

Hospital



Manuel Delgado

Secretário de Estado da Saúde

“Gostaria que os hospitais tivessem uma gestão mais profissionalizada”

Luís Campos e o Hospital do futuro

“A Medicina Interna é a especialidade mais carenciada do SNS”

Ana Escoval e o financiamento hospitalar

“Cada hospital deve dispor dos meios financeiros necessários à prossecução dos objectivos”

Análises sobre o tema de José Cotter e Augusto Faustino

A Fazer História na **PREVENÇÃO**
e no Combate à **INFEÇÃO!**

schülke -+



The plus of pure
performance





Advancing Therapeutics, Improving Lives.

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

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

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

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



Gilead Sciences, Lda.

Atrium Saldanha, Praça Duque de Saldanha n.º 1-8.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)
departamento.medico@gilead.com.

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

000/PT/14-10/IN/1768

ÍNDICE

EDITORIAL	4
ANÁLISE	6
GRANDE ENTREVISTA	20
OPINIÃO	30
INOVAÇÃO	34
APDH	40



Revista da Associação Portuguesa para o
Desenvolvimento Hospitalar



Diretora

Ana Escoval

Coordenadora

Marina Caldas

Redação

Edite Espadinha, Marina Caldas, Marina Tovar Rei,
António Santos e Ana Tito Lívio

Editora de Arte e Paginação

Joana Rita Bastos

Fotografia

Pedro Mensurado e APDH

Revisão

Ana Escoval, Ana Tito Lívio, António Santos,
Marisa Cristino, Paulo Espiga, Rita Santos

Diretor Comercial

José Ferreira

Impressão

UE

Tiragem

4.000 exemplares

Distribuição

Gratuita

Periodicidade

Bimestral

Projeto



Rua do Andaluz, nº 7 – 3º
1000-005 Lisboa
Tel: 213 805 160 - Fax: 213 805 169
geral@companhiadeideias.com

Propriedade

Associação Portuguesa para o Desenvolvimento
Hospitalar (APDH)
Gabinete HOPE&IHF Portugal

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 Lisboa

Tel. 217548278/79

Telm. 963668745

Email: geral@apdh.pt

HOPE: hopemail@hope.min-saude.pt

IHF: ihf@ihf.min-saude.pt

Website: www.apdh.pt



Financiamento da saúde em Portugal

“Doutor eu tenho uma guerra tremenda dentro da minha cabeça um euro e trinta e cinco cêntimos 16 de Agosto de 2011 não dá para o tabaco. Quero lembrá-lo que o verão está a acabar

e eu já ouço passos nos caminhos da lama e do medo e há coisas que só no verão se fazem e eu ainda não fiz como ouvir o rumorejar do mar nos meus pulsos.

Os seus medicamentos doutor deixam-me sem mim o meu pai disse-me que a minha doença só lhe traz problemas doutor há uma pedra intraduzível entre nós dois

(...)”

António Manuel Tavares(2014), in *Talvez seja essa certeza*. Editora Medula. 60pp

O sistema de saúde português adopta, desde a criação do SNS, o modelo de financiamento adequado à saúde pública que disponibiliza aos cidadãos, de acordo com a tradição da interpretação política dos preceitos constitucionais, de serviço universal e tendencialmente gratuito, e da capacidade de geração de riqueza da economia nacional.

O caminho do financiamento misto, predominantemente público e baseado em impostos, ao longo das últimas quatro décadas, favorece o desenvolvimento da coesão social e a soberana cidadania dos portugueses, com um SNS que garante a cobertura a todos os cidadãos residentes, que coexiste de forma sobreponível com subsistemas de saúde, para um quinto da população, e com seguros de saúde privados voluntários, de cobertura menos significativa.

Trata-se de um modelo que comporta sempre insuficiência de financiamento público, agudizada em tempos de crise económica, como sucede com os congéneres sistemas de saúde europeus, que não fica suprida com a convocação de financiamento privado dos cidadãos, em cerca de um terço das despesas de saúde, na forma de copagamentos e pagamentos diretos e dos mais elevados entre os países da OCDE.

A estrutura do financiamento da saúde em Portugal tem-se mantido estável ao longo do tempo, nesta forma combinatória, com pequenas variações nos seus componentes, e tem concitado um

consenso da decisão pública suficiente, em nome dos reconhecidos resultados de saúde alcançados, dos padrões de qualidade desenvolvidos e dos valores de solidariedade social promovidos.

Houve, todavia, em alguns momentos, processos de discussão tendente a apoiar mudanças na política do financiamento da saúde, documentada em relatórios e recomendações, que não chegaram a ser postas em prática, talvez, por o sentido das reformas da saúde da época decerto não as requererem.

E é isso mais uma vez que nos vem dizer o Secretário de Estado da Saúde na grande entrevista aqui publicada, ao pronunciar-se sobre a estabilidade do sistema de financiamento e a importância de gerir melhor o orçamento público que é consignado à saúde, com naturais reforços financeiros parcimoniosos determinados pelo crescimento económico que Portugal e a Europa alcancem nos próximos anos.

De par com a formulação da ideia generosa da concepção breve de uma forma de tomar conta da resolução das questões de saúde dos idosos na comunidade, e decerto de questões sociais, articuladamente, com cuidados personalizados ajustados às suas necessidades e de suporte aos cuidadores informais, da responsabilidade da rede de cuidados continuados e como imperativo da demografia, mas, também, da dignidade das pessoas idosas no seio das suas famílias.

Ainda, mas por fim, e porque o financiamento da saúde, de fundo público ou de bolso privado, é indissociável da produção de cuidados e do ambiente clínico em que a mesma tem lugar, importa também estabilizar a proficiência da relação terapêutica, afinal o espaço nobre dos serviços de saúde, pela atitude e modo compreensivo com que se fala e pratica a gestão do financiamento, mas também pela promoção do conforto clínico, aliviando assim o “tremendismo financeiro” e a “pedra intraduzível” que pairam sobre os prestadores e utilizadores dos serviços de saúde. ■

800 224 624

www.imag.pt

IMAG®

IMAGENS MÉDICAS PELA VIDA



MUITAS IMAGENS, UMA VISÃO: OLHAR PELA VIDA.

As imagens são tudo para nós e para quem diariamente nos confia a sua saúde. Através da excelência dos nossos recursos técnico-científicos, de uma equipa de profissionais especializada em diversas áreas de competência e da inovação constante em busca dos serviços mais inovadores, a IMAG garante diagnósticos rigorosos e de qualidade, numa rede de centros cada vez mais próxima.

Onde olhamos sempre bem pela vida.

EXAMES

IMAGIOLOGIA:

Ressonância Magnética
TAC
Colonografia por TAC
Cefalometria
Ecografia Geral
Ecografia Obstétrica 3D/4D
Ortopantomografia
Osteodensitometria
Raios-X

Mamografia
Biópsia Mamária e Prostática
Biópsia por Estereotaxia
Citologia Mamária, Tiróide
e Partes Moles
Colocação de Arpão por
Ecografia e Estereotaxia
Radiologia Geral e Pediátrica

CARDIOLOGIA:

Eco Doppler
Ecocardiograma
Ecocardiograma
Transesofágico
Eletrocardiograma
Holter
MAPA
Prova de Esforço

GASTROENTEROLOGIA:

Colonoscopia Esquerda
(com ou sem sedação)
Colonoscopia Total
(com ou sem sedação)
Endoscopia Digestiva Alta
(com ou sem sedação)
Retossigmoidoscopia

OUTROS:

Eletromiografia
Provas Funcionais
Respiratórias
Eletroencefalograma
Análises Clínicas

CENTROS

IMAG MAIA | IMAG MATOSINHOS | IMAG PORTO BATALHA | GINECO IMAG PORTO | IMAG PORTO ORDEM DA TRINDADE | IMAG V. N. GAIA
IMAG MEM MARTINS CDRE | IMAG MEM MARTINS CDRE II | IMAG MERCÊS | IMAG CACÉM | IMAG SINTRA | IMAG LISBOA OLAIAS
IMAG LISBOA SALDANHA | IMAG FARO FERNANDO SANCHO | HOSPITAL S. GONÇALO DE LAGOS – UNIDADE DE IMAGIOLOGIA



José Cotter *

Presidente da
Sociedade Portuguesa
de Gastrenterologia

FINANCIAMENTO PARA AS DOENÇAS GASTROINTESTINAIS

A Constituição Portuguesa determina que “Todos têm direito à proteção da saúde” e que “para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação”. Obviamente que tudo isto tem custos, mas pela importância que tem está explícito na nossa lei mais importante. Desta forma, ao reflectirmos sobre financiamento sobre as doenças gastrointestinais, devido ao seu extenso número (consequência da extensão do próprio aparelho digestivo), optaremos por focar neste texto algumas que pela sua importância prognóstica, pela sua particular repercussão na qualidade de vida ou como resultado de uma boa envolvência do Estado nos merecem destaque.

Começaremos pela Oncologia Digestiva, onde se sabe que cinco tumores do foro gastroenterológico (intestino, estômago, pâncreas, fígado e esófago) fazem parte do “top-ten” da oncologia atual. Alguns possíveis de diagnosticar

muito precocemente e por isso acarretar melhor prognóstico (fígado e estômago) e outros (intestino) possíveis mesmo de evitar. Mas para isso é necessário investir em programas de prevenção e rastreio, articulados, com a participação das instituições, profissionais de saúde e sociedade civil. Obviamente que tal poderá implicar um investimento imediato um pouco maior, mas que só uma classe política corajosa, preocupada com a saúde das populações e com uma visão de futuro, perceberá que o retorno inevitavelmente surgirá num médio prazo, implicando pela sua importância a proposta de “pactos de regime” e linhas de financiamento autónomas com a necessária monitorização de resultados. Medidas avulsas

como até agora sempre tem havido, traduzem-se apenas em resultados pontuais sem repercussão sobre a generalidade da população. Evitar uma doença oncológica significa uma poupança muito assinalável em tratamentos cirúrgicos, de quimio e/ou radioterapia, hoje responsáveis por uma fatia importante dos orçamentos hospitalares. Sem falar na qualidade de vida do cidadão, no

“Evitar uma doença oncológica significa uma poupança muito assinalável em tratamentos cirúrgicos, de quimio e/ou radioterapia”



VitalAire™



30 ANOS DE CRD EM PORTUGAL
30 anos
AIR LIQUIDE HEALTHCARE™

Confiança na Experiência



Melhoramos a qualidade de vida dos nossos pacientes

Oxigenoterapia

Ventiloterapia

Tratamento da Apneia do Sono

Aerossolterapia

Cuidados Respiratórios Domiciliários

GRÁTIS 800 201 550

24 horas por dia, 7 dias por semana



Air Liquide
HEALTHCARE

absentismo provocado pela doença e que o Estado tem de suportar. De todos os atrás citados, pela sua evidenciada eficácia, o rastreio do cancro do intestino (o cancro que maior mortalidade acarreta em números absolutos, com cerca de 11 mortos por dia em Portugal), afigura-se como o mais eficaz desde que sejam criados os meios e a articulação necessários que ao longo dos anos têm sido sucessivamente prometidos e adiados. Por todas estas razões deveria ser um desígnio nacional! Existem Normas de Orientação Clínica, há disponibilidade de prestadores no território nacional para dar cumprimento integral a essa Normas, os Hospitais têm a importante missão que lhes está determinada nas Normas de resolver o que não é exequível nos centros externos, o circuito está pois estabelecido. Tendo inclusivamente em consideração o custo muito mais elevado dos cuidados prestados dentro dos hospitais, cujo objectivo é fundamentalmente a prestação de cuidados diferenciados ou a doentes agudos.

Uma outra área preocupante é a respeitante às doenças inflamatórias intestinais (Doença de Crohn e Colite Ulcerosa). Estas doenças atingem no seu início predominantemente adultos jovens. Sendo benignas, pelo facto de se desconhecer ao certo os factores que as originam não têm ainda cura definitiva. Repercutem-se enormemente na qualidade de vida dos cidadãos atingidos, com sintomas incapacitantes e absentismo associados a internamentos frequentes. A sua terapêutica tem evoluído muito nos últimos anos com a utilização de fármacos biotecnológicos, totalmente comparticipados pelo Estado. Contudo, a acessibilidade a estes é inexplicavelmente diferente da de outros cidadãos que necessitam dos mesmos fármacos por padecerem de outras doenças, nomeadamente reumatológicas ou dermatológicas. Estes acedem aos fármacos junto dos seus médicos assistentes especialistas, enquanto os doentes com doença de Crohn e colite ulcerosa têm de o fazer apenas em consultas de hospitais públicos criando um

acréscimo de custos, consultas desnecessárias, listas de espera acrescidas e atendimento desadequado por não ser efectuado pelos seus próprios clínicos assistentes.

Mas mais grave, e que contraria a Constituição da República, é a falta de equidade entre cidadãos de que estes doentes têm sido vítimas pelo facto de não serem tratados da forma igual aos demais. Serão menos de vinte mil em Portugal, mas acarretam um peso assistencial muito grande nos Serviços de Gastrenterologia, como uma despesa significativa que importa reduzir ao mínimo optimizando os cuidados e simplificando processos, o que não tem acontecido. Certamente que a tutela, alertada que está para estes factos, em breve irá resolver a situação a contento de todos, com ganhos assistenciais, de eficácia e consequentemente financeiros, associado a uma melhoria dos cuidados prestados aos doentes.

Por último um bom exemplo, relacionado com o combate à Hepatite C. Um bom exemplo porque contrariamente aos atrás explanados, o anterior governo e o atual tiveram a visão longínqua de investir no curto prazo para poupar no médio e longo. Ao combater uma infeção com medicamentos altamente eficazes, ainda que caros mas que uma negociação aturada permitiu que os custos reduzissem, conseguiu-se tratar a maior parte da população infetada, sonhando-se neste momento com a possibilidade de erradicar a doença. Tal permitiu reduzir ou mesmo evitar complicações, internamentos e tratamentos subsequentes, alguns dos quais muito onerosos para o erário público (de que é um bom exemplo o transplante hepático), constituindo-se Portugal com um bom exemplo citado no exterior, que outros pretensamente com economias mais robustas do que a nossa, vieram a seguir. A monitorização do processo em todos os momentos, revelou-se fundamental para o êxito do processo e para o controlo dos custos, que muito provavelmente ficaram aquém do inicialmente esperado.

Para doentes com DII “a acessibilidade a fármacos biotecnológicos é inexplicavelmente diferente da de outros cidadãos que necessitam dos mesmos medicamentos por padecerem de outras doenças”

As doenças do foro gastroenterológico são inúmeras, necessitando como qualquer outra doença de outro foro de ter as condições e o financiamento público necessários para serem tratadas. O Estado tem um papel fundamental nesse campo, nomeadamente para proteger os mais desfavorecidos e como regulador. E nesse aspeto deve também preocupar-se em estimular a criação de subsistemas que possam ser auto-suficientes ou minimizar as comparticipações estatais, sem que os cuidados prestados sejam comprometidos. É também enfrentar a problemática dos Seguros de Saúde para que à semelhança do que acontece em outros países, estes Seguros sejam efectivos no momento em que o segurado deles necessita, subsidiando solidária e eficazmente a assistência na doença, realidade muitas vezes distante do que sucede em Portugal e que será uma das causas para que a adesão aos mesmos seja bem menor do que em outros países. Esta maior adesão libertaria o Estado de

despesas que atualmente tem, permitindo-lhe canaliza-las para áreas da saúde onde chegam deficientemente.

“Afigura-se um enorme défice no que diz respeito à sensibilização das populações para aspetos de prevenção primária, que podem evitar doenças no futuro e despesas”

Ainda na área das doenças gastroenterológicas afigura-se um enorme défice no que diz respeito à sensibilização das populações para aspetos de prevenção primária, que podem evitar doenças no futuro e despesas acrescidas. Também aqui a visão de futuro é fundamental. A promoção de hábitos saudáveis no quotidiano, sejam alimentares, sejam relacionados com a necessidade de exercício físico, de combate ao tabagismo e ao consumo excessivo de álcool, mais do que despesas são investimentos que trabalhados de uma forma integrada podem traduzir-se num sucesso assinalável e numa significativa melhoria da saúde das populações. ■

* Gastroenterologista





Augusto Faustino *

Instituto Português de Reumatologia,
Clínica de Reumatologia de Lisboa

FINANCIAMENTO PARA A REUMATOLOGIA

Falar de Financiamento para a Reumatologia, no âmbito geral do Financiamento da Saúde, pode ser entendido de formas muito diversas, as quais resumiria, respetivamente, em duas questões práticas e específicas, desde perspectivas mais restritivas até abordagens mais globais e abrangentes:

“O que necessita a Reumatologia para se financiar?”

De que forma pode o funcionamento e o financiamento da Reumatologia contribuir para alterar o Financiamento e a sustentabilidade da Saúde?”

É, obviamente, desta última forma (que acaba por incluir também a primeira questão) que me parece interessante abordar e questionar esta temática.

A Reumatologia é a especialidade médica que possui a competência para abordar (nas suas múltiplas dimensões) as doenças reumáticas (DR). As DR são as patologias crónicas não traumáticas mais prevalentes na população adulta, e, de acordo com múltiplos dados, nacionais e internacionais, responsáveis por um significativo impacto económico e social, para o doente e sua estrutura familiar, mas também para toda a

sociedade, que se poderá resumir nos seguintes vetores:

- Causa mais prevalente de motivo de consulta a nível dos Cuidados de Saúde Primários (representará cerca de 1/3 das consultas em MGF);
- Maior causa de incapacidade temporária – tanto em episódios de baixa como em número total de dias de baixa;
- Maior causa directa de incapacidade definitiva – as DR são as patologias de causa mais prevalente de reforma antecipada e de reforma por invalidez.

Os custos das DR representam assim, de forma quantificada em diversos trabalhos tanto para patologias específicas (como a Artrite Reumatóide, a Osteoartrose ou a Osteoporose), como para as DR globalmente, um fardo pesado para Doentes e para a Sociedade, incidindo de forma transversal a nível de:

- Custos directos: consultas, medicamentos, exames, cirurgias, reabilitação, ortóteses, próteses, etc.
- Custos indirectos: menos mediáticos, mas mais relevantes, e assentes basicamente na

incapacidade para o trabalho (nas suas múltiplas dimensões).

O aumento da esperança de vida, o aumento da prevalência das DR (decorrente desta, mas não só), os custos da inovação tecnológica (sobretudo no domínio dos fármacos, dos procedimentos cirúrgicos e dos meios complementares de diagnóstico) e o maior acesso dos doentes aos cuidados médicos, irá tendencialmente aumentar progressivamente no futuro este actual impacto económico das DR, com a correspondente sobrecarga financeira dos Sistemas de Saúde e da Sociedade no seu todo.

Porém, esta realidade actual das DR não constitui uma fatalidade ou uma inevitabilidade que tenhamos de aceitar passivamente e de forma resignada. O actual custo do Financiamento do Sistema de Saúde para a área das DR pode ser melhorado e reduzido de forma substancial, se algumas medidas forem tomadas, que no seu todo contribuirão para uma melhor sustentabilidade geral da Saúde.

É possível atualmente deixar uma mensagem de optimismo e esperança – é possível mudar esta realidade! Mas para isso muito se

tem de alterar, globalmente, na forma como as DR são consideradas, valorizadas, entendidas, e abordadas por um conjunto largo de pessoas e instituições – doentes, famílias, médicos, empregadores, Estado, e até pela Sociedade em geral.

“O actual custo do Financiamento do Sistema de Saúde para a área das DR pode ser melhorado e reduzido de forma substancial, se algumas medidas”

As alterações que se têm de verificar poder-se-ão resumir em 2 vectores primordiais:

A) Identificação precoce das DR e sua adequada abordagem clínica terapêutica;

B) Alteração no impacto que as DR têm em termos de incapacidade, para o trabalho e para a sociedade.

A) Sabemos hoje que um diagnóstico precoce e uma imediata instituição das mais adequadas medidas terapêuticas permite mudar radicalmente a evolução destas doenças, e conseqüentemente reduzir ou impedir os seus impactos mais determinantes.

Sendo o Reumatologista o especialista habilitado e credenciado pela Ordem dos Médicos para a abordagem global das DR, e havendo várias evidências em trabalhos publicados a nível internacional de que, quando tecnicamente correta



e adequada, a intervenção do Reumatologista nas DR é a mais eficaz (consegue modificar a evolução da doença) e a mais rentável (permite poupar gastos globais das DR em termos de terapêuticas e com meios complementares de diagnóstico desnecessários, mas sobretudo em termos de gastos indirectos - perda de produtividade e reformas antecipadas), urge assim implementar a aprovada “Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Reumatologia” (<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-reumatologia.pdf>), criando condições para que qualquer doente reumático possa ser avaliado em qualquer ponto geográfico do País de forma precoce numa Consulta de Reumatologia. Sendo o custo de instalação destas Consultas muito reduzido, pois depende sobretudo da intervenção médica do Especialista, é fácil concluir que no final resultarão ganhos significativos para a sustentabilidade da Saúde, pela redução a curto, médio, mas sobretudo a longo prazo dos citados custos directos e indirectos motivados por estas patologias.

B) Também a nível do impacto no trabalho e na produtividade que as DR motivam muito está por fazer, existindo porém condições para se intervir no sentido de se alterar e modificar positivamente esta realidade e de minorar esta dimensão negativa. É fundamental para isso que se mude o paradigma actual, que privilegia em cada momento a avaliação e a quantificação da incapacidade determinada pela DR em cada fase evolutiva, implicando em função desta, e sem qualquer medida estabelecida para a minorar ou alterar, um definição absoluta e por vezes irreversível de incapacidade temporária (baixa) ou permanente (reformas antecipadas).

É fundamental mudar o foco da intervenção para a relevância de se manter o indivíduo apto para o trabalho, realçando as vantagens globais de tal intervenção, por difícil e complexa que a mesma se revele. Como é fundamental que para lá destes aspectos clássicos da incapacidade,

“Um diagnóstico precoce e adequadas medidas terapêuticas permite mudar radicalmente a evolução destas doenças”

“É fundamental mudar o foco da intervenção para a relevância de se manter o indivíduo apto para o trabalho, realçando as vantagens globais de tal intervenção ”

baseados no absentismo, se valorizem outros aspectos relevantes da perda de produtividade, nomeadamente o presenteísmo (presença no local de trabalho mas com dificuldades na realização das tarefas exigidas, implicando diminuição da efectividade no trabalho) que se relaciona com o tempo de trabalho efectivo perdido (dentro ou fora do local de trabalho).

Esta mudança de paradigma implicará um enorme esforço de colaboração e concertação entre numerosas entidades implicadas no trabalho – o indivíduo doente, a sua família, a estrutura médica assistente, os empregadores, as estruturas sindicais e o Estado. Nesta dimensão, é essencial que o Estado entenda que os benefícios desta intervenção irão impactar no Ministério da Saúde, mas também e de forma relevante no Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Globalmente é essencial que todos os intervenientes neste processo se capacitem que uma intervenção que permita garantir mais trabalho e trabalho de melhor qualidade, constituirá um ganho global para todos, muito em especial para o indivíduo doente, mas também para a Sociedade, sendo por isso possível modificar a realidade actual do impacto e custos das DR, inicialmente formuladas.

Em suma, poder-se-á afirmar que sendo a Reumatologia a especialidade que lida com as patologias mais prevalentes e mais impactantes em termos de financiamento da Saúde (avaliados de forma global os custos que estão inerentes às DR), é também aquela que pelo baixo custo de financiamento da sua implementação a nível nacional, poderá contribuir para uma significativa redução destes mesmos custos (mediante modificação de diversos paradigmas, mas muito em especial dos aqui enunciados), podendo desta forma contribuir de forma decisiva para a sustentabilidade geral da Saúde em Portugal. ■



Torne-se sócio e participe ativamente nas atividades da Associação!

- ⌚ Congresso Internacional dos Hospitais
- ⌚ Prémio de Boas Práticas em Saúde
- ⌚ Círculos de Debate e Reflexão
- ⌚ Formação

www.apdh.pt/comotornarsesocio



Luís Campos

Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

O PAPEL DA MEDICINA INTERNA NO HOSPITAL DO FUTURO

O aumento exponencial do conhecimento em medicina e a relação entre volume e qualidade, tem causado a fragmentação das especialidades e a geração de hiperespecialistas que sabem cada vez mais sobre cada vez menos, e este é um movimento inexorável e mesmo desejável, transversal a todas as áreas do conhecimento. Mas os doentes evoluem em sentido contrário: o aumento da esperança de vida tem como consequência o aumento dos doentes crónicos e particularmente dos doentes idosos frágeis e com multimorbilidade. São estes doentes que invadiram os serviços de medicina, mas também os serviços cirúrgicos, todo o hospital, todo o sistema de saúde, numa tal dimensão que os media chamam, metaforicamente, de silver tsunami.

Os internistas, em Portugal, têm capacidade para abordar todas as doenças médicas dos adultos, seja nos serviços de urgência, nas enfermarias ou no ambulatório, podem tratar a maioria destas doenças, decidir quando necessitam a cooperação de outras especialidades ou em que circunstâncias devem referenciar os doentes a outras especialidades.

Além disso, têm capacidade para abordar os doentes com condições difíceis, ainda sem diagnóstico, tratar as doenças sistémicas e prestar cuidados paliativos. Também a necessidade do sistema ser mais eficiente e mais compreensível, reduzindo o desperdício, constitui um trunfo para a Medicina Interna, que tem na história clínica, no exame objetivo e numa abordagem racional do doente as suas principais ferramentas.

“Os internistas, em Portugal, têm capacidade para abordar todas as doenças médicas dos adultos, seja nos serviços de urgência, nas enfermarias ou no ambulatório”

Quais os desafios da Medicina Interna no Hospital do Futuro?

Em primeiro lugar é necessário mudar estes hospitais segmentados em silos, de acordo com órgãos ou sistemas, que não são mais adequado para os doentes que tratamos. Evoluir deste tipo de

serviços para grandes departamentos médicos, onde os internistas tomem conta de todos os doentes médicos agudos, em colaboração com as outras especialidades, sempre que os doentes beneficiem, é um dos principais desafios na Medicina Interna. Este modelo já existe no hospital de Matosinhos, no Hospital Beatriz Ângelo ou no Hospital CUF Porto.





Estes departamentos não devem ser grandes enfermarias indiferenciadas mas devem integrar unidades diferenciadas como as de AVC, Cuidados Intermédios, Insuficiência Cardíaca ou de Doenças Autoimunes, as quais permitem a abordagem destes doentes por equipas mais diferenciadas, num ambiente protocolado, melhorando a qualidade assistencial, a formação e investigação. Esta diversidade de competências enriquece e potencia a capacidade de resposta dos serviços.

Outro desafio é alterar o modelo de apoio aos serviços cirúrgicos, onde os internistas só são chamados, muitas vezes, tarde de mais, quando os doentes sofrem complicações. Os internistas devem estar em permanência nos serviços cirúrgicos ou médico- cirúrgicos, numa lógica de cogestão. Os doentes que entram nestes serviços devem ser acompanhados pela Medicina Interna desde o início para otimizar a condição pré-cirúrgica dos doentes e prevenir as complicações.

A urgência deverá continuar a ser um palco natural da Medicina Interna assim como as equipas de cuidados paliativos.

A área da Medicina do ambulatório é a mais promissora em termos de futuro porque permite dar respostas diversas a diferentes tipologias de doentes, mais adequadas e mais eficientes, retirando doentes das urgências e do internamento: os hospitais de dia, os quais podem evitar muitos internamentos e permitir altas mais precoces; a hospitalização domiciliária deve ser disseminada a todos os hospitais, como forma de manter em casa uma percentagem de doentes que hoje ingressam nas enfermarias, diminuir a pressão sobre os serviços de medicina e reduzir os custos;

as unidades de diagnóstico rápido são alternativas ao internamento de alguns doentes com condições não diagnosticadas, com necessidade de terem diagnóstico rapidamente, mas em condições de permanecerem em ambulatório.

“Os internistas devem estar em permanência nos serviços cirúrgicos ou médico- cirúrgicos, numa lógica de cogestão”

No entanto o hospital do futuro deve ultrapassar as suas fronteiras e deve mudar o paradigma da resposta aos doentes crónicos, que tem sido fragmentada, reativa, episódica, através das urgências, centrada nas doenças. Estes doentes têm que ter uma resposta contínua, integrada, preventiva, centrada no doente, que resulte na redução das admissões nas urgências e dos internamentos hospitalares.

Não há uma fórmula mágica, mas todas as soluções têm que passar por programas de cuidados integrados e por equipes multidisciplinares, que envolvam hospitais e cuidados primários, onde os internistas e os médicos de Medicina Geral e Familiar tenham um papel fundamental. A integração de cuidados deve envolver, também, os cuidados continuados, os cuidados paliativos e a assistência social, só desta forma é garantida a continuidade de cuidados ao longo de todo o sistema.

Para além da tarefa assistencial os internistas cumprem múltiplas outras funções: formar e educar, continuando a proporcionar nos serviços de Medicina um ambiente excelente de formação pré e pós graduada que introduza os estudantes e médicos na ciência e arte da história clínica, do exame físico, do diagnóstico diferencial, do pedido racional de exames, da terapêutica, da importância do trabalho em equipa e da multidisciplinaridade, da comunicação, da qualidade e segurança, do senso, da capacidade de priorizar e agir atempadamente e de todas as qualidades necessárias para o exercício da profissão médica; investigar e produzir conhecimento, através da imensa experiência e casuística que os serviços de Medicina têm; participar nas comissões técnicas do hospital e implementar programas de melhoria da qualidade.

“O hospital do futuro deve ultrapassar as suas fronteiras e deve mudar o paradigma da resposta aos doentes crónicos, que tem sido fragmentada, reativa, episódica, através das urgências, centrada nas doenças”

Tudo isto são oportunidades para a Medicina

Interna porque respondem às necessidades e preferências dos nossos doentes. Mas não podemos abrandar o nosso esforço de formação de mais internistas em termos quantitativos e qualitativos porque a necessidade de internistas cresce de forma mais rápida do que a sua formação.

A Medicina Interna é a especialidade mais carenciada no SNS e só a competência, a dedicação e o sentido ético dos internistas, que os faz trabalhar milhares de horas a mais que não são remuneradas, tem evitado ruturas penalizantes para os doentes. Temos que ser mais, menos sobrecarregados com a carga assistencial, e o exercício da Medicina Interna tem que ser melhor compensado, mais satisfatório para quem a exerce e mais atrativo para os internos.

A Medicina Interna vai ser capaz de integrar estas diferentes expressões fenotípicas de ser internista, de mobilizar as equipas para estes novos desafios, porque eles significam melhores cuidados para os nossos doentes. ■

* Internista



**Vitor Papão**

Diretor Geral da Gilead
Sciences, Portugal

VIH

O Valor da Inovação

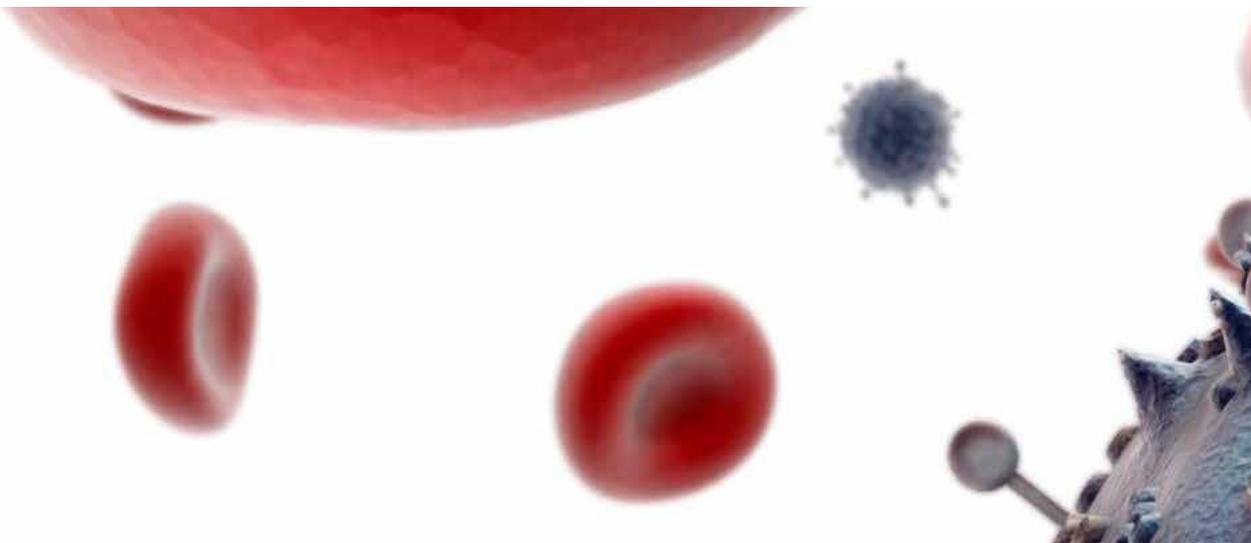
Nas duas últimas décadas assistimos a um progresso muito significativo no que à inovação terapêutica no VIH / SIDA diz respeito. Os tratamentos antirretrovirais introduzidos na década de 90 trouxeram um novo alento a milhões de doentes e permitiram que uma doença historicamente fatal e estigmatizante se tornasse numa doença crónica e controlável.

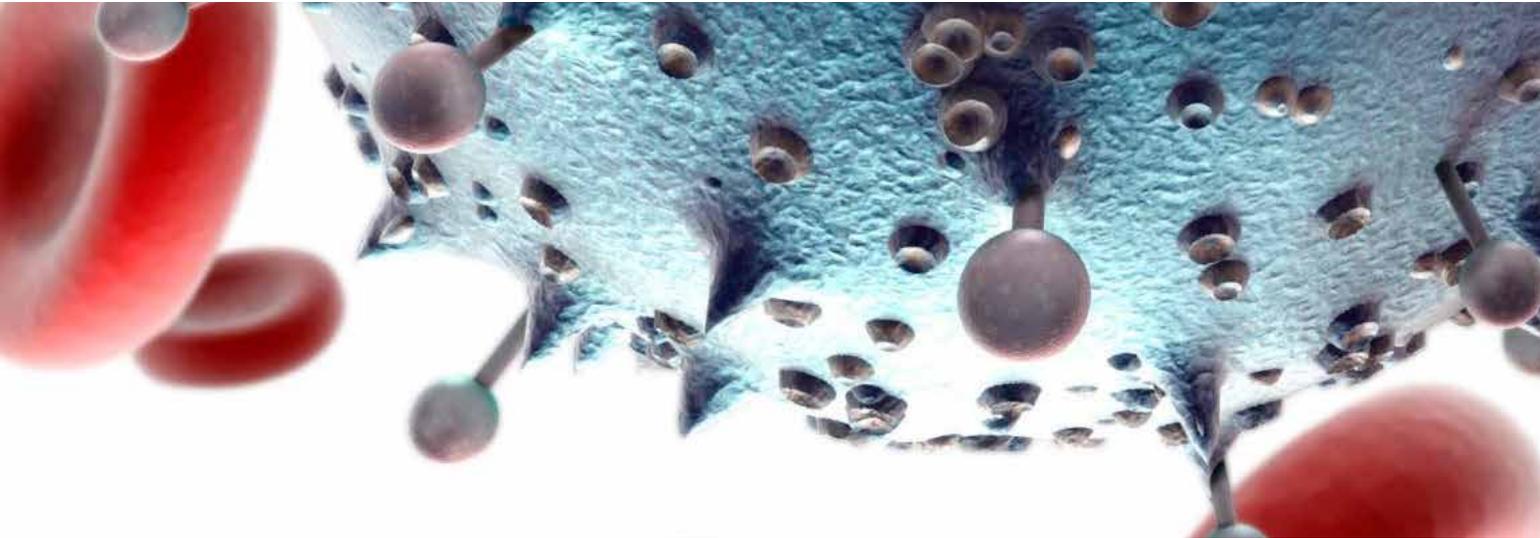
A comunidade médica e científica, em colaboração com a sociedade civil e organizações internacionais reúnem esforços para que cada vez mais doentes tenham acesso ao diagnóstico precoce, tratamento e devido acompanhamento, com o objectivo máximo de reduzir o impacto, controlar e eliminar esta epidemia enquanto problema de saúde pública. Paralelamente, também a Indústria farmacêutica trabalha diariamente para garantir terapêuticas

mais seguras e eficazes, que se traduzam em benefícios clínicos adicionais, na perspectiva de garantir uma maior qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH.

Com efeito, a esperança média de vida nunca foi tão promissora para estes doentes que, por seu lado, exigem novas respostas, mais eficientes face às co-morbilidades que passaram a estar associadas a este prolongamento de vida tão assinalável.

A cura continua a ser o grande desafio no domínio da investigação no VIH, mas enquanto tal feito não é alcançável, é fundamental que os doentes tenham acesso, de forma justa e equitativa, à inovação que tem vindo a ser gerada nos últimos anos e apresenta inúmeros benefícios clínicos para os doentes.



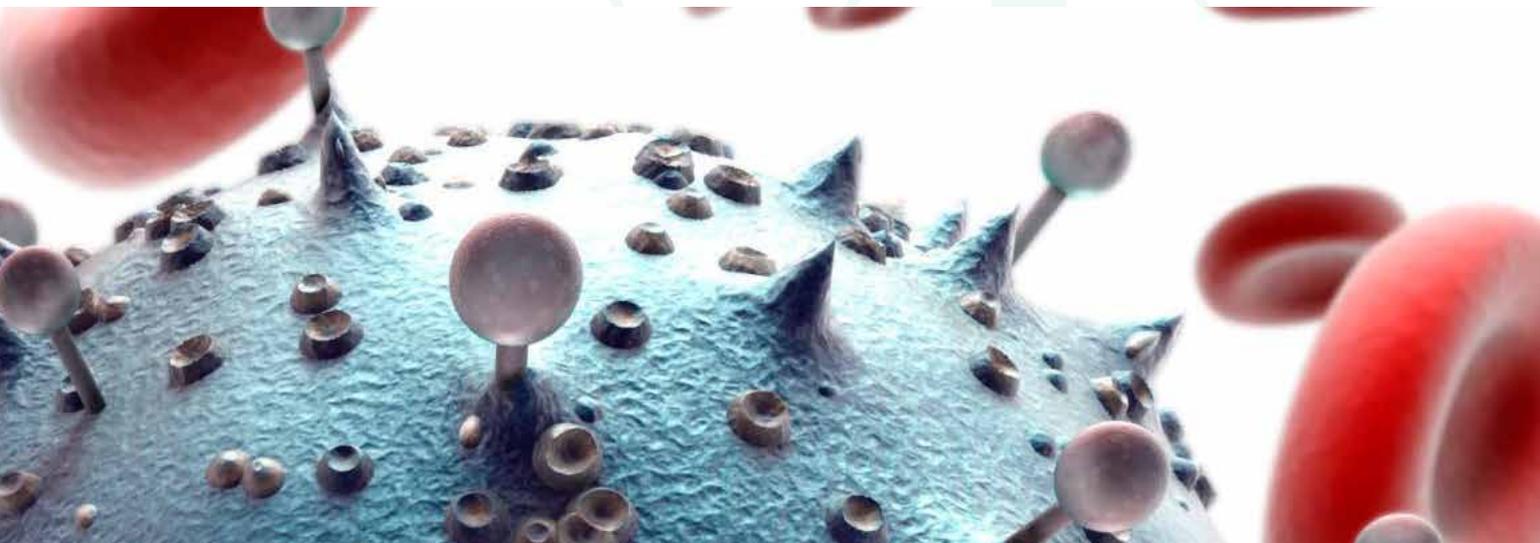


Os doentes portugueses devem ter acesso aos tratamentos mais eficazes e mais seguros, tanto quanto possível sem dilações injustificadas em relação a outros países europeus. Para que o País se posicione finalmente no pelotão da frente em relação à luta contra o VIH/SIDA, é necessário que remova todas as barreiras que impeçam o acesso. O Serviço Nacional de Saúde (SNS), que a todos os portugueses orgulha, soube responder à necessidade inicial de salvar as vidas dos doentes, promovendo o acesso aos primeiros medicamentos disponíveis nesta área, apesar da sua toxicidade, e posteriormente integrando toda a inovação terapêutica à medida que esta surgia.

É importante prosseguir esse caminho e continuar a garantir o acesso dos doentes portugueses à inovação mais recente, garantindo assim uma vida com mais qualidade aos cidadãos

portugueses que vivem com VIH, assegurando a sustentabilidade do SNS também através da redução dos custos que o SNS teria com o tratamento das co-morbilidades associadas à própria doença e aos tratamentos mais antigos e já não recomendados.

A indústria farmacêutica continua, ano após ano, a investir significativamente em inovação terapêutica. Estes avanços não podem nem devem ser ignorados! Num país com recursos escassos é, obviamente, fundamental que se garanta uma gestão racional e eficaz dos meios públicos, mas colocando sempre o doente no centro do sistema. ■



MANUEL DELGADO

“Precisamos de criar com urgência um modelo de resposta para sinalizar os problemas dos idosos na comunidade”

Manuel Delgado é, sem qualquer dúvida, um profundo conhecedor da realidade da Saúde, em Portugal. Defensor de um SNS forte e que dê confiança a quem o procura, reconhece que o problema do financiamento do setor será sempre colocado em questão e que o mesmo deve estar sempre centrado na evolução da economia nacional.

Desde a tomada de posse do novo governo que integra a equipa do Ministério da Saúde, como Secretário de Estado. Tem feito um trabalho constante na construção de parcerias e na gestão de conflitos.

Nesta entrevista a “O Hospital” refere que o atual Governo tem tentado “gerir melhor o Orçamento de que dispõe, sabendo que os recursos financeiros são limitados e não chegam para repor, num ápice, o enorme desinvestimento que encontramos em pessoas, equipamentos e instalações”.

Diplomata e conciliador nato, Manuel Delgado deixa bem claro que “a ideia de um sistema fortemente competitivo baseado no Money Follows the Patient, em que cada um consome aonde e o que acha que precisa, seja no público seja no privado, e o Estado ou o regime comercial dos seguros depois paga, é uma ilusão ideológica, inconsistente e perigosa”. Interessante também a noção que tem sobre o trabalho feito nos Cuidados de Saúde Primários e no que está ainda por fazer: “Os utentes que utilizam as USF estão francamente satisfeitos e os profissionais também. Mas temos que reconhecer que isso não basta. Temos que acompanhar mais de perto e com mais efetividade o doente crónico. Temos que ser nós a aproximarmo-nos da comunidade, no domicílio, de muitos doentes idosos e com pouca ou nenhuma capacidade de se movimentarem”. Sem dúvida uma entrevista a não perder.

Se lhe pedisse para analisar a situação atual do setor da Saúde, no que se refere ao financiamento, considera que houve mudanças positivas desde a entrada do atual governo? Quais?

Como se sabe o financiamento do SNS é esmagadoramente realizado através de impostos gerais.

Este modelo tem sido sempre igual há cerca de 40 anos, ou seja, desde que o SNS foi criado em 1979, e respeitando os preceitos constitucionais que o impõem.

Importa talvez falar no peso relativo das despesas de saúde no contexto das despesas públicas, para percebermos se na distribuição

interministerial dos recursos financeiros houve uma alteração sensível favorável ou não ao SNS. O que se verifica é uma estabilização na casa dos 12%, sem grandes oscilações na última década. Saliente-se todavia, que com este Governo, as despesas do SNS ganharam peso face à despesa primária das Administrações Públicas em dois anos consecutivos.

Isso não invalida a abordagem de outra dimensão do problema do financiamento:

- Será que estamos a utilizar bem o envelope financeiro, limitado é certo, que nos é atribuído?

E, nesta matéria, como sabemos, as opiniões divergem, extremadas por duas



conceções radicalmente opostas:

a) O setor privado é que sabe gerir bem e o Estado devia convocar este setor para gerir na prestação pública e, nalguns casos, ser o proprietário dos próprios meios de produção, como hospitais e Centros de Saúde, pagando o Estado a fatura correspondente às prestações;

b) O setor público deve continuar a ser o principal proprietário dos meios de produção e o principal prestador direto dos cuidados, assumindo o controlo de uma área sensível para a coesão social e para o desenvolvimento harmonioso da sociedade portuguesa.

É facilmente demonstrável que os Serviços de Saúde controlados e prestados diretamente por serviços públicos produzem resultados mais equitativos, mais eficientes e de maior qualidade para o cidadão comum.

Basta comparar os principais Sistemas de Saúde do Mundo para percebermos que assim é: Países Nórdicos, Reino Unido, França, Espanha, Canadá e Portugal estão no topo da qualidade, com um compromisso entre custos e benefícios mais balanceado face p. ex. a países como os EUA.

O que o Governo atual tem feito é tentar gerir melhor o Orçamento de que dispõe, sabendo que os recursos financeiros são limitados e não chegam para repor, num ápice, o enorme desinvestimento que encontramos em pessoas, equipamentos e instalações.

A aposta talvez mais decisiva para gastar melhor os recursos de que dispomos, será investir mais nos cuidados primários e retirar os Hospitais do centro do Sistema, reservando-os para uma atividade de segunda instância, mais especializada e vocacionada para as situações clínicas mais severas.

“A aposta mais decisiva para gastar melhor os recursos, será investir mais nos cuidados primários e retirar os Hospitais do centro do Sistema”

E isso tem sido feito, embora os seus resultados se produzam necessariamente a médio e longo prazo.

Quando chegámos ao Governo, em novembro de 2015, tínhamos 1,8 milhões de portugueses sem médico de família. Graças à admissão de mais médicos de família, que promovemos de forma consciente e decidida, hoje, apenas 700 mil pessoas estão nessas condições.

Mas temos também a consciência de que não chega pôr mais recursos no terreno. Importa também sensibilizá-los para um trabalho de proximidade junto das populações, disponibilizando o seu tempo para observar, acompanhar e tratar os seus utentes, no consultório, no domicílio ou em contatos com os serviços hospitalares ou outros em que eles circunstancialmente se encontram. A antecipação dos problemas, a manutenção da saúde e o controlo das doenças crónicas são tarefas diárias imprescindíveis dos médicos de família e das equipas multidisciplinares que constituem com os enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais da saúde.

Só assim, teremos efeitos consistentes a jusante, por exemplo, na diminuição dos internamentos, das consultas hospitalares ou das urgências.

Esta é a parte que está por fazer ainda e, que é um desafio exigente que temos pela frente.

“Temos que reconhecer que muitos profissionais fizeram sacrifícios pessoais para manter os seus serviços”

Mudar o sistema de financiamento, tendo em consideração o crescimento do setor privado, pode ser uma solução futura? Se sim, de que forma?

Não nos parece que o modelo de financiamento da Saúde deva mudar.

Cresceremos no financiamento à medida que a economia portuguesa também cresça e a sociedade portuguesa deposite mais confiança no seu tecido empresarial, na criação de postos de trabalho e nas políticas ativas de distribuição de rendimentos, diminuindo o fosso entre ricos e pobres.

Os Sistemas de Saúde são alavancados pelas condições socioeconómicas em que as pessoas vivem, em que as condições de vida, o acesso à educação e à cultura, e a qualidade de vida, são também decisivos para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O setor privado e os fluxos financeiros que mobiliza devem continuar a ter um papel supletivo ou opcional para cidadãos que queiram ter um acesso mais rápido ou mais personalizado a algum

tipo de prestações menos prioritárias. Cabem aqui os seguros de saúde, os subsistemas de saúde e outros regimes equiparáveis.

A ideia de um sistema fortemente competitivo baseado no “Money Follows the Patient” em que cada um consome aonde e o que acha que precisa, seja no público, seja no privado, e o Estado ou o regime comercial dos seguros depois paga, é uma ilusão ideológica inconsistente, perigosa e que mais tarde ou mais cedo, poria em causa a equidade e a capacidade financeira de suportar o incontrolável crescimento da despesa.

Desapareceria a coesão social e desmantelava-se, sem piedade, um setor de sucesso no benchmarking internacional.



Muito se tem falado na necessidade de criar um Pacto de Regime para a Saúde, para que não sejam possíveis oscilações complicadas ao longo dos mandatos governamentais. É difícil chegar a esse acordo?

A ideia de um Pacto de Regime baseado apenas na fixação de um nível de Despesa para a Saúde parece-me curto e perigoso.

O problema essencial na Saúde dos portugueses não é termos mais dinheiro para gastar. É sobretudo gastar bem e com equidade os escassos recursos de que dispomos.

Falar numa lei de meios para a saúde, sem discutir o modelo que temos e as formas de o tornar mais eficiente e menos capturável pelas corporações em presença é pouco avisado. É como começar uma casa pelo telhado e esquecermo-nos dos alicerces.

Um pacto baseado em Princípios e Valores, alicerçado numa estrutura de prestação e num modelo de cuidados minimamente consensualizados, sim, faria sentido e daria estabilidade e consistência às políticas de saúde.

De outra forma, nada de particularmente relevante iria acontecer.

A Saúde vai necessitar sempre de mais e mais dinheiro, porque os doentes oncológicos vão aumentar; as doenças crónicas e incapacitantes igualmente; as terapêuticas são cada vez mais caras e cada vez vivemos mais (e infelizmente com mais patologias no final de vida do que nos restantes países da UE). Perante este quadro, que atitudes vai ou deve o Executivo tomar?

É certo que os gastos em saúde têm uma tendência inexorável para aumentar.

O envelhecimento e as doenças crónicas, a evolução científica e tecnológica e os níveis de exigência dos cidadãos a isso conduzirão necessariamente.

“Encontrámos um SNS constituído por profissionais desmotivados, equipamentos avariados ou não substituídos e ausência total de investimento”

Não há antídotos éticos para esta trajetória.

O que podemos fazer – e devemos fazer – é introduzir regras que acautelem os excessos e os desequilíbrios. Alguns exemplos:

- a) As assimetrias regionais que ainda apresentamos na distribuição de recursos humanos;
- b) Os excessos de medicalização e de meios complementares realizados;
- c) A pressão da inovação com pouco ou nenhum valor acrescentado.

Temos ainda uma propensão no nosso SNS para avaliar os profissionais e os serviços pelos equipamentos, pela dimensão e pelas instalações técnicas especiais.

Esquecemo-nos, muitas vezes, do essencial: medir o desempenho e avaliar os resultados dos profissionais e dos serviços.

Na saúde, não somos muito sensíveis ainda, à avaliação do que fazemos, como utilizamos as pessoas, como gastamos as horas extraordinárias, como utilizamos os blocos operatórios, como acrescentamos valor efetivo e mensurável, para os nossos doentes.

Temos que apostar na monitorização do desempenho dos Serviços e os novos CRI podem ser a oportunidade decisiva para criarmos “accountability” a nível hospitalar.

Também na medicina geral e familiar temos que introduzir métricas de avaliação de utentes, por grupos que ilustrem diferentes estádios, ao nível da Saúde, funcionalidade e bem-estar.

Será esta com certeza a nossa aposta no futuro próximo.

Os gastos com a inovação – principalmente ao nível de medicamentos – continua na ordem do dia. A Indústria Farmacêutica queixa-se de regras muito apertadas para a entrada de inovação no mercado nacional, em tempo útil, e ainda diz que



os tempos de espera para receber do Estado estão a voltar a tempos antigos. São queixas justas?

Percebemos as queixas da Indústria Farmacêutica e até compreendemos as suas razões.

A existência de regras para a entrada da inovação terapêutica parece-me um tema inquestionável. Regras exigentes, transparentes e explícitas, que clarifiquem as opções, identifiquem sem margem para dúvida os benefícios, os riscos e os custos.

Hoje, este setor de avaliação está muito desenvolvido e Portugal dispõe de peritos e de um Regulador à altura das circunstâncias, competente e atualizado.

Outra coisa, que este Governo tem contrariado, são os atrasos injustificados nos pedidos de apreciação de novos fármacos por

parte do INFARMED, como até aqui acontecia.

É bom não esquecer que com este Governo, assistimos à aprovação do maior número de novas moléculas de que há memória: mais de 50 em 2016.

A sua área foi sempre a Administração Hospitalar. Quando olha, hoje, para os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) considera que estão a ficar desqualificados e cada vez mais empobrecidos cientificamente, devido à diminuição de profissionais de saúde e à “fuga” de muitos para o setor privado?

Os hospitais do SNS continuam a ser a coluna vertebral da assistência médica hospitalar em Portugal. Os níveis de complexidade e severidade dos doentes tratados têm subido na última década o que mostra bem a capacidade de receber e tratar dos nossos profissionais de saúde, a todos os níveis.



Muitos deles, formados e treinados no SNS, prestam serviço também no setor privado, em linha com a melhor tradição da iniciativa privada nesta área.

Ocorreram, na última década, dois fenómenos relevantes nesta matéria:

a) O sector privado profissionalizou-se e ganhou escala, desenvolvendo hoje uma atividade com mais autonomia técnica face ao setor público.

b) O SNS sofreu as consequências do ajustamento macroeconómico provocado pelo pedido de ajuda externa.

Foi-se além da Troika no domínio da saúde e, encontrámos em novembro de 2015 um SNS constituído por profissionais desmotivados, equipamentos avariados ou não substituídos, ausência total de investimento, redução dramática das condições de acesso em muitas zonas do país.

Temos o propósito – e já temos provas dadas nesta matéria – de fortalecer e redinamizar os nossos hospitais públicos, com mais pessoas, melhor remuneradas e com modernização de equipamentos.

Os Hospitais têm respondido positivamente e atingiram em 2016 níveis de atividade superiores aos últimos anos, contrariando uma tendência preocupante de diminuição da atividade hospitalar.

Recebemos recentemente os dados da ACSS sobre a atividade hospitalar no 1º. Trimestre deste ano que parecem confirmar esta tendência positiva:

- Mais consultas médicas (+ 4.6%)
- Mais doentes saídos do internamento (+ 2.1%)
- Mais intervenções cirúrgicas (+ 9.4%)
- Menos episódios de urgência (- 8.1%)

Registe-se, para além, naturalmente, dos aumentos significativos em todas as linhas de atividade, a baixa substancial dos episódios de

urgência, uma excelente notícia para o SNS que gostaríamos de ver consolidada ao longo do ano.

Pensamos que, felizmente, conseguimos estancar este desinvestimento, esta desmotivação e esta quebra na atividade. E os portugueses parecem, face a sondagens recentes, ter recuperado a confiança nos serviços públicos de saúde.

“O que podemos fazer – e devemos fazer – é introduzir regras que acautelem os excessos e os desequilíbrios”

Tem havido muitas queixas por parte dos médicos hospitalares, devido a um aumento das horas de trabalho apesar de serem remunerados por isso.

nã o Já ouvi, varias vezes em vários congressos, dizer que o SNS só se aguenta, devido à consciência e trabalho dos médicos e de outros profissionais de saúde. É uma critica justa?

Temos, em algumas especialidades e em alguns horários de trabalho, principalmente nas urgências, que recorrer a empresas de trabalho temporário. A situação que encontramos era alarmante em muitas regiões do país, com empresas a cobrar quantias exorbitantes com o trabalho médico à hora, em contraste com os salários dos médicos do quadro.

É uma situação contra a qual estamos a trabalhar afincadamente, criando condições para que novos médicos se fixem nas zonas carenciadas e progressivamente se acabe com o flagelo desse trabalho avulso.

Temos que reconhecer que muitos profissionais fizeram sacrifícios pessoais para manter os seus serviços e responder minimamente à população utilizadora, durante a governação anterior, pouco sensível ao funcionamento das instituições.

Estamos a mudar decididamente esse cenário:

- Repusemos as 35h como período normal de trabalho semanal em todas as profissões de saúde, (exceto os médicos que têm regime próprio);
- Atualizaremos este ano para 100% o valor da

hora extraordinária, cortado para metade pelo Governo anterior;

- Estabelecemos regras claras para conceder aos médicos o descanso compensatório remunerado;
- Criámos incentivos para a atividade de profissionais integrados em CRI;
- Discriminamos positivamente os médicos que se desloquem para zonas carenciadas;

- Estamos a abrir concursos de ingresso e de acesso para novos profissionais de saúde. Importa, a propósito, referir que admitimos em 2016, 2080 novos médicos para o ano comum, e 1569 para o internato na especialidade, os maiores contingentes de sempre no SNS.

- Estamos agora, numa estratégia concertada por todo o Governo, a estudar um modelo de integração de trabalhadores precários, também na área da saúde.

Estas são algumas das medidas já tomadas ou em curso que ilustram bem a atenção e o esforço que estamos a pôr nos recursos humanos da saúde, numa trajetória do reconhecimento e valorização dos profissionais e que eles, nos contactos que temos tido por todo o País, reconhecem também.

Há quem diga que continuamos a tratar da doença em vez de investir na saúde e essa é uma das causas porque os gastos com o sector aumentam de ano para ano. Não há, nem cá nem na maioria dos países da Europa, uma aposta na prevenção. Sabemos disso. Mas no Norte da Europa há mais conhecimento sobre as questões da saúde e, por isso, as pessoas são saudáveis mais tempo. Não acha que seria importante combater a iliteracia em saúde, de forma a que se conseguisse diminuir (daqui a uma ou duas décadas) os gastos com as

doenças nos últimos anos de vida?

O Ministério da Saúde está muito atento e disponível para desenvolver estratégias concertadas nas áreas da promoção e da prevenção em Saúde.

Solicitámos ao Senhor Prof. Constantino Sakellarides que coordenasse uma equipa no campo da literacia e da educação para a Saúde, elemento prioritário para o envolvimento do cidadão na adoção de comportamentos saudáveis e nas formas de prevenir muitas doenças.

Por outro lado, a DGS tem fortalecido a sua intervenção nos programas da vacinação, no apoio a grupos de risco, na prevenção e controlo da infeção hospitalar e noutros domínios.

Reduzimos a quantidade de açúcar nos pacotes de uso individual; adotámos uma fat-tax para alimentos de elevado teor calórico; eliminámos os alimentos de risco em “vendings” hospitalares.

Houve um investimento, por parte deste Ministério da Saúde, nos Cuidados de Saúde Primários. Já tem alguma indicação de que esse investimento trouxe melhorias para o cidadão, para o Estado e para os hospitais?

Os resultados obtidos na área dos cuidados de saúde primários são globalmente positivos.

Os utentes que utilizam as USF estão francamente satisfeitos e os profissionais também.

Mas temos que reconhecer que isso não basta. Temos que acompanhar mais de perto e com mais efetividade o doente crónico.

Temos que ser nós a aproximarmos da comunidade e, ir ao domicílio de muitos dos doentes idosos e com pouca ou nenhuma capacidade de se movimentarem.

“A existência de regras para a entrada da inovação terapêutica parece-me uma questão inquestionável. Regras exigentes, transparentes e expeditas, que clarifiquem as opções”

Temos que articular melhor serviços hospitalares com médicos de família.

Só assim reduziremos a fortíssima afluência dos utentes aos Serviços de Urgência, impar a nível europeu, com custos elevadíssimos para o SNS e grande desconforto para doentes e famílias.

As tão faladas reformas de fundo no SNS vão ficar, novamente, adiadas?

Não sei se a expressão “reformas de fundo” é entendida da mesma forma por todos os “players” do setor.

A base de uma reforma da saúde é focar a nossa ação política nos cuidados primários, baseados num novo paradigma: criar uma rede de serviços de proximidade, associando a saúde e o apoio Social, investindo mais nas pessoas e menos nos edifícios.

É isso que estamos a fazer com a passagem da saúde oral e visual para os centros de saúde e com o apoio também dos psicólogos e assistentes sociais a esse nível.

É um processo que este Governo iniciou, sabendo que estamos num comboio em andamento, com muitas carruagens, pesadas e que dificilmente se pára ou muda de agulha.

É, por isso, um trabalho longo e difícil. Que exige paciência, capacidade de liderança e muito diálogo com todos os interessados. Os frutos desse trabalho não são obtidos imediatamente.

O SNS corre o risco de colapsar, como disse recentemente o bastonário da OM, Miguel Guimarães?

O SNS esteve de facto em risco de colapsar, porventura, com o último Governo PSD/CDS. São muitos e dramáticos os exemplos desse colapso anunciado.

Felizmente, estamos a inverter essa possível ameaça e a resgatar a confiança, e o

orgulho dos portugueses no seu SNS, como deixo aliás expresso nalgumas das respostas anteriores.

O que gostava de deixar concretizado nesta sua viagem pelo Ministério da Saúde?

Precisamos de criar com urgência um modelo de resposta para sinalizar os problemas dos idosos na comunidade, antecipar as suas necessidades e prestar-lhes um atendimento personalizado, com dignidade e permanente suporte.

Este é o maior desafio que temos, para o qual os cuidados continuados integrados irão desempenhar um importante papel.

A demografia portuguesa assim nos impõe para os próximos anos.

Como nota mais pessoal, gostaria que os nossos hospitais tivessem uma gestão mais profissionalizada, imune às pequenas clientelas e capaz de responder aos desafios que se colocam em instituições muito complexas e que consomem cerca de 4,5 mil milhões de euros por ano (cerca de 53% da dotação orçamental do Programa de Saúde, OE, 2017).

A nova lei de gestão hospitalar e a nova carreira de administração hospitalar, aperfeiçoada face à anterior, poderão ser excelentes instrumentos nesse sentido. ■

Entrevista | **Marina Caldas**

Fotografia | **Pedro Mensurado**



Ana Escoval *

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UM DESÍGNIO ASSENTE NUM COMPROMISSO SOCIAL

Há cerca de 38 anos, a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde estabeleceu um sistema com autonomia administrativa e financeira, estruturado numa organização descentralizada e desconcentrada, composto por órgãos centrais, regionais e locais, e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros de saúde) e diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

Hoje o SNS integra todo o tipo de cuidados de saúde desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social (1).

Devemos atender a que, desde 1976 com a aprovação da Constituição da República Portuguesa (CRP) a 1990, com a aprovação da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) e do Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro) e até ao final da primeira década deste século, que se continuou a verificar a descentralização do SNS, assente na autonomia anunciada nos diferentes diplomas, embora nem sempre inteiramente concretizada.

Ao longo deste período “toda a legislação, regulamentação e reorganização da arquitetura administrativa do SNS, foi evoluindo no sentido de assegurar que a sua gestão fosse descentralizada e participada”. No entanto, apesar deste progresso legislativo, verifica-se que as alterações não foram tão profundas como era necessário e tão rápidas quanto era esperado.

“Hoje no nosso SNS e principalmente nos hospitais deparamo-nos com um conjunto de normativos, ações e medidas de política de saúde que evidenciam uma certa descontinuidade, ou até um recuo, no processo de autonomia nos serviços de saúde públicos ”

Hoje no nosso SNS e principalmente nos hospitais deparamo-nos com um conjunto de normativos, ações e medidas de política de saúde que evidenciam uma certa descontinuidade, ou até um recuo, no processo de autonomia nos serviços de saúde públicos. Este retrocesso, esta descontinuação, representam um elevado risco no desempenho e na sustentabilidade do SNS.

A crise económico-financeira que o nosso país vivenciou, principalmente desde 2008, veio reduzindo o nível de bem-estar da população, com quebras na produção, no consumo, no investimento e no rendimento, acompanhadas por um elevado nível de desemprego e de precariedade nas relações laborais. Neste contexto macroeconómico, o SNS conheceu uma

redução nos recursos financeiros com origem no Orçamento Geral do Estado (OGE), no quadro de um apertado programa de controlo externo das contas públicas por parte dos nossos credores, bem superior ao fixado no Memorando de Entendimento (MdE) negociado entre as principais forças políticas e a Troika.

Garantir a proteção financeira e o acesso aos serviços de saúde é fundamental para prevenir a deterioração dos resultados em saúde e deve por isso ser uma prioridade dos governos, ou seja, a promoção da eficiência e investimento custo-efetivo no sistema de saúde, a aposta em estratégias de poupança como a reestruturação hospitalar planeada ou, no longo prazo, a maior utilização das tecnologias em saúde para decisões informadas, o redirecionamento dos doentes do hospital para os cuidados de saúde primários e respostas na comunidade e, o desenvolvimento do eHealth.

Um dos desafios atuais é garantir que as reformas são sustentadas e que não são adotadas políticas de fácil implementação que tendencialmente debilitam os objetivos do acesso e eficiência, como é o caso dos cortes “cegos” nos orçamentos e pessoal ou o fecho de serviços públicos, como aconteceu anteriormente.

Mitigar os efeitos negativos nos sistemas de saúde e na saúde requer uma governação e liderança fortes.

Mas as limitações à celebração ou renovação de contratos de trabalho ou de prestação de serviços de saúde nos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde, o processo de fusão dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) sem a competente autonomia financeira, a Lei dos Compromissos e todo um conjunto de limitações e constrangimentos à tomada de decisão no seio das organizações quer no universo SPA1 quer no universo EPE2, evidenciam uma tendência centralizadora pouco salutar (2).

As transformações ocorridas nas competências e nas responsabilidades das instituições públicas de saúde, foram acompanhadas por novos modelos de organização e de relação institucional, de que são exemplo os processos de contratualização entre os diferentes níveis (central, regional e local). Estas medidas visavam libertar as organizações responsáveis pela gestão e prestação de cuidados de saúde de um comando e de um controle distantes, burocráticos e centralistas, visando uma autonomia responsável (3).

De facto, a nova cultura de gestão que se esperava que emergisse da reforçada autonomia concedida às instituições hospitalares e ACES não aconteceu, persistindo ainda alguma indefinição estratégica, não concorrendo para uma maior responsabilização e envolvimento das organizações. Estão também ainda por avançar normativos como a profissionalização da carreira de administração hospitalar, fator capital para que se verifique uma evolução nesta área.

O reforço da autonomia dos hospitais, que se afirma como um valor, a par com a proliferação de prestadores público/privados e privados, exige dos governantes capacidade e esforço redobrado de governação e regulação, que necessariamente terá que basear-se no cumprimento de objetivos criteriosamente estabelecidos e avaliados por órgãos autónomos de normalização estratégica, investidos de autoridade, de conhecimento e de meios para cumprir tão exigente tarefa.

A autonomia de gestão dos hospitais e a diversidade de prestadores não pode constituir obstáculo à reorganização da rede hospitalar, nem à articulação dos vários níveis de cuidados, incorporando as novas realidades, particularmente no que se refere à reorganização dos cuidados primários e continuados.

Cada hospital deve dispor dos meios financeiros necessários à prossecução dos

“Mitigar os efeitos negativos nos sistemas de saúde e na saúde requer uma governação e liderança fortes”

objetivos que lhe estão atribuídos, numa lógica de contratualização, autonomia de gestão e avaliação rigorosa de resultados.

A evidência disponível reconhece o importante papel dos médicos no desenho, prestação e melhoria dos cuidados, para que os profissionais de saúde e gestores sejam apoiados e estimulados a aceitar as interconexões entre a dimensão clínica e os recursos, a reconhecer a necessidade de equilíbrio entre a autonomia e a prestação de resultados, a apoiar a sistematização do trabalho clínico e a subscrever a partilha de poder de abordagens de trabalho clínico mais integradas e baseadas em equipas multidisciplinares.

A criação de estruturas intermédias de gestão, com autonomia funcional e organizacional, como por exemplo os CRI, que contratualizarão a afetação de recursos e os resultados esperados, acompanhado de sistemas de monitorização das várias dimensões da sua atividade (produção, qualidade, financeira, etc.) e ser objeto de avaliação contínua, com lideranças competentes, cultas e responsáveis, são condições imprescindíveis para colocar no terreno e dinamizar o conjunto de sistemas, procedimentos e comportamentos através dos quais as administrações esperam atingir os objetivos organizacionais de segurança, qualidade de serviço e utilização criteriosa dos recursos.

Mas para tanto importa avaliar rigorosamente as necessidades em cuidados de saúde, assumindo-se de vez o rigor do planeamento dos serviços e tecnologias necessários. A crise, o rigor das contas e a transparência de governação dos bens públicos tomam imperioso que se mantenham em funcionamento somente os serviços que prestem cuidados de saúde com

eficiência, qualidade e garantam o acesso aos cidadãos.

Que futuro?

Embora a descentralização faça parte da matriz genética do SNS, nos últimos anos, assistiu-se a um conjunto de ações e medidas de política que evidenciam uma interrupção, se não uma regressão, no processo de descentralização no sistema de saúde público.

Mas, este governo tem estado a procurar devolver alguns dos valores perdidos ao nosso SNS. Isso, no entanto, não poderá acontecer ao ritmo que muitos desejariam.

Na dimensão financeira e segundo a "Síntese de Execução Orçamental" de março de 2017, da Direção-Geral do Orçamento, "o saldo do SNS no final de março situou-se em -99,7 milhões de euros, representando um agravamento de 7,8 milhões de euros face ao período homólogo" (4). Estes dados não se constituem como exceção, mas sim como regra. Ou seja, o ritmo de agravamento da dívida da saúde mantém-se, pois só uma alteração profunda a médio prazo, poderá começar a atenuar essa tendência.

Importa por isso:

Dar resposta às falhas importantes na cobertura de cuidados e fortalecer a política de financiamento para que no futuro o sistema de saúde seja capaz de dar resposta e os níveis da despesa pública em saúde sejam mais explicitamente ligados às necessidades da população.

Continuar a aperfeiçoar o modelo de contratualização, com vista a uma gestão custo-efetiva e mais eficiente dos recursos.

Investir em medidas que promovam a eficiência e uma forte governação e liderança ao nível das organizações de saúde.

Dotar os hospitais e os seus gestores de uma verdadeira autonomia, a par de um sistema de avaliação do desempenho que promova a responsabilização e incentivos à boa gestão.

Promover a nova lei de gestão hospitalar e a profissionalização da carreira de administração hospitalar.

Promover a integração de cuidados entre os cuidados hospitalares, primários e continuados, como motor para a melhoria do acesso do cidadão

Promover a criação de instrumentos que promovam a literacia em saúde, visando a melhoria dos percursos das pessoas no sistema e a valorização e capacitação dos profissionais.

Promover a avaliação da cultura de segurança, instrumento fundamental para a melhoria da qualidade e segurança dos doentes nas organizações de saúde.

Desenvolver e melhorar os sistemas de informação, pois a ausência de uma recolha de dados importante em tempo útil, dificulta e impede um adequado processo de contratualização, uma boa avaliação do desempenho, garantindo assim a autonomia assente em responsabilização e compromisso.

Mais do que melhorar o nível de financiamento afeto ao SNS, importa, apostar

nos diferentes níveis de cuidados, nas suas organizações de saúde e nos seus profissionais, garantindo uma prestação de cuidados adequada às necessidades da população e uma gestão custo-efetiva dos recursos e a maiores ganhos em saúde. ■

Bibliografia

DGS – SNS 35 Anos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/>

Escoval, A. Lopes, M.; Ferreira, P.L., coord. – Saúde – Síndrome de negação: Relatório de Primavera 2014. Lisboa: OPSS, 2014. <http://www.observaport.org>.

MS - A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. Lisboa: Ministério da Saúde, junho de 2010

Direção-Geral do Orçamento - Síntese de Execução Orçamental. Publicação mensal 26 de abril de 2017.

* Administradora Hospitalar

A VENTILOTERAPIA - DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO

A experiência de mais de duas décadas de um serviço de medicina interna

Integrado no 23º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) que vai decorrer no Porto de 25 a 28 de Maio, realiza-se o Simpósio da VitalAire com o tema “A Ventiloterapia: do Hospital ao Domicílio”.

Este Simpósio decorrerá no dia 26 e terá a presença do Dr. Alfredo Martins, internista do Hospital Luz Arrábida, que abordará o tema “Da falência respiratória aguda à ventiloterapia domiciliária”.

A Dr.^a Andrea Mateus, internista do Serviço de Medicina do Hospital de Santo António (HSA), Centro Hospitalar do Porto (CHP), irá falar sobre a experiência em ventiloterapia domiciliária daquele serviço.

Sendo a Medicina Interna a confluência de muitos saberes, a ventiloterapia, em particular a ventilação não invasiva (VNI), deve obrigatoriamente ser um deles. Os doentes com indicação para ventiloterapia domiciliária são, na sua maioria, doentes complexos que beneficiam de uma visão global do internista. Refiro-me, entre outros, aos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e com as repercussões sistémicas associadas ao tabagismo, doentes com obesidade/hipoventilação com atingimento sistémico ou doentes neuromusculares com múltiplas necessidades específicas. Também muitos doentes enviados à consulta de Medicina ou internados por insuficiência cardíaca ou HTA refratária têm Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) ou hipoventilação noturna.

A VNI em contexto agudo é iniciada sobretudo no Serviço de Urgência (SU), Emergência e Unidade Intermédia, locais que habitualmente são da responsabilidade da Medicina Interna.

O Serviço de Medicina do HSA desde cedo percebeu a importância deste tratamento nos seus doentes, seja em contexto de urgência, internamento ou no domicílio.

O HSA tinha já longa tradição em VNI, utilizando máscara facial e ventiladores clássicos de Cuidados Intensivos. Também tinha alguns doentes ventilados cronicamente no domicílio sob ventilação invasiva por traqueostomia, seguidos

pelos médicos do Serviço de Cuidados Intensivos.

Em 1995, foi criada a Comissão de Ventiloterapia Domiciliária (CVD) que incluiu médicos de Cuidados Intensivos e de Medicina Interna, com o objetivo de planear e orientar em ambulatório os doentes com insuficiência respiratória e dependentes crónicos de ventilação artificial, facilitando a alta para o domicílio.

Em 1996, foi aberta a Consulta de Ventiloterapia Domiciliária que, desde 2002, integra a Consulta de Doenças Respiratórias do Serviço de Medicina. Em 2003 a Consulta de Ventiloterapia para doentes neuromusculares passou a ser feita em dias específicos, articulada com a Consulta de Neurologia e Fisioterapia. Tem sido possível fazer uma avaliação completa dos parâmetros respiratórios incluindo capnografia ET, pico de fluxo da tosse, gasimetria arterial, oximetria noturna e estudo cardiorrespiratório do sono. Nos doentes ventilados é feita avaliação dos parâmetros de ventilação e de adesão, assim como os ajustes dos parâmetros, se indicados. Também tem sido possível fazer o treino de VNI e de outras técnicas como air-stacking e cough assist no mesmo dia em que é identificada a sua necessidade.

Uma pequena percentagem dos doentes no domicílio faz ventilação invasiva contínua domiciliária. Tratam-se de doentes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) com compromisso bulbar importante e que optaram por ser traqueostomizados. Com a VNI tem sido possível ventilar todos os outros doentes (doença restritiva torácica, hipoventilação noturna, DPOC, bronquiectasias difusas, fibrose quística), sem necessidade de recurso a invasão da via aérea, mesmo que haja necessidade de ventilação contínua.

Desde a sua nomeação, a ação e preocupação da CVD não se limitou à ventilação domiciliária. Com a experiência das Unidades Intensivas e com a progressiva melhoria dos ventiladores portáteis domiciliários, rapidamente se começou a utilizar estes dispositivos no tratamento da insuficiência respiratória crónica agudizada e no edema agudo do pulmão, no SU e no Serviço de Medicina.



Elga Freire

Especialista Medicina Interna, C.H. Porto

A utilização da VNI na insuficiência respiratória aguda diminui a necessidade de entubação traqueal e o internamento em Unidades de Cuidados Intensivos, permitindo reduzir as suas complicações, nomeadamente infecciosas, e reduzir o tempo de internamento e a taxa de mortalidade intra-hospitalar.

A formação de pessoal médico e de enfermagem para a realização de VNI com eficácia e segurança rapidamente se tornou uma prioridade e passou a ser um objetivo da CVD. Desde 1998 tem sido feita formação regular em VNI para médicos, enfermeiros e fisioterapeutas dos diferentes serviços do CHP. A VNI faz parte das reuniões de integração de médicos internos do Serviço de Medicina, desde 2004.

Em 2005, com o objetivo de tratar os doentes em Edema Agudo do Pulmão na Unidade Coronária do Serviço de Cardiologia, iniciou-se VNI naquela unidade, após formação dos profissionais.

No que diz respeito ao equipamento de VNI do HSA, em 2003, foi identificada a necessidade

de mudança, o que se veio a concretizar em 2006, com o aluguer dos ventiladores portáteis, a sua uniformização e a distribuição através do Parque de Equipamento. Concomitantemente, foi revista a política do equipamento, nomeadamente o seu aluguer, armazenamento, manutenção, desinfeção e distribuição. As regras de distribuição, desinfeção e manutenção do equipamento foram estabelecidas e divulgadas. Foi feita formação no Serviço de Esterilização e Parque do Equipamento, que centraliza todos os ventiladores. Este parque passou também a ter disponível, aparelhos de tosse assistida, "Cough Assist", que veio beneficiar o tratamento dos doentes ventilados e internados, especialmente os doentes neuromusculares.

Os novos ventiladores, progressivamente com maiores potencialidades, mais portáteis e mais fáceis de usar, permitiram aumentar o número de indicações e generalizar a sua utilização.

A VNI tornou-se uma prática diária do SU e dos Serviços de Medicina do HSA, e passou a estar disponível em qualquer hora do dia e em qualquer dia da semana de uma forma pioneira no nosso país. O investimento na formação multidisciplinar continuada, em serviço e em sala, foi um dos segredos.

O papel da CVD na implementação da VNI não se limitou ao CHP e pode considerar-se que contribuiu para o desenvolvimento deste tratamento a nível nacional, nomeadamente no âmbito da Medicina Interna, no SU, nas Unidades Intermédias e nos Serviços de Medicina. Salienta-se a colaboração com os programas institucionais de implementação de VNI noutros hospitais nacionais e o elevado número de cursos pré-congresso da SPMI organizados desde o ano de 1999.

No próximo dia 26 vão rever-se as indicações da VNI em contexto hospitalar e domiciliário, este, de acordo com as normas de orientação clínica da Direção Nacional de Saúde sobre os cuidados respiratórios domiciliários. Será apresentada uma proposta de protocolo de preparação da alta para o domicílio dos doentes ventilados, que se considera pertinente.

Contamos com o imprescindível contributo dos internistas e de profissionais de outras áreas no debate final pelo que serão todos bem-vindos. ■

Simpósio VitalAire A Ventiloterapia - Do Hospital ao Domicílio

23º Congresso Nacional de Medicina Interna
26 de Maio de 2017 | 13h30 - 14h30 | Sala D. Luís

PROGRAMA

- 13:30 Introdução
Moderadora: Dr.ª Elga Freire, Especialista Medicina Interna, C.H. Porto
- 13:35 **De falência respiratória aguda à ventiloterapia domiciliária**
Dr. Alfredo Martins, Especialista de Medicina Interna, Hospital da Luz Arrábida
- 13:55 **Ventiloterapia domiciliária: experiência de um Serviço de Medicina**
Dr.ª Andrea Mateus, Especialista Medicina Interna, C.H. Porto
- 14:15 Questões e conclusões

Site do congresso: <https://www.23cnmi.org/>

TAKEDA

EMPENHADA NA MELHORIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

A questão das crescentes exigências de investimento no setor público da Saúde está na ordem do dia em todas as sociedades desenvolvidas. É por isso objeto de um permanente debate técnico, em busca das melhores soluções que permitam tornar sustentável o acesso a medicamentos inovadores perante uma acentuada escassez financeira em muitos Estados.

Como é sabido, esta problemática assume especial relevância em Portugal, país que está ainda a sair de um duro período de ajustamento financeiro e enfrenta uma situação particularmente grave de envelhecimento populacional. Esta situação tem evidentes reflexos diretos nos encargos do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Apesar de tudo, os serviços de saúde prestados em Portugal atingem elevados padrões

de qualidade no contexto internacional, fruto do esforço e competência de todos os parceiros que atuam no setor e que têm permitido manter o País em lugares de destaque nos *rankings* mundiais.

Neste enquadramento, a Indústria Farmacêutica merece um justo destaque pela sua permanente disponibilidade para desenhar e acolher soluções que permitam fazer chegar aos portugueses os medicamentos e os meios de diagnóstico mais inovadores.

Através dos mecanismos de comparticipação e de avaliação prévia hospitalar, foram introduzidos 51 novos medicamentos no SNS, no ano de 2016, permitindo o acesso dos doentes a tratamentos inovadores de uma forma sustentada. A indústria farmacêutica teve um papel fundamental no sucesso das negociações



Robert J. Lasek

Country Manager
Takeda Portugal

com o Estado português garantindo as melhores condições de sustentabilidade ao nível da saúde.

A Takeda tem vindo a consolidar a sua presença em Portugal colocando os doentes no centro de tudo o que realiza e possibilitando o acesso a terapêuticas inovadoras capazes de lhes proporcionar melhores perspetivas com qualidade de vida.

O nosso total empenho em cooperar com as autoridades portuguesas é um sinal efetivo da vontade da Takeda em manter uma longa e saudável relação com Portugal, colocando ao serviço dos portugueses todo o seu conhecimento e capacidade de inovação nas áreas em que é especialista: Gastrenterologia e Oncologia.

O pipeline em Investigação & Desenvolvimento da Takeda conta atualmente

com mais de 40 fármacos, sendo complementado por parcerias com reconhecidas instituições académicas e empresas do setor biotecnológico, que permitem acelerar o ritmo e a dinâmica da inovação.

Para além da busca permanente de novos medicamentos, importa sublinhar que procuramos também as melhores fórmulas para facilitar o acesso a esses medicamentos através do diálogo com todos os *stakeholders* envolvidos. Acreditamos que, com a colaboração de todos os parceiros do setor, é possível construir um novo modelo de cuidados de saúde, visando aquilo que de facto mais preocupa a todos: a melhoria dos cuidados de saúde dos doentes em Portugal. ■

MUITAS IMAGENS, UMA VISÃO: OLHAR PELA VIDA

Apresente-nos a IMAG:

A IMAG é uma rede de centros de diagnóstico e terapêutica por técnicas de imagem (Imagiologia, Cardiologia e Gastrenterologia), com representação nacional, que conta neste momento com 14 unidades de negócio, 6 centros no Grande Porto, 7 na Grande Lisboa e 1 unidade de negócio em Faro.

A IMAG nasceu em 2011, por uma via de uma estratégia de dispersão de negócio do acionista, com tradição na indústria Farmacêutica, que detém desde 1969 a Tecnifar.

Hoje, a IMAG integra a 4H Healthcare Group, que detém além da IMAG, a Tecnifar (medicamentos sujeitos a receita médica), a Tecnifar Consumer Health (produtos de bem estar e conforto) e o Hospital São Gonçalo de Lagos (com uma oferta de mais de 30 especialidades), onde estão integradas também 3 Clínicas S. Gonçalo no Litoral Alentejano e no Sotavento Algarvio (S. Teotónio, Odemira e Aljezur). Hoje a 4 H é um grupo ímpar no panorama nacional com uma oferta de serviços completa na área da saúde.

Como se posiciona a IMAG neste momento?

A IMAG foi criada em 2011 e nos últimos 5 anos, encetou uma estratégia de crescimento relevante. Atualmente e dada a dimensão que alcançámos, vivemos uma fase igualmente desafiante de consolidação e otimização de processos, no sentido, de cada vez mais, melhor servirmos quem nos prefere.

O crescimento surgirá nos próximos tempos de forma orgânica através de parcerias ou aumento de capacidade instalada. Procuramos apresentar aos nossos clientes, aos nossos clínicos, as melhores soluções tecnológicas, clínicas e de comodidade. Disponibilizamos também às instituições hospitalares públicas e privadas os nossos serviços, com o objetivo de aportarmos mais valor aos seus Serviços de Imagiologia. Porém, estas parcerias por si só não garantem a continuidade das operações.

A forma como tratamos quem recorre aos nossos serviços é um fator determinante de fidelização, e é esse facto que está no topo das nossas prioridades.

Encaramos o nosso setor de atividade como um setor diferente, em que diariamente lidamos com o bem mais fundamental, a VIDA, como tal a forma como recebemos quem nos procura tem que ser diferenciadora valorizando a sua preferência.

Onde podemos encontrar os centros IMAG e que serviços disponibilizam?

A nossa implantação geográfica é nacional. Podemos encontrar no Grande Porto: na Maia (IMAG Maia), em Vila Nova de Gaia (IMAG V.N. Gaia), em Matosinhos (IMAG Matosinhos), no Porto, na Batalha (IMAG Batalha), no Serviço de Imagiologia do Hospital Ordem da Trindade (IMAG Ordem da Trindade), junto ao Hospital de Santo António (Ginoeco IMAG).

Podem-nos encontrar na Grande Lisboa: Nos Serviços Sociais da Câmara de Lisboa nas Olaias (IMAG Lisboa Olaias), no Centro Clínico da PT ACS no Saldanha (IMAG Lisboa Saldanha), no Cacém (IMAG Cacém), nas Mercês, (IMAG Mercês), em Mem Martins com duas unidades de negócio (IMAG Mem Martins I e II), em Sintra (IMAG Sintra).

No Sul, em Faro, estamos presentes na IMAG Faro, e abriremos em breve um novo espaço nas imediações da atual clínica.

Adicionalmente temos neste momento uma parceria estabelecida com Centro Hospital do Alto Ave, onde exploramos o Serviço de Imagiologia do Hospital Nossa Senhora da Oliveira em Guimarães.

O nosso Grupo apresenta uma oferta completa de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica por Técnicas de Imagem em ambulatório, na Cardiologia, Imagiologia e Gastroenterologia. Em quase todos os nossos centros disponibilizamos Posto de Colheitas, que são explorados por terceiros.

Tendo em conta a vossa missão “prestar serviços de elevada qualidade e rigor, através de uma rede de centros de diagnóstico e terapêutica por técnicas de imagem, assentes na excelência técnica e científica”, o que vos torna de facto diferenciadores nessa área?

A qualidade dos nossos serviços e do nosso corpo clínico é reconhecida externamente em toda a área de influência da IMAG, porém acreditamos que o



Tiago Madeira

Administrador da IMAG

caminho até à perfeição é interminável, mas convivemos diariamente com a boa utopia de que é atingível. Acredito que a diferenciação advém essencialmente da valorização e atuação que damos à crítica e às oportunidades de melhoria que nos identificam sejam originadas nos clientes, ou nos nossos colaboradores e esse facto motiva a que o nosso nível de exigência seja tendencialmente crescente.

O nosso nível de serviço desde a marcação do exame, até à entrega do relatório, é monitorizado nas mais diversas fases do processo, o que também nos permite atuar mais rapidamente.

Por outro lado, estamos constantemente à procura de soluções (sejam equipamentos médicos, sejam equipamentos de apoio) que melhorem as condições de trabalho dos nossos colaboradores, que melhorem a comodidade dos nossos clientes e não menos importante preocupamo-nos de forma efetiva com os índices motivacionais dos nossos colaboradores, pois só assim se consegue ter uma equipa de mais 400 pessoas entre pessoal assistencial, técnicos e médicos, motivada para OLHAR PELA VIDA de quem nos prefere.

A IMAG tem privilegiado sempre a inovação, não só de processos como de equipamentos. Em saúde, mais tecnologia implica sempre maior procura, mas também gera mais despesa. Que investimentos farão nos próximos anos?

Não concordo completamente com a afirmação “mais tecnologia implica sempre maior procura”, porque por si só não é suficiente. Porém, é inegável, que se tivermos melhores equipamentos com capacidade diagnóstica mais diferenciadora, estamos melhor preparados para responder à procura.

Dado sermos uma entidade colaborante com o Serviço Nacional de Saúde, que é responsável por cerca de 80% da despesa de saúde do país, em situações de conjuntura económica adversa, existe uma tendência natural, para um controlo mais efetivo da despesa do Estado por diminuição do preço médio, ou maior controlo de prescrição, o que impacta de forma relevante na capacidade de investimento e reposição de equipamentos dos diferentes operadores do mercado.

Ainda assim, e essa é uma vantagem de sermos um Grupo com a dimensão que temos, anualmente renovamos parte do nosso Parque que conta com mais de 1 centena de equipamentos, sendo que essa renovação é sempre feita com equipamentos de gama alta.

Nos próximos anos, continuaremos a renovação do parque. Para 2017, está prevista a renovação de cerca de 10 equipamentos do parque total. Investiremos também com certeza em soluções tecnológicas que aportem valor para o nosso negócio, mas que neste momento, não estou em condições de revelar mais detalhes.

Pelo segundo ano consecutivo, foi-vos atribuído o Prémio 5 Estrelas, na Categoria de Rede Nacional de Diagnóstico, esse prémio traduz a preferência dos portugueses em relação à IMAG. O que pensa sobre esse reconhecimento?

O Prémio 5 Estrelas, pela forma como é atribuído e tendo em conta os critérios de avaliação que são utilizados, permitem-nos encarar este prémio com particular orgulho, mas confere-nos uma responsabilidade acrescida. Este prémio advém do escrutínio da população, o que o valoriza ainda mais. Este ano teve a particularidade de apresentar candidatos de peso, e também com qualidade reconhecida o que valoriza ainda mais esta conquista. O Prémio 5 Estrelas per si é um reconhecimento do nosso trabalho, e reflete a força nacional da MARCA IMAG, mas não é um objetivo anual da nossa organização, sabemos que se continuarmos a trabalhar da forma que trabalhamos em prol da população estamos mais próximos de o reconquistar e naturalmente será bem recebido.

Devemos optar pela IMAG porque ...

Porque o Grupo a que pertence está na saúde desde o final da Segunda Guerra Mundial, é um Grupo de capitais portugueses, encontra-se na terceira geração de acionistas, tem um compromisso com a VIDA dos portugueses de largas dezenas de anos. Não fosse este um facto suficientemente inspirador de CONFIANÇA, a equipa que me orgulho de liderar tem um conhecimento do negócio como poucos no país e tem um ADN de compromisso com a nossa MISSÃO e com o nosso projeto. ■

ATIVIDADES E EVENTOS '17

Plano Nacional para a Segurança do Doente

Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), a Direção-Geral da Saúde (DGS) e o Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPO Lisboa), realizaram no dia 20 de janeiro de 2017, no Auditório do IPO Lisboa, a sessão denominada Plano Nacional para a Segurança do Doente - Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.



Pretendeu-se promover a partilha de experiências das instituições no âmbito do processo da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nas unidades de saúde dos cuidados de Saúde primários e secundários, nomeadamente as mais-valias e dificuldades sentidas, bem como os fatores facilitadores do cumprimento do Objetivo Estratégico 1 "Aumentar a Cultura de Segurança do Ambiente Interno" do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.



Este evento foi presidido e moderado pelo Prof. Dr. Carlos Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH e pelo Dr. Francisco Ramos, Presidente do CA do IPO Lisboa. Como comentadores estiveram presentes o Dr. Luís d' Orey Manoel, médico e auditor da Qualidade do IPOLFG e do Sr. Enfermeiro Chefe, Especialista em Enfermagem Comunitária Manuel Oliveira, pertence à Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários e é Assessor para a Qualidade do Conselho Diretivo da ARS Centro, IP. Por último, esteve presente na qualidade de dinamizadora a Profa. Dra. Margarida Eiras, Vogal da Direção da APDH.

Como oradores contamos com os notáveis contributos da Profa. Dra. Anabela Coelho, Chefe de Divisão do Departamento da Qualidade na Saúde – DGS, que abordou o Plano Nacional para a Segurança do Doente, da Profa. Dra. Ana Escoval, na altura ainda Vogal da Direção da APDH, que falou sobre a importância da Cultura de Segurança, do Dr. Artur Vaz, Administrador Executivo do Hospital Beatriz Ângelo que a partilhou experiência do seu hospital e da Dra. Maria da Luz Santos Pereira, médica de família na USF FFmais e Presidente do Concelho Clínico e de Saúde do ACES Almada Seixal, que partilhou a experiência do ACES Almada Seixal.

Jantar Debate Um Outro Olhar sobre o Hospital

“Centro de Responsabilidade Integrada: Constrangimentos e Oportunidades “



A APDH, conjuntamente com o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE e o Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE, organizou mais um Jantar Debate centrado na atual temática do Centro de Responsabilidade Integrada, no dia 5 de abril, no Clara Jardim Restaurante, em Lisboa.

Este evento contou com os excelentes contributos do Prof. Dr. Manuel Antunes que abordou a sua experiência no Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE. Intervieram ainda o Dr. Manuel de Brito do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE e o Prof. Dr. Pedro Adragão e o Dr. Hélder Monteiro, do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, que partilharam as suas experiências nos CRI e o Dr. Pedro Madeira de Brito que abordou as questões legais e as vantagens e constrangimentos dos CRI.

Este evento foi ainda pautado pela comemoração dos 15 anos de existência da APDH por todos os presentes.



Encerramento das Comemorações do 10.º aniversário do Prémio de Boas Práticas em Saúde® e Lançamento da 11.ª Edição

Realizou-se a Sessão de encerramento das comemorações do 10.º Aniversário do Prémio de Boas Práticas em Saúde® (PBPS), no Auditório da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) no dia 18 abril de 2017, tendo decorrido em simultâneo o anúncio da Abertura Oficial do Período de Candidaturas da 11.ª edição do PBPS e para apresentação da publicação digital “10 Anos a Premiar Boas Práticas em Saúde”, com prefácio de Sua Excelência O Sr. Secretário de Estado da Saúde, Dr. Manuel Delgado e que reuniu todos os Projetos Vencedores ao PBPS entre 2006-2016.



Fotos: cedidas pela ACSS, IP

Consulte a publicação digital em

<http://www.boaspraticasemsaude.com/publicacao10anos>

Exposição 10.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde® - ACSS, IP 18 de abril a 5 de maio de 2017



Em paralelo com a realização da Sessão de encerramento das comemorações do 10.º Aniversário do Prémio de Boas Práticas em Saúde® (PBPS), no Auditório da ACSS, IP, esteve patente ao público a Exposição de Posters alusiva à 10.ª Edição do ao Prémio de Boas Práticas em Saúde, entre 18 de abril e 5 de maio de 2017, no hall de entrada do edifício sede da ACSS, no Parque de Saúde de Lisboa.

REPRESENTAÇÕES APDH

- “Sessão de Encerramento: Programa Iniciativas em Saúde Pública | Apresentação de Resultados”: Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, I.P.) – 03 fevereiro, Auditório do INFARMED – Esteve presente a Dra. Ana Lívio, Gestora de Projetos da APDH”
- “Almoço-Colóquio: Política de Saúde, a Reforma do Estado e a Geração de Consenso”: Hospital do Futuro – 08 fevereiro, Hotel Pestana Palace – Esteve presente o Professor Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH”
- “Fórum Nacional SNS Serviço Nacional de Saúde – Reformar | Transformar | Modernizar – 13 março, Fábrica de Santo Thyrsó, em Santo Tirso – Esteve presente o Dr. António Santos e a Prof.ª Ana Escoval, Vogais da Direção da APDH”
- “Reunião sobre Serviços de Urgência” - Coordenação Nacional para a Reforma do SNS - Área dos Cuidados de Saúde Hospitalares – 09 março, Auditório do INFARMED – Esteve presente a Dra. Ana Lívio, Gestora de Projetos da APDH”
- “Tomada de Posse dos Órgãos Sociais da APIFARMA” – 13 março, Centro de Congressos de Lisboa – Esteve presente o Professor Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH”
- “Sessão de Abertura da 7th ECTOH - Conference on Tobacco or Health” – 22 março, Hotel Sheraton, Porto – Esteve presente o Dr. António Santos, Vogal da Direção da APDH”
- “Conferência “Portugal Saudável - Alimentação e Estilos de Vida” – SONAE - 28 de março, Fundação Champalimaud – Esteve presente a Dr.ª Luísa Alves Dias, sócia efetiva da APDH”
- “Sessão de esclarecimento sobre o Concurso de Projetos de IC & DT”: 31 março, Laboratório Nacional De Engenharia Civil - LNEC – Esteve presente a Dra. Ana Lívio, Gestora de Projetos da APDH”
- “Portugal eHealth Summit” – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde - 05 de abril, MEO Arena – Esteve presente a Dra. Ana Lívio, Gestora de Projetos da APDH Direção da APDH “
- “Cerimónia Pública Programa Gilead GÉNESE”: 06 de Abril, Teatro Thalia - Esteve presente a Prof.ª Ana Escoval, Vogal da Direção da APDH”
- “Sessão divulgação abertura aviso candidaturas TO 3.30 (PO ISE)”: 06 abril, INFARMED – Esteve presente a Dra. Ana Lívio, Gestora de Projetos da APDH”
- “6.ª Edição do Prémio Kaizen Lean - Apresentação dos Casos Vencedores”: Kaizen Institute - 19 abril – Esteve presente a Prof.ª Margarida Eiras, Vogal da Direção da APDH”
- “9.º Encontro Nacional das USF” - USF-NA – 10-12 maio, Universidade de Aveiro – Esteve presente a Prof.ª Margarida Eiras, Vogal da Direção da APDH”



Better Health, Brighter Future

Podemos sempre fazer mais para melhorar a vida das pessoas. Impulsionados pela paixão de realizar este objetivo, a Takeda proporciona medicamentos inovadores à sociedade desde a sua fundação em 1781.

Hoje, combatemos diversos problemas de saúde em todo o Mundo, desde a sua prevenção à cura. Mas a nossa ambição mantém-se: encontrar novas soluções que façam a diferença e disponibilizar melhores fármacos que ajudem o maior número de pessoas possível, o mais rápido que conseguirmos.

Com a ampla experiência, sabedoria e perseverança da nossa equipa, a Takeda terá sempre o compromisso de melhorar o amanhã.

Gastrenterologia

Oncologia

Sistema Nervoso Central

Vacinas

MIELOMA MÚLTIPLO

BOLSA DE INVESTIGAÇÃO 2017



01 DE MARÇO
ABERTURA DAS CANDIDATURAS

ATRIBUIÇÃO DE BOLSA NO VALOR DE **15.000€**

MAIS INFORMAÇÕES SOBRE O REGULAMENTO EM:

APCL.PT

SPH.ORG.PT

AMGEN.PT