

Hospital

“NÃO INTERESSA JUNTAR
HOSPITAIS INTERESSA
GERIR OS TRAJETOS
DAS PESSOAS”

Constantino Sakellariades
Professor



schülke 

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





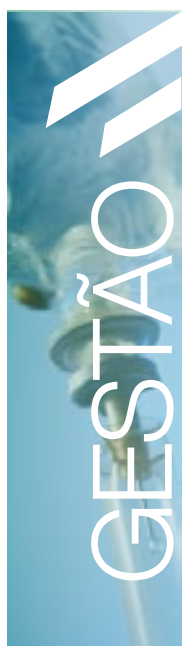
Science For A Better Life

Compromisso com a

Oftalmologia

ÍNDICE

EDITORIAL	4
REALIDADES	6
OPINIÃO	12
ANÁLISE	16
GRANDE ENTREVISTA	20
INOVAÇÃO	32
APDH	42



Revista da Associação Portuguesa para o
Desenvolvimento Hospitalar



Diretora

Ana Escoval

Coordenadora

Marina Caldas

Redação

Edite Espadinha, Marina Caldas, Marina Tovar Rei

Editora de Arte e Paginação

Ana Rita Gama

Fotografia

Marina Rei

Revisão

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

Diretor Comercial

José Ferreira

Editora

HOSPIPRESS - Cooperativa Editorial
978-989-99359

Impressão

UE

Tiragem

4.000 exemplares

Distribuição

Gratuita

Periodicidade

Bimestral

Projeto

COMPANHIA de IDEIAS
branding | tv | eventos | web | health

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



Editorial

"Os classificadores de coisas, que são aqueles homens de ciência cuja ciência é só classificar, ignoram, em geral, que o classificável é infinito e portanto se não pode classificar. Mas o em que vai meu pasmo é que ignorem a existência de classificáveis incógnitos, coisas da alma e da consciência que estão nos interstícios do conhecimento."

Bernardo Soares/Fernando Pessoa, in "O Livro do Desassossego"

"Uma nova aliança foi forjada entre palavras e coisas, permitindo ver e dizer."

Michel Foucault, in "O Nascimento da Clínica"

Para esta nova revista "O Hospital" trouxemos o assunto das pessoas que trabalham nos serviços de saúde em Portugal, por se tratar de um enorme capital humano, fundamental no sistema, particularmente no SNS, que evoluía lentamente numa trajetória de correção de um padrão de reconhecida ineficiência de combinação de competências profissionais, até ao início da crise financeira mundial, com grande impacto nacional, e que de então para cá entrou em declínio, face ao ponto de desenvolvimento alcançado, numa linha regressiva, com um horizonte de recuperação difícil de vislumbrar.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 organizou uma base de informação que melhorasse o conhecimento das necessidades de profissionais no sistema dos serviços de saúde português para, entretanto, conceber um Plano Integrado dos Profissionais de Saúde, associado do PNS, acompanhada e monitorizada com a cooperação da OMS Região Europeia que, assim, recomendou uma maior atenção ao progresso da redução do gap conhecido.

O PNS 2011-2016 manteve justificado aquele plano mas a ação de acompanhamento tem-se limitado a constatar os efeitos dos limites financeiros impostos.

Entretanto os estados membros da OMS Região Europeia, que engloba Portugal, adotaram a Carta de Tallinn, sobre os Sistemas de Saúde para a Saúde e Riqueza, de 2008, que incentivava a reforço de profissionais de saúde com vista à melhoria das condições de saúde das populações nacionais, geradoras de bem-estar e de maior riqueza.

Capital humano da saúde

Com o Livro Verde da Comissão Europeia, de 2009, foram todos os estados membros convidados a identificar os desafios então colocados pelo envelhecimento da população e dos profissionais de saúde e, bem assim, pela mudança de expectativa, de comportamentos e da tecnologia de saúde. Nestes tempos de crise, tiveram lugar a saída de profissionais de saúde aposentados ou por mobilidade nacional ou internacional, os fortes limites à contratação de novos profissionais, geradores de uma importante diminuição do capital humano da saúde.

Torna-se, portanto, imperioso que o Plano Integrado dos Profissionais de Saúde de suporte à revisão e extensão do PNS a 2020 retome todos estes pontos de agenda referidos, de investimento no capital humano da saúde, e que, num contexto de alívio da restrição financeira, os seus estudos prospetivos habitualmente de grande qualidade, pela objetividade e fundamentação técnica de que se revestem, promovam a (re)equação pelo menos das principais medidas: (1) recuperar a sustentabilidade demográfica dos profissionais de saúde, formando mais profissionais ou atraindo o regresso daqueles que optaram por regimes de mobilidade de saída; (2) promover ajustamentos curriculares da formação de profissionais de saúde, em articulação com as ordens profissionais; (3) retomar os incentivos de carreira, ou outros, que aumentem a motivação, a satisfação profissional, a qualidade e a produtividade; (4) promover a correção da combinação ineficiente de competências profissionais, agora mais acentuada, designadamente pelo aumento progressivo do rácio de enfermeiro por médico, para a média de 2,6 dos países da OCDE, e a contratação de profissionais de áreas que estão a ser sacrificadas aos cidadãos, designadamente, psicólogos, TDT, podólogos, farmacêuticos, médicos dentistas e outros; (5) incrementar a formação avançada multiprofissional em investigação clínica, numa linha de promover a inovação nas melhores e mais económicas respostas às necessidades dos cidadãos.

Por fim, mais do que o modernismo do assombro de Bernardo Soares, sobre o que não se conhece, e do iluminismo da sociologia de Michel Foucault, sobre a reforma da prática clínica institucional, as artes profissionais de saúde reforcem hoje, nesta era pós-moderna, o bem-estar da pessoa que mora em cada cidadão, os laços que envolvem cada sociedade e o valor de medidas de performance do capital humano dos serviços de saúde.

A Direção da APDH



BE WELL.
A PROMISE MADE TO THE WORLD.*

* FIQUE BEM.
UMA PROMESSA QUE FAZEMOS AO MUNDO.

www.msd.pt www.univadis.pt Linha Verde MSD 800 20 25 20

Merck Sharp & Dohme, Lda. Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19- Porto Salvo 2770-192 Paço de Arcos. NIPC 500 191 360.

Copyright ©2011 Merck Sharp & Dohme Corp., é uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA.

Todos os direitos reservados. CORP-1021808-0000

O QUE FAZ PELA SUA SAÚDE?

Não foi fácil a aprendizagem, mas com o caminhar da vida e o decorrer do tempo é certo que cada um de nós começa a ver o seu corpo de forma diferente. Ou seja olhando para o espelho, ou seja sentindo as respostas que ele dá às diversas solicitações diárias. E se estivermos atentos, não tenhamos dúvidas que o corpo – matéria fala com o corpo – espírito e dessa interação cognitiva resulta que a aprendizagem é mais perfeita, melhor e mais profícua.

Se é certo que durante a minha juventude não respeitava o meu corpo e fazia dele o que eu queria e o que ele, muitas vezes, não queria, a verdade é que o tempo começou a dar – me outro tipo de indicações, pelo cansaço, pelas dores ósseas, pela indisponibilidade, ou falta de vontade para cumprir determinadas tarefas, que, obviamente, tentei transmitir ao meu corpo.

E atingido este ponto de compreensão e respeito é preciso que cada um de nós decida o que tem a fazer e o que deve fazer.

Respeitar as “ordens” que o corpo dá é essencial. Acudir aos seus apelos, corresponder à sua vontade, atuar de acordo com a sua capacidade, ajudá-lo a ultrapassar dificuldades torna – se algo de muito importante.

Numa ideia só: é fundamental aprender a respeitar o corpo!

No entanto, as dores não são impeditivas de lutarmos contra elas e de as ultrapassarmos, com o poder da mente e com a capacidade da nossa própria vontade. Daí que seja fundamental não deixar de caminhar; de conviver com a natureza; de cumprir horários de refeições; de perceber que dormir sete horas (pelo menos) é essencial; de, ao jantar, procurar fazer uma refeição ligeira; de descansar sempre que o corpo manifeste fadiga para além do normal; de respeitar o médico, mas não fazer dele a solução para todos os problemas do corpo; de cuidar da questão cognitiva, lendo, escrevendo, pensando, dando “trabalho” ao cérebro, nem que seja pela pintura, pelo desenho, pela fotografia, etc.

No entanto, para mim, o mais importante é perceber que o corpo é natureza e nela se integra, como qualquer outro elemento. O convívio com a terra, com as árvores, com os animais, com as flores, com as plantas, com o mar, com o

campo visual permitido pelo infinito universal torna – se, à medida que o nosso tempo avança, numa necessidade diária e numa terapia recomendada pelo cérebro e correspondida pela matéria corporal.

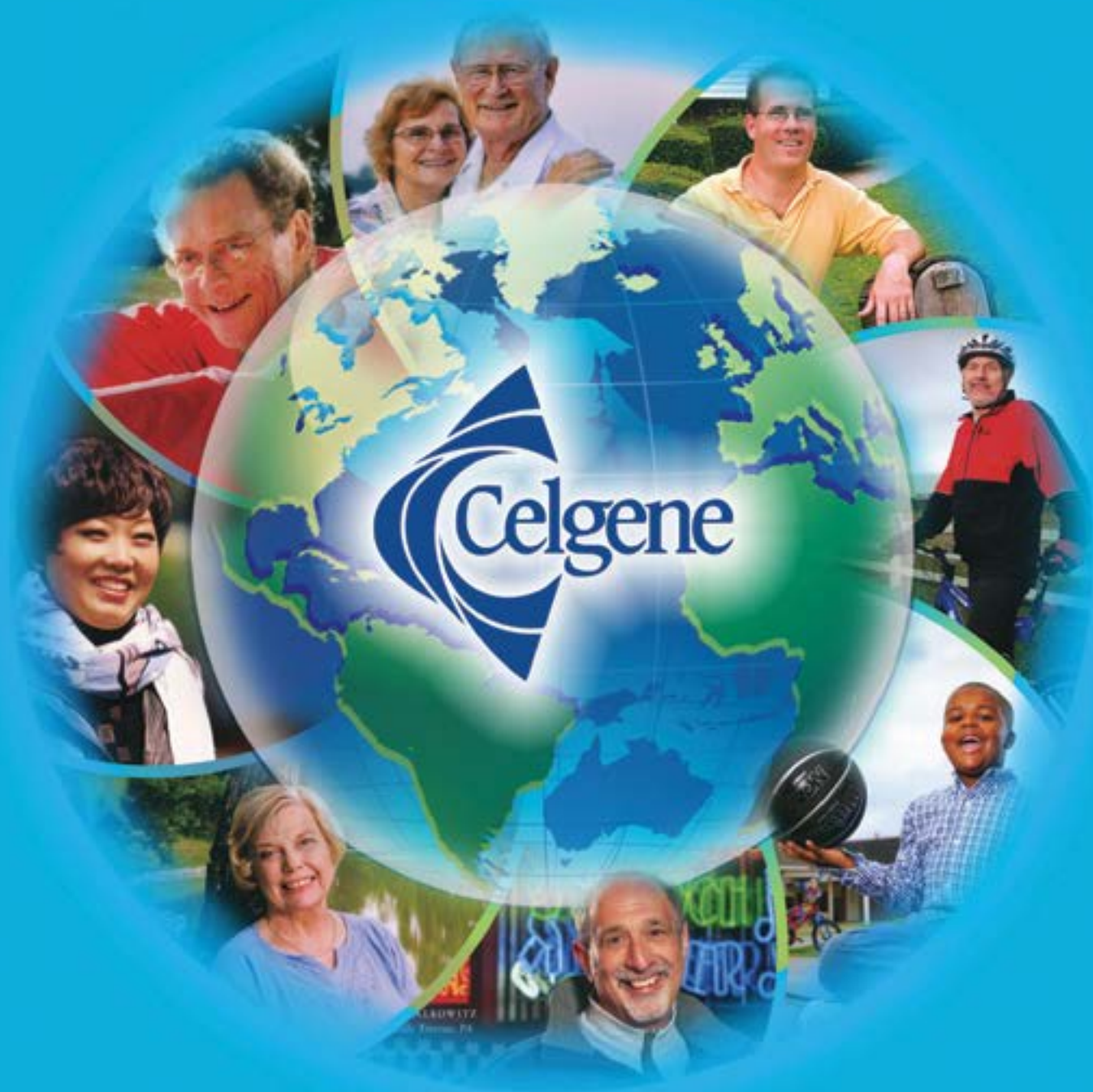
Mas o grande sistema de vida e a grande solução do mistério da vida, não está, apenas, no corpo, mas sobretudo na mente, na sua capacidade, naquilo que não se vê, e na força que vem daí, que resulta desse mistério e que nem todos nós somos capazes de aproveitar na sua plenitude.

O corpo humano, no seu todo, é belo demais para ser desprezado ou mal tratado.



FERNANDO CORREIA

- Jornalista, comentador de rádio e televisão e professor.
- Frequentou a Alliance Française e o Instituto Britânico (segunda parte dos estudos feitos em Cambridge) e especializou-se em Ciências da Comunicação e Línguas.
- Entrou para a Emissora Nacional (atual RDP) em 1958, onde atingiu a categoria de locutor de 1ª classe, em 1966.
- Passou pelas seguintes rádios: Emissora Nacional, Rádio Clube Português, Rádio Comercial, TSF Rádio Jornal, Rádio Clube Português, NFM, CNR.
- Atualmente está na Rádio Amália onde apresenta o programa Bancada Central.
- Na televisão: foi colaborador da RTP como apresentador de concursos e de programas de variedades. Atualmente está na TVI como comentador de desporto.
- Na literatura: é autor de vários títulos ligados ao desporto, ensaio, biografias e contos.



***Committed to Improving
the Lives of Patients Worldwide®***

Celgene, Sociedade Unipessoal, Lda.

Lagoas Park, Edifício 11, 1º andar • 2140-270 Porto Salvo - Portugal

Tel: + 351 210 044 300 • **Fax:** + 351 210 044 301

E-mail: celgene.portugal@celgene.com

MAIS DE UM MILHÃO DE EUROPEUS É PORTADOR DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

Médicos e Associações de Doentes da União Europeia Debatem Patologia no Parlamento Europeu



Entre 1 e 2 milhões de europeus são portadores de Hipercolesterolemia Familiar (HF), apesar de menos de 1 por cento estar diagnosticada e receber tratamento adequado. A revelação foi feita recentemente no Parlamento Europeu (PE), em Bruxelas, onde decorreu o encontro Call to Action on Familial Hypercholesterolemia, que reuniu responsáveis políticos, peritos clínicos e associações de doentes interessados nesta patologia.

A HF é uma doença genética, hereditária, isto é, transmite-se de pais para filhos e poderá envolver 50% dos familiares. Caracteriza-se por valores muito elevados de “mau colesterol” (colesterol-LDL) no sangue, que se vai infiltrando nas paredes das artérias desde a infância, e que por vezes não é possível controlar com as terapêuticas actuais. Esta doença é uma das causas mais comuns de doença coronária prematura grave. De acordo com Alberico Catapano, presidente da Sociedade Europeia de Aterosclerose, “existe uma enorme falta de conhecimento sobre esta patologia”, o que dificulta “a abordagem multidisciplinar e especializada do diagnóstico, o tratamento personalizado adequado, a prevenção de novos eventos cardio-cerebrovasculares prematuros e a sua identificação nos familiares em risco, de modo a iniciar a prevenção primária de doenças cardio-cerebrovasculares prematuras.

A iniciativa, realizada no PE, no passado dia 21 de Outubro, teve como objectivo “encontrar estratégias comuns para que possam ser criadas medidas para a prevenção, diagnóstico e tratamento adequados das doenças cardio-cerebrovasculares prematuras relacionadas com a HF”. Esta doença está sub-diagnosticada na maioria dos países da União Europeia (EU), com excepção da Holanda, Noruega e República Checa.

A HF é uma doença hereditária, que pode afectar as famílias com expressão muito variável, isto é, por exemplo, o pai ou a mãe serem portadores da doença e terem eventos cardio-cerebrovasculares prematuros, os filhos com doenças cardiovasculares graves em idade jovem por terem ambos pais portadores da mesma doença e, finalmente, familiares sem doença. A principal consequência desta patologia está relacionada a infiltração do colesterol-LDL nas paredes das artérias desde a infância, promovendo e acelerando o processo de aterosclerose nos jovens e antecipando cerca de 20 a 30 anos o risco doença coronária.

Até há pouco tempo, pensava-se que a prevalência da HF na Europa se situava em 1 para 500 indivíduos. No entanto, estudos recentes, em países como a Holanda a prevalência real é de 1 para 200 indivíduos, o que faz desta patologia uma das mais comuns entre as doenças hereditárias. Kees Hovingh, médico especialista em Medicina Interna e em HF apresentou a experiência iniciada há varias décadas na Holanda, inicialmente com o diagnóstico clínico e mais recentemente com o diagnóstico genético, o seguimento e o tratamento das famílias por equipas multidisciplinares. A Holanda é o país da EU com o maior índice de diagnóstico de indivíduos com HF que ronda os 70 por cento. Mas, de facto, o diagnóstico de HF difere de país para país. Em Itália, os dados relativos ao diagnóstico de doentes com HF não ultrapassa os 2 por cento. Em Portugal, estima-se que seja inferior a 5 por cento.

Jules Payne, responsável pela Heart UK, da Grã-Bretanha, sublinhou nesta reunião que a HF “tem um impacto direto e devastador nos doentes e suas famílias”, e que “temos de





Traduzimos a linguagem da vida em medicamentos vitais

Na Amgen, acreditamos que as respostas aos desafios colocados pelos medicamentos estão escritas na linguagem do nosso ADN. Como pioneiros em biotecnologia, utilizamos o nosso profundo conhecimento dessa linguagem para criar medicamentos vitais que vão ao encontro das necessidades dos doentes, no combate às doenças graves, melhorando de forma decisiva as suas vidas.

Para mais informações sobre a Amgen, visite www.amgen.pt ou contacte a Amgen Biofarmacêutica Lda., Edifício D^a Maria I (Q60), Piso 2 A, Quinta da Fonte – 2770-229 Paço d'Arcos, Lisboa, Portugal.

AMGEN[®]

Pioneering science delivers vital medicines[™]



saber quantas crianças existem realmente com este problema na Europa, de forma a serem tratadas adequadamente, modificando os estilos de vida, e participando ativamente para minorar os potenciais problemas futuros". Apresentando a realidade britânica, Jules Payne salientou que o seu país é um dos Estados da EU em que existe uma preocupação real com este drama mas, apesar de tudo, apenas 600 das prováveis 28 mil crianças com HF estão diagnosticadas e a receber a terapêutica adequada.

De acordo com vários responsáveis de associações de doentes presentes, o encontro realizado no PE, presidido pela Vice-Presidente do Heart Group, Karin Kadenbach, é de extrema importância porque vai permitir criar uma campanha de informação sobre a HF nos países membros da Europa, que é importantíssima para o trabalho a realizar, e que passa pela priorização do diagnóstico precoce, seguimento e uso de terapêuticas adequadas para HF. As entidades presentes referiram que, de preferência, esse screening devia ser feito nos primeiros anos de vida, nas crianças em que existem familiares com HF e/ou doenças cardio-cerebrovasculares prematuras.

Temas como diagnóstico clínico de HF através dos critérios dos doseamentos plasmáticos do C-LDL e colesterol total e história familiar de doença cardiovascular prematura nos familiares, assim como o impacto do teste genético em crianças e o seu custo, foram debatidos intensamente, bem como a necessidade de alertar os Governos para esta a complexidade.

Também o Programa Horizonte 2020, da União Europeia, foi salientado nesta reunião, uma vez que, segundo os peritos médicos presentes, poderá ser uma ferramenta impulsionadora no sentido do financiamento necessário aos Estados Membros para o desenvolvimento de redes de informação, registos clínicos de doentes e familiares, beneficiando a avaliação adequada e o seguimento das crianças e adultos com HF, no espaço da UE.

No encontro realizado em Bruxelas, esteve presente uma delegação portuguesa, constituída pela médica especialista em genética clínica e medicina interna, Isabel Mendes Gaspar, em representação da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, e por Isabel Falcão de Campos, em representação da associação de doentes FH Portugal – Associação Portuguesa de Hipercolesterolemia Familiar.

A FH Portugal tem como objetivos "divulgar e informar junto da população portuguesa a existência de HF e de outras dislipidemias hereditárias; esclarecer sobre todos os aspectos relativos a estas doenças e sensibilizar os médicos e demais profissionais de saúde para a necessidade do diagnóstico e tratamento precoces e efetivos, e assim evitar a morte prematura e outras consequências nefastas desta doença cardiovascular".

Isabel Mendes Gaspar referiu à revista O Hospital que, durante várias décadas, os doentes eram tratados por especialidades médicas e Hospitais específicos. "Atualmente, estamos a elaborar uma rede entre as várias sociedades médicas e hospitais que tratam esta doença, para partilha de informação, saber quantos doentes e famílias existem em Portugal, e será criado um registo nacional de HF". A rede também será para o público em geral, terá informação generalizada e específica sobre HF em articulação com a associação de doentes FH Portugal. Esta rede está ainda no início, mas "existe uma necessidade premente de ser realizada para bem dos doentes e das suas famílias". Para esta médica, a realidade da HF tem que ser adequadamente avaliada e englobada no contexto real das doenças cardio-cerebrovasculares, algo que até ao momento não aconteceu. ■

Marina Caldas (no Parlamento Europeu, em Bruxelas)



O que é a Hipercolesterolemia Familiar

- A HF é uma desordem genética causada por altos índices de mau colesterol (C-LDL)
- A HF é causa de doença coronária prematura, levando a ataques cardíacos em jovens adultos e até em crianças no casos mais graves.
- O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são muito importantes para a evitar os problemas decorrentes da doença a longo prazo.
- A doença está subdiagnosticada na maioria dos países europeus, onde menos de 1 por cento sabe que tem a patologia não recebendo portanto o tratamento adequado

Juntos pela inovação.



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

Lilly



Exportar Médicos?

É mau para o país e é mau para os doentes.

JOSÉ MANUEL SILVA

Bastonário da Ordem dos Médicos

A política de recursos humanos seguida no Serviço Nacional de Saúde no último quadriénio foi catastrófica. Cometeram-se muitos erros de avaliação e decisão. Um deles foi particularmente primário, alguém se esqueceu que os médicos tinham alternativas profissionais, entre elas a emigração, pelo que não era possível, sem consequências negativas e agitação profissional, desqualificar e desconsiderar o trabalho médico da forma sobranceira e arrogante como foi feito.

Não havendo factores de motivação extrínseca para atrair médicos para o SNS, deveriam ter sido mais cuidados, acarinhados e privilegiados os factores intrínsecos de motivação dos profissionais. Porém, o que se fez, a todos os níveis, foi exatamente o contrário.

Cometido o erro e sendo este por demais evidente, pelo êxodo de médicos do SNS, dos mais novos aos mais velhos, procurou a tutela instituir algumas medidas compensatórias, mas sem ouvir os profissionais, sem responder às suas preocupações, demasiado tardias e essencialmente de carácter cosmético. O impacto foi extremamente reduzido.

Portugal é o quarto país da Comunidade Europeia com mais médicos e está a formar 1500 especialistas por ano, mas perdeu capacidade de fixar os médicos que necessita no SNS, particularmente em algumas especialidades, porque o Governo quer especialistas a 8 euros líquidos/hora e, por este valor, quer deslocá-los à força para locais onde não sentem qualquer afinidade geográfica! Esquece-se que um especialista médico já tem mais de 30 anos e várias responsabilidades assumidas quando procura o seu emprego mais ou menos definitivo; nesta altura da vida a deslocação é muito difícil e, muitas vezes, implica sustentar duas casas, o que é incompatível com os baixos salários auferidos, que nem sequer compensam o longo tempo de formação e o enorme risco, complexidade e stress da profissão.

Numa cerimónia pública, o Primeiro-Ministro afirmou peremptoriamente "Que fique bem registado: não foi por falta de dinheiro que os hospitais evidenciaram, num ou noutro caso, menos recursos médicos do que aqueles que eram necessários". Pois bem, tal afirmação é completamente mentira, como é fácil perceber e demonstrar.

Na Saúde, como todos sabem, viram e sentiram, faltou dinheiro para quase tudo, não obstante a redução da despesa com medicamentos, conseguida pela baixa dos preços e pelo bloqueio ao acesso à medicação inovadora, em que Portugal é dos piores do mundo civilizado.

E para a contratação/atração de médicos para o SNS?

- Faltou dinheiro para tornar menos penalizadora a continuidade dos médicos no SNS, reduzindo as reformas antecipadas, que representam mais de 50% das reformas dos médicos, e os pedidos de redução de horário, sempre autorizados, retirando precocemente os mais experientes da assistência clínica e da formação dos mais novos.
- Faltou dinheiro para contratar condignamente os médicos reformados, que permitiriam fazer uma transição tranquila entre os dois picos etários da demografia médica. Pelos valores que foram propostos, muito poucos médicos regressaram, apenas algumas dezenas.
- Faltou dinheiro para implementar medidas de discriminação positiva para estimular a fixação de médicos no interior do país. Na legislação publicada, durante 4 dos 5 anos previstos, o incentivo é apenas de 125 euros/mês, líquidos. Porém, pelas penalizações inerentes ao eventual incumprimento, o médico fica preso a um contrato de 5 anos, mesmo que entretanto a sua vida mude ou tenha a oportunidade de concorrer a outra vaga! Isto não é um incentivo, é um castigo. Não vai convencer (quase) ninguém.





- Faltou e falta dinheiro para contrariar a contínua saída de médicos do SNS para o setor privado.
- Faltou dinheiro para reforçar as equipas dos Serviços de Urgência com mais médicos, com médicos mais experientes e com o pagamento de mais algumas horas (eventualmente extraordinárias). A preocupação do Ministério foi a de reduzir as equipas para diminuir o número de horas-médico pagas no Serviço de Urgência. Muitos médicos com mais de 50/55 anos deixaram a urgência, local de trabalho extremamente penoso e que não é minimamente retribuído, dificultando a constituição correta das equipas; este é o principal problema em hospitais mais pequenos.
- Faltou dinheiro para autorizar os Hospitais a contratar os médicos de que desesperadamente necessitavam (como demonstra o exemplo do Amadora-Sintra, que só foi autorizado a contratar mais médicos para a urgência em plena catástrofe invernal).
- Faltou e falta dinheiro para reduzir o impressionante fluxo emigratório de médicos. Só em 2014 emigraram efetivamente 387 médicos (não se incluem neste número os médicos que apenas foram realizar estágios). O pedido de certificados que permitem o trabalho no estrangeiro aumentou cinco vezes de 2010 para 2014 (no ano de 2010 foram pedidos 237 certificados, em 2011 foram pedidos 552 certificados, em 2012 foram solicitados 789 certificados, em 2013 foram 945 certificados e em 2014 foram solicitados 1122 certificados).

A estatística de 2015 ainda não chegou ao fim, mas o fluxo emigratório não dá mostras de abrandar. Pelo contrário, pois os médicos que emigram dão uma excelente informação de retorno e constituem pontes que facilitam a emigração dos seguintes.

Muitos colegas emigrados relatam-nos que os seus Diretores, satisfeitos com a qualidade e capacidade de trabalho dos médicos portugueses, lhes perguntam se não conhecem mais colegas interessados em emigrar e fixarem-se nos respetivos serviços.

Mas não se pense que é apenas por questões financeiras que os médicos portugueses emigram. A questão financeira é apenas uma das múltiplas razões. Os salários são muito superiores, é um facto, mas a verdade é que os médicos passam a ter menos horas de trabalho e mais tempo livre, mas sobretudo são mais respeitados, há melhores condições e organização do trabalho e as famílias têm mais perspectivas de futuro. Ou seja, com algumas medidas sem impacto financeiro seria possível reduzir a emigração daqueles que ainda fazem falta.

Uma das razões da emigração são os absurdos, injustos, ilegais e regionais concursos fechados, que afastam os jovens do interior do país e do próprio país, pela

indefinição e sentimento de injustiça que provocam. Os concursos deviam ser institucionais e abertos. Por causa dos atrasos dos concursos fechados, da insegurança que provocam, da falta de transparência, das abstrusas e iníquas entrevistas e de não darem uma segunda oportunidade, muitos jovens preferem emigrar.

Múltiplas são as histórias de revolta que nos chegam.

Um desabafo de uma Colega, jovem especialista em MGF, mais uma a preparar a emigração, ilustra um pouco do que tem sido a muito má e desleixada gestão de recursos humanos do MS: "Após a publicação de resultados da lista final de classificação relativa ao recrutamento médico sob aviso nº 5772-A/2015, de 26 de Maio, e tendo em conta a minha previsível não colocação no mesmo e ainda a falta de respostas relativamente a datas de concretização da cessação de funções e relativamente ao futuro de uma USF recém formada e a uma população a quem foi atribuído médico de família, e que agora lhe é retirado, aliado a um sentimento da minha parte de descontentamento, desmotivação e humilhação que desses factos advêm, venho por este meio entregar denúncia de contrato em funções públicas, que segue em anexo. Por estes motivos, assim me vejo obrigada a seguir outro rumo profissional diferente daquele para o qual fui formada e a abandonar a luta pela reforma dos cuidados de saúde primários, que se revelou minada pelo próprio sistema". É preciso acrescentar que a Colega fazia falta onde estava e que assim mais uma lista de utentes fica sem médica de família.

É profundamente lamentável que o Ministério da Saúde nada tenha feito para procurar corrigir os fatores que levam os médicos à emigração, porque o prejuízo a ela inerente, mesmo considerando que os médicos Internos pagam a sua formação com o seu trabalho, ascenderá a centenas de milhões de euros.

Formar médicos altamente diferenciados para depois os exportar a 'custo zero' (também para o setor privado), não será a mais inteligente forma de gerir os recursos humanos da saúde em Portugal.

Dirão alguns, "não havia dinheiro". A questão é mesmo essa, havia dinheiro, mas as opções do Governo foram outras. Nada foi feito para reorganizar e agilizar a estrutura do Ministério da Saúde, desvia-se dinheiro público para financiar o grande setor privado, o modelo de governação do país não é modernizado, os conflitos de interesse na Assembleia da República são chocantes, a meritocracia permanece um mito, continuam a gastar-se centenas de milhões de euros em pareceres milionários de gabinetes jurídicos amigos, não há taxa Tobin, etc, etc...

Quando queremos, há sempre soluções para tudo. ■



A emigração de enfermeiros

Um fenómeno histórico

GERMANO COUTO

Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

A emigração de enfermeiros e de enfermeiros especialistas portugueses, pela sua dimensão, tornou-se já um fenómeno histórico na profissão, colhendo a atenção da imprensa nacional e internacional.

Desde 2010 que, em média, 2500 enfermeiros por ano pedem à Ordem dos Enfermeiros (OE) uma declaração de conformidade com a diretiva de qualificações profissionais que permite o reconhecimento do título profissional nos Estados Membros da União Europeia.

A monitorização deste fluxo migratório é um trabalho complexo que implica a coordenação entre autoridades competentes do país de origem e as autoridades do país de destino. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros está a trabalhar com os parceiros europeus e também com o Alto-comissariado das Migrações para que seja possível nos próximos anos o mapeamento destes fluxos.

Atualmente é possível identificar uma subida exponencial do número de pedidos à Ordem da referida declaração, que em 2009 era de apenas de 609 pedidos e que em 2014 se aproximou dos 3000. Ou seja, um número quase cinco vezes superior e muito similar à totalidade dos enfermeiros que se licenciaram naquele ano.

Por sua vez, o número de enfermeiros que pediram a suspensão de inscrição na OE subiu de uma média de 500 pedidos por ano na primeira década do milénio, para cerca de 2000/ano desde 2011. Lembra-se que para o exercício de enfermagem em Portugal é obrigatória a inscrição na Ordem dos Enfermeiros, pelo que a suspensão da inscrição implica a impossibilidade de exercer enfermagem em Portugal.

Assumindo como 500 o número basal de pedidos de suspensões por reforma, invalidez e outras causas habituais, pode interpretar-se que os 1500 pedidos de suspensão extra se referem ao número de enfermeiros que, de facto, emigram. Deve referir-se, contudo,

que há enfermeiros que mantêm a sua cédula ativa, independentemente de estarem a exercer fora do País. Ou seja, o número será, com certeza, superior.

Ainda assim, a análise conjunta do pedido de declaração com os pedidos de suspensão permite estimar que o número de enfermeiros que saíram de Portugal nos últimos 5 anos oscilará entre os 6.000 e os 10.000 enfermeiros. Este número é realmente assustador, considerando que corresponde a 10% a 17% do total de enfermeiros nacionais.

As motivações para este êxodo estão descritas amplamente na literatura e em estudos construídos e divulgados pela OE e referem-se à fuga ao desemprego, à procura de melhores condições de trabalho/progressão na carreira e à aquisição de experiência profissional.

Aliado a estes motivos está o aumento do recrutamento de enfermeiros portugueses pelos países europeus que, através de agências de recrutamento altamente ativas no mercado, "puxam" enfermeiros para os seus serviços de saúde. Curiosamente, são os países que têm maior rácio enfermeiro/habitante que mais recrutam enfermeiros, como o Reino Unido, a França, a Bélgica e a Suíça.

A crise financeira e a falta de planeamento político dos recursos humanos em saúde fechou em Portugal portas a milhares de jovens enfermeiros que viram na emigração a solução. Na verdade, o fenómeno deixou de ter impacto unicamente nos recém-licenciados, sendo que atualmente o número de enfermeiros com 5 a 10 anos, e por vezes mais, de prática profissional e de enfermeiros especialistas engrossam já o número de emigrantes.

Este fenómeno de fuga de enfermeiros experientes, aliada à ausência de contratações, colocou os serviços de saúde em rutura no final de 2014 e início de 2015, conforme foi amplamente noticiado nos órgãos de comunicação social.

As consequências para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e para o Sistema Português de Saúde não são





conhecidas na sua totalidade, considerando que as instituições de saúde continuam a basear a sua medição de resultados na atividade médica e não nos resultados alcançados pelas pessoas que recorrem aos serviços de saúde. Contudo, existem dados disponíveis na literatura internacional que associam baixas dotações de enfermeiros ao aumento da mortalidade, da ocorrência de eventos adversos, de cuidados não prestados, de falha no socorro e de aumento de infeções associadas aos cuidados de saúde.

É evidente que a experiência internacional que está a ser vivida por milhares de enfermeiros portugueses melhora as suas competências. Do mesmo modo, temos atualmente milhares de enfermeiros a progredir academicamente nas melhores universidades da Europa. O ganho potencial para o País com o retorno destes profissionais será muito considerável.

Esta chamada emigração circular em que os profissionais viajam pelo Mundo, adquirem competências e regressam ao seu País para as colocar em prática é positiva e de valorizar. Contudo, no que aos enfermeiros diz respeito, tal dificilmente ocorrerá considerando a manutenção e agravamento dos fatores que “empurraram” os enfermeiros para fora do País – desemprego, falta de condições de trabalho, impossibilidade de progressão profissional, não reconhecimento de mérito.

Um estudo divulgado em 2014 pela OE revelava que os enfermeiros que tinham emigrado apresentavam graus de satisfação com a decisão de 90%. Mais recentemente (maio 2015) o Observatório de Emigração divulgou um estudo sobre enfermeiros que emigraram para o Reino Unido, onde 57% dos enfermeiros não tinham intenção de regressar para Portugal para prosseguir a sua carreira profissional.

De facto, mantemos um sistema de saúde e um SNS avesso ao mérito e centrado unicamente no número de consultas médicas, número de diagnósticos médicos, número de cirurgias, números de dias de internamento hospitalar, entre outros.

O Programa Nacional de Vacinação é o exemplo claro de um projeto implementado localmente por enfermeiros e que tem uma taxa de cobertura que orgulha o País, mas que acima de tudo fez evoluir os indicadores de saúde para níveis extraordinários. Na gestão local do plano de vacinação, são os enfermeiros que contactam as pessoas a alertar das datas de vacinas, que administram as vacinas e acompanham todo o processo em colaboração com o médico de família num verdadeiro exemplo de serviço ao cliente.

A este propósito assinalou-se a 15 de setembro passado o 36º aniversário do SNS, este ano dedicado à comemoração dos 50 anos do Plano Nacional de Vacinação. Contudo, na sessão comemorativa organizada pela Direção-Geral de Saúde (DGS) no auditório do Hospital D. Estefânia só falaram médicos hospitalares e representantes da DGS e Ministério da Saúde! Onde estavam os enfermeiros e os médicos dos centros de saúde que implementaram ao longo de 50 anos o Plano para contar a sua experiência e as suas dificuldades? Patognomónico da visão do sistema, certo?

Para que a emigração circular aconteça e para evitar que uma geração inteira de enfermeiros e outros profissionais de saúde se perca é fundamental começar a reconhecer o mérito. Não temos dúvidas que ficará mais barato e terá melhores resultados, embora possa não agradar a quem vive agarrado a hábitos e ineficiências do sistema, por interesses muitas vezes pouco compreendidos. ■



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

CIRCULAR

PROGRAMA DE INTERCÂMBIO HOPE 2016

Desde 2002, que a APDH, enquanto representante de Portugal na Federação Europeia dos Hospitais (HOPE), no âmbito do estipulado em 1999 no Protocolo de Colaboração com o Ministério da Saúde (MS) através da Administração Central do Sistema de Saúde I.P (ACSS) e da Direção-Geral da Saúde (DGS), desenvolve e acompanha o Programa Anual de Intercâmbio da HOPE em Portugal.

No ano em que se comemora o 50.º Aniversário da HOPE – Federação Europeia dos Hospitais, o 35º Programa de Intercâmbio HOPE 2016, versará sobre o tema “Inovar nos Hospitais - Caminhos Futuros”, e irá decorrer entre 09 de maio e 05 de junho de 2016, estando prevista a realização da Reunião Europeia de Avaliação e Conferência Final em Roma (Itália) de 06 a 08 de junho de 2016.

A HOPE possibilita a realização ao longo de quatro semanas, de um programa de valorização profissional em hospitais europeus, sob orientação de um coordenador local, destinado a profissionais de Saúde integrados em áreas clínicas, de gestão ou administrativas, com experiência na área da saúde mínima de três anos e que exerçam funções em hospitais, centros de saúde, unidades de cuidados continuados ou em outras instituições do Sistema de Saúde.

Salienta-se que a HOPE e a APDH são associações de direito privado sem fins lucrativos, pelo que as regras pelas quais se rege o programa de intercâmbio dependem de normas internas, designadamente, o regulamento nacional do programa, aplicável aos participantes portugueses, disponível no sítio <http://www.apdh.pt/programadeintercambiohope>. Mais informações sobre o Programa Anual de Intercâmbio HOPE podem ser consultadas em www.hope.be e <http://www.apdh.pt/hope2016> ou através de contactos directos com o Gabinete HOPE/Portugal (Telef. 217 548 278/Tlm. 963668745) e e-mail (hopenail@hope.min-saude.pt).

Ao longo destes últimos anos já participaram no Programa de Intercâmbio HOPE mais de cento e cinquenta profissionais, os quais avaliaram, em termos gerais, esta experiência como excelente e de grande impacto no seu percurso e valorização pessoal e profissional. Como testemunho da mais-valia e importância deste tipo de iniciativas, fomos falar com alguns profissionais que já beneficiaram desta gratificante aprendizagem.



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DE SISTEMA DE SAÚDE, I.P.



hope

European Hospital and
Healthcare Federation

RITA CASTANHEIRA

IPO de Lisboa



1

Pode descrever a sua experiência no Programa de Intercâmbio HOPE? Quais considera serem as mais-valias deste programa para profissionais de saúde e para as instituições?

A minha participação no programa HOPE teve como objetivo conhecer outros sistemas de saúde, mas sobretudo práticas de trabalho e de gestão num Instituto semelhante àquele em que trabalho em Portugal (Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, E.P.E. - IPOLFG).

Fui colocada em França no Institut Paoli Calmettes (IPC), em Marselha.

A primeira etapa do intercâmbio desenrolou-se, assim, no IPC, onde fui muito bem acolhida e onde me foi dado a conhecer o sistema nacional de saúde francês, a organização do Instituto e as suas práticas de trabalho. Pude comparar procedimentos e tomar contacto com novas ideias, passíveis de ser incorporadas nas práticas de trabalho da Instituição a que estou ligada.

Porém, pude também concluir do quanto fazemos bem no meu país!

A segunda etapa do HOPE consistiu na preparação de um trabalho sobre o tema proposto para 2015 "Hospitais 2020", com todos os profissionais que se encontravam, no meu caso, em França, para ser apresentado na reunião final em Varsóvia, Polónia. Também esta etapa se revelou muito interessante porque permitiu conhecer as várias sensibilidades dos profissionais de outros países, trocar ideias, mediar opiniões e encontrar acordos para conseguir um trabalho final consensual.

2

Quais as principais diferenças/semelhanças que encontrou nos sistemas nacionais de saúde?

Os sistemas de saúde português e francês têm algumas diferenças.

Os Cuidados de Saúde Primários em França não estão organizados como em Portugal, sendo os médicos de clínica geral que cumprem esta função através de convenções com o Estado.

É de notar também que o serviço de saúde privado em França tem uma representação muito maior no sistema de saúde do que a que se verifica no nosso país.

O IPC, ao contrário do IPOLFG que é uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, é um instituto privado com fins não lucrativos, inserido na UNICANCER, grupo hospitalar francês exclusivamente dedicado à luta contra o cancro.

Estas são apenas algumas das diferenças que encontrei...

3

Deseja destacar algum aspeto ou acontecimento que tenha ocorrido durante o Intercâmbio que considere importante ou marcante do ponto de vista pessoal?

Considero que tudo o que observei e ouvi durante este intercâmbio foi marcante sob o ponto de vista pessoal porque me deu a possibilidade de conhecer uma realidade diferente, aceder às características únicas de instituições similares em outros países, adquirir competências e alargar contactos culturais, científicos e profissionais que poderão revelar-se importantes, no futuro.

Considero que participei numa experiência estimulante para o meu trabalho porque é fundamental para a nossa evolução profissional e humana, a partilha de experiências e a troca de conhecimentos com outras pessoas, sobretudo quando estas nos trazem outras realidades, outros olhares que, embora fazendo parte de uma matriz cultural europeia, são por vezes muito diferentes daquelas a que estamos habituados.

Em suma, estes programas levam-nos a uma avaliação mais objetiva do que temos, do que somos, do que queremos para o nosso país e do que entendemos como um Serviço Nacional de Saúde ao serviço dos seus cidadãos.



GERMANO COUTO

Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

1 Pode descrever a sua experiência no Programa de Intercâmbio HOPE? Quais considera serem as mais-valias deste programa para profissionais de saúde e para as instituições?

Quando iniciei o Intercâmbio HOPE em 2004, na cidade nórdica de Ömsköldsvik, na Suécia, não imaginava o quanto este Programa me poderia ajudar diretamente na perceção das melhores práticas em saúde, dos melhores modelos de gestão e das melhores decisões políticas. O Programa HOPE permite aos participantes contactar de forma direta, envolvendo-se diariamente, com os atores do sistema de saúde do país hospedeiro, desde o prestador de cuidados, passando pelo gestor e pelo docente, até ao agente político, local, regional e nacional. Na verdade, com este intercâmbio ganham todos. Ganha quem recebe os diversos profissionais oriundos de outras culturas e modelos de gestão em saúde e ganham os profissionais que participam, assim como as suas instituições e países de origem, pois obtêm mais-valias da sua presença, pela aprendizagem obtida, pela experiência única e inimaginável e, acima de tudo, pela riqueza que esta troca permite. Apenas quem realizou este Programa pode perceber que existem dois períodos na sua vida profissional: antes e após o intercâmbio HOPE.

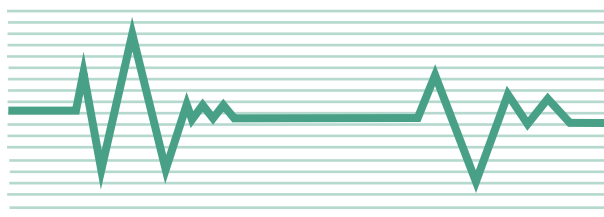
2 Quais as principais diferenças/semelhanças que encontrou nos sistemas nacionais de saúde?

Entre os sistemas de saúde, português e sueco, existem, naturalmente, diferenças enormes, não fosse a cultura e forma de pensar tão dispare. Para começar o modelo de financiamento onde, na Suécia, o dinheiro segue o paciente, ou seja, enquanto em Portugal as instituições

são financiadas por contratos programas rígidos e pouco virados para os resultados em saúde, na Suécia as instituições que melhores resultados e credibilidade oferecem aos seus utentes são premiadas. Como resultado, os cidadãos têm a liberdade de escolher onde querem ser tratados e, no fundo, financiar com os seus impostos e pagamento direto essas instituições. Um outro aspeto a realçar é a aposta na promoção da saúde que em Portugal é quase uma miragem! Na Suécia é a pérola do serviço nacional de saúde, onde os cuidados de saúde primários são, por excelência, o local para a sua dinamização. As dotações seguras, nomeadamente de enfermeiros, é algo também sempre presente, com rácios que em comparação com outros profissionais de saúde que nos levam a acreditar que Portugal deve seguir caminhos que outros traçaram com sucesso.. Neste País nórdico o número de enfermeiros adequa-se às reais necessidades da população não permitindo que a sua formação seja um desperdício para outros, além-fronteiras, rentabilizarem.

3 Deseja destacar algum aspeto ou acontecimento que tenha ocorrido durante o Intercâmbio que considere importante?

Destaco, sem margem de dúvida, a simpatia e abertura do povo e profissionais de saúde suecos que, de forma verdadeira e sempre presente, me acompanharam e permitiram que a minha passagem pelo seu País, instituições e cultura fosse o mais rica possível. Como moeda de troca, em Portugal e no cargo que atualmente ocupo, tento receber de forma semelhante os participantes do HOPE para que possam sentir-se bem recebidos e aprender com a nossa realidade para construirmos uma Europa com Saúde para o século XXI. ■



CONSTANTINO SAKELLARIDES

“É tremendo! Uma geração de jovens qualificados está a sair do país e ninguém trava a hemorragia”

Já perdi a conta às vezes que entrevistei o Professor Constantino Sakellarides. A primeira, era ele Diretor Geral da Saúde e eu jornalista, em início de carreira, no Correio da Manhã. Depois disso, as entrevistas e as conversas sucederam-se. Em televisão, para revistas, para jornais enfim... foram muitas!... Mas atrevo-me a dizer que esta foi a mais especial. Nesta entrevista, para **O Hospital**, Constantino Sakellarides não falou apenas de Saúde: falou da Europa, falou de Portugal... disse o que sentia sobre a evolução do ser humano. Contou histórias e mostrou que, apesar de não ser um jovem, em idade, é muito mais jovem, nas ideias, do que muitos de nós (independentemente da idade que tenhamos).

O que me ficou da entrevista? A capacidade brilhante de Sakellarides em enquadrar as ideias e justificá-las, bem como a forma como aponta o dedo a todos quantos não olham para o SNS com o olhar que deve ser tido em consideração.

Há 20 anos pensávamos que hoje tudo estaria diferente, mesmo na saúde; ou seja, teríamos uma Europa onde o intercâmbio entre povos, em termos de saúde, seria total e abrangente. Isso não aconteceu. Embora ainda existam programas que se constroem com base em intercâmbios, a verdade é que esta realidade está a diminuir. Perdeu-se muito tempo?

Pior que ter-se perdido tempo foi o retrocesso, não é?

Ou seja, todos relembramos que há 20, 30 anos atrás a Europa, escrita com E grande, representava para a maior parte das pessoas um futuro risonho, um futuro próspero, um futuro perto dos melhores. E isto era uma vontade acrescida para aqueles países que ansiavam pelo progresso, pelo desenvolvimento, como os países do sul da Europa.

Ora isto hoje progrediu relativamente ao previsto entre as décadas de 80 e 90. Conto com frequência este episódio porque é representativo: lembro-me que estava em Copenhaga, em 92, tocou o telefone e do outro lado do fio estava um colega meu, de Bruxelas, que deu a grande nova. E qual é a grande nova? É que no tratado de Maastricht, no tratado da União Europeia, havia um artigo muito inovador e fundamental para a área da saúde. De tal forma que nós, enfim, apostámos em

celebrar o telefonema. E o que é que dizia essa norma? Que qualquer política pública europeia, ao ser pensada, elaborada e proposta, devia tomar em conta o efeito que iria ter na saúde. Ora bem... Isto é, de facto, um progresso extraordinário. Aceitar que a saúde, no fundo o bem-estar das pessoas, deve ser tida em linha de conta quando pensamos noutras coisas é fantástico, porque é determinante.

Claro que esta determinação não significa que a saúde condicione tudo o resto. Quer dizer que tem que ser tomada em linha de conta. Significa que os resultados em saúde, devem ser tido em linha de conta nos diferentes segmentos da vida

Voltemos a Maastricht. A União Europeia começou em 93 e criou os antecedentes da União Económica.

Não só tínhamos esperança de fazer parte de uma Europa próspera, como tínhamos expectativas que essa Europa, próspera, faria no fundo uma boa articulação entre as políticas económicas e o bem-estar. Essa era a promessa do artigo em questão.

Ora bem, essas enormes expectativas que tínhamos

“
A saúde deve ser tomada em linha de conta quando pensamos noutras coisas
”





começaram lentamente a entrar em crise. Não foi com a crise de 2007 e 2008 que isso aconteceu. Foi já com a dificuldade de crescimento que as economias do sul tiveram, no âmbito de uma moeda única que percorria, territorialmente, grandes assimetrias económicas. Portanto tivemos essas dificuldades... E com essas dificuldades começaram a emergir os problemas, mas forma dramática; foi a crise mais recente que fez tudo explodir de forma dramática. E nós passámos de uma era de grandes esperanças para uma era de grande desilusão (a todos os níveis...) e de grande incerteza (a todos os níveis também).

Em todo o caso, nesta Europa há duas velocidades e há países que estão melhores e outros piores. Em Portugal, e na área da Saúde concretamente, temos assistido, à uma fuga de profissionais, principalmente dos mais jovens -enfermeiros e médicos- para o estrangeiro. Ou seja, acabam os cursos e partem, o que deixa muita gente descontente, pois pagámos os cursos, é dinheiro público, não é?

Claro, e esse é um aspeto dramático... Ou seja, há vários tipos de capital: há o capital intelectual; o capital económico; o capital social e há o capital humano, não é? E especialmente na saúde, no serviço de saúde, o capital humano é fundamental porque leva muito tempo a formar... leva muito tempo a preparar e a qualidade das instituições são, antes de tudo, o reflexo da riqueza quantitativa e qualitativa, onde se enquadra o capital humano.

O mais extraordinário que tem acontecido em Portugal nos últimos anos tem sido a descapitalização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o facto de isso não motivar nenhuma reação. Isso é que é extraordinário. Ou seja, criaram-se condições claras para haver essa descapitalização, não é?

Cortou-se nas remunerações, aumentaram-se as horas de trabalho, diminuíram-se condições de trabalho e, com a saída dos profissionais - quer os jovens para os estrangeiros, quer os mais maduros para o sector privado - as pessoas ficaram nas piores condições. Ficaram com uma vida mais difícil. Portanto, sabendo que isso aconteceu, ou melhor sabendo que isso estava a acontecer, é extraordinário que o problema não tenha sido imediatamente analisado e solucionado.

Para qualquer empresa inteligente como a Philips, a Toyota - já não vou falar da Volkswagen nos dias que correm - a maior preocupação é não perder o seu capital humano, não é? São as suas competências... são as pessoas!... E quando sentem que alguma concorrência, que algum fator externo, está a interferir, negativamente,

reagem. Reagem fortemente, reagem competindo, criando melhores condições para fixar as pessoas. Nós assistimos ao espetáculo quase grotesco, em que se reconhece que se criaram condições no SNS para este abandono, não é? E, mais grave ainda, não há notícia de uma análise imediata e de uma reação imediata para se contornar esta realidade. Ninguém tem a coragem de dizer: estamos em

risco de perder uma parte importante do nosso capital humano, estamos a estudar o assunto, estamos a analisar os fatores que determinam isso, e vamos intervir para fixar!

Na minha opinião, quando entrasse na secretária de um diretor de pessoal de um hospital um papel de alguém com 50 anos de idade, altamente qualificado, que quisesse deixar o seu local de trabalho, a primeira coisa que se deveria pensar era: "como é que vou retê-lo? O que vou fazer para que ele não saia?", e "e se não conseguir, qual é o Plano B?"

Mas não há nenhum sinal de que aqueles que gerem esta riqueza profissional, este capital humano, tenham alguma vez reagido no sentido de reter os seus quadros mais ricos, mais competentes, mais qualificados, e evitar que a sangria continue.

Ano após ano vemos a sangria continuar, e não há nenhuma reação por parte dos responsáveis do SNS no sentido de estancar a hemorragia. É um fator muito grave que pode levar à desqualificação. O SNS não vai acabar de repente, óbvio, mas desqualifica-se, dia após dia. E mais: quais são os tentáculos do SNS? É a classe média, não é? Quando a classe média não quer o SNS nesta situação, o caso torna-se mais preocupante ainda

Se analisarmos com atenção a realidade, verificamos que o que aproximou a classe média do SNS foram as fortes alterações nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ocorridas na última década. Ou seja, a modificação que se registou no centro de saúde - que era uma instituição burocrática, onde havia grandes esperas- quando se fez a reforma e se criaram condições para as pessoas serem atendidas de outra forma (com seriedade e com condições reais), a classe média foi recuperada para o SNS.

Ora bem, o quase abandono da reforma dos CSP e a perda de capital humano, está a levar a um reabandono do SNS, por parte da classe média.

Deixe-me contar-lhe esta história, e queria a sua análise. Há dias houve um evento da área da Saúde onde a Dra. Marta Temido, que é presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), contou que o pai e a mãe ficaram doentes e ela, que é administradora hospitalar de um hospital nacional, levou-os para um

As expectativas para a Europa, há 30 anos, entraram lentamente em crise

A descapitalização do SNS está a acontecer sem que haja qualquer reação

hospital privado, porque o acesso era mais rápido. E ela dizia: "pela primeira vez na vida tive medo de colocar os meus pais nos hospitais públicos". Isto é extremamente grave...

E ela é uma pessoa inteligente, observadora e credível, não diz disparates.

Claro! E quando isto se passa a este nível, em que mãos está o cidadão comum português?

O problema é sério, mas real. E basta ir aos hospitais e falar com as pessoas. Ficar no gabinete a olhar para os papéis é uma coisa, falar com as pessoas é outra. Mas é um fenómeno óbvio, não é? Porque se chega a esse estado, com esta passividade? Isto tem uma explicação relativamente simples.

Qual é professor?

A explicação é esta. Nós embarcámos num programa de ajustamento financeiro muito dogmático. O que quer dizer dogmático? Que tem que ter sucesso! É muito original este tipo de programa porque tem associado o sucesso obrigatório ou seja: o que o desenharam não aceitam que tenha insucesso. E, portanto, mesmo sem atingir as metas preconizadas, teve sucesso. E portanto, criando o dogma nada pode correr mal. O normal seria dizer (caso o programa não tivesse sucesso): "bem as metas não foram atingidas, ainda por cima o país empobreceu e o SNS iniciou uma fase de degradação." Isso seria uma marca anti-dogma. Agora, se o dogma é que o programa tem obrigatoriamente de ter sucesso, a seguir o que acontece é a negação oficial em lançar qualquer sinal da degradação.

Portanto, uma vez que o programa tem que ter sucesso, e isso passou a ser o discurso político europeu - não estou a falar a nível nacional, mas europeu - do programa de ajustamento da Comissão Europeia e do Banco Central Europeu, aquilo que foi desenhado corresponde à receita certa para o sucesso obrigatório. Qualquer sinal de insucesso não é aceite. É contra a norma.

O que aconteceu? Fechámos os olhos a tudo o que estava a acontecer e substituímos a incerteza pela certeza, algo do género: O SNS está melhor do que nunca; é resiliente; este país é de Lusitanos; somos valentes, nós acabamos com as dificuldades, etc. E portanto os sinais claros não são aceites.

Por outro lado também se descapitalizou economicamente o SNS. Isso junta-se também neste processo.

Isso também condiciona a descapitalização humana, claro, é evidente. E portanto temos dois fenómenos: a saída de jovens para o estrangeiro, e a saída dos mais qualificados para o setor privado. O setor privado tem crescido à custa dos recursos qualificados do SNS. Ponto final. Isto é assim.

Mas acha que essa fuga, e esse crescimento do privado, de alguma maneira acaba por satisfazer os responsáveis do Ministério da Saúde? Porque eu ouvi recentemente que os hospitais nacionais estavam fantásticos, estavam cada vez melhor. Gastavam menos, havia menos queixas. É isto que realmente interessa?

Há uma história muito famosa passada em Inglaterra sobre um hospital que se ia degradando. Durante anos as pessoas, nesse hospital, olhavam para as estatísticas e recusavam falar com as pessoas e, muitas vezes, o resumo estatístico não conta a história real.

Quando se fala com as pessoas temos o retrato verdadeiro, ou seja é através delas que validamos a estatística e compreendemos o que se passa. Esta validação do quantitativo tem que ser feita com o qualitativo, o que significa que não podemos ouvir histórias repetidas, coisas que correm mal, e depois mostrar os números e pressupor que esses números contam uma história diferente da realidade.

Neste momento, em Portugal o que está a acontecer, fundamentalmente, é uma história estatística, muito vaga, para demonstrar que nada aconteceu de mal no país e que tudo está ótimo... que o português é valente e resiliente, que o SNS se aguenta com todas as mal feitorias que se podem fazer, e que continua tudo na mesma. Depois há a experiência diária. Quer a dos utentes, quer a dos profissionais, e as duas histórias não jogam... não coincidem. E quando isto acontece todos temos de nos questionar sobre o que esta mesmo a acontecer. Mas questionar sem processo de intenções, ou seja: se me perguntarem se a degradação do SNS está a ser feita de propósito para favorecer o setor privado, eu não acredito que os dirigentes políticos tenham esse propósito. Eu não ponho essa intenção à frente da mesa... mas os factos mostram que isso está a acontecer e dentro dos factos nós podemos ter várias interpretações....

Se eu resumisse o que está a dizer, como sendo a existência de um gap muito grande entre o poder político e a sociedade civil estou a dizer a verdade?

Há um gap muito grande entre a verdade oficial - nacional e europeia- e aquilo que as pessoas sentem no dia-a-dia.

O setor privado tem crescido à custa dos recursos qualificados do SNS

Mete tudo no mesmo saco (Portugal e Europa)?

Sim, sim, sim! Pode meter tudo no mesmo saco. Exatamente a mesma coisa. Repare: na Europa há o discurso do Norte em relação ao Sul e há o discurso do Sul em relação a ele próprio e nenhum deles é verdadeiro. São todos montagens, são grandes teatros sistémicos que contam uma história que não corresponde àquela que as pessoas sentem e vivem e as pessoas não conseguem perceber o que é que acontece, realmente, nessa discrepância entre o discurso oficial, nacional e europeu, e aquilo que eles sentem todos os dias.

Na sua vertente de pensador, que está muito vincada em tudo o que diz e faz, a que é que isso pode levar?

Ao que está a levar já: à passividade social; à falta de vontade dos cidadãos de acreditar nos seus dirigentes.

Mas devia acontecer o contrário, o cidadão devia combater... E está apático.

Exatamente, a pessoa combate quando tem uma ideia clara de qual é o inimigo e de como o vencer. Quando verifica que a sua experiência pessoal não tem nada a ver com a história que lhe contam, a pessoa entra numa situação de dúvida, de incerteza, do tipo "Será que sou só eu? Será que há outros? O que está a acontecer comigo? Eu é que não sou capaz?" E portanto o que está a acontecer sistematicamente na Europa é isso, juntamente com o aumento dos grandes egoísmos.

Não sei se viu no outro dia na televisão, uma senhora catalã, comum, não devia ser muito rica nem muito pobre. Era uma pessoa simpática, comportada, de meia idade e quando perguntaram... então como vão ser as eleições da Catalunha, ela respondeu "nós, os catalães, estamos a dar dinheiro a esta Espanha e isso é um prejuízo para os nossos hospitais e para as nossas escolas". Está a ver? No fundo, isto significa que uma das regiões mais ricas de Espanha não quer contribuir para o resto do país. E é o mesmo no Norte de Itália, em relação ao Sul, assim como em parte da Alemanha (mas menos marcado) e, portanto, a mesma coisa em relação ao Norte e ao Sul da Europa. E nós estamos a viver numa espécie de desagregação e de egoísmos nacionalistas a dizerem "não, não, o meu dinheiro é para mim. Esta questão de partilhar com os outros não faz sentido..." Ora, qualquer Estado se baseia no princípio de solidariedade, o que quer dizer os que têm mais apoiam os que têm menos, e todos os sistemas de proteção social se apoiam nesta base. Ora bem, estamos a assistir à ruptura desses princípios, princípios que são o cimento do sistema de proteção social. No momento em que nós dissermos "não, não: o meu dinheiro é só para

mim, eu não posso partilhá-los com outros, eu não faço parte de uma comunidade em que uns ajudam os outros, em que há solidariedade e consciência social", nesse momento toda a construção de uma Europa que faz jus à sua história e às suas expectativas, desagrega-se.

Estamos numa fase de mudança política nacional. Quando olha à sua volta, no espectro político que temos, vê alguém ou algo, que olhe para o capital humano e lhe dê o valor que ele merece?

Durante estes meses de maior densidade de discurso político, não consegui detetar essa preocupação. Falou-se, por exemplo na emigração para dizer que é excessiva. A emigração hoje faz lembrar a emigração no princípio dos anos 70, com a diferença que esta é muito mais qualificada do que a anterior. Também se disse que a emigração envelhece a sociedade portuguesa, mas não ouvi nada que chamasse a atenção para a necessidade de não perder o nosso capital humano - e não perder quer em relação ao país, quer em relação às instituições públicas que no fundo, correspondem ao centro nacional de proteção pública - esse discurso não foi muito marcado.

Outro dia vi um senhor que disse "ah! até é bom que saiam, vão aprender outras coisas." E é verdade. Nós devemos circular. O alemão devia vir aqui para nos perceber melhor, nós devíamos ir à Alemanha. Essa circulação, esse intercâmbio, é positivo... a circulação é o termo original da União Europeia, não é? Circulação de bens, de pessoas, de serviços, de dinheiro, sempre a circular, não é? Isso é bom! Isso é ótimo! Mas não estamos a assistir a isso. É outra coisa. Lógico que é fantástico um jovem ir para fora e passar lá um, dois, três anos. Vem diferente, outra visão do mundo, outra experiência. Isso é bom! O tal intercâmbio! Hoje quando falo com jovens, estudantes de Medicina, a maior parte deles está a pensar ir embora. É tremendo! Uma geração inteira, com pessoas de altas qualificações, pessoas inteligentes, ativas, interessadas no mundo, que a primeira ideia que têm é sair do país, não por vontade própria mas para sobreviver. Mas não é só isso. Há estudos recentes que mostram que as pessoas que saem, na sua grande maioria, não voltam. Isto é diferente de intercâmbio e circulação - é perda! E há pouco que compense essa perda humana.

Depois vamos buscar médicos a países longínquos da América Latina. Qual é a lógica?

É evidente. Se a Europa existisse noutra dimensão alguém em Bruxelas deveria estar preocupado com esse fenómeno. Como é que isso se resolve? Isto é uma preocupação. Não vale a pena dar uns dinheirinhos ou uns fundos para fazer mais umas estradas, mais umas pontes e umas coisas, e levarem-nos esse capital humano. Essa troca é nefasta. E portanto deveria ser um assunto primário, porque está a acontecer em Portugal, está a acontecer na Grécia, está a acontecer em Espanha, na Irlanda, em todos os países que viveram uma crise económica e um programa de ajustamento.



E como é que o Professor analisa a resistência do Norte da Europa. Quer dizer, países como a Suécia, a Dinamarca, onde parece que nada acontece, está tudo certo e este discurso não faz sentido para eles. O que é que se passa? Temos uma Europa dividida a meio em termos sociais?

Claro. O que acontece é que o dinamarquês ou o alemão, por exemplo, têm ideias muito estereotipadas sobre o grego, o português e o espanhol. Vê nos documentários, vê nos filmes. Ora bem, também depende de nós trabalhar nesses estereótipos, não é? Ou seja, é bom dizer que há associações de estudantes, há associações médicas, há associações de enfermeiros, há associações de outra natureza académica, e que devem perceber que é do seu interesse internacionalizar. Ou seja, conviver com os outros povos europeus, porque só assim eles irão de fato compreender onde é que nos situamos, quem somos, quais são as nossas virtudes, quais são os nossos defeitos. E, portanto, criou-se uma divisão europeia grave e não podemos simplesmente pensar que eles, um dia, vão perceber que não somos tão maus como nos pintam. Temos que demonstrar isso e temos que demonstrar também que temos lideranças competentes, que também resolvemos os problemas, que temos alguns processos culturais em evolução.

Por exemplo, não há nada que desvalorize mais um

português do que chegar atrasado quando vai para uma moderação internacional. Desvaloriza completamente porque no momento em que ele faz isso ele passa a ser classificado como um "não membro".

Quanto mais nos internacionalizamos, mais percebemos que não podemos fazer isso, que há formas de comportamento que marcam o que as sociedades são. E portanto a internacionalização, no sentido de termos iniciativas conjuntas com outros países europeus, é fundamental.

Mas os governos não têm muito mais poder que o cidadão, individualmente? Quem deveria criar esferas de influência não deviam ser os governos?

Os governos poderiam favorecer certa internacionalização mas os governos têm outra lógica. O que nós queríamos do governo é que eles tivessem a chamada duplicidade sã, ou seja, a pessoa faz parte de um coletivo, de um conselho europeu, dos vários mecanismos políticos e europeus, e é evidente que está condicionado - como se vê agora pela experiência grega. No fundo, a pessoa está condicionada a fazer parte de um coletivo onde há várias pessoas que pensam, e nesse coletivo tem que negociar, tem que encontrar aliados, mas não deve deixar de dizer "os meus concidadãos pensam isto". Ou





seja, a liderança de um país tem que dizer o que está a acontecer. Os líderes políticos têm que levar isso para Bruxelas ao mesmo tempo que eles, como pessoas, negociam. Têm que ter essas duas dimensões. Têm que dizer que as pessoas pensam, analisam, estão bem-intencionadas, que são integrantes no meu país. Não é incompatível a posição negocial e prudente e diplomática que os governos têm que ter, num contexto coletivo, com uma liderança cívica ativa que diz aquilo que está a acontecer e que dá, aos seus líderes políticos, os materiais para eles dizerem: "olhe, posso negociar mas o que está a acontecer é isto!". Está a ver? Esta duplicidade... não é bem o termo... esta bidimensionalidade é importante para as coisas acontecerem. Agora, enquanto isso não acontece a sociedade civil também não pode estar pendurada no governo e dizer "agora vocês negociem". Estive recentemente em Hamburgo e disse aquilo que pensava da Europa de hoje, não deixei de dizer, apesar de estar na Alemanha. Mas disse em termos factuais, em termos académicos, em termos analíticos; não disse como campanha de desqualificação da opinião dos outros.

O Professor fez há pouco tempo - dois anos, penso eu - uma análise sobre o impacto da crise na saúde nos três países que ficaram sob o domínio da Troika. Hoje, quando olha para a análise feita (quando ainda havia a Troika em Portugal), pensa que o quadro já se alterou?

O que na altura suspeitava, foi confirmado. Ou seja: desemprego abrupto, empobrecimento abrupto, endividamento abrupto. Isso é conhecido e é documentável e, como imagina, faz mal às pessoas. Agora, não faz mal a todas as pessoas ao mesmo tempo. Ou seja, faz mal a uma parte da sociedade, incomoda um pouco a outra e não incomoda nada outra parte. É por isso que nós temos dito, e repetidamente, que face a um fenómeno desta natureza, as análises puramente agregadas não servem, porque as pessoas não sofrem igualmente.

Há uma parte da sociedade portuguesa, um terço - talvez um pouco mais, 40% - que sofreu um impacto forte com a crise porque alguém da família perdeu o emprego, ou perdeu a casa, ou porque se endividaram, ou porque empobreceram.

Depois, houve uma parte intermédia, na qual estou incluído, que apesar de ter sido atingida lá se foi safando... pessoalmente, e para o meu nível de vida, não deixei de fazer nada de essencial. Claro que há coisas que deixei de fazer, mas nada de essencial. E há uma parte da população que esteve muito bem. Portanto não podemos fazer uma média disto tudo. Não vale...

Mas é isso que é feito, habitualmente ...

Exatamente. Repare, a Grécia perdeu 25% da sua riqueza. Durante quatro anos teve níveis de desemprego superiores a 25%, não é? É um desastre social. A Espanha teve outra

capacidade: desceu muito mas está a recuperar mais depressa que os gregos; Portugal também desceu, mas não tanto como os Gregos: perdeu 7 ou 8% e começa a esboçar uma saída do poço (mas ainda não saiu).

A Irlanda?

A Irlanda está a meio caminho entre Espanha e Portugal. Isto é assim, mas era previsto. Se olhar para as instituições gregas, são instituições fragilíssimas. Só extraterrestres podem desembarcar na Grécia e pensar que era possível fazer e cumprir o que se apontou fazer! Mas é um teatro, não tem nada a ver com a realidade, ou seja, a austeridade é imposta abruptamente e depois vai-se vendo em que medida em que se pode desatarraxar um pouco. Até que ponto é possível modificar o discurso, sem quebrar nenhum dos princípios fundamentais para o ajustamento.

O Professor há uns anos atrás falava muito da Europa dos cidadãos e do peso que os cidadãos poderiam ter, nos anos mais próximos, na sua saúde; como se cada um de nós pudesse interferir, até tecnologicamente, sobre o nosso estado de saúde. Ainda não estávamos em crise. Este conceito que nos tomava "donos" da nossa saúde de todas as formas, tem pernas para andar?

Há aqui duas forças que funcionam em sentido contrário uma é esta descrença: esta sensação de que as nossas expectativas foram frustradas, a Europa convergente, próspera, a Europa solidária não está a acontecer. Mas, por outro lado, as pessoas são bem-educadas; o nível de literacia geral aumentou muito; as pessoas estão muito mais informadas e têm acesso a tecnologias. Portanto, existe uma força a favor e outra contra. Contra é o estado geral, de desânimo geral, de descrença, de desilusão e não deslumbamento. No sentido contrário, são melhores condições para ganharmos mais autonomia como pessoas, e isto está a acontecer aos poucos. O nosso ponto de vista e temos um projeto nessa área - a que chamamos inteligência colaborativa - que diz que as coisas mudam quando os atores sociais, a autoridade, a indústria, os prestadores e as pessoas suscitam respostas na mesma direção. Esse é que é o princípio. Para isso é necessário que partilhem informação eficazmente e oportunamente sobre o que está e deve a acontecer. Portanto, se fossemos capazes de criar um sistema simples que permitisse identificar quais são as questões mais críticas e conseguisse partilhar esta informação, criando esta inteligência colaborativa, nós teríamos melhores possibilidades de progredir. Por exemplo, é preciso ter ideias... eu vinha na rádio a ouvir uma pessoa jovem a explicar um projeto, e ele dizia que o projeto é integral, é exaustivo e participativo... uns quantos adjetivos que não significam nada. Quer dizer... a pessoa achou que era capaz de contar uma história. Falou em termos



que considerou obrigatórios (como integrado, racional, participativo, colaborativo, etc.) mas não diz nada a quem interessava dizer e passar a mensagem. E, portanto, temos de ser seletivos em relação à informação que interessa e utilizar essa informação para contar uma história que suscite interesse ...

Depois fomos descobrindo que há, no aspeto comunicacional, duas peças fundamentais. Uma é o chamado *visual thinking*, ou seja como representar ideias de uma forma visual - e há muito trabalho feito nessa matéria - e outra que é a linguagem metafórica, ou seja, nós temos de criar uma linguagem que seja fácil de fixar, que suscite perguntas evidentes, para lhe dar aquela coloração de significado e afetividade que faz com que as pessoas não esqueçam, portanto não podemos ter aquele discurso de pau.

Ao contrário do que os políticos fazem...

Eles falam na televisão e a gente não os consegue ouvir. São ideias abstratas, não contam nenhuma história real através da qual percebamos o que está a acontecer. Alguém dizia, e é uma expressão muito bonita, "o universo não é feito de átomos é feito de histórias". Ou seja, é a maneira como ligamos os factos de forma a que eles tenham significado para as pessoas. É esse significado que leva as pessoas a terem vontade de fazer diferente e melhor. E isso é o que interessa

Falta de humanização... tem a ver com isso?

Não é tanto de humanização. Eu trabalhei como médico rural em África e tínhamos todos os dias uma consulta longa. Os nossos meios de intervenção não eram muito grandes, eram as mãos: cozer fraturas, fazer cesarianas, tudo coisas que fazíamos com as mãos, não é? E o resto eram os medicamentos disponíveis, que se ficavam pela penicilina; antimaláricos; analgésicos...enfim, um inventário pequeno. Mas juntando as mãos com a injeção e a pílula nós conseguíamos fazer coisas.

E depois, havia ainda uma parteira e um enfermeiro africanos, que eram os meus ajudantes, e uma classe de clientes que chegava com uma infeção e era tratada. Ao final do dia, o enfermeiro chegava aborrecido e dizia-me: "está a ver, nós tratámo-lo gratuitamente, ele saiu daqui e foi ao feiteiro lá em baixo, a quem deu uma galinha...e a nós nem obrigado."

É uma história interessante. E porque é que ele ia ao feiteiro após sair do médico? Ele faz esta dupla consulta por uma razão muito simples, ele percebe empiricamente que a injeção que lhe damos faz bem mas não lhe explicamos porquê! [risos] O feiteiro explica-lhe porque é que está doente. E explica-lhe numa linguagem que ele

entende e que tem a ver com a sua cultura. Fala-lhe no seu antepassado, no espírito, no que aconteceu, etc. e ele percebe.

Ele entende que há algo que lhe faz bem instintivamente, empiricamente já sabe que fica melhor, mas não percebe como aconteceu o processo e quer saber. E no fundo as pessoas querem perceber. E portanto nós não podemos publicar relatórios com 200 páginas, cheios de quadros, que dizem absolutamente nada a ninguém. A ninguém.

Por isso é que tem tanto impacto o Observatório da Primavera, professor?

Sim, em parte o Observatório ainda não conseguiu cumprir um dos objetivos principais que é comunicar bem, não é? Ou seja, um Observatório deve ter duas facetas, uma faceta analítica, que ainda é feita, e depois uma síntese. Primeiro analisa e depois sintetiza e só depois tem que comunicar...e essa parte nunca foi conseguida. Pode comunicar para vocês jornalistas o essencial. Mas não chega às pessoas.

Aliás, a ideia inicial era que tivesse 50 páginas e o resto – de um documento de 200 páginas – que ficasse na internet, como documento técnico para os jornalistas. Mas as pessoas não acreditam na comunicação, especialmente os técnicos.

Falta
inteligência
ao sistema

É interessante essa análise. Isso também acontece na relação médico-doente, por exemplo, nos tempos que correm?

Vai evoluindo, vai evoluindo.

Negativamente?

Não. Vai evoluindo positivamente, acho que vai evoluindo positivamente porque e, enfim, é também uma questão geracional ...

Portanto, aí melhorou? A relação médico-doente tende a melhorar?

Quer dizer melhorámos em muitas coisas. Há progresso em muitas coisas, simplesmente há correntes contrárias. Como dizia um artigo muito interessante, nos EUA, são os ventos de proa que são muito fortes. E portanto aquilo que se consegue na tecnologia e no conhecimento, na educação das pessoas prende-se com os ventos de proa que nos agregam, nos organizam, nos animam e temos que contar com todos estes aspetos. É evidente que o médico atual já não trata o doente por "óh coisinha". No meu tempo, a forma como muitos médicos tratavam



as pessoas - não digo todos mas muitos - era de uma condescendência impressionante. Hoje isso não se vê, e não se vê porque as pessoas toleram menos, estão mais educadas e perceberam que a relação tem que ser mais dialogante. E, portanto, há avanços no sentido de as pessoas terem percebido que, se não conversarem, não fazem aquilo que era inicialmente suposto fazerem, e acabam por compreender menos, colaborar menos e aprender menos. Essa informação é hoje muito mais rica na formação e na prática médica do que há 20 anos atrás, sem dúvida nenhuma.

São outros ventos de proa, não é? E quais são os ventos de proa hoje? Por exemplo, o processo de contratualização degradou-se muito...degenerou muito. Porquê? Porque a energia necessária para passar do muito bom para o ótimo era melhor se fosse gasta para fazer muito bom em tudo. Portanto, o processo de contabilização é muito pouco inteligente, uma vez que não evoluiu de forma a estimular as pessoas para melhorarem dentro de parâmetros aceitáveis, e utilizarem aqueles que estão à frente como referência para os outros, e não maçá-los com mais exigências. Portanto, perdeu-se a capacidade de pensar qualitativamente. O reflexo disso é o terrível papel de anotação que o computador tem hoje na relação humana, que decorre disso. Como os médicos são avaliados por um conjunto de indicadores, estão preocupados que esses indicadores funcionem. Depois, quando o indicador tem que subir de 85 para 90 fazem um esforço muito grande, quando isso não é absolutamente necessário. Por outro lado, os instrumentos de anotação são mudados com frequência, às vezes sem trazerem nenhuma melhoria acrescida e ouvimos muitas pessoas a queixar-se que os instrumentos de anotação são cada vez mais complexos e difíceis de gerir e que interferem na relação do médico com o doente.

O clínico que está numa consulta passa mais tempo a escrever no computador do que a falar comigo, que sou o doente. E isso precisa de uma solução, não é natural. O progresso passa mais por arranjar soluções para isso do que arranjar mais um indicador, mais uma meta, mais uma coisa para anotar. Portanto, falta inteligência ao sistema. Ou seja, os instrumentos que foram pensados, para serem inteligentes, degradam-se e ainda são rotineiros, são administrativos, são iguais para todos e não específicos para cada situação.

Há uma situação que eu gostava que ouvir a sua análise. Tem a ver com as consultas e os exames complementares de diagnóstico. E vou explicar porquê. Penso que hoje nem é difícil conseguir-se uma consulta. O drama subjacente a isto acontece quando o médico pede meios complementares de diagnóstico, e deparamo-nos com a diminuição dos locais para se fazerem os ditos exames. Estava a lembrar-me das colonoscopias e como as

colonoscopias há outros exemplos. E depois diz-se que o hospital ou o centro de saúde funcionou bem....avaliam-se esses dados, mas não se avalia a dificuldade do utente em obter o exame....

Daí aquele processo que estamos a desenvolver, onde um dos componentes é o seguinte: tradicionalmente o sistema de saúde é gerido através das organizações - temos o centro de saúde, hospitais, instituto de saúde pública, unidade de cuidados continuados e cada um tem a sua gestão. Foi assim que se desenvolveu, mas isso não é muito importante. O que é que interessa ao doente? É a forma como o percurso acontece! É o trajeto que interessa às pessoas. E, portanto, já há uma criação desenvolvida para isto que se chama cadeias de valor e que diz o seguinte: a pessoa tem a sua vidinha e de vez em quando adocece. Quando isso acontece tem que percorrer um conjunto de serviços, e o que interessa averiguar é se esse percurso é atempado, cómodo e se o resultado é bom, não é? É o que interessa. E portanto desde há 20 anos que temos organizações formais - que são os hospitais e os centros de saúde, que são formais, são físicas - e temos agora esta organização que é virtual. Há 20 anos atrás nós não sabíamos lidar com organizações virtuais, hoje é canja. Hoje, através dos informáticos, gerimos instituições virtuais facilmente. Portanto o que interessa dizer hoje é "bom, eu tenho esta idade, e com esta idade eu devo fazer isto aqui e ali... e eu posso desenhar este trajeto e depois geri-lo. E o que é preciso é visualizar este trajeto. Quando isso não se faz perdemos a perspetiva e depois inventam um universo de locais, que é uma invenção tremenda, que não passa de uma solução administrativa para um problema que deve ser funcional. A mim não me interessa nada juntar hospitais, não serve para nada.

Não interessa?

Não serve para nada. Absolutamente para nada. O que me interessa é gerir os trajetos das pessoas. Tanto interessa estarem na mesma unidade como ali à frente. O que me interessa é se alguém está preocupado em olhar para o trajeto que o doente vai fazer, não é? E saber valorizá-lo e aferir se o trajeto correu bem...

Portanto cada um de nós percorre um trajeto. Um trajeto significa: está aqui tem as suas coisas durante o tempo que está cá fora e de repente tem uma dor. Vai investigar a dor, vai para o centro de saúde, vai ao hospital, volta ao centro de saúde, vai para ali, etc. E no fim de dois anos passou-lhe a dor. Temos de saber se o trajeto correu bem ou correu mal. Esse trajeto foi aceitável em termos de conforto, em termos de comodidade, de atendimento atempado? O resultado, ao fim de dois anos, é aceitável para o que se gastou durante 2 anos? Esta é que é a forma certa de avaliar. É já bom percebermos que temos que acrescentar e valorizar a gestão do percurso das





peças, não é? E hoje há um conjunto de nomes para isso. O exemplo *pathways*, que é um nome em inglês, é interessante. Não me interessa *the organization* -a organização- interessa-me o percurso da pessoa e se os resultados são bons. Ora bem, hoje temos meios para fazer isso. Não fazemos porque fundamentalmente o nosso sistema político não percebeu ainda a sua importância. Vai perceber brevemente que é preciso inovar, mas inovar não é tecnologia só, inovar é pensar de outra forma, é ver o sistema de outra maneira, é introduzir instrumentos, e temos já alguns desses instrumentos. A linha verde coronária é o esboço disso, não é? Eu tenho uma pessoa que tem uma dor e o que me preocupa não é saber como funciona o centro de saúde, ou se vai de ambulância para o hospital, mas como ele chega ao sítio onde é tratado, não é? Isso é que preciso saber, é preciso que seja rápido. Eu aí estou a gerir um trajeto, não estou a gerir o hospital. Agora é evidente que para os trajetos serem bons, é preciso que as instituições funcionem, mas primeiro é o trajeto e depois a instituição. Já podemos fazer isso, dou-lhe um exemplo: nós sabemos que uma das consequências da crise económica na saúde é a saúde mental, particularmente a ansiedade e a depressão. Está absolutamente demonstrado. Não falam nisso porque não querem falar. Bom, portanto há muitas pessoas deprimidas. Têm acesso aos cuidados de saúde adequadamente? O último dado que temos, diz que 40% das pessoas nesta circunstância demora mais que um ano a chegar aos cuidados de saúde. Esse dado é interessante. Porquê? Porque a malta anda aí deprimida e não tem apoio. Já não se trata só de saber quando há depressão mas a prevalência do fenómeno. O passo seguinte é saber se há acesso atempado porque depressão é sofrimento. Então não é? Eu tenho que mostrar esse valor e trabalhar sobre ele. Por exemplo, tratamento específico para o diabético: se morar no Porto tenho duas vezes mais probabilidades de ter um exame durante um ano do que se morar em Lisboa. Porquê? Não há nenhuma razão.

Mas no Norte parece que a saúde está melhor segundo os indicadores que temos.

Sim, nalgumas coisas sim. Isto é outro fenómeno mas levamos mais longe, leva-nos a outras coisas. É um debate interessante.

A discussão da saúde Norte-Sul?

Há uns aspetos delicados.

Agora, está a ver... aqui, a pessoa que vive em Lisboa tem que dizer "como é que é? Porque é que eu, que vivo em Lisboa, tenho duas vezes mais dificuldade a aceder a um exame desse tipo do que quem vive no Porto. Porquê?

Não é aceder, é fazer. A dificuldade de acesso pode fazer a diferenciação. Portanto nós temos que descrever isso: é isso que o projeto faz de forma a levar à ação, mas à ação de toda a gente: do utente que percebe, do profissional que tem de fazer alguma coisa, da autoridade, da indústria, de toda a gente.

A questão do intercâmbio de saúde nesta Europa. Como a definiria? Existe ou não existe? E tem impacto ou não tem impacto na vida das pessoas?

Quer dizer, existe muito intercâmbio de várias formas. Desde o Erasmus, por exemplo. Existe muito movimento. Agora a sua pergunta é de facto inteligente porque questiona se faz sentido esse movimento? Dá bons resultados, dá maus resultados? Havia uma pessoa numa instituição que eu conheci que tinha uma alcinha. Chamavam-lhe o "Calão Agitado" porque ele mexia para todo o lado e não fazia nada. Quer dizer, subia as escadas, descia as escadas, tirava o papel, colocava o papel, mas chegava-se ao fim do mês e o que é que ele tinha feito? Nada. A Europa é uma espécie de Calão Agitado, ou seja no âmbito do intercâmbio não percebemos o sentido porque não vemos resultados. Temos uma doença chamada projeto mas raramente temos alguma convicção fundamentada de quais são os resultados disso. O que sai daí? Parece que ninguém está a olhar para essa entropia e a dizer isto é resultado disto. Isto resultou naquilo. É movimento. Temos dezenas, centenas de projetos de intercâmbio mas parece que não há, em nenhum sítio, algo que faça sentido disso; nada nos diz que devido a esse movimento melhorou alguma coisa. Melhorou, por exemplo, no sentido de haver um sentimento mais forte de ser europeu? Aparentemente não. Isso fez com que houvesse maior convergência entre os países? Aparentemente não. Portanto essas duas perguntas, eram obrigatórias: saber se nos tornámos mais europeus, mais solidários, mais compreensivos com a cultura uns dos outros, pelo facto desse intercâmbio existir... e, em segundo lugar, saber se o intercâmbio levou a maior convergência entre os europeus? Terceiro melhorou a qualidade do nosso trabalho? Se não somos capazes de responder a essas três questões e fazer um juízo sobre elas, um juízo fundamentado, a sensação que nos fica é que é, apenas, muito movimento. ■

Entrevista Marina Caldas

Fotografia Marina Rei

Contantino Sakellarides é Presidente da Associação Portuguesa de Promoção para a Saúde Pública e Presidente eleito da Associação Europeia de Saúde Pública.

Em 1967, licenciou-se em Medicina pela FMUL, em 1972, tirou o Mestrado em Epidemiologia, pela Escola de Saúde Pública da Universidade do Texas, EUA, em 1975, o Doutoramento em Saúde Pública, também pela ENSPUT e em 2003 a Agregação em Políticas de Saúde, pela Universidade Nova de Lisboa.

Atualmente, é Professor Catedrático de Políticas e Administração de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

NO PASSADO

Delegado de Saúde do Bárué, Moçambique (1968-70)

Diretor do Centro de Saúde de Sofia Abecassis (1976-1985)

Diretor Académico da Escola Andaluza de Saúde Pública, Espanha (1985-87)

Diretor para as Políticas e Serviços de Saúde OMS/ Europa, Copenhaga (1991-95)

Presidente do Conselho de Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (1996)

Diretor Geral da Saúde (1997-99)

Presidente do Conselho Científico da Escola Nacional de Saúde Pública (2004-2006)

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública

ÁREAS DE INTERESSE

Políticas de saúde e análises de sistemas de saúde.

Saúde pública e administração de saúde.

Cuidados de saúde primários – organização e gestão.

Conhecimento, informação e inovação em saúde.

Quem é...

O que significa para si Portugal?

História extraordinária, gente afável, solidária e sofredora, solistas notáveis, democracia imperfeita, 25 de Abril e SNS, juventude de grande qualidade deixando o país, futuro incerto... e apesar de tudo esperança!

Em férias prefere praia ou campo?

Praia, sempre

Qual a melhor palavra que o define?

Recato

Café ou chá?

Antes, café ... agora, chá

É bom garfo?

Razoável

Prefere doce ou salgado?

Antes, doce... agora salgado

O que faz nos seus tempos livres?

Caminho (de preferência perto do mar), leio, vejo cinema, "preguiço"...

Filme da sua vida?

Muito difícil... "refugio-me" nos mais antigos: O homem que matou Liberty Valance

Música preferida?

Ultimamente... Mediterrâneo – Segredos do mar (citânia)



A CRESCENTE EMIGRAÇÃO MÉDICA EM PORTUGAL CAUSAS, CONSEQUÊNCIAS E TENDÊNCIA FUTURA

POR LUÍS CASTELO-BRANCO
TIAGO VILLANUEVA

Portugal sempre foi um país de emigrantes, desde o séc. XIV com os gloriosos descobrimentos, até aos nossos dias. Esse processo manteve-se quase residual entre profissionais com qualificações superiores, incluindo Médicos.

No entanto a migração profissional tem vindo a modificar-se globalmente, e a classe médica não é exceção.

No recente relatório do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, "How can countries address the efficiency and equity implications of health professional mobility in Europe?"¹, é destacado que a lei Europeia tem facilitado a migração dos profissionais de saúde na Europa, com consequências quer na fonte, quer no país acolhedor, nomeadamente na eficácia e organização dos sistemas de saúde.

Contudo, talvez possa ser relevante aprofundar, com informação do "terreno" algumas das razões que têm levado a este crescente fenómeno, bem como alguns fatores condicionantes de tendências futuras, particularmente em Portugal.

No artigo publicado em Abril de 2013 no Jornal Médico "emigração médica... Ameaça ou oportunidade?"², era realçada a degradação progressiva das condições de formação e de trabalho e a crescente falta de perspectivas de carreira para os médicos recém especialistas, como fator decisivo para um fenómeno novo em Portugal - a significativa emigração médica, até recentemente de carácter residual e frequentemente temporário.

Posteriormente, o artigo do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde e da Organização Mundial de Saúde "The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal"³ realça a ausência de políticas protetoras e de monitorização do impacto da crise nas diversas áreas de saúde, incluindo nos seus profissionais.

Assim, a emigração Médica parece ser um fenómeno com condições para continuar a crescer no nosso país, por várias razões e com diferentes consequências. Todavia, é de notar que continuamos a não dispor de indicadores fiáveis de monitorização dos movimentos migratórios dos médicos, mas apenas de indicadores intermediários como o número de certificados pedidos à Ordem dos Médicos ("certificate of good standing") que não traduzem a concretização real da intenção de emigrar.

O excesso e deterioração das condições de trabalho, incluindo falta de material básico, má remuneração e diminuição de condições formativas fazem com que muitos se sintam insatisfeitos no seu contexto profissional. A procura de uma realidade mais estimulante, melhores condições de trabalho e investigação, melhores remunerações ou a procura de contextos profissionais diversos que possam contribuir para o enriquecimento individual, são alguns dos motivos que levam muitos dos nossos Médicos a emigrar para países onde o fosso entre essas condições e a realidade portuguesa, têm-se acentuado. Outros optam por ir para o setor privado ou reformar-se.

O novo Regulamento do Internato Médico (RIM) contempla um conjunto de alterações que têm sido muito contestadas, entre as quais o fim do ano comum a partir de 2018, possibilidade da indiferenciação médica (isto é, dispor de autonomia clínica após o curso, e sem perspectivas à vista de poder ingressar no internato médico), o aumento do tempo de urgência de 12 para 18h por semana e algumas alterações no regime remuneratório. Muitos sentem nestas mudanças uma degradação nas condições de trabalho, formativas e remuneratórias, podendo ser um fator de motivação adicional para a emigração.

Numa análise comparativa entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português, e outras entidades - setor privado nacional ou outros países da UE, encontramos uma enorme ameaça ao capital Humano





Luís Castelo-Branco

Médico Interno de Oncologia Médica



Tiago Villanueva

Médico de Família

do SNS, ao mesmo tempo que essas entidades identificam uma enorme oportunidade no recrutamento desses profissionais.

Por cada Médico que emigra “empobrecemos” não só o valor investido na sua formação, mas também o valor adicional do conhecimento técnico e académico desenvolvido - que varia muito desde o interno do ano comum até ao especialista muito diferenciado.

No “terreno” - Hospitais e Cuidados de saúde primários, sente-se diariamente este ambiente geral de desmotivação.

Num inquérito feito a Médicos, e publicado no recente relatório “O sistema de Saúde Português no Tempo da Troika: A experiência dos Médicos”⁴, por exemplo, 38% dos médicos apontaram faltas recorrentes de material nas instituições. Cerca de 80% dos internos e 50% dos médicos com funções tutoriais, consideram que a qualidade de formação no internato médico diminuiu

desde 2011. Outros números, neste e outros estudos, parecem apontar para o crescente descontentamento dos profissionais no “terreno”.

Com este processo de emigração o país de acolhimento agradece, recebendo um profissional altamente qualificado, sem investimento na sua formação. Até porque, é de salientar que outros países Europeus considerados tradicionalmente “apetecíveis” para os médicos Portugueses como o Reino Unido também não têm estado imunes ao clima de austeridade Europeia dos últimos anos, e há sinais entre a classe médica de um descontentamento crescente com as condições de trabalho no Serviço Nacional de Saúde, com aumento dos movimentos migratórios de médicos formados no Reino Unido para outros países com nível de remuneração semelhante mas, que oferecem melhores condições de trabalho como o Canadá ou a Austrália e a Nova Zelândia⁵.



Ou seja, como os médicos Portugueses têm saído sobretudo para países Europeus, devido ao reconhecimento automático das qualificações médicas, e como muitos médicos dos PALOP e América Latina rumam a Portugal para trabalhar, estamos perante uma autêntica “cadeia alimentar” de emigração médica, com países como o Canadá, Austrália e Nova Zelândia no topo dessa cadeia.

Apesar da emigração ser aparentemente uma tendência crescente em Portugal, o acesso ao mercado de trabalho de outros países, nomeadamente na Europa, não tem vindo a tornar-se mais fácil, não obstante o aumento exponencial do número de feiras de recrutamento médico em Portugal. Por exemplo, o Reino Unido introduziu em 2014 um exame de língua Inglesa como requerimento obrigatório para inscrição no General Medical Council, o regulador médico⁶.

Por outro lado, o reconhecimento teoricamente automático das qualificações médicas no espaço Europeu não implica necessariamente acesso livre ao mercado de trabalho e um médico especialista pode ter que passar por um período temporário de “despromoção” a um cargo com menos responsabilidade até dar garantias de que está à altura para exercer como especialista. A título de exemplo, no Reino Unido os médicos de Família Portugueses, apesar de se poderem inscrever directamente no General Medical Council, têm agora de passar por um período de estágio de 3 a 6 meses e passarem exames teóricos e práticos para poderem exercer no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido⁷.

Mas o que poderá Portugal fazer para inverter esta tendência?

Começando pelas Universidades, parece claro que muitas das Escolas Médicas Portuguesas estão a formar acima das suas capacidades, com rácio-tutor aluno desadequado e com metodologias de aprendizagem pouco ajustadas à medicina no séc. XXI. Estas condicionantes contribuem para o descontentamento logo nos estudantes de Medicina, mesmo antes de entrarem no mercado de trabalho. Reformular o processo de formação e o numerus

clausus mais ajustado à capacidade formativa de cada Universidade (a nível pré-graduado) e hospital ou centro de saúde (a nível pré e pós graduado), pode ser importante para melhorar a educação Médica, motivar estudantes, docentes e finalmente para manter um número de formandos ajustado às necessidades do país, procurando-se otimização do investimento educativo.

No início das suas carreiras profissionais muitos Médicos são sobrecarregados com um período laboral excessivo, muita pressão, uma responsabilidade por vezes desajustada do seu precoce processo formativo, e nem sempre com o apoio educativo adequado. Adicionalmente, em muitos casos, a baixa remuneração poderá estar a ser um fator de particular desmotivação. Os baixos níveis remuneratórios no sector público levam muitos médicos a desdobrarem-se por múltiplos cargos no sector privado, o que por sua vez traduz-se em jornadas de trabalho semanais muito longas e cansativas, perpetuando os níveis de cansaço e insatisfação profissional. Estes baixos índices de motivação e cansaço elevado têm como consequência indesejável a diminuição de produtividade e ineficiência na prestação de cuidados de saúde.

Muitos médicos trabalham, por exemplo, em serviços de urgência por valores-hora demasiado baixos para o nível de exigência e responsabilidade a que a actividade médica obriga, incluindo horários noturnos, turnos de 24h (ilegais à luz da legislação Europeia sobre tempo de trabalho!), poucas horas de descanso, enorme responsabilidade, fins de semana obrigatórios. Por exemplo, no Reino Unido, a prestação de serviços médicos em serviços de urgência e cuidados de saúde primários é neste momento remunerada, por valores cerca de seis a oito vezes superiores aos da realidade Portuguesa.

REFLEXÕES FINAIS

A experiência internacional é um enorme enriquecimento pessoal e profissional. No entanto a emigração de Médicos gera um significativo empobrecimento para Portugal, tendo em consideração que muitos provavelmente não regressarão e poucos se sentem

atraídos para uma experiência Internacional no nosso país.

Manter elevados índices de motivação entre os Médicos em Portugal, atendendo ao contexto económico-financeiro difícil que atravessamos, e ao mercado global altamente competitivo, é um desafio para o país.

Urge projetar um conjunto de medidas baseadas em evidência, sustentadas no tempo, e permanentemente monitorizadas para proteger um dos maiores capitais do Sistema de saúde português - os seus Médicos altamente qualificados, competentes e muito desejados em todo o Mundo.

BIBLIOGRAFIA

¹ Glinos IA, Wismar M, Buchan J, Rakovac I. How can countries address the efficiency and equity implications of health professional mobility in Europe? Copenhagen, Denmark : WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/how-can-countries-address-the-efficiency-and-equity-implications-of-health-professional-mobility-in-europe>

² Villanueva T. Emigração médica : ameaça ou oportunidade? Jomal Médico. 2013. Disponível em <http://www.jomalmedico.pt/2013/04/06/tiago-villanueva-emigracao-medica-ameaca-ou-oportunidade/>

³ Sakellarides C, Castelo-Branco L, Barbosa P, Azevedo H. The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal : WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/266388/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Portugal.pdf?ua=1

⁴ Correia T, Carapinheiro G, Silva J, Vieira J. O sistema de saúde português no tempo da Troika: a experiência dos médicos. Lisboa: ISCTE-IUL. Ordem dos Médicos; 2015. (CIES-RT - Relatórios técnicos). Disponível em <http://hdl.handle.net/10071/8981>.

⁵ Doward J. Thousands of new doctor sopt for a better life abroad. The Guardian. 2015. Disponível em <http://www.theguardian.com/society/2015/aug/23/new-doctors-leave-nhs-for-better-life-abroad>.

⁶ BBC. Foreign doctors face GMC's English language tests. BBC News. 2014. Disponível em <http://www.bbc.co.uk/news/uk-28011620>.

⁷ Waqar S, Bhatti N, Weaver R. The induction and refresher scheme for general practitioners. BMJ Careers. 2015. Disponível em http://careers.bmj.com/careers/advice/The_induction_and_refresher_scheme_for_general_practitioners. ■

PRÉMIO 2016

O DOENTE COM MIELOMA NO CENTRO DA INVESTIGAÇÃO

A Associação Portuguesa Contra a Leucemia (APCL) e a Associação Portuguesa de Leucemia e Linfomas (APLL) patrocinam em conjunto o **Prémio O doente com Mieloma no centro da investigação**, no valor de 8 mil Euros, criado com o objetivo de congregar esforços para chamar a atenção para o mieloma múltiplo, contribuindo para o aumento do conhecimento desta patologia, do seu diagnóstico e do seu tratamento, com o intuito de melhorar a vida dos doentes.

Até 31 de janeiro de 2016 aceitam-se candidaturas de projetos a desenvolver em instituições portuguesas, focados no doente com mieloma, os quais podem abranger áreas de epidemiologia, literacia, qualidade de vida, perceções, necessidades e direitos dos doentes e cuidadores.

O regulamento e formulário de candidatura estão disponíveis nos sítios das associações patrocinadoras do prémio: <http://www.apcl.pt/> e <http://apll.org/>. O prémio foi financiado pela empresa Celgene.



Regulamento

A Associação Portuguesa Contra a Leucemia e a Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas (os patrocinadores) patrocinam o Prémio “O doente no centro da investigação e acesso aos cuidados de saúde”, criado com o objetivo de congregar esforços para chamar a atenção para o mieloma múltiplo, contribuindo para o aumento do conhecimento desta patologia, do seu diagnóstico e do seu tratamento, com o intuito de melhorar a vida dos doentes.

O prémio no valor de 8000 mil euros será atribuído à instituição de acolhimento do laureado. A Celgene Sociedade Unipessoal financiou o prémio na sua totalidade.

1 O Prémio é atribuído a um projeto de investigação focado no doente com mieloma no centro da investigação e decisão ao acesso às tecnologias da saúde, o qual pode abranger desde projetos relacionados com a epidemiologia, literacia, avaliação de dimensões de qualidade de vida, necessidades e perceções dos doentes e seus cuidadores. O projeto pode focar-se em qualquer fase da doença, desde o início dos sintomas ao diagnóstico e abordagens terapêuticas.

2 Será dada preferência a trabalhos que estejam diretamente relacionados com a identificação das opções e perspetivas dos doentes e seus cuidadores; cujos resultados possam contribuir para as estratégias de comunicação das associações de doentes com os doentes com mieloma e cuidadores.

3 Aceitam-se candidaturas de projetos de investigação a desenvolver em instituições portuguesas creditadas.

4 Os candidatos devem submeter as suas propostas por e-mail para o endereço myelomaaward.pt@gmail.com utilizando o formulário de candidatura disponível nos sítios dos patrocinadores <http://www.apcl.pt/> e <http://apll.org/>.

5 O Júri será nomeado pelas associações patrocinadoras do prémio e a sua constituição ficará disponível nos sítios <http://www.apcl.pt/> e <http://apll.org/>.

6 A atribuição do prémio estará dependente do cumprimento dos requisitos legais para a investigação biomédica, nomeadamente a conformidade com as convenções internacionais e aprovação por Comissão de Ética institucional, sempre que aplicável.

7 Os membros dos órgãos sociais das associações patrocinadoras do prémio e seus colaboradores não poderão concorrer à Bolsa.

8 O projeto seleccionado será subsidiado com o valor total máximo de 8.000 €, mediante o cumprimento dos prazos identificados no projeto que traduzem o progresso do mesmo.

9 A abertura das candidaturas será anunciada a 28 setembro de 2015. Os trabalhos deverão ser enviados entre 30 de Setembro de 2015 e 31 de janeiro de 2016.

10 A decisão do Júri será comunicada por escrito pelo seu presidente, ao responsável do projeto seleccionado, com publicação simultânea no sítio das associações patrocinadoras do Prémio e não terá direito a recurso (<http://www.apcl.pt/> e <http://apll.org/>). A decisão deverá ter lugar até ao final do mês de março de 2016.

11 A entrega do prémio e respetivo diploma será realizada em cerimónia pública promovida pelos patrocinadores e financiador em local e hora a designar.

12 As publicações ou comunicações científicas resultantes dos resultados obtidos no desenvolvimento dos projetos (segundo as normas editoriais e éticas aplicáveis), são da exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). ■



O VALOR DA INOVAÇÃO (DESTA VEZ COM NÚMEROS!)

PEDRO LAIRES

Outcomes Research Manager MSD

Em 1965, Gordon E. Moore, o cofundador da Intel, fez uma profecia sobre a inovação tecnológica que se veio a verificar bastante precisa. Cunhou-se uma lei com o seu próprio nome, numa altura em que era quase impossível fazer uma previsão real sobre a evolução do *hardware* e consequentemente da própria Sociedade tal como atualmente a conhecemos. Hoje em dia é difícil passar um dia sem nos cruzarmos com algum tipo de inovação tecnológica, mas para tal foi necessária a materialização da Lei de Moore. Esta vaticinava que o número de transístores por determinada unidade de área ou por cada circuito integrado (a.k.a. "microchip") duplicaria aproximadamente a cada 2 anos. Este prenúncio de progresso foi de tal forma impactante que passou não só a pautar as previsões sobre o nível de desempenho da indústria computacional, como foi um brilhante preâmbulo do que viria a ser uma Sociedade computadorizada e *quasi* automatizada. E o ritmo não parece crashar...

Mas nem toda a inovação parece ter o mesmo destino. A inovação farmacêutica, por exemplo, para mal da nossa saúde, não tem certamente o mesmo desempenho pese-embora o aumento muito substancial de investimento em I&D, essencialmente levado a cabo pela Indústria Farmacêutica. Inclusivamente, há quem já tenha apelidado de Lei de Eroom (vocábulo "Moore" invertido, numa provável evocação do famoso "Murder/Redrum" para fãs do imaginário Kubrick) a esta perda de eficiência verificada nas últimas décadas na inovação farmacêutica. O custo de desenvolver uma nova molécula duplica aproximadamente em cada nove anos ou, colocado de forma mais específica, desde



1950 que o número de medicamentos aprovados por cada mil milhões de dólares investidos é reduzido para metade em cada nove anos.

Muito se poderia dizer sobre as causas e as soluções, desde as implementadas às somente idealizadas, mas importa também reflectir sobre as reais consequências da perda de inovação farmacêutica. Para isso, inspirado talvez por esta inversão de fenómenos e vocábulos, poder-se-á similarmente colocar esta questão em espelho: Quais são afinal os ganhos que a inovação farmacêutica traz para a Sociedade?

A prerrogativa essencial de qualquer inovação farmacêutica é trazer ganhos em saúde efetivos, sejam medidos por marcadores específicos de doença, como por exemplo redução da glicémia capilar ou redução de dimensão tumoral, ou através de marcadores universais mais significativos, como por exemplo anos de vida ganhos.

A longevidade é certamente a melhor medida do estado de saúde de uma dada população, pelo que aferir o impacto do acesso à inovação farmacêutica sobre este grande indicador é com certeza de máxima relevância, embora simultaneamente de enorme





complexidade. Vários fatores competem entre si negativa e positivamente para a esperança de vida de uma população e portanto é necessário “isolar” o mais possível o efeito da inovação farmacêutica de forma a estimar o seu real impacto.

Recentemente, o Professor Frank R. Lichtenberg da Universidade de Columbia (EUA) apresentou na XI Conferência MSD / Diário Económico o primeiro estudo sobre o impacto da inovação farmacêutica em Portugal.

Esta investigação abordou a longevidade observando-a também através de um espelho. Assim, um bom “reflexo” da longevidade de uma população é a sua mortalidade prematura - medida pelo número de anos de vida perdidos antes de uma certa idade (por exemplo, 70 ou 80 anos).

A mortalidade precoce antes dos 70 anos tem vindo a diminuir consistentemente em Portugal (cerca de 25% entre 2002 e 2010), mas houve uma variação considerável entre as várias doenças, pelo que as estimativas do Professor Lichtenberg indicam não só um progresso distinto na mortalidade prematura consoante a doença analisada, como também que a mesma está inversamente relacionada com o número acumulado de acesso a novos medicamentos. Assim, nas doenças com reduzido acesso à inovação farmacêutica, no período compreendido entre 1996 e 2004, observou-se uma redução de apenas 1% da mortalidade precoce entre 2002 e 2010. No entanto, no caso das doenças com elevado acesso à inovação farmacêutica, a mortalidade prematura diminuiu em 34% para o mesmo período de tempo. Curiosamente, esta variação muito substancial depende do número de medicamentos e não do número de classes farmacoterapêuticas, o que sugere que os medicamentos dentro da mesma classe não são “equivalentes” do ponto de vista terapêutico e sobretudo do ponto de vista de outcomes. O mesmo efeito dependente do acesso à inovação terapêutica foi observado quando se abordou o número de hospitalizações, pelo que as doenças com baixo acesso tiveram um aumento de 26% de hospitalizações entre 2005 e 2010, enquanto aquelas de elevado acesso tiveram uma redução de 5%.

Adicionalmente, as estimativas desta investigação apontam para uma contribuição de 25% da inovação farmacêutica na redução geral de mortes prematuras

ocorridas em Portugal. O número de anos de vida perdidos de forma precoce “evitados” em 2010 através do acesso à inovação farmacêutica no período anterior (1996-2004) cifra-se na ordem dos 141 a 192 mil anos. Olhando mais especificamente para a doença oncológica, conclui-se que os medicamentos registados entre 1994 e 2002 reduziram em mais de 26 mil anos de vida perdidos antes dos 80 anos. Ora, tudo isto torna quase palpável o impacto significativo da entrada de inovação farmacêutica no nosso país e, lá está, por inversão, torna igualmente perceptível as consequências da sua ausência ou procrastinação.

A chegada de inovação, apesar dos ganhos que proporcionou, teve obviamente uma carga orçamental que deve ser considerada. Numa altura que muito se tem falado sobre o financiamento em saúde e em particular das suas tecnologias é também relevante analisar o compromisso entre a alocação de recursos e o respectivo retorno. Também nesta matéria os resultados desta investigação podem trazer algum esclarecimento. Os dados apontam para que o custo despendido por cada ano de vida ganho atribuível à inovação farmacêutica em Portugal seja inferior a 6000 mil euros, um valor bem menor que os limiares aceitáveis de custo-efectividade. Noutras palavras, o retorno da inovação farmacêutica superou efectivamente o seu investimento na proporção tida como aceitável pela Sociedade. É também verdade que sendo esta uma análise “macroscópica” não se poderá intuir tout court que um determinado medicamento tenha providenciado ganhos em saúde que compensam a sua despesa, mas as mensagens deste estudo são certamente optimistas quanto às políticas de saúde como um todo sobre os medicamentos e exortam à sua continuação ou até mesmo à sua melhoria. Pois se olharmos novamente para o espelho e perguntarmos o que sucederá se não houver mais inovação farmacêutica em Portugal as respostas ficam certamente mais claras depois dos números desta investigação. Voltando ao imaginário Kubrick, não há pois razão para que se continue “de olhos bem fechados” acerca do incontornável valor da inovação farmacêutica no mundo em que vivemos e, já agora, também seria desejável que se conseguisse reverter a Lei de Eroom em Lei de Moore no que diz respeito ao medicamento, para que todos possamos assistir em boa forma ao promissor futuro da inovação tecnológica. ■



Oncologia

Uma parceria para o Progresso

DR. ANDREAS PENK

Regional President Oncology Europe, Africa, and the Middle East
Head Greater China & Asia-Pacific Oncology Regions

Todos nós na Pfizer Oncology e muitos de nós na nossa vida pessoal, estamos bem cientes da forma como o cancro altera a vida das pessoas. Desde o momento do diagnóstico, a vida daqueles que são afetados pelo cancro nunca mais será a mesma.

A Pfizer Oncology assumiu o compromisso de desempenhar um papel no desenvolvimento de novos medicamentos que possam trazer um valor real e que façam a diferença, quer para os profissionais de saúde quer para os doentes. A Pfizer entrou na Oncologia há mais de uma década, nas áreas do cancro da mama e cancro colorectal. Desde então, a investigação médica progrediu e permitiu-nos um maior conhecimento da doença oncológica. Eu acredito fortemente que apenas com parcerias a vários níveis, os novos medicamentos podem realmente fazer a diferença. O que quero eu dizer com isto? Os nossos esforços em investigação e desenvolvimento estendem-se para além dos nossos laboratórios e incluem instituições governamentais e não-governamentais, médicos e parceiros da indústria farmacêutica.

Sei como é essencial trabalhar em conjunto com os profissionais de saúde; são eles que enfrentam a doença, doente a doente, e que compreendem a realidade médica. A colaboração com associações de doentes é também fundamental para entender o que realmente é importante para os doentes e como podem gerir o equilíbrio entre o tratamento e a vida quotidiana.

Procuramos ainda, em conjunto com os decisores em Saúde, encontrar formas de garantir que os medicamentos são compartilhados e que os doentes tenham acesso ao tratamento mais adequado. No passado, enquanto empresa farmacêutica, pensávamos que o nosso papel era apenas desenvolver e disponibilizar novas terapêuticas e que todos ficariam felizes com isso. Agora vemos que é essencial construir fortes colaborações na oncologia e participar na discussão global.

Em adição ao nosso atual portefólio na oncologia, o nosso pipeline inclui diversas moléculas promissoras.

Acima de tudo, o que importa são os doentes e proporcionar-lhes a melhor resposta possível para enfrentarem a sua doença.

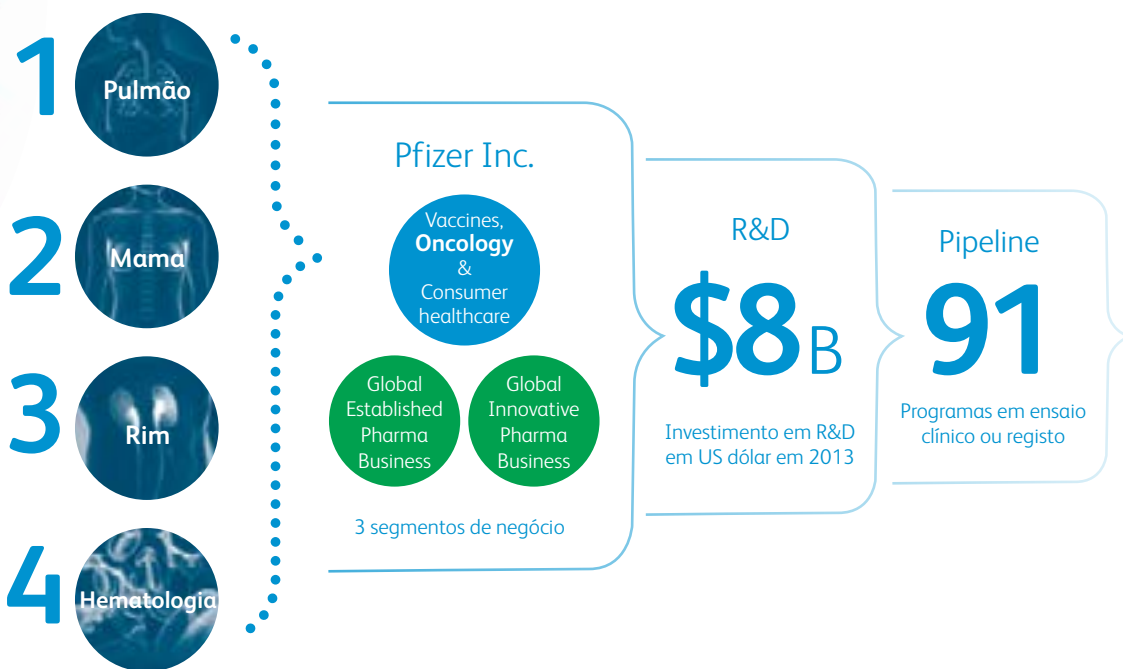


O nosso percurso na Oncologia

O objetivo da Pfizer é desenvolver terapêuticas inovadoras que melhorem e prolonguem a vida dos doentes.

Em 2014, mais de nove mil doentes com cancro do pulmão e oitenta mil doentes com cancro do rim foram tratados com os nossos medicamentos. A aprovação nos E.U.A. de um novo medicamento para o cancro da mama, o primeiro novo tratamento neste tipo de tumor na última década, é um outro exemplo de como o nosso portefólio de medicamentos inovadores tem um impacto positivo na vida das pessoas afetadas por diferentes tipos de cancro.

Atualmente, a Pfizer Oncology está centrada em quatro áreas terapêuticas - o nosso pipeline oferece novas oportunidades



A Oncologia constitui uma área importante para a Pfizer Inc. - investimento significativo em R&D e pipeline robusto

ATIVIDADES E EVENTOS 2015

Jantar-Debate

Um Outro Olhar sobre o Hospital

“Acesso e/à Inovação em Saúde” (9 outubro 2015)

Na senda do que vem acontecendo desde há cerca de seis anos a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) organizou, no dia 9 de outubro de 2015, um jantar-debate “Um Outro Olhar sobre o Hospital”, onde foi possível discutir de um modo informal sobre o tema “Acesso e/à Inovação em Saúde”, Restaurante Olho Rio, em Lisboa.

Este evento contou com os brilhantes contributos do Dr. Nuno Miranda (Diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, DGS, Médico), do Dr. João Paulo Cruz (Assessor do Conselho de Administração do CHLN,EPE, Gestor do Medicamento, Farmacêutico,) e do Enfermeiro Alexandre Tomás (Presidente do Conselho Diretivo Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros).



39th World Hospital Congress

Chicago (6-8 outubro 2015)

Dando continuidade à participação da APDH no World Hospital Congress, promovido anualmente pela Federação Internacional dos Hospitais, a associação fez-se representar na sua 39.ª edição na cidade de Chicago (EUA), com a sessão intitulada “Health innovation – Future challenges of oncology therapies”. Esta sessão pautou pelo reconhecido sucesso dos seus participantes, tendo tido como ilustres oradores o Professor Doutor Carlos Pereira Alves (vogal de direção da APDH) que moderou a sessão, o Dr. João Martins (Diretor, Direção de Avaliação de Medicamentos e Diretor Interino, Direção de DAEOM do INFARMED) que falou do sistema de financiamento e preços no âmbito da avaliação das tecnologias em saúde - “New HTA and Prices & Reimbursement System (SiNATS) in Portugal: impact on the reimbursement of oncologic medicines” - do Dr. Jorge Félix (Diretor da Exigo) que abordou a avaliação das tecnologias da saúde a nível hospitalar e o seu papel na incorporação e acesso das terapêuticas oncológicas - “Hospital-based HTA and its role in the incorporation and access to innovative cancer drugs” - e a Dra. Ana Tito Lívio Santos (Administradora hospitalar, Gestora Projetos APDH), que em representação da Professora Doutora Ana Escoval, abordou a questão do acesso do cidadão às terapias inovadoras na área da oncologia, pela apresentação dos resultados da segunda edição do 2ª Edição (2014) - “Pensar a Saúde. Acesso do cidadão à Inovação Terapêutica - Oncologia” e que contou com a colaboração de quarenta e seis peritos. “Conclusions. Think Health: The Citizen's Access to Therapeutic Innovation – Oncology”.

Consultar mais detalhes sobre este evento e apresentações em <http://www.apdh.pt/congressomundialhospitais>

EVENTOS FUTUROS

9.ª Edição do Encontro do Prémio de Boas Práticas em Saúde (30 de novembro de 2015)

APDH vai realizar no dia 30 de novembro, o Encontro da 9ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde (PBPS), organizado conjuntamente com a Direção-Geral da Saúde (DGS), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e, no dia 1 de dezembro de 2015, a Conferência Os Caminhos da Inovação. Envelhecimento Saudável. Os eventos irão realizar-se no Auditório do Edifício Tomé Pires, na Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), em Lisboa.

Consultar mais detalhes sobre o evento PBP em <http://www.apdh.pt/pbp2015>

Webinar Decentralization and Autonomy in Health - Portuguese Primary Care

A APDH está a organizar conjuntamente com a Federação Internacional dos Hospitais (International Hospital Federation – IHF) um evento, por videoconferência, que versará sobre a temática dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, estando prevista a sua realização em novembro de 2015. Este evento conta com uma audiência de âmbito mundial e terá como um dos seus ilustres oradores convidados, uma figura incontornável da saúde pública, o Professor Doutor Constantino Sakellarides que irá abordar a descentralização nos CSP a nível nacional.

Cada participante poderá assistir à videoconferência através do registo on-line. A APDH disponibilizará oportunamente todos os detalhes, pelo que caso pretenda assistir a este evento, deverá enviar um email para geral@apdh.pt, indicando para tanto o nome, categoria profissional, organização e o endereço de email que irá utilizar para este efeito.

Consultar mais detalhes sobre este evento PBP em <http://www.apdh.pt/pbp2015>

A TRABALHAR PARA DAR MAIS ANOS À VIDA E MAIS VIDA AOS ANOS.

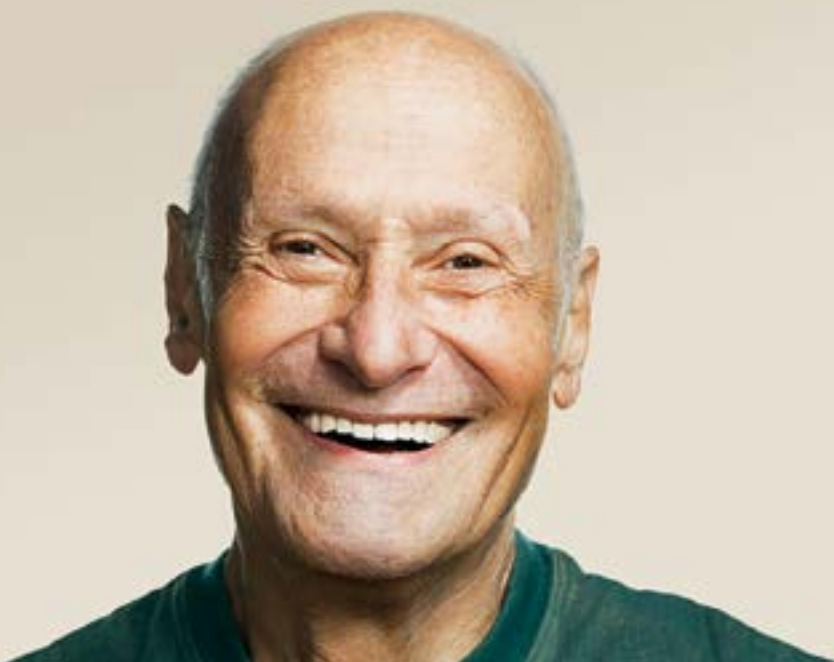
A Pfizer está empenhada em melhorar o bem estar das pessoas em todas as fases da sua vida.

Enquanto uma das mais diversificadas companhias farmacêuticas, a Pfizer é líder em saúde humana e animal, em cuidados primários e especializados, biológicos e farmacêuticos, com um vasto portfolio de vacinas e suplementos alimentares.



Procuramos a cada dia reunir o melhor conhecimento científico para combater as doenças mais críticas do nosso tempo, com um novo foco em áreas que representam importantes necessidades em saúde, como a doença de Alzheimer, a Diabetes, Inflamação e Imunologia, Cancro e Dor.

Saiba mais em pfizer.pt



1MISC1005001

Copyright © 2009 Pfizer Inc. Direitos reservados.

A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL

