursos técnicos adequados, bem como protocolos clínicos que integrem estas atividades. A jusante, a maneira como serão disponibilizados estes conteúdos pode condicionar fortemente o *design* do *website*. Embora trabalhosa, a disciplina na colheita destes elementos produz um impacto muito positivo na prática profissional. A criação de um portefólio cria hábitos de rigor, tanto na recolha, como no tratamento, classificação e avaliação da informação.

A documentação rigorosa e cuidada da execução de casos clínicos em imagem estática e dinâmica serve de base à estruturação das várias temáticas que compõem o *website*. Os conteúdos são organizados em várias secções,

servindo cada uma o seu propósito. *To Share* disponibiliza imagens temáticas de forma gratuita, sem direitos reservados, que podem ser utilizadas em ambiente académico ou clínico. *To Do* apresenta casos clínicos, meticolosamente documentados com imagens representativas das várias fases de tratamento. *To Lab* narra a componente laboratorial dos mesmos casos clínicos, sempre com o apoio a imagens documentais. As secções *To Do* e *To Lab* podem ser visualizadas em conjunto, promovendo o diálogo interdisciplinar entre médicos dentistas e técnicos de laboratório dentário. Por fim, *To Fly* enquadra a esfera identitária mais pessoal do autor, de uma forma mais livre.

A usabilidade destes conteúdos prevê a consulta em várias plataformas, incluindo *mobile*, antecipando uma fácil adaptabilidade futura. As estruturas de navegação proporcionam uma utilização descomplicada, mantendo o visitante contextualizado e facilitando a contínua expansão com novos conteúdos sem perda de integridade.

Tal como foi referido no início, hoje vive-se uma plena existência dual. O projeto DentalCV apresenta-se como um caso representativo desta condição: fruto de uma equipa transdisciplinar, incorpora a metodologia prática que reúne o saber e o trabalho, que ao longo de uma estreita colaboração construíram uma nova identidade. Uma identidade com um corpo e uma imagem tão virtual quanto real.

Experimente o que aqui foi dito. Salte do mundo material e visite o mundo digital no www.dentalcv.pt.

O mundo real, esse, é feito de cada uma dessas realidades. 📌



Entrar na rede é trocar informação. Na sua essência, a comunicação está centrada na mensagem. O que queremos comunicar? Que formatos podem ser utilizados para mostrar o que queremos transmitir? A definição dos conteúdos é, em última análise, a tarefa mais trabalhosa, já que estes têm grandes implicações no projeto, a montante e a jusante.



abbvie

A INOVAÇÃO GUIA A NOSSA
CIÊNCIA. A HUMANIDADE GUIA
A NOSSA EXISTÊNCIA.

Para enfrentar os desafios dos cuidados de saúde em todo o mundo, unimos o espírito da biotecnologia à força de uma empresa farmacêutica de sucesso.

O resultado é uma empresa biofarmacêutica que combina ciência, paixão e experiência para melhorar de forma inovadora a saúde e os cuidados de saúde.

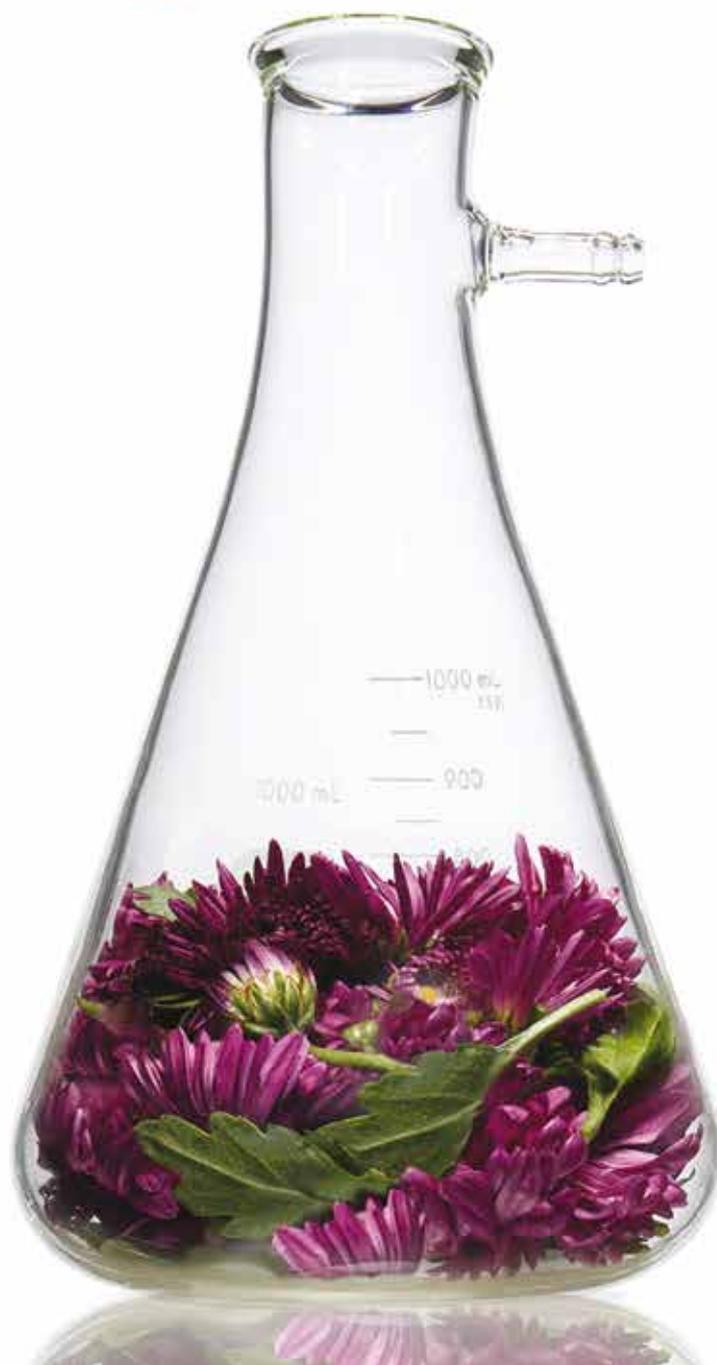
Assegurar um impacto notável na vida das pessoas é mais que a nossa promessa. É a nossa existência.

abbvie.pt

Siga-nos em:



AbbVie, Lda.
Estrada de Alfragide, 67 Alfragapark - Edifício D | 2610-008 Amadora
Telf. 211 908 400 | Fax. 211 908 403
Contribuinte e Matriculada na Conservatória do Reg. Com. da
Amadora n.º 510 229 050 | Capital Social 4.000.000€





O seu futuro, por ora e enquanto Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares, centrar-se-á, seguramente, no relançamento da reforma hospitalar e em tudo, o muito, que a mesma envolverá.



© FEDRA SANTOS



ANTÓNIO LUÍS TRINDADE SOUSA E LOBO FERREIRA Nascido a 5 de outubro de 1959, em Castelões de Cepeda – Paredes, é um reconhecido líder na administração pública do nosso país. Licenciado e doutorado em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, António Ferreira é ainda especialista em Medicina Interna pela Ordem dos Médicos e Assistente Graduado de Medicina Interna do Hospital de São João. À sua vasta experiência profissional acresce a sua atividade enquanto Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, tendo sido ainda membro do grupo de Programa do Medicamento Hospitalar do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde e investigador da Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular do Porto. Nomeado, em 2007, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João E.P.E., António Ferreira assumiu, entre outras, a posição de acérrimo defensor pela diminuição de desigualdades na área da saúde, nomeadamente as decorrentes de disparidades de financiamento que penalizaram ao longo dos anos a região norte do país. Em 2013 foi agraciado com a “Comenda da Ordem de Mérito” atribuída pelo Presidente da República, tendo sido reconhecido como “um notável pedagogo e investigador de mérito excepcional”, com “um percurso de gestão de excelência”.

© FEDRA SANTOS

Durante o período de liderança de António Ferreira, o Centro Hospitalar de São João recebeu diversos prémios de instituições públicas e privadas, incluindo a Medalha de Ouro do Ministério da Saúde, a Grande Cruz da Ordem de Malta, *Best leader award* na administração Pública e diversos prémios de Saúde Sustentável e Boas Práticas em Saúde.

Autor ou coautor de diversas publicações em revistas internacionais indexadas, António Ferreira publicou em 2014 o livro *Reforma do Sistema de Saúde, A Minha Visão*.

O reconhecido “líder na administração pública” foi agora nomeado para coordenar a reforma dos cuidados hospitalares, deixando por isso a Presidência do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E..

A sua liderança na história deste Centro Hospitalar ficará certamente como uma marca visível e de extrema importância, marcando uma mudança da gestão da instituição, uma das maiores do país.

O seu futuro, por ora e enquanto Coordenador Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares, centrar-se-á, seguramente, no relançamento da reforma hospitalar e em tudo, o muito, que a mesma envolverá.

ENTREVISTA A ANTÓNIO FERREIRA



GESTÃO HOSPITALAR: Num modelo de organização hospitalar centrada no doente e onde a comunidade deva ser um elo de ligação permanente, qual deve ser o papel das estruturas pré-hospitalares para uma melhor organização hospitalar? Acredita que uma alteração no pré-hospitalar poderia evitar, por exemplo, a elevada afluência às urgências hospitalares?

ANTÓNIO FERREIRA: A primeira questão aqui que me parece importante é distinguir aquilo que é a opinião do cidadão que está ligado ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) daquilo que são as intenções e do programa do governo em concreto. E atendendo às funções para as quais fui nomeado o importante é entender-se que há um programa pré-definido da responsabilidade do Governo, legitimado pela Assembleia da República, pelo processo democrático, e é esse programa que irá ser, digamos, levado à prática e instituído no terreno. Dito isto, é impossível um sistema de saúde no âmbito de um SNS de cariz Beveridgiano funcionar sem integração entre os chamados cuidados primários de saúde – medicina geral e familiar –, os cuidados hospitalares e os cuidados chamados continuados. Parece-me, por isso, que até faz sentido haver a trabalhar em conjunto uma coordenação, ainda que sem uma estrutura orgânica prevista no âmbito do Ministério da Saúde, mas uma coordenação destas três áreas constituinte do SNS que possa, de alguma forma, contribuir para a integração de todas elas. Este é um ponto que me parece muito importante.

O segundo ponto que me parece relevante é que, de algum modo, temos de encontrar maneira de desfocar os hospitais como centro do SNS. Se prestarmos atenção praticamente tudo o que é interesse mediático, notícias, preocupações da população, etc. estão focadas nos hospitais. Isso até corresponde a um certo modelo de organização que temos no nosso país que é demasiado hospitalocêntrico. E, portanto, tanto o modelo é centrado nos hospitais como toda a atenção mediática é centrada nos hospitais. Julgo que ao longo dos últimos anos uma análise das notícias que foram saindo na comunicação social revela isso muito bem. E, portanto, há que fazer um esforço não só do ponto de vista organizativo como também do ponto de vista cultural dos intervenientes do sistema, dos *Stakeholders*, de toda a gente, dos doentes, obviamente, da população e dos cidadãos, para tentarmos mudar o centro do nosso sistema de saúde. E eu defendo que o centro do nosso sistema de saúde deve ser o doente. O processo. Basicamente é centrarmo-nos no processo do doente. Daí que se conseguirmos que os hospitais se transformem em servidores – utilizando uma expressão talvez não muito canónica –, mas em servidores daqueles que gerem o doente, que gerem o processo do doente e que são os médicos de medicina geral e familiar e estiverem ao serviço

deste processo, vamos com certeza mudar muitas coisas. Dito isto, ou com isto, eu sustento que do ponto de vista teórico é muito fácil fazer este tipo de considerações, do ponto de vista prático é um enorme conjunto de ações que é preciso tomar e que não se levam ao terreno assim de um momento para o outro.

A minha visão sobre estas coisas é que vale a pena ir indo passo a passo, com ações no terreno, constituindo este processo de mudança. Isto implica, por um lado, mudar a organização dos hospitais, alterar a relação dos hospitais com a medicina geral e familiar sob todos os aspetos, nomeadamente no que diz respeito a questões como o financiamento, como o *ownership* do processo do doente, incluindo o processo clínico e a partilha de informação. A possibilidade de haver uma espécie de liberdade de escolha dentro do SNS, moderada pelo médico assistente de cada doente em interação com o doente e com a família dos doentes, de forma a poder utilizar os recursos onde eles estão mais rapidamente disponíveis e até eventualmente com melhor qualidade, etc. E acho que essas ações estão um bocado no âmbito da intervenção do grupo que está encarregado da área hospitalar, mas também e de forma muito relevante nos grupos que estão encarregados da reforma dos cuidados ditos primários de saúde e nos cuidados paliativos.

GH: Como especialista de medicina interna, entende que o internista deve ser o grande gestor do doente no hospital e que deveria ser repensada a forma como a Medicina Interna se encontra organizada? Nesse contexto, sem querer direcionar a pergunta, como avalia a evolução do papel do médico internista no contexto hospitalar?

AF: São duas perguntas. Eu começo pela segunda. Quando eu entrei para a especialidade de medicina interna, porque era a especialidade com que eu sonhava e o que eu queria ser, a medicina interna era assim uma espécie de sinaleiro do hospital que indicava doentes para as outras especialidades. Se um doente tinha uma diabetes, chamava-se a endocrinologia, se precisava de fazer uma punção lombar chamava-se a neurologia, etc., etc. Ora esse papel da medicina interna basicamente não serve para nada e nesse aspeto, interpretada assim desse modo, a medicina interna é dispensável em qualquer sistema de saúde. Não é necessária. Ora, se nós formos capazes – e quando falamos de medicina interna falamos essencialmente de hospital, quer hospital de internamento quer hospital de ambulatório – e tivermos a coragem de nos centrarmos numa especialidade que é extraordinariamente abrangente, os cuidados de saúde prestados ao nível hospitalar, há uma mudança radical na organização hospitalar. Isto porque é possível repensarmos todo o internamento hospitalar,



© FEDRA SANTOS

não em função das especialidades, de determinados critérios que são pré-definidos por cima e por alguém, mas em função do doente. Isto é, um hospital precisa de ter condições de internamento geral que satisfazem as necessidades da esmagadora maioria dos doentes que necessitam de internamento e essas condições tanto são verdadeiras para a pneumologia, como a gastroenterologia, como a medicina interna, etc., etc. Depois precisa de ter condições específicas para necessidades de determinada tipologia de doentes. Por exemplo, para os doentes imunodeprimidos, para os doentes com infeções da via aérea com grande capacidade de contágio, para doentes com determinados quadros clínicos de instabilidade hemodinâmica, etc. O que quer dizer que nós podemos organizar um hospital, até através, como já aqui fizemos, estabelecendo protocolos que dizem por exemplo: a pneumologia trata da patologia da pleura, da neoplasia pulmonar no âmbito do internamento. Tudo o resto, todas as outras patologias ficam no internamento geral. E, independentemente, do doente andar a ser seguido por uma determinada especialidade,

Ora, se nós formos capazes – e quando falamos de medicina interna falamos essencialmente de hospital, quer hospital de internamento quer hospital de ambulatório – e tivermos a coragem de nos centrarmos numa especialidade que é extraordinariamente abrangente, os cuidados de saúde prestados ao nível hospitalar, há uma mudança radical na organização hospitalar.



© FEDRA SANTOS

tendo uma DPOC, ou uma insuficiência cardíaca ou uma insuficiência hepática ele é, a nível do internamento da responsabilidade da medicina interna e, todas as outras especialidades, servem apenas como prestadores numa consultoria numa área ou outra que tenham mais alguma especificidade. Isto significa deitar as portas das quintas abaixo e dizer que o internamento é gerido de um modo integrado em que não há um internamento que é da pneumologia apenas porque sim e há doentes com DPOC que vão para a pneumologia e outros que vão para a medicina interna e tudo isso. E permite além disso outra coisa que é encarmos a procura do internamento, que tem uma enorme sazonalidade – enorme no sentido que tem uma enorme amplitude entre a máxima procura e a procura menor no inverno e no verão –, e podermos criar um conceito de que os hospitais não têm uma lotação de camas. Falar em lotação – quando perguntam qual a lotação do Centro Hospitalar de S. João? Respondo: quero lá saber. Não sei nem me interessa. Quando muito podemos falar numa lotação média anual. Tem de ser consoante as necessidades. Ou seja, temos de ter capacidade no inverno de aumentar em 100 camas e no verão já tivemos situações em

que diminuámos 300 ou mais camas e encerrámos pisos inteiros no hospital. Isso significa que temos também de olhar de outro modo, com outra visão, para a forma como organizamos o trabalho, como lidamos com as pessoas e encontrar formas de, sem pôr em causa dos direitos dos trabalhadores, remunerações dos profissionais, etc., termos flexibilidade na racionalização de recursos humanos. São necessárias mais horas de trabalho na maior procura e menos na menor procura. A forma como se organizam as férias, a forma como se pode organizar horas de bolsa, etc. permitem alguma flexibilidade para se quisermos, e se os profissionais quiserem, termos essa resposta. Isso é ainda mais importante, porque sempre que há excesso de procura e crises na Urgência, elas não são só da Urgência. São da Urgência e da capacidade que os hospitais têm de manter a Urgência vazia. Se os doentes chegarem a uma Urgência em grande quantidade e muitos deles precisarem de ser internados e ficarem na Urgência, porque não há capacidade de resposta no internamento, o caos está instalado. E, portanto, esse é um dos problemas mais importantes na resposta às situações de maior procura e a medicina interna é fulcral em tudo isso.

GH: Qual a sua posição relativamente à acumulação de funções pelos profissionais de saúde do setor público? Defende a manutenção deste sistema ou a definitiva separação dos mesmos?

AF: A minha posição pessoal já foi assumida há muito tempo e acho que há aqui dois aspetos que é importante referir. Em primeiro lugar, em conceito, defendo a exclusividade e acho que as instituições privadas também a defendem. Ou seja, quem entra no negócio da saúde no sector privado também é isso que quer.

Da maneira como estão organizados os recursos humanos no SNS é basicamente impossível ter a exclusividade por várias ordens de razão, desde remuneratórias até à questão de incentivos, políticas de reconhecimento, etc. e, portanto, acho que fazia sentido, e é uma das abordagens que pode ser lançada se for do ponto de vista político considerada interessante, mudar a organização dos hospitais, apostando em unidades autónomas de gestão (UAG), em algumas áreas e centros de responsabilidade integrada. E começar, por essa via, a estimular a possibilidade, de modo responsável, de ter a exigência da exclusividade para profissionais que integrem direções das UAG e direções de serviço, bem como para aqueles que venham a estar envolvidos na gestão de centros de responsabilidade integrada. Permitindo que quer a gestão seja responsável e responsabilizável, ou seja, sucesso é igual a mais incentivos e insucesso é igual a mudanças para que se possa caminhar para o sucesso, quer os próprios profissionais, através das medidas de contratualização adequada, da aplicação de metodologias *Balance Score Card*, etc. poderem ser recompensados por via dos resultados que obtêm, quer em termos de qualidade quer em termos de quantidade da produção. E, portanto, em conceito, sim, a exclusividade. Há um caminho longo a percorrer para se

conseguir atingir esse objetivo, fazendo-o de modo a que não conduza à desertificação do SNS que é uma ameaça com que o SNS está permanentemente confrontado nos dias que correm.

GH: No âmbito da articulação entre os cuidados de saúde primários e as unidades hospitalares, no que se refere à realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), como entende que devem ser organizados e geridos os recursos hospitalares do SNS?

AF: Bom. Em primeiro lugar há no âmbito dos hospitais do SNS uma imensa redundância em grande escala dos MCDT's. E os MCDT's vão desde as análises *core lab* até terapias extraordinariamente complexas como radioterapia, etc. E esta redundância é indutora de despesa eventualmente sem a contraparte da produtividade, da qualidade e da eficiência. Há muitas soluções que têm sido experimentadas por esse mundo fora. Acho que faria todo o sentido uma articulação de forma transparente e muito serena e envolvendo todas as instituições - discutindo com todas as instituições. Não há outro modo de o fazer. Isto não se faz com decisões *top down*, faz-se envolvendo as pessoas, envolvendo cada um dos decisores a nível local, etc., questionarmos: não faz sentido haver um *core lab* para tudo o que são análises por exemplo na região do Porto, outro noutra região qualquer e que possam responder às necessidades do SNS, das instituições hospitalares e dos cuidados primários de saúde no âmbito do *core lab*, para aquelas análises que são mais comuns e que são feitas de forma automatizada e cuja validação é rapidíssima e simplicíssima? Respeitando pequenos laboratórios apenas para questões de urgência onde seja necessário ter

Isto significa deitar as portas das quintas abaixo e dizer que o internamento é gerido de um modo integrado em que não há um internamento que é da pneumologia apenas porque sim e há doentes com DPOC que vão para a pneumologia e outros que vão para a medicina interna e tudo isso. E permite além disso outra coisa que é encaramos a procura do internamento, que tem uma enorme sazonalidade – enorme no sentido que tem uma enorme amplitude entre a máxima procura e a procura menor no inverno e no verão –, e poderemos criar um conceito de que os hospitais não têm uma lotação de camas. Falar em lotação – quando perguntam qual a lotação do Centro Hospitalar de S. João? Respondo: quero lá saber. Não sei nem me interessa. Quando muito podemos falar numa lotação média anual. Tem de ser consoante as necessidades. Ou seja, temos de ter capacidade no inverno de aumentar em 100 camas e no verão já tivemos situações em que diminuámos 300 ou mais camas e encerrámos pisos inteiros no hospital.

resposta imediata, mas que se faz também por sistemas não muito dispendiosos? Faz sentido haver vários laboratórios a fazer a mesma coisa separados por uma rua, por 500 metros, por 1 km ou por 5 km? Eu acho que esta é a primeira questão que devemos focar. E, na minha opinião, o que deveria haver era uma centralização da resposta laboratorial porque ela não acrescenta nada, isto é, a prática desta atividade no hospital A, e no hospital B e no hospital C não aumenta o conhecimento, não garante maior acessibilidade, não permite produzir investigação, não acrescenta nenhum valor a nenhuma das instituições, enquanto que um laboratório central poderia responder a todas as necessidades de todas as instituições e internalizar aquilo que vai para fora no âmbito do SNS e que é uma das áreas de grande despesa para o SNS. E quando se diz isto no âmbito do *core lab*, poderia ser um primeiro passo, diz-se no âmbito de outros MCDT's. E poderíamos também fazê-lo partilhando recursos dentro de hospitais que fa-



E, na minha opinião, o que deveria haver era uma centralização da resposta laboratorial porque ela não acrescenta nada, isto é, a prática desta atividade no hospital A, e no hospital B e no hospital C não aumenta o conhecimento, não garante maior acessibilidade, não permite produzir investigação, não acrescenta nenhum valor a nenhuma das instituições, enquanto que um laboratório central poderia responder a todas as necessidades de todas as instituições e internalizar aquilo que vai para fora no âmbito do SNS e que é uma das áreas de grande despesa para o SNS.



zem parte da mesma região. Quer dizer, noutras áreas, da imagiologia, etc. Não vejo que haja nenhum obstáculo a isso, se quisermos e se discutirmos com as instituições no sentido de garantir que com os mesmos ou menos recurso fazemos a mesma coisa ou mais ainda.

GH: Uma das medidas estruturais da contratualização, ao nível dos serviços cirúrgicos é a produção adicional. Produção adicional essa que é atualmente contratualizada com as unidades hospitalares, conjuntamente com a produção normal, na negociação do Contrato Programa. Ora, a GH tem conhecimento que algumas instituições hospitalares do SNS têm serviços em que a produção adicional representa cerca de 50% da produção total! Como olha para esta realidade?

AF: Dito assim, desse modo, acho que qualquer cidadão, qualquer pessoa dentro do SNS acha mal. A ideia que eu tenho é que há uma vontade política já definida até pelo Sr. Ministro da Saúde de responder às questões da produção, nomeadamente na área da cirurgia, com abordagens que sendo diferentes são complementares. Uma é, numa primeira fase, avançar-se para um processo de contratualização que estabeleça aquilo que cada instituição pode fazer no âmbito do que é o seu financiamento e reservar uma parte do orçamento da saúde atribuído às instituições hospitalares para uma espécie "de leilão", com a devida reserva na utilização da palavra, ou seja para aumentar a capacidade de resposta, ou aproveitar a capacidade de resposta de algumas instituições, para reduzir listas de espera noutras instituições. Isto pode ter alguma utilidade numa fase mais ou menos rápida, sendo uma maneira expedita de resolver a procura, particularmente em algumas áreas onde a capacidade de resposta por via de alguma escassez de recursos humanos ou eventualmente outras razões, esteja posta em causa. Há algumas especialidades onde de facto alguns hospitais têm extremas dificuldades, porque os recursos humanos são reduzidos ou por outras razões.

Esta é uma das abordagens que está prevista pelo Ministro da saúde.

Quanto ao rácio produção adicional /produção programada no âmbito da produção normal, entendo que deve ser objeto de contratualização. A produção adicional só deve ser contratualizada com os serviços esgotada a capacidade produtiva no âmbito da produção normal. Ou seja, programada em todos os dias da semana e utilizando todos os recursos existentes e deve ser integrada com a capacidade de resposta do hospital. Não deve ser encarada como uma forma de remunerar melhor os profissionais de saúde, mas antes como uma forma de ajudar a responder melhor à procura no âmbito do SNS.

GH: No âmbito dos medicamentos assume particular importância, ao nível do ambulatório, a disponibilização gratuita de medicamentos pelas unidades hospitalares. Disponibilização essa que pode ter origem em prescritores médicos não enquanto elementos do hospital em causa, mas sim como colaboradores de unidades privadas limítrofes. Segundo dados do Ministério da Saúde os gastos dos hospitais com a cedência gratuita de medicamentos em ambulatório atingem valores, a nível nacional, da ordem dos 48% dos gastos totais com medicamentos. Esta situação não deveria ser reequacionada?

AF: Sim. Os valores serão dessa dimensão. Em hospitais da dimensão do Centro Hospitalar de São João a despesa em medicamentos com o internamento é cerca de 14 a 16% da despesa total em medicamentos, todo o resto é

ambulatório, por várias razões. É que grande parte das patologias que utilizam medicamentos muito dispendiosos – as doenças autoimunes, a oncologia, as infeções virais, nomeadamente o vírus da imunodeficiência humana, o vírus da hepatite – são todas tratadas em ambulatório e, portanto, o ambulatório hospitalar tem um enorme peso nos custos com medicamentos. Mas a questão aqui é mais relevante se pensarmos numa política global do medicamento para o SNS do que propriamente se setorizarmos só neste ou noutro aspeto. No âmbito do programa do atual Governo há várias iniciativas em curso, nomeadamente no grupo do relançamento da reforma hospitalar, que irão ser submetidas para análise e posterior decisão. Existem iniciativas relacionadas com uma maior proximidade e uma maior acessibilidade ao medicamento por parte dos doentes. Uma delas será a da utilização das farmácias de oficina – as farmácias de rua – utilizando a sua colabo-





© FEDRA SANTOS

ração para as integrar na rede de distribuição do medicamento prescrito nos hospitais. Permitindo que os doentes não tenham de se deslocar dezenas ou centenas de quilómetros para levantar o medicamento e o possam levantar junto do seu distribuidor normal da farmácia mais próxima, com isto mantendo a responsabilidade de controlo da prescrição nos hospitais, e portanto, por um lado aproximar e facilitar a acessibilidade ao medicamento que é prescrito nos hospitais, mas por outro lado instituir políticas que permitam reduzir a enorme despesa que se tem na área do medicamento e dessa forma permitir a acessibilidade ou permitir o acesso a alguns medicamentos que são verdadeiramente inovadores. Aquilo a que se chama habitualmente inovação terapêutica, sendo que a esmagadora maioria não é inovação terapêutica. Isto, naturalmente, implica um conjunto alargado de medidas, que vão desde a definição do portfólio de medicamentos a utilizar no âmbito do SNS e as alternativas que podem existir entre esses medicamentos, por forma a garantir que os processos de requisição garantam realmente menores custos, até abordagens do tipo do estado estabelecer

protocolos que assentem em pagamentos por tratamentos de doenças no âmbito de doenças raras, ou de outras, em que a terapêutica é extraordinariamente dispendiosa. Em áreas que tenham um enorme impacto na despesa hospitalar, como sejam: doenças autoimunes, neoplasias, cancro, etc., definir políticas de similares terapêuticos que permitam escolhas alternativas e que por via dessas os hospitais negociem preços muito mais baixos e não tenham só um ou outro medicamento. É ainda importante a abordagem de processos de aquisição centralizados para áreas específicas, porque em algumas áreas a centralização permite ganhos que a compra fraccionada não permite, nomeadamente em medicamentos que são exclusivos em que não há alternativas terapêuticas. E há um outro conjunto muito importante de medidas que podíamos aqui esmiuçar, mas que exigem mais sistematização. Portanto, e em resumo, é indiscutível que uma das grandes ameaças à comportabilidade do SNS é a área das matérias – medicamentos e dispositivos médicos – e nesse aspeto, se copiarmos aquilo que é feito em alguns dos países mais desenvolvidos da Europa como avançarmos decididamen-

te para a utilização de dispositivos de uso único reprocessados – para o processo de reprocessamento e reutilização dos dispositivos de uso único – nas mais variadas áreas, é uma outra oportunidade de reduzirmos significativamente a despesa. Por isso, nestas áreas que representam uma fatia muito grande da despesa no âmbito do SNS, políticas corajosas, reproduzindo aquilo que já foi feito em alguns dos hospitais, nomeadamente em hospitais do norte do país, terá um impacto enorme. Outra área é a área do medicamento prescrito no âmbito dos cuidados primários de saúde e no âmbito das comparticipações, mas essa não está no âmbito dos hospitais.

GH: Foi nomeado como Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Hospitalares. No domínio da reforma dos cuidados hospitalares, sabemos que a estratégia de mudança e melhoria não é simples e enfrentará muitos obstáculos.

Em que medida este grupo de trabalho para a reforma dos cuidados hospitalares pode efetivamente fazer a diferença no Serviço Nacional de Saúde (SNS)? Pode concretizar por favor que áreas considera de intervenção prioritária?

AF: De facto, o que poderá fazer a diferença no SNS, mais do que um qualquer grupo técnico, é o decisor político. É quem toma decisões que faz a diferença. O decisor é quem faz a diferença. No caso concreto, um grupo técnico não tem essa atribuição de competências decisórias, mas tão-somente, o que já de si é muito difícil, a de ajudar a encontrar soluções quer do ponto de vista da operacionalização do programa do governo, porque é esse que conta e não é a opinião pessoal de cada um de nós, quer no que diz respeito à identificação de problemas que estão no terreno e que podem ser resolvidos utilizando os recursos disponíveis no SNS, pondo as pessoas a falar umas com as outras e encontrando algumas soluções que não são propriamente dependentes de abordagens políticas concetuais. É o caso das centralizações de urgências em várias regiões do país, principalmente nas grandes áreas metropolitanas, o caso de identificar problemas noutras áreas mais periféricas onde a capacidade de resposta dos cuidados primários de saúde pode ser menos adequada e onde alguma coordenação entre a coordenação dos cuidados hospitalares e a coordenação dos cuidados primários pode permitir que resolvendo um problema a jusante se consiga ultrapassar o problema que parece estar centrado a montante. A articulação com os cuidados continuados no terreno, seja no âmbito dos cuidados paliativos, seja no âmbito da abordagem do doente crónico, seja na prestação de cuidados domiciliários onde os hospitais também podem colaborar com a coordenação dos cuidados continuados. Este é um

aspecto que é importante. Outros aspetos têm a ver com o desenhar de abordagens que estão previstas no programa do governo. Tudo porque o grupo chamado da reforma hospitalar não tem como objetivo criar uma estratégia. A estratégia está definida no programa do governo e é esse programa que sustenta a estratégia do Ministério da Saúde. O grupo da reforma hospitalar tem como objetivo, percebendo o que é o programa do governo e não lhe competindo discuti-lo, tentar encontrar e propor medidas que ajudem à concretização desse programa, tendo sempre presente que é fundamental a visão da sustentabilidade do SNS e em particular, no caso em concreto deste grupo, da área hospitalar.

Deixe-me só dizer mais duas ou três coisas.

É que é exatamente na área dos modelos de gestão que o programa do governo prevê Unidades Autónomas de Gestão (UAG), Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), autonomia e responsabilização da gestão hospitalar e da gestão intermédia nos hospitais, na área da abordagem racional da organização, das pessoas, dos recursos humanos. E, depois, no âmbito das políticas associadas às matérias, portanto políticas de consumo, e ainda, no âmbito da capacidade para criarmos sistemas de informação que permitam de facto gerir o SNS e de facto fazer *benchmarking*, digamos que estas três áreas são aquelas em que o grupo esteve a trabalhar e que apresentou no final do mês de janeiro ao Sr. Secretário de Estado Adjunto o resultado do seu trabalho.

Portanto, o grupo tem como objetivo operacionalizar políticas de saúde que têm uma definição política governativa do executivo, não tem como objetivo inventar ou criar



É que é exatamente na área dos modelos de gestão que o programa do governo prevê Unidades Autónomas de Gestão (UAG), Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), autonomia e responsabilização da gestão hospitalar e da gestão intermédia nos hospitais, na área da abordagem racional da organização, das pessoas, dos recursos humanos.



Em síntese, humanização, centralização no doente e eficiência – *value for money* – seriam as características que entendo serem essenciais à organização hospitalar do século XXI.

um qualquer programa de governo, porque esse está feito e é da autoria do governo e não do grupo, pelo que não compete ao grupo dizer a reforma deve ser feita desta maneira, compete ao grupo dizer que há uma determinada liderança constituída por um governo que está em funções legitimamente e o grupo tem a missão de, nas áreas que até estão definidas de forma muito clara no despacho, propor modos, processos que permitam a implementação ou a instituição no terreno dos objetivos previsto no programa, sabendo que o fundamental é garantir melhoria no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, encarados neste caso como a parte curativa dos cuidados de saúde, porque a saúde é algo completamente diferente, ou melhor, muito mais abrangente, por um lado, e por outro lado, conseguir fazer isto de um modo que seja comportável pelo orçamento disponível no país para o SNS.

GH: Por último, quais as duas características que entende serem essenciais à organização hospitalar do século XXI, por forma a maximizar a eficiência, efetividade e eficácia da mesma, num contexto de custos controlados, qualidade e equidade?

AF: Duas é difícil...

GH: Duas, três características...

AF: No século XXI eu atrevia-me a dizer que a primeira questão que é um desafio para os hospitais é a humanização. É a primeira questão. Num século de supremacia tecnológica quer do ponto de vista factual, quer do ponto de vista cultural, onde as pessoas cada vez mais almejam a imortalidade física e não só a espiritual e, portanto, criam essa utopia. Onde a morte se deslocaliza da família, do acompanhamento do grupo e do núcleo, que é a razão de viver de cada um de nós, para o hospital e para as unidades de cuidados paliativos. Perante esta nova dimensão da abordagem da doença, infelizmente cada vez mais centrada na tecnocracia – na superioridade da téc-

nica – e cada vez menos centrada na dimensão humana do ser doente, o objetivo fundamental para um hospital poder responder cabalmente àqueles que o procuram, os doentes, é a humanização. E esse é o primeiro, o segundo e o terceiro, na minha opinião.

E depois são os processos de gestão centrados exatamente naquilo que é o fluxo do doente, o processo do doente desde que entra até que sai. Esses processos de gestão implicam que nenhum serviço ou especialidade se deve centrar em si mesmo, mas no doente. Significa que um hospital não deve ser constituído por um conjunto de quintas que estão dispostas em justaposição, paralelas, umas em cima das outras num edifício de vários andares mas, bem pelo contrário, deve ter as portas abertas no sentido que o que interessa é levar o conhecimento e a tecnologia ao serviço do doente e isso não significa ou justifica que o doente tenha de estar atrás de uma porta fechada (que é da especialidade A ou da especialidade B), significa que o doente tem de estar no local mais adequado para poder estar o mais confortável possível, o mais integrado e sentir-se o mais próximo do seu lugar, e é o conhecimento, as especialidades que vão ao doente, sempre respeitando naturalmente que há questões de ordem técnica que obrigam a que haja algumas áreas específicas – cuidados intensivos, etc.

O terceiro aspeto tem a ver com o *value for the money*, tem a ver com a nossa capacidade de utilizar o dinheiro que é de todos, porque depende dos nossos impostos, e maximizar o valor desse dinheiro investido. Isso significa por um lado respeitar o princípio da economia, garantir que compramos ao mais baixo preço possível tudo, tudo o que é necessário para que o hospital funcione – o que for, e não pode haver nenhum complexo relativamente a isso. Segundo ponto, que a maneira como organizamos o hospital, o processo, seja de tal maneira eficaz que permita que este produto que adquirimos, seja ele qual for, até conhecimento, tenha um *output* que é o melhor possível e depois este *output* tenha um impacto social e que esse impacto social seja positivo. Portanto, nós só temos o valor para o dinheiro, só conseguimos ter isto, se o que é impacto social justificar o dinheiro que se gasta em investimento e se não fizermos isso estamos condenados a deixar de ter SNS. A caldear tudo isto tem que haver o conceito de equidade, porque há coisas que em determinada região se conseguem a um preço mais barato, mas noutras exigem uma maior despesa e, deste modo, a equidade tem a ver com respeitar a interioridade sem cairmos no absurdo de que vamos poder ter um Otorrinolaringologista em cada esquina ou em cada terra, mas caldear este modelo com equidade.

Em síntese, humanização, centralização no doente e eficiência – *value for money* – seriam as características que entendo serem essenciais à organização hospitalar do século XXI. 



Fresenius Kabi Pharma Portugal, Lda.
Av. do Forte, 3 - Edifício Suécia IV - piso 3
2794-039 Carnaxide
Portugal
Tel.: +351 21 4241280
Fax: +351 21 4241290
fkportugal@fresenius-kabi.com
www.fresenius-kabi.pt



**FRESENIUS
KABI**

caring for life



PERGUNTAS [COM] RESPOSTA

LUÍS CAMPOS

Diretor do Serviço de Medicina do HSFX/CHLO
Professor Auxiliar convidado da Faculdade de Ciências Médicas/UNL
Presidente do Conselho Nacional para a Qualidade em Saúde
Vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

LUÍS CAMPOS licenciou-se em Medicina, no ano de 1978, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e dirige, desde 2006, o Serviço de Medicina do Hospital S. Francisco Xavier/Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, tendo sido anteriormente Diretor do Serviço de Urgência deste mesmo hospital.

Desde cedo escolheu investir continuamente na sua formação profissional tendo frequentado o Mestrado em Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde pela Universidade de Múrcia e uma Pós-Graduação em Direção de Serviços de Urgência pelo INDEG Business School ISCTE.

Adiciona-se a este investimento académico a sua experiência durante vários anos enquanto Assistente Convidado da cadeira de Medicina I da Faculdade de Ciências Médicas, agora professor

Auxiliar Convidado, tendo sido também docente em várias escolas, incluindo a Faculdade de Medicina de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Faculdade de Farmácia, INDEG Business School ISCTE, entre outras.

A sua experiência clínica passou desde cedo por diversas Instituições, tendo sido, em 1981, responsável pelo Serviço de Medicina do Hospital de Lagos e, três anos mais tarde, responsável pela supervisão das equipas móveis de Emergência do Serviço "115", PSP de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal.

Luís Campos é reconhecido pela sua ação impulsionadora em diversas sociedades na área da saúde, tendo sido sócio fundador da Sociedade Portuguesa da Qualidade em Saúde, sendo atualmente vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

GESTÃO HOSPITALAR: Desde a sua criação no ano de 2009 que preside ao Conselho para a Qualidade na Saúde da DGS. Que balanço faz da atividade deste Conselho?

LUÍS CAMPOS: O balanço é positivo. O conselho tem como missão apoiar o departamento de qualidade na definição da estratégia nacional para a qualidade em saúde e na sua implementação e, nesse âmbito, tem tido a oportunidade de se pronunciar sobre toda a legislação que tem saído sobre qualidade, alguma de grande relevância, como o despacho n.º 5613/2015 que redefiniu a estratégia para a qualidade na saúde no horizonte 2015-2020, o despacho n.º 1400-A/2015 que criou o Plano Nacional para Segurança dos Doentes, o despacho n.º 5739/2015 onde foram publicados os indicadores para monitorização da qualidade no SNS, que estão a ser divulgados através do site da ACSS, e o despacho n.º 3635/2013 que operacionalizou de forma mais eficaz a estratégia da qualidade e a ligação do departamento às instituições. Além disso acompanhou e aconselhou o Departamento da Qualidade nas suas várias áreas, desde a acreditação até à Normas de Orientação Clínicas (NOCs). Dito isto, existem também recomendações do conselho que ficaram pelo caminho, uma das quais foi o de dotar de mais recursos o próprio departamento, que sofre de um desajuste entre a enorme missão que tem em mãos e os recursos de que dispõe.

GH: O segundo mandato desta Comissão excluiu da sua composição os administradores hospitalares. Como olha para esta alteração decorrente do Despacho n.º 15883/2013?

LC: Com pena por isso ter acontecido. A responsabilidade da qualidade em saúde é transversal a todas as profissões implicadas nos cuidados de saúde em todos os níveis do sistema de saúde, e as decisões tomadas pelos gestores sobre financiamento, planeamento de recursos humanos, instalações, organização e muitas outras áreas têm implicações diretas sobre os resultados que obtemos com os nossos doentes, quer seja para o bem quer seja para o mal. Apesar de termos no conselho gente muito competente,

o conhecimento, a experiência e a perspetiva dos administradores hospitalares teria enriquecido as discussões que fomos tendo no conselho ao longo do tempo e teria contribuído para o melhor cumprimento da nossa missão. Pessoalmente, sempre defendi a multidisciplinaridade do conselho, no qual existe um representante dos cidadãos, que tem sido o Prof. Manuel Villaverde Cabral, mas gostava que fossemos mais longe, em termos de independência do conselho, através da integração de pessoas nomeadas por outros órgãos, e na assunção de um papel mais proativo e de uma maior capacidade de iniciativa própria na defesa da qualidade dos cuidados de saúde, permitindo que o conselho funcionasse como uma consciência ético-profissional do sistema de saúde em defesa da qualidade da assistência prestada aos nossos doentes.

GH: Que prioridades identifica na agenda da Qualidade na saúde para os próximos 3 a 5 anos?

LC: Eu penso que, em termos genéricos, as prioridades estão bem definidas na Estratégia Nacional para Qualidade 2015-2020: a monitorização permanente da qualidade e segurança, a melhoria da qualidade clínica e organizacional, o aumento da adesão às normas de orientação clínica, o reforço da segurança dos doentes, a acreditação, a capacitação dos doentes e uma informação mais transparente ao cidadão.

O principal problema foi a qualidade dos cuidados de saúde não ter estado, nos últimos anos, no coração do sistema, enquanto critério *princeps* da tomada de decisão, e isso seria para mim a desejável mudança de paradigma. Eu penso, como muitos outros, que a boa qualidade reduz despesas e a má qualidade sai muito cara. Um dos exemplos é o impacto da redução da infeção hospitalar: se conseguíssemos reduzir para metade essa taxa, poupávamos vidas, morbilidade e 280 milhões de euros.

No campo da monitorização da qualidade seria prioritária a criação de um Observatório Nacional da Qualidade em Saúde, que funcionasse como um panóptico de observação das várias dimensões da qualidade, utilizando as múl-

Autor de dezenas de comunicações e publicações, Luís Campos é editor do livro *Protocolos em Medicina Interna* e coeditor do livro *Governança dos Hospitais*. Entre outros cargos e funções, Luís Campos foi membro da plataforma Gulbenkian Health for the Future e membro do grupo que elaborou o capítulo para o relatório da OCDE sobre "Geographic variations in Healthcare". Desde 2009 é Presidente do Conselho para a Qualidade em Saúde e Consultor da Direção-Geral de Saúde e, em 2011, tornou-se Membro da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas e Coordenador Nacional do Registo de Saúde Eletrónico. É Membro do Conselho Consultivo do Hospital Fernando da Fonseca, desde 2010, e da Comissão Técnico-científica do INEM.

Luís Campos foi também Membro da Comissão para a rede de Referenciação de Medicina Interna, Consultor do Infarmed para a introdução de novos medicamentos, Vice-presidente do 6th International Congress on Autoimmunity, Coordenador Nacional do Núcleo de Doenças Autoimunes da SPMI, Consultor da JMS Saúde para a construção de novos hospitais em regime de PPP, continuando a pertencer ao seu Conselho Médico, e Consultor do Governo de Macau e dos Açores, na área da Saúde. Foi ainda Membro da Comissão Técnica de Apoio à Requalificação das Urgências, de 2006 a 2008, e da Comissão de Acompanhamento da Reforma hospitalar, de 2013 a 2015.

tiplas ferramentas e bases de dados disponíveis, desde os processos judiciais às reclamações, as notícias nos media, os GDH, as prescrições informatizadas, a Consulta a Tempo e Horas, o SIGIC, os indicadores monitorizados pela ACSS, os registos de doenças das sociedades científicas e outros. Em particular preocupa-me muito a variabilidade no acesso aos cuidados de saúde e na qualidade dos próprios cuidados, que atinge números chocantes, iníquos, e em relação à qual o sistema tem tido uma política de avestruz. Na área da qualidade clínica e organizacional a redução desta variabilidade deveria ser uma prioridade, aliando a uma estratégia de melhoria das organizações como um todo uma estratégia de apoio às que tivessem um pior desempenho. As pessoas não podem ser discriminadas em função do sítio em que vivem.

Ainda no campo da melhoria qualidade clínica e organizacional penso que para além de melhorias que se possam promover nos cuidados primários, secundários e continuados, a grande oportunidade de reforma encontra-se na integração de cuidados. Esta prioridade está na agenda política de muitos países e mesmo a Organização Mundial de Saúde dedicou-lhe recentemente um relatório. Em primeiro lugar integrar políticas para promover a saúde e prevenir a doença. É importante ter em mente que os cuidados de saúde apenas determinam 10% da nossa saúde e os comportamentos de risco determinam 40%. É preocupante que a direção de serviços que tem esta responsabilidade tenha apenas duas pessoas para esta missão. Integrar cuidados de saúde e sociais é a outra prioridade. Os nossos hospitais estão transformados em centros de resolução dos problemas sociais dos doentes, debatendo-se diariamente com múltiplas barreiras e incapacidades neste domínio, reduzindo a capacidade de receber os doentes internados a partir das urgências. Precisamos criar vias rápidas de decisão neste domínio e alguns países europeus, também preocupados com este aspeto, têm vindo a fazê-lo. Promover formas de integração entre cuidados primários e secundários é outra oportunidade. Os nossos doentes crónicos não podem continuar a ser tratados de forma episódica, quando descompensam, através das urgências. Temos que mudar este paradigma e começar a tratá-los de forma proativa e preventiva, garantindo que nunca saiam do radar do sistema, garantindo a continuidade nos seus cuidados. A fusão das organizações não garante esta articulação, como prova a análise dos indicadores das Unidades Locais de Saúde e a separação também não impede que isso possa acontecer.

No campo da segurança o problema da nossa elevada taxa de infeção hospitalar e da preocupante taxa de resistência aos antimicrobianos deve ser a prioridade. Em relação às Normas de Orientação Clínicas (NOCs) foi notável o esforço de criação de 145 NOCs nos últimos cinco anos, mas temos que diversificar a autoria das NOCs, que têm

sido demasiado concentradas numa única especialidade, o que as torna ainda mais permeáveis a conflitos de interesse, e não podemos reduzir a complexa ciência da sua implementação à realização de auditorias.

Finalmente temos que avaliar as mudanças implementadas: mudamos muito e avaliamos pouco, incluindo o impacto das grandes reformas do sistema, como a das urgências, a reforma dos cuidados primários, a criação dos cuidados continuados, os centros hospitalares, as Unidades Locais de Saúde (ULS), e outras. Esta falta de avaliação é um enorme desperdício de conhecimento que poderíamos utilizar para incorporar mais evidência em novas mudanças.

GH: Reúne uma longa experiência na direção de serviços e departamentos hospitalares. Quais os principais obstáculos que identifica na governação hospitalar na atualidade?

LC: Para quem tem que gerir equipas e hospitais os tempos não têm sido fáceis. Em primeiro lugar houve uma redução substancial das remunerações dos profissionais de saúde: os médicos foram os funcionários públicos mais penalizados nesta crise, tendo perdido quase 700 euros de rendimento mensal nos últimos quatro anos e os enfermeiros quase 200 euros. Em contraste os juízes viram o seu rendimento mensal subir quase 1000 euros. Quando a saúde é reconhecida o setor da administração pública que funciona melhor e os tribunais um dos que funciona pior, imagine-se o impacto desta iniquidade na motivação das pessoas e a nossa dificuldade em motivar as nossas equipas.

Depois assistiu-se a uma ditadura cega do ministério das finanças em relação aos hospitais. Os hospitais têm estado tolhidos na sua capacidade de gestão e as restrições aplicaram-se da mesma forma aos que tinham bons resultados e aos que tinham maus resultados. Acabaram por ser os hospitais que eram mais eficientes os que foram mais penalizados. A crise das urgências é, em parte, resultante desta perda de flexibilidade dos hospitais pelas restrições às contratações. Há que autonomizar a gestão e naturalmente responsabilizar mais, o que significa que a má gestão tem que ter consequências e a boa deve ser incentivada. Uma das áreas mais penalizantes foi a perda da capacidade de escolha dos profissionais por parte dos hospitais, o que impossibilita a formação de equipas coerentes e funcionais. Este facto, a par da dificuldade em concorrer com os grupos privados de saúde e com os hospitais em PPP, tem impossibilitado a renovação dos serviços com as pessoas que nos fazem falta. Em relação à minha especialidade, Medicina Interna, a obrigatoriedade que muitos hospitais introduziram de os internistas admitidos terem que ficar um ou mais anos nas equipas fixas de urgência está a ser fatal para muitos serviços de Medicina. O reforço da gestão intermédia é uma mudança desejável,

mas isso já faz parte das prioridades enunciadas por esta equipa ministerial. No entanto, para que isto seja real esta gestão intermédia não pode ser ultrapassada e desautorizada pelas administrações, tal como sucede em alguns hospitais, em que esta gestão intermédia está instituída.

GH: Sabemos, igualmente, que já se debruçou com profundidade sobre a questão das organização das urgências, tendo participado na Reforma de 2008. Qual a sua opinião sobre o este problema cíclico das urgências e particularmente sobre o recente despacho que encerra 11 urgências?

LC: O problema das urgências não é verdadeiramente um problema nas urgências mas de todo o sistema de saúde, e como tal tem uma solução complexa que vai muito para além das urgências. Há problemas a montante, no excesso de doentes que recorre às urgências, sendo Portugal o país europeu onde as pessoas recorrem mais às urgências hospitalares (70 pessoas em cada 100, anualmente), enquanto que na Alemanha são apenas 9 em 100 e na Holanda 12 em 100, mas há também problemas a jusante, na dificuldade em internar os doentes, o que acaba por sobrecarregar as equipas de urgência, há problemas próprios dos serviços de urgência e há problemas que são transversais a todo o sistema.

Em relação à primeira questão, sobre o excessivo número de doentes que recorre às urgências, muitos reduzem a explicação à falta de resposta dos cuidados primários. Na realidade continua a haver um milhão e trezentas mil pessoas sem médico de família. Nos centros de saúde que não foram abrangidos pela reforma dos cuidados primários existem mais dificuldades de acesso ao médico de família e ainda persiste uma fraca capacidade resolutive dos centros de saúde, onde não existem outros especialistas que não sejam os médicos de Medicina Geral e Familiar e onde não há a possibilidade dos doentes poderem realizar exames complementares. No entanto também os hospitais são responsáveis porque poderiam oferecer alternativas através da disponibilização de vagas nas consultas para doentes não programados ou através de um melhor aproveitamento dos hospitais de dia. Finalmente, os próprios doentes às vezes utilizam as urgências apenas por razões de conveniência. Deveriam ser promovidas campanhas públicas que ajudassem as pessoas a utilizar melhor as urgências hospitalares. E há causas relacionadas com o sistema de que falarei adiante.

Mas o problema não está só a montante das urgências mas também a jusante: quando os doentes se acumulam na urgência por falta de vagas nas enfermarias, isso retira capacidade às equipas para atender os doentes que continuam a chegar. E porque é que isso sucede? Por muitas razões, umas estruturais e outras de gestão: hos-

pitais demasiado fragmentados em serviços, diminuição das camas de Medicina Interna, ausência de uma gestão comum de camas, falta de planeamento das altas, crescimento do número dos problemas sociais, cuja resolução tem ocupado grande parte da nossa energia nos serviços de Medicina, falência da resposta da segurança social e da Misericórdia, eternidades para a nomeação de tutores pelo Ministério Público, meses de espera para vagas em cuidados continuados e doentes cada vez mais idosos, com mais doenças e mais incapacitados.

Mas existem problemas que são relativos aos próprios serviços de urgência. Em primeiro lugar a dificuldade em responder a esta variabilidade no recurso às urgências. Conforme já disse as limitações nas contratações terão tirado flexibilidade na capacidade de resposta a muitos hospitais. Aliado a isto está o recurso nos balcões a internos, médicos indiferenciados ou mesmo médicos contratados às empresas, a que as equipas fixas recorrem, tendo sido afastados os médicos mais experientes. Existe uma diminuição da capacidade de decisão na linha da frente, a área de maior risco na urgência e aquela em que a experiência e competência dos médicos pode acelerar mais os fluxos. Temo que o recurso exclusivo a equipas dedicadas agrave esta situação. Penso que seria mais sensato optar por esquemas mistos, até porque as urgências são, nas condições atuais de pressão extrema, os serviços que geram mais *burn out* nos profissionais. A hipotética criação de uma especialidade de Emergência seria uma completa insensatez, porque condenaria os médicos que optassem por esta especialidade a viverem nas urgências até ao fim da sua vida profissional.



Existe uma diminuição da capacidade de decisão na linha da frente, a área de maior risco na urgência e aquela em que a experiência e competência dos médicos pode acelerar mais os fluxos. Temo que o recurso exclusivo a equipas dedicadas agrave esta situação. Penso que seria mais sensato optar por esquemas mistos, até porque as urgências são, nas condições atuais de pressão extrema, os serviços que geram mais *burn out* nos profissionais. A hipotética criação de uma especialidade de Emergência seria uma completa insensatez, porque condenaria os médicos que optassem por esta especialidade a viverem nas urgências até ao fim da sua vida profissional.



A maior causa de insatisfação por parte dos doentes são os tempos de espera. Este tempos têm a ver com a lógica do sistema de triagem de Manchester que estabelece tempos alvo de atendimento de acordo com a prioridade de cada grupo. Os doentes verdes e azuis, que correspondem a doentes agudos mas não urgentes, são penalizados com longos tempos de espera. São estes doentes que dão as notícias para os telejornais. Em 1994, no Hospital de S. Francisco Xavier, conseguimos resolver este problema, implementando uma via rápida para estes doentes, através da criação de um centro de atendimento de doentes agudos não urgentes (verdes e azuis), adjacente à urgência, garantido essencialmente por clínicos gerais. A lógica é que estes doentes sofrem de condições, como gastroenterites, lombalgias agudas, infeções urinárias, traqueobronquites, que não necessitam de exames complementares nem de especialistas e só precisam de ver um médico e de uma prescrição para irem para casa. Esta solução não aumentou o número de doentes que acedem à urgência, permitiu adequar a diferenciação dos médicos à gravidade dos doentes e garantiu um controlo do risco, na medida em que existe a possibilidade de prescrição de algum exame complementar ou opinião de especialista em caso de necessidade ou de envio para o balcão da urgência de um doente mal triado. Esta mesma solução está a ser implementada, 20 anos depois, nos serviços de urgência ingleses.

Finalmente algumas das razões que são transversais ao sistema: a ausência de programas de gestão dos doentes crónicos, que são os grandes frequentadores das urgências, a forma de financiamento das urgências que funciona como um incentivo perverso, a falta de gestão sistémica da capacidade de atendimento urgente e de internamento dos hospitais e ainda a incapacidade na resolução de casos gritantes de desfasamento entre a capacidade instalada e a população de referência, como é o caso do Hospital Fernando da Fonseca.

Em relação ao encerramento das 11 urgências, acho o mesmo que em relação a todos os despachos desse período de transição: foram precipitados e deviam ser revistos.

GH: Como vê o futuro dos cuidados hospitalares no quadro do sistema nacional de saúde ?

LC: É cada vez mais difícil prever o futuro, porque ele acontece cada vez mais rapidamente e porque é cada vez mais incerto. A possibilidade de epidemias à escala global, a emergência de estirpes bacterianas resistentes a todos antibióticos, as catástrofes decorrentes das alterações climáticas, os fenómenos migratórios, novas crises económicas, são possibilidades próximas que podem inverter subitamente as nossas prioridades. pelo que a atitude mais correta é a criação de cenários. A perspeti-

va que apresento é baseada num cenário evolutivo que o Institute for Alternative Futures designou de “zona de expectativa convencional”.

Em primeiro lugar: de que doentes têm os hospitais que cuidar? De doentes cada vez mais idosos, com mais doenças crónicas, com multimorbilidades, com mais incapacidade, mais problemas sociais, que vêm morrer aos hospitais, mas também doentes cada vez mais informados, mais exigentes e com expectativas que excedem a real capacidade de resposta da Medicina, expectativas formadas pelas séries de televisão passadas nos hospitais.

Mas a procura de cuidados também é determinada pela oferta. E como têm evoluído os cuidados hospitalares? O crescimento vertiginoso do conhecimento médico e a evidência da relação entre volume e qualidade têm induzido uma especialização crescente e a fragmentação inexorável das especialidades, transformando o paradigma do exercício da Medicina numa atividade essencialmente baseada em equipas. A resposta adaptativa da estrutura hospitalar tem sido o aumento da escala dos hospitais e a sua concentração. Em Portugal isso tem acontecido de forma acelerada: em 2008 tínhamos 73 hospitais de agudos e atualmente são 40, número que me parece perto do ideal. Esta evolução foi determinada pela reforma das urgências.

E como se diferenciam estes hospitais em termos de capacidade de resposta? A reforma das urgências definiu os hospitais de agudos e separou-os em dois níveis: os que tinham urgência polivalente os que tinham urgência médico-cirúrgica, mas isso não substituiu a necessidade de uma carta hospitalar, enquanto documento estruturante e de referência do Serviço Nacional de Saúde. Eu próprio reivindiquei durante muitos anos a sua publicação, tendo mesmo sido coautor de uma proposta, a pedido da DGS em 2008. Finalmente a portaria 82/2014 definiu uma espécie de carta hospitalar, mas a sua incoerência levou a uma contestação generalizada que logo conduziu à sua renegação pelo próprio ministério. A redefinição da carta hospitalar terá necessariamente que acontecer a breve prazo. A reforma das urgências acelerou também a criação de centros hospitalares. Não está bem avaliado o impacto da criação destes centros. No entanto vejo com preocupação o modelo que alguns centros hospitalares adotaram, que é dispersar os serviços por vários hospitais. Esta opção cria dificuldades na comunicação e no aproveitamento de sinergias, colocando barreiras geográficas para o acesso dos doentes a cuidados hospitalares. Penso que seria preferível centralizar o internamento e descentralizar o ambulatório e, quando houvesse necessidade de manter o internamento, que isto acontecesse apenas nas especialidades básicas. A criação de grandes clínicas ambulatórias com cuidados integrados tem sido uma das estratégias de sucesso dos grupos privados.

Ainda em relação à rede hospitalar, tem sido defendido que a abertura de mais camas de cuidados de longo termo permite o encerramento de camas hospitalares, o que justificou o encerramento de mais de 400 camas nos últimos três anos. Na realidade a ausência dessas camas de longo termo é o nosso maior desequilíbrio estrutural em termos de capacidade de internamento, mas para além disso temos também um défice de camas de agudos em relação à média dos países europeus e esta necessidade vai aumentar, particularmente em relação a camas médicas, previsão que é consensual nos vários sistemas de saúde. Este défice acontece apesar do crescimento da capacidade de internamento que tem estado a acontecer no setor privado e que, e ao que tudo indica, se irá acentuar.

A invasão dos hospitais pelos doentes idosos e com multimorbidades, aquilo que os anglo-saxónicos chamam o *silver tsunami*, é um problema prioritário para todos os sistemas de saúde nos países ocidentais. Na Medicare os cerca de 14% dos doentes com seis ou mais condições crónicas representam quase 50% das despesas. Assim, quanto mais caminhararmos na direção da hiperespecialização mais precisamos de uma especialidade generalista, dentro do hospital essa especialidade é a Medicina Interna. Não só nos serviços de Medicina mas no apoio a todos os outros serviços hospitalares, particularmente os cirúrgicos. A importância da Medicina Interna fica bem demonstrada nestas alturas de inverno em que os internistas são sujeitos a uma sobrecarga extrema, tratando destes doentes nas urgências, nos serviços de Medicina e em muitas outras camas espalhadas por todo o hospital, e isto sem que haja qualquer remuneração extra como acontece com a produção cirúrgica adicional, porque é esta que traz financiamento para o hospital. A necessidade desta especialidade generalista nos hospitais tem sido traduzida no crescimento exponencial dos hospitalistas nos EUA ou da *Acute Medicine*, no Reino Unido.

Estes doentes, que são doentes complexos e são os grandes utilizadores das nossas enfermarias e das nossas consultas, beneficiam da nossa experiência, mas não podem ser abordados através de programas de gestão de doença crónica centrados em doenças mas através de uma resposta dirigida às necessidades específicas de cada um. Esta resposta deve estar centrada em equipas multidisciplinares lideradas por internistas. Para que estes programas apareçam é preciso que o financiamento não esteja só centrado na produção hospitalar mas também nestes programas de responsabilidade partilhada entre diferentes níveis de cuidados.

No internamento a criação de departamentos geridos pela Medicina Interna, que articulasse a intervenção das outras especialidades, tal como está implementado no Hospital Beatriz Ângelo e no de Matosinhos, seria, quanto a mim, a forma mais eficaz de dar resposta a estes doentes. O nosso país teve a clarividência de, ao longo dos anos,

decidir o número anual de vagas nas especialidades em função das necessidades das pessoas e não em função das preferências dos licenciados em Medicina, como acontece em muitos países europeus. Desta forma conseguiu manter o melhor ratio europeu entre as especialidades generalistas e as outras, estando em boas condições para poder ser um *case study* neste campo.

Uma palavra para os centros de referência em fase de implementação e que emanam de uma diretiva europeia. Sendo, à partida, uma boa ideia, é fundamental evitar o risco de poderem aumentar a iniquidade no acesso a cuidados de qualidade, oferecendo excelência a alguns doentes e deteriorando a qualidade dos cuidados aos restantes, por falta de acesso.

Finalmente não prevejo que iremos passar de tempos de graves restrições para tempos de fartura, pelo que a necessidade de identificar ineficiências e aumentar a produtividade vai continuar a ser um desafio para gestores e profissionais.

GH: O Hospital da próxima década como é que vai ser?

LC: Não lhe vou responder como vai ser mas como eu gostaria que fosse: gostaria que o hospital do futuro prestasse uma assistência clínica que se distinguisse pela excelência na sua qualidade, que os profissionais trabalhassem verdadeiramente em equipas e as equipas comunicassem de forma eficaz, que os doentes, para além de serem bem tratados se sentissem bem tratados, com humanidade e no respeito escrupuloso pelos seus direitos, que a sua segurança fosse uma prioridade para todos, que houvesse uma preocupação por todas as questões do ambiente que favorecem a recuperação dos doentes, que o modelo organizacional fosse informado pela melhor evidência e que o interesse dos doentes fosse o critério de decisão para todas as mudanças, que o hospital fosse um espaço onde os profissionais se sentissem felizes, realizados, tivessem oportunidades de desenvolvimento pessoal, condições remuneratórias condignas e reconhecimento pelo mérito, que o sistema de informação fosse fácil de usar e permitisse acesso à informação dos doentes em todos os locais e a toda hora, assim como acesso a bases de dados do conhecimento onde e sempre que os profissionais precisassem, que as inovações tecnológicas fossem introduzidas de forma atempada, que o hospital fosse também uma escola e a investigação uma prioridade, havendo a possibilidade de juntar a investigação básica e clínica, que o hospital saísse das suas fronteiras e levasse a sua *expertise* aos centros de saúde e a casa dos doentes e cooperasse com outras estruturas para garantir cuidados integrados a cada doente de acordo com as suas necessidades. É isto que eu gostava que fosse o hospital da próxima década. 

OS CUSTOS COM OS CUIDADOS CONTINUADOS DOMICILIARES



MARGARIDA FILIPE

Enfermeira Diretora ULSM, Doutoranda em Enfermagem, na especialidade de Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem, na Universidade Católica do Porto

A Organização Internacional do Trabalho (OIT/ILO), num estudo recentemente divulgado refere que Portugal, apesar de ter das mais elevadas taxas de idosos do mundo, é dos países que menos gasta em cuidados continuados com esta população (ILO, 2015). Há pouca profissionalização dos cuidadores, sendo apenas 0,4% em Portugal, quando por exemplo na Noruega são 17,1% (ILO, 2015, p. 33).

A Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), em 2013, na previsão da despesa pública com os cuidados continuados para Portugal para o ano de 2030 prevê um aumento de 0,4%, situando-se em 0,5% do PIB (dado que no intervalo 2006-2010 foi de 0,1%), sendo dos piores valores verificados (apenas 5 países da OCDE têm valores inferiores e na Europa apenas a Turquia) (OCDE, 2013; ILO, 2015). Já as previsões também realizadas para a despesa com os cuidados de saúde em geral e com os cuidados continuados em particular terão, nos próximos 50 anos, um peso considerável nas finanças públicas, duplicando o rácio sobre o PIB (OCDE, 2013).

Tendo em conta estes considerandos e porque se torna essencial não apenas prever a dimensão da despesa global com os cuidados de saúde, mas também conhecer o modo como os recursos disponíveis são aplicados, foi realizada uma investigação no âmbito dos cuidados continuados na sua dimensão domiciliária. Este estudo reveste-se de grande interesse, permitindo uma avaliação precisa da estrutura de custos destes cuidados prestados num contexto de proximidade, consumidores de recursos públicos.

O estudo foi realizado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e utilizou uma amostra temporal de

181 indivíduos em 413 assistidos nesse mesmo ano. O período da colheita de dados decorreu entre 1 de setembro e 31 de dezembro de 2012. Cem dos indivíduos da amostra são do sexo feminino e 81 são do sexo masculino. A média de idade dos clientes que integram cada uma das quatro Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é em todas elas superiores a 71 anos. A permanência dos clientes nestas ECCI foi em média de 66,5 dias. A maioria dos casos foi referenciada pelo hospital da ULSM. O motivo mais comum para a referenciação foi a necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação ou de fisioterapia, seguindo-se a necessidade de cuidados gerais de enfermagem, que incluem o treino do prestador de cuidados, a gestão do regime terapêutico, o tratamento de feridas e por último, a necessidade de cuidados paliativos.

A equipa prestadora de cuidados é multiprofissional (enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionista, médico, ajudantes de saúde, entre outros), dispondo de competências acrescidas em várias áreas de atenção (tratamento de feridas, cuidados paliativos, reabilitação). Em todas as equipas os enfermeiros representam mais de 60% dos profissionais, sendo que a maioria tem o título de enfermeiro especialista. Demonstrando assim, não apenas a necessidade de um elevado número de enfermeiros mas simultaneamente, a exigência de que os mesmos disponham de competências profissionais acrescidas.

Da análise dos dados verificámos que o enfermeiro é o profissional da equipa que despende mais tempo com os clientes nas ECCI (70% da totalidade dos tempos gastos pelo conjunto dos profissionais).

CUSTOS TOTAIS

Verificámos que a média dos custos por cliente no período em análise foi de 798,85€, tendo sido possível apurar uma média de 665,27€ em custos diretos, representando 83,26% do total de custos, e 133,58€ em custos indiretos, com 16,72% na totalidade dos custos. A percentagem de custos indiretos é muito elevada porque estes absorvem todos os custos administrativos da ULSM. Noutro tipo de organização estes custos podem ser muito mais baixos. Dos custos diretos, as horas despendidas pelos profissionais foram as que representaram o valor mais elevado com uma percentagem de 53,52%, seguindo-se os custos com material de consumo clínico e farmacológico com 25% e, por fim, os custos com a utilização do veículo para o transporte da equipa para o domicílio do cliente, com uma percentagem de 4,76%.

Apurámos assim que o funcionamento das ECCI na população estudada acarreta um **custo médio por dia por cliente de 17,79€**, com um mínimo de 5,29€ e um máximo de 67,94€, ficando substancialmente abaixo dos custos praticados nas unidades de internamento da RNCCI, que se situam entre os 60,19€ (ULDM) e 105,46€ (UC e UCP) (Ministério das Finanças, Ministério da Saúde, & Ministério da SESS, 2013).

Os valores aqui apresentados refletem o encargo que a ULSM (Ministério da Saúde) tem com estes clientes, não tendo sido apurados os possíveis encargos da parte do Instituto de Segurança Social (Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social), no fornecimento

de alguns serviços de apoio domiciliário (refeição e ou limpeza da casa). No entanto é de referir que à altura do estudo os cuidados de higiene e conforto eram também assegurados pelas Equipas estando já refletidos nos custos apurados.

Confirmamos neste estudo, o já defendido por alguns autores, que os modelos de cuidados de proximidade que tenham por base a intervenção domiciliária, apresentam resultados semelhantes aos modelos de cuidados realizados em contexto institucional, mas com muito menores custos (JONES, et al., 1999; SHEPPERD, et al., 2009).

Não estando definido um modelo de financiamento para as ECCI e não estando claro que o da RNCCI seja o mais adequado e não se aconselhando um modelo de financiamento semelhante ao modelo hospitalar, o estudo ora apresentado permite num contexto de cuidados continuados domiciliários ter informação sobre a estrutura de preços de funcionamento das ECCI em todas as suas dimensões, contribuindo para um possível modelo de contratualização, baseado na gravidade e complexidade de determinados grupos de casos ou de diagnósticos e intervenções de enfermagem. Permitindo ter dados que possam ajudar na tomada de decisão política para cuidados cada vez mais de proximidade e em contexto domiciliário, pois mesmo que o setor público tenha que incluir nesta prestação cuidadores profissionalizados os custos continuaram a ser mais baixos do que os que são atualmente praticados nas unidades de internamento da RNCCI, ou noutra estrutura do tipo residencial. ▀

Confirmamos neste estudo, o já defendido por alguns autores, que os modelos de cuidados de proximidade que tenham por base a intervenção domiciliária, apresentam resultados semelhantes aos modelos de cuidados realizados em contexto institucional, mas com muito menores custos (JONES, et al., 1999; SHEPPERD, et al., 2009).

Referências

- COSTA, A. (2013). *Relevância e acessibilidade à informação em Cuidados Continuados: opinião dos enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados*. Porto: Mestrado em Ciência de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- ILO. (2015). *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*. International Labour office, Extension Social Security n°50. Geneve: ILO.
- JONES, J., WILSON, A., PARKER, H., WINN, A., JAGGER, C., SPIERS, N., & PARKER, G. (1999). Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 1547-1550.
- Ministério das Finanças, Ministério da Saúde, & Ministério da SESS. (2013). Portaria n°360/2013 – Regulamenta a fixação de preços nas Unidades da RNCCI. *Diário da República 1ª Série n° 243*, 6780.
- OCDE. (2013). *Dépenses publiques de soins de santé et de soins de longue durée: une nouvelle série de projections*. Obtido em 31 de maio de 2015
- SHEPPERD, S., DOLL, H., AUGRES, R., CLARKE, M., KALRA, L., RICANDA, N., ... WILSON, A. (2009). Avoiding hospital admission through provision of hospital care home: systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Canadian Medical Association journal*, 175-182.

A (I)LITERACIA EM SAÚDE: FORÇAS E OPORTUNIDADES DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS



MARTA DO CARMO

Jurista em regulação da saúde

Os temas relacionados com a saúde são recorrentes nas conversas diárias que partilhamos e têm, como sabemos, um impacto relevante na economia, nas opções jurídico-legais e nas estratégias políticas adotadas pelos governos. Não obstante, é sensato afirmar que subsiste um efetivo desconhecimento e, pior, uma incapacidade de entendimento dos mesmos, transversal a toda a população, seja pela sua complexidade, seja pela sua recorrente novidade. Falamos da (i)literacia em saúde.

Em Portugal, muito há a fazer neste domínio ao nível do sistema para que se torne mais aberto e transparente, mais conhecedor e próximo das necessidades e expectativas do indivíduo e das comunidades; especialmente junto dos profissionais de saúde que devem ser responsabilizados pela informação que transmitem e parceiros nas deci-

A literacia em saúde implica que o indivíduo seja capaz de, designadamente, descrever e comunicar sintomas físicos e mentais, compreender as orientações dos profissionais, tomar decisões acerca de tratamentos médicos e do quando e como procurar ajuda médica, compreender instruções e prescrições, folhetos médicos, de consentir de forma livre e esclarecida e, ainda, seja capaz de negociar com outras entidades financiadoras dos cuidados.

sões, e, também, de cada cidadão que deve tornar-se mais interventivo e interessado pela sua saúde e pela da sua comunidade.

A definição de “literacia em saúde” nem sempre se revelou consensual e conheceu diferentes abordagens nas últimas décadas. Foi primeiramente utilizada em 1978, num relatório que propunha *standards* mínimos para a educação em saúde no sistema de ensino secundário americano (Simonds, 1978; Mancuso, 2009), mas foi na década de 90 do pretérito século que se apresentaram definições mais claras assentes, essencialmente, na promoção e educação para a saúde (Kickbusch, 1997; Nutbeam, 2000¹).

A literacia em saúde implica que o indivíduo seja capaz de, designadamente, descrever e comunicar sintomas físicos e mentais, compreender as orientações dos profissionais, tomar decisões acerca de tratamentos médicos e do quando e como procurar ajuda médica, compreender instruções e prescrições, folhetos médicos, de consentir

¹ Em 2000, este A definiu três tipos ou níveis de literacia – a funcional (ou básica), a interativa (comunicacional) e a crítica – e, desta forma, possibilitou que a literacia fosse prespetivada em *crescendo de autonomia e capacitação ou empoderamento (empowerment) dos indivíduos* (Nutbeam, 2000). Sumariamente, a literacia funcional/básica importa competências suficientes para ler e escrever, permitindo um funcionamento efetivo nas atividades do dia a dia; a literacia interativa/comunicativa implica aptidões cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as aptidões sociais, podem ser usadas para participar nas atividades no dia a dia, para extrair informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação e, ainda, a literacia crítica refere-se às competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as aptidões sociais, pode ser aplicada para analisar criticamente a informação e usar esta informação para exercer maior controlo sobre os acontecimentos e situações da vida (Nutbeam, 2000 e *Revista de Enfermagem Referência* – III – n.º 6, “Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios”, 2012).

de forma livre e esclarecida e, ainda, seja capaz de negociar com outras entidades financiadoras dos cuidados. A literacia melhora o acesso à (e o uso da) informação sobre saúde e, desta forma, promove a capacidade crítica de cada um e da sociedade. Estamos, pois, perante um processo dinâmico no qual o indivíduo se questiona e assume um papel ativo, no âmbito pessoal, social e profissional, como utente, consumidor e como cidadão.

O IMPACTO DA (I)LITERACIA EM SAÚDE NA ESFERA INDIVIDUAL E NA COMUNIDADE

De acordo com a Fundação Mundial de Literacia (WLF), a iliteracia em saúde limita o acesso aos cuidados de saúde porque o indivíduo sente uma maior dificuldade em compreender a informação clínica que lhe é transmitida. E níveis de (i)literacia em saúde mais baixos têm implicações imediatas no estado de saúde individual, na medida em que, muito provavelmente, originam falta de higiene e má nutrição que, por sua vez, podem resultar numa maior incidência de doença e, conseqüentemente, numa maior procura de medicamentos e de serviços de saúde, nas faltas ao emprego (seja por doença própria, seja por apoio a familiares) e, em última instância, numa maior percentagem de mortalidade. Por seu lado, os trabalhadores com níveis mais baixos de literacia são mais suscetíveis de sofrerem mais acidentes assim como de sujeitarem os seus colegas a acidentes, por não serem capazes de ler e compreender as instruções e orientações de saúde e segurança no trabalho e, tanto, implica um provável aumento das despesas a suportar com os serviços médicos, assim como um maior número de faltas ao local de trabalho e quebras de produtividade (*The Economic & Social Cost of Illiteracy, World Literacy Foundation, setembro, 2015*).

Além disso, a persistência de baixos níveis de literacia tem influência no *status* económico porque, por exemplo, implica o aumento de despesa pública em saúde decorrente da dificuldade em organizar o sistema de saúde e de gerir de forma eficiente e sustentável os recursos disponíveis².

Contrariamente, os indivíduos com melhores níveis de literacia adotam práticas de higiene mais adequadas, acedem aos cuidados preventivos (como a vacinação e os *check-ups* médicos), têm melhores conhecimentos nutricionais que aplicam no dia a dia, em casa. (*The Economic & Social Cost of Illiteracy, World Literacy Foundation, setembro, 2015*). Ainda, níveis de literacia mais elevados

² A este propósito, dados investigados pelo *Center on an Aging Society* da Universidade de Georgetown (1994) dizem que entre os doentes adultos que foram internados num hospital, os que possuíam níveis de literacia mais baixos tiveram, em média, mais 6% de visitas hospitalares e permaneceram no hospital mais dois dias do que os demais. O mesmo estudo refere que os grupos com níveis mais baixos de literacia foram consultados menos vezes apesar de terem usado substancialmente mais recursos hospitalares

influenciam positivamente o estatuto sócioeconómico do indivíduo, ao mesmo tempo que existe uma recíproca influência entre o nível de literacia e o contexto social, económico e político, porque estes são determinantes do estado de saúde de cada um dos cidadãos e são simultaneamente determinados por este³. É assim que adequados níveis de literacia em saúde contribuem para a redução dos níveis de insucesso escolar, da insegurança e da taxa de desemprego e, afinal, as sociedades que permitem aos cidadãos ter um papel ativo no contexto social, económico e cultural serão mais saudáveis do que aquelas onde os indivíduos enfrentam a insegurança, a exclusão e a carência (*The Solid Facts, OMS, 2004*).

Uma qualquer intervenção política que assuma como propósito o incremento dos níveis de literacia em saúde deve procurar reduzir a distância entre os níveis de literacia dos indivíduos da mesma comunidade porque, só assim, fomenta a prevenção da doença. Além disso, terá como objetivos, por um lado, produzir resultados diretos na saúde do indivíduo e resultados que, sendo intermédios, visam alterar estilos de vida que são modificáveis (por exemplo, promoção da atividade física regular) e, por outro lado, promover o acesso aos serviços de saúde preventivos (Nutbeam, 2000). Pelo que, e como visto, a sua

³ Nutbeam (2008) defende a relevância da literacia para o *empowerment* do indivíduo que passa a ter efetiva capacidade de controlo sobre o seu estado de saúde. Esta noção de literacia implica uma ligação muito estreita aos comportamentos e práticas diárias saudáveis que estão diretamente relacionadas com as medidas, ações e normas de cariz social e político na área da saúde.

Numa distinta perspetiva da aqui abordada, outros AA (Miller *et al.*, 1996; Packman and Kirk, 2000; Mazanov and Byrne, 2007; Pleasant and Kuruvilla, 2008), defendem que, por várias razões, um elevado nível de informação sobre saúde não é, por si, garantia de que o indivíduo irá adotar comportamentos de vida mais saudáveis e irá conseguir melhores estados de saúde. Na realidade, nem sempre a relação entre a detenção da informação e a adoção de comportamentos e estados de vida saudáveis se manifesta de forma diretamente proporcional porque, na realidade, o facto de um indivíduo deter informação suficiente não significa que esteja motivado a adotar comportamentos conformes tal informação. Neste caso, não subsiste uma qualquer ligação direta entre a aquisição de conhecimento, o *empowerment* ou a procura de melhores estados de saúde porque, na realidade, repete-se, melhores níveis de conhecimento, de compreensão ou utilização de informação em saúde não significam necessariamente procura de melhores condições de saúde ou adoção de comportamentos mais saudáveis. Segundo Bernhardt *et al.* (2005), os AA que defendem a tal relação linear e positiva sobvalorizam, por um lado, um aspeto relevante que consiste na motivação porque o indivíduo deve estar disposto e motivado a utilizar a informação em saúde devidamente, ou seja, a seu favor e a favor de todos e, por outro lado, esquecem que esse mesmo indivíduo é (também) resultado do contexto cultural, social, económico, político onde se insere e dos valores que lhe transmitiram.

Certo é que, a opção por uma das orientações supraexpostas vai necessariamente exigir um programa e uma intervenção distintas por parte dos governos e das demais instituições e setores que, atenta a escassez de recursos, devem questionar-se onde e junto de quem atuar, quando e como. Na realidade tal decisão implica perceber *a priori* qual o papel dos diferentes fatores que nos rodeiam e qual o seu peso na decisão final do indivíduo e das populações sobre as temáticas da saúde, qual o seu impacto no dia a dia (Peerson, 1998), ainda, perceber a complexa relação entre a literacia, a literacia em saúde, as TIC e o sistema de saúde (McCray, 2005) e avaliar qual o possível desenvolvimento e implementação de determinadas medidas e instrumentos (Baker, 2006).

não implementação implicará necessária e diretamente para cada um, entre outros efeitos, o aumento da despesa pessoal em saúde, um reduzido ou falso conhecimento pessoal sobre as doenças e tratamentos, menores competências de autocuidado e menor capacidade para cuidar de pessoas em condições crónicas, incapacidade para lidar com o sistema de cuidados de saúde, seja, para utilizar os serviços de saúde, seja para contratar com entidades financiadoras.

A (I)LITERACIA EM SAÚDE EM PORTUGAL – REALIDADE E OPÇÕES POLÍTICAS

Em meados dos anos 90 do século passado, no estudo “A Literacia em Portugal: Resultados de Uma Pesquisa Extensiva e Monográfica” o conceito aparece definido como “a capacidade de processamento da informação escrita na vida quotidiana” (Benavente *et al.*, 1996). Ali foi concluído que o perfil dominante de literacia da população portuguesa se enquadra no nível (1) em todas as competências – leitura, escrita, cálculo – “e que muitos adultos têm sérias dificuldades de processamento da informação escrita, que lhes diminuem a capacidade de participação na vida social, em planos como os do exercício da cidadania, das possibilidades profissionais e do acesso à cultura.” (Benavente *et al.*, 1996). Em 1998, Portugal participou no *International Adult Literacy Survey (IALS)*⁴, no âmbito do *Euroliteracy Retest* do qual resultou um relatório final designado por *Literacy in the Information Age: Final Report of the International Adult Literacy Survey* (OCDE e Statistics Canada, 2000). De acordo com as suas conclusões “o perfil de literacia da população portuguesa, estabelecido pela primeira vez com o Estudo Nacional de Literacia e confirmado com o IALS, caracteriza-se, essencialmente, pelo facto de a esmagadora maioria da população evidenciar competências de literacia muito reduzidas” (Ávila, 2008). Além disso, “os défices de escolarização que afetam a grande maioria da população são reforçados e agravados por níveis de literacia desses mesmos indivíduos ainda mais baixos do que seria de prever, o que leva a que as desigualdades sociais neste campo específico sejam das mais elevadas entre os países estudados.”

⁴ Também segundo os resultados do estudo (IALS, 2000), o perfil de literacia dominante da população portuguesa corresponde ao nível (1) e conclui que os portugueses têm competências de literacia muito escassas, com os seguintes resultados [níveis de literacia: Literacia em prosa; Literacia documental e Literacia quantitativa: nível 1, com 48%, 49,1%, 41,6%, respetivamente; nível 2 com 29%, 31%, 30,2%, respetivamente, nível 3 com 18,5%, 16,6%, 23%, respetivamente e nível 4/5 com 4,4%, 3,2%, 5,2%, respetivamente – Fonte: IALS – Base de dados “Portugal”. Além disso, refira-se que na avaliação feita em “A Literacia dos Adultos. Competências-chave na Sociedade do Conhecimento” (Ávila, 2008a), cerca de 80% da população portuguesa demonstrou estar abaixo do nível (3) de literacia (o nível considerado mínimo para responder adequadamente às exigências sociais contemporâneas).

Em março de 2012, surgem as primeiras conclusões sobre os níveis de literacia em saúde e a sua influência nos estados de saúde dos portugueses apresentadas por um grupo de especialistas organizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) designado por “Saúde que conta”. A maioria dos portugueses inquiridos tem “um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado” e tal realidade traduz-se “numa pior condição de saúde, com maior taxa de morbilidade em doenças como Diabetes, Hipertensão, Obesidade e infeção por VIH”. Com efeito, percebe-se que tais níveis de literacia implicam que o indivíduo adote “determinados comportamentos de risco para a sua saúde, o que pode influenciar posteriormente as taxas de morbilidade e mortalidade”, e reflete-se “numa utilização menos eficiente dos serviços de saúde e numa menor utilização de cuidados preventivos, como rastreios oncológicos (por exemplo citologia, mamografia e colonoscopia), menor taxa de vacinação, e uma maior taxa de hospitalizações e de utilização das urgências hospitalares”, assim como conduz “a uma autogestão e/ou controlo deficiente em caso de doença crónica.”. Nesse seguimento, uma qualquer proposta de incremento da literacia em saúde implicará necessariamente a mudança do comportamento de cada um, bem como a alteração do “seu perfil de utilização do sistema e dos recursos de saúde, o que pode significar uma poupança significativa nos gastos em saúde.”

No final⁵, o mesmo projeto propôs o aproveitamento do Inquérito Europeu sobre Literacia em Saúde e, após a sua aplicação em 2015, conseguiu identificar as principais limitações, problemas e entraves da literacia em Saúde na sociedade portuguesa, tendo apurado que “38% da população tem um nível de conhecimentos problemático e 11% têm um nível “inadequado”, o mais baixo da escala (...), apenas 8,6% apresentaram um nível excelente de conhecimentos.”

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde e DGS, 2004) assume como objetivos estratégicos: obter ganhos em saúde, centrar a mudança no cidadão e garantir os mecanismos adequados à sua execução e, para tanto, defende a ideia de família e do ciclo de vida – “importa nascer com saúde, crescer com segurança e

⁵ Além destas conclusões, o mesmo estudo propôs que a promoção da literacia em saúde em Portugal se fizesse em 4 eixos estratégicos. O primeiro, a partir dos sistemas de informação, que deveria “(...) promover o acompanhamento, apoio e cooperação entre os projetos em curso, no sentido de se beneficiarem mutuamente, de partilharem instrumentos de interesse comum e de aprenderem uns com os outros”. O segundo implicaria a definição de “(...) prioridades planeadas para o futuro, nomeadamente que diz respeito à gestão das doenças crónicas”. O terceiro passaria por “(...) desenvolver metodologias de avaliação - a avaliação surge como o eixo mais relevante no âmbito da definição da estratégia. Esta componente deve ser incluída no desenvolvimento de qualquer estratégia de promoção de literacia em saúde”. E, finalmente, o quarto eixo assentava na garantia da “(...) sustentabilidade organizacional e financeira dos projetos em curso e a desenvolver”. Certo é que todos estes eixos estratégicos seriam desenvolvidos, em união de esforços, pelos stakeholders da saúde.

num futuro saudável, ter uma vida adulta produtiva e um envelhecimento ativo” –, e propõe que seja desenvolvido junto do cidadão, nos infantários, nas escolas e universidades, nos locais de trabalho e de lazer, nos centros de saúde e hospitais e também nas prisões, a educação e a promoção de estilos de vida saudáveis.

Em 2012, o Relatório Primavera, assumiu a essencialidade da literacia em saúde na “transformabilidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde”, porque o envolvimento dos cidadãos no setor da saúde “contribui para a construção de uma democracia mais participativa e para tornar os profissionais de saúde e as próprias entidades de governação mais sensíveis aos interesses, necessidades e expectativas dos cidadãos.”

Em setembro de 2014, o relatório “Um futuro para a saúde”, da Fundação Calouste Gulbenkian, no seu Capítulo 2 sob o tema da “Participação dos cidadãos”, menciona que a saúde “começa em casa – as pessoas terão de intervir muito mais ativamente na gestão da sua própria saúde e contribuir para modelar todo o sistema.”. Nesse sentido, devem os cidadãos estar na posse dos seus registos de saúde, de dispor de informações sobre a qualidade e os custos dos serviços e de participar nos processos de decisão. Para tanto, uma das recomendações ali enunciadas é a de implementar um programa intersectorial para a educação e literacia da saúde que prepare os cidadãos para se manterem saudáveis e para, quando doentes, participarem na tomada de decisões.

Em setembro de 2014, o relatório “Um futuro para a saúde”, da Fundação Calouste Gulbenkian, no seu Capítulo 2 sob o tema da “Participação dos cidadãos”, menciona que a saúde “começa em casa – as pessoas terão de intervir muito mais ativamente na gestão da sua própria saúde e contribuir para modelar todo o sistema.”. Nesse sentido, devem os cidadãos estar na posse dos seus registos de saúde, de dispor de informações sobre a qualidade e os custos dos serviços e de participar nos processos de decisão.

Os doentes merecem o melhor tratamento.



Na Roche trabalhamos diariamente com as Administrações Hospitalares, para oferecer mais e melhor aos doentes.



FORÇAS E OPORTUNIDADES DO NOSSO SISTEMA DE SAÚDE

Nos últimos anos assistiu-se à preocupação de regular o setor da saúde com o intuito de, designadamente, proteger os direitos e os interesses dos utentes e dos cidadãos, no acesso a cuidados de saúde, na correção de desigualdades e das assimetrias visíveis no setor e na relação entre aqueles e os profissionais. Foi neste contexto que surgiu a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) pela publicação do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro, com poderes de regulação, regulamentação, supervisão, fiscalização e sancionatórios na saúde, nos setores privado, público, cooperativo e social – artigos 1.º e 4.º, ambos do Regulamento publicado pelo Decreto-Lei 126/2014, de 22 de agosto. No exercício da sua missão de garantir o acesso aos cuidados de saúde, incumbe à ERS preocupar-se com a informação que é prestada por outras entidades no setor e por ela própria, aos indivíduos (note-se, mesmo antes de serem sujeitos de qualquer prestação de cuidados ou de decidirem qual o seu prestador de cuidados de saúde), no sentido de lhes providenciar todos os elementos capazes de permitirem, avaliar e decidir, de forma voluntária e fundamentada. É assim que o sítio eletrónico da ERS (www.ers.pt) tem sido palco privilegiado para a transmissão de informação clara, transparente e isenta aos cidadãos através, designadamente, do link *Informações aos utentes*⁶ onde se insere, por exemplo, um calculador do tempo de espera para marcação de consultas no SNS, informações sob a forma de folhetos sobre os direitos e deveres de todos os utentes, ainda outros esclarecimentos atinentes aos cartões de saúde e aos seguros de saúde e à publicidade em saúde.

⁶ A informação pode ser consultada no sítio eletrónico da ERS em <https://www.ers.pt/pages/437>.

Além do mais, esta entidade assume um relevante papel na conformação dos comportamentos dos prestadores de cuidados de saúde, quando analisa distintas situações reclamadas ou denunciadas, através de processos de reclamação, de avaliação e inquérito e, no final, emite ordens e instruções, recomendações ou orientações⁷ conformes à missão e atribuições que lhe foram cometidas pelo legislador. Com efeito, a intervenção regulatória casuística permite, por um lado, a correção e adequação do comportamento e a orientação e educação do próprio prestador e do utente que reclama mas, por outro lado, permite, não raras vezes, uma intervenção mais alargada que se consubstancia em alertas⁸, em FAQ⁹, ou mesmo, em recomendações ao setor e informações genéricas.

Também aos prestadores de cuidados de saúde¹⁰ incumbe informar o cidadão, antes de uma qualquer prestação de cuidados de saúde, por exemplo, do orçamento previsto, dos atos clínicos a prestar e da equipa técnica responsável, tal como dos procedimentos a considerar com as entidades financiadoras. A este respeito, é relevante considerar o teor da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consolidou a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde e definiu, de entre aqueles, o direito ao consentimento ou recusa da prestação, o direito a receber os adequados cuidados de saúde, com prontidão; ainda, o direito à informação pelo prestador dos cuidados

⁷ A este concreto respeito, diga-se que podem consultar-se as deliberações finais, as recomendações ou mesmo os estudos publicados das ERS, em <https://www.ers.pt/pages/12>.

⁸ Foi publicado um alerta a todos os utentes sobre os contactos telefónicos que são feitos por distintas empresas para “oferta” de rastreios clínicos - <https://www.ers.pt/pages/388>.

⁹ Podem ser consultadas no sítio eletrónico da ERS em <https://www.ers.pt/pages/382>.

¹⁰ A título de exemplo, veja-se a informação refletida no sítio eletrónico do Centro Hospitalar do Porto, em <http://www.chporto.pt>.



Também aos prestadores de cuidados de saúde incumbe informar o cidadão, antes de uma qualquer prestação de cuidados de saúde, por exemplo, do orçamento previsto, dos atos clínicos a prestar e da equipa técnica responsável, tal como dos procedimentos a considerar com as entidades financiadoras.





As TIC podem ser vislumbradas como uma oportunidade do sistema de saúde na implementação de uma efetiva política de fomento da literacia em saúde. Com efeito, e não obstante, em Portugal, a sucessiva implementação de diferentes programas se ter revelado uma espécie de manta de retalhos de aplicações informáticas diferentes, concedidos por diferentes operadores que usam sistemas operativos, linguagens e hardware diferentes, certo é que a sua emergência e crescente importância têm permitido perceber que importa definir regras e normas integradas e interoperacionais com o intuito de, por um lado, reduzir riscos de perda da informação de saúde, reduzir a despesa e promover a satisfação dos intervenientes no acesso a um sistema com informação clara e fiável centrada no utente.



de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, que deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível (ERS, 2008-2015). A respeito do dever de informar, o artigo 27.º do mesmo diploma anota que compete aos estabelecimentos de saúde, designadamente, afixar em locais de fácil acesso e consulta pelo utente a informação atualizada relativa aos tempos máximos de resposta garantidos; informar o utente no ato de marcação, mediante registo ou impresso próprio, sobre o tempo máximo de resposta garantido para prestação dos cuidados de que necessita; informar o utente, sempre que for necessário acionar o mecanismo de referênciação.

As TIC podem ser vislumbradas como uma oportunidade do sistema de saúde na implementação de uma efetiva política de fomento da literacia em saúde. Com efeito, e não obstante, em Portugal, a sucessiva implementação de diferentes programas se ter revelado uma espécie de manta de retalhos de aplicações informáticas diferentes, concedidos por diferentes operadores que usam sistemas operativos, linguagens e *hardware* diferentes, certo é que a sua emergência e crescente importância têm permitido perceber que importa definir regras e normas integradas e interoperacionais com o intuito de, por um lado, reduzir riscos de perda da informação de saúde, reduzir a despesa e promover a satisfação dos intervenientes no acesso a um sistema com informação clara e fiável centrada no utente. Ainda assim, o recurso aos meios tecnológicos e de comunicação revela-se naturalmente uma mais-valia na disseminação da informação e na comunicação que pode revelar-se mais adequada e mais célere, de conteú-

dos capazes de serem lidos, compreendidos, utilizados e, muito importante, disseminados.

Ora, a multidisciplinaridade do tema e a sua possível abordagem conjunta por distintos setores, o aumento de anos de escolaridade obrigatória para toda a população portuguesa, a necessária interligação entre a literacia em saúde, o indivíduo e a sua capacidade de intervir no todo social, ainda, a complexidade das distintas temáticas que envolvem outros campos como a informática, a engenharia ou mesmo a justiça e o direito, devem ser vistos como oportunidades para o sistema de saúde e que contribuem para o fomento, de forma mais sustentada, célere e generalizada a toda a população, das políticas de literacia da saúde. Na realidade, o aproveitamento das sinergias dali resultantes implicará desde logo a possibilidade de aquelas mesmas políticas chegarem a um maior número de destinatários, a todas as faixas etárias e a diferentes estatutos sócioeconómicos, porque importa, como visto, considerar o indivíduo na qualidade de utente e doente sem desconsiderar a sua qualidade de cidadão e consumidor.

Em todo o caso, e não obstante o reconhecimento destas forças e oportunidades, certo é que a atuação que se pretende deve ir mais além da informação e comunicação em saúde porque, como visto, não importa a mera difusão da informação, dos planos e programas nacionais ou de outras orientações, alertas, recomendações e instruções ou a participação e análise crítica. Impõe-se, sim, que tudo contribua e impulsione a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, permita a decisão responsável e fundamentada por parte do indivíduo e, ao mesmo tempo, contribua para a mudança individual e do coletivo.



PRÉMIO MARGARIDA BENTES

A APAH apresentou, no pretérito dia 29 de setembro, na Escola Nacional de Saúde Pública, a 1ª Edição da Iniciativa “Mérito em Administração Hospitalar - Prémio Margarida Bentes”.

A iniciativa APAH “Mérito em Administração Hospitalar - Prémio Margarida Bentes” visa incentivar a produção de evidência científica, produzida no âmbito da atividade de gestão desenvolvida em entidades centrais do Ministério da Saúde e em instituições prestadoras de cuidados de saúde, públicas e privadas, que permita a edificação de conhecimento que suporte a definição de estratégias e posicionamentos sólidos da APAH em matérias de gestão de saúde.

Anualmente, cada lançamento será antecedido pela realização de uma Conferência subordinada ao tema selecionado nessa edição. Este ano, o tema escolhido foi a “Integração de Cuidados” e a conferência contou com uma apresentação de Rui Santana, seguida de um debate mo-

derado por Pedro Lopes em que intervieram Fátima Nogueira, Luís Amaro, Pedro Afonso e Victor Herdeiro.

A apresentação do “Prémio Margarida Bentes” esteve a cargo de Marta Temido, Presidente da APAH, tendo-se seguido testemunhos de Nazaré Reis e de Manuel Delgado, amigos e colegas de Margarida Bentes, a cujo trabalho e personalidade a instituição do prémio procura render homenagem.

As candidaturas apresentadas a esta primeira edição do prémio serão submetidas à apreciação de uma Comissão de Avaliação, constituída por Ana Sofia Ferreira, Sílvia Lopes e Vasco Reis, que terá a responsabilidade de selecionar as candidaturas consideradas relevantes para a temática escolhida. 

SOBRE MARGARIDA BENTES:

Margarida Bentes, licenciada em economia pelo ISEG e pós-graduada em Administração Hospitalar pela ENSP/UNL, trabalhou no Sistema de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde, depois no Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde e, mais tarde, na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., tendo sido Presidente do Conselho de Administração deste organismo. Foi também Presidente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Diretora-geral da IASIST Portugal.

Grande conhecedora e entusiasta do Sistema de Pagamento Prospetivo através dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos foi, juntamente com a equipa coordenada pelo Dr. João Urbano, dinamizadora da implementação do projeto dos GDH em Portugal.





INTELIGÊNCIA CLÍNICA E HOSPITALAR – NOVOS PARADIGMAS DE GESTÃO



MARIA MANUEL SALAZAR

Diretora do Serviço de
Sistemas de Informação



CÉSAR QUINTAS

Responsável Técnico do Serviço
de Sistemas de Informação



RUI PEDROSO

Vogal Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Porto, E.P.E. (CHP, E.P.E.)

INTRODUÇÃO

Uma organização hospitalar atual exige modelos e abordagens de gestão cada vez mais pró-ativas e eficientes no sentido de proporcionar serviços de saúde de maior qualidade e mais equitativos, racionalizando os custos e mantendo os seus profissionais motivados. Impõe-se tomar decisões de forma atempada adotando e implementando soluções otimizadas. O Centro Hospitalar do Porto (CHP) não é exceção, tendo esta temática merecido a melhor atenção e dedicação ao longo dos últimos anos para que se adapte à era da informação, do conhecimento e da globalização. Neste contexto, as Tecnologias e Sistemas de Informação (TSI) têm assumido um papel preponderante. O CHP está comprometido com uma estratégia para as TSI bem delineada, sustentável e em articulação com a tutela. Esta estratégia permitiu alcançar um nível de maturidade assinalável dos seus Sistemas de Informação (SI) dispondo hoje de informação com qualidade e fiabilidade adequadas para suporte à decisão. Desde cedo foram envolvidas as unidades orgânicas internas (Conselho de Administração, Serviço de Sistemas de Informação, Serviço de Informação para a Gestão) e a participação externa, onde se destaca a colaboração com investigadores da Universidade do Minho. As parcerias em projetos de ensino e de investigação têm igualmente gerado contributos inovadores e originais resultando na construção de sistemas de apoio à decisão inteligentes.

O Centro Hospitalar do Porto

O Centro Hospitalar do Porto é um Hospital Central e Universitário que visa a excelência em todas as suas atividades, numa perspetiva global e integrada da saúde. Centra-se na prestação de cuidados que melhorem a saúde dos doentes e da população, em atividades de elevada diferenciação e no apoio e articulação com as restantes instituições de saúde. Privilegia e valoriza o ensino pré e pós-graduado e incentiva a investigação com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da ciência e tecnologia da saúde. A sua visão alicerça-se em ser melhor hospital para cuidar e tratar doentes, melhor local para trabalhar, destacando-se pelas boas práticas clínicas e de gestão.

O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão é um processo de escolha entre duas ou mais soluções alternativas com o propósito de atingir um ou mais objetivos. A tomada de decisão é um exercício constante da prática de saúde. Neste campo, as TSI podem ser um auxílio precioso quer de forma indireta quer direta. Como exemplo do apoio indireto refira-se o uso do sistema de informação hospitalar e do Processo Clínico Eletrónico (PCE), que fornecem a informação de suporte às decisões. A forma direta é materializada pelo uso de sistemas de apoio à decisão. Trata-se de sistemas desenhados especificamente para auxiliarem os profissionais de saúde na tomada de decisão. De entre as abordagens existentes, destaca-se o modelo proposto por um

dos pioneiros da Inteligência Artificial (IA) e prêmio Nobel da economia: Herbert Simon sugeriu o modelo da racionalidade limitada, onde segundo ele as pessoas agem de forma racional em função do conhecimento e da percepção que obtêm. Este modelo baseia-se em quatro etapas: *Inteligência, Conceção, Escolha e Implementação*. Trata-se de um processo iterativo que à medida que vai sendo aplicado gera nova informação para suportar decisões futuras cada vez mais assertivas.

Na fase da *Inteligência* o problema é identificado, definido e classificado. A informação pertinente para a sua resolução é recolhida e armazenada. A fase da *Conceção* consiste na construção e validação dos modelos representativos para o problema e na definição dos critérios de avaliação. Na terceira fase, *Escolha*, são definidas as propostas de solução para o problema. A escolha deverá recair sobre a solução mais promissora em termos de otimização e racionalização. Diferentes cenários podem ser avaliados através de simulações. Por último, a *Implementação* corresponde à aplicação da solução ao problema e na monitorização e avaliação do resultado granjeado. A informação que for possível recolher nesta fase poderá ser utilizada na fase de inteligência numa próxima iteração.

SISTEMAS DE APOIO À DECISÃO COMO ALICERCE DE NOVOS PARADIGMAS DE GESTÃO

Um Sistema de Apoio à Decisão (SAD) é um sistema interativo baseado em computador, que ajuda os decisores a utilizar dados e modelos para resolver problemas. Segundo Turban, um SAD deve suportar pelo menos uma das fases do processo de decisão e possuir as seguintes características:

- > Auxiliar todos os níveis de gestão nas decisões referentes a problemas estruturados ou semiestruturados;
- > Ser flexível e adaptável para todos os processos de tomada de decisão;
- > Fácil de utilizar, eficaz e eficiente;
- > Agregar dados e modelos;
- > Fácil de implementar e controlar.

Os SAD na área da saúde assumem uma enorme relevância permitindo suportar a decisão em muitos domínios de atuação (e.g. clínica, gestão). O acervo de informação que é produzida e registada no contexto da atividade hospitalar potencia a adoção deste tipo de sistemas, desde que sejam garantidos os mecanismos de interoperabilidade entre os sistemas.

Uma classe especial de SAD designada por Sistemas de Apoio à Decisão Inteligentes explora a informação existente por forma a induzir conhecimento através da aplicação de técnicas de Data Mining oriundas de Inteligência Artificial (e.g. árvores de decisão, redes neuronais artifi-

ciais, máquinas de vetor de suporte). Estas técnicas providenciam um meio semiautomático de descoberta de conhecimento a partir de bases de dados e podem ser úteis em praticamente todas as fases do processo de decisão.

Outros tipos de sistemas como os Sistemas de Business Intelligence (BI) e Business Analytics assumem também uma importância incontornável no contexto das atividades de gestão, decisão, planeamento e controlo. São ferramentas imprescindíveis para assegurar a informação complexa e competitiva para a fase de Inteligência do processo de tomada de decisão.

Outras variantes têm surgido como os Sistemas de Adaptive Business Intelligence e Pervasive Business Intelligence. Os primeiros recorrem a módulos específicos de otimização para apresentar soluções mais adequadas para os problemas. Os segundos permitem que a informação esteja disponível em tempo-real em qualquer lugar e a qualquer hora.

Os sistemas referidos configuram-se como instrumentos importantes numa ótica de gestão baseada em evidências de suporte eficazes, na gestão de dados e no entendimento das correlações entre eles. O CHP tem vindo a aderir a esta cultura de gestão recente e tem investido no desenvolvimento *in-house* de plataformas transversais que permitem acomodar os requisitos específicos inerentes à sua atividade.

ESTADO DA ARTE

O CHP utiliza estas ferramentas para prestar melhores cuidados aos seus utentes, beneficiando da disponibilização antecipada de um conjunto de informações que permite melhorar o processo de decisão e atuar mais rapidamente e de forma efetiva no tratamento dos doentes. Ao mesmo nível estão os seus colaboradores (administradores, médicos, enfermeiros) que através da mesma plataforma têm informação privilegiada que permite tomar uma decisão mais rápida em prol da melhoria da qualidade de prestação de serviços aos clientes. Alguns projetos ilustrativos são apresentados nas linhas seguintes. Primeiramente é apresentado o Processo Clínico Eletrónico que garante a assessoria da atividade clínica numa perspetiva transversal e centrada no doente. Seguidamente é apresentado um SADI na área da medicina intensiva. Finalmente é feita uma referência à plataforma Agência de Interoperação, Difusão e Arquivo (AIDA), que assegura a interoperação entre sistemas e funciona como repositório de referência para a informação de gestão, e ao sistema de Business Intelligence que suporta o controlo de gestão.

CLINICAL INTELLIGENCE

O CHP adotou um PCE desenvolvido por forma a desmaterializar os processos inerentes ao registo e consulta de informação clínica. O sistema AIDA-PCE permite:

- > Registrar de uma forma segura, consistente, eficiente, clara e estruturada todos os dados colhidos sobre o doente, a patologia e a terapêutica a aplicar;
- > Adotar tecnologias para controlo do vocabulário médico, como por exemplo a terminologia SNOMED e o sistema de classificação ICD;
- > Organizar os registos numa perspetiva científica orientada ao problema e segundo a estrutura SOAP;
- > Suportar a prática, a decisão e a investigação clínica – nomeadamente, contemplando tarefas de carácter obrigatório, acautelando o consentimento informado, apoiando o diagnóstico com base em guidelines e pré-requisitos, garantindo de forma automática a informação para consultas de grupo, internas e para a codificação, disponibilizando informação sobre scores e indicadores clínicos;
- > Interoperar com outros sistemas através do uso de normas e terminologias;

De seguida explora-se o conceito de *clinical intelligence* no contexto da medicina intensiva. As unidades de cuidados intensivos estão dotadas de um elevado número de dispositivos médicos essenciais para o suporte de vida de um doente. A situação complexa em que os doentes se encontram e a quantidade de dados disponíveis dificultam a obtenção de conhecimento profícuo para a tomada de decisão. Neste contexto e perante e grande quantidade de dados existentes, os intensivistas não conseguem interpretar corretamente e em tempo útil toda a informação adquirida pelo que a grande parte dos dados recolhidos não são considerados no momento de decisão.

Ao nível do processo de decisão o fator humano pode provocar erros uma vez que, normalmente, não há tempo suficiente para analisar corretamente a situação clínica do doente. Para facilitar a aquisição de conhecimento e suportar o processo de tomada de decisão por parte dos



profissionais dos cuidados intensivo, foi desenvolvida uma plataforma global única que, de entre as várias funcionalidades, permite um acompanhamento do doente e a previsão de eventos clínicos futuros de uma forma contínua e em tempo real.

O INTCare é um projeto de investigação que visa dotar o hospital com tecnologias emergentes e inteligentes capazes de suportar o processo de decisão em medicina intensiva através da criação de artefactos inovadores capazes de monitorizar as condições clínicas dos doentes e prever eventuais problemas que possam ocorrer no futuro. Trata-se de um sistema *Pervasive* que opera em tempo-real, é interoperável podendo receber e enviar dados para os vários sistemas hospitalares e tem a capacidade de se otimizar e adaptar a diferentes contextos clínicos. O sistema está focado nos doentes, nos clínicos e no serviço de modo a promover atitudes pró-ativas, reduzir custos e tempo e melhorar a qualidade da decisão e do serviço prestado. O sistema INTCare é um SADI composto por um conjunto de módulos integrados que executa todas as tarefas do processo de Descoberta de Conhecimento em Base de Dados de forma automática e em tempo real.

Tem a capacidade de apresentar informação / conhecimento essencial para o processo de decisão processo em qualquer lugar e a qualquer hora (ex. dispositivos situados). Com a desmaterialização dos processos e tirando partido dos dados recolhidos automaticamente combinadas com tarefas automáticas de transformação de dados e Data Mining é possível apresentar informação clínica e obter novos conhecimentos em tempo real, nomeadamente:

- > Dados Clínicos do Doente;
- > Sinais Vitais, Ventilação, Planos Terapêuticos, Balanço Hidro-Eletrolítico, Escalas Clínicas e Análises Clínicas;
- > Monitorizar eventos críticos;
- > SPo2, Frequência Cardíaca, Pressão Arterial, Temperatura e Parâmetros da ventilação;
- > Sistema de Alertas visual;
- > Permite notificar os intensivistas de situações anormais dos doentes, aparecem sinais de alerta sempre que são verificados valores críticos;
- > Scores Médicos – SAPS II, SAPS III, Glasgow SOFA, MEWS e TISS;
- > Probabilidade de Ocorrer Falência Orgânica – Sistemas Cardiovascular, Hematológico, Respiratório, Hepático e Renal;
- > Prever condições clínicas do Doentes – Situação da Alta; Readmissões; Tempo de Estadia; Eventos Críticos (Pressão Sanguínea e Frequência Cardíaca), Problemas Clínicos (Arritmias, Barotrauma, Desmame Ventilatório, Toma de Vasopressores, entre outros);
- > *Patient Timeline* – Análise de todos os registos clínicos de um doente (histórico e previsões) tendo como base o espaço temporal (vertical) em que os eventos acontecem.

Como resultado e tendo como principal foco as pessoas e a unidade de cuidados intensivos este projeto desenvolveu novos mecanismos de recolha e processamento dos dados, criou novas formas de apoio à decisão interativas e por vezes invisíveis que permitem monitorizar a evolução clínica do doente, realizar tarefas diárias de forma automática e prever complicações futuras em tempo real.

O INTCare fomenta assim uma atitude pró-ativa no melhor interesse do doente e a racionalização de custos por parte da unidade, através de uma melhor alocação dos recursos, redução significativa do tempo de documentação e do número de erros de transcrição e o aumento considerável do tempo útil para tratamento dos doentes.



FIGURA 1 Previsão da Falência Orgânica e Outcome.

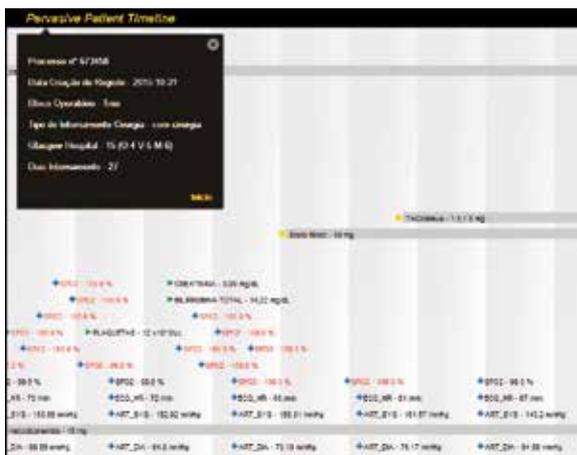


FIGURA 2 Pervasive Patient Timeline

AGÊNCIA DE INTEROPERAÇÃO DIFUSÃO E ARQUIVO DE INFORMAÇÃO

Trata-se de uma plataforma desenvolvida com recurso ao paradigma dos agentes inteligente que assegura a interoperação, a monitorização e a verificação ao nível de dados e processos entre aplicações. Incorpora mecanismos standard como o HL7, mas permite igualmente interoperar com sistemas legados através de mecanismos não standard. A interoperação é assegurada nas dimensões: Sintática e semântica; Aplicacional; Humana; Dos processos de negócio; Geográfica.

Um conjunto de serviços é disponibilizado numa ótica Service Oriented Architecture (SOA), garantindo a des-

materialização dos *workflows* associados aos MCDTs e a outras áreas, como a clínica, a administrativa e a logística. Para além destas funções, o repositório assegura, ao nível do data center do CHP, o armazenamento e a alta disponibilidade de informação de uma forma independente, fiável e segura. Este repositório inclui uma *data warehouse* e um conjunto de *data marts* para suporte às atividades de Inteligência, análise e decisão.

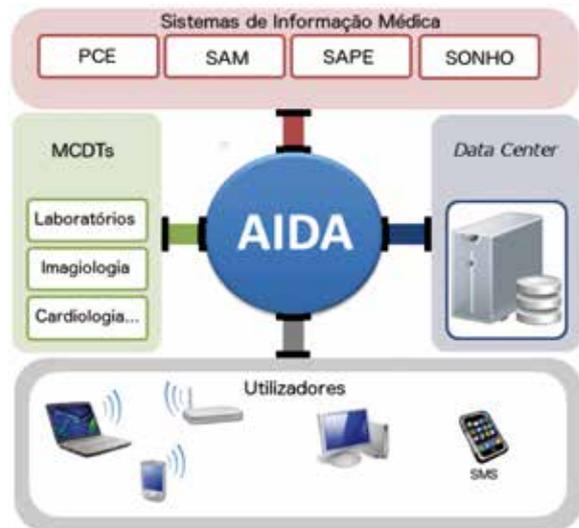


FIGURA 3 Plataforma AIDA

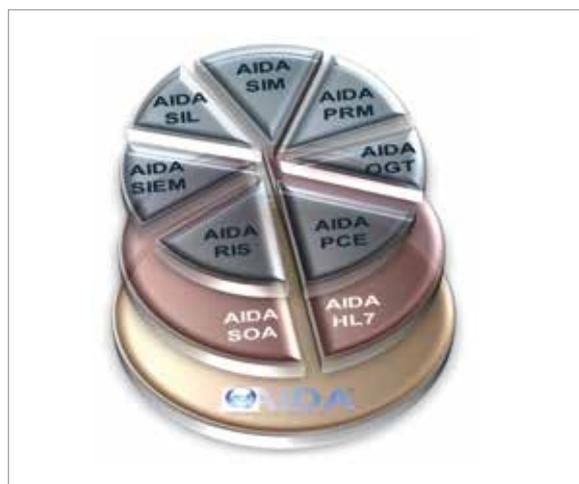


FIGURA 4 Camadas da plataforma AIDA

BUSINESS INTELLIGENCE NO CONTROLO DE GESTÃO

Trata-se de uma extensão da plataforma AIDA destinada a identificar, desenvolver e medir um conjunto de Indicadores-Chave. Neste âmbito, são disponibilizadas ferramentas e meios de monitorização e visualização de informação complexa e competitiva para suporte

à gestão, ao planeamento e à decisão. Os utilizadores são associados a perfis de segurança permitindo que apenas tenham acesso à informação destinada ao seu nível de responsabilidade. A componente de Gestão de Topo destina-se ao Conselho de Administração e Administradores de Topo. A componente de Gestão Intermédia destina-se aos Conselhos de Gestão (Direções dos Departamentos e Serviços). As capacidades analíticas incluem, entre outras:

- > Visualizar um conjunto de indicadores ao nível da produção, qualidade, eficiência e consumo;
 - > Comparar exercícios em anos distintos;
 - > Análise de tendência;
 - > Comparar a execução relativamente aos objetivos definidos ao nível do contrato programa;
 - > Projetar a execução até ao final do exercício.
- É possível consultar a informação de suporte ao cálculo

dos indicadores (e.g., listas de espera, cirurgias realizadas, materiais consumidos). Esta plataforma estende-se ainda a áreas verticais como a gestão dos blocos, a área de enfermagem, a área clínica (e.g. obstetrícia, ginecologia, triagem, cuidados intensivos) e uma área pessoal destinada aos profissionais (e.g. produção, monitorização da prescrição). Trata-se de uma área "online" onde os clínicos podem monitorizar a sua produção, as suas prescrições (medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica) e que para além de dar cumprimento às orientações da tutela contribui igualmente para a recolha sistemática de informação para a realização de estudos e a publicação de artigos científicos. A gestão intermédia já possui acesso a esta ferramenta que se revela de vital importância para a tomada de decisões e para a partilha de informação, na área de produção e consumos.

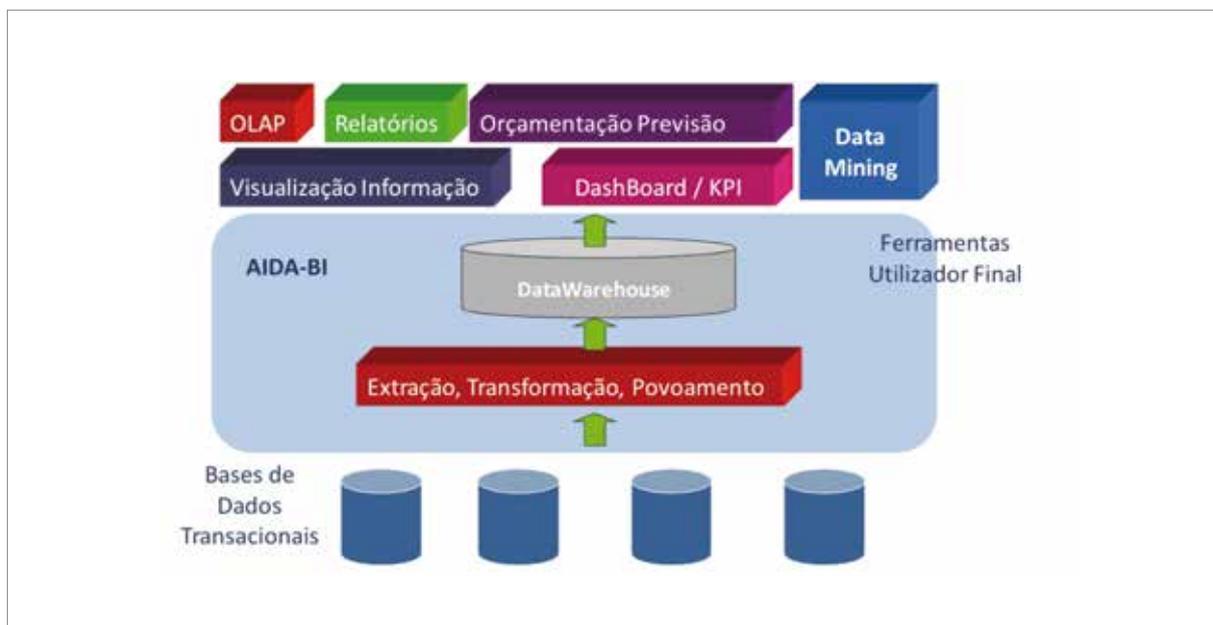


FIGURA 5 Arquitetura da Plataforma de AIDA-BI



FIGURA 6 Exemplo de um dashboard da plataforma AIDA-BI

CONCLUSÕES

O CHP encontra-se dotado de sistemas de informação que, independentemente do local físico e do grupo de profissionais, disponibilizam informação em permanência nos locais e tempo apropriados para suportar o aumento de eficiência, promovendo a articulação entre o mundo clínico e administrativo-financeiro, criando harmonia e otimização dos processos clínicos e melhorando o atendimento ao utente e garantindo a sustentabilidade financeira da organização quer por eficiência dos custos quer por maximização dos proveitos.

O CHP adotou um modelo conceitual baseado em sistemas transversais que, interoperando entre si e com sistemas externos, asseguram os requisitos informacionais, funcionais e técnicos. Uma plataforma foi desenvolvida para, com recurso a normas e padrões estabelecidos na área (e.g., HL7), assegurar a interoperação de sistemas quer ao nível interno que ao nível externo.

Os projetos operacionais de qualidade e eficiência em curso têm como objetivos criar um instrumento uniformizado que concentre toda a informação clínica, administrativa e financeira sobre os utentes, de uma forma transversal, que sirva de suporte à decisão e prática clínica,

bem como proporcionar sistemas aos colaboradores do CHP que se ajustem, da melhor forma possível, aos processos desenvolvidos pelos médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes técnicos, auxiliares, elementos do Conselho de Administração, elementos dos Departamentos e Diretores/Responsáveis de Serviço, nas suas atividades do dia a dia, incorporando metodologias de resolução de problemas e ferramentas desenhadas de acordo com os requisitos atuais e futuros da organização, garantindo a sustentabilidade financeira quer por eficiência dos custos quer por maximização dos proveitos

Relativamente às TSI, os maiores desafios atuais centram-se no alargamento do alcance dos sistemas existentes, em termos funcionais e do seu ecossistema, por forma sustentar a melhoria contínua dos serviços prestados aos cidadãos/utentes, da eficiência dos processos, da excelência clínica, da gestão/administração, da otimização de recursos (e.g., humanos e financeiros), e da competitividade do CHP.

Resta assinalar que os projetos desenvolvidos se encontram alinhados com as orientações da tutela, por exemplo, a plataforma AIDA assegura desde longa data a interoperação com a Plataforma de Dados da Saúde (PDS), por exemplo ao nível da informação clínica e dos MCDTs.

O CHP encontra-se dotado de sistemas de informação que, independentemente do local físico e do grupo de profissionais, disponibilizam informação em permanência nos locais e tempo apropriados para suportar o aumento de eficiência, promovendo a articulação entre o mundo clínico e administrativo-financeiro, criando harmonia e otimização dos processos clínicos e melhorando o atendimento ao utente e garantindo a sustentabilidade financeira da organização quer por eficiência dos custos quer por maximização dos proveitos.

Bibliografia

- Abelha, A., Pereira, E., Brandão, A., Portela, F., Santos, M. F., Machado, J., et al. (2015). Improving Quality of Services in Maternity Care Triage System. *International Journal of E-Health and Medical Communications (IJEHMC)*, 6(2), 10-26.
- Cardoso, L., Marins, F., Portela, F., Santos, M., Abelha, A., & Machado, J. (2014). The Next Generation of Interoperability Agents in Healthcare. *International journal of environmental research and public health*, 11(5), 5349-5371.
- Silva, E. Alpuim, A., Cardoso, L., Marins, F., Portela, F., Abelha, A., Machado, J., Santos, M. Quintas, C. (2014). Business Intelligence and Nosocomial Infection decision making. *Integration of Data Mining in Business Intelligence Systems*. pp 175-192. ISBN: 978-1-466-66477-7. IGI Global.
- Portela, F. Veloso, R., Oliveira, S., Santos, M.F., Abelha, A., Machado, A., Silva A. & Rua, F. (2016). Predict hourly patient discharge probability in Intensive Care Units using Data Mining. *Indian Journal of Science and Technology*. Indian Society for Educat. (accepted for publication).
- Eliana Pereira, Andreia Brandão, Maria Salazar, Filipe Portela, Manuel Santos, José Machado, António Abelha and Jorge Braga.(2014) Pre-Triage Decision Support Improvement in Maternity Care by Means of Data Mining, in *Integration of Data Mining in Business Intelligence Systems*, Ana Azevedo and Manuel Santos (eds), IGI Global Book.
- Portela, F., Santos, M. F., Machado, J., Abelha, A., & Silva, Á. (2013). Pervasive and Intelligent Decision Support in Critical Health Care Using Ensembles. In *Information Technology in Bio- and Medical Informatics* (pp. 1-16): Springer Berlin Heidelberg.
- Portela, F., Santos, M. F., Machado, J., Abelha, A., Silva, Á., & Rua, F. (2014). Pervasive and intelligent decision support in Intensive Medicine—the complete picture. In *Information Technology in Bio- and Medical Informatics* (pp. 87-102): Springer.
- Santos, M. F., Portela, F., Vilas-Boas, M., Machado, J., Abelha, A., & Neves, J. (2011). INTCARE - Multi-agent approach for real-time Intelligent Decision Support in Intensive Medicine. Paper presented at the 3rd International Conference on Agents and Artificial Intelligence (ICAART), Rome, Italy.
- Turban, E., Sharda, R., & Delen, D. (2010). *Decision Support and Business Intelligence Systems* (9th Edition ed.): Prentice Hall.
- Varshney, U. (2009). *Pervasive Healthcare Computing: EMR/EHR, Wireless and Health Monitoring*: Springer-Verlag New York Inc.

CODIFICAÇÃO CLÍNICA E GESTÃO HOSPITALAR: UMA RELAÇÃO BIUNÍVOCA?



RUI SANTANA

Professor e Coordenador do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (CMGS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)



SÍLVIA LOPES

Professora e Coordenadora do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

No âmbito hospitalar, a codificação clínica traduz-se na atribuição de códigos para caracterizar os diagnósticos, procedimentos e causas externas de admissão que descrevem o contacto do utente com a unidade de saúde, com particular relevância no internamento.

Caminha-se assim no sentido da uniformização da informação nos registos clínicos dos utentes, facilitando assim a sua utilização em diversos contextos e para diferentes finalidades. A utilização de dados codificados é portanto relevante tanto no plano interno como externo (proprietário, financiador, regulador), com pertinência não só ao nível da prestação de cuidados e da gestão das organizações, mas também da investigação das organizações de saúde e/ou do sistema de saúde.

Aquela abrangência é, de certa forma, uma consequência da importância das temáticas nas quais são usados dados codificados, como sejam os sistemas de classificação de doentes, a avaliação da qualidade ou o financiamento das instituições. Transversal a todas estas matérias surge ainda a preocupação com a confidencialidade e a proteção dos dados de saúde, enquanto valores a garantir em todas aquelas utilizações.

Dos atuais sistemas de classificação de doentes, alguns baseiam-se na informação codificada do resumo de alta. Trata-se de uma ferramenta importante na análise da produção hospitalar, ao identificar perfis de doentes tratados em cada organização de saúde. Em Portugal, nos

hospitais públicos do Continente, os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) são utilizados desde 1989, sendo a informação sobre diagnósticos e procedimentos um elemento central para a classificação por este sistema (Urban e Bentes, 1990; Costa, Lopes e Santana, 2005).

No âmbito da qualidade, a utilização destes dados tem uma dupla natureza. Podem ser utilizados para o ajustamento pelo risco no âmbito da utilização de indicadores de resultados (Iezzoni, 1997), mas são utilizados também para a identificação dos doentes em que ocorreram eventos adversos, particularmente no âmbito da segurança do doente e das complicações de cuidados (Borzecki et al, 2013) ou das readmissões (McCormack et al, 2013).

A informação codificada sobre os diagnósticos e procedimentos tem ainda potencial para ser incluída em metodologias de custeio *top-down*, com vista a permitir uma aproximação à estimativa de custos com base no doente/patologia, em detrimento de estimativas baseadas na organização da oferta (serviços, por exemplo).

Particularmente quando o método de financiamento das instituições é o pagamento pela produção, a informação dos diagnósticos e procedimentos constitui um elemento fulcral no apuramento do montante recebido. Em Portugal, o sistema de financiamento do internamento hospitalar utiliza atualmente a informação do índice de *case-mix* apurado com base nos *All-Patient Refined DRGs*, com base na informação resultante da codificação clínica

(ACSS, 2012). Aliás, o impacto da codificação sobre o financiamento recebido pelas instituições é uma das questões centrais no âmbito da investigação sobre o financiamento pela produção (Cheng et al, 2009).

Nos anos de 2014 e 2015, decorreram na ENSP seis edições do Curso de Codificação Clínica, numa iniciativa em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Entre outros, os seus objetivos incluíram: enquadrar no plano jurídico a privacidade e a segurança da informação clínica e compreender a utilidade da codificação clínica para as dimensões de produção, qualidade e de financiamento das unidades de saúde.

O dia a dia de um hospital é marcado por decisões com impacto na saúde dos doentes e nos seus familiares, que acarretam elevados custos e em que diferentes perspeti-

vas se encontram (colidem, em alguns casos), todas igualmente convictas do seu ponto de vista. Neste contexto, a existência de dados fiáveis sobre a atividade das instituições, com potencial para suportar decisões clínicas e de gestão e fundamentar a sua investigação, é um potencial denominador comum e um bem valioso.

Por essa razão, e aspirando a um contexto ideal, a gestão não só utilizaria ao máximo o potencial desta informação, mas também envidaria todos os esforços para que a sua fiabilidade fosse maximizada. Neste contexto, a responsabilidade por estes dados seria partilhada por todos, cabendo a cada um, dentro do que são as suas funções, contribuir para uma relação biunívoca, em que a codificação clínica e a gestão hospitalar se potenciam mutuamente. 



O dia a dia de um hospital é marcado por decisões com impacto na saúde dos doentes e nos seus familiares, que acarretam elevados custos e em que diferentes perspetivas se encontram (colidem, em alguns casos), todas igualmente convictas do seu ponto de vista. Neste contexto, a existência de dados fiáveis sobre a atividade das instituições, com potencial para fundamentar decisões clínicas e de gestão e suportar a sua investigação, é um potencial denominador comum e um bem valioso.



Referências

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Contrato-programa 2013: metodologia para definição de preços e fixação de objetivos. Lisboa: ACSS; 2012. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2012%2011%2030_Metodologia_HH_U LS_2013.pdf.pdf
- Borzecki AM, Cevalco M, Mull H, Shin M, Itani K, Rosen AK. Improving the identification of postoperative wound dehiscence missed by the Patient Safety Indicator algorithm. *Am J Surg*. 2013 Jun;205(6):674-80.
- Cheng P, Gilchrist A, Robinson KM, Paul L. The risk and consequences of clinical miscoding due to inadequate medical documentation: a case study of the impact on health services funding. *HIM J*. 2009;38(1):35-46.
- Costa C, Lopes S, Santana R. Diagnosis Related Groups e Disease Staging: importância para a administração hospitalar. *Rev Port Saude Pub*. 2008; Temático (7): 7-28.
- Iezzoni LI. Data sources and implications: administrative databases. In: Iezzoni L, editor. *Risk adjustment for measuring healthcare outcomes*. 2ª ed. Chicago, IL: Health Administration Press; 1997. p. 169-242.
- Lee DS, Stitt A, Wang X, Yu JS, Gurevich Y, Kingsbury KJ, Austin PC, Tu JV. Administrative hospitalization database validation of cardiac procedure codes. *Med Care*. 2013 Apr;51(4):e22-6.
- McCormack R, Michels R, Ramos N, Hutzler L, Slover JD, Bosco JA. Thirty-day readmission rates as a measure of quality: causes of readmission after orthopedic surgeries and accuracy of administrative data. *J Healthc Manag*. 2013 Jan-Feb;58(1):64-77.
- Urbano J, Bentes M. Definição da produção do hospital: os Grupos de Diagnósticos Homogéneos. *Rev Port Saude Pub*. 1990; 8(1): 49-60.

EVENTOS E MOMENTOS

A APAH MARCOU PRESENÇA EM **EVENTOS NACIONAIS:**

➤ **REUNIÃO DO EXECUTIVE COMMITTEE E DO BOARD DA EAHM**

[03 e 04 de setembro, Paris]

Nos dias 3 e 4 de setembro, em Paris, a APAH esteve presente, através do seu vogal Victor Herdeiro, em reuniões de trabalho do *Executive Committee* e do *Board da European Association of Hospital Managers*.

➤ **WORKSHOP ACSC EM PORTUGAL**

[18 de setembro, Lisboa]

A APAH participou, no dia 18 de setembro, num *workshop* técnico realizado no âmbito do projeto de investigação "*Ambulatory Care Sensitive Conditions in Portugal: Health services delivery and system perspective*", que a ENSP/UNL se encontra a desenvolver em conjunto com a OMS e que conta com a coordenação de Rui Santana.

➤ **II FÓRUM TÉCNICO CONTRATUALIZAÇÃO NOS CSP EM PORTUGAL E PLANEAMENTO NACIONAL E LOCAL EM SAÚDE**

[21 de setembro, Lisboa]

No dia 21 de setembro, no IHMT, a APAH participou numa mesa temática do II Fórum Técnico Contratualização nos CSP, uma realização que contou com o apoio científico da USF-AN. Nesta mesa, subordinada ao tema "Contratualização nos CSP: onde vale a pena investir", com moderação a cargo de Manuela Felício, participaram Maria José Ribas, Marta Temido e Paulo Nogueira.

➤ **INICIATIVA MÉRITO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR – PRÉMIO MARGARIDA BENTES**

[29 de setembro, Lisboa]

No dia 29 de setembro a APAH realizou na ENSP o lançamento da primeira edição do Prémio Margarida Bentes, destinado a apoiar projetos de investigação desenvolvidos por Administradores Hospitalares e que, na edição de 2015/2016, tem como tema a Integração de Cuidados. Esta é uma iniciativa que conta com o apoio da *Gilead Science, Lda*.

➤ **XI MEDSCOOP – MEDICAL STUDENTS' COOPERATION MEETING**

[10 e 11 de outubro, Viseu]

A ANEM levou a cabo, nos dias 10 e 11 de outubro, mais uma iniciativa orientada para a formação dos estudantes das escolas médicas portuguesas. A APAH esteve presente, moderando um *workshop* sobre o tema "Administração Hospitalar: o que um futuro médico deve saber" e participando na sessão plenária dedicada ao tema "A saúde que não chega à população", moderada por Franklin Ramos e integrada por Francisco George, Marta Temido e Rui Nogueira.

➤ **PRÉMIO ANGELINI UNIVERSITY AWARD 14/15**

[22 de outubro, Lisboa]

O *Angelini University Award* tem como objetivo dinamizar o setor da saúde junto da população universitária de forma a estimular a criatividade e a inovação. A edição 14/15, que teve

como tema "A sustentabilidade do sistema de saúde", contou com 39 projetos submetidos a concurso, envolvendo 189 alunos e 41 docentes, representantes de 38 universidades e institutos politécnicos. A sessão de apresentação dos trabalhos e de atribuição do galardão decorreu no dia 22 de outubro. O júri, presidido por Francisco Ramos e integrado por Rui Carvalho e João Guimarães da *Angelini*, contou, nesta edição, com a participação da APAH.

➤ **JUNTOS NA INVESTIGAÇÃO 2015**

[18 de novembro, Lisboa]

A APAH participou, no dia 18 de novembro, na iniciativa da *Pfizer* "Juntos na Investigação" que decorreu no Centro Cultural de Belém. A mesa em que a associação participou, moderada por José Caldas de Almeida, contou com um painel composto por Helena Canhão, Joana Maia, Marta Temido, Helena Beaumont e Paula Brito e Costa e teve como tema "A Agenda da Investigação".

➤ **2.ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL EQUIDADE E OS MEDICAMENTOS ÓRFÃOS**

[26 novembro, Lisboa]

A P-BIO, Associação Portuguesa de Bioindústrias e o Negócios realizaram, no dia 26 de Novembro, em Lisboa, a 2ª Conferência Internacional Equidade e os Medicamentos Órfãos, onde foi abordada a realidade Europeia comparativamente com a realidade Portuguesa e, neste contexto, o acesso dos doentes às terapêuticas. A APAH esteve presente com uma comunicação sobre "Impacto dos Medicamentos Órfãos no Orçamento Hospitalar" num painel que contou com a presença de Henrique Martins e de Luís Silva Miguel.

➤ **XVIII CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA E IX CONGRESSO NACIONAL DO MÉDICO INTERNO**

[26 e 28 novembro, Porto]

Entre os dias 26 e 28 de novembro, decorreu na Secção Regional da Ordem dos Médicos do Norte mais um congresso nacional. A APAH esteve presente com uma comunicação de Marta Temido sob o tema "Medicina Pública ou Privada" no âmbito de uma mesa sobre Ato Médico e Exercício Profissional em que participaram Licínio Craveiro e Constantino Sakelarides.

A APAH EM EVENTOS – ANO 2016

➤ **FÓRUM GESTÃO DO MEDICAMENTO EM MEIO HOSPITALAR**

Esta é uma iniciativa que conta com o apoio da BMS e que se realizará no primeiro trimestre de 2016 em Lisboa.

➤ **PRÉMIO HEALTHCARE EXCELLENCE**

A terceira edição do Prémio *Healthcare Excellence*, uma organização conjunta da APAH e da Abbvie, decorrerá em maio de 2016 na Figueira da Foz.

EVENTOS +

...DEIXAMOS AQUI ALGUMAS SUGESTÕES DE EVENTOS FUTUROS:

> Congresso Português de Endocrinologia 2016

Data: 28 a 30 de janeiro 2016

Local: Hotel Vila Galé, Coimbra

Mais informações em:

<http://www.congressoportuguesdeendocrinologia.com/2016/>

> 10.º Congresso Português do AVC

Data: 04 a 06 de fevereiro 2016

Local: Hotel Sheraton, Porto

Mais informações em:

<http://www.spavc.org/pt/atividades/10-congresso>

> 6th Winter Course of the European School of Internal Medicine

Data: 07 a 13 de fevereiro 2016

Local: Troiaresort, Tróia

Mais informações em:

<http://www.efim.org/>

> 33.º Encontro Nacional de Medicina Geral e Familiar

Data: 03 a 05 de março 2016

Local: Centro de Congressos do Estoril, Lisboa

Mais informações em:

<http://www.apmgf.pt/index.php?section=home>

> 14th Lung Science Conference

Data: 10 a 13 de março 2016

Local: Estoril

Mais informações em:

<http://www.ersnet.org/>

> 12.º Congresso Português de Diabetes

Data: 17 a 20 de março 2016

Local: Hotel Tivoli Marina, Vilamoura

Mais informações em:

www.diabetologia2016.com

> II Congresso Fundação para a Saúde – SNS

Data: 18 e 19 de março 2016

Local: Fundação para a Saúde, Lisboa

Mais informações em:

<http://fsns.pt/>

> Encontros de Primavera 2016

Data: 07 a 10 de abril 2016

Local: Évora Hotel, Évora

Mais informações em:

<http://www.encontrosdaprimavera.com/>

> IX Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória

Data: 08 a 10 de maio 2016

Local: Portimão Arena, Portimão

Mais informações em:

<http://congresso.apca.com.pt/ver.php?cod=0H>

> 10.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global

Data: 25 a 28 de maio 2016

Local: Vilamoura

Mais informações em:

<http://www.sphta.org.pt/10congresso/index.php>

> XXII Congresso Nacional de Medicina Interna

Data: 27 a 29 de maio 2016

Local: Viana do Castelo

Mais informações em:

<http://www.spmi.pt/22congresso/index.php>

MENSAGEM DA EQUIPA DA REVISTA DE GESTÃO HOSPITALAR

"Foi o tempo que perdi com a minha rosa que a fez tão importante."

O Príncipezinho, Antoine de Saint-Exupéry

É muito revelador o efeito do tempo. Implacável e transformador quase sempre. Impotente diante de algumas situações e Imponente a maioria das vezes. Importante para alguns. Fundamental para todos. Inerente à nossa vida. Crucial na nossa existência!

Corria o ano de 2013, mês de dezembro, e a *Revista de Gestão Hospitalar* começou a ser por nós redesenhada ou recriada... Após eleição em maio do mesmo ano da nova Direção da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), e perante a necessidade de revitalização dum instrumento fundamental de partilha de informação entre gestores hospitalares, procurou-se reforçar o projeto da *Revista de Gestão Hospitalar* (RGH) da APAH na profunda convicção de que constituía um meio privilegiado de disseminação de conhecimento, bem como de agregação e motivação associativa. Entendemos que a RGH tem como principais objetivos a divulgação do que de melhor se faz em Portugal, de novos projetos, de opiniões e debate das grandes questões da saúde e de eventos relevantes.

O projeto foi possível realizar com empenho e trabalho de uma equipa e o contributo gracioso de muitos administradores hospitalares e variadíssimos outros profissionais da saúde a quem deixamos o nosso melhor e mais profundo agradecimento.

Os olhares mais desatentos dirão que a *Revista de Gestão Hospitalar*, tal como a conhecemos agora, não tem grande similitude com a anterior, mas desenganem-se! Na sua essência o projeto é o mesmo e a atual Revista mais não é do que a demonstração, no tempo, do trabalho continuado de diferentes gerações de administradores hospitalares que se empenharam em inovar e demonstrar capacidades e competências, bem como profunda vontade de adicionar valor às políticas públicas, ao ensino e formação, à investigação e à gestão das unidades de saúde.

Assim, este novo número, mais uma vez, enche-nos de orgulho e procura, como de resto todos os anteriores, manter vivo o Valor da Administração Hospitalar, em memória de todos os que nos precederam, com o apoio de todos os que nos acompanham e em prol dos mais novos a quem o futuro pertence!

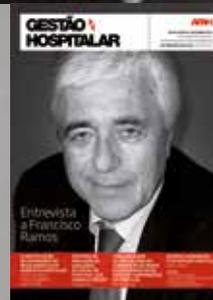
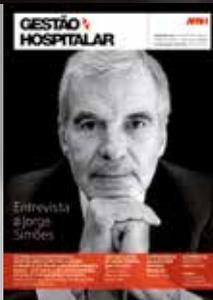
A Direção da Revista

Margarida França
Emanuel Barros



CATHERINE PEREIRA Redatora EMANUEL BARROS Diretor
MARGARIDA FRANÇA Diretora FEDRA SANTOS Designer

FOTO: © ALVES DA SILVA





APAH
www.apah.pt