

GESTÃO HOSPITALAR

APAH

OUTUBRO | NOVEMBRO | DEZEMBRO 2017

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE

ADMINISTRADORES HOSPITALARES **[APAH]**

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA ISSN: 0871-0767

Entrevista a Nick Goodwin

**PORTAL DO
UTENTE DE
MATOSINHOS**
Nuno Antunes

**VIA VERDE DA REABILITAÇÃO
DO AVC - INTEGRAÇÃO DE
CUIDADOS, EFICIÊNCIA NA
UTILIZAÇÃO DE RECURSOS,
MAIORES GANHOS EM SAÚDE**
Paula Amorim, Anabela Pereira,
Graça T. Gonçalves, João Constantino

**HISTÓRIA DA
CARREIRA DE
ADMINISTRAÇÃO
HOSPITALAR**
Helena Reis
Marques

**GÉNESE
DO SNS
(ALGUMAS
MEMÓRIAS
PESSOAIS)**
Júlio Reis

**DE VOLTA A RENNES...
COM OS OLHOS NO FUTURO**
Rui Santana, Sílvia Lopes

E AINDA...
- Caminho dos Hospitais
- Conferências de Valor
- Fórum do Medicamento

Academia APAH

MELHOR GESTÃO,
MAIS SNS

APAH

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

MAIS INFORMAÇÕES EM [HTTP://APAH.PT/ACADEMIA-APAH/](http://apah.pt/academia-apah/)

APOIO INSTITUCIONAL

PARCEIROS INSTITUCIONAIS

Ordens Profissionais

Outros Parceiros Estratégicos



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



SPMS
Serviço Partilhado do
Ministério da Saúde

PARCEIROS FORMAÇÃO

ENTIDADES PATROCINADORAS



Patrocinadores
de Mérito

Patrocinadores
de Valor



GESTÃO OPERACIONAL



www.apah.pt/academia-apah

GESTÃO HOSPITALAR

DIREÇÃO

Alexandre Lourenço | Bárbara Carvalho
Emanuel Magalhães de Barros | Margarida França

REDAÇÃO

Catherine Alves Pereira

DESIGN GRÁFICO

Fedra Santos

REVISÃO

Ângela Barroqueiro

DISTRIBUIÇÃO

Gratuita

PROPRIEDADE

APAH – Associação Portuguesa
de Administradores Hospitalares
Apartado 13040
Estação CTT Casal Ribeiro
1000-994 Lisboa
secretariado@apah.pt
www.apah.pt

PERIODICIDADE

Trimestral

DEPÓSITO LEGAL N.º

16288/97

ISSN N.º

0871-0767

TIRAGEM

2.000 exemplares

IMPRESSÃO

Rainho & Neves, Lda. - Santa Maria da Feira

FOTO CAPA © Fedra Santos

SUMÁRIO

- 03 EDITORIAL
- 04 PORTAL DO UTENTE DE MATOSINHOS
- 08 VIA VERDE DA REABILITAÇÃO DO AVC: INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS, EFICIÊNCIA NA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS, MAIORES GANHOS EM SAÚDE
- 12 HISTÓRIA DA CARREIRA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR
- 16 GÉNESE DO SNS (ALGUMAS MEMÓRIAS PESSOAIS)
- 20 ENTREVISTA A NICK GOODWIN
- 28 O QUE FAZ UM DIRETOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NUM HOSPITAL?
- 34 UTILIZADORES REGULARES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: PROJETO-PILOTO DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, EPE
- 38 SNS - RECENTRAR O FOCO NO DOENTE: DESSACRALIZAR VÍCIOS
- 42 ENTREVISTA A SUSAN GIBERT
- 45 27TH CONGRESSO DA EAHM - EUROPEAN ASSOCIATION OF HOSPITAL MANAGERS
- 46 PRÉMIO *HEALTHCARE EXCELLENCE* DISTINGUIU PROJETOS INOVADORES EM SAÚDE
- 48 CONFERÊNCIAS DE VALOR APAH
- 52 CAMINHO DOS HOSPITAIS
- 56 IX FÓRUM DO MEDICAMENTO A PARTILHA DE RISCOS COMO PROMOTORA DE GANHOS EM SAÚDE
- 58 ESPAÇO ENSP (ENSINO E INVESTIGAÇÃO): DE VOLTA A RENNES... COM OS OLHOS NO FUTURO
- 60 APAH MARCA A AGENDA



Caros colegas,

"A administração dos hospitais, (...), tornou-se tarefa de profissionais, com preparação cuidada e estatuto adequado, visto que a mobilização de meios financeiros e humanos nos serviços de saúde atinge enorme volume e os prejuízos decorrentes de uma gestão pouco esclarecida podem ser importantíssimos, tanto do ponto de vista económico como social e humano."

Este texto consta do preâmbulo do Decreto-lei n.º 48 357 de 1968 que aprova e publica o Estatuto Hospitalar. É este mesmo diploma que estabelece as carreiras de administração médica e farmacêutica. No mesmo dia, é aprovado e publicado em anexo o Regulamento Geral dos Hospitais através do Decreto-lei n.º 48 358.

Contudo, só em 1969 (Portaria n.º 24.222, de 4 de Agosto) é criado, na Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical, o curso de Administração Hospitalar, tendo-se iniciado, em outubro de 1970, a sua primeira edição.

Esta primeira edição foi precedida pelo envio de seis jovens a França para se diplomarem em administração de hospitais: Raúl Moreno Rodrigues, Eduardo Sá Ferreira, José António Menezes Correia, António Correia de Campos, Cristiano de Freitas e António Menezes Duarte. Mal regressam a Portugal são colocados a administrar os maiores e mais complexos hospitais, como o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João.

Pela mão de Coriolano Ferreira, abrem-se as portas para a profissionalização da gestão em saúde que tão relevante foi para a preparação e implementação da reforma do sistema de saúde e da assistência (legislada em 1971) e da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

No primeiro momento, os administradores hospitalares não hesitaram e disseram presente ao SNS. Em meio século de história, muito se passou. Se devemos ter orgulho de algo é de termos estado na vanguarda da mais destacada construção da história da nossa Democracia.

O mundo e as exigências mudaram ao longo deste percurso. Aos administradores hospitalares exige-se aprender com o passado, gerir o presente e preparar o futuro de forma a melhorar os cuidados saúde para todos. Para todos porque, apesar de trabalharmos em múltiplos contextos, é na defesa do interesse da universalidade dos cuidados e no contexto do SNS que assumimos a plenitude da nossa vocação.

E é também na defesa do SNS que, passados 50 anos e com a mesma convicção de Coriolano Ferreira, afirmamos a necessidade de profissionalização da gestão em saúde. Apenas com melhor gestão poderemos ter Mais SNS!

Estes 50 anos exigem-nos ainda homenagear o passado. A verdadeira homenagem é preparar o futuro através de uma discussão franca, serena e cuidada sobre o futuro da nossa profissão e o seu posicionamento para melhor servir o desenvolvimento permanente do SNS.

Atrevo-me a finalizar afirmando que os atores destes 50 anos de derrotas, mas acima de tudo de conquistas, não esperam outro comportamento de nós.

50 anos a construir o SNS.

ALEXANDRE LOURENÇO

Presidente da APAH

PORTAL DO UTENTE DE MATOSINHOS



NUNO ANTUNES

Gestor Hospitalar na ULSM

O Portal do Utente de Matosinhos foi desenvolvido e implementado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE (ULSM), que é uma entidade pública empresarial, sendo atribuições da mesma a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população do concelho de Matosinhos, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade da saúde na área geográfica por ela abrangida.

Este portal encontra-se integrado numa estratégia de **atendimento multicanal**, que se caracteriza pela prestação de serviços transversais, orientados à satisfação das necessidades dos utentes, no canal da sua conveniência (presencial, telefónico ou digital). Esta perspetiva assenta em três pilares, que são:

- > Os processos centrados no utente, com um ponto de vista único e consolidado do mesmo;
- > A integração multicanal;
- > E a transversalidade de informação e serviços.

Pretendeu-se melhorar a acessibilidade dos utentes às unidades prestadoras de cuidados de saúde da ULSM, através da utilização integrada e sustentada de tecnologias de informação e comunicação, que se traduzissem na desmaterialização de processos e que facilitassem a reengenharia dos processos de atendimento, com ganhos na satisfação dos utentes e redução dos custos de contexto associados ao tempo de espera para atendimento clínico-administra-

tivo e ao número de contactos administrativos presenciais.

Victor Herdeiro, presidente do Conselho de Administração da ULSM, quando questionado sobre o projeto esclarece que “Na génese do projeto esteve a necessidade e a vontade de conhecer, mapear, agrupar e tratar quer as reclamações dos nossos utentes, quer os seus fluxos, nas suas interações com a instituição.”

O arranque do Portal do Utente de Matosinhos ocorreu em setembro de 2016, imediatamente após a realização de uma auditoria externa à segurança da solução e à obtenção de autorização por parte da *Comissão Nacional de Protecção de Dados*.

Os objetivos do projeto foram:

- > Promover o aumento da eficiência e da qualidade do atendimento, com reflexos positivos ao nível da interação com os utentes e na redução de “custos públicos de contexto”;
- > Conseguir uma visão integrada do utente, do ponto de vista de sistemas de informação, ultrapassando assim as limitações resultantes da utilização de múltiplos sistemas de informação, quer na génese (visão separada dos cuidados primários e hospitalares: SINUS e SONHO), quer ao nível dos softwares departamentais complementares, em áreas como os exames e as análises;
- > Utilização do cartão de cidadão, enquanto mecanismo de autenticação e identificação eletrónica dos utentes;
- > Implementação do princípio de atendimento multi-



canal, na prestação de serviços e informações a utentes, através de múltiplos canais de atendimento complementares e consistentes;

> Desmaterialização da prestação de serviços e informações administrativas da ULSM aos seus utentes, por via da introdução de um canal eletrónico de interação, bidirecional, entre os utentes e a ULSM, que aumente a acessibilidade e a transparência da informação para o utente;

> Simplificação da prestação de informações telefónicas da ULSM aos seus utentes, já que o Portal do Utente de Matosinhos é uma ferramenta utilizada também nesta área;

> Implementação de um sistema único de atendimento administrativo e clínico na ULSM, com funcionalidades avançadas de gestão de filas de espera, efetivação de consulta, pagamento de taxas moderadoras e chamada clínica, que permita a monitorização transversal em tempo real dos utentes em espera por secretariado e profissional clínico;



> Racionalização do acesso às urgências pelos utentes da ULSM, por via da disponibilização por meios eletrónicos de informação, por cor de Triagem de Manchester, do número de doentes e tempo de espera em tempo real, do último doente atendido e do próximo a ser atendido, quer quanto ao Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano, quer ao SASU de Matosinhos (Serviço de Atendimento a Situações Urgentes);

> Implementação do conceito de “balcão único” na ULSM, aumentando a acessibilidade física e temporal, a eficácia e a eficiência da atividade administrativa, com reflexo na melhoria das condições de interação dos utentes com a instituição.

O atendimento multicanal implementado encontra-se assente em quatro grandes linhas de ação:

1. Atendimento digital – Portal do Utente de Matosinhos: foram desmaterializados um conjunto de serviços e informações administrativas da ULSM aos utentes mais familiarizados com as novas tecnologias.

2. Atendimento telefónico – Call Center do HPH: foram implementados mecanismos de atendimento automático para triagem de chamadas, ferramentas de monitorização em tempo real e diferido do atendimento, bem

como estruturado um guião transversal e redefinida a estrutura de chamada, sendo tudo isto acompanhado de capacitação e formação da equipa, assim como de disponibilização de informação integrada sobre o utente através do Portal do Utente de Matosinhos.

Conseguimos assim garantir o atendimento administrativo, centralizado e normalizado, numa lógica de *resposta à primeira*, que esclarece integralmente os contactos telefónicos, sem recurso à transferência de chamadas para atendimento telefónico de proximidade (nos diversos secretariados clínicos portanto). Evitamos, assim, contactos presenciais desnecessários, reduzindo custos de contexto, e garantimos maior efetividade no atendimento, pela separação entre atendimento telefónico e presencial.

3. Atendimento Presencial em formato de “balcão único” – Balcão do Utente: optimização e racionalização na prestação de diversas informações e serviços administrativos no Hospital Pedro Hispano, anteriormente disseminados em vários secretariados distintos, ou mesmo sem ponto de atendimento ao público, com um horário de atendimento alargado e maior disponibilidade física e temporal para os utentes.

4. Atendimento Presencial automatizado – Sistema de Gestão Integrada de Atendimento Administrativo e Clínico: foi implementado um sistema, transversal a toda a ULSM, que permite a gestão de filas de espera, a automatização do processo de atendimento de efetivação de consultas e exames, o pagamento de taxas moderadoras, a chamada clínica e a monitorização em tempo real do atendimento administrativo e clínico na ULSM, com sistemas de alarmística.



Salientamos que este projeto surge no seio de uma instituição com uma longa **cultura de melhoria contínua** e de reengenharia de processos, que é demonstrada não só pela **certificação pela ISO 9001**, do HPH desde 2008 e global da ULSM desde 2012, como também pela existência desde 2013 de um Gabinete de Simplificação e Reengenharia de Processos.

Com a implementação do **Portal do Utente de Matosinhos**, em setembro de 2016, tornámos possível aos nossos utentes o acesso digital a múltiplas informações, em ambiente web (Internet Explorer, Google Chrome, Firefox, etc.) e móvel (plataformas IOS, Android e Windows Mobile).

É assim possível, por exemplo, consultar e solicitar a alteração dos dados de identificação e contacto pessoais,

consultar os relatórios e resultados dos seus exames e análises ou visualizar informação em tempo real dos tempos de espera para a Urgência do Hospital Pedro Hispano e para o Serviço de Atendimento a Situações Urgentes do ACES de Matosinhos.

Ao nível dos agendamentos está disponível a consulta das marcações futuras de consultas, exames e análises, bem como a emissão de convocatórias e a consulta de preparações para atos agendados, proceder a desmarcações ou remarcações de atos agendados, solicitar marcações de consultas de medicina geral e familiar, consulta com o enfermeiro de família, domicílio médico, juntas médicas ou consulta do viajante, e adicionalmente consultar o histórico, com possibilidade de emissão de declarações de presença e fazer o pedido de relatórios clínicos.



A app das plataformas móveis possibilita também a identificação para *check-in* eletrónico em consultas e exames, com recurso a um *QR Code* disponível na mesma, que é utilizável em qualquer um dos quiosques eletrónicos disponíveis em todas as áreas de ambulatório da instituição.

As taxas moderadoras em dívida estão disponíveis para visualização, sendo possível gerar o seu pagamento online com cartões VISA, VISA Electron, Mastercard e Maestro, ou gerar uma referência Multibanco para pagamento posterior, assim como apresentar exposições/reclamações sobre taxas em dívida, consultar as isenções ativas e solicitar a isenção de taxas moderadoras por dádiva de sangue.



As referências para primeira consulta hospitalar não ficaram esquecidas, estando disponível a informação da prioridade atribuída na triagem e o tempo máximo de resposta garantida, assim como a visualização das inscrições e marcações cirúrgicas, incluindo a prioridade atribuída e também o tempo máximo de resposta garantida.

Por último, todos os pedidos apresentados *online* pelo próprio ou registados por um profissional da ULSM no decurso de um contacto presencial ou telefónico, que careçam de tratamento administrativo, estão disponíveis para visualização de estado e adição de informações ou anexos aos mesmos, sendo o utente alertado por e-mail sempre que se verifique alguma alteração no mesmo.

Garantimos assim uma alternativa desmaterializada para todos os processos que não obriguem à presença física do utente, assumindo este a gestão da sua própria informação.

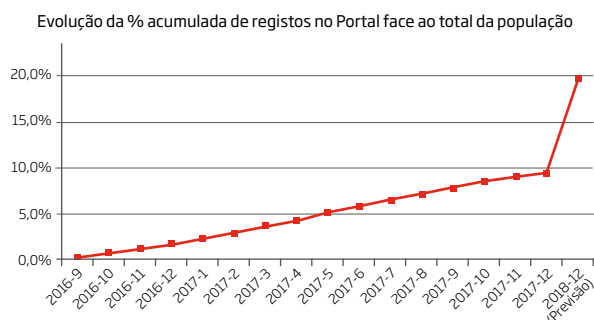
Paralelamente, os profissionais administrativos, podem neste mesmo portal efetuar um conjunto de operações, numa ótica de produtividade e de *customer relationship management* (CRM). Destaca-se a este nível a consulta e gestão dos pedidos administrativos colocados pelos utentes, a consulta e alteração dos dados de identificação dos utentes, a consulta e gestão dos agendamentos futuros, bem como o histórico dos mesmos, incluindo a possibilidade de solicitar desmarcações e remarcações, visualizar convocatórias, preparação para exames e análises, obter comprovativos de presença e solicitar relatórios clínicos. Está também disponível a consulta do estado das referências para primeira consulta hospitalar, bem como das inscrições cirúrgicas.

Nos agendamentos do dia, é possível a um administrativo efetivar a presença, em segundos, em múltiplos atos que se encontram agendados em diferentes sistemas (a título de exemplo, um exame do *SiiMA* e uma consulta do *SONHO*). Nas taxas moderadoras salienta-se a consulta, gestão e recebimento de pagamentos, permitindo, por exemplo, gerar um recebimento das taxas em dívida apenas com dois cliques, incluindo múltiplos episódios em dívida no *SONHO* e no *SINUS*.

Os contactos administrativos, sejam presenciais ou telefónicos, são agora registados no Portal, permitindo registar e consultar o histórico de contactos e informações de um utente, numa lógica de *CRM*, facilitando assim o seguimento de um assunto por diferentes intervenientes em diferentes locais e momentos.

Toda esta informação é transversal à ULSM, independentemente do sistema informático em que se encontra originalmente registada, sendo utilizada em mais de cinquenta secretariados da instituição. Os administrativos conseguem, assim, dar informação sobre qualquer processo e, independentemente de onde estejam, conseguem ter acesso à mesma, ainda que o processo não esteja na sua esfera de competências.

A entrada em funcionamento do Portal do Utente de Matosinhos, marcou uma viragem na comunicação virtual com os nossos utentes e com o acesso à informação pelos próprios, em tempo real, com resultados já visíveis. O total de registos na aplicação ultrapassou já os 16.500 utentes em 2017, o que significa que a população de Matosinhos registada no Portal é já de 10% do total.



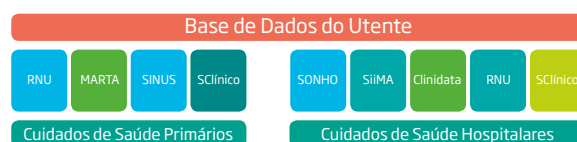
Mais do que registos para acesso, a ação e utilização desta ferramenta é uma realidade, sendo que o acumulado do total de pedidos efetuados e tratados por este meio já superou os 47.000 em 2017.



As tipologias de pedidos, que exigem tratamento administrativo, com maior procura, são as remarcações, seguidas das outras informações, alterações de dados de identificação e esclarecimentos sobre taxas moderadoras. Nos serviços de consumo imediato, a visualização de relatórios de exames e análises é o grande destaque na perspetiva dos utentes.

O tempo médio de fecho dos pedidos que exigem tratamento administrativo, em dias, após a fase de implementação, formação e consolidação, tem vindo a diminuir, estando neste momento consolidado e abaixo dos 2 dias.

A plataforma tecnológica de suporte a estas atividades foi desenvolvida internamente de acordo com uma arquitetura de referência, com um repositório central de informação sobre o utente, alimentado por um lado pelos sistemas de informação da ULSM (SONHO, SINUS, SClínico, SiiMA, CLINIDATA e Processo Clínico Eletrónico) e por outro pelas interações provenientes das várias linhas de atendimento multicanal anteriormente referidas, proporcionando uma visão única do utente no momento em que o mesmo contacta a ULSM, numa lógica de CRM.



Esta mesma plataforma e todo o processo de interoperabilidade foram desenvolvidos numa lógica de arquitetura SOA (*service-oriented architecture* ou arquitetura orientada a serviços), que permite a disponibilização das diferentes funcionalidades na forma de serviços, utilizáveis pelas diferentes componentes deste projeto ou de futuros projetos, otimizando o processo de desenvolvimento e facilitando a sua replicação, total ou parcial, noutras entidades do serviço nacional de saúde (unidades locais de saúde, centros hospitalares, hospitais ou agrupamentos de centros de saúde). A este nível, é importante referir que os sistemas de informação com os quais foi desenvolvido este processo de interoperabilidade são utilizados na esmagadora maioria das instituições do SNS.

O desenvolvimento interno do Portal ocorreu entre 2015 e 2016, sendo propriedade intelectual da ULSM e, consequentemente, do SNS, potenciando assim a sua replicação e disseminação, com custos reduzidos para outras instituições do SNS.

A plataforma tecnológica de suporte a estas atividades foi desenvolvida internamente de acordo com uma arquitetura de referência, com um repositório central de informação sobre o utente, alimentado por um lado pelos sistemas de informação da ULSM (SONHO, SINUS, SClínico, SiiMA, CLINIDATA e Processo Clínico Eletrónico) e por outro pelas interações provenientes das várias linhas de atendimento multicanal anteriormente referidas, proporcionando uma visão única do utente no momento em que o mesmo contacta a ULSM, numa lógica de CRM.

VIA VERDE DA REABILITAÇÃO DO AVC INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS, EFICIÊNCIA NA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS, MAIORES GANHOS EM SAÚDE



PAULA AMORIM

Diretora Clínica do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP)



ANABELA PEREIRA

Diretora do Serviço de Reabilitação Geral de Adultos – RGA



GRAÇA TELO GONÇALVES

Vogal Executiva do CMRRC-RP



JOÃO CONSTANTINO

Assistente hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação do Serviço de RGA

ENQUADRAMENTO E DIMENSÃO DO PROBLEMA

Em Portugal o Acidente Vascular Cerebral (AVC) atinge cerca de 25 mil pessoas por ano e constitui a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morte. O relatório da OCDE publicado em 2015 evidencia uma diminuição da mortalidade em cerca de 71% entre 1999 e 2011. A Via Verde do AVC, iniciada em 2006, envolvendo o INEM e os hospitais, numa estratégia concertada para assegurar o rápido acesso aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento dentro da janela terapêutica mais eficaz, contribuiu indubitavelmente para a diminuição da mortalidade. O aumento de sobreviventes acarreta um maior número de cidadãos com sequelas, frequentemente incapacitantes. O fardo social associado às deficiências físicas e psíquicas, retirada do mundo do trabalho, necessidade de apoio familiar e social, aumento do número de consultas e do consumo de medicamentos, necessidade de reabilitação física e cognitiva, é uma realidade que merece reflexão e estratégias de atuação. Um terço das pessoas que sobrevivem a um AVC fica com incapacidade importante e 10% fica com incapacidade de viver na comunidade, necessitando dos cuidados de terceiros. A intervenção da Medicina Física e de Reabilitação (MFR) permite minimizar os défices, melhorar a funcionalidade e facilitar a integração sociofamiliar e profissional.

As *guidelines* internacionais recomendam que se inicie cuidados de MFR o mais precocemente possível, em locais onde uma equipa multiprofissional está formalmente organizada e coordenada, com o máximo de intensidade nos primeiros 3-6 meses após o AVC. Todos os doentes com AVC devem ter acesso à continuidade de cuidados, desde as unidades de AVC organizadas para a fase aguda até à reabilitação apropriada e à prevenção secundária.

É um facto que a precocidade do início do programa de reabilitação tem um papel determinante nas incapacidades definitivas. 80% dos doentes que sofreram um AVC atingem o melhor nível funcional às seis semanas, 90% atingem-no às 12,5 semanas e não é de esperar grande melhoria funcional ou neurológica após os 3 meses, pois só 5% dos doentes terão progresso significativo a partir desta altura.

O atraso do início do programa de reabilitação adequado ou a sua interrupção numa fase inicial compromete seriamente o *outcome* clínico e funcional e a qualidade de vida dos doentes, com consequente impacto na atividade e na participação social, familiar e profissional e no fardo social inerente.

Os doentes internados nos hospitais de agudos por AVC iniciam ali o programa de reabilitação. No entanto, após a alta hospitalar deparam-se frequentemente com constrangimentos na continuidade de cuidados de MFR. É frequente a interrupção dos tratamentos e quando os

retomam raramente têm a intensidade e abrangência desejáveis. A Rede Nacional de Cuidados Continuados veio ajudar a dar continuidade ao processo de reabilitação; no entanto, as Unidades de Cuidados Continuados proporcionam um programa de reabilitação menos intensivo e menos abrangente do que os Centros de Reabilitação, os quais estão preparados para proporcionar mais de 3 horas de reabilitação por dia, mais valências terapêuticas e mais diferenciação de meios técnicos e humanos e que devem ser disponibilizados aos utentes com critérios para usufruírem desses cuidados especializados. Embora exista desde 2011 uma Norma de Orientação Clínica (NOC 54/2011) que determina os critérios de referenciação para cada nível de cuidados de MFR após o AVC (que entram em linha de conta com fatores como a idade, o estado funcional e a resistência ao esforço físico), na prática não tem sido aplicada, resultando numa ineficiente utilização dos recursos existentes. Até maio de 2016 mais de metade dos doentes admitidos por AVC no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos (RGA) do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais (CMRRC-RP) eram internados 6 a 9 meses após terem sofrido o AVC. Esta constatação foi a razão que motivou o CMRRC-RP a criar o projeto «Via Verde da Reabilitação do AVC»: do investimento em cuidados de saúde que tem sido feito nos primeiros dias após o AVC nos hospitais de agudos, resultava um desinvestimento nas semanas subsequentes à alta hospitalar, seja pela interrupção do programa de reabilitação, seja pela instituição de um programa desajustado às necessidades do doente.

OBJETIVOS DO PROJETO

Cerca de 10 anos após a implementação da Via Verde do AVC, o CMRRC-RP implementa o projeto «Via Verde da Reabilitação do AVC» em conjunto com os hospitais da Região Centro, que pretende finalmente completar a Via Verde do AVC com a componente da MFR, no pressuposto que a versão clássica estava incompleta e não assegurava as necessidades dos cidadãos que sofriam um AVC. Este projeto foi iniciado a 1 de maio de 2016 mediante um projeto piloto entre o CMRRC-RP e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). A 24 de julho de 2017 foi alargado ao Hospital Distrital da Figueira da Foz. É objetivo alargá-lo faseadamente a todos os hospitais da Região Centro que não disponham de internamento especializado em MFR, com o propósito de articular interdependências em torno de um projeto coletivo: a prestação dos recursos mais adequados, no local certo e em tempo útil, ao utente com AVC.

METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO

Para proceder à triagem dos doentes de acordo com as Boas Práticas médicas, foi implementada uma teleconsulta entre o Serviço do hospital de agudos referenciador onde se encontra internado o doente após o AVC (no caso do CHUC, o Serviço de Neurologia) e o Serviço de RGA do CMRRC-RP. Foi definido um protocolo que incluiu um formulário de referenciação com uma parte de preen-



Resultado: Reabilitação em *continuum* na janela terapêutica de maior recuperação: OTIMIZAÇÃO DE RESULTADOS

chimento pelo Serviço onde está internado o doente, que sinaliza os doentes, e outra parte de preenchimento pelo Serviço de MFR do hospital de origem, responsável pela pré-triagem dos doentes, e que incluía os critérios da NOC n.º 54/2011. Foi criado um contacto eletrónico institucional de ambas as instituições, específico para o fluxo de informação no âmbito deste projeto. Apenas os doentes com critérios para internamento em centro de reabilitação (de acordo com a NOC n.º 54/201) foram incluídos neste projeto. Durante a teleconsulta são avaliados todos os aspetos clínicos e funcionais do doente, são priorizadas as consultas e meios complementares de diagnóstico necessários a curto prazo e é programado o internamento no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos num prazo de 72 horas, salvo alguma intercorrência ou decisão clínica em benefício do doente.

De salientar que foram utilizados os recursos humanos existentes e que não foi necessário nenhum investimento adicional em equipamento: utilizou-se a plataforma de telemedicina dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (PDS live) e duas câmaras foram disponibilizadas pela ARS Centro.

RESULTADOS

Em MFR os ganhos em saúde são medidos através de métricas variáveis consoante a dimensão a avaliar. No caso da dimensão Funcionalidade, é utilizada uma escala de avaliação denominada Medida de Independência Funcional (MIF), que avalia 18 itens, cotados de 1 a 7 (1 traduz total dependência de terceiros e 7 total autonomia), perfazendo um total de 18 a 126 pontos, e que compreende 6 dimensões, com agregação da pontuação em dois subgrupos: MIF motora (Autocuidados, Locomoção, Transferência e Controle dos esfíncteres) e MIF cognitiva (Comunicação e Cognição social). No CMRRC-RP a MIF é avaliada em todos os doentes à data da admissão no internamento e no momento da alta. Os ganhos funcionais motores, cognitivos e totais correspondem à diferença de pontuações por cada doente neste período.

Foram avaliados os resultados da MIF dos doentes admitidos no internamento pela Via Verde do AVC que tiveram alta no primeiro ano do projeto, decorrido no período entre 1 de maio de 2016 e 30 de abril de 2017, o que corresponde a 30 doentes, e comparados os resultados com 30 doentes admitidos no internamento pela via tradicional de referência no mesmo período.

A idade média foi de 60 anos no grupo da Via Verde e 61 no Grupo da via tradicional. O tempo decorrido entre a data do AVC e a data da admissão foi de 29 dias no grupo da Via Verde e 113 dias no grupo da via tradicional. O tempo de internamento foi sobreponível (cerca de 3 meses). No grupo da Via Verde a MIF motora no momento da

admissão era mais baixa (doentes mais dependentes, decorrido menos tempo após o AVC) – 30,27 do que no grupo da via tradicional – 48,67; na data de alta a MIF motora do grupo da Via Verde foi superior – 67,33 comparativamente ao grupo da via clássica – 61,57. O ganho médio da MIF motora foi de 37,07 pontos no grupo da Via Verde, enquanto no grupo da via tradicional foi de 12,90. Em relação à MIF cognitiva as diferenças no valor final não foram significativas entre os dois grupos, embora os ganhos tenham sido superiores no grupo da Via Verde, que entrou com um valor mais baixo.

Os resultados evidenciam que os doentes da Via Verde são internados mais cedo e atingem melhores resultados funcionais em menos tempo de evolução, regressando ao seu meio sociofamiliar mais precocemente, possibilitando continuar a trabalhar para obter mais ganhos na janela de oportunidade que ainda têm pela frente.

DISCUSSÃO

A teleconsulta como ferramenta de triagem centra as instituições e os profissionais em torno das necessidades do doente, o qual participa ativamente nos processos, e que deixa de se deslocar a outro hospital para ser submetido a uma consulta de avaliação prévia à sua transferência. Para além do conforto para o doente, assegura a aplicação das Boas Práticas no processo de triagem e permite a priorização e a calendarização articulada de consultas e de meios complementares de diagnóstico a realizar no hospital de agudos antes da sua transferência para o centro de reabilitação. Constitui ainda uma plataforma de partilha de conhecimentos e de aprendizagem entre profissionais de saúde, com benefícios claros e inequívocos, clínicos (ganhos em saúde) e motivacionais, para todos os intervenientes: para o doente e para os profissionais de saúde que percecionam a melhoria da qualidade assistencial recebida e prestada respetivamente.

Os resultados funcionais obtidos são consistentes com o conhecimento vigente de que a precocidade no início de um programa de reabilitação encontra-se associado à obtenção de maiores ganhos funcionais. Melhores resultados resultarão em menos incapacidade e menos custos inerentes à condição de incapacidade.

Em relação às perspetivas futuras, o projeto já aprovado de expansão do CMRRC-RP aumentará a capacidade instalada do CMRRC-RP em mais 64 camas e permitirá a implementação progressiva da Via Verde da Reabilitação a toda a Região Centro. A celebração de protocolos interinstitucionais é uma excelente forma de compromisso entre a Gestão e a Prática Clínica, numa aliança que promove a melhoria da eficiência de recursos e a melhoria da qualidade assistencial.

O potencial de replicabilidade a todo o país através da extensão da Via Verde da Reabilitação do AVC aos restantes 3 centros de reabilitação é uma dimensão a explorar caso o Ministério da Saúde reconheça as mais-valias do projeto em termos de interesse público.

No futuro pretende-se ainda a inclusão do formulário de referenciação nos sistemas de informação, evitando o envio do formulário mediante o correio eletrónico que foi criado para o efeito. Pretende-se ainda promover estratégias de continuidade e acompanhamento do percurso destes doentes através de projetos de articulação com outros níveis de cuidados, nomeadamente com os cuidados de proximidade, incluindo colaboração em projetos de literacia que capacitem doentes e cuidadores a gerirem as sequelas da doença.

CONCLUSÕES

Este projeto trouxe as seguintes inovações no circuito de doentes entre os hospitais de origem/referenciadores e o CMRRC-RP: englobou a MFR na versão tradicional (e incompleta) da Via Verde do AVC; aplicou a telemedicina (teleconsultas) na referenciação do doente para o Centro de Reabilitação; implementou na prática clínica a NOC da DGS n.º 54/2011. Salientam-se como mais-valias do projeto:

> Melhoria da comunicação interinstitucional com vista à integração de cuidados;

> Utilização da Telemedicina como via de triagem, assegurando uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e privilegiando o conforto dos doentes;

> Rapidez de acesso (conceito de «Via Verde da Reabilitação»), assegurando a continuidade de cuidados e aumentando a eficiência do tratamento instituído;

> Equidade de acesso, ao estabelecer um plano faseado de implementação a todos os hospitais da Região Centro que não disponham de internamento especializado de MFR;

> Metodologia assente nas Normas de Boas Práticas (Norma de Orientação Clínica 54/2011);

> Potencial de replicabilidade de 100% às outras regiões do país através dos outros centros de reabilitação;

> Melhoria da utilização eficiente dos recursos;

> Projeto que não acarretou aumento de custos em relação às práticas já implementadas.

A expansão da Via Verde do AVC, com a inclusão da Medicina Física e de Reabilitação, é um promotor ativo de menor morbilidade melhor qualidade de vida.

De uma forma relativamente simples conseguiu-se a integração de cuidados, a consolidação do percurso dos doentes, a aplicação de novas tecnologias (Telemedicina) e a primazia pelas Boas Práticas, obtendo-se melhoria da eficiência e efetividade clínica e organizacional dos cuidados assistenciais prestados aos doentes pós-AVC, garantindo o acesso, a equidade, a qualidade, com humanismo e centrada no doente. 



Os resultados evidenciam que os doentes da Via Verde são internados mais cedo e atingem melhores resultados funcionais em menos tempo de evolução, regressando ao seu meio sociofamiliar mais precocemente, possibilitando continuar a trabalhar para obter mais ganhos na janela de oportunidade que ainda têm pela frente.



Bibliografia

BRANCO, M. J. *et al* (2012). Médicos-Sentinela: Relatório de Atividades 2011. Instituto Nacional de saúde Dr. Ricardo Jorge, IP. N.º25, Dez. ISBN 978-972-8643-73-7

Feigin VL *et al*, Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*- 2014 January 18; 383 (9913): 245-254

Kjellström T, Norrving B, Shatchkute A. Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies. *Cerebrovasc Dis*. 2007; 23(2-3):231-41

Norma de Orientação Clínica n.º 054/2011, 27/11/2011, DGS

OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, *OECD Publishing*, Paris

PEREIRA SC, BARROS H. Acidente Vascular Cerebral: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Médica Portuguesa*. 2004; 17:187-192.

Ramires, Isabel. Reabilitação no Acidente Vascular Cerebral: do Hospital à Comunidade. *Acta Médica Portuguesa*. 1997; 10:557-62

Ringleb PA *et al*, EUROPEAN STROKE ORGANISATION (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008; 25:457-507.

Winstein Carolee *et al*, Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and recovery. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, 2016.

HISTÓRIA DA CARREIRA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



HELENA REIS MARQUES

Administradora Hospitalar

HISTÓRIA DA CARREIRA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

O Administrador Hospitalar é hoje um agente que desempenha um papel determinante nas estruturas de saúde do País. Se algo de errado existe nos serviços tal deve-se à ausência de uma gestão eficiente e moderna, fruto da entrega da condução dos serviços e organismos, em muitos casos, a pessoas sem formação específica.

Durante muito tempo as estruturas hospitalares foram geridas por profissionais sem as mínimas competências, resultantes de decisões erradas de ordem política ou corporativa, essencialmente gravitando à volta da classe médica e prisioneiras de teias burocráticas centralizadas.

Posteriormente foram ensaiadas outras experiências, protagonizadas por profissionais com formação diversa e estranhos à área da saúde, pretendendo-se deste modo agilizar os procedimentos com a introdução de medidas gestionárias mais liberais, do que resultou privilegiar-se a quantidade produzida e menosprezar-se os aspetos éticos e deontológicos da saúde e a necessária humanização dos cuidados.

Nesta fase os Administradores foram secundarizados, sendo uma minoria a que se manteve com responsabilidades de gestão nos hospitais.

Felizmente que estes tempos foram ultrapassados, verificando-se agora um novo protagonismo dos Administradores Hospitalares, aos vários níveis de atividades, esperando-se que, com novas ferramentas, sejam capazes de fazer face aos desafios com que se irão defrontar no futuro.

Um longo caminho foi percorrido até aqui. Vamos relembrá-lo nas suas principais etapas.

Corria o ano de 1980, quando em 8 de maio é publicado o Decreto-lei n.º 101/ 80 que reformula a carreira de Administração Hospitalar, pondo termo a um longo período transitório.

Apesar da Lei 2011, publicada em 2/4/1946 (Lei da Organização Hospitalar), mostrar preocupação com a organização hospitalar e respetiva administração, só com a publicação dos Decretos-lei n.º 48357 de 27/4/68 (Estatuto Hospitalar) e 48358, da mesma data (Regulamento Geral dos Hospitais), se reconhece a necessidade de dotar os Hospitais com profissionais competentes e munidos de todas as ferramentas necessárias ao cumprimento dos objetivos previstos na legislação então vigente.

Durante muito tempo as estruturas hospitalares foram geridas por profissionais sem as mínimas competências, resultantes de decisões erradas de ordem política ou corporativa, essencialmente gravitando à volta da classe médica e prisioneiras de teias burocráticas centralizadas.

Também, pela primeira vez, se reconhece a obrigatoriedade de criação de carreiras profissionais específicas para todas as áreas de atividade do setor, pelo que em 24/10 de 1970 foi publicado o Decreto n.º 499 que estabelece a carreira de Administração Hospitalar, exigindo-se já para o seu preenchimento o curso de Administração Hospitalar.

Este diploma insere no art.º37, n.º 3, uma cláusula que viria a ser importante para a autonomização futura da carreira de Administração Hospitalar: remete para Portaria posterior a fixação da data a partir da qual passará a ser exigido o curso de Administração Hospitalar para o preenchimento dos lugares de Administrador dos Hospitais.

Esta cláusula viria a ser concretizada com a criação do curso de Administração Hospitalar (Portaria 24222 de 4/8/69), tendo sido ministrado o 1.º curso na época 70/71.

Também, pela primeira vez, se reconhece a obrigatoriedade de criação de carreiras profissionais específicas para todas as áreas de atividade do setor, pelo que em 24/10 de 1970 foi publicado o Decreto n.º 499 que estabelece a carreira de Administração Hospitalar, exigindo-se já para o seu preenchimento o curso de Administração Hospitalar.

A carreira era organizada em 3 graus, que eram títulos independentes dos lugares que os profissionais ocupavam nos quadros hospitalares, sendo as remunerações iguais às dos técnicos superiores ou pessoal superior de administração, dependendo da função exercida.

O diploma impunha um prazo para a integração dos profissionais pelos lugares da carreira, que foi sucessivamente prorrogado por não se ter conseguido a sua total aplicação, o que justificou a publicação do Decreto n.º 376/75 de 17/7, prorrogando o citado período de transição até publicação de um novo diploma regulamentar da carreira.

Podemos assim afirmar que entre 1970 e 1980 tivemos uma carreira fantasma que existia só no papel.

Entretanto a Direção-Geral dos Hospitais, no âmbito das suas competências, inicia os trabalhos preparatórios para a reformulação da carreira de Administradores Hospitalares, para o que solicitou a colaboração de profissionais da área.

Assim, em reunião geral de Administradores, foram indicados para a comissão representativa os colegas João Urbano, José Luís de Matos e Roque da Silveira, tendo sido escolhido para porta-voz o colega João Urbano.

Nesta fase preparatória vários constrangimentos foram surgindo por parte da Secretaria-Geral da Administração Pública, nomeadamente dificuldade em aceitar uma estrutura inovadora da carreira e principalmente a aceitação de uma tabela remuneratória autónoma.

Na altura um dos assessores do Secretário de Estado da Saúde Dr. Correia de Campos, era o Dr. Júlio Reis, a quem

reportava João Urbano, que se revelou de uma grande colaboração e utilidade, porquanto nos ia dando conta da evolução das negociações e das dificuldades e reticências levantadas pela DGAP.

Encontrávamo-nos num impasse face à irredutibilidade da DGAP em aceitar as nossas propostas, quando é publicado o Decreto-Lei n.º 191/F/79 de 21/6 (Regime geral do Pessoal Dirigente), abrindo uma janela de oportunidades que, em assembleia-geral, foi imediatamente explorada.

Se, por parte da DGAP, havia oposição à nossa saída da carreira técnica superior, resolveu-se o problema, secando um dos seus argumentos com a construção da carreira com a mesma estrutura de 4 categorias, que designaríamos por Graus, com a mesma tabela remuneratória e as mesmas regras de progressão (tempo de serviço e avaliação de desempenho nas funções).

Esta carreira seria centralizada no Departamento de Recursos humanos, que deteria a responsabilidade de a gerir.

Como o nosso exercício profissional compreendia os cargos de direção, gestão, coordenação e controle dos serviços, tal como o pessoal dirigente, aplicar-se-ia a mesma modalidade de provimento dos lugares nos hospitais (adotando-se as designações de Administrador-Geral, Administrador de 1.ª classe, Administrador de 2.ª classe e Administrador de 3.ª classe), isto é, exerceríamos as funções de administrador em comissão de serviço, do quadro único, com as correspondentes remunerações do pessoal dirigente.

Deixando de existir o principal argumento bloqueador da concordância por parte da DGAP – e não podemos deixar de referir que tivemos sempre o apoio do nosso ministério – mesmo assim, continuou a haver reticências daquele organismo, nomeadamente quanto aos aspetos remuneratórios.

Face a este cenário e no sentido de pressionar as entidades de tutela, foi aprovado em reunião geral, realizada em outubro de 1979, um pacote de medidas que levámos ao conhecimento superior e que consistiam em:

- > Não aceitação de mais estagiários de administração hospitalar;
- > Não participação em atividade docentes de carácter avulso;
- > Não participação na discussão de trabalhos finais de alunos do curso;
- > Não colaboração em grupos de trabalho;

Graças a esta postura e a outros condicionantes chegaram as negociações a bom porto e foi finalmente publicada a carreira, sem alterações relativamente à versão proposta. No entanto a luta não terminou aqui. Para a sua total aplicação foi necessária a publicação de uma panóplia de portarias, despachos ou meros esclarecimentos para definir, entre outras, as regras de distribuição dos colegas pelos graus da carreira, as equiparações entre os cargos ocupados e categorias constantes da carreira de pessoal dirigente, as condições para que o tempo de serviço decorrente de funções em organismos que não hospitais fosse considerado, o direito às gratificações previstas na carreira de pessoal dirigente, a constituição da comissão de avaliação e das regras de progressão na carreira.

Finalmente foram os Administradores distribuídos pelos graus inseridos na carreira e constantes do quadro único de pessoal, aprovado, publicado e gerido pelo DRH, quadro esse que deveria obrigatoriamente ser revisto anualmente, de forma a comportar todos os Administradores Hospitalares em exercício.

Este cenário foi-se repetindo durante largos anos, com a atualização do quadro, com a promoção dos administradores em função das regras da carreira, com a designação atempada dos membros da comissão de avaliação, com a efetivação dos mecanismos de alocação dos Administradores colocados no quadro em comissão de serviço nos hospitais e de outros mecanismos de mobilidade.

De notar que nunca a tutela considerou a carreira de Administração Hospitalar como integrando o Pessoal Dirigente da Administração Pública, ou mesmo a ele equiparado, pelo que era sempre necessária uma disposição legal para permitir aos Administradores Hospitalares beneficiarem das alterações, que entretanto foram surgindo, da carreira de Pessoal Dirigente.

A alteração com maior dificuldade de aplicação foi a que fixava despesas de representação ao Pessoal Dirigente e que não foi acompanhada por orientações superiores da sua aplicabilidade aos Administradores Hospitalares. Este vazio levou a uma divergência nos hospitais, havendo uns que começaram a pagar, por fazerem uma interpretação extensiva do disposto n.º 3 do art.º 11 da carreira (que refere que as remunerações acompanharão as que se verificarem na carreira de Pessoal Dirigente) e outros que não o fizeram, por aguardarem esclarecimentos superiores, o que se veio a verificar no sentido do direito ao pagamento. Já na altura da elaboração da proposta de carreira foram os Administradores previdentes na defesa dos seus direitos.

Este cenário de normalidade alterou-se com a publicação dos diplomas que revalorizaram as carreiras gerais e especiais da função pública, nomeadamente com a criação de escalões remuneratórios dentro de cada categoria, bem como com a reestruturação da carreira de Técnico Superior de Administração do Regime Geral.

Sendo certo que o DRH fez publicar o Decreto regulamentar n.º 6/95 de 21/2, fixando escalões remuneratórios dentro de cada um dos graus da carreira, nunca procedeu à distribuição dos Administradores de acordo com o seu tempo de serviço, nem na altura da saída da lei nem durante todos estes anos.

Também a publicação de diploma que alterou a estrutura da carreira de pessoal técnico superior do regime geral, não se viu traduzida em adaptações da estrutura das categorias/graus da nossa carreira. A consequência desta publicação traduziu-se em situações manifestamente injustas, possibilitando que um administrador hospitalar que visse a sua comissão de serviço terminada e regressasse ao quadro único, tivesse um vencimento inferior ao que teria se fosse apenas um técnico superior.

Fomos entretanto confrontados com uma série de diplomas legais que alteraram completamente os alicerces das relações de trabalho na Administração Pública, a saber:

1. Revalorização das estruturas de carreira e salários dos trabalhadores do Estado;
2. Alteração dos regimes de vinculação à Administração Pública com a introdução, como regra geral, da modalidade de contrato de trabalho em funções públicas;
3. Caráter residual e excecional das situações de nomeação, que abrangeu nichos de profissões como o foram, por exemplo a carreira diplomática e da magistratura;
4. Constituição dos hospitais como empresas.

Como resultado de toda esta revolução entendeu a tutela não haver lugar às alterações anuais do quadro único, porquanto os Administradores não podiam ser nomeados para o quadro, sendo portanto titulares de um contrato de trabalho em funções públicas ou mesmo de um contrato individual de trabalho, ao abrigo do Código do Trabalho, nos hospitais pertencentes ao Setor Empresarial do Estado.

O quadro único extinguir-se-ia, assim, com a saída do seu último ocupante.

A admissão de administradores em contrato individual de trabalho e a discricionariedade dos Conselhos de Administração dos Hospitais desregulou completamente a profissão, permitindo que um recém-formado em contrato auferisse uma remuneração superior a colegas com largos anos de trabalho.

Face a esta situação, manifestamente injusta, foram remetidas à tutela várias propostas de uma nova carreira, sem qualquer resultado prático por falta de vontade política. Nunca houve, por parte da tutela, intenção de negociar, não tendo os projetos saído dos serviços centrais do Ministério tendo inclusive, durante o período de assistência financeira ao País, sido evidente, e mesmo verbalizada, a intenção da acabar com a carreira.

As razões que fundamentavam esta intenção prendiam-se com a desnecessidade de uma formação específica em Administração Hospitalar – porquanto as Univer-

Pensamos que será imperioso que o novo Administrador Hospitalar saia da matriz hospitalocêntrica e estenda a sua ação no planeamento e a “pensar saúde” fora das paredes das grandes instituições. Para isso há que lhes garantir as competências indispensáveis, valorizando-os, perspetivando efetivas avaliações ao longo do trajeto profissional com formação em exercício. A qualidade do desempenho de toda a classe vai ser determinante na sua afirmação, mais do que qualquer sinal exterior de poder.

sidades formavam gestores de empresas e os hospitais pertenciam ao tecido empresarial do Estado – não sendo, por isso, necessária uma carreira autónoma de gestores hospitalares. A especificidade da área da saúde e a experiência mostram quão errada é esta conceção, pelo que esperamos que o Ministério da saúde tenha uma visão correta sobre esta temática.

Foram muitas as lutas para impor a nossa carreira, e como atrás se tentou demonstrar, mesmo com dificuldades conseguimos desempenhar um papel na modernização e qualidade dos indicadores de saúde, adequando as novas tecnologias às exigências do setor.

Pensamos que será imperioso que o novo Administrador Hospitalar saia da matriz hospitalocêntrica e estenda a sua ação no planeamento e a “pensar saúde” fora das

paredes das grandes instituições. Para isso há que lhes garantir as competências indispensáveis, valorizando-os, perspetivando efetivas avaliações ao longo do trajeto profissional com formação em exercício.

A qualidade do desempenho de toda a classe vai ser determinante na sua afirmação, mais do que qualquer sinal exterior de poder.

Finalmente deixo uma sugestão – a nova carreira deveria passar a chamar-se carreira de Administração Hospitalar e da Saúde.

Corre o ano de 2017 e vislumbra-se uma ténue esperança de que se consiga agora a tão almejada nova carreira, com a entrega na tutela de um projeto discutido e aprovado pela classe.



Novartis Portugal
Pharmaceuticals

Alterar a prática da medicina

Na Novartis aproveitamos o poder inovativo da ciência para resolver alguns dos mais desafiantes problemas de saúde na nossa sociedade. Os nossos investigadores trabalham para ultrapassar as fronteiras da ciência, ampliar a nossa compreensão das doenças e desenvolver novas terapêuticas em áreas cujas necessidades médicas ainda não foram resolvidas. Temos paixão em descobrir continuamente novas formas de prolongar e melhorar a vida dos doentes.

GÉNESE DO SNS

(ALGUMAS MEMÓRIAS PESSOAIS)



JÚLIO REIS

Administrador Hospitalar
(aposentado)

Até à criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a assistência médica competia às famílias, aos serviços médico-sociais (vulgo Caixas) e a instituições privadas, nomeadamente do sector social, salvo os grandes hospitais de Lisboa, Porto e Coimbra.

Esta situação mudou radicalmente com a publicação da Lei n.º 56/79, de 15.9, dita Lei Arnaut, que criou o SNS, aprovada pela Assembleia da República, já no governo de Maria de Lurdes Pintasilgo e Secretário de Estado António Correia de Campos (no gabinete do qual também colaborei), sob proposta do deputado António Arnaut, sendo, assim, dada execução ao que determinava o Art.º 64.º da Constituição de 1976 (assistência geral, universal e gratuita, da inteira responsabilidade da Estado). A lei do nosso SNS foi fortemente influenciada pelo modelo inglês (*National Health Service*) de Beveridge, substituindo o modelo existente de Caixas de Previdência, de raiz Bismarckiana.

Retenho a propósito daqueles dois momentos o seguinte, por conhecimento pessoal:

- Deve-se a António Arnaut, para a criação do SNS, um enorme e abnegado esforço a nível político, social, jurídico e financeiro, face aos inúmeros obstáculos que se lhe depararam, enquanto Ministro da Saúde e Assuntos Sociais. Tanto assim que não conseguiu fazer aprovar a lei enquanto ministro.

- Deve-se, essencialmente, ao Prof. Doutor Mário Mendes, enquanto Secretário de Estado da Saúde, o desenho técnico/científico da Lei, coadjuvado por uma equipe da qual modestamente fiz parte, bem como a colaboração de muitos e reputados elementos ligados à saúde, de que recordo o Prof. Gonçalves Ferreira, o Prof. Coriolano Ferreira,

o Dr. Augusto Mantas, o Prof. Correia de Campos, o Dr. Leal Lopes (da SS), entre muitos outros.

Deve-se muito ao Prof. Miller Guerra (enquanto deputado constituinte do PS) a definição do conteúdo do citado preceito constitucional, tarefa que acompanhei de perto, enquanto também constituinte, sendo, por isso, testemunha das dificuldades havidas para ser gerado consenso sobre esta matéria, atendendo ao cunho ideológico envolvido.

Foi oficialmente determinado considerar o dia 15 de setembro de cada ano como o dia do SNS (curiosamente na base de uma proposta inicial da Liga dos Amigos dos Hospitais da Universidade de Coimbra – LAHUC), por ser esta a data da publicação da Lei do SNS. Nada a opor, mas pessoalmente entendo não ser datável o SNS, na perspectiva em que o mesmo não deixou, no fundo, de culminar um processo gradual de elaboração ao longo de muitos anos, donde foram retiradas muitas das soluções integradoras da nova política da saúde criada pelos dois citados diplomas.

Vejamos, com efeito, e só para me reportar às mudanças que pude testemunhar ou nelas participar enquanto elemento ligado à Saúde (e foram cerca de 40 anos) alguns desses marcos transformadores.

- A Lei 2120, de 1963, onde, pela primeira vez, se dá coerência à política da saúde, conferindo-lhe o objetivo de um combate à doença, na tríplice ação de prevenção, cura e recuperação e impondo ao Estado o dever de estabelecer planos gerais para a saúde e de orientar e fiscalizar as inerentes atividades. Portanto, já uma mais forte intervenção do Estado na política da Saúde, pese embora o seu papel supletivo a nível da prestação dos cuidados de saúde.

Lembro-me, a propósito deste passo interventivo dado pelo Estado, da criação de uma Comissão de Reapetrechamento dos Estabelecimentos da Saúde, tendo eu, enquanto já técnico da extinta Comissão Inter-Hospitalar de Coimbra (e disto se lembrarão certamente os Professores Correia de Campos e Vasco Reis, que nesta instituição colaboravam), participado ativamente no processo de reapetrechamento das instituições da zona centro (meios auxiliares de diagnóstico, material médico cirúrgico, etc...) e, mais tarde, enquadrado uma equipa que ia verificar se o material era efetivamente utilizado. Lembro-me também da fixação oficial de tabelas de preços a praticar pelos serviços prestados, de que resultavam pontos destinados a complementar os vencimentos dos médicos, e do facto de ir constatar, *in loco*, se as tabelas eram efetivamente aplicadas. A par desta ajuda em equipamento, o Estado começou a dar pontualmente subsídios aos hospitais do sector social, que eram a generalidade dos prestadores, inclusive para obras de beneficiação.

Depois, cronologicamente, há que fazer referência ao Decreto-lei n.º 48357, 27 de abril de 1968, notável peça técnico/jurídica de autoria do Prof. Coriolano Ferreira, que, em execução da Lei 2011, de 1946 (lei básica da organização hospitalar) e da Lei 2120, de 1963, determinou uma série importante de medidas, no contexto da afirmação, expressa no diploma, de que a organização hospitalar é de interesse público. Entre tais medidas avulta a regionalização da atividade hospitalar (hospitais centrais, regionais e subregionais), públicos e do sector social, sua coordenação e ligações às outras unidades de saúde, normas de organização e gestão interna dos hospitais, inovadoras para a época e que ainda perduram, a criação das carreiras profissionais (médicas, de enfermagem, de administração hospitalar, etc.), financiamento público do sector, etc.

Como nota pessoal, refiro que fui, creio, o primeiro administrador colocado num hospital de Misericórdia (Covilhã), com referência a este diploma, nos idos de 1970, tendo encontrado um hospital com escassos médicos, com vencimentos pouco mais que simbólicos, muito poucos profissionais de enfermagem e de outros técnicos, incipientes meios técnicos de diagnóstico e terapêutica, além de muitas outras debilidades. A gestão do economato e dos serviços gerais estava entregue a freiras, que também colmatavam, como podiam, as insuficiências de pessoal de enfermagem, sobretudo. O pessoal auxiliar, praticamente só mulheres, trabalhava em regime de internato, sem horários e com apenas uma folga semanal (domingo à tarde). Os doentes, para efeitos de pagamento da assistência recebida, eram classificados como pensionistas, porcionistas e indigentes, após inquérito em que se inquiria que rendimentos tinham e aos quais se abatia a renda da casa que habitavam, resultando daí aquela classificação. Lembro-me que, algumas vezes, fui questionado por médicos que estranhavam que doentes tidos como indigentes ou porcionistas fossem portadores de um fio de ouro no pescoço ou um anel de ouro no dedo. Obviamente, porque os seus rendimentos mensais eram maiores quanto mais fossem os doentes pagantes, por terem direito a uma percentagem (pontos) da receita assim arrecadada. Falo nisto tudo pelo facto de, na época, ser este o panorama geral dos hospitais do país, com exceção dos Hospitais Centrais.

A assunção das responsabilidades do Estado na área da saúde, a nível da prestação, organização, gestão, controlo, financiamento e fiscalização, acentuou-se com a publicação do Decreto-Lei 413/71, onde, pela primeira vez, se faz a *declaração expressa do direito das pessoas à saúde*, ainda que nos limites impostos pelos recursos



O pessoal auxiliar, praticamente só mulheres, trabalhava em regime de internato, sem horários e com apenas uma folga semanal (domingo à tarde). Os doentes, para efeitos de pagamento da assistência recebida, eram classificados como pensionistas, porcionistas e indigentes, após inquérito em que se inquiria que rendimentos tinham e aos quais se abatia a renda da casa que habitavam, resultando daí aquela classificação.



existentes: técnicos, financeiros e humanos. E também do Decreto-lei 414/71, que define o regime legal para a estruturação progressiva e o funcionamento regular das carreiras profissionais.

Outro diploma importante enquanto facilitador do futuro SNS foi o Decreto-lei 704/74, 7.12, que “nacionalizou” os hospitais (centrais e distritais) das Misericórdias e de outras entidades do sector social. Ou melhor, que retirou a sua gestão aos provedores passando a haver uma ligação direta ao Secretário Estado da Saúde, através de comissões por este nomeadas. Fiz parte de uma comissão, prevista aliás no diploma, como representante da Saúde, para dirimir os conflitos então frequentemente gerados em termos de divisão do que ficava nas Misericórdias e do que passava para a alçada do Estado. Metia porcos, galinhas, produtos das hortas das instituições, etc., etc.

De notar também, nesta perspetiva, que os primeiros centros de saúde (ditos de primeira geração) começaram a aparecer a partir de 1971, ainda que vocacionados para a saúde pública e prevenção da doença, sendo que a sua atividade de tratamento da doença era meramente residual. A globalidade de prestação dos centros (saúde pública, prevenção e cuidados curativos) só teve expressão a partir de 1983, com a fusão entre os centros já existentes com os postos dos serviços médico-sociais (vulgo Caixas), formando os centros de saúde ditos de 2.ª geração. Aqui também tive uma episódica participação pois, à época desta fusão, que levantou muitos problemas no terreno, eu era presidente da então designada, salvo erro, ADS (administração distrital de saúde), uma espécie de ARS de via reduzida.

Também deve ser assinalado o relevante papel dos médicos à periferia, em prol das populações menos protegidas do país, no seguimento de um despacho ministerial de junho de 1975, ratificado por Decreto-lei n.º 580/76, ação que se prolongou até 1980, se não me engano.

Mas importantíssimo foi que, num verdadeiro “golpe de asa”, o Ministro Arnaut conseguiu, em verdadeira antecipação do que viria a ser o SNS, fazer publicar, em julho de 1978, um tanto à socapa dos poderes de então, um revolucionário despacho, de alguma duvidosa legalidade formal em termos da hierarquia das leis, sobretudo, diga-se, que abriu o acesso a todos os cidadãos aos postos dos serviços médico-sociais, independentemente da sua capacidade contributiva. Ficou assim já assegurada a generalidade, universalidade e gratuidade da assistência médica. Este despacho, de cujos efeitos o próprio Dr. Arnaut teve algum receio, criou alguma celeuma. Mesmo a nível do governo, uma vez que não estavam feitos quaisquer cálculos sobre aumento de despesa, sendo de recordar que, nesta altura, o país estava sob intervenção externa, pelo Fundo Monetário Internacional, se não erro.

Reitero que estes desprezíveis apontamentos pessoais apenas pretendem corroborar a ideia que possa subsistir em alguns de que antes do SNS havia *o zero* e que depois tudo ficou resolvido. Mas a verdade é que a criação deste SNS foi um marco relevantíssimo para a saúde dos portugueses, como bem o atestam os indicadores de saúde e bem-estar. Isso deve-se, indubitavelmente, ao sentido humanitário do Dr. Arnaut, à perseverança que colocou na prossecução do seu objetivo, e à coragem com que enfrentou todos os obstáculos (políticos, corporativos, financeiros...) que se lhe depararam, inclusive a nível do seu próprio partido.

Um dos obstáculos que lhe impunham era a falta de dinheiro para o aumento de despesa que se pensava estar implícita no SNS. Lembro-me, a este propósito, de um episódio algo engraçado que foi o seguinte: o Prof. Mário Mendes havia-me solicitado que fizesse, para dar ao Ministro Arnaut, uns cálculos do que poderia vir a custar a implementação do SNS, o que eu fiz com as compreensíveis limitações e insuficiências inerentes. Fui depois com



Outro diploma importante enquanto facilitador do futuro SNS foi o Decreto-lei 704/74, 7.12, que “nacionalizou” os hospitais (centrais e distritais) das Misericórdias e de outras entidades do sector social. Ou melhor, que retirou a sua gestão aos provedores passando a haver uma ligação direta ao Secretário Estado da Saúde, através de comissões por este nomeadas. Fiz parte de uma comissão, prevista aliás no diploma, como representante da Saúde, para dirimir os conflitos então frequentemente gerados em termos de divisão do que ficava nas Misericórdias e do que passava para a alçada do Estado. Metia porcos, galinhas, produtos das hortas das instituições, etc., etc.





O Prof. Mário Mendes havia-me solicitado que fizesse, para dar ao Ministro Arnaut, uns cálculos do que poderia vir a custar a implementação do SNS, o que eu fiz com as compreensíveis limitações e insuficiências inerentes. Fui depois com o Dr. Arnaut a um Conselho de Ministros para sensibilizar o então Ministro das Finanças, o Dr. Victor Constâncio, para ele não pôr obstáculos financeiros ao custo em causa, mas a resposta foi um sonoro *Não!*



o Dr. Arnaut a um Conselho de Ministros para sensibilizar o então Ministro das Finanças, o Dr. Victor Constâncio, para ele não pôr obstáculos financeiros ao custo em causa, mas a resposta foi um sonoro *Não!*

E para onde caminha agora o SNS? Os atuais sintomas não são animadores: continuam grandes ineficiências; agrava-se o crónico subfinanciamento; aumentam as dificuldades de acesso aos cuidados, especialmente primários; há desaparecimento das carreiras profissionais; não parece haver substituição de muito do equipamento instalado já ultrapassado; escasseiam bens de consumo corrente, o que por vezes até é notícia, etc. Enquanto isso, ou por isso, a privada floresce.

Dizem alguns a propósito (eu já ouvi isto) que há, presentemente, uma manifesta campanha intencional de destruição do SNS, quer por parte dos poderes instituídos; quer de certos grupos políticos (partidos) e de alguns agrupamentos congéneres (aqui na base de opções de carácter ideológico), quer ainda de determinados interesses corporativos, fundamentando esta convicção em sinais mais ou menos evidentes.

Salientam-se entre os ditos sinais, a existência de uma orquestrada campanha destinada a denegrir a imagem dos profissionais do SNS, especialmente os médicos, rotulando-os de relapsos e mais voltados a defender os seus interesses privados, algo de que alguns “media” fazem frequentemente eco; a destruição pensada das carreiras profissionais, assim eliminando, sem alternativas, a formação e a atualização do conhecimento que as mesmas proporcionavam; a funcionalização dos médicos e a burocratização do ato médico retirando, desta forma, tempo para uma correta observação dos doentes; o plafonamento dos gastos com as prescrições, máximo no que se refere

aos médicos de família; as fusões de instituições hospitalares e o apagamento do papel dos tradicionais serviços de ação médica pela sua integração em unidades intermédias de gestão técnica e administrativa, tudo sem um prévio e cuidadoso planeamento e previsão de consequências, gerando-se assim conflitualidades, perda de identidade, concentração excessiva da procura e portanto, afinal, pior acesso aos cuidados e menor qualidade destes. Paralelamente, referem também o facto, que se vem evidenciando, de se atribuir aos utentes do SNS uma quota parte do mau funcionamento do SNS, por algum abuso no acesso às instituições do SNS, especialmente hospitais, ou seja, uma procura injustificada de cuidados, assim congestionando desnecessariamente os serviços (especialmente as urgências), com gastos financeiros evitáveis.

Abstenho-me de explorar tais comentários, que alguma realidade poderão encerrar, mas, vendo a situação noutra perspetiva, ou seja, à luz dos interesses dos utentes do SNS, é de aceitar que estes, obviamente, esperam, exigem, serem tratados dos seus problemas de saúde, se efetivamente doentes, com eficácia e eficiência. Em termos de eficiência terão, enquanto cidadãos interessados nos problemas do País, genericamente, preocupações com o modo da utilização dos recursos financeiros destinados ao SNS uma vez que este é essencialmente suportado pelos impostos que todos (ou quase todos) pagam. Mas, no concreto, e agora no que tange à eficácia, esperam, exigem, por parte dos serviços prestadores do SNS, um tratamento adequado, segundo as regras da arte do momento, que minore o resolve os seus padecimentos, em tempo útil e humanizado (urbano nas relações com os profissionais e em instalações condignas). E isto acontece na realidade? 



Nick Goodwin, cofundador e Presidente da Fundação Internacional para os Cuidados Integrados (IFIC), no Reino Unido, é um conhecido cientista social, político e professor académico, colaborando, também, como consultor na Organização Mundial da Saúde (OMS) para a estratégia global dos Serviços de Saúde Integrados.



© FEDRA SANTOS



NICK GOODWIN, cofundador e Presidente da Fundação Internacional para os Cuidados Integrados (IFIC), no Reino Unido, é um conhecido cientista social, político e professor académico, que colabora, também, como consultor na Organização Mundial da Saúde (OMS) para a estratégia global dos Serviços de Saúde Integrados.

Ao longo dos anos, várias têm sido as atividades de Nick Goodwin, nomeadamente enquanto consultor internacional da *Agency for Integrated Care*, em Singapura; da *NHS England's Better Care Fund Support Programme*, em Inglaterra, da *Pan American Health Organisation*, em Washington e da *WHO Western Pacific Regional Office*.

Editor-Chefe do jornal internacional *Journal of Integrated Care*, Nick Goodwin sempre manifestou especial atenção e interesse pelas áreas de organização e gestão dos cuidados de saúde primários e integrados.

Em 2011, e no seguimento do desenvolvimento deste jornal internacional, Nick Goodwin tornou-se cofundador da IFIC – uma fundação sem fins lucrativos que tem como missão a promoção

da ciência, do conhecimento e do saber, apostando, igualmente, na aplicação dos cuidados integrados em todo o mundo.

A IFIC organiza conferências e eventos, participando, também, em estudos internacionais para melhorar o conhecimento científico e a adoção de políticas e práticas de cuidados de saúde integrados em todo o mundo.

Membro ativo da Associação Europeia de Inovação sobre envelhecimento ativo e saudável, B3 Grupo de ação sobre cuidados de saúde integrados, Nick foi, entre 2007 e 2013, conselheiro sénior da *King's Fund*.

Ainda em 2013, Nick Goodwin tornou-se o primeiro diretor executivo da IFIC, tendo já publicado dezenas de artigos em revistas de referência, sendo um acérrimo defensor de políticas de saúde articuladas, para melhoria da coordenação e articulação dos diversos níveis de cuidados, permitindo, assim, uma visão mais ampla do utente.

Em 2016, Nick Goodwin recebeu o prémio *Avedis Donabedian International Award*, pela sua contribuição de excelência na saúde, preocupação social e cuidados de saúde integrados.

© FEDRA SANTOS

ENTREVISTA A NICK GOODWIN



GH: Quando se fala em Cuidados Integrados, de que se trata em concreto?

NG: Cuidados Integrados é um daqueles termos com significados diferentes para diferentes pessoas. Assim, em termos de definição, o entendimento é diferente se se trata de um doente ou profissional de saúde, ou de um administrador hospitalar. Cuidados Integrados é, no fundo, uma abordagem que procura coordenar melhor os cuidados de saúde em volta das necessidades das pessoas. Ultrapassa a fragmentação que se nota na forma como os cuidados são prestados.

É simultaneamente centrado na pessoa e orientado em função da população. Tentando obter melhores experiências, melhores *outcomes* pela apurada coordenação de serviços. Na realidade é um conceito muito simples.

GH: Foi esta uma das razões e um dos objetivos principais para a criação da Fundação Internacional para Cuidados Integrados?

NG: A história retrocede ao ano 2000 em que um pequeno grupo de médicos, especialistas em saúde pública e académicos se encontraram na Holanda e procuravam criar um acesso *online* a um jornal digital no âmbito dos cuidados integrados – atualmente o *International Journal of Integrated Care* – e o tópico era como resolvíamos de forma prática os problemas de saúde pública. A ideia dos Cuidados Integrados era juntar as organizações e as comunidades. Assim, o *International Journal of Integrated Care* foi criado em 2000 e, durante esse processo, percebemos que existia uma oportunidade de fazer crescer um grupo académico que começasse a investigar o significado de Cuidados Integrados, como os definimos, o que inclui, como melhoram os cuidados dos doentes, custos e etc. Deste modo, por volta do ano 2004 criámos uma rede internacional de cuidados integrados e a primeira fundação resultou da associação de três Universidades holandesas – Maastricht, Groningen e Utrecht – e durou até 2008, altura em que um dos professores que liderava o movimento se reformou, obrigando as universidades a continuar o processo sem ele.

Durante uns anos continuámos informalmente, mas fomos percebendo que teríamos de criar a nossa própria fundação. Deste modo, em 2011 criámos uma fundação holandesa independente e sem fins lucrativos com a missão de ir além de pensar academicamente e promovendo os cuidados integrados como um movimento de mudança para a melhoria dos cuidados e resultados para as pessoas.

Desde aí tem sido uma grande jornada e nos últimos 5/6 anos ainda temos o jornal, que tem tido muito boa aceitação, e do qual temos muito orgulho. Começámos o movimento com 7/8 pessoas e temos atualmente mais de 1000

pessoas. Em Dublin, na conferência de maio de 2017, tivemos cerca de 12000 pessoas dos diversos quadrantes profissionais.

Atualmente estamos empenhados no treino educacional e particularmente no dos que querem implementar os cuidados integrados, constituindo, também, uma *network*. Temos uma reunião anual na Europa: a próxima será em maio de 2018, em Utrecht, e no ano seguinte planeamos realizá-la em San Sebastián e em 2020 em Helsínquia. Mantemo-nos na Europa porque a maioria do grupo é Holandês/Inglês. Tentamos ir a países que nos recebem e que transmitem as suas estratégias de cuidados integrados. Em Dublin, por exemplo, os cuidados integrados são bastante recentes e é um novo conceito, pelo que a oportunidade de receber a conferência foi também uma forma de divulgar a sua experiência e dar credibilidade ao seu projeto. De facto, após a conferência pretendemos deixar um legado e portanto acabamos por ter um impacto significativo na educação, treino, suporte, etc.

GH: Mas têm standards e normas escritas? Ou seja, uma espécie de manual de regras de cuidados integrados?

NG: Essa é uma ideia simpática e interessante. O problema com os cuidados integrados é que construir um conjunto de normas é enormemente complexo. Criar normas para uma pessoa de idade que vive em casa é muito vasto e tem uma série de variáveis e premissas que impedem estandardizar totalmente. Os cuidados integrados variam muito de acordo com a resposta das pessoas aos cuidados da comunidade em que se integram, da família e do suporte existente, etc. São tantas variáveis que se temos uma norma como correta e que realmente funciona numa comunidade, muitas vezes ao aplicá-la numa outra comunidade provavelmente não funcionará de todo. Existem normas quando falamos do nível de assistência clínica, mas ao nível do sistema não é possível. Podem criar-se *guidelines*, mas não normas. Quanto mais normalizamos o processo, menos fácil é para as pessoas terem flexibilidade para agilizar e adequar-se a situações diversas e comunidades. Num sistema integrado de cuidados temos de ter todos os aspetos articulados e não é possível, *a priori*, para doentes complexos cobrir todas as eventualidades. Pelo que há normas de qualidade, de tratamento clínico, da forma como devemos falar com os doentes, mas não dos cuidados integrados. Essa é uma das dificuldades de compreender de que tratam efetivamente os cuidados integrados. Trata-se de uma forma de assegurar que os diferentes serviços funcionam de forma integrada e com efetividade, eficiência e eficácia.

Mas esta questão é mesmo importante. Porque quem regula quer normalizar e regulamentar os cuidados inte-



© FEDRA SANTOS

grados. Ainda que a meu ver isso crie vários problemas, porque quando se normaliza demais pode-se minar a confiança das pessoas e fazer com que isso impeça o desenvolvimento normal e dificulte o trabalho porque, entre outras coisas, prejudica a flexibilização do trabalho. Porém, neste campo estamos a fazer trabalho na normalização, sabemos por exemplo quais são as normas dos cuidados primários, dos cuidados paliativos, mas assegurando que a flexibilização do trabalho e da resposta às pessoas se mantém.

Aliás, durante algum tempo ponderámos se nos deveríamos de alguma forma tornar numa agência de acreditação, criando normas e dando aprovação de normas e acreditando. Isto nos cuidados integrados é impossível, uma vez que as normas aqui seriam totalmente diferentes das normas da saúde em África porque o contexto é tudo. Penso, no entanto, que há princípios e valores essenciais que assentam e permitem a criação de *guidelines* e que identificando as oportunidades e ameaças permitem, a par do *benchmarking* com as melhores práticas, a criação de uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade. Isto é, portanto, um mecanismo de melhoria da qualidade.

GH: Assumindo-se como um novo conceito, no âmbito dos cuidados centrados no doente e na melhoria da qualidade centrada também no doente, como concetualiza os cuidados integrados?

NG: Nós não tratamos simplesmente doentes, temos um sistema de cuidados centrado na pessoa. Cuidados integrados é, por definição, um sistema centrado nas pessoas. Sobretudo nas mais vulneráveis a quem prestamos serviços. Por exemplo, a demora para integrar os doentes nas unidades de cuidados continuados em Portugal é ainda um problema.

Na verdade, se as pessoas tivessem possibilidade de se manterem no ambiente de casa seria bem melhor. Aliás, ao ver na apresentação os dados sobre o barómetro dos internamentos por causas sociais em Portugal, concluí que se desperdiça 16 milhões em internamentos sociais, se me derem metade – 8 milhões – eu resolvo esse problema e os restantes 8 milhões podem ser o vosso lucro. Não há gastos extra e as pessoas ficam satisfeitas. É uma proposta de valor.

Tem de se ter uma perspetiva centrada nas pessoas, *ou-comes* centrados na pessoa, o que levará a que todas as



© FEDRA SANTOS

organizações queiram melhorar a prestação de cuidados aos diferentes níveis. Se a pessoa está no centro do sistema, quer se tratem de cuidados primários, cuidados hospitalares ou outros, nenhuma dessas organizações pode dizer que não é o seu *core business*, porque a pessoa é para todos o centro.

Mas, se queremos fazer cuidados integrados, de forma a coordenar o melhor possível a integração desses cuidados, é preciso mais do que ter perceção das necessidades das pessoas, ouvi-los com cuidado ou ter atenção à acessibilidade aos cuidados de saúde, é também necessário que todas as evidências das diferentes abordagens sejam conhecidas. Para que as pessoas, mesmo aquelas que vivem sozinhas, se sintam seguras. As pessoas que saem dos hospitais sentem-se extremamente inseguras. Por isso temos de munir as pessoas nos seus ambientes de casa com ferramentas que as façam sentir-se mais seguras e mais confiantes, que sintam que dependem menos da hospitalização e dos cuidados. Por isso, ser um sistema centrado nas pessoas, exige que sejamos muito mais pró-ativos, mais adaptativos e flexíveis.

Para um sistema centrado nas pessoas, temos de ter quatro características importantes, a saber: capacitar as pessoas; fazer com que as pessoas se empenhem em gerir melhorar a sua própria saúde; fazer com que se sintam seguras dando-lhes apoio e coproduzir com elas a prestação de cuidados de saúde, fazendo com que as pessoas percebam as possibilidades de tratamentos que existem e saibam escolher, de acordo com o seu conhecimento, a melhor opção de tratamento em vez de quase lhes dizermos o que têm de fazer. Por exemplo, se um paciente tem 90 anos em vez de lhe prescrever medicação a mais, devemos conversar com a pessoa alertando-a para os efeitos secundários da medicação para que esta tome a decisão de a tomar ou não de forma informada e consciente. Para que tenha efetivo controlo sobre a sua própria vida. É uma forma de integrar cuidados entre os profissionais e os próprios doentes ao nível de serviço. É um desafio enorme mudar mentalidades e relações entre profissionais e doentes.



Tem de se ter uma perspetiva centrada nas pessoas, *outcomes* centrados na pessoa, o que levará a que todas as organizações queiram melhorar a prestação de cuidados aos diferentes níveis. Se a pessoa está no centro do sistema, quer se trate de cuidados primários, cuidados hospitalares ou outros, nenhuma dessas organizações pode dizer que não é o seu *core business*, porque a pessoa é para todos o centro.



GH: Nesse âmbito precisamos de novos profissionais com uma forma de pensar diferente sobre a relação com os doentes. É disso que se trata?

NG: Há novas forças de trabalho exigíveis, mais trabalho de comunidade, mais capacidades, mais formação. Mais trabalhadores com trabalho base na comunidade, enfermeiros que necessitem de perceber melhor o ambiente de casa uma vez que temos de reforçar a prevenção e a promoção da saúde. De forma similar nos hospitais alguns médicos têm de possuir uma forma mais holística de perceber as necessidades dos doentes e das pessoas.

Aquilo de que se fala com frequência é da capacidade e qualidades pessoais para os diversos profissionais colaborarem uns com os outros. O que é realmente difícil. Os profissionais têm de deixar de ser tão egoístas e sentirem-se mais recompensados com o trabalho em equipa e centrado no doente. Não quer dizer de modo algum que o trabalho seja menos importante. Pelo contrário, deverá ser mais compensador, para sentirem que estão a fazer algo realmente maravilhoso.

Todos se respeitarão mutuamente. É apenas uma maneira diferente de trabalhar e trata-se duma dificuldade natural dos cuidados integrados.

GH: Ao longo dos anos nota alteração na forma como os profissionais veem os cuidados integrados?

NG: É uma pergunta interessante. Tem havido uma evolução desigual. Em alguns países há um reconhecimento do trabalho da enfermagem. Em países como por exemplo a Alemanha não é tanto assim. Mas noutros locais a enfermagem toma a liderança no ambiente dos cuidados primários. O que é um importante movimento porque permite pensar de forma mais holística nos cuidados centrados no doente através do trabalho de equipas multidisciplinares. Não é só o médico que importa, mas a equipa, tratar o doente dentro de uma "comunidade".

Acho que é um movimento que está particularmente atento às necessidades dos doentes com doenças crónicas. A capacidade de desenvolver novas formas clínicas,

sistemas de apoio à decisão clínica e gerir pessoas com doenças crónicas, apostando na prevenção e cuidados, tem tido um incrível sucesso.

Eu penso que a próxima mudança será para as pessoas com necessidades muito complexas, com múltiplas comorbilidades, fragilidades, população vulnerável, e aqui acho que temos de reforçar e inovar a metodologia. É necessário focarmo-nos, em particular, nas demências...

As demências são uma grande questão, é um mal que está no rosto do sistema...

Acho, principalmente, que a profissão de enfermagem deve crescer, dando-lhes mais confiança e capacidades para liderar. Mas, o meu medo é que nas demências, que é uma das condições mais difíceis de gerir e apoiar para qualquer profissional e família, ainda não estejamos preparados para fazer crescer e gerir o sistema.

Mas, sim, eu acredito que existem mudanças significativas nos cuidados integrados.

Mesmo os hospitais já estão a reconhecer o seu futuro e segurança, exigindo e percebendo o que acontece "fora do hospital", o hospital é só um edifício, portanto é preciso pensar-se para além desta estrutura. E aquilo que eu ouvi aqui hoje, 69 dias para uma pessoa deixar o hospital, este dinheiro poderia ser utilizado para outra pessoa qualquer, estamos a desperdiçar dinheiro e o propósito de um hospital não é este, não estamos a lucrar com isto, mas sim a perder.

Ao mesmo tempo, vocês têm este problema massivo com a porta de entrada das urgências e isto é uma questão de cuidados integrados. Portanto, se há este estrangulamento, o hospital deve contactar os cuidados integrados da área de dizer: "Este é um problema vosso porque vai esmagar o vosso negócio, portanto saiam da vossa redoma e vamos ter uma conversa para tentarmos resolver este problema convosco." E quando dissolvemos estes problemas, estamos a apostar na prevenção e promoção da saúde da população, entre outras coisas, e o hospital pode fazer muito mais para estar envolvido nesta relação recíproca. Mas, o meu sentimento em relação a Portugal, em particular, é que a capacidade dos cuidados primários

e de outras questões não está focada aí, foi fragmentada e é aí que devemos colocar a ênfase, mas os hospitais podem liderar isto...

Há um programa verdadeiramente bom na Catalunha, em Barcelona, em que os hospitais têm um mandato muito claro para apoiar a comunidade com os seus serviços, mas perceberam que havia muitas pessoas a dirigirem-se ao hospital sem terem necessidade, isto é, com problemas que poderiam ser resolvidos nos cuidados primários. Então, decidiram investir nestes cuidados primários com outras valências, dentro da comunidade, para poder melhorar estes cuidados e, para o hospital, foi uma forma de melhorar o seu negócio, sendo que o sistema funciona também melhor...

GH: Como vê, no futuro, a gestão em saúde?

NG: Bem, existe também uma direção e isso é bom. Uma constatação é que nos cuidados integrados precisamos de uma abordagem de gestão para que algumas organizações ajam em integração, ou seja, para que todas as partes dos cuidados trabalhem em conjunto, e alguém tem de fazer esse papel. Poderia ser feito pelo hospital, por uma agência de comissão, existem muitas agências especializadas como a Ribera Salud, que é uma agência muito ativa em Espanha e na América Latina.

Estes, as agências especialistas ou outras estruturas, têm como responsabilidade muito para além da gestão do orçamento, apoiar a gestão integrada de cuidados com os vários atores do sistema, dando-lhes recursos e, estes mesmos atores, organizam e gerem os processos de cuidados, pois sabem-no fazer muito melhor...

Portanto, o que está a acontecer é o crescimento da gestão em inúmeras coisas, que trazem um conjunto de novas metodologias de financiamento dos serviços tornando os prestadores de serviços mais integrados nos cuidados de saúde e focados nos *outcomes*, através de orçamentos *per capita*. Isto significa que tem de haver uma conversa mais próxima dos gestores – que são responsáveis pelos serviços e recursos de saúde –, com os prestadores para termos a certeza de melhores resultados em saúde para as pessoas. E já agora, se nós gerirmos os nossos serviços de forma mais apropriada, podemos reinvestir potenciando os serviços em áreas que não tínhamos. E assim fazemos integração, uma integração bem feita, evitando o desperdício e investindo em situações que são realmente importantes.

GH: Algumas pessoas dizem que criar uma comissão é uma outra forma de gastarmos mais recursos...

NG: Isso é verdade... Uma comissão tem custos diretos, mas esta vai ser uma mais-valia para a organização do sistema e definição de *outcomes*, permitindo uma maior integração de cuidados e, com isso, numa primeira fase,

poder-se-á onerar os custos, mas, obrigando as instituições a serem responsáveis na gestão dos orçamentos; criando um reforço do investimento a 5 anos, permitirá capacitar as mesmas para responderem com melhores *outcomes*. Estas necessitarão de ter reforços de orçamento, na ordem dos 10%, sendo este reforço devolvido, mais tarde, no retorno dos investimentos feitos.

Não obstante toda a burocracia que envolvem, estas estruturas vão-se desenvolvendo, como por exemplo, a Ribera Salud ou outra, ou até uma entidade privada...

Elas trabalham com a missão de integrar todo o sistema de cuidados de saúde, num tempo a definir, mas têm de ser responsabilizadas por melhores *outcomes* e melhor perceção do sistema. Estas estruturas vão permitir uma gestão mais integrada de todos os atores do sistema, permitindo uma maior eficiência de todo o sistema com significativos sinais nos custos globais de saúde.

Estas estruturas devem estar comprometidas com valores como colaboração, eficiência, confiança e cumplicidade com todos os atores. Como começámos na nossa conversa, este tipo de investimentos foca-se nos investimentos sociais ativos.

Estou certo da necessidade destas estruturas e posso dar-lhe inúmeros exemplos de estruturas noutros países bem-sucedidas na gestão de integração de cuidados.

GH: Conhece os resultados destas comissões no Reino Unido?

NG: O exemplo do Reino Unido é um problema...

Existe um conjunto de reformas que têm vindo a ser implementadas sucessivamente, mas como sabemos estas reformas implicam uma perda de produtividade.

A alteração da forma de gestão e de formulação dos orçamentos, quando estão a ser executadas nas múltiplas variáveis do sistema – hospitais, cuidados primários, cuidados sociais – gerem um desfocar do utente e criam “ruído” no funcionamento do sistema.

O importante é analisar como vamos envolver as populações no reconhecimento das várias estruturas e vinculá-las aos serviços prestados por estas.

No entanto, para além destes problemas todos, existe um bom exemplo que são as grandes cidades do Reino Unido, onde lhes foi atribuída uma grande responsabilidade de gestão dos orçamentos e de planeamento. O objetivo é ter uma gestão integrada, com medidas concretas, entre todos os elementos prestadores, que estimam uma maior qualidade e redução significativa de custos nos próximos 6 a 7 anos.

Questiona-se, no entanto, se estes planos são executáveis nos prazos de 5 a 6 anos, pois são “grandes elefantes”, mas estes são extremamente úteis, pois os princípios básicos estabelecidos estimulam a melhoria e acompanha-

mento do desenvolvimento dos sistemas. E mesmo não se atingindo as reduções inicialmente estimadas, já ajudam à melhoria do sistema, porque estimulam e responsabilizam a gestão dos seus próprios orçamentos.

As questões colocadas pelos pacientes relativamente à qualidade dos serviços, movem-se rapidamente para questões de falta de financiamento, existindo um discurso sobre a corresponsabilidade e produtividade com o utente...

Quando a reivindicação das populações para maior qualidade da saúde, termina em questões de gestão financeira, o que por norma acaba em erros, como a redução de custos cortando camas, cortando serviços, regredindo na disponibilidade de acesso das populações...

Mas claro existem bons exemplos em outros países como Alasca, Canadá, Suécia, Espanha no País Basco. 



O importante é analisar como vamos envolver as populações no reconhecimento das várias estruturas e vinculá-las aos serviços prestados por estas.



O QUE FAZ UM DIRETOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NUM HOSPITAL?



DOMINGOS PEREIRA

Diretor do Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação no CHVNG

Há com certeza muitos percursos profissionais que tenham levado os atuais diretores de informática hospitalares ao lugar que hoje ocupam.

O contexto específico onde esse papel se desenrola determina certamente algumas das atividades que o diretor realiza no dia a dia.

A gestão da função TIC numa organização tem já associada a si um conjunto de normativos e guias de boas práticas que constituem referências muito relevantes para a clarificação de áreas de preocupação e atuação que em cada caso terão prioridades e abrangência distintas.

Haverá ainda diretores que configuram sistemas operativos, outros que programam aplicações dot.net, a complexidade da função implica no entanto que se centrem nas atividades mais abstratas e relacionais da função: definição das arquiteturas aplicativas, de rede, dos dados, dos processos da organização, na gestão de programas de desenvolvimento das várias arquiteturas das TIC no hospital, na elaboração ou participação da componente técnica dos cadernos de encargos associados à aquisição de soluções ou serviços TIC, na comunicação com a sua comunidade utilizadora seja enquanto consultor seja como fornecedor de um catálogo de serviços TIC com níveis de serviço pelo menos implícitos.

O diretor de informática necessita conhecer a linguagem do negócio que suporta, para entender as necessidades dos seus utilizadores, poder avaliar o potencial das ofertas do mercado, e exercer o seu papel de primeiro consultor dos seus utilizadores.

O diretor de informática é ainda um gestor de uma equipa que deve saber organizar, escolher, liderar, avaliar e fortalecer do ponto de vista técnico e comportamental.

A gestão da função TIC numa organização tem já associada a si um conjunto de normativos e guias de boas práticas que constituem referências muito relevantes para a clarificação de áreas de preocupação e atuação que em cada caso terão prioridades e abrangência distintas.

Bons exemplos destes referenciais, são o ITIL, o COBIT, o ISO 27001, o PMBOK, e mais recentemente o ISO 38500.

Um boneco de referência, cuja fonte original não consigo identificar, que pode ser útil para agregar as macroatividades que devem estar presentes no desenrolar da função TIC numa organização genérica, pode ser o seguinte:

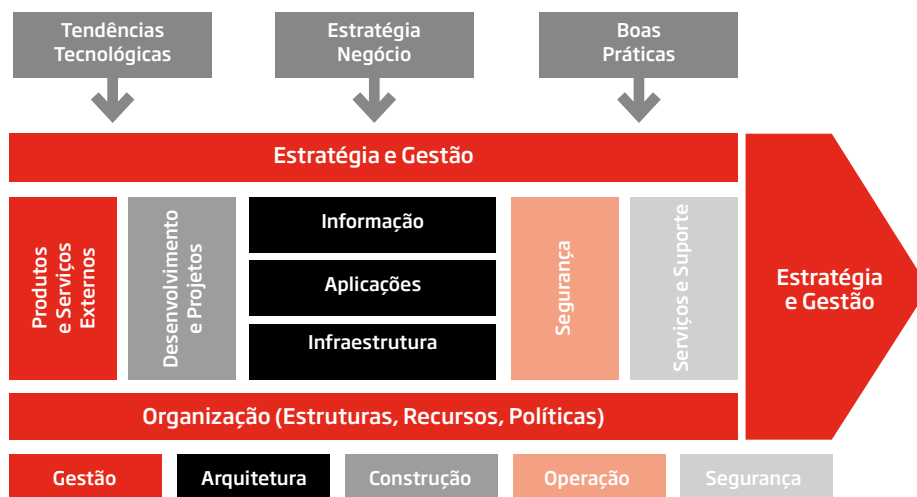


FIGURA 1 A cadeia de valor da função TIC numa organização.

Os tempos estão no entanto difíceis e há a tentação de pedir competências globais ao diretor de informática, o que numa empresa com a abrangência de um hospital é seguramente impraticável. Muitas vezes se espantam os utilizadores que o diretor de informática não saiba tudo o que há para saber sobre o excel ou o word.

Tomando como exemplo a arquitetura applicativa de um hospital é fácil concluir que a participação no desenho, implementação, acompanhamento e gestão da mesma pode, dependendo do estado de maturidade da arquitetura, ser uma tarefa absorvente. O diagrama seguinte ajuda a 'sentir' a complexidade desta tarefa.

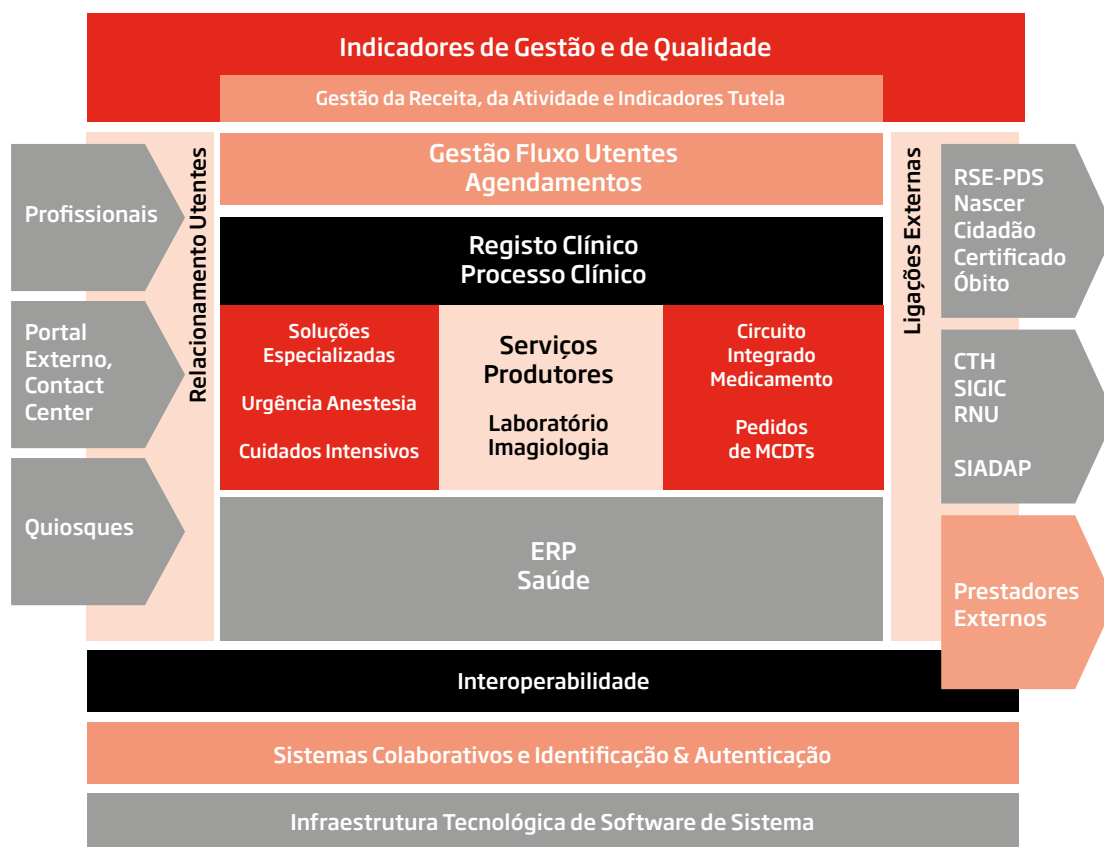


FIGURA 2 Arquitetura applicativa de um Hospital.

A componente de indicadores de gestão e de qualidade na prestação dos cuidados de saúde direciona o esforço para o desenho de um modelo de dados relacional que crie relações entre as entidades que compõem o sistema de informação e as dote das dimensões necessárias à análise de gestão, operacionalizando assim os 'cubos' de relacionamento que os *'datawarehouses'* ajudam a materializar a partir do carregamento orientado dos dados de produção.

Cada componente do diagrama apresentado, o conjunto de soluções aplicativas que o compõem e a sua interoperabilidade com as aplicações dos restantes componentes, necessitam de reflexão na construção dos seus requisitos funcionais e não-funcionais, e na gestão da sua aquisição ou desenvolvimento.

O conceito de interoperabilidade, a que se refere o respetivo componente no diagrama apresentado, tem vindo a ser trabalhado seriamente pela HIMSS que propõe para o mesmo a seguinte definição:

"Interoperabilidade é a capacidade dos sistemas de informação na Saúde trabalharem em conjunto, quer no interior das organizações quer cruzando fronteiras organizacionais, no apoio a uma eficaz prestação de cuidados de saúde a indivíduos e à comunidade."

A esta definição a HIMSS adiciona um conjunto de dimensões que clarificam o conceito de interoperabilidade:

a) Uniformidade na movimentação dos dados de um sistema para outro, de tal forma que a finalidade e o significado clínico e operacional desses dados sejam preservados e não sofram alteração;

b) Uniformidade na apresentação dos dados, permitindo aos diversos utilizadores dos diferentes sistemas obter uma apresentação consistente sempre que isso for clínica ou operacionalmente importante;

c) Uniformidade nos controlos de utilização, permitindo a um utilizador, acedendo a diversos sistemas, obter informação contextual e controlos de navegação apresentados consistentemente, permitindo atuações consistentes em todos os sistemas relevantes;

d) Uniformidade na preservação da segurança e integridade dos dados, na movimentação de dados entre sistemas, de tal modo que só pessoas e programas autorizados possam ver, manipular, criar ou alterar esses dados;

e) Uniformidade na proteção da confidencialidade dos pacientes, mesmo quando diferentes utilizadores em diferentes organizações acedem a dados trocados entre sistemas, para prevenir acessos não autorizados a informação sensível;

f) Uniformidade na garantia de um grau comum de qualidade de serviço (fiabilidade, desempenho, disponibilidade, etc.) para que os interessados, que dependem de um conjunto de sistemas que interoperam, possam contar com a disponibilidade e capacidade de resposta do sistema global na realização das suas atividades.

Como facilmente se percebe não se trata apenas de movimentar os dados de modo contextualizado, mas também de fazê-lo com segurança, qualidade de serviço, e permitindo uma experiência de utilização na apresentação e atuação ou navegação sobre os dados apresentados uniforme, evitando ao utilizador confrontar-se no decurso da realização de uma operação clínica ou administrativa com vários interfaces aplicativos distintos.

A realidade dos nossos sistemas de saúde, não é, na sua grande maioria, esta. Não é raro o profissional de saúde, ter de se movimentar por várias aplicações que transportam dados entre si, com interfaces distintos, e em alguns casos obrigando mesmo a apresentação repetida de credenciais aplicativas, ao longo do mesmo processo.

A pedagogia que a SPMS tem recentemente vindo a fazer sobre os vários atores no domínio dos sistemas de informação da Saúde sobre a utilização/programação dos perfis do IHE, muitos deles orientados à interoperabilidade entre aplicações e equipamentos médicos, e por arrasto da terminologia SNOMED-CT, por via da sua participação em projetos europeus como o EPSOS, ESENS, e o projeto EXPAND, é francamente de louvar. Espera-se naturalmente que a SPMS comungue do mesmo ânimo e vontade no desenvolvimento dos seus projetos domésticos.

Além de uma arquitetura aplicativa ágil e fácil de usar pelos colaboradores administrativos e clínicos, espera-se que a disponibilidade das aplicações, a facilidade de acesso às mesmas (postos de trabalho em número suficiente por exemplo), o seu tempo de resposta e a resposta a incidentes e pedidos seja adequada, e este é domínio passado e presente do referencial ITIL sobre o qual o diretor da função TIC se deve dedicar na formalização dos processos que o referencial recomenda.



Como facilmente se percebe não se trata apenas de movimentar os dados de modo contextualizado, mas também fazê-lo com segurança, qualidade de serviço, e permitindo uma experiência de utilização na apresentação e atuação ou navegação sobre os dados apresentados uniforme, evitando ao utilizador confrontar-se no decurso da realização de uma operação clínica ou administrativa com vários interfaces aplicativos distintos.



A SEGURANÇA INFORMÁTICA E O REGULAMENTO GERAL DA PRIVACIDADE DOS DADOS PESSOAIS

Como é visível no diagrama da cadeia de valor associada à função TIC numa organização, a segurança informática tem um papel central na entrega dos serviços TIC à comunidade utilizadora. É necessário que o hospital desenvolva o seu plano diretor neste domínio, e o referencial ISO 27001/2 pode ajudar a construí-lo. Matérias como o cadastramento de novos colaboradores, atribuição de perfis funcionais, proteção do perímetro de ligação à Internet, estabelecimento de políticas de segurança, definição e gestão dos incidentes de segurança, plano de *backup* de dados e sistemas, são alguns exemplos dos itens que devem resultar da execução deste plano diretor.

A escolha pela transformação digital da sociedade, reforça a preocupação com as matérias de segurança e privacidade dos dados digitais, e nesse sentido encontra-se em curso o processo de transposição da Diretiva (UE) 2016/1148, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de julho de 2016, para o ordenamento jurídico nacional, com a finalidade de garantir um elevado nível comum de segurança das redes e dos sistemas de informação em toda a União.

A mesma escolha implica naturalmente uma dotação de recursos acrescida à função TIC nas instituições do SNS e nesse sentido a SPMS, E.P.E. que através do Decreto-Lei n.º 108/2011, de 17 de novembro, vê atribuídas competências no domínio dos sistemas de informação e comunicação, com responsabilidade sobre a manutenção e operação dos vários sistemas de informação na área da saúde, produziu e publicou a Circular Normativa N.º 07/2017/SPMS, que estabelece um conjunto bem definido de recursos técnicos e humanos que as instituições do SNS devem ter presente para assegurar a boa gestão das suas arquiteturas TIC e a boa gestão da entrega dos seus serviços TIC à sua comunidade utilizadora.

Este normativo de boas práticas na afetação de recursos à função TIC no SNS esbarra no entanto com dificuldades na contratação de novos profissionais, mas todos sabemos que Roma e Pavia não se fizeram num dia ...

Já no que respeita à conformidade com o novo regulamento geral para a privacidade dos dados, o Regulamento n.º 2016/679, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) e embora se aguarde ainda por legislação nacional para a aplicação do mesmo regulamento, o mesmo deverá entrar em vigor no início de maio de 2018, há muito a fazer, tendo em conta que muitas das aplicações que correm nas instituições do SNS, não tiveram a segurança e a privacidade dos dados como preocupação no seu desenho.

Um bom início será com certeza estabelecer a função de DPO e alocar-lhe as competências técnicas e jurídicas necessárias ao seu desempenho.

Já existe disponível uma oferta formativa centrada nos dois domínios, jurídico e técnico, que ajudará os colaboradores desta nova unidade a dotarem-se das competências adequadas, ver IAPP – International Association for Privacy Protection.

A leitura do *“Preparing for the General Data Protection Regulation (GDPR) 12 steps to take now”* da ICO – Information Commissioner’s Office do Reino Unido – e do *“Privacidade da Informação no setor da Saúde”*, publicado pela SPMS, E.P.E., ajudará a contextualizar a nova função e a perceber os vários vetores de atuação e responsabilidade que lhe são inerentes.

Um outro passo necessário será com certeza escolher uma solução informática que permita suportar esta nova função, que na sua génese não estará longe da gestão do risco TIC, centrando o foco na privacidade.

A LIGAÇÃO ENTRE A ELETROMEDICINA E AS TIC

O funcionamento dos serviços clínicos do CHVNG/E está hoje em dia muito dependente de duas áreas que cada vez se interpenetram mais, os sistemas de informação e os sistemas de eletromedicina. O elemento que determina cada vez mais esta interdependência é a tecnologia que as suporta, ou seja as tecnologias de informação e comunicação. Cada vez mais os aparelhos de eletromedicina funcionam com os mesmos sistemas operativos dos computadores e servidores da informática, ligam-se aos aplicativos que suportam os serviços clínicos, necessitam de utilizar cablagem e interfaces próprios das TIC, estão vulneráveis aos mesmos ataques eletrónicos, ou seja a sua área de conhecimento concetual e tecnológico está muito mais próxima do domínio dos sistemas de informação do que dos tradicionais serviços de manutenção hospitalar.

O seu processo de gestão, desde a aquisição ao seu abate, é de natureza muito idêntica aos ativos dos sistemas de informação. Além dos requisitos de natureza estritamente clínica, há cada vez mais que somar os que se relacionam com a sua articulação com os aplicativos que suportam as áreas clínicas onde vão ser utilizados. Sejam ecógrafos, angiógrafos, ventiladores, monitores de sinais vitais, TAC ou ressonâncias magnéticas, o seu ciclo de gestão, desde a aquisição, instalação com integração funcional e tecnológica, manutenção preventiva corretiva e evolutiva, e abate, é preenchido com processos de gestão e competências técnicas (hardware especializado e software) muito próximas das TIC.

Esta aproximação das duas áreas não evita naturalmente que continuem a existir domínios e competências específi-

cas de cada uma das áreas, em particular no domínio das competências técnicas, ou seja o desenvolvimento das competências técnicas de um especialista de Eletromedicina, deve contemplar disciplinas das áreas das ciências da vida, como biologia celular e molecular, bioquímica, fisiologia, anatomia e patologia humana, as quais embora sendo úteis para um especialista das TIC, não serão determinantes para o seu desempenho, sobretudo se não estiver ligado diretamente ao desenvolvimento de soluções clínicas especializadas.

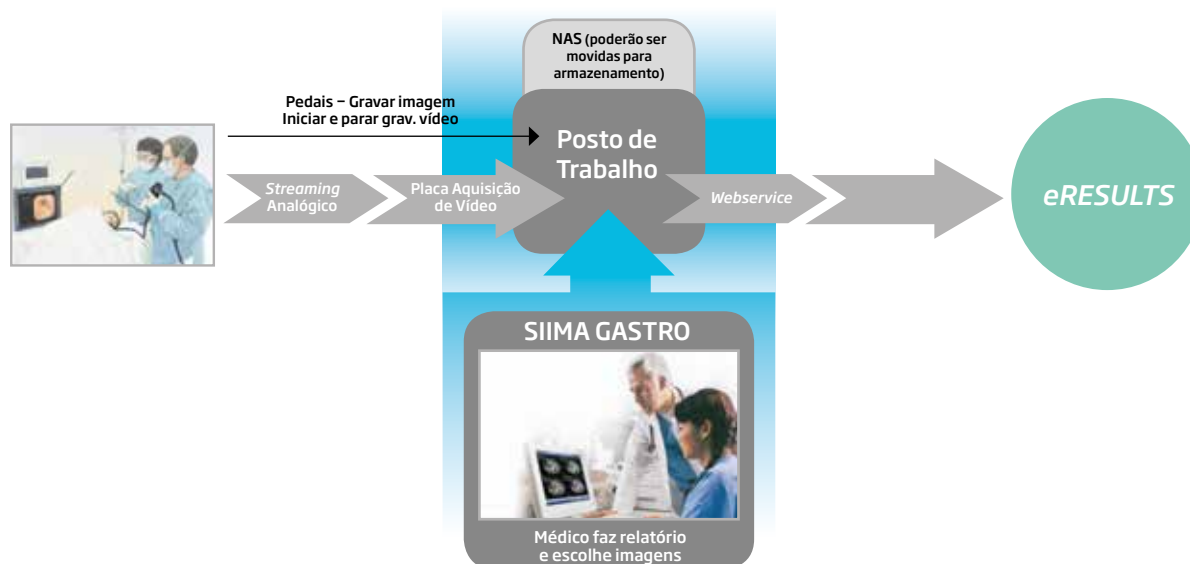
Esta interceção, ainda que não total, do perfil profissional de ambas as áreas, aproxima naturalmente os seus profissionais, que se sentem próximos, pelas áreas de conhecimento, preocupações e atividades do dia a dia e de carácter mais reflexivo/estratégico que os preenchem.

O diagrama seguinte ilustra uma solução de integração aplicativa nas áreas da gastroenterologia, urologia e broncologia que passou a permitir capturar imagens adequadas nos exames realizados nestas valências para suportarem os relatórios médicos, que são posteriormente guardadas no repositório eletrónico do hospital.

Entendo que os hospitais deveriam equacionar a possibilidade redesenhar o seu organigrama criando uma nova unidade, que integrasse ambas as funções, a TIC e a Eletromedicina.

Estou convencido que as sinergias que esta integração orgânica poderá originar, serão muito benéficas para o desenvolvimento tecnológico das instituições.

FIGURA 3 Interconexão de informação na realização de endoscopia para produção e arquivo de relatório.



RESUMO

Em resumo, acredito que os atuais diretores dos sistemas e tecnologias de informação dos hospitais devem orientar o seu esforço na definição de arquiteturas, estratégias, governo dos programas que lhes estão associados e desenvolvimento das suas equipas, rodando o ponteiro da perceção dos seus pares de CTO - 'Chief Technology Officer' para CIO - 'Chief Information Officer'. Obviamente que para o poderem fazer, além da vontade própria, necessitam de equipa técnica, porque como bem se diz, 'sem ovos não se fazem omeletes' e o rácio das maiores equipas em Portugal entre os número de elementos da informática *versus* o número de colaboradores do hospital, raramente é superior a 0,5%, ou seja um dos mais baixos da Europa. Acredito também que a função TIC e a eletromedicina devem autonomizar-se e associar-se em termos orgânicos nos hospitais, dando corpo a uma nova entidade a que poderíamos chamar de unidade de gestão de tecnologias. 

Glossário

1. COBIT – Control Objectives for Information and Related Technology
2. DPO – Encarregado da Proteção dos Dados
3. ISO – International Standards Organisation
4. ITIL – Information Technology Infrastructure Library
5. PMBOK – Project Management Body of Knowledge (Project Management Institute, Inc.)
6. SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE
7. SNOMED-CT – Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms
8. TAC – tomografia axial computadorizada
9. TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

Referências Bibliográficas e outros recursos

1. Vários. *Sistemas de Informação na Saúde*. 2012. Edições Silabo
2. www.ihe.net
3. www.himss.org
4. <https://ico.org.uk/>

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



UTILIZADORES REGULARES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA: PROJETO-PILOTO DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, EPE



HUGO QUINTINO

Administrador Hospitalar



JOÃO PEDRO ASSUNÇÃO

Administrador Hospitalar

Os Serviços de Urgência (SU) possuem um papel central na atividade dos Hospitais, razão pela qual o seu funcionamento tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação fundamental dos países que apresentam serviços de saúde com uma organização mais avançada.

Em Portugal, e por múltiplas razões, os SU transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de outros Serviços de Ação Médica, de Ambulatório e de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Não obstante, os avanços registados nos últimos anos com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, o SU continua a ser o único acesso a cuidados médicos para alguns utentes que, de outro modo, não receberiam cuidados de saúde imediatos.

Num contexto atual de Urgências sobrelotadas, o uso inapropriado destes serviços, acaba por se tornar o fator determinante para esta realidade. Invariavelmente, estes episódios são originados por um restrito grupo de utentes – os utilizadores regulares.

Os utilizadores regulares são considerados geradores de episódios inapropriados. Esta situação constata-se pelos seguintes motivos:

a) os utilizadores recorrem ao SU quando não necessitam de um tratamento imediato/urgente;

b) os utilizadores recorrem ao SU quando necessitam de cuidados de saúde imediatos, mas estes resultam de patologias crónicas ou perfeitamente identificadas, ou complicações destas que devem ser assistidos a outro nível de cuidados de saúde, não no SU.

Na realidade, este grupo de utentes tem sido um foco de interesse e preocupação para o SNS no que respeita à elaboração de políticas de saúde, uma vez que, para além das dúvidas que suscitam relativamente à inapropriação do episódio de urgência, encerram um conjunto de características que assim o justificam, quando comparados com utentes pontuais e não utilizadores, senão vejamos:

> os utilizadores regulares são normalmente indivíduos vulneráveis quando comparados com utentes pontuais. Apresentam, igualmente, uma maior probabilidade de ter um estatuto socioeconómico mais baixo, sendo indivíduos que, por norma, vivem isolados;

> os utilizadores regulares têm também uma maior probabilidade de apresentar doenças crónicas, de ter uma maior taxa de mortalidade e de consumir maiores recursos de cuidados de saúde.

É neste contexto que podemos enquadrar a definição do atual modelo de financiamento da atividade de urgência pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), modelo este que se encontra definido no documento que estabelece os princípios orientadores do processo de contratualização de cuidados no âmbito do SNS – Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS. Vejamos as premissas relativamente a esta linha de produção:

> Pagamento de uma componente fixa (e não ao episódio) tendo em consideração a estrutura existente e os valores assistenciais expetáveis para cada tipologia de urgência – SU Polivalente (SUP), SU Médico-Cirúrgica (SUMC) e SU Básica (SUB);

> Pagamento de uma componente em função do desempenho, tendo por base o cumprimento de um conjun-

to de indicadores que medem a acessibilidade à instituição (Rácio entre Consultas Externas/Episódios de Urgência), o Peso dos Episódios de Urgência com Internamento, a Percentagem de Episódios Adequados (vermelhos, laranjas e amarelos) e o Peso dos Utilizadores Regulares (Percentagem de Utentes com mais de 4 Episódios);

> Pagamento de uma componente de valor variável, em função da atividade marginal e inesperada que seja necessária.

Sobre esta matéria verifica-se ainda, em sede de contratualização, a possibilidade de definição de incentivos regionais por parte das Administrações Regionais de Saúde.

Foi neste contexto de incentivo regional que a Administração Regional de Saúde do Alentejo IP (ARSA) acordou conjuntamente com o Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. (HESE) a definição de dois indicadores que permitissem gerar um maior conhecimento relativamente aos utilizadores regulares do SU do HESE. Os indicadores são:

> % de atendimentos com prioridade Verde/Azul/Branca e;

> % de utilizadores regulares do SU (>4 episódios no último ano) com plano de cuidados estabelecido entre os cuidados primários e os hospitais.

É no âmbito deste propósito que surge o **projeto-piloto dos utilizadores regulares do SU do Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E.**

Este projeto-piloto, que ainda decorre, será apresentado em seguida, sendo que o mesmo será analisado do ponto de vista do impacto real e direto que possui na atividade do SU, da satisfação das necessidades dos utentes, do ponto de vista do acesso e, naturalmente, do ponto de vista económico.

O PROJETO-PILOTO DOS UTILIZADORES REGULARES DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA E.P.E.

O HESE possui um SUP, nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência. Tem uma área de influência direta que corresponde a cerca de 160 mil habitantes, dando suporte, como hospital de referência, a uma área de influência indireta de cerca de 500 mil habitantes.

Em relação à área de influência importa destacar as características muito particulares que esta possui, quando comparadas com as restantes áreas de influência dos hospitais do grupo de financiamento do HESE (Grupo D), senão vejamos:

> O número estimado de residentes é menos de metade que a média do grupo, enquanto a área de influência representa mais do dobro.

> A densidade populacional é consideravelmente inferior (22 hab./km² vs. 788 hab./km²) e o índice de envelhecimento é substancialmente superior (81,7 vs 64,9), assim como o índice de dependência (36,9 vs. 35,72).

> A região dispõe ainda de menos 150 lugares na RNC-CI, em relação à média do grupo.

Todas estas características específicas são relevantes quando se analisam os fluxos de afluência ao SU e, em concreto, os episódios inapropriados ou os utilizadores regulares.

O SU do HESE regista cerca de 76.000 atendimentos, por ano, distribuídos entre a Urgência Geral e Urgência Pediátrica.

No ano de referência, ano 2016, o número de atendimentos urgentes foi o seguinte:

Urgência Geral	54.708
Urgência Pediátrica	21.251
Total	75.959

TABELA 1 Número Total de Atendimentos no SU do HESE, no ano 2016.

Fonte: Gabinete de Planeamento e Controlo Gestão do HESE.

No presente caso prático considera-se somente a afluência à Urgência Geral, uma vez que a Urgência Pediátrica possui algumas particularidades. Em concreto, os atendimentos pediátricos urgentes, pela sua especificidade, pautam-se por uma frequente recorrência ao serviço, gerando uma percentagem elevada de episódios pouco urgentes (verdes ou azuis).

Em termos da descrição geral dos episódios registados na Urgência Geral verifica-se que 43% dos atendimentos são do sexo masculino e 57% do sexo feminino, sendo que a idade média dos utentes é 56 anos.

Relativamente à distribuição de episódios por prioridade observou-se o seguinte comportamento:

Cor de Triagem	% Episódios
Vermelho	1%
Laranja	19%
Amarelo	50%
Verde/Azul/Branco	30%

TABELA 2 Distribuição de Atendimentos do SU do HESE por Prioridade/Cor de Triagem.

Fonte: Gabinete de Planeamento e Controlo Gestão do HESE.

Refira-se que 13,7% dos atendimentos urgentes registados determinaram episódios de internamento.

Por seu turno, no que concerne aos utilizadores regulares no HESE (utentes com mais de quatro atendimentos na Urgência Geral), os resultados, em 2016, foram os seguintes:

	Quantidade	% do total
Utentes Regulares	1.208	3%
Episódios dos Utentes Regulares	8.171	15%

TABELA 3: Utentes Regulares do SU do HESE, em 2016.

Fonte: Gabinete de Planeamento e Controlo Gestão do HESE.

No caso concreto do SU do HESE verifica-se que 3% dos utentes são responsáveis por 15% dos episódios. Consta-se, desta forma, que os valores encontram-se em linha de conta com a literatura existente.

Em relação à distribuição do número de episódios por utente regular observa-se o seguinte:

Distribuição episódios Utentes Regulares	N.º Episódios
Máximo	103
Percentil 90	9
3.º Quartil	7
Mediana	6
1.º Quartil	5

TABELA 4 Distribuição Estatística de Utentes Regulares do SU do HESE, em 2016.

Fonte: Gabinete de Planeamento e Controlo Gestão do HESE.

Identificam-se, portanto, um conjunto específico de utentes que hiper-utilizam o SU (103, 88, 65 ou 40 episódios no ano de 2016, por exemplo). A especificidade deste grupo justifica-se pelo facto do Percentil 90 se situar já nos 9 atendimentos. Em termos medianos, os 1.208 utentes regulares recorrem ao SU uma vez a cada dois meses.

No que concerne aos tempos de espera, ou de percentagem de atendimentos com destino ao internamento, não se encontraram diferenças significativas entre os episódios associados aos utentes regulares e aos demais episódios.

Verificou-se, sim, que a percentagem de atendimentos do sexo feminino foi ligeiramente superior (59%), assim como a média de idade (60 anos).

Apresenta-se ainda a distribuição destes episódios por prioridade/cor de triagem, onde se verifica, em termos globais, uma distribuição semelhante em relação ao total de atendimentos, com exceção de um ligeiro acréscimo na percentagem de episódios “laranja”:

Cor de Triagem	% Episódios
Vermelho	1%
Laranja	22%
Amarelo	47%
Verde/Azul/Branco	30%

TABELA 5 Distribuição de Utentes Regulares do SU do HESE por Prioridade/Cor de Triagem.

Fonte: Gabinete de Planeamento e Controlo Gestão do HESE.

Da análise da Tabela 5, constata-se que os episódios de urgência associados aos utentes regulares não devem ser considerados inapropriados, uma vez que estes utentes (com idade média superior à totalidade de utentes) possuem um perfil de utilização do SU semelhante aos restantes episódios. Estes utilizadores poderão ter patologias associadas que necessitam de uma intervenção personalizada, sendo que esta, não deverá passar pelo SU do HESE.

Identificadas as características dos utentes regulares, estabeleceu-se um plano de trabalho com o Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES) no sentido de visar a redução, possível, dos 15% de episódios de urgência realizados pelos utilizadores regulares.

Procedeu-se à identificação nominal dos trinta utentes mais regulares, do concelho e da freguesia onde residem, bem como a unidade de cuidados de saúde primários à qual estão associados. O modelo utilizado foi o seguinte:

Nome Utente	Unidade de CSP	Concelho	Freguesia	N.º Episódios de Urgência
.....				

TABELA 6 Modelo de Identificação de Utentes Regulares por Unidade de CSP, Concelho, Freguesia e Número de Episódios de Urgência.

Fonte: Gabinete de Planeamento e Controlo Gestão do HESE.

Por parte do ACES foi realizado um trabalho de análise dos casos junto das respetivas unidades de saúde e dos respetivos médicos e enfermeiros de família, no sentido de identificar os motivos que levaram os utentes em causa a recorrer com esta frequência ao SU do HESE.

Na sequência da informação recolhida e da identificação das necessidades individuais, as direções clínicas do ACES e do HESE encontram-se a estabelecer, conjuntamente, um plano de cuidados personalizado para cada um dos utentes.

Os planos personalizados estabelecidos podem incluir a prestação de cuidados por parte dos profissionais do ACES, do HESE, de ambas, ou envolver outras instituições, como por exemplo, técnicos da Segurança Social.

Do ponto de vista económico, existe a expectativa que o projeto-piloto permita a obtenção de poupanças, diretas no SU, entre 1% e 2%. Tratam-se de poupanças pouco expressivas, do ponto de vista económico para o HESE, dado que se consubstanciam, sobretudo, em poupanças ao nível do consumo de materiais.

Esta expectativa pouco significativa deriva do facto da estrutura de custos do SU possuir um carácter eminentemente fixo (os custos com pessoal, que representam mais de 70% do total de custos), sendo que a redução destes não está linearmente relacionada com a redução do número de utentes que recorram ao SU. A definição da estrutura de recursos humanos (escalas de serviço das diferentes especialidades) tem por base a área de influência e tipologia de SU do HESE.

Refira-se, no entanto, que o real impacto económico deste projeto deve ser analisado do ponto de vista do Sistema de Saúde, isto é, deve ser medido em função da sua influência nos diferentes níveis de cuidados de saúde, nos internamentos evitados, na melhoria da satisfação das necessidades dos utilizadores regulares e na criação de melhores condições aos restantes utentes da instituição.

Refira-se que, em matéria de internamentos evitáveis, os episódios de urgência associados aos utilizadores regulares possuem uma taxa de internamento a rondar os 13%, pelo que com a aplicação do plano personalizado de cuidados existe a convicção que a taxa sofrerá uma redução expressiva.

Em suma, a satisfação das necessidades de saúde dos utentes regulares a um nível de cuidados de saúde que não um SU ou um Serviço de Internamento traduz-se em poupanças significativas para o SNS.

CONCLUSÃO

O projeto-piloto dos utilizadores regulares do HESE surge no âmbito do processo de contratualização com a ARSA. Constitui-se como um projeto que pretende dotar a instituição e o ACES da área de influência de um maior conhecimento relativamente aos utilizadores regulares do SU do HESE por forma a traçar um plano personalizado de saúde que permita reduzir os episódios inapropriados no SU do HESE.

Trata-se de um projeto que se encontra em evolução e desenvolvimento. Ainda assim, surgem importantes conclusões que atestam, desde já, o mérito e o potencial do projeto retratado, a saber:

- 3% dos utentes são responsáveis por 15% dos episódios de urgência do HESE;

- em resultado da análise realizada, verifica-se que as características (idade, género, distribuição de episódios por cor de triagem e percentagem de episódios que geram internamento) destes utentes não diferem, na sua generalidade, das do total de utentes do SU. Em concreto estes utentes apresentam, inclusivamente, uma percentagem de episódios “laranja” superior ao total, sendo por isso possível inferir que, de facto, os episódios não podem ser considerados inapropriados;

- decorrente desta informação é igualmente possível afirmar que a discussão a realizar no que respeita aos utilizadores regulares do HESE deve focar-se no nível de cuidados em que estes devem resolver as suas necessidades de saúde e não na premissa que os utilizadores regulares não necessitam de cuidados. Tal conclusão permite igualmente afirmar que a resolução dos utilizadores regulares do SU do HESE deve passar, necessariamente, pela integração de cuidados;

- do ponto de vista do HESE, os ganhos mais significativos verificam-se ao nível da redução da afluência ao SU que se encontra, frequentemente, estrangulado no que respeita ao seu espaço físico;

- do ponto de vista do utente, decorrente da elaboração e aplicação de um plano específico de tratamento para os utentes regulares, a mais-valia é evidente: o utente deixa de ter a necessidade de recorrer ao SU, de passar pelo processo de triagem ou pela necessária espera até à primeira observação médica;

- em termos económicos é possível registar as poupanças diretas ao nível da instituição, mas de menor expressão dado que se reflete, sobretudo, ao nível dos consumíveis. Os impactos de maior expressão terão que ser analisados a um nível macro, ou seja, ao nível dos internamentos evitáveis e da redução de custos para o SNS. ■

SNS – RECENTRAR O FOCO NO DOENTE DESSACRALIZAR VÍCIOS



MÁRIO BERNARDINO

Administrador Hospitalar
do Centro Hospitalar
de Lisboa Ocidental EPE



O trabalho vencedor da 3.ª edição do Prémio António Arnaut, *“Gestão em Saúde – Organização Interna dos Serviços”*, propõe-se contribuir para:

- A definição de uma estratégia dos serviços de saúde com foco no utente;

- A adoção de uma estrutura organizacional que assegure adequados padrões de eficiência e qualidade.

Não existindo nem subsistindo uma estrutura organizacional acabada e perfeita, esta obra contém um conjunto de premissas que permitem mexer na organização interna dos serviços, por forma a criar condições de contínuo ajustamento à estratégia.

Aceitamos que a atividade dos serviços de saúde se reveste de especial complexidade e exige um contínuo ajustamento dos modelos de gestão, por forma a assegurar não só qualidade e eficiência como, também, a satisfação dos principais interessados (clientes, trabalhadores e acionista). Recorda-se que constitui imperativo constitucional do SNS “assegurar adequados padrões de eficiência e de qualidade” (art. 64.º da CRP). Evidenciando-se a primazia do cliente face aos trabalhadores e ao acionista.

De acordo com Adrien Davis, “as organizações não existem para se servir dos seus clientes, mas antes para os servir. É de acordo com este desígnio que deverão orientar as suas práticas de governação, não esquecendo que o seu sentido de existência é o de concretizar melhor – num contexto específico de condições reais e imateriais, de expectativas e condicionantes –, o ato de servir os seus destinatários”¹.

Assim, o acionista (Estado) e os trabalhadores (profissionais de saúde) deverão assumir definitivamente que o cliente (doente/utente) é o propósito principal, e que a sua atividade está subordinada aos interesses e necessidades deste. Qualquer reforma na Saúde passará necessariamente por colocar o doente no centro do sistema e na alteração do paradigma que privilegia o foco nas instituições e nos interesses dos seus profissionais.

A Saúde tem hoje uma tripla dimensão: preventiva, curativa e de reabilitação. Acresce uma prestação de cuidados orientada, também, para três ou quatro níveis de atuação, conforme a perspetiva: primários, diferenciados, continuados e paliativos. Sendo essencial uma visão integrada da prestação de cuidados nos diferentes níveis.

Ao nível dos cuidados diferenciados, partilhamos com Francisco Ramos a opinião de que “a reforma da organização interna do hospital público continua por fazer e que, em geral, os hospitais portugueses estão hoje organizados, como estavam há 50 anos!”. Um olhar retrospectivo sobre as mudanças ocorridas nos últimos anos identifica algumas inconsistências.

¹ Davis, Adrian – *Corporate Governance – Boas Práticas de Governo das Sociedades* (pag. 248). Lousã: Monitor – Projetos e Edições, Lda (2006).

EXPECTATIVAS DA EMPRESARIALIZAÇÃO

Com a publicação da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, foi aprovado o novo regime de gestão hospitalar e o hospital público passou a enquadrar uma das seguintes figuras jurídicas: hospitais do sector público administrativo (SPA); entidades públicas empresariais (EPE); sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA).

Na sequência da referida lei, ocorreu a transformação de 36 hospitais em SA, de forma a realçar a autonomia de gestão dos hospitais. No ano seguinte, foi estabelecido o regime jurídico da gestão aplicável aos restantes hospitais SPA. E, em 2005, determinou-se a transformação em EPE das unidades de saúde às quais havia sido atribuído o estatuto de SA. De referir que desde a criação dos Hospitais SA, se previa que o novo estatuto de empresa pública seria progressivamente atribuído a todos os hospitais. Todavia, mantêm-se dois regimes jurídicos distintos.

De salientar ainda que o processo de empresarialização apostou no desenvolvimento dos hospitais EPE como ilhas de produtividade e eficiência. Hoje está manifestamente evidenciada a necessidade premente de se deixar de olhar para os hospitais como ilhas isoladas e passar a enquadrá-los como parte de um sistema.

Por outro lado, o processo de empresarialização tinha como pressuposto que o modelo tradicional de gestão hospitalar, na forma de instituto público, era incapaz de concretizar os objetivos de eficiência na gestão e o nível da qualidade na prestação, dado que não resolvia as infundáveis listas de espera para consulta ou cirurgia, nem o desespero da maioria dos bancos de urgência. Segundo Rui Nunes, não restavam dúvidas de que o modelo de gestão predominante (instituto público) não permitia satisfazer cabalmente as necessidades de saúde da população nem atingir os objetivos pretendidos de “equidade no acesso” e “universalidade na cobertura”. Com base neste entendimento, era imprescindível promover o aparecimento de modelos alternativos de gestão capazes de gerar uma competição saudável e que permitissem:²

- > Obter ganhos em saúde para a população;
- > Aumentar a produtividade dos serviços;
- > Garantir uma distribuição equilibrada e uma utilização eficiente dos recursos.

Por outro lado, os novos modelos de gestão deveriam assentar na qualidade da assistência aos doentes e privilegiar o desempenho. Teria que existir uma clara ordem de comando e não a dissipação de responsabilidades. E os interesses dos utentes deviam prevalecer sobre os interesses corporativos. Em resumo, a satisfação dos utentes em tempo útil e com qualidade e a contenção da despesa pública, eram os objetivos essenciais que estiveram na

origem da criação de novos modelos de gestão.

Porém, qualquer observação minimamente atenta conclui que existem fortes indícios de que os resultados alcançados ficaram aquém das expectativas e das boas intenções. Ao contrário do que se vaticinava, o novo modelo de gestão adotado parece não ter sido capaz de concretizar os objetivos de eficiência na gestão, nem o nível de qualidade na prestação, dado que não resolveu as “infundáveis listas de espera para consulta ou cirurgia”, nem o “desespero da maioria dos bancos de urgência”. Assim como parecem existir fundadas dúvidas de que este modelo permita “satisfazer cabalmente as necessidades de saúde da população”, ou tenham sido alcançados os objetivos de “equidade no acesso” e “universalidade na cobertura”.

São ainda evidentes os indícios de que este modelo alternativo de gestão não foi capaz de gerar uma competição saudável, nem parece ter permitido obter ganhos em saúde ou garantido uma distribuição equilibrada e uma utilização eficiente dos recursos.

Podemos constatar, também, que a empresarialização, além de não ter assegurado a sustentabilidade económica do sistema e das organizações, parece ter agravado as inconsistências seguintes:

- > Discriminação de serviços de saúde;
- > Discriminação de trabalhadores dentro das organizações;
- > Iniquidade no acesso à prestação de cuidados de saúde.

A EMPRESARIALIZAÇÃO E OS RECURSOS HUMANOS

Por outro lado, ao contrário do que estaria inicialmente previsto, verificou-se uma competição entre os hospitais “empresa pública” para contratar profissionais de saúde, com repercussões sérias no desmantelamento dos hospitais SPA.

Os recursos humanos são a base do desenvolvimento dos serviços. Ora, os hospitais SPA sempre estiveram manietados e dependentes das regras gerais determinadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver processos de recrutamento, limitados às posições vagas no quadro, assim como estavam sujeitos aos modelos ineficazes de avaliação de desempenho. Do outro lado estavam os organismos privados de saúde e os hospitais “empresa pública” que ofereciam vencimentos, incentivos e condições de trabalho inigualáveis e alguma vez praticadas, podendo contratar pessoal de forma relativamente livre. O estatuto jurídico dos hospitais SA e EPE, permitia a utilização das ferramentas do direito privado com liberdade de ação, mobilidade e maior flexibilidade da gestão.

E se numa primeira fase, os hospitais SPA ficaram estrangulados, logo se iniciou uma competição entre hospi-

² Nunes, Rui – *Regulação da Saúde*. Porto: Vida Económica (2005).

tais “empresa pública” no recrutamento de profissionais de saúde para determinadas áreas de atividade, levando ao aumento das remunerações para patamares incompatíveis que ainda hoje se mantêm.

Para obter vantagens nesta competição, foram adotadas em quase todos os hospitais EPE práticas de remunerações com valores fora do referencial dos contratos de trabalho em funções públicas. Estas práticas generalizaram-se para diversas áreas de atividade. Recorreu-se, também, à celebração de contratos de trabalho atípicos que incorporaram remunerações, tanto fixas como variáveis, de valor desconforme e chocante.

Até que, com o resgate financeiro a Portugal em 2011, os hospitais EPE ficaram sujeitos às tabelas remuneratórias em vigor para os contratos de trabalho em funções públicas, verificando-se uma aproximação das regras aos hospitais SPA. Porém, a desigualdade de remunerações dentro da mesma instituição e entre instituições, além de gerar instabilidade nas relações laborais, deixa fortes indícios de agravamento da iniquidade.

DESAJUSTAMENTO DO REGIME DE TRABALHO

Otra incoerência está identificada nos regimes de trabalho. São recorrentes os casos de denúncia de deficiente resposta dos serviços de urgência, desencadeando uma série de revelações indiciadoras da fragilidade em períodos críticos, designadamente, à noite e ao fim de semana. A causa vulgarmente identificada é a falta de médicos.

São conhecidos estudos que indicam Portugal como um dos países da União Europeia com mais médicos por 100 mil habitantes. Porém, nas últimas décadas, admite-se que há “falta de médicos” e orientam-se “mais recursos” para a formação. Apesar do investimento crescente, continuamos a exibir insuficiência de médicos e a incrementar a formação. É portanto legítimo questionar, se o número de médicos é insuficiente ou será deficiente a organização do trabalho médico.

O grupo de pessoal médico é o único que não tem atividade normal de trabalho programado entre as 20 e as 7/8 horas de segunda a sexta-feira, nem aos feriados ou fins-de-semana.³ Contudo, reconhecemos que o “ato médico” é indispensável para o diagnóstico e tratamento da doença. E que a imprevisibilidade da doença não é conciliável com o horário de trabalho praticado. Dir-se-á que, para garantir a cobertura, o médico presta até 12 ou 18 horas de urgência, conforme o regime de trabalho corresponda a 35 ou 40 horas semanais, de acordo com os acordos coletivos de trabalho (ACT). Porém, sabia-se desde o início das negociações dos ACT que este número de horas era manifestamente

Assumida a exceção como regra, reivindicou-se, seguidamente, melhor remuneração das horas extraordinárias, do regime de prevenção e do regime de chamada. Todavia, a prestação de trabalho extraordinário é, e deve ser sempre, uma exceção para responder a situações imprevistas.

insuficiente para assegurar cobertura médica permanente. Parece, também, que desde início se assumiu que uma parte significativa do período de trabalho seria preenchida com horas extraordinárias, proporcionando deste modo uma forma de compensação remuneratória. Aceitou-se, por conseguinte, que grande parte dos períodos normais de trabalho apenas tivessem cobertura médica se fossem pagas horas extraordinárias, sendo este o único grupo profissional com este estatuto de exceção.

Assumida a exceção como regra, reivindicou-se, seguidamente, melhor remuneração das horas extraordinárias, do regime de prevenção e do regime de chamada. Todavia, a prestação de trabalho extraordinário é, e deve ser sempre, uma exceção para responder a situações imprevistas. E tanto o regime de prevenção como o regime de chamada são objeto de acordo escrito, podendo o médico fazer cessar a respetiva prática, mediante declaração que produz efeitos a partir de 30 dias da data de apresentação. O que se traduz na fraca adesão a estes dois regimes e na sua ineficácia.

Sabemos, também, que no período noturno e aos fins-de-semana os doentes precisam de acompanhamento médico, talvez porque estão doentes. E que este atendimento médico deveria ser feito sempre em regime de trabalho normal e não com programação de horas extraordinárias, sempre dependentes da vontade e da disponibilidade do trabalhador.

Por outro lado, é comum os médicos serem escalados para “bancos” de 24 horas. E porque a ninguém deveria ser exigível a prestação de trabalho contínuo desta grandeza, assume-se e paga-se como trabalho a pernoita e o descanso durante este período, dando origem, inevitavelmente, a aumentos dos tempos de espera no atendimento dos serviços de urgência e a deficiente resposta às situações agudas dos doentes internados. Para minimizar, reforça-se o número de elementos da equipa de urgência. Porém, a afe-

³ Cláusulas 33.^a e 41.^a do Acordo coletivo da carreira especial médica republicado pelo Aviso n.º 12509/2015 (DR, 2.^a, n.º 210, de 27/10/2015).

tação de mais médicos para a urgência diminui a capacidade de resposta na atividade programada, dando origem, também, a tempos de espera não recomendados.

Mas se estas situações já justificam o fracasso do modelo, novos desenvolvimentos ocorreram em 2016 que agravaram a capacidade de resposta. Assim, “no caso de trabalhadores médicos (...), sempre que devam exercer a sua atividade por mais de oito horas num período de vinte e quatro horas em que executem trabalho noturno (...), fica garantido um descanso compensatório obrigatório, com redução do período normal trabalho semanal, no período de trabalho diário imediatamente seguinte, (...)”⁴ (sublinhado nosso).

Mais uma vez, foi criado um regime de exceção. Entrou-se num ciclo em que médicos e doentes estão insatisfeitos. E se há regimes de trabalho que asseguram a presença física dos restantes profissionais de saúde durante 24 horas, é legítimo questionar se aquele regime não deveria ser aplicável, também, aos médicos. Não podemos afirmar que esta medida, por si só, seja a solução para todos os problemas mas, seguramente, colocaria os doentes em primeiro lugar e traria vantagens no trabalho em equipa (com turnos de trabalho idênticos para médicos, enfermeiros e restantes técnicos de saúde), garantindo melhor qualidade na prestação dos cuidados.

VÍCIOS E CORREÇÕES

Por fim, importa referir que os problemas com que os serviços de saúde se confrontam no âmbito do SNS continuam a ser o excesso de afluência aos serviços de urgência, as listas de espera, a insatisfação dos utentes e profissionais, o aparecimento de grupos com necessidades especiais (idosos, toxicodependentes) e o crescimento desequilibrado da despesa (provocado, em parte, pelo aparecimento de novos fármacos e novas tecnologias).

O melhor caminho para a resolução destes problemas não passa por desfazer tudo o que até aqui foi feito. Pelo contrário, torna-se indispensável acompanhar e avaliar os resultados das várias reformas em curso, designadamente, o processo de empresarialização, as PPP, a criação de centros hospitalares, os mecanismos de controlo da eficiência e efetividade das tecnologias de saúde, a reforma dos cuidados de saúde primários, os convencionados, etc.

Neste percurso, é indispensável recordar que a saúde é um bem escasso e essencial para o cidadão. E que no caminho da reorganização que pretende tornar as estru-

turas de saúde mais eficazes e eficientes, é importante aproveitar os aspetos positivos das sucessivas reformas que têm sido levadas a cabo.

Assim, o trabalho vencedor do Prémio aponta sete medidas. Quatro, são fundamentais para corrigir vícios sacralizados:

- > Cessar a situação de desigualdade e discriminação dos hospitais públicos com natureza jurídica distinta (empresa pública *versus* instituto público);

- > Normalizar o modelo de retribuição dos profissionais e cessar a discriminação de trabalhadores dentro da mesma organização e entre organizações;

- > Alterar o regime de trabalho médico por forma a garantir a presença física nos serviços de saúde, com atividade normal de trabalho durante 24 horas, à semelhança do regime aplicável aos restantes grupos profissionais;

- > Deixar de olhar para os serviços de saúde como ilhas isoladas e passar a entendê-los e enquadrá-los como parte de um sistema, com prevalência dos interesses dos utentes sobre os interesses corporativos.

As restantes três são mais consensuais e correspondem a ações em curso no Ministério da Saúde:

- > Garantir uma visão integrada do sistema com maior ligação dos hospitais aos cuidados de saúde primários, continuados e paliativos;

- > Adotar um modelo de financiamento dos serviços de saúde que privilegie os resultados e a retribuição por objetivos, sem prejuízo de reconhecer as exceções associadas à zona geográfica ou estrutura demográfica;

- > Monitorizar a atividade dos serviços de saúde com base em indicadores fiáveis de controlo da atividade, não só em termos de quantidade mas, essencialmente, de qualidade. 

Neste percurso, é indispensável recordar que a saúde é um bem escasso e essencial para o cidadão. E que no caminho da reorganização que pretende tornar as estruturas de saúde mais eficazes e eficientes, é importante aproveitar os aspetos positivos das sucessivas reformas que têm sido levadas a cabo. 

⁴ Aviso n.º 9746/2016 (DR, 2.ª, n.º 150, 5/8/2016) – Alteração ao Acordo coletivo da carreira especial médica, publicado no DR, 2.ª, n.º 198, de 13/10/2009, sob o n.º 2/2009, alterado pelo Aviso n.º 17239/2012, publicado no DR, 2.ª, n.º 250, de 27/12/2012 e pelo Aviso n.º 12509/2015, publicado no DR, 2.ª, n.º 210, de 27/10/2015 que o republicou.



© FEDRA SANTOS

ENTREVISTA A SUSAN GIBERT

SUSAN GIBERT, com vasta experiência profissional na área hospitalar e comunitária, é uma reconhecida farmacêutica, especialista em cuidados domiciliários.

Tendo-se especializado em processos de compras de farmácia, em 2014 passou a desempenhar um papel relevante a nível regional no 17 National Health System (NHS) Trusts, uma organização dentro do serviço nacional de saúde inglês com uma função especializada na prestação de apoio domiciliário. Susan preside a vários grupos do NHS, no Reino Unido, entre eles o Contract Managers Group (OOCMG), TVW Regional Homecare Group, e é também copresidente do South of England

multi-regional Out-sourced Outpatient e Presidente do National Homecare Medicines Committee (NHMC).

Este último, com grande visibilidade internacional, tem como objetivo o desenvolvimento e melhoria de processos dos serviços de medicamentos ao domicílio. Tem a natureza de comissão composta por representantes do NHS, que aconselha o sistema de saúde em todos os assuntos relacionados com a assistência ao domicílio, trabalhando inclusive em conjunto com a indústria para o desenvolvimento e apoio das melhores práticas neste setor.

GH: Como nasceu este seu interesse pelos cuidados domiciliários?

SG: Muito bem. Eu sou absolutamente apaixonada pelos cuidados domiciliários.

Em 1993, fui envolvida em processos de compra de farmácia, porque me pediram para cobrir uma licença de maternidade por um ano. Sendo eu, na altura, uma jovem farmacêutica, licenciada há poucos anos, não fazia ideia do que era um processo de compras em farmácia, mas esta oportunidade acabou por desenvolver-me o gosto por esta área. E eu gostei verdadeiramente desta experiência, que aconteceu em Inglaterra. Depois, deixei este país e fui para França uns tempos...

Quando regresssei a Inglaterra, em 2010, regresssei ao trabalho e houve a oportunidade de voltar aos processos de aquisição de produtos farmacêuticos, noutra hospital. Na altura, existia já um serviço de cuidados domiciliários que tinha algumas falhas na forma como estes eram prestados e enquanto farmacêutica dos processos de compra consegui identificar porque é que isto se passava e o que não estava certo...

Começámos, então, a fazer uma pesquisa nos serviços de cuidados domiciliários no mundo e descobrimos algumas linhas orientadoras dos processos de compra de farmácia, designadamente sobre a forma de como deveriam ser geridos os serviços de cuidados domiciliários.

No meu hospital, eu disse: "Certo, ok. Vamos impedir que os pedidos de medicamentos para os cuidados domiciliários sejam feitos por qualquer pessoa do hospital, passando estes processos pelo departamento de farmácia. Comecei a ver o que se fazia, as práticas, os doentes, a elegibilidade para os tratamentos... Portanto, foi isto que começámos a fazer e foi aqui que começou o meu interesse pelos serviços de cuidados domiciliários, em outubro de 2010.

GH: Como define os serviços de cuidados domiciliários em Inglaterra?

SG: Os serviços de cuidados domiciliários são o fornecimento de medicamentos e dos cuidados associados diretamente para o doente em casa. Portanto, medicação prescrita através das instruções do hospital e entregue diretamente na casa do paciente.

GH: Acha que esta é uma forma dos farmacêuticos participarem mais no tratamento clínico dos doentes?

SG: Não em Inglaterra... porque em Inglaterra, os farmacêuticos já são parte integrante na gestão do circuito dos medicamentos e da governação clínica. Portanto, de certa forma, às vezes, os serviços de cuidados domiciliários distanciam-se do sistema, porque são da dependência de outro responsável de saúde. Em Inglaterra, todos os doentes são vistos por um farmacêutico, todos os dias.

Um farmacêutico deixa de ser um mero distribuidor de medicamentos. Os farmacêuticos têm mais "mãos", um papel mais clínico... Alguns de nós prescrevemos, portanto temos farmacêuticos que são independentes na prescrição.

Logo, se nós farmacêuticos temos uma área de especialização que queremos trabalhar podemos especializar-nos nessa área clínica, podemos fazer formação qualificando as prescrições e qualificando os prescritores. Portanto, eu costumava ser uma farmacêutica de anticoagulantes e agora sou uma prescritora qualificada de anticoagulantes, esta é a minha área. Eu prescrevo diretamente aos doentes. Posso prescrever para dentro e fora da instituição.

Nós temos, a nível nacional, doentes satisfeitos.



Portanto, eu costumava ser uma farmacêutica de anticoagulantes e agora sou uma prescritora qualificada de anticoagulantes, esta é a minha área. Eu prescrevo diretamente aos doentes. Posso prescrever para dentro e fora da instituição.





A cada doente dos serviços de cuidados domiciliários é-lhe pedido para preencher um questionário de satisfação na nossa base anual. É um questionário padrão, recente, que respeita a confidencialidade do doente sendo que, neste momento, ainda estamos a utilizar questionários diferentes para diferentes serviços, mas vão ser normalizados no futuro.

Portanto, nós ainda não temos uma resposta ótima destes questionários. No último grande questionário aplicado, sobre uma terapia específica que tinha catorze mil doentes, só obtivemos 7% de respostas.

GH: Já obteve resultados sobre a poupança no retorno de medicamentos, minimizando desta forma o desperdício?

SG: Nós temos diferentes esquemas. Nós temos muitos fármacos e a maioria dos fármacos são baseados na abordagem *dose-banding*. Logo, nós não fazemos propriamente uma dose por doente.

A *dose-banding* é uma forma de evitarmos o desperdício. Temos indicadores globais dos efeitos desta abordagem nos serviços domiciliários e não domiciliários...

Usamos o *dose-banding*, exceto nos tratamentos de quimioterapia onde, normalmente, o doente chega e espera pela confirmação do tratamento, fazendo-se a dose de quimioterapia exata para o doente.

GH: Tem ideia da poupança que se consegue alcançar com a redução deste desperdício?

SG: Para os cuidados domiciliários, os dados que consegui, referem-se apenas a uma empresa que representa o universo de 60 a 70% dos serviços prestados de medicação para este tipo de cuidados. Eu apenas tenho os dados do desperdício do último ano e apenas analiso a minha região... Para ser sincera, quando olhamos para o gasto, para o montante do desperdício, foi mínimo. Porque nós permitimos que os doentes façam uma vez por mês tratamento.

Alguns esquemas podem ter tratamentos prescritos para dois ou três meses, onde é permitido fornecer a medicação durante esse período. E se o doente desperdiçou medicamentos no passado, ele tem que ir mensalmente aos pontos de entrega dos medicamentos.

A única coisa que podemos medir são os medicamentos que voltam dos cuidados domiciliários. O que temos é uma lacuna, não conseguimos ter indicadores em relação ao prescrito e ao autoadministrado, pois temos situações de não aderência à medicação, ou mesmo, desleixo dos doentes na sua utilização.

Todos estes desperdícios não são controlados, porque podem ser destruídos em diversas vias, nomeadamente através da entrega nas farmácias para a destruição destas drogas.

Existe neste processo sempre um risco de não adesão à medicação que não é fácil de eliminar, pelo que devemos trabalhá-lo como um risco que tem custos. Poderíamos fazer algumas análises para tentar minorar o risco, como consultar os farmacêuticos locais, médicos locais ou estabelecer rotas de fornecimento de medicamentos, mas nunca o iríamos eliminar totalmente.



Está a ser desenvolvido um projeto em Londres que se foca no desperdício. Existem dois hospitais em Londres, um deles na minha área, onde vamos olhar mais intensamente para esta questão do desperdício, focando-nos na área terapêutica do medicamento.

É um projeto muito complicado e ainda não começámos... O Norte da Irlanda já fez um programa de redução do desperdício, há uns anos, e nós usamos esse modelo, sendo que a intervenção que fizeram foi na área da educação/formação do doente. É importante a educação do doente.





PORTUGUESE
ASSOCIATION
OF HOSPITAL
MANAGERS



27TH CONGRESSO DA EAHM

EUROPEAN ASSOCIATION OF HOSPITAL MANAGERS

Pela terceira vez na sua história, a APAH assumiu o compromisso de realizar o 27.º Congresso da EAHM - European Association of Hospital Managers (<http://www.eahm.eu.org/>) que decorrerá nos dias 26-28 de Setembro de 2018 em Cascais, no Centro de Congressos do Estoril.

Este encontro trará a Portugal mais de 500 gestores e diretores de hospitais de mais de 25 países da Europa e será um momento privilegiado de debate e partilhas de experiências sobre o papel das instituições hospitalares enquanto agentes de inovação em Saúde Pública.

No decurso dos trabalhos do 27.º congresso da EAHM será dado um enfoque especial às vertentes associadas à:

- (i) Construção de um sistema centrado nas pessoas;
- (ii) Metodologia(s) de integração de cuidados;
- (iii) Implementação de modelos inovadores de prestação de cuidados;
- (iv) Procura de soluções que assegurem a sustentabilidade financeira;
- (v) Obtenção de resultados de saúde para a população.

Paralelamente a este evento, a APAH irá organizar o 1.º Encontro das Associações congéneres do espaço lusófono com o objetivo principal de desenvolver laços de cooperação e partilha de experiências com os países da CPLP.

Reserve já na sua agenda.

www.apah.pt

Redefining the Role of Hospitals Innovating in Population Health

-  People centredness;
-  Integration of care;
-  Innovative provision models;
-  Financial sustainability;
-  Population health management.

Inscrições
ABERTAS
> Submeta
o seu resumo

CASCAIS • PORTUGAL



EUROPEAN ASSOCIATION
OF HOSPITAL MANAGERS

www.eahm-cascais2018.com

PRÉMIO *HEALTHCARE* *EXCELLENCE* DISTINGUIU PROJETOS INOVADORES EM SAÚDE



Realizou-se no dia 20 de outubro, no Hotel Vila Galé, em Évora, a 4.ª Edição do Prémio Healthcare Excellence, uma iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) em parceria com a biofarmacêutica AbbVie, que visa distinguir os melhores projetos de gestão de cuidados de saúde implementados durante o ano de 2016.

O projeto "Portal do Utente de Matosinhos" foi o grande vencedor da edição de 2017 do Prémio *Healthcare Excellence*. O projeto foi criado com o objetivo de colocar o utente no centro do processo de atendimento, permitindo-lhe aceder a toda a informação que necessita, apresentada de forma integrada e disponível em múltiplos canais. «O "Portal do Utente de Matosinhos" é uma plataforma online, criada para facilitar o acesso aos serviços de saúde dos nossos utentes, de forma simples e a partir de qualquer lugar, através do computador, telemóvel ou *tablet*», explicou Nuno Antunes, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (ULSM).

O "Portal do Utente de Matosinhos", criado em setembro de 2016 e que conta já com mais de 13.600 utilizado-

VENCEDOR PRÉMIO

HEALTHCARE EXCELLENCE 2017

"Portal do Utente de Matosinhos"

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.

1.ª MENÇÃO HONROSA

"Implementação do programa ERAS

- Enhanced Recovery After Surgery
na cirurgia de cólon e reto"

Hospital Beatriz Ângelo

2.ª MENÇÃO HONROSA

"Via Verde de Reabilitação do AVC"

Centro de Medicina de Reabilitação Rovisco Pais

res, permite o registo de entrada com código QR, atualizar dados de identificação, consultar o tempo de espera das urgências, conhecer resultados de exames e análises, fazer marcações, pagar taxas moderadoras e muito mais. O futuro está agora no alargamento de novas funcionalidades, mas também na replicação do projeto noutras unidades de saúde e na integração da informação do utente a nível nacional.

Segundo Victor Herdeiro, presidente do Conselho de Administração da ULSM, *"este prémio constitui, para além de um reconhecimento, um estímulo para continuar a inovar"*. O responsável recorda, ainda, que a ideia da criação de um portal do utente nasceu de uma preocupação mais abrangente: *"Na génese do projeto esteve a necessidade e a vontade de conhecer, mapear, agrupar e tratar quer as reclamações dos nossos utentes, quer os seus fluxos, nas suas interações com a instituição"*.

Devido à elevada qualidade dos trabalhos finalistas, o júri decidiu atribuir, também, duas menções honrosas.

A Primeira Menção Honrosa foi atribuída ao Projeto "Implementação do programa ERAS - *Enhanced Recovery After Surgery* na cirurgia de cólon e reto", do Hospital Beatriz Ângelo, que permitiu diminuir o tempo médio dos internamentos de 7 para 5 dias e reduzir significativamente o número de complicações médicas e cirúrgicas. De acordo com a equipa que defendeu o projeto, *"o programa ERAS representa uma alteração profunda do processo de cuidados dos doentes, com múltiplas intervenções no sentido de diminuir o stress cirúrgico, mantendo a homeostasia e permitindo um retorno rápido às condições pré-operatórias"*.

A segunda menção honrosa foi atribuída ao Centro de Medicina de Reabilitação Rovisco Pais, em Cantanhede, pelo projeto de desenvolvimento da "Via Verde de Reabilitação do AVC", criada com o objetivo de alongar a versão tradicional da "Via Verde do AVC", que termina no tratamento de fase aguda. O projeto piloto, que envolveu também o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. (CHUC), pretendeu recuperar os doentes com sequelas

para um programa de reabilitação integral e intensivo a partir das primeiras semanas após o AVC.

Na ocasião, o Presidente da APAH, Alexandre Lourenço, reiterou *"A adesão que registamos à iniciativa Healthcare Excellence e os projetos apresentados são o exemplo vivo da dinâmica e da qualidade do trabalho que é diariamente realizado nas instituições do SNS em prol da melhoria do serviço aos nossos utentes"*.

Carlo Pasetto, diretor-geral da AbbVie Portugal, acrescenta: *"O Healthcare Excellence é um projeto muito acarinhado por nós, por reconhecer e distinguir as boas práticas implementadas nas unidades de saúde em Portugal e possibilitar que outros façam o mesmo. É nosso objetivo, na AbbVie, proporcionar aos portugueses melhores cuidados de saúde e simultaneamente contribuir positivamente para a sustentabilidade do SNS"*.

A avaliação dos projetos, que teve como critérios a inovação e a replicabilidade, esteve a cargo de Margarida Franca (APAH), Pedro Alexandre (vogal do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.), Alfredo Lacerda de Cabral (administrador hospitalar do Hospital Garcia de Orta, E.P.E.) e Miguel Múrias Mauritti (jornalista do *Saúde Online*).

A 4.ª Edição do Prémio *Healthcare Excellence* recebeu um total de 19 candidaturas, provenientes de hospitais de norte a sul do país. Entre os finalistas estiveram projetos do Centro de Medicina e Reabilitação Rovisco Pais, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E., Hospital Beatriz Ângelo, Hospital de Braga, Hospital de Cascais e ULSM.

As candidaturas à 5.ª Edição do Prémio *Healthcare Excellence* irão decorrer no 2.º trimestre de 2018, em data a anunciar oportunamente. 

Mais informações em: <http://apah.pt/eventos/premio-healthcare-excellence/>

Fotografias em <https://www.justnews.pt/noticias/utentes-da-uls-de-matosinhos-tem-portal-para-aceder-a-sua-informacao-de-saude/#.WjZGj60tHEo>



CONFERÊNCIAS
DE VALOR **APAH**
2018

Modelos de Gestão
de Acesso à Urgência e
Continuidade Hospitalar

16, 17 março | Montebelo
Viseu Congress Hotel

SAVE THE DATE

CONFERÊNCIAS DE VALOR APAH

CONFERÊNCIAS VALOR APAH 2017 JUNTARAM MAIS DE 500 PROFISSIONAIS DE GESTÃO EM SAÚDE

O Ciclo de Conferências de Valor APAH 2017 nasceu de uma aposta na organização de iniciativas que promovam a criação de valor através da análise de tópicos atuais e determinantes para o futuro dos hospitais e dos sistemas de saúde.

Em 2017, as Conferências de VALOR APAH realizaram-se em três locais (envolvendo as autarquias), aprofundando três temas:

- > Modelos de negócio e contratação em saúde - Ílhavo, 24 e 25 de março;

- > Modelos financeiro e de financiamento - Porto, 7 e 8 de julho;

- > Modelos de hospitalização e continuidade de cuidados - Évora, 21 e 22 de outubro.

Direcionada a todos os profissionais ligados à gestão em saúde, a iniciativa fomentou a partilha de boas práticas e a procura de novas abordagens apresentadas por oradores de vários países. No primeiro Ciclo de Conferências participaram 17 oradores provenientes de 11 países.

Todas as apresentações internacionais mereceram o comentário de gestores em saúde, profissionais de saúde e utentes do Sistema. Em concreto, nestes comentários participaram 44 convidados e 11 moderadores, permitindo a consolidação de pontes e sinergias entre todos os parceiros do setor, tendo em vista uma melhoria da qualidade e a excelência dos resultados em saúde.

Durante o Ciclo de Conferências de 2017 participaram todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao nível dos seus elementos dos Conselhos de Administração, gestão intermédia e agentes do setor, um universo de mais de 500 gestores em saúde, iniciando-se, assim, um círculo virtuoso de conhecimento e partilha.



Fruto das conclusões destas conferências, a APAH tem vindo a apresentar diagnósticos de situação e medidas concretas para a melhoria da organização e gestão dos cuidados de saúde em Portugal. Por outro lado, reforçamos a formação dos nossos associados e dos melhores alunos do Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública que participaram gratuitamente nas Conferências.

O Ciclo de Conferências 2018 será composto por duas Conferências:

- > Modelos de Gestão de Acesso à Urgência e Continuidade Hospitalar - Viseu, 16 e 17 de março;

- > Modelos de Liderança e Gestão da Mudança em Saúde - Tróia, 8 e 9 de junho

O primeiro Ciclo de Conferências não teria sido possível sem o apoio de várias entidades patrocinadoras. Importa referir que o conteúdo científico das Conferências de Valor é da exclusiva responsabilidade da APAH, não tendo nenhuma das entidades patrocinadoras qualquer influência direta ou indireta na sua elaboração. O Ciclo de Conferências de VALOR APAH 2017 contou com apoio da Janssen-Cilag, Johnson & Johnson, Medrotinc, Novartis, Abbvie, Roche, Siemens, Gilead Sciences, Sanofi, Pfizer, Griffiths, Glintt e BIQ Health Solutions.

3.ª CONFERÊNCIA DE VALOR APAH DISCUTIU INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Os desafios e oportunidades associados aos “Modelos de Hospitalização e Continuidade de Cuidados” foram o tema central da **3.ª Conferência de VALOR APAH**, que decorreu em **Évora a 20 e 21 de outubro** de 2017. O evento promovido pela APAH reuniu os responsáveis de inúmeras entidades e instituições nacionais, assim como um vasto painel de oradores nacionais e internacionais e parceiros do setor.

A **3.ª Conferência de VALOR APAH** foi presidida por **Francisco Guerreiro**, administrador hospitalar. Na sua intervenção de abertura da Conferência, Francisco Guerreiro referiu que “em 1979, ano em que foi criado o SNS, 11% da população tinha 65 ou mais anos, uma percentagem que até 2016 registou uma duplicação (21%). Neste período de 37 anos, em Portugal, o índice de envelhecimento da população aumentou substancialmente, facto que associado ao aumento da prevalência das doenças crónicas coloca novos e acrescidos desafios ao



© JUST NEWS

bom funcionamento e articulação do setor da saúde e especialmente a toda a estrutura e rede do SNS – centros de saúde, hospitais, unidades e cuidados continuados”. Francisco Guerreiro aproveitou, nessa sequência, para lançar o convite a todos os presentes para uma reflexão e debate sobre um conjunto de soluções e medidas concretas que permitam assegurar a efetiva integração de cuidados de saúde e promovam a necessária mudança na gestão em saúde e a criação de valor.

O ambicioso programa da **3.ª Conferência de VALOR APAH** teve início com a palestra **APAH TALKS**: “A Integração de Cuidados, um Desafio Partilhado”, que esteve a cargo de **Nick Goodwin**, cofundador e CEO da Fundação Internacional para a Integração de Cuidados (IFIC), uma instituição sem fins lucrativos dedicada a melhorar o conhecimento científico e a adoção de políticas e práticas de cuidados integrados em todo o mundo (www.integratedcarefoundation.org).

Para Nick, é evidente que o principal motor para os profissionais de saúde trabalharem em conjunto e se coorde-

“Penso que estas conferências da APAH são da maior importância, e estão muitíssimo bem organizadas, por aquilo que temos percebido ao longo destas edições. São conferências muito focadas naquilo que é criação de valor, porque são conferências que partem dos riscos, dos desafios e que depois se focam nas oportunidades e portanto são conferências que têm um propósito prático... No final do dia, no final de cada conferência, a ideia é os gestores, os administradores hospitalares, os profissionais de saúde irem para as suas semanas de trabalho, os seus locais de trabalho e fazerem melhor, e aproveitarem de facto as oportunidades sabendo que os riscos são muitos, mas aproveitarem as oportunidades e fazerem mais em favor do sistema de saúde e dos utentes do sistema de saúde.”

MARTA TEMIDO, Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, IP

narem não é a imposição organizacional, a prestação de contas ou sequer os incentivos financeiros, mas sim aquilo que acontece às pessoas: *“As populações mais vulneráveis nas nossas sociedades são precisamente aquelas que mais beneficiam de um sistema de saúde que congrega o conhecimento das equipas dos cuidados de saúde primários, dos hospitais, dos farmacêuticos, dos serviços sociais e dos grupos comunitários”*.

Para o académico britânico é errado pensar na integração de cuidados como uma via rápida para o controlo eficaz de custos, para a redução do número de episódios de urgência, hospitalizações e readmissões hospitalares. Acima de tudo, a integração, embora figure em alguns dos modelos teóricos mais intrincados do universo da saúde, é, na essência, algo de muito simples: *“Trata-se de uma solução baseada na qualidade, que permite aos sistemas de saúde melhorarem os resultados em saúde para as pessoas, a experiência que estas conhecem ao receberem cuidados e que instiga uma mudança nos padrões de utilização dos serviços e uma redução de hospitalizações desnecessárias, fator que contribui para a sustentabilidade dos sistemas”*.

Seja como for, trata-se de uma matéria que exige ação e reflexão imediata. Nick Goodwin recordou que a Organização Mundial de Saúde produziu, em 2016, um Quadro de Referência Global para a Prestação de Serviços de Saúde Integrados, frisando a esse respeito que *“Os sistemas de prestação de cuidados, na forma como atualmente os desenhámos, não serão sustentáveis quando forem confrontados com as necessidades complexas de futuras gerações”*.

Nick Goodwin teve, ainda, a oportunidade de partilhar com os presentes alguns exemplos internacionais de modelos de integração de cuidados e as dimensões essenciais de implementação que lhes devem estar subjacentes, a fim de se atingir o êxito e a reorganização de serviços e que tem em comum de acordo com o especialista: *“Os sistemas com uma abordagem focada nas necessidades em saúde da população, com a integração de múltiplos prestadores – vinculados a novos enquadramentos de governança coletiva e de partilha de riscos – parecem ter um maior potencial para uma mudança transformadora na direção da meta tripla de custo-efetividade, boa experiência de cuidados e melhor saúde populacional”*.



© JUST NEWS



No decurso do jantar de trabalho da Conferência, o Secretário de Estado da Saúde, Manuel Delgado, defendeu que *"a doença crónica não se compadece com o modelo de resposta avulso"*, reclamando um *"follow-up e uma monitorização do doente constantes"*. Para o governante, isso implica *"uma abordagem integrada, em que o médico de família vai continuar a ser o pivot do doente, mas tem de interagir diariamente com os médicos dos hospitais, os enfermeiros, os fisioterapeutas, os assistentes sociais, entre outros profissionais de saúde"*.

No seu discurso, o Secretário de Estado da Saúde abordou, ainda, outras questões, como o facto de Portugal ter demoras médias de internamento relativamente elevadas no contexto europeu, de o internamento ser fortemente oriundo das urgências (98% na área da medicina e especialidades médicas e 40% na área das cirurgias) e muito baseado nas especialidades - médicas e cirúrgicas.

A APAH aproveitou a ocasião para **homenagear quatro administradores hospitalares de Évora: José Cosinha, Manuel Fialho, António Paulino e, o próprio presidente do evento, Francisco Guerreiro.** Fazendo um paralelismo com o facto de aquela cidade ser classificada pela UNESCO Património da Humanidade, o presidente da APAH, Alexandre Lourenço, apresentou-os como *"patrimónios da Administração Hospitalar de Évora"*.

No sábado, Alexandre Lourenço abriu o segundo dia da Conferência com a apresentação dos **resultados finais do Barómetro de Internamentos Sociais (BIS)**. Esta iniciativa da APAH com o suporte da EY e com o apoio institucional do Ministério da Saúde tem por objetivo monitorizar periodicamente o fenómeno dos internamentos inapropriados, permitindo a sua quantificação e o desenvolvimento de ações conjuntas para minimização do seu impacto.

À data da recolha de dados do BIS (2 de outubro de 2017), 655 camas, o equivalente a 5% do total das camas disponíveis em 79% dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, eram ocupadas com internamentos por causas sociais, predominantemente justificados pela falta de resposta na rede de cuidados continuados. Mais de metade destes casos localizam-se na **região de Lisboa e Vale do Tejo (52%)** e, nesta região, a média de tempo dos internamen-

tos inapropriados encontra-se **na ordem dos 92 dias**. Para a **generalidade dos hospitais auscultados, a média de dias de internamento inapropriado era de 67,2 dias, o que corresponde a uma despesa estimada de 16,5 milhões de euros**. A extrapolação deste valor para **um ano dos internamentos inapropriados por motivos sociais evidencia um impacto superior a 68 milhões de euros para o Estado**.

De seguida, iniciou-se a **Sessão I** com o tema, **"Oportunidade: Dinâmicas de Eficiência na Gestão de Internamento Hospitalar"**. A moderação da Sessão esteve a cargo de Daniel Ferro, presidente do Hospital Garcia de Orta, E.P.E., e a palestra "Redesenhar serviços e processos para aumentar a eficiência no internamento hospitalar", apresentada por Fulgencio Collado, diretor de Qualidade e Supply Chain no Hospital de Dénia Marina Salud situado na Comunidade Valenciana.

Fulgencio Collado mostrou como é possível redesenhar processos e serviços com o intuito de melhorar a eficiência no internamento hospitalar. Partilhando o exemplo do seu hospital, onde se realizou um estudo para averiguar, em particular, os ganhos de eficiência do seu programa de gestão de doentes crónicos complexos, avaliando a progressão de 104 pacientes entre 2015 e junho de 2017. Segundo Fulgencio Collado, através da análise dos dados preliminares deste estudo económico, *"observa-se como ao longo de 18 meses os custos do programa começam a ser compensados"*, pela redução gradual do custo de intervenção por paciente.

Na ocasião Daniel Ferro afirmou que *"em Portugal, pese embora toda a evolução que o país tem registado relativamente à gestão hospitalar, apresenta-se um problema de eficiência na gestão do internamento"*. A realidade nacional está ainda afastada face à média europeia em cerca de 20 a 30%, em termos de custo e de tempo de internamento por doente. Para encurtar esta distância face ao velho Continente e para elevar a fasquia em cada unidade hospitalar, não é possível contar com receitas miraculosas e cartilhas únicas, afirmou.

"Estas conferências são essenciais porque são compostas por profissionais que têm uma formação específica sobre a administração dos cuidados de saúde e, portanto, os debates podem fornecer novas ideias e novas abordagens para uma mudança da qualidade da prestação que é sempre permanente, porque os cuidados não são sempre iguais, as tecnologias são diferentes e há necessidade de haver uma adequação em relação à prestação e essa adequação é uma adequação permanente."

JOSÉ ROBALO, Presidente do Conselho Diretivo da ARS Alentejo, IP

A **Sessão II** dedicada ao **“Desafio: Promover a continuidade de cuidados”** teve como moderadora Ana Paula Gonçalves, presidente do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E., que assegurou que no Algarve uma estratégia de aproximação foi já desencadeada: *“O que estamos a tentar fazer no nosso hospital é aproximar-nos das comunidades através dos autarcas locais, porque percebemos que sem eles e sem projetos de proximidade não vamos lá”*. Para Ana Paula Gonçalves *“Temos de tratar das pessoas em casa, antes que elas acorram ao hospital, onde geram muito mais entraves à assistência e são facilmente afetadas por infeções nosocomiais”*.

Esta Sessão contou com a palestra de Susan Gibert, presidente do Comité Nacional de Cuidados ao domicílio do Reino Unido, na abordagem aos serviços de fornecimento domiciliário de medicamentos e procedimentos terapêuticos (injetáveis subcutâneos, quimioterapia oral ou injetável, nutrição parentérica, etc.) desenvolvidos por empresas privadas junto dos pacientes britânicos e num regime de subcontratação com o National Health System (NHS) ou com empresas farmacêuticas, com o fim de promover uma maior continuidade e proximidade de cuidados ao doente crónico, mantendo-o, em simultâneo, o máximo de tempo possível fora de ambiente hospitalar. Embora a realidade portuguesa seja distinta, assim como o tipo de apoio domiciliário prestado e a natureza dos prestadores, é razoável pensar que há um longo caminho a percorrer na melhoria da oferta de cuidados neste domínio. Neste sentido, os hospitais devem tomar a dianteira deste movimento, caso desejem evitar a sobrecarga de instalações e recursos humanos.

Após o almoço, a 3.ª Conferência continuou com a Sessão dedicada ao **“Desafio: Como Reduzir Internamentos Evitáveis”**. A Sessão moderada por Maria Filomena Mendes, presidente do Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E. teve como convidado especial, Mathias Ekman, diretor de Industry Solutions da Microsoft na Suécia e que na sua palestra “Soluções tecnológicas para reduzir internamentos evitáveis”, partilhou com a audiência algumas das inovações tecnológicas que podem ajudar a prevenir descompensações em doentes crónicos e a reduzir o

número de internamentos evitáveis. Soluções como sistemas de monitorização de sinais cardíacos que funcionam associados a *smartphones*, ou plataformas de *e-health* dotadas de inteligência artificial, assim como soluções que promovam a proximidade entre prestadores e utentes, são potencialmente geradoras da melhoria dos resultados obtidos e da eficiência do Sistema.

Por fim, a **última Sessão da Conferência** teve como foco a **“Oportunidade: Integração de Cuidados Centrados nas Necessidades e Participação do Utente”** e como convidada principal, proveniente da Espanha, Pilar Martínez Montiel, chefe do serviço de gastroenterologia do Hospital 12 de Outubro, em Madrid, que apresentou a “Implementação de cuidados participativos centrados no paciente”. Montiel partilhou com os presentes um conjunto diversificado de boas práticas no que toca à integração de cuidados com a participação dos doentes, ao falar da Unidade de Doença Inflamatória do Intestino criada naquela unidade hospitalar, envolvendo consultas multidisciplinares, de enfermagem e sessões educativas com os doentes e familiares, assim como jornadas de trabalho com os profissionais de saúde dos CSP.

Contudo, não é somente em Espanha que se tem trabalhado bem nesta área. *“Portugal conta boas experiências no que respeita a centrar no paciente os cuidados integrados, quer em unidades dos CSP, quer em unidades de cuidados continuados e hospitalares. As ULS representam, a este nível, um excelente manancial para reflexão”*, indicou Francisco Velez Roxo, moderador da Sessão e presidente do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E..

À semelhança das edições passadas, **foram extraídas conclusões que integraram a agenda do Ministério da Saúde e de outros parceiros do sistema**, motivo pelo qual a APAH aposta nas Conferências de VALOR, para que sejam um contributo para ajudar a que a mudança possa avançar e definir os seus moldes. 

FOTOS PARA A Reportagem da 3.ª conferência de VALOR APAH em: <https://www.justnews.pt/galeria/album/3a-conferencia-de-valor-modelos-de-hospitalizacao-e-continuidade-de-cuidados>



© JUST NEWS

A 4.ª CONFERÊNCIA de VALOR APAH decorrerá em Viseu nos próximos dias **16 e 17 de março**, sendo dedicada ao tema **“Modelos de gestão do acesso à Urgência e continuidade hospitalar”**.

A APAH conta com a vossa participação.

CAMINHO DOS HOSPITAIS

UM ROTEIRO DE INCLUSÃO PARA AS QUESTÕES DA ATUALIDADE

A iniciativa Caminho dos Hospitais continua a marcar a agenda da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), tendo as últimas duas sessões decorrido no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. (CHTMAD) e no Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E. P. E. (IPO Coimbra) a 25 de setembro p.p. e 4 de dezembro p.p., respetivamente.

Contribuir para a partilha de experiências e de boas práticas, refletindo sobre a intervenção dos hospitais “em garantir a equidade regional e em promover o desenvolvimento” foi o objetivo central da 9.ª edição do Caminho dos Hospitais que decorreu em Vila Real. Para Alexandre Lourenço, presidente da APAH, existe ainda iniquidade na distribuição dos profissionais de saúde e dos recursos a nível do sistema de saúde, “embora seja um tema que não tem sido muito discutido”.

A conferência/debate subordinada ao tema “**A prestação de cuidados de saúde e a interioridade**” teve lugar no auditório do Hospital São Pedro de Vila Real, no CHTMAD, tendo sido abordada a coesão territorial como fator de desenvolvimento local pelo Professor Doutor José Portela, professor catedrático aposentado da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. José Portela tem estado ligado às questões locais, é doutorado em Sociologia Rural pela universidade de Wales, no Reino Unido e colabora nas questões de desenvolvimento rural na associação Animar (Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Local).

José Portela chamou a atenção da assistência para uma interrogação que António Aleixo levantava: “Por que será que não vemos, nem mesmo perto dos olhos?”. Depois de apresentar o conto chinês que daria origem ao provérbio “Zheng compra sapatos”, com que os chineses satirizam os que acreditam mais nos dogmas do que na realidade obje-

tiva, deixou o conselho: “Por que é que nós acreditamos nos indicadores, como o cordel, e não vemos a realidade? Qualquer indicador, por exemplo, o cordel, é apenas uma faceta, quantitativa, do poliedro mundo em que vivemos. E urge, do meu ponto de vista, sentir o sapato no pé. Sentir o pulsar do mundo, ou seja, neste caso, calçar e testar o sapato”.

No decurso da sua palestra, José Portela partilhou com a audiência as diferentes dimensões da interioridade, da ruralidade, do desenvolvimento local, da cidadania ativa, da igualdade e a coesão social na sociedade portuguesa. A sua palestra foi enriquecida com a partilha de alguns casos reais que ilustraram precisamente a temática em análise:

> “No centro de saúde de um amigo meu, médico, no Alentejo, confirmou-se uma queda drástica do número de consultas após a formação de um grupo coral. As pessoas iam ao centro de saúde para conviver, para se encontrarem. O lado social era muito importante. E, quando ele fez a sugestão de que o grupo coral podia ser uma saída, passou a ter menos consultas”.

> “Quando fiz investigação em áreas de Trás-os-Montes sobre problemas de idosos, as viúvas reagiam, assim, à ideia dos centros de dia: ‘Não preciso nada de um centro de dia, de dia ando aqui na minha horta. O que eu precisava era de um centro de noite. Tenho medo da noite. Vou dormir com a minha vizinha’”.

Na ocasião, o presidente do CHTMAD reiterou a importância de investir nos hospitais da região, não só em recursos humanos, mas também em equipamentos e tecnologias. “Nós temos que ter diferenciação”, defendeu João Oliveira. Para o dirigente “Não podemos deixar de perseguir o objetivo de termos hospitais centrais e de referência tão bons ou melhores do que qualquer hospital do litoral”.

Os elogios ao trabalho que tem vindo a ser desenvolvido por João Oliveira ouviram-se logo na sessão de abertura do evento, quando o presidente da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, I.P., questionou: “Será que a interiori-



© JUST NEWS



© JUST NEWS



© JUST NEWS

dade e a ruralidade só estarão nas nossas cabeças ou também estarão nos mapas?". *"Falamos muito em qualidade de vida, em acesso fácil a uma série de equipamentos, etc., mas nem com a afiliação nós conseguimos colocar médicos no interior. Exceto com a política de contratações que o Dr. João Oliveira e o seu Conselho de Administração têm levado a cabo"*, afirmou Pimenta Marinho, que fez questão de adiantar que a Ordem dos Médicos considera "tranquila" a situação no CHTMAD.

A moderação do debate esteve a cargo de Delfim Rodrigues, presidente do Conselho de Administração do Hospital da Senhora da Oliveira, E.P.E., em Guimarães e contou com a participação como comentadores de Isabel Antunes, presidente da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, E.P.E., Carlos Vaz, presidente da ULS do Nordeste, E.P.E., e Carlos Alberto Silva, presidente do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E..

O presidente da ULS do Nordeste, E.P.E., referiu na sua intervenção a *"luta enorme, nomeadamente, da Oncologia, luta titânica, com a oposição total dos hospitais do Porto..."*, admitindo que a sua ULS tem feito "bons acordos" com o CHTMAD, Carlos Vaz falou na *"articulação funcional efetiva"* como solução para a realidade que se vive naquela zona do país, deixando evidente que *"será melhor eu apoiar, e apoio fervorosamente, o desenvolvimento de algumas atividades em Vila Real, porque, pelo menos, está a uma hora de Bragança..."*.

Por seu turno, Carlos Alberto Silva defendeu ser preciso fazer *"qualquer coisa diferente e disruptiva"* para apoiar o interior. Aliás, no seu entender, este *"não é, no caso concreto da saúde, o causador do descalabro dos custos"*, considerando estar *"ali na fronteira entre o litoral e o interior"*, dizendo que, se for preciso, se deve pagar mais aos médicos, enfermeiros, auxiliares... para os cativar a fixarem-se no interior. *"De uma forma muito pragmática, para lá dos 60 km do litoral, temos de fazer qualquer coisa de diferente. Numa primeira fase, e não havendo outra forma, que se pague o dobro aos jovens profissionais"*.

Isabel Antunes, médica de família que assumiu as funções de presidente da ULS da Guarda, E.P.E., recentemente, disse que se deve apostar em duas palavras que considera serem a chave para o problema da interioridade: rede e partilha. *"Funcionar em rede e funcionar com a partilha daquilo que existe"*, advoga, até porque *"os recursos são finitos, principalmente os financeiros, para o sistema de saúde, sobretudo para o SNS, sempre subfinanciado"*. O investimen-

to na tele-saúde deverá, na sua opinião, ser considerado, desde logo porque *"hoje em dia, tanto funciona na vertente preventiva como na monitorização dos nossos doentes, ou nas consultas"*. Depois, *"definitivamente, hospitais e Cuidados de Saúde Primários nunca mais devem estar de costas voltadas"*, contrariando a "cultura hospitalocêntrica". *"Não faria mal haver consultorias de especialidades hospitalares nos centros de saúde e de Medicina Geral e Familiar nos hospitais"*, referiu Isabel Antunes, que apela à criação de unidades móveis de saúde, para diminuir a afluência aos hospitais e aos centros de saúde, mas também porque *"podem funcionar como uma forma de partilha social"*. Por outro lado, as parcerias inter-hospitalares *"poderiam originar uma melhoria muito grande na alocação de recursos"*.

Os participantes no encontro tiveram a oportunidade de analisar e discutir a problemática associada à responsabilidade que as unidades hospitalares têm na garantia da equidade e do acesso à saúde e na promoção do desenvolvimento regional. Na ocasião, os intervenientes tiveram a oportunidade de partilhar o muito que tem vindo a ser feito e deve ser feito no combate às desigualdades e iniquidades.

Reportagem fotográfica em:
<https://justnews.pt/galeria/album/caminho-dos-hospitais-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-e-a-interioridade>



© JUST NEWS

Em Coimbra, a APAH promoveu a Conferência/Debate sobre os desafios da cibersegurança na saúde, sobretudo ao nível hospitalar, dada a grande exposição ao risco decorrente da crescente utilização de meios tecnológicos na área da saúde, aliada ao atual nível de complexidade dos sistemas de informação. As instituições de saúde têm vindo a sofrer um crescente número de incidentes de segurança, que representam uma ameaça para o funcionamento das redes e dos sistemas de informação. Neste contexto, é premente reforçar os mecanismos de proteção dos sistemas, no tocante à proteção dos dados de saúde e ao funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS). É, assim, fundamental prover o SNS de meios, de recursos técnicos e logísticos e de competências necessárias à melhor preservação dos meios tecnológicos ao serviço do cidadão, garantindo a proteção da informação e a preservação da qualidade dos recursos que contribuem para a prestação contínua de cuidados de saúde. Atuar na prote-



© JUST NEWS

ção, na vigilância e nas avaliações de segurança de cada prestador de cuidados de saúde devem ser uma constante, quer para a minimização do risco de perda de dados, quer como garantia da qualidade dos serviços prestados.

A última edição do Caminho dos Hospitais, moderada pela Dr.^a Helena Reis Marques, contou com um excelente Painel de oradores: (i) Dr.^a Carla Barbosa, advogada e investigadora do Centro de Direito Biomédico, abordou os desafios da cibersegurança do ponto de vista do direito; (ii) Professor Doutor Henrique Martins, Presidente da Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), versou sobre os desafios da cibersegurança do ponto de vista da SPMS; (iii) Engenheiro Pedro Couceiro, Diretor do Serviço de Gestão de Sistemas de Informação do IPO Coimbra, descreveu o plano de combate ao *ransomware* do IPO Coimbra e (iv) Professora Doutora Teresa Magalhães, Administradora Hospitalar no Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., expôs o papel dos administradores hospitalares nas questões relacionadas com a cibersegurança e a segurança de informação.

Como principais conclusões, retenham-se sobre **“Os desafios da cibersegurança na saúde”** as seguintes mensagens:

i. Numa tentativa de aproximação da legislação aos avanços tecnológicos, prevê-se a entrada em vigor do novo enquadramento jurídico de proteção de dados em maio de 2018, sob a forma de Regulamento. A título de exemplo, quando comparado com a Diretiva 95/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, o novo diploma possibilitará: (i) uma diferenciação mais permissiva no tratamento de dados para fins assistenciais e de investigação; (ii) o recurso à pseudoanonimização e (iii) a criação da figura de “Data Protection Officer”.

ii. Contudo, a tecnologia implementada atualmente em Portugal não acompanha o novo Regulamento de proteção de dados. Na verdade, em termos de cibersegurança há ainda um caminho a percorrer, por forma a garantir a proteção dos dados face às crescentes ameaças. Note-se que os incidentes de cibersegurança no SNS têm vindo a aumentar, pelo que importa assegurar a sua notificação aos SPMS (conforme previsto no Despacho n.º 1348/2017, de 8 de fevereiro).

iii. É, assim, imprescindível apostar na formação e no investimento tecnológico na área da segurança, devendo ser reforçada: (i) a formação a utilizadores das tecnologias da informação e comunicação (TIC); (ii) a filtragem da informação via e-mail e via WEB e (iii) a adoção de políticas comuns de gestão de risco e de estratégias de combate à fraude.

iv. Ora, criando-se uma cultura de gestão do risco e de segurança e proteção dos dados nos profissionais do setor da saúde, contribuiu-se para que os mesmos conheçam e apliquem os direitos e deveres dos utentes e dos profissionais no tocante a estas matérias. Neste sentido, a APAH aposta na formação com parceiros estratégicos tendo, para efeitos de gestão de informação de saúde, constituído um grupo de trabalho em novembro de 2017. ▴



© JUST NEWS

Dez Mandamentos de Segurança

- 1.** Não introduzirás PEN alheias no PC de trabalho.
- 2.** Não deixarás o teu PC desbloqueado, mesmo entre amigos ou colegas.
- 3.** Não esquecerás os backups e apostarás nas redundâncias.
- 4.** Não esquecerás o antivírus.
- 5.** Não cobiçarás phishing alheio.
- 6.** Assumirás o papel de melhor linha de defesa contra os ciberataques.
- 7.** Não desejarás trabalhar fora de ambientes de redes seguras.
- 8.** Não partilharás passwords e códigos de acesso.
- 9.** Amarás as medidas de segurança sobre todas as coisas.
- 10.** Não procrastinarás as atualizações, mesmo aos domingos e feriados.

FONTE: Ministério da Saúde, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS). A segurança da informação - Informação ao colaborador. Novembro, 2017.

Reportagem Fotográfica em:
<https://justnews.pt/galeria/album/caminho-dos-hospitais-no-ipo-de-coimbra-os-desafios-da-ciberseguranca-na-saude>



Advancing Therapeutics, Improving Lives.



Há 30 anos que a Gilead investiga e desenvolve medicamentos inovadores em áreas de importante necessidade médica como a infeção pelo VIH/SIDA, Hepatites Virais Crónicas, Infecções Fúngicas Sistémicas, Doenças Respiratórias e Cardiovasculares e 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.
Abrilim Saldanha, Praça Duque de Saldanha, n.º 1 - 8.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) ou 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.
Data de preparação: março 2017 | 000/PT/17-03/IN/1242

IX FÓRUM DO MEDICAMENTO

A PARTILHA DE RISCOS

COMO PROMOTORA DE GANHOS

EM SAÚDE



ESTADO DA ARTE NA EUROPA E IMPLICAÇÕES PARA PORTUGAL MARCAM A 9.ª EDIÇÃO DO FÓRUM DO MEDICAMENTO

A pressão para o aumento de investimento na área da saúde, agravada pelo progressivo envelhecimento da população e pela evolução tecnológica, nomeadamente o desenvolvimento de novos medicamentos e de meios de diagnóstico mais eficazes a par com as expectativas da população, marcam profundamente a sociedade e os sistemas de saúde.

Contudo, face às restrições orçamentais, os sistemas de saúde dos países mais desenvolvidos têm experimentado uma grande variedade de instrumentos de natureza administrativa, com o objetivo de reduzir a incerteza causada pela introdução de novos medicamentos e o seu impacto na sustentabilidade económica e financeira. Os acordos de partilha de risco entre Estados e Indústria Farmacêutica surgem, neste âmbito, como um instrumento de garantia de acesso, podendo contribuir, simultaneamente, para a sustentabilidade do investimento.

Os desafios que a inovação tecnológica coloca à gestão hospitalar estiveram em discussão na manhã do dia 17 de novembro de 2017 na Central Tejo - Fundação EDP, no IX Fórum do Medicamento da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), subordinado ao tema "A partilha de riscos na promoção de ganhos em saúde". O evento contou com uma adesão expressiva dos diversos atores do Sistema e foi emitido pela primeira vez em *Live streaming*.

A iniciativa que foi presidida por Francisco Ramos, Presidente do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., visou contribuir para a discussão associada à implementação dos designados acordos de partilha de risco, contando com o apoio da Astra Zeneca. Do programa fizeram parte 3 sessões, onde se privilegiou a análise, reflexão e debate das políticas e práticas implementadas, bem como a procura de soluções concertadas que permitam ultrapassar os desafios para a elaboração de modelos de partilha de risco no acesso a medicamentos inovadores.

Claudio Jommi, Professor Associado de Gestão do De-

partamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Novara (Itália), Pedro Pita Barros, Professor Catedrático da *Nova School of Business & Economics* e Mark Van Houdenhoven, Professor de Gestão Económica em Saúde na *Nijmegen School of Management* da Universidade de Radboud (Holanda) e CEO do Hospital Sint Maartenskliniek, foram os oradores principais desta 9.ª edição do Fórum do Medicamento.

Claudio Jommi abordou na sua palestra, *Innovation and managed entry agreements: general issues and the Italian case-study*, o estado da arte na gestão da inovação na área do medicamento, tendo como base a experiência italiana de partilha de risco na área do medicamento. Refira-se que Itália é reconhecida como o país com mais experiência nesta área.

Do programa salienta-se ainda a intervenção realizada por Pedro Pita Barros, relator do parecer *"Opinion on Innovative payment models for high-cost innovative medicines"* da responsabilidade do *Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health* da Comissão Europeia e cujo relatório se encontrava na ocasião em discussão pública.

A Mark Van Houdenhoven coube a apresentação nacional do projeto europeu *Healthcare Purchase Benchmark*. A APAH tem estado a colaborar neste projeto, o qual tem como objetivo aumentar a transparência na compra de medicamentos e tecnologias de saúde de forma a equilibrar a relação entre fornecedores e compradores. No painel intitulado "partilha de boas práticas", moderado por Paulo Barbosa, presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E., foi ainda possível acolher os comentários e contributos de António Dias Alves (presidente do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.), Carlos Santos (presidente do IPO de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.) e Francisco Velez Roxo (presidente do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.).

Por último, vários especialistas nacionais juntaram-se para debater os compromissos necessários com vista a assegurar a efetiva implementação de modelos sustentáveis de partilha de risco em Portugal. O debate moderado por Dulce Salzedas (jornalista da SIC) contou com a participação de Maria Céu Machado, presidente do INFARMED; Henrique Martins, presidente dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.; João Paulo Cruz, Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.; Nuno Miranda, diretor do Programa Nacional de Doenças Oncológicas da Direção-Geral da Saúde; Henrique Luz Rodrigues, Ordem dos Médicos; Helena Farinha, Ordem dos Farmacêuticos; Heitor Costa, APIFARMA e Tamara Milagre, presidente da associação EVITA.

Na apresentação das conclusões, Francisco Ramos, *chairman* da reunião, referiu que *"Há décadas que há processos de partilha de risco e de negociação entre o Ministério da Saúde e a Indústria Farmacêutica, mas a genera-*

lidade de nós, que trabalhamos no sistema, não fazemos a mais pequena ideia de qual é o conteúdo desses acordos e muito menos sabemos o resultado dos contratos assinados'. Reforçou a sua intervenção referindo que o secretismo e a confidencialidade têm sido um ponto comum de todo o trabalho feito, ao longo dos anos, concluindo que há ainda muito a fazer para que não se continue a gerir esta questão com base em incertezas e com uma grande dose de falta de transparência: *"É a pior das características para que, de facto, este possa ser um trabalho de sucesso numa área que envolve milhares e milhares de profissionais, do prescritor ao gestor, passando pelo responsável farmacêutico"*.

Comentando a intervenção de Mark Van Houdenhoven, Francisco Ramos reforçou que a transparência nos processos de compra de medicamentos é *"um elemento essencial para que possamos tomar decisões informadas"*, admitindo que *"os preços secretos são, de facto, muito apetecíveis para todas as entidades que intervêm nesta matéria"*. *"Os estudos conhecidos, que são poucos, escassos, mostram enormes variações de preços na Europa, o que significa que a sua determinação continua a ser uma enorme 'caixa preta', sem que se conheçam minimamente os critérios usados"*.

O evento foi encerrado pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde. Na sua intervenção, Manuel Delgado referiu que, embora sendo óbvia a razão pela qual são os administradores hospitalares os primeiros a preocuparem-se com a matéria dos custos dos medicamentos, *"gostaria que essa preocupação fosse partilhada, designadamente, com a profissão médica porque, afinal, são os médicos que prescrevem"*. Referindo-se à *"clara mudança de paradigma"* relacionada com o crescente protagonismo das doenças crónicas, o que origina uma natural subida do consumo de medicamentos em ambulatório, o governante sublinhou que *"É nas terapêuticas de médio e longo prazo, no seu planeamento, nos modelos de distribuição e controlo e na farmacovigilância que devemos concentrar a nossa atenção"*, contando, para isso, com o contributo de todos os agentes do setor.



© JUST NEWS

Reportagem fotográfica em:
<https://www.justnews.pt/galeria/album/ix-forum-do-medicamento>

DE VOLTA A RENNES... COM OS OLHOS NO FUTURO



RUI SANTANA

Sub-Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-NOVA)



SÍLVIA LOPES

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

Como muitos saberão, a história da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP-NOVA) bem como o ensino e exercício da Administração Hospitalar no nosso país beneficiaram da influência significativa de uma escola reconhecida a nível internacional: a *École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)*, em Rennes. Esta influência foi veiculada mormente por parte de seis profissionais (Correia de Campos, Cristiano de Freitas, Eduardo Sá Ferreira), que, em finais dos anos 60 do século passado, trouxeram os ensinamentos e experiências francesas para terras lusas.

Apesar de nem sempre ter existido uma colaboração estreita ao longo das últimas décadas, a EHESP e a ENSP-NOVA são escolas que apresentam características, experiências e desafios comuns.

Uma das características marcantes que se mantém até aos dias de hoje é o reconhecimento das suas funções académicas e científicas como forma de responder à necessidade de uma formação específica e adequada para a prática em Administração Hospitalar. Para o efeito dispõem de corpos docentes mistos, combinando professores de carreira na área científica da gestão de organizações de saúde com um conjunto de professores convidados com experiência relevante na prática hospitalar. A capacidade de aliar ciência e experiência permite transmitir um conjunto de conhecimentos fundamentais para os futuros administradores hospitalares de ambos os países.

Esta estreita relação entre investigação e experiência prática só é possível com uma capacidade ímpar de desenvolvimento das atividades académicas de forma articulada com as organizações de saúde. A participação de

profissionais em projetos de investigação e ações letivas, a realização de estágios em organizações de saúde ou o desenvolvimento de projetos de investigação em contexto hospitalar são exemplos da estreita relação entre as instituições do sistema de saúde e a academia em ambos os países. Estas práticas comuns entre a EHESP e a ENSP-NOVA nos seus respetivos países são traços diferenciadores de um processo de transferência de conhecimentos entre a academia e a sociedade.

O caminho traçado por ambas as escolas também apresenta similaridades, nomeadamente a sua integração no seio académico, deixando a tutela dos respetivos Ministérios da Saúde. A ENSP-NOVA foi incorporada na Universidade NOVA de Lisboa em 1994, enquanto a EHESP foi incorporada mais recentemente, a partir de 2007. A transformação de escolas que na sua génese desenvolveram as suas atividades sobretudo em áreas de ensino e formação, para áreas de criação de valor através da investigação científica, constituiu um paradigma transformador pelo qual ambas as instituições procuram prosseguir.

Neste particular, a estratégia de internacionalização e do estabelecimento de redes de excelência são nos dias de hoje necessidades primordiais em ambas as Escolas. No último ano, a EHESP e a ENSP-NOVA têm vindo a realizar um conjunto de ações, entre as quais se destacam as visitas de turmas francesas ocorridas durante 2016 e 2017. Também o Curso de Especialização em Administração Hospitalar (CEAH) da ENSP-NOVA, no passado mês de outubro, se deslocou a Rennes para uma visita de estudo e troca de experiências. O contacto com os alunos do curso de *Attaché d'Administration Hospitalière* da EHESP deu

lugar a uma troca de experiências, não só sobre o conteúdo e formato da formação, mas também sobre a atividade profissional após a sua conclusão.

Esta iniciativa incluiu também uma visita ao *Hôpital Européen Georges-Pompidou (HEGP)*, um grande hospital central em Paris. Durante esta visita os alunos do CEAH tiveram oportunidade de conhecer o sistema de saúde francês, em termos da sua organização e financiamento. Visitaram ainda as instalações da farmácia, da radioterapia e da urgência do HEGP.

Os desafios futuros das escolas e da administração hospitalar são comuns e os seus caminhos continuarão a cruzar-se. Ao nível institucional, esta visita constituiu mais um passo no fortalecimento da ligação entre a ENSP-NOVA e a EHESP ao permitir a discussão de um plano de atividades conjunto a levar a cabo no triénio 2018-20. Entre essas atividades incluem-se o intercâmbio de docentes e de *staff*, bem como a organização de atividades de ensino e investigação em colaboração entre as duas instituições. Salienta-se igualmente a possibilidade de alunos portugueses poderem realizar o seu estágio no âmbito do Curso de Especialização em Administração Hospitalar em hospitais franceses e de alunos franceses realizarem também os seus estágios no nosso contexto. ■



Participaram na visita Ana Bento, Ana Silva, Carmo Gouveia, Célia Rodrigues, Daniel Santos, David Mateus, Hugo Raimundo, Mavilde Vitorino e Vera Afonso (alunos do CEAH) e Alexandre Abrantes, Rui Santana e Sílvia Lopes (docentes da ENSP-NOVA).



INAUGURAÇÃO DA PRIMEIRA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DO SUCH

Foi inaugurada, no passado dia 11 de dezembro, a primeira central do SECH (Serviço de Esterilização Comum dos Hospitais), localizada no Hospital Pulido Valente, com a presença do Sr. Ministro da Saúde, Prof. Doutor Adalberto Campos Fernandes, sendo que a primeira pedra desta obra foi lançada em 26 de maio deste ano.

Sob a égide do SUCH – Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, esta Central que, numa primeira fase irá servir os centros Hospitalares de Lisboa Norte, Lisboa Ocidental e a ARS LVT, representa um investimento de cerca de 3.500.000,00€ e cria, já na 1.ª fase, cerca de 49 postos de trabalho (aumentando para 95 postos na 2.ª fase).

Apetrechada com equipamentos de topo e com a mais recente tecnologia, esta unidade visa processar dispositivos médicos seguros e adequados à utilização prevista e garantir a satisfação dos seus utilizadores através da prestação de um serviço de qualidade.

APAH MARCA A AGENDA

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

➤ 3.ª CONFERÊNCIA DE VALOR APAH

[20-21 outubro 2017, Évora]

A APAH realizou a 3.ª Conferência de VALOR APAH no Hotel Vila Galé, Évora, dedicada ao tema “Modelos de hospitalização e continuidade de cuidados”. Ver reportagem na presente edição.

➤ PRÉMIO HEALTHCARE EXCELLENCE 2017

[20-21 outubro 2017, Évora]

A APAH realizou a 4.ª Edição do Prémio Healthcare Excellence no Hotel Vila Galé, Évora. Ver reportagem na presente edição.

➤ C-HEALTH CONGRESS 2018

[25 outubro 2017, Porto Salvo]

A APAH participou no C-Health Congress 2018 dedicado à temática “Humanizar os dados”.

➤ 2.º LEAN HEALTH MEETING

[2-3 novembro 2017, Lisboa]

Pela relevância do tema, a APAH apoiou institucionalmente este evento organizado pelo Virginia Mason Institute e pela Associação Portuguesa Desenvolvimento Hospitalar (APDH). Na iniciativa participaram como oradores o Presidente e o Vice-Presidente da Direção da APAH, e vários outros administradores hospitalares, demonstrando o interesse na adoção das ferramentas Lean na gestão hospitalar em Portugal.

➤ MEDICA 2017 – WORLD FORUM FOR MEDICINE

[12-15 novembro 2017, Dusseldorf]

A APAH promoveu durante a Medica 2017 o 27.º Congresso da Associação Europeia de Diretores de Hospitais (EAHM/AEDH), A promoção passou pela presença permanente no stand da Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V (Associação de Diretores Hospitalares da Alemanha), entrevistas a órgãos de comunicação especializados, e apresentação do filme do Congresso durante a IMPO Conference e a European Hospital Conference.

➤ 3rd EHEALTH SECURITY CONFERENCE – SEGURANÇA EM EHEALTH – PROTEÇÃO DO HOSPITAL DO FUTURO

[15 novembro 2017, Lisboa]

A administradora hospitalar Teresa Magalhães participou no painel “Collaboration, Communication, and Training for Cybersecurity in healthcare” e apontou algumas fragilidades ainda existentes no sistema de saúde por falta de comunicação efetiva entre profissionais e utentes, destacando a importância do consentimento informado, regulamentação da proteção de dados e do envolvimento não só dos profissionais de saúde mas também dos profissionais de IT e da necessidade de um maior investimento na cultura de gestão do risco.

➤ IX FÓRUM DO MEDICAMENTO

[17 novembro 2017, Lisboa]

A APAH realizou a 9.ª Edição do Fórum do Medicamento na Central Tejo – Fundação EDP, Lisboa dedicada ao tema “A Partilha do risco na promoção de ganhos em saúde”, tendo sido presidida por Francisco Ramos – Presidente do Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Este foi um momento privilegiado para promover o debate e construção de compromissos entre todos os agentes do setor para a implementação dos acordos de partilha de risco como forma de garantir a introdução e acesso à inovação terapêutica, tendo por base um financiamento alocado à obtenção de resultados de saúde efetivos para os utentes. Ver reportagem na presente edição.

➤ VIII CONFERÊNCIA ANUAL DO HCP

[21 novembro 2017, Lisboa]

A edição deste ano teve como tema: “Saúde em Portugal: construir consensos para além 2020 e mais além”. A APAH foi representada na Conferência pelo seu Antigo Presidente e atual Presidente da Mesa da Assembleia-Geral, Pedro Lopes, que participou como comentador da mesa-redonda “O futuro e o valor económico da Saúde em Portugal”.

➤ 3.ª CONFERÊNCIA APIFARMA

[23 novembro 2017, Lisboa]

A APAH participou no painel de discussão da 3.ª reunião do Ciclo de Conferências da APIFARMA “Investir, Inovar, Avançar” subordinado à temática de “Por um Financiamento Adequado”.

➤ 10.ª SEMANA APFH – X CONGRESSO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FARMACÊUTICOS HOSPITALARES

[24 novembro 2017, Estoril]

Subordinada ao tema “Farmacêutico clínico a chave do sistema de saúde”, a iniciativa contou com a participação da APAH, através da presença do seu Presidente, na sessão “Os Serviços Farmacêuticos no Sistema de Saúde”, tendo abordado as “Expectativas da Administração Hospitalar” quanto aos serviços farmacêuticos.

➤ CONFERÊNCIA JORNAL DE NEGÓCIOS/JANSSEN: INVESTIR EM SAÚDE – OBTER RESULTADOS

[29 novembro 2017, Lisboa]

Esta foi a 2.ª edição de uma iniciativa promovida pela Janssen e pelo *Jornal de Negócios*, com o apoio institucional da APAH. A Conferência teve como principal orador Rafael Bengoa, Codiretor do Institute for Health & Strategy. O painel de oradores foi composto por vários especialistas nacionais e internacionais.

➤ 10.º CAMINHO DOS HOSPITAIS

[4 dezembro 2017, Coimbra]

A APAH coorganizou com o IPO Coimbra mais uma Conferência-debate inserida na iniciativa “Caminho dos Hospitais”, desta feita dedicada ao tema “Os desafios da Cibersegurança na Saúde”. Este Caminho dos Hospitais teve ainda dois momentos relevantes: a homenagem carreira a Helena Reis Marques e a participação do Emérito Administrador Hospitalar Júlio Reis, do I Curso de Especialização em Administração Hospitalar. Ver reportagem na presente edição.

➤ WORKSHOP GESTÃO INTEGRADA DO ACESSO

[21 dezembro 2017, Lisboa]

A APAH coorganizou com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) este workshop que teve como finalidade discutir o modelo conceitual do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA) e partilhar constrangimentos e boas práticas para a melhoria do acesso no Sistema Nacional de Saúde.



EVENTOS +

...DEIXAMOS AQUI ALGUMAS SUGESTÕES DE **EVENTOS FUTUROS:**

ORGANIZAÇÃO APAH

> Homenagem a Augusto Mantas, João Urbano e Margarida Bentes

Data: 17 janeiro 2018

Local: Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa

> Caminho dos Hospitais – 10 Anos a Integrar Cuidados – Boas Práticas

Data: 19 janeiro 2018

Local: Unidade Local Saúde do Norte Alentejano, Hospital Dr. José Maria Grande, Portalegre

> Seminários "Código dos Contratos Públicos Revisto"

Data: 30 janeiro 2018

Local: Infarmed, Lisboa

> Seminário Código dos Contratos Públicos

Data: 23 fevereiro 2018

Local: Auditório do Hospital Santo António, Porto

> 4.ª Conferência de Valor APAH – Modelos de Gestão de Acesso à Urgência e Continuidade Hospitalar

Data: 16-17 março 2018

Local: Hotel Montebelo, Viseu

Mais informações em: <http://www.apah.pt>

> 5.ª Conferência de VALOR APAH

Modelos de Liderança e Gestão da Mudança em Saúde

Data: 8-9 junho 2018

Local: Hotel Aqualuz, Troia

Mais informações em: <http://www.apah.pt>

> 27th EAHM Congress (European Association of Hospital Managers) – Redefining the Role of Hospitals – Innovating in Population Health

Data: 26 e 28 setembro 2018

Local: Centro de Congressos do Estoril

Mais informações em: <http://www.eahm-cascais2018.com>

A APAH RECOMENDA

> Global Conference on Integrated Care 2018

Data: 1-3 fevereiro 2018

Local: Resorts World Sentosa, Singapura

Mais informações em: <https://integratedcarefoundation.org/events/global-conference-on-integrated-care-2018>

> Study Tour to Age Friendly Ireland

Data: 21-23 fevereiro 2018

Local: Meath, Cavan and Louth, Irlanda

Mais informações em: <https://integratedcarefoundation.org/events/study-tour-to-age-friendly-ireland>

> The 5 C's of Integrated Healthcare: Care, Collaboration, Cost, Community, & Culture

Data: 8-10 março 2018

Local: Phoenix, Estados Unidos

Mais informações em: <https://integratedcarefoundation.org/events/the-5-cs-of-integrated-healthcare-care-collaboration-cost-community-culture>

> ICIC18 – 18th International Conference on Integrated Care

Data: 23-25 maio 2018

Local: NBC Congrescentrum, 3438 LC Nieuwegein, Utrecht, Holanda

Mais informações em: <https://integratedcarefoundation.org/events/icic18-18th-international-conference-on-integrated-care-utrecht>

> EHMA 2018 Annual Conference – Making It Happen

Data: 20-22 junho 2018

Local: Budapeste, Hungria

Mais informações em: <http://ehma.org/event/ehma-2018-annual-conference-making-happen/>

> 42nd IHF World Hospital Congress – Patient-friendly & Smarter Healthcare

Data: 10-12 outubro 2018

Local: Brisbane, Austrália

Mais informações em: www.hospitalcongress2018.com

OUTROS EVENTOS

> XXII Jornadas Nacionais Patient Care

Data: 1-2 março 2018

Local: Vilamoura

Mais informações em: <http://www.admedic.pt/eventos/xxii-jornadas-nacionais-patient-care.html>

> XXXVIII Congresso Nacional de Cirurgia

Data: 8-10 março 2018

Local: Lisboa

Mais informações em: <http://www.spcir.com/congresso/>

> Congresso da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia 2018

Data: 9-10 março 2018

Local: Lisboa

Mais informações em: <http://sitespa.spanestesiologia.pt/congresso-da-sociedade-portuguesa-de-anestesiologia-2018/>

> Encontro Renal 2018

Data: 22-24 março 2018

Local: Vilamoura

Mais informações em: http://www.spnefro.pt/encontro_renal

> 23.º Congresso Português de Cardiopneumologia

Data: 6-8 abril 2018

Local: Figueira da Foz

Mais informações em: <http://www.aptec.pt/>

> 8th European Congress on Head and Neck Oncology – ECHNO 2018

Data: 11-14 abril 2018

Local: Roma, Itália

Mais informações em:

<https://www.ehns.org/site/echo-2018.html>

> XXIV Reunião Anual do Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes (NEDAI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Data: 12-14 abril 2018

Local: Vila Real

Mais informações em: <https://www.nedai.org/>

> Congresso Português de Cardiologia 2018

Data: 28-30 abril 2018

Local: Vilamoura

Mais informações em: <http://www.spc.pt/spc/>

> 11.º Congresso Internacional de Autoimunidade

Data: 16-20 maio 2018

Local: Lisboa

Mais informações em: <http://www.autoimmunity.kenes.com/2018/Pages/default.aspx#.Wk0IKI2p1aR>

> 24.º Congresso Nacional de Medicina Interna

Data: 31 maio-3 junho 2018

Local: Vilamoura

Mais informações em: <http://www.spmi.pt/>

> 11.ª reunião anual da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa – 2018

Data: 1-2 junho 2018

Local: Peniche

Mais informações em: <https://11.aeop.pt/>

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



A CONSTRUIR O SNS

PARCEIROS PRATA



PARCEIROS BRONZE



www.apah.pt