

Revista

# Hospital

ANO III, Nº 11  
FEVEREIRO - MARÇO, 2017

apdh  
Associação Portuguesa de  
Direitos da Pessoa com  
Deficiência  
Fundada em 2007 e premiada Hospital



“ Se os médicos  
cumprirem a legislação  
o SNS colapsa”

**GRANDE ENTREVISTA**  
Bastonário Miguel Guimarães



# Advancing Therapeutics, Improving Lives.

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

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

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

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



#### Gilead Sciences, Lda.

Atrium Saldanha, Praça Duque de Saldanha n.º 1-8.º A e B, 1050-094 Lisboa - Portugal  
Tel. 21 792 87 90 | Fax. 21 792 87 99 | N.º de contribuinte: 503 604 704  
Informação médica através de N.º Verde (800 207 489)  
departamento.medico@gilead.com.

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

000/PT/14-10/IN/1768

# ÍNDICE

|                   |    |
|-------------------|----|
| EDITORIAL         | 4  |
| ANÁLISE           | 6  |
| GRANDE ENTREVISTA | 20 |
| IN MEMORIAM       | 28 |
| APDH              | 40 |



#### Diretora

Ana Escoval

#### Coordenadora

Marina Caldas

#### Redação

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

#### Editora de Arte e Paginação

Joana Rita Bastos

#### Fotografia

Pedro Mensurado e APDH

#### Revisão

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

#### Diretor Comercial

José Ferreira

#### Impressão

UE

#### Tiragem

4.000 exemplares

#### Distribuição

Gratuita

#### Periodicidade

Bimestral

#### Projeto



Rua do Andaluz, nº 7 - 3º  
1000-005 Lisboa  
Tel: 213 805 160 - Fax: 213 805 169  
[geral@companhiadeideias.com](mailto: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](mailto:geral@apdh.pt)

HOPE: [hopemail@hope.min-saude.pt](mailto:hopemail@hope.min-saude.pt)

IHF: [ihf@ihf.min-saude.pt](mailto:ihf@ihf.min-saude.pt)

Website: [www.apdh.pt](http://www.apdh.pt)

# Editorial

## Reforma e regulação em saúde

### *Aos Ombros de Gigantes*

**“E é assim que a física – o empreendimento humano da descoberta do mundo – avança... Uns veem mais do que os outros, mas, ao fazê-lo, prestam homenagem aos outros, que viram o mundo antes deles, mantendo aquilo que for de manter. A pirâmide dos físicos não está certamente acabada: um dia alguém subirá certamente para os ombros de Einstein e verá mais longe do que ele, acrescentando algo a Einstein sem destruir a parte essencial do que ele propôs.”**

Folhais, Carlos (2010), in Prefácio do livro *Aos Ombros de Gigantes*  
– *As Grandes Obras da Física e da Astronomia*. Alfragide: Texto Editores.

O paradoxo entre a diligência recente de revisão das leis-quadro e estatutos de regulação pública das atividades económicas e exercícios profissionais e, simultaneamente, o assomo de uma certa latência afirmativa de anseio regulatório, máxime na saúde, merece que todos os stakeholders se foquem nas ações concretas de trabalho próprio e negociação férteis, como garantia da melhor qualidade de serviço público de saúde aos cidadãos.

Ajudará, decerto, a oportunidade de rever o documento interno do Ministério da Saúde A Organização Interna e a Governação dos Hospitais, de 2010, no seu todo de reporte consistente e visão evolutiva clara no contexto do sistema de cuidados de saúde português, recorrendo a valiosa instrumentação de análise e prospecção, particularmente no solícito enunciado ponto oito sobre regulação, apercebida como nitidamente limitada face à exuberância da atividade de gestão hospitalar. Este repositório tem quase tudo para ser aproveitado.

Como, também, surgido mais tarde, em 2014, na perspetiva mais externa, o relatório Gulbenkian Um Futuro para a Saúde – Todos Temos um Papel a Desempenhar, faz-nos sentir um subliminar libelo à atividade regulatória da saúde, mais do que o ativismo gestor do seu dispositivo organizacional e logístico, quando faz apelo a um pacto na saúde com os cidadãos, os profissionais de saúde (este nosso parêntesis considera o valiosíssimo papel das ordens profissionais, se efetivo), os professores, os empresários, as autarquias e o Governo. Esta plataforma Gulbenkian desafia-nos a todos.

Aos cidadãos, em primeiro lugar, importa sentirem espaço e serem intervenientes, com efetividade, em órgãos societários que atualmente integram como o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Consultivo da Entidade Reguladora da Saúde e os Conselhos Consultivos dos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, ou em outras formas ativas de cidadania na saúde consignadas à sociedade civil.

Porque responderam com ações de intervenção pública e de cidadania, a partir de apelos despontados sensivelmente em cada um, evocamos a memória de três pessoas gratas ao pensamento reformador da vida hospitalar e do serviço de saúde em Portugal, através de testemunhos prestados por personalidades suas contemporâneas e discípulas.

Por fim, mas não menos importante, a diversidade temática dos artigos aqui presentes, como o estado da arte do sistema de verificação de medicamentos, como o modelo atual da formação profissional na saúde, como a inovação em soluções de dispositivos médicos, como a evidência do conhecimento do custo e carga de uma doença, como a indústria farmacêutica pode fazer alianças externas ou internas mais valiosas, como a experiência de inovação prática em clínica cirúrgica ou o estudo de avaliação académica de tecnologia de saúde, todos estes documentos possuem em comum o foco no utilizador do serviço, na pessoa do doente ou no cidadão pagador e beneficiário. ■

A Direção

 **astellas**  
Leading Light for Life



A Astellas dedica-se a melhorar a vida das pessoas por todo o mundo através de soluções inovadoras e medicamentos de confiança. O nosso objetivo é tornarmo-nos líderes globais em várias áreas terapêuticas em que o aprofundamento da inovação pode preencher as necessidades não satisfeitas dos doentes. Temos uma abordagem inovadora, mas cuidadosamente concebida, identificando e desenvolvendo novas formas de melhorar a saúde e a vida das pessoas.

A nossa motivação para descobrir as soluções médicas de amanhã é acompanhada pelo nosso compromisso com os doentes e com a comunidade médica. Mantemos elevados padrões na área da investigação, avaliação clínica, reportagem de resultados, formação e acompanhamento; olhando para além dos medicamentos, o nosso programa de responsabilidade social apoia iniciativas de ajuda humanitária e ambiental em todo o mundo.

Cada dia, a Astellas dá mais uma prova da sua capacidade de liderar o caminho na criação de um futuro melhor para os doentes, para as pessoas próximas deles, e (num sentido mais amplo) para todos nós.

Todos na Astellas sabem que o nosso sucesso contínuo reside no nosso potencial para mudar o amanhã.

**ONCOLOGIA  
TRANSPLANTAÇÃO  
UROLOGIA  
ANTI-INFECIOSOS  
DOR**

 **astellas**  
Leading Light for Life



**Cristina Lopes \***

Diretora de Assuntos Técnicos  
APIFARMA

## CONFERÊNCIA APIFARMA

### SISTEMA DE VERIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS IDENTIFICAÇÃO, AUTENTICAÇÃO E RASTREABILIDADE DE MEDICAMENTOS - DA PRODUÇÃO AO DOENTE

Medicamentos Falsificados, Codificação e Serialização estão na agenda do dia na União Europeia e naturalmente em Portugal, pelo que a APIFARMA realizou no passado 28 de novembro, no CCB, uma conferência com o tema: “Identificação, Autenticação e Rastreabilidade de Medicamentos – do Fabrico ao Doente”.

A falsificação de medicamentos é uma realidade que em crescimento, constituindo uma clara ameaça à saúde pública dos cidadãos europeus. Como tal são fundamentais medidas que protejam toda a cadeia de distribuição da entrada de medicamentos falsificados, designadamente a adoção de mecanismos de segurança que permitam garantir a identificação, autenticação e rastreabilidade das embalagens que chegam até ao doente.

Neste sentido, a Diretiva dos Medicamentos Falsificados - Diretiva 2011/62 que altera a Diretiva 2001/83 que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano - foi aprovada em 1 de Julho de 2011, visando atingir um maior nível de exigência em termos de segurança e rastreabilidade das embalagens de medicamentos que circulam no mercado europeu.

A implementação da Diretiva tem impacto sobre todos os operadores da cadeia do medicamento e introduz uma série de novos requisitos, nomeadamente a aplicação de dispositivos de segurança harmonizados

que evidenciem a potencial violação das embalagens e de um identificador único.

Encontra-se em fase de implementação o novo Regulamento Delegado (UE) 2016/161, de 2 de outubro de 2015, que define regras pormenorizadas para os dispositivos de segurança a figurar nas embalagens dos medicamentos.

Portugal, bem como os restantes países, terá de se adaptar a estas normas e garantir a implementação completa de um sistema de rastreabilidade dos medicamentos abrangidos, até fevereiro de 2019.

Desde que se iniciaram as discussões no âmbito do ato delegado, que a Indústria Farmacêutica tem defendido um sistema de rastreabilidade ao longo de toda a cadeia de valor do medicamento e está envolvida, junto dos principais intervenientes nacionais e internacionais, no desenvolvimento de um sistema pan-europeu de codificação e serialização de embalagens, designado em inglês por European Verification Medicines System (EVMS).

Neste âmbito foi já alcançado um acordo a nível internacional que resultou na criação de um consórcio europeu, denominado European Medicines Verification Organization (EMVO), que será o responsável pela gestão do sistema central, nomeadamente do sistema de repositórios central,

pela definição das especificações técnicas do sistema e, ainda, pelo estabelecimento de acordos com as organizações nacionais homólogas, National Medicines Verification Organizations (NMVO).

A nível nacional foi também estabelecido um acordo entre os principais intervenientes da cadeia de valor do medicamento – APIFARMA, APOGEN, GROQUIFAR, ANF, AFP - que resultou, no final de 2016, na assinatura de um Memorando de Entendimento com vista ao estabelecimento do Sistema Europeu de Verificação de Medicamentos em Portugal. A importância do momento, e o reflexo do ato foram assinalados com a presença do Senhor Ministro da Saúde.

Assim, em termos gerais são três os elementos que constituem a base de funcionamento deste sistema. Primeiro, o código de identificação único. O Regulamento Delegado estabelece a opção pelo código bidimensional, aplicando normas internacionais para a identificação de medicamentos a nível global, defendendo-se a opção pelas normas GS1. Segundo, todos os elementos de segurança definidos só fazem sentido se existir um sistema de repositório de dados que armazene as informações sobre os identificadores únicos de um medicamento e que possam ser consultados para verificar a sua autenticidade. Na base deste sistema encontra-se um repositório nacional ou supranacional do sistema de repositórios que procede ao intercâmbio de dados com uma plataforma central utilizando o formato de dados e as modalidades de intercâmbio definidos pela plataforma (requisitos técnicos). A escolha assente no modelo Blueprint deve-se ao fato deste garantir que os sistemas nacionais sejam implementados e operados num ambiente técnico comum, permitindo a otimização de custos em termos operacionais. Por último, a criação, acessibilidade e gestão do sistema de repositório nacional. De acordo com o Regulamento Delegado, o sistema de repositórios deve ser criado e gerido pelos fabricantes e titulares das autorizações de introdução no mercado. No entanto, distribuidores por grosso e as entidades autorizadas ou habilitadas a fornecer medicamentos ao público (farmácias) têm o direito de participar; também as autoridades nacionais devem ser consultadas no âmbito da criação do sistema de repositórios, o que tem vindo a acontecer em Portugal.

As autoridades nacionais competentes devem supervisionar o funcionamento do sistema, a fim de verificar, se necessário através de inspeções, que o repositório e a entidade legal responsável pela criação

e gestão do mesmo cumprem todos os requisitos.

Neste sistema, a identificação e a autenticação dos medicamentos são garantidas por uma verificação de extremo a extremo de todos os medicamentos dotados de dispositivos de segurança, completada pela verificação pelos distribuidores grossistas de certos medicamentos em maior risco de falsificação. A verificação é feita para ambos os dispositivos de segurança, i.e em relação ao identificador único para garantir que o medicamento é proveniente de um fabricante legítimo e em relação ao dispositivo de prevenção de adulterações para verificar a integridade da embalagem, e garantir que a embalagem não foi aberta ou alterada desde que saiu das instalações do fabricante, assegurando a autenticidade. Quando a embalagem é fornecida ao público ou é distribuída fora da UE, ou noutras circunstâncias específicas, o identificador único nessa embalagem deve ser desativado no sistema de repositórios para que qualquer outra embalagem com o mesmo identificador único não possa ser verificada com êxito.

A caminhada tem sido longa. Findo um ano desde a publicação do Regulamento Delegado foram já dados muitos passos na preparação do projeto a nível nacional; mas existe ainda um longo curso a percorrer.

A conferência acontece num momento crucial. Após a assinatura do Memorando de Entendimento, prepara-se a criação do consórcio nacional. De notar a importância do debate ocorrido sobre o desenvolvimento e a adaptação do modelo de codificação e rastreabilidade a nível nacional, os principais desafios que se colocam à sua implementação por cada um dos intervenientes e a visão do regulador sobre os desafios globais incluindo os que se colocarão aos hospitais no futuro.

O projeto é ambicioso para todos e economicamente muito pesado para as empresas farmacêuticas. Espera-se que contribua efetivamente cumprir o fim a que se propõe: melhorar a segurança dos doentes.

Resulta desta Conferência um bom exemplo de colaboração entre todos os intervenientes na cadeia de valor do medicamento para a criação de um sistema flexível, prático e custo-efetivo que cumpra o objetivo de proteger os doentes dos medicamentos falsificados, ao mesmo tempo que garanta a sua plena operacionalização até 2019. ■

\* Farmacêutica



### Ana Rita Fradique

Presidente Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra (NEM/AAC) - 4º Ano Medicina FMUC

## A ATIVIDADE MÉDICA ATUAL

A atividade médica é, desde dos tempos mais remotos, uma das profissões mais reconhecidas pela sociedade, quer pelo fascínio e curiosidade que muitos apresentam por esta área, quer por, de uma forma ou de outra, mais tarde ou mais cedo, todos acabarmos por ter contacto com a medicina e com a saúde em geral. Assim, e como estudante de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, irei, aqui, expor dois assuntos que, de acordo com o meu ponto de vista enquanto estudante, retratam duas das maiores fragilidades da atividade médica atualmente. Desta forma, começarei por explorar os problemas com a formação médica em Portugal e, de seguida, a humanização dos cuidados de saúde.

No que à formação médica concerne, assiste-se, hoje, a uma degradação da mesma. Os estudantes de medicina são em número excessivo para o que as faculdades que os acolhem podem comportar e, mesmo para as reais necessidades do país (há anos que este assunto é abordado pelas mais diversas entidades como um problema, sem que pouco tenha mudado), as condições físicas e humanas das faculdades (e dos hospitais a elas associados) estão cada vez mais esgotadas e deterioradas, há um menor investimento nas mais recentes tecnologias e na simulação como auxiliares da formação, e, por último, a formação específica, ou seja, a reconhecida “especialidade”, já não é acessível a todos os estudantes de medicina que anualmente terminam o curso e que realizam a Prova Nacional de Seriação, prova esta que define a ordem pela qual os candidatos poderão escolher a especialidade. Uma vez que o número de estudantes que a realiza é bastante superior ao número de vagas

existentes, não podem os futuros médicos almejar o final desejável após seis árduos anos de dedicação e entrega a este curso.

Quanto ao número excessivo de alunos, o conhecido, e reconhecido, *numerus clausus*, esta é uma problemática que afeta tanto as gerações atuais como as vindouras e que, apesar da reivindicação de todas as associações de estudantes de medicina e da própria Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM), que, em conjunto, têm movido os maiores esforços no sentido da diminuição deste número, estes ainda não surtiram o efeito desejado. Provavelmente, este é o obstáculo que está na base de todos os outros problemas. Assim, é fácil compreender que, com a diminuição do número de estudantes de medicina, as faculdades poderiam oferecer melhores condições, quer ao nível das condições físicas, quer ao nível dos próprios docentes, com a diminuição do rácio aluno-tutor (número de alunos por docente, numa determinada aula). O investimento em simulação e tecnologia seria de mais fácil obtenção, uma vez que seriam necessários menos equipamentos (logo menos dinheiro), para proporcionar a todos os estudantes a mesma aprendizagem, durante o seu percurso académico. Por último, as vagas da especialidade seriam em número suficiente para todos os que terminariam o Mestrado Integrado em Medicina, uma vez que esta mudança seria acompanhada de um planeamento a longo prazo, ou seja, seriam previstos os requisitos que todos os estudantes teriam de satisfazer para aceder à formação pós-graduada.

Mas este problema está a afetar, ainda, a própria qualidade da formação dos futuros médicos. Vamos imaginar uma aula prática, em qualquer parte do país, onde há um professor, com 20 alunos, uma enfermaria e um doente. Estes alunos encontram-se numa aula de iniciação à prática médica, onde estão a aprender como recolher uma história clínica a um doente e como realizar o exame físico. É, assim, perceptível, que se torna impossível para estes alunos criarem uma relação empática com o doente e é impraticável que todos estes alunos “treinem” as técnicas de realização da história e as manobras práticas lecionadas, no mesmo doente. Acredito verdadeiramente que estas pequenas falhas, que não parecem grandes numa aula, multiplicadas por um grande número de aulas ao longo dos seis anos irão culminar numa deficiente aprendizagem e que, provavelmente, nunca chegará a ser colmatada durante o percurso académico, nem mesmo durante a formação específica. E não nos esqueçamos que estamos a formar alunos que irão lidar diretamente com a vida de outras pessoas, onde qualquer falha, qualquer erro, pode revelar-se fatal.

Relativamente à Humanização dos Cuidados de Saúde, todos conhecemos, ou já ouvimos, alguém referir que não empatizou com o seu médico, que este não lhe “deu a atenção necessária”... Estas afirmações, mais comuns do que queríamos que acontecessem, demonstram que, muitas vezes, o médico esquece o seu lado mais humano, para ser apenas o profissional. Esquece que o doente que se encontra à sua frente se encontra numa situação débil e que precisa da sua ajuda e atenção durante aquele momento e no acompanhamento da evolução da sua doença. Esta lacuna começa na faculdade, durante a formação de um estudante de medicina, pois é dado pouco ênfase à importância da empatia na relação entre médico e doente. Mas, com o número elevado de alunos, e não me querendo repetir, esta temática é muitas vezes menosprezada em prol de outras (não por culpa dos docentes ou mesmo dos alunos), uma vez que, com

tantos alunos para apenas um doente, se torna difícil ou mesmo impossível que todos alunos criem essa tal relação com o doente; e o doente também, ao ver-se rodeado de tantos “estranhos”, não consegue estar à vontade para expor os seus problemas, para depositar a sua confiança nestes futuros médicos. Desta forma, as faculdades formam médicos com competências técnicas e com não com competências humanas, de entrega, de empatia para com os doentes que com eles contactam. É importante referir que estas características dos estudantes vão, num futuro bastante próximo, no mundo profissional, criar entraves e barreiras à relação entre o médico e o seu doente. E talvez por isso hoje em dia já ocorram tantas situações em que os doentes não sentem acompanhamento, sensibilidade, não percebem qual o lado humano do seu médico. O médico não pode, em momento algum, esquecer-se que deve cuidar, e não apenas tratar os sintomas dos que a ele recorrem. Deve assumir um papel secundário, enquanto o doente deverá encenar a cena principal.

Para concluir, com este artigo pretendo criar, em todos os que o lêem, uma reflexão profunda sobre as falhas apontadas, sobre aquilo que, para mim, é uma preocupação urgente e de alguma forma deverá ser melhorado, deverá ser mudado para que o futuro da atividade médica seja o mais risonho possível. Devem, todos aqueles que zelam pelo sistema de saúde, que com a saúde trabalham, lutar em conjunto para que o paradigma atual se altere. Não nos podemos conformar com o que existe, devemos sempre procurar o melhor para a nossa saúde, para a nossa atividade médica. Os estudantes de hoje serão os médicos de amanhã. E se estes não forem capazes de desempenhar o seu papel da melhor forma, as repercussões serão enormes, quer para os doentes, quer para todos aqueles que fazem saúde em Portugal. Devemos lutar por ter uma formação médica melhor, por ter médicos mais humanos, pois, só assim, poderemos caminhar para alcançar uma saúde de excelência. ■

## GAMEIROS: 20 ANOS A APOSTAR NA VALORIZAÇÃO DA DIFERENÇA

Há mais de 20 anos que a Gameiros se vem focando no desenvolvimento de soluções inovadoras, mas sobretudo adaptadas à realidade das pessoas que procura servir.

O setor dos Dispositivos médicos sofreu grandes alterações nos últimos anos, em Portugal e globalmente. Temos vindo a assistir com grande entusiasmo a uma evolução muito positiva da sua vertente legislativa e regulamentar, que se deve também à crescente diversidade e complexidade de respostas disponibilizadas, num mercado cada vez mais informado e exigente.

Graças a esta evolução podemos hoje falar com muita propriedade em segurança e eficácia dos dispositivos médicos. É nesta garantia de qualidade que a Gameiros investe os esforços diários de uma equipa altamente qualificada e motivada para responder aos desafios mais atuais.

O cumprimento rigoroso de todos os requisitos relativos às Boas Práticas de Distribuição não nos define só por si. Apesar de procurarmos sempre os dispositivos médicos mais inovadores e diferenciadores, somos muito mais do que um Distribuidor. Criámos marcas próprias - soluções desenvolvidas a pensar em necessidades específicas e com alternativas escassas.

Assim, nasceu por exemplo a OPM um laboratório de investigação e desenvolvimento de próteses e ortóteses por medida, com capacidade para inovar e implementar soluções exatamente à medida de cada situação, por mais singular que esta se apresente.

Trabalhamos com profissionais especializados e investimos em instalações, equipamento e nas tecnologias mais recentes de forma a acompanhar o estado-da-arte.



Somos por isso atualmente reconhecidos tanto por atletas de alta competição que procuram apoio para a otimização da sua performance, como também por médicos que se habituaram a contar connosco e que nos recomendam e reencaminham situações particulares, confiando-nos o desenvolvimento de soluções personalizadas para cada doente.

Porque acreditamos poder contribuir ativamente e de forma responsável para uma sociedade mais saudável, promovemos a motivação, a formação e a realização profissional dentro e fora de portas.

Assumimos com o espírito de missão que nos caracteriza a nossa responsabilidade social, apoiando projetos comunitários, programas educativos e de formação profissional, centrados na valorização pessoal, na prevenção da doença e na promoção da saúde.

Foi desta forma que fomos conquistando a experiência e o know-how que nos permite contribuir ativamente para a melhoria das condições de vida das pessoas, qualquer que seja a sua condição e em todas as fases da sua vida.

É desta forma que nos projetamos num futuro que ambicionamos cada vez mais desafiante, inovador e especializado, cada vez mais centrado no direito universal à saúde física, mental, psicológica e na valorização social da diferença.

Desde 1994 que trabalhamos apaixonadamente para oferecer as melhores soluções de saúde e bem-estar e é com muito orgulho que nos vamos assim afirmando como uma empresa de origem e capital 100% nacional, cada vez mais sólida e diferenciadora num mercado global em constante revolução. ■

Humberto Gameiro  
Farmacêutico / Sócio-Gerente

## Desde 1994, as melhores soluções de saúde e bem estar



 **GAMEIROS**<sup>®</sup>  
MATERIAL CLÍNICO

## O CUSTO E A CARGA DO CANCRO DA MAMA EM PORTUGAL

Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa (CEMBE)  
Centro de Estudos Aplicados, Católica Lisbon School of Business and Economics (CEA)

### A importância do cancro da mama

O cancro da mama é a neoplasia mais frequente nas mulheres em todo o mundo, a principal causa de morte por cancro nos países em desenvolvimento e a segunda maior (atrás do cancro do pulmão) nos países desenvolvidos. Em Portugal, de acordo com a Direção-Geral de Saúde, o cancro da mama é neoplasia mais comum na população feminina.

No nosso país o número de novos casos de cancro da mama por 100.000 mulheres, a taxa de incidência, tem apresentado um aumento progressivo e gradual, como pode ser visto na figura seguinte, construída pelos autores com base em dados dos registos oncológicos portugueses.

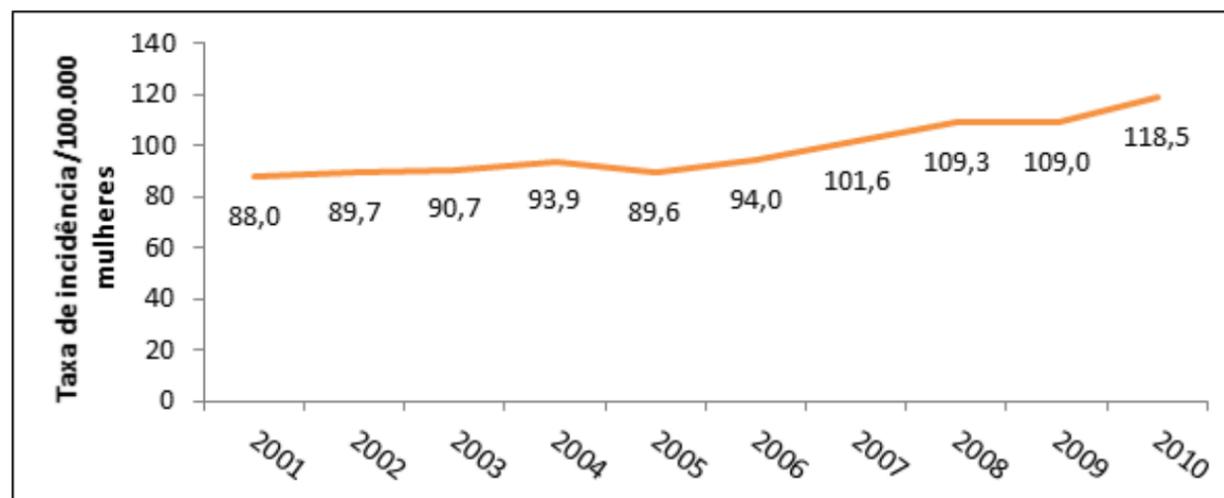


Figura 1. Evolução da taxa de incidência do Cancro da Mama em Portugal (2001-2010).

Apesar de apenas uma pequena proporção de doentes apresentar doença localmente avançada ou metastização à distância no momento do diagnóstico, existe atualmente um número significativo e crescente de doentes que foram previamente tratadas com intenção curativa e que vêm a desenvolver recidiva da doença. Neste sentido, também a prevalência da doença metastática tem vindo a aumentar, já que muitas mulheres vivem com a doença durante vários anos.

Dado a contribuição para a mortalidade e dada a morbilidade crescente, o cancro da mama constitui assim um dos mais importantes problemas de saúde nas mulheres. Esta situação leva a que a carga do cancro da mama e o impacto económico da doença mereçam ser avaliados. O presente texto sumaria um estudo que teve como objetivo estimar a carga e o custo do cancro da mama na mulher em Portugal para o ano de 2014, de forma a quantificar a importância da doença no contexto português.

### O que são a carga e os custos da doença?

Os estudos da carga da doença têm como objetivo quantificar, num índice global, os efeitos de uma doença nos níveis de saúde de uma determinada população. Os estudos de custos da doença têm como objetivo medir e avaliar o impacto de uma doença ao nível dos recursos económicos que lhe são afetos, ou seja dos custos que geram para o sistema de saúde e para a sociedade. Estes estudos visam estabelecer o retrato rigoroso de um dado problema de saúde e da sua magnitude e, assim, contribuir para a definição de áreas eventualmente mais prioritárias e necessitadas de recursos, planos de intervenção ou de investigação por parte dos sistemas de saúde.

A carga da doença é estimada através dos anos de vida ajustados pela incapacidade - Disability Adjusted Life Years (DALYs), uma métrica adotada pela Organização Mundial de Saúde. Os DALYs são uma medida da quantidade de saúde perdida devido a um problema de saúde, em tempo. A medida inclui dois componentes. O primeiro é dado pelos anos perdidos por morte prematura (Years of Life Lost - YLL). Esta componente baseia-se na diferença entre idade na altura do óbito e a esperança de vida padrão para essa idade. O segundo componente inclui os anos perdidos por incapacidade (Years Lost due to Disability - YLD). Esta componente mede o tempo decorrido sofrendo uma incapacidade, sendo o nível de incapacidade avaliado por um coeficiente entre 0 (s/incapacidade) e 1 (incapacidade total = morte). Por exemplo, se um doente vive 2 anos com um nível de incapacidade de 0,25, então perdem-se 0,5 anos de vida por causa dessa incapacidade.

Os DALYs são uma medida que inclui aspetos económicos e sociais. O aspeto social é introduzido através de uma ponderação diferenciada por idades: os grupos de idades intermédias (entre 20 e 50) têm mais peso, o que pretende refletir que nestas idades há uma maior probabilidade de as pessoas terem filhos menores dependentes. O aspeto económico é introduzido por uma taxa de desconto de 3%. Esta taxa de desconto tem o papel de atribuir maior valor a ganhos de saúde próximos no tempo do que a ganhos de saúde que só se irão obter em alturas mais longínquas.

### Informação de base usada no estudo

Os pontos de partida do estudo foram constituídos pela informação demográfica e epidemiológica de base. Utilizaram-se dados sobre a mortalidade global em Portugal provenientes do Instituto Nacional de Estatística (INE) e dados sobre a mortalidade por cancro da mama recolhidos nas Estatísticas da Saúde do INE referentes a 2014. Os dados de base relativos à incidência da doença foram estimados com base nos dados cedidos pelo ROR-Sul para 2013 e dados publicados no Registo Oncológico Nacional (RON) para os anos anteriores disponíveis (2001 a 2009). Os dados nacionais disponíveis foram complementados por informação internacional nalguns pontos. Assim, usaram-se os dados de sobrevivência a cinco anos do SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results Program), um programa de recolha e divulgação de dados epidemiológicos sobre cancro do National Cancer Institute dos Estados Unidos da América (EUA).



Os dados foram estudados através da adaptação de um modelo de incidência para o cancro da mama desenvolvido por investigadores holandeses (Kruijshaar e Barendreght), um modelo que se revelou como particularmente adequado ao tipo de dados disponíveis para a realidade portuguesa. Os mesmos investigadores produziram estimativas dos coeficientes de incapacidade para os diversos estadios do cancro da mama que foram utilizados no cálculo dos anos de vida perdidos por incapacidade em Portugal. Os cálculos epidemiológicos relativos à situação portuguesa, onde se forma integrando dados parcelares provenientes de fontes diversas, fizeram uso de um modelo patrocinado pela Organização Mundial de Saúde, o DISMOD.

A estimativa dos custos diretos do cancro da mama, os custos suportados pelo sistema de saúde, assentou num conjunto diversificado de fontes. Os custos de internamento foram estimados a partir da Base de Dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para o ano de 2014. Esta base de dados contém informação sobre quase todos os internamentos ocorrido nos hospitais do SNS bem como sobre um subconjunto de cuidados em sessões de hospital de dia, incluindo no total mais de um milhão de episódios. A identificação dos doentes com episódios de internamento devidos ao cancro da mama foi feita seguindo a Classificação Internacional das Doenças, mediante a escolha dos códigos de diagnóstico e de procedimentos associados à doença. Uma vez selecionados os episódios relevantes, utilizaram-se os dados sobre a classificação em GDH para obter estimativas dos custos do internamento por cancro da mama.

Infelizmente, não existe nenhuma base de dados como os GDH cobrindo os cuidados em ambulatório pelo que para estimar os custos de ambulatório foi necessário recorrer a um painel de peritos que definiu padrões de consumo de recursos (consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, etc.) para os casos por estadio de cancro da mama. Por último, informação sobre o consumo de medicamentos no caso do cancro da mama foi obtida a partir, não só do já referido painel de peritos, como de relatórios do Informed sobre medicamentos hospitalares e dados sobre o mercado farmacêutico da IMS-Health relativos a 2014.

O trabalho estima também os custos indiretos do cancro da mama. Os custos indiretos medem a perda de produção de um país devido à incapacidade causada por um problema de saúde. Tipicamente estes custos incluem, quer custos a curto prazo, como é o caso do absentismo laboral provocado pela doença ou pela necessidade acrescida de usar o tempo recebendo

cuidados de saúde (tempo útil gasto em internamentos, consultas, exames, etc.) quer custos a mais longo prazo, como é o caso de saídas prematuras do mercado de trabalho, por exemplo na forma de reformas por invalidez.

#### Resultados sobre carga da doença

Quanto à incidência do cancro da mama em Portugal, de acordo com os dados mais recentes do RON, foram diagnosticados 6.541 novos casos, tendo este número sofrido um aumento de 43% nos últimos 9 anos, de acordo com a informação disponível. Cerca de 61% dos novos casos encontravam-se nas faixas etárias entre os 20 e os 64 anos, sendo a faixa etária dos 45 aos 49 anos aquela com um maior número de doentes. De acordo com dados preliminares cedidos pelo ROR-Sul para o ano de 2013, 39% dos novos casos com informação disponível encontravam-se no estadio I, 40% no estadio II, 15% no estadio III e 6% no estadio IV.

Os únicos dados nacionais disponíveis quanto à taxa de sobrevivência referem-se à região Sul de Portugal, segundo os quais 94% e 86% das mulheres com cancro da mama sobrevivem ao fim de 1 e 3 anos, respetivamente.

Estima-se que em 2014, tenham ocorrido 1.664 mortes por cancro da mama, o que corresponde a 3,2% do total das mortes na população feminina ocorridas em Portugal. Os DALY decorrentes das mortes prematuras causadas pelo cancro da mama totalizaram 13.425, representando 6,2% dos anos perdidos gerados pela totalidade das mortes ocorridas no país em mulheres. A quase totalidade (98%) dos anos perdidos por morte prematura foi devida à doença metastática.

Por outro lado, quanto aos DALY decorrentes da morbilidade e incapacidade causada pelo cancro da mama, estima-se que tenham sido perdidos 9.667 anos de vida, 24% dos quais associados à doença metastática. O Quadro seguinte apresenta os resultados sobre carga da doença de forma mais sistemática.

Quadro 1. Resultados estimados para a carga do cancro da mama em Portugal.

| Cancro da Mama               | Óbitos | YLL    | YLD   | DALY   |
|------------------------------|--------|--------|-------|--------|
| Local ou localmente avançado | 40     | 311    | 7.383 | 7.694  |
| Metastático                  | 1.606  | 13.114 | 2.284 | 15.398 |
| Total                        | 1.646  | 13.425 | 9.667 | 23.092 |

YLL - Anos de Vida perdidos por morte prematura; YLD - Anos de vida perdidos por incapacidade.

No total, estima-se a carga do cancro da mama em 23.092 DALY. Para facilitar o enquadramento deste resultado através de uma comparação, este valor representa aproximadamente o dobro do valor estimado anteriormente pelos autores para a carga da doença em Portugal devida à hipercolesterolemia.

#### Resultados sobre custos da doença

Como já referido anteriormente, as estimativas dos custos neste estudo incluíram quer as estimativas de custos diretos (na sua maioria custos do sistema de saúde) e custos indiretos (custos para a sociedade devidos à perda de produção causada pelo cancro da mama).

As estimativas de custos podem usar metodologias diferentes, mas as mais adequadas para a informação disponível em Portugal partem da prevalência da doença, ou seja, dos doentes que tiveram o diagnóstico da doença quer no ano em estudo, 2014, quer em anos anteriores e tenham sobrevivido. Como a prevalência de doentes com cancro da mama não está disponível foi necessário estimá-la. Na estimação do número de doentes prevalentes em 2014 e da sua distribuição por estadios, utilizou-se um modelo cumulativo de incidência considerando dois grupos separadamente: os doentes com doença local ou localmente avançada (estadios I a III) e os doentes com doença metastática (estadios IV). Além da informação epidemiológica já anteriormente referida, as curvas de sobrevivência utilizadas na modelização foram retiradas de um estudo da realidade portuguesa por André, Mayer, Amaral e Miranda publicado em 2014. Os resultados, em termos de prevalências estimadas, podem ser vistos no Quadro seguinte.

Quadro 2. Resultados estimados para a prevalência por estadio do cancro da mama em Portugal.

| Estadio  | Nº de Doentes |
|--|---------------|
| Doentes no estadio I a III no diagnóstico                          |               |
| Doentes no estadio I a III   | 49.992        |
| Doentes nos estadios I a III e com recidiva local/loco-regional    | 802           |
| Total  | 50.794        |
| Doentes com CM metastático   |               |
| Doentes inicialmente nos estadios I a III com recidiva metastática | 1.470         |
| Doentes no estadio IV  | 1.738         |
| Total  | 3.208         |
| Total de doentes vivos com CM                                      | 54.002        |

Separando os doentes prevalentes com diagnósticos em anos anteriores a 2014 e os doentes incidentes em 2014, bem como separando os doentes por estadios, foi possível utilizar os dados sobre padrões de consumo de recursos a multiplicá-los pelo número de doentes em cada situação. Os custos diretos estimados basearam-se numa lista de recursos extensa que incluiu por exemplo os custos com diagnóstico e estadiamento, internamento, quimioterapia, ambulatório incluído na base de dados dos GDH, radioterapia, trastuzumab, hormonoterapia, biópsias, custos de transporte e custos de fim de vida. Como anteriormente referido, os padrões de consumos de recursos basearam-se nas estimativas de um painel de peritos especialistas na área. No caso do internamento relativo ao cancro da mama, o número de doentes saídos dos hospitais do SNS, foi de 7.633 em 2014. A estimativas dos custos incluíram também a realização de rastreios. De acordo com os dados das Administrações Regionais de Saúde

(ARS), em 2014 foram rastreadas 266.188 mulheres.

Uma síntese do custeio dos consumos de cuidados de saúde no cancro da mama em 2014 é dada pelos seguintes resultados: o custo médio anual estimado para cada doente nos estadios I a III foi de 1.976 € e o custo médio anual estimado para cada doente no estadio IV foi de 12.197 €. Globalmente, o total estimado de custos diretos do cancro da mama foi de 146,1 milhões €, perfazendo cerca de 1,4% da despesa corrente de saúde em Portugal em 2014.

Quanto aos custos indiretos, consideraram-se os custos associados à produção perdida devido à doença e, no seguimento das linhas de orientação portuguesas para estudos de avaliação económica, excluíram-se as perdas de produção devidas à morte prematura. Os níveis de absentismo, bem como a saída prematura do mercado de trabalho foram estimados a partir da informação proveniente do painel de peritos. Foi seguida a metodologia baseada na teoria do Capital Humano, segundo a qual os custos indiretos, medindo a produção perdida devido à doença, são estimados a partir dos encargos das empresas com os trabalhadores. Os custos indiretos estimados por doente nos estadios I a III foram estimados em 2.827€ e no estadio IV em 6.135€, resultando num custo total indireto do cancro da mama de 163.257.150 €, um valor superior à estimativa dos custos diretos. Este resultado reflete a juventude relativa das doentes e a sua comparativamente longa esperança de vida.

A estimativa dos custos globais para o sistema de saúde e para a sociedade devidos ao cancro da mama totalizaram 309.331.180€. A doença metastática corresponde a 19% dos custos totais do cancro da mama, mais especificamente a 28% dos custos diretos e a 12% dos custos indiretos. Os 309 milhões €, correspondem a cerca de 0,18% do Produto Interno Bruto em 2014.

#### Conclusões

Em Portugal, o cancro da mama foi responsável pela perda de mais de 23 mil anos de vida ajustados pela incapacidade e custou ao sistema de saúde e à sociedade cerca de 309 milhões de euros. Estes são números que quantificam a dimensão do desafio de saúde pública que o cancro da mama representa no nosso país e que justificam atenção prioritária dos responsáveis pelas políticas de saúde na atribuição de recursos para o tratamento e prevenção da doença em Portugal. ■

Este estudo foi apoiado pela Pfizer Biofarmacêutica.



**Filipe Ribeiro**

Director Médico Astellas Farma, Lda

## Foco no Doente

A Astellas Pharma é uma das 20 maiores empresas farmacêuticas do mundo, empregando cerca de 17.000 colaboradores. Como empresa jovem e voltada para o futuro, encontra-se empenhada em contribuir para a melhoria da saúde em todo o mundo, através de produtos farmacêuticos inovadores e de confiança.

A Astellas Pharma assume um compromisso continuado para com o desenvolvimento dos mais inovadores e melhores medicamentos nas áreas terapêuticas a que se dedica.

Com uma história que começa no Século XIX, com a Fujisawa e já no Século XX, com a Yamanouchi, a Astellas resulta da fusão destas duas Companhias em 2005, tendo nos seus "genes" sucessos de I&D, de que destacamos a área da Transplantação e Urologia entre as mais recentes. Mas já nos anos 80, estas Companhias investigaram e desenvolveram moléculas tão importantes como a famotidina, nicardipina e formoterol.

Romper com o passado, de uma Medicina de massas em que a prescrição era muito baseada no one-size fits all e apontando para um futuro, de uma Medicina de precisão em que teremos fármacos mais eficazes para doentes específicos, é a fórmula que a Astellas Pharma Global Development (APGD) usa para abordar os projectos actualmente em desenvolvimento.

Líderes na Transplantação e Urologia e com um pipeline promissor que se espera capaz de responder a um amanhã cada vez mais desafiante, nosso objectivo é simples... mantermo-nos a referência destas áreas e ganharmos o mesmo protagonismo na Oncologia, na qual já conta com importantes moléculas para o tratamento do cancro da próstata.

A inovação terá que ser consciente de forma a trazer benefícios à população. Criar e disponibilizar fármacos inovadores, em áreas que as opções terapêuticas sejam ainda limitadas e com o intuito de que as condições de saúde actuais sejam melhoradas é como olhamos o amanhã.

Sabendo que a vitalidade de uma companhia Farmacêutica, depende da sua capacidade de trazer novos fármacos que introduzam vantagens claras na terapêutica dos doentes, haverá decerto um futuro ainda mais promissor para a Astellas Pharma:

- **ROXADUSTAT (ASP1517)** - Anemia na Doença Renal Crónica, em doentes submetidos ou não a diálise

- **GILTERITINIB (ASP2215)** - Leucemia Mielóide Aguda (LMA), com mutações no gene FLT3

- **ASP0113 (CMV DNA Vaccine)** - Vacina para prevenção da infecção por citomegalovírus (CMV), em doentes submetidos a transplante alogénico de células estaminais hematopoiéticas (HSCT)



- **ASP8273** - Carcinoma do pulmão de não pequenas células (NSCLC), em doentes com a mutação EGFR

- **Enzalutamida** - Cancro da Próstata Hormonosensível (HSPC) M1

- **Enzalutamida** - Cancro da Próstata Resistente à Castração (CPRC) M0

- **Enzalutamida** - Carcinoma da Mama

- **AGS-16C3F** - Carcinoma Gástrico

- **ASP2215** - Leucemia Mielóide Aguda

- **ASP5878 (Inibidor da tirosina cinase FGFR)** - carcinoma hepatocelular, cancro do pulmão de não pequenas células e da bexiga

- **IMAB362** - Adenocarcinomas Gástrico e Pancreático

- **Enfortumab vedotin dirigido a Nectina-4** - Carcinoma Urotelial

Na Direcção Médica da Astellas, certamente não ignoro a importância que têm os resultados comerciais. Só eles garantem a possibilidade de mais investimento em investigação e desenvolvimento de

novos produtos e novas soluções terapêuticas.

Mas isto significa também **INTEGRIDADE**, responsabilização, abertura e **TRANSPARÊNCIA**. Valores da maior relevância para nós.

Por isso continuamos focados em ser parte de um todo que permita elevar o reconhecimento de todos os profissionais desta área por aqueles que precisam de ter total confiança em nós. **OS DOENTES.** ■

Porque o meu FOCO É O DOENTE!

O NOSSO FOCO É O DOENTE!



**Robert J. Lasek**

Country Manager  
Takeda Portugal

## TAKEDA: MAIS DE DOIS SÉCULOS DE HISTÓRIA AO SERVIÇO DA SAÚDE DOS PORTUGUESES

Chegada a Portugal em 2009, a Takeda tem vindo a consolidar a sua presença no país, o que lhe permite deter hoje um crescimento consistente no mercado farmacêutico português.

Para este percurso bem-sucedido muito contribui o facto de estarmos a falar da maior empresa farmacêutica do Japão, criada há mais de 230 anos, em 1781, por Chobei Takeda I. Ao longo dos tempos tem-se transformado numa empresa inovadora absolutamente global, com uma marcante atividade na Ásia, na Europa e nos Estados Unidos da América.

Mas, voltemos a Portugal, onde a Takeda tem desenvolvido um trabalho muito empenhado e com um crescimento sustentado também ao nível de recursos internos. Neste último ano, a Takeda duplicou o número de colaboradores, o que lhe permite estar mais bem preparada para todos os desafios e oportunidades, sempre no cumprimento rigoroso dos seus exigentes valores, visão e missão.

Os doentes estão no centro de tudo o que fazemos e são eles que nos inspiram a fazer mais e melhor a cada dia que passa, de forma a tornar acessível a todos os resultados da nossa investigação, permitindo que os doentes portugueses usufruam de todos os benefícios de terapêuticas inovadoras que possam trazer melhores perspetivas e melhor qualidade de vida.

Paralelamente, a Takeda assume o compromisso público de inteira disponibilidade para estabelecer as mais profícuas relações de parceria com

todas as entidades públicas e privadas, nomeadamente as administrações hospitalares, que se empenham na melhoria do sistema de saúde em Portugal. Um compromisso que visa, em primeira instância, proporcionar os excelentes resultados da forte aposta da empresa na inovação nas áreas terapêuticas consideradas prioritárias para este país, como são os casos da Gastroenterologia e Oncologia, com particular incidência na Hemato-Oncologia. Com este compromisso, a nossa empresa pretende ser parceira dos profissionais de saúde e dos doentes nas seguintes patologias:

- Linfoma de Hodgkin
- Mieloma múltiplo
- Doença de Crohn
- Colite ulcerosa.

Pensamos que o total empenho da Takeda em cooperar com as autoridades portuguesas na melhoria do Serviço Nacional de Saúde é ainda um sinal efetivo da vontade da Companhia manter uma longa e saudável relação com o país, colocando ao serviço dos portugueses todo o seu vasto conhecimento e a reconhecida capacidade de inovação das áreas em que é especialista.

Este compromisso com a investigação e o desenvolvimento (I&D) de fármacos de valor terapêutico acrescentado teve início no já longínquo ano de 1915, com a criação da primeira divisão de investigação no

Japão. A área de oncologia, em consonância com a sua elevada incidência e impacto social, lidera hoje o esforço da investigação, significando mais de 30% do orçamento da Takeda em I&D.

Como resultado deste compromisso, temos mais de 15 moléculas candidatas a aprovação e mais de 300 projetos em desenvolvimento em diferentes linhas, a nível mundial, com o nosso conhecimento em oncologia a centrar-se tanto na área das pequenas moléculas como na dos anticorpos.

Dada a forte aposta da Companhia na pesquisa e no desenvolvimento de novas moléculas que respondam às necessidades das doenças atuais, a Takeda alcançou, em 2012, a 7ª posição a nível mundial por número de produtos em investigação e garantiu o lugar de liderança se tivermos em conta o número de estudos fase III no total de produtos em investigação.

Como se compreende, todo este trabalho de investigação e desenvolvimento, iniciado há mais de um século, representa um elevado esforço também a nível financeiro – cerca de 20% das receitas da Companhia a nível mundial –, sublinhando-se que colaboram nas diferentes fases de desenvolvimento de cada fármaco

### Centros de Investigação e Desenvolvimento da Takeda no Mundo



cerca de duas dezenas de centros de investigação que a Takeda tem pelo mundo.

Refira-se, a propósito, que o portefólio de inovação da Companhia conta atualmente com mais de 40 medicamentos e que o trabalho próprio de I&D é complementado através de parcerias com reconhecidas instituições académicas e outras empresas do setor farmacêutico e biotecnológico, permitindo assim acelerar o ritmo e a dinâmica da inovação.

### Uma história única

A Takeda ostenta, como se disse, uma história de mais de 235 anos sem paralelo no setor farmacêutico. A sua herança de mais de dois séculos assenta numa cultura filosófica, o Takeda-ismo, e num conjunto de valores em que pontificam a integridade, a justiça, a honestidade e a perseverança.

É neste quadro que a Takeda assume como sua missão a ambição de conseguir melhorar a saúde em todo o mundo, através da inovação em medicina, e traça como visão para 2025 a liderança farmacêutica global na inovação, cultura e crescimento, guiada por um compromisso firme de melhorar a vida dos doentes.

Ao mesmo tempo, a Takeda desenvolve uma cultura baseada no civismo corporativo que valoriza os seus colaboradores através da cooperação, inclusão, confiança e decisões atempadas. Só assim, aliás, será possível assegurar o crescimento sustentado do valor corporativo, focado nas principais áreas terapêuticas e num pipeline e portefólio líderes na indústria farmacêutica.

É na busca permanente desta liderança que a Takeda tem vindo a reforçar e a diversificar a sua capacidade através da aquisição de prestigiadas empresas farmacêuticas nas mais variadas geografias, de que é exemplo mais recente a compra, já em fevereiro de 2017, da ARIAD Pharmaceutical Company. Trata-se de uma empresa de referência que vem permitir à Takeda incrementar fortemente a capacidade de investigação de novas terapêuticas na área da Oncologia, com a introdução a médio prazo de um novo fármaco para o cancro de pulmão.

Para além da busca permanente de novos medicamentos, procuramos também facilitar o acesso a esses medicamentos através do contributo para o desenvolvimento de novas fórmulas de relacionamento e comunicação com os profissionais de saúde e doentes. Isto porque acreditamos que, com a colaboração de todos os parceiros do setor, é possível construir um novo modelo de cuidados de saúde, visando aquilo que de facto mais preocupa os doentes e os profissionais de saúde.

Trabalhar cada vez mais e melhor ao serviço das pessoas em todo o mundo é pois o posicionamento que a Takeda se esforça por transmitir também aos portugueses, na certeza de que tudo faremos para tornar a nossa presença em Portugal num trunfo efetivo para o Serviço Nacional de Saúde, especialmente para os doentes. ■

## MIGUEL GUIMARÃES

**“A relação médico-doente tem sido seriamente ameaçada.”**

Miguel Guimarães é o novo bastonário da Ordem dos Médicos e na entrevista que concedeu a O Hospital não teve ‘papas na língua’: vai ser direto e interventivo, a bem da medicina, dos médicos e da saúde dos portugueses.

O novo responsável da Ordem dos Médicos conseguiu a proeza de ser eleito à primeira volta, com 70 por cento das intenções de voto; vem do Norte, mas já se considera o bastonário de todos os portugueses e, nos próximos tempos, quer promover auditorias (de preferência com outras entidades) a todas as unidades de saúde do país. Objetivo? Apresentar os resultados ao Ministério da tutela, através de um “Relatório Branco” sobre a qualidade e acesso aos cuidados de saúde.

Nesta entrevista, Miguel Guimarães diz que Portugal não tem falta de médicos, mas o SNS tem, e deixa bem claro que a medicina privada tem sofrido “imposições absurdas”.

Polémico e decidido, são as duas facetas do novo bastonário da Ordem dos Médicos neste encontro com a revista O Hospital.

**Venceu a eleição para bastonário da OM, para o triénio 2017/2019 com 74% dos votos e com maior mobilização dos clínicos do que em anteriores eleições. Como mobilizou os seus pares?**

redes sociais, associada a mensagens fortes centradas na qualidade da formação e da medicina e no respeito e valorização da nossa profissão; as propostas apresentadas sob a forma de carta de compromissos com ideias inovadoras e objetivas.

De facto, estas eleições ficarão para a história da Ordem dos Médicos por diversos motivos, que não vou agora especificar, mas que mereciam uma análise aprofundada. A mobilização dos médicos para estas eleições esteve, na minha opinião, relacionada com quatro fatores: o reconhecimento interpares pelo trabalho realizado durante 6 anos como presidente do Conselho Regional do Norte; o estado atual da saúde associado à falta de respeito e valorização sentida pelos médicos; a campanha de proximidade realizada por todo o país e nas

“Vou ser o bastonário de todos os médicos”

**A forma, direta e interventiva, do seu antecessor, Professor José Manuel Silva, também contribuiu para esta mudança e esta votação?**

O Professor José Manuel Silva fez dois excelentes mandatos como bastonário. No entanto, as diferenças percentuais entre as três regiões do país são muito significativas. A sua pergunta terá que ser colocada aos próprios médicos.



Vai seguir os passos do seu antecessor ou vai ter outro género de atitudes e de ação?

Vou seguir o estilo que adotei como dirigente da Ordem dos Médicos e que teve resultados muito satisfatórios a vários níveis. Vou ser o bastonário de todos os médicos. No sector público, privado ou social. E a minha missão será servir o país, defendendo a qualidade da formação e da medicina, os doentes e os médicos.

“A minha missão é servir o país defendendo a qualidade da formação e da medicina, assim como os doentes e os médicos”

2 da tarde. Provavelmente era assim no tempo em que o nosso Ministro exerceu medicina. Mas há muitos anos que felizmente já não é assim.

Pensa que os médicos têm perdido capacidade de intervenção no sector da saúde – uma vez que tem referido que é necessário valorizar profissionalmente os clínicos?

” Sem dúvida. Os médicos perderam capacidade de intervenção no sector da Saúde.

E a intervenção dos médicos é essencial para recuperar o SNS, defender os doentes e dinamizar a qualidade da medicina privada e social. Por isso defendo uma política de saúde centrada nas pessoas, nos doentes, que respeite, escute, valorize e dignifique os médicos. O contributo dos médicos, ao nível do conhecimento técnico e científico e ao nível da gestão e governação clínica, é fundamental para melhorar a capacidade de planeamento, organização e investimento.

Quando analisa o atual estado da saúde em Portugal, que pontos considera importantes – positivos e negativos?

” Destaco como pontos positivos a qualidade dos nossos profissionais de saúde que, no caso dos médicos, tem por base uma formação pós-graduada de excelência, regulada pela Ordem dos Médicos. E o código genético do nosso SNS que, apesar de ameaçado, continua a ser o ponto de referência de todo o nosso sistema de saúde.

Como pontos negativos do SNS destaco o investimento insuficiente (não podemos fazer reformas de fundo no SNS com um orçamento de 5.9% do PIB), a falta de capital humano (profissionais de saúde), a incapacidade para renovar equipamentos e fazer a sua manutenção adequada, a ausência de promoção da verdadeira inovação tecnológica e terapêutica e da investigação clínica, o envelhecimento do SNS e a manifesta

Uma das principais linhas do seu programa refere-se à necessidade de reforçar a relação médico-doente. Pensa que esta relação está ameaçada?

A relação médico-doente é o núcleo central da própria medicina. É nela que tudo começa. E nos últimos anos tem sido seriamente ameaçada. Pela interferência do poder político e das administrações e direções. Os tempos que estão a ser impostos à relação médico-doente são inaceitáveis e a ditadura informática, administrativa e burocrática é uma grave ameaça à humanização da medicina.

Como vai conseguir esse reforço?

“Vou pedir aos colégios que estabeleçam os padrões mínimos para marcação de consultas”

Como primeira medida vou pedir aos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos, os órgãos que em Portugal têm competência técnica e científica para definirem e avaliarem as boas práticas médicas, que estabeleçam os tempos padrões mínimos para marcação de consultas médicas. O Ministro da Saúde disse recentemente que cada médico define o tempo que tem com o seu doente. Claro que sim. Existem doentes que demoram mais tempo e outros menos tempo. Mas é lamentável que não se entenda que as consultas médicas, no SNS ou fora dele, devem ser organizadas. Os doentes têm marcação para uma determinada hora. Já lá vai o tempo em que os doentes chegavam todos às 8 da manhã e eram observados até às

incapacidade do Governo para fixar no país os nossos melhores valores os jovens médicos, as enormes assimetrias existentes no acesso a cuidados de saúde qualificados que prejudicam cada vez mais as regiões e áreas mais carenciadas, mais periféricas e mais desfavorecidas. E a ausência de uma verdadeira reforma estrutural e funcional da rede hospitalar que englobe, para além dos centros de referência e redes de referenciação, os serviços de urgência e emergência, tendo como traves mestras os cuidados de saúde primários, a educação em saúde, os cuidados continuados e paliativos e a profissionalização dos serviços.

Como pontos negativos do sector privado e social destaco as imposições absurdas que têm sido colocadas à medicina privada de proximidade dos consultórios e pequenas clínicas médicas, e nalguns casos a exploração indevida do trabalho médico.

“Não podemos fazer reformas de fundo no SNS com um orçamento de 5,1% do PIB”

Recentemente ouvi um médico afirmar, num congresso médico, que o SNS só se mantém devido à boa vontade dos profissionais de saúde, particularmente os médicos, que trabalham horas a mais sem remuneração adequada. É esta a realidade?

” Infelizmente essa é a realidade. De facto, se neste momento os médicos optarem por cumprir a legislação existente a todos os níveis, o SNS entra em colapso. Os médicos são claramente mal remunerados para o nível de responsabilidade que têm na sociedade civil. E as horas extraordinárias, que têm permitido compensar a falta de médicos no SNS, têm sido remuneradas a 50% do seu valor real. Só o elevado sentido de missão dos médicos, centrado nas necessidades dos doentes, tem permitido manter o SNS “acima da linha de água”.



### Vai confrontar a tutela com esta questão?

Claro que sim. Os médicos têm que ser respeitados e valorizados. Caso contrário temo que cada vez mais médicos abandonem o SNS, optando por emigrar ou trabalhar apenas no sector privado.

### Uma questão em que ninguém se entende: faltam ou não médicos em Portugal?

Portugal tem médicos mais do que suficientes para as necessidades do país. Segundo os últimos dados da OCDE temos 4.4 médicos por mil habitantes. Mas, no SNS trabalham apenas cerca de 27000 médicos, sendo que cerca de 9000 são médicos em formação específica ou internos do ano comum. O que significa que no SNS trabalham apenas cerca de 18000 médicos, ou seja, perto 1.8 médicos por mil habitantes. Faltam médicos no SNS. O que é preciso é contratá-los.

Há quem diga que no SNS a principal causa de adiamento de cirurgias – inclusive oncológicas – é a falta de anestesistas. É uma realidade?

É verdade que, em algumas unidades de saúde, há falta de anesthesiologistas para assegurar todos os tempos dos blocos operatórios.

“

“São absurdas as imposições colocadas à medicina privada de proximidade”

### Como resolver este problema?

É preciso entender este fenómeno. A especialidade de anesthesiologia evoluiu muito nos últimos anos. A especialidade ganhou novas competências nomeadamente ao nível dos cuidados intensivos e da dor, o que aumentou as necessidades. E, em função das novas competências e conhecimentos, aumentou o tempo de formação de 4 para 5 anos. Por outro lado, o novo regime de trabalho das 40 horas semanais inclui um período de 18 horas no serviço de

”



urgência. O que significa ainda menos tempo para o bloco operatório. A emigração e a opção em exclusivo pelo sector privado têm contribuído para agravar a situação. A solução passará por reorganizar o funcionamento da especialidade (por exemplo, menos 6 horas de serviço de urgência e mais 6 horas de bloco operatório por especialista e por semana) e por oferecer melhores condições de trabalho no SNS. Entretanto, a Ordem dos Médicos fez o seu “trabalho de casa” maximizando as capacidades formativas.

“

“Portugal tem médicos mais do que suficientes para as necessidades do país (...) mas faltam médicos no SNS”

Uma das suas pretensões é participar ativamente na definição de políticas de saúde. Nesse sentido, que medidas gostava de ver implementadas a medio e longo prazo?

A Ordem dos Médicos vai participar nas políticas de saúde que possam interferir com a

qualidade da medicina, através da apresentação de propostas devidamente fundamentadas. O investimento adequado no SNS e uma política de Saúde centrada nas pessoas e nos doentes, promover a implementação da reforma já iniciada nos cuidados de saúde primários, promover a interligação entre cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados, paliativos e de saúde pública, contribuir para a reforma hospitalar centrada no valor dos cuidados de saúde de proximidade, dos centros de referência e das redes de referência, repensando a organização estrutural e funcional do hospital, estimulando o desenvolvimento e avaliação de Centros de Responsabilidade Integrados, e reformando os serviços de urgência e emergência médica, são algumas medidas que gostaria de ver implementadas a médio prazo.

”

### E a curto prazo?

Contribuir para que o Ministério da Saúde declare oficialmente as unidades de saúde mais carenciadas do país e as regiões mais afetadas, em recursos humanos, técnicos e estruturais, e a proposição expressa de um plano de convergência que permita devolver a equidade no acesso aos cuidados de saúde em Portugal. Promover junto do Ministério da Saúde a implementação das medidas necessárias, para que os jovens médicos optem por trabalhar em Portugal e, preferencialmente, no SNS. Contribuir para reabilitar a medicina privada de proximidade, requerendo as alterações legislativas necessárias à eliminação das burocracias e limitações existentes nos licenciamentos dos consultórios e pequenas clínicas e nas convenções. Promover, junto do Ministério da Saúde e dos sindicatos médicos, a revisão da legislação sobre a Carreira Médica. Propor a alteração da legislação relativa às nomeações dos diretores clínicos e dos presidentes dos Conselhos Clínico e de Saúde.

### Quais vão ser as suas primeiras medidas?

As primeiras medidas centram-se na relação médico-doente e passam por dar mais tempo a esta relação. Neste sentido, vou pedir aos Colégios de Especialidade que determinem o tempo padrão mínimo para a marcação de consultas médicas, propor a redução faseada da dimensão das listas de utentes dos médicos de família, eliminar ou mitigar a excessiva carga burocrática e as tarefas administrativas atribuídas aos médicos e intervir junto do Ministério da Saúde

“Vou propor a redução faseada da dimensão das listas de utentes dos médicos de família”

para que simplifique o funcionamento das várias aplicações informáticas e os processos de identificação e faça o investimento adequado em equipamentos.

É importante para o senhor a ligação da Ordem dos Médicos com outras ordens profissionais ligadas ao sector da saúde?

Claro que sim. O entendimento entre as várias Ordens Profissionais é desejável e pode constituir uma mais valia para a Saúde.

### E com associações de doentes?

A ligação com as Associações de Doentes é essencial para entendermos melhor as necessidades e o pensamento dos nossos doentes e estarmos em condições de poder dar um contributo mais sólido para melhorar o acesso a cuidados de saúde qualificados.

### Na Faculdade, os alunos estão a ter o ensino da Medicina que devem ter?

As escolas médicas portuguesas têm em geral um ensino de qualidade, que neste momento está a ser afetado na sua parte clínica pelo elevado número de estudantes de medicina que frequentam cada ano letivo. Por isso, temos defendido a redução do contingente especial de 15% de vagas para licenciados no numerus clausus, adequando as capacidades formativas pré e pós-graduadas. Não queremos médicos sem especialidade.

“Eliminar o excesso de carga burocrática atribuída aos médicos é outro dos meus objetivos”

### E como está assegurada a formação dos internos? Há mudanças neste sentido que devam ser tidas em consideração? Quais?

A nossa principal preocupação é manter a qualidade da formação médica especializada. Repare que a qualidade do nosso SNS tem por base as pessoas e a qualidade da medicina praticada. É minha intenção melhorar a equidade na formação médica especializada preservando a sua qualidade e publicar anualmente informação atualizada sobre os internatos médicos. Adicionalmente,

irei promover, preferencialmente em parceria com outras instituições, auditorias a todas as unidades de saúde e apresentar ao Ministério da Saúde o ‘Relatório Branco’ sobre qualidade e acesso a cuidados de saúde e formação médica especializada. A correção das insuficiências e deficiências encontradas é uma forma de melhorar o acesso à Saúde e à formação. ■

Entrevista **Marina Caldas**

Fotografia **Pedro Mensurado**

## CV

Ingressou no Curso de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em 1980, onde se licenciou em Medicina e Cirurgia em 1987.

Em 1988 foi membro fundador e vice-presidente da Associação Nacional de Jovens Médicos.

Recebeu o título de especialista e membro do Colégio da Especialidade de Urologia, em 1997.

Tornou-se diretor de Serviço de Urologia no Hospital Santa Luzia (Viana do Castelo) em 1999.

Obteve a Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos em 2005.

Em 2006 é membro da Direção do Colégio da Especialidade de Urologia.

É eleito vice-presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos em 2008, onde se torna Presidente em 2011.

Atualmente é Bastonário da Ordem dos Médicos.



## “Sollari, um amigo”

O Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP) perdeu uma das suas figuras mais representativas e atuantes, o Dr. Fernando Sollari Allegro.

Falar do Dr. Sollari Allegro é fácil. A sua trajetória, a sua dedicação ao serviço e à instituição são mais do que suficientes para o colocar no lugar de destaque que sempre mereceu e conquistou com competência, dedicação, alma e coração.

Falar do amigo Sollari, para mim, também é fácil, pois tive o privilégio de participar ativamente nas várias fases da sua vida profissional e consequentemente da sua carreira brilhante enquanto gastroenterologista, diretor clínico e presidente do conselho de administração do CHP.

Difícil para mim, é falar do Sollari sem que a emoção interfira. Falar do Sollari enquanto interna do serviço de gastrenterologia, mais tarde como sua colega especialista e como gestora do risco clínico, adjunta da direção clínica, diretora do departamento da qualidade e nos últimos anos, diretora do serviço de gastrenterologia. Cargos para os quais me indicou ou convidou, sempre com um enorme entusiasmo e uma vontade de fazer mais e melhor pelos cuidados que prestamos aos nossos doentes. Mas os títulos, agora, são apenas títulos.

Lembro-me enquanto interna de gastrenterologia que era um gastroenterologista ousado, que, do ponto de vista técnico, com uma perícia extraordinária, se testava a si próprio e nos desafiava nas situações mais difíceis. Naquela altura, supria as carências técnicas com criatividade e saber e superava-as. Defendia intransigentemente a nossa formação

técnica. Recordo algumas das suas frases: queres aprender? faz. Se não fizeres, não aprendes. Não te preocupes, avança, que eu estou aqui. E brincava com as internas: se não queres aprender endoscopia, também te ensino a cozinhar. E lá nos ia dando umas dicas, contando as suas histórias, numa convivência agradável e autêntica. Que mais podia desejar um interno em formação, senão esta possibilidade (na altura qualidade rara, dado trabalharmos apenas com endoscópios com visão ótica) de aprendizagem supervisionada e segura. Não nos oferecia facilidades nem criava ilusões. Foi para mim, enquanto interna de gastroenterologista, um notável exemplo de rigor e exigência.

Já na altura, início da década de 90, os seus conceitos de gestão clínica se impunham. As listas de espera para endoscopia, a taxa de ocupação das salas de exame, a formação dos enfermeiros em endoscopia, eram algumas das suas preocupações manifestadas no quotidiano. E não tardou muito que a sua gestão clínica ativa no serviço, o conduzissem, por eleição dos seus pares, à direção clínica culminando na presidência do conselho de administração. Mas mesmo após a passagem para estes cargos, continuou ensinando. Não foram raras as vezes em que lhe telefonei para apoio em determinadas técnicas no serviço, nomeadamente na CPRE, na qual era exímio. E nunca nos falhou. Mesmo em períodos de maior debilidade física bastava a sua presença, a sua orientação técnica. E os especialistas mais jovens recordam-no frequentemente. Também aqui, a dignidade da sua postura profissional, o seu rigor técnico e o seu caráter solidário e amigo.



Marcava a sua presença em atos simbólicos sempre numa perspetiva afetuosa e construtiva. Não falhava um jantar de convívio do serviço, mesmo que fugaz, se outros compromissos o impediavam de permanecer connosco. Surpreendia-nos com as suas visitas, sábados e/ou domingos, quando estávamos de urgência, na enfermaria ou no centro de endoscopia. Sempre muito preciso e crítico nos seus comentários quando aproveitávamos estes momentos para falar sobre o serviço ou o hospital. Passeava frequentemente pelos corredores do hospital, conversando com todos os profissionais. Dizia-me muitas vezes, temos de ouvir as pessoas e depois decidimos. E, se não podemos dar resposta a tudo o que nos pedem, explicamos. Um exemplo, simples, mas verdadeiro, da sua verticalidade e frontalidade.

E ainda bem, pensávamos, que ainda há médicos que nos estimulam para continuarmos a lutar por um serviço de saúde de excelência. Porque, apesar dos longos anos na direção do hospital, todos o sentíamos como um médico da instituição. Um médico no sentido do cuidador, do defensor de causas para melhor servirmos os nossos doentes. Falava do hospital, dos serviços, sempre com um brilho nos olhos. E senti-o muito particularmente quando assumi a direção do departamento

de qualidade. O Sollari não queria só papéis, fórmulas mágicas para mostrar bons resultados. Queria sobretudo dados objetivos e propostas que conduzissem a uma mudança efetiva. Foi de facto uma testemunha do quanto investiu na qualidade e na segurança dos doentes. Visitávamos frequentemente no departamento, além das reuniões semanais programadas. Após ter equipado toda a instituição com camas com grades e pisos anti-derrapantes numa fase em que a segurança dos doentes ainda era omissa dos planos de gestão (e as quedas dos doentes estavam no segredo dos deuses), acompanhava os planos de melhoria meticulosamente. Como vai isso? perguntava descontraidamente sentado, como era seu hábito. Afinal estamos aqui para isto, dizia. Era de facto um combatente de causas, independente, fiel aos seus ideais. Queria um hospital com qualidade e segurança e assumiu-o sempre com uma notável coerência promovendo uma mudança na cultura organizacional. Também aqui, foi para mim um notável exemplo, de determinação e coragem.

Para nós, amigos, resta-nos sentir a sua presença no serviço e na instituição que permanecerá sempre repleta de boas lembranças e exemplos. ■

Isabel Pedroto

## DANIEL SERRÃO

---

Relembrar a memória dos que partiram não constitui uma manobra para pôr em evidência os que os evocam nem um gesto simbólico mais ou menos cultural, quando a pessoa recordada prolonga a sua presença entre nós, muito para além da sua morte física, pela valia do seu legado, pela sua contribuição para a comunidade, pela actualidade do seu pensamento, pela fortaleza dos seus argumentos. Tal é o caso, sem dúvida, de Daniel Serrão, que longa e proficientemente lavrou o seu sulco no pensamento e na cultura, através da sua intervenção nas mais variadas manifestações do espírito, do seu testemunho de cidadão responsável e activo e dos seus escritos, generosamente espargidos pelas mais variadas publicações e (ainda) incompletamente reunidos em livros.

Como aconteceu esta longa e tão frutuosa vida?

Daniel dos Santos Pinto Serrão nasceu em Vila Real a 1 de Março de 1928. Filho de engenheiro funcionário público, acompanhou a família itinerante por Viana do Castelo, Coimbra, Aveiro (onde concluiu o curso liceal) e, finalmente, Porto, onde se licenciou em Medicina em 1951. Na Faculdade portuense se doutorou (com 19 valores) em 1959, ascendendo a professor extraordinário em 1961 e a catedrático em 1971, sempre por concurso com provas públicas e por unanimidade.

A sua carreira académica representa a voluntária e radical adopção do modelo que ele próprio definiu como o de professor universitário: “um investigador que ensina”. Assim foi, na área da Anatomia Patológica, interpretada de modo inovador como uma pato-morfologia. Assim se compreende como ensino,

investigação, formação de colaboradores, confronto do diagnóstico clínico com o anátomo-patológico se entreteceram naturalmente na actividade universitária a que se dedicou a tempo inteiro, no Porto e em Luanda.

Director do Serviço de Anatomia Patológica (nas suas vertentes académica e hospitalar), já autor de duas centenas de publicações, especialista internacionalmente respeitado em patologia hepática, regeneração do fígado, biopsia renal, oncologia, vê-se subitamente demitido de todas as funções em Junho de 1975, pela mais iníqua decisão daqueles que geriam então o Ministério da Educação e na sua sanha persecutória não hesitaram em fundamentar o seu acto com infamante calúnia de colaboração com a polícia política do anterior regime. A esta inqualificável e arbitrária expulsão chamaram “Saneamento”.

Um ano depois, foi esta decisão anulada pelo Conselho de Revolução, mas no entretanto teve o Professor Serrão de criar um laboratório privado de exames histopatológicos e citológicos para prover às necessidades materiais da sua numerosa família. De 1975 a 2002, um milhão e seiscentos mil exames atestam do êxito desta iniciativa, a que se viu forçado pelo “saneamento” de que foi alvo. A sua reintegração, em 1976, não lhe suavizou a dor causada pela inqualificável demissão e pela falta de solidariedade ou tão somente decência comum manifestadas na ocasião por tantos que lhe tanto lhe deviam. Mesmo assim, e como era de esperar, elevou o seu serviço académico e hospitalar aos mais altos níveis de respeitabilidade científica e de qualidade profissional, orientando e ajudando a formar-se uma notável plêiade de professores e investigadores na área da Anatomia Patológica, tais como Sobrinho



Simões, Fátima Carneiro, Vítor Faria, para falar apenas dos primeiros, para além dos numerosos cultores de outras disciplinas, que no seu laboratório e sob a sua inspiração e orientação realizaram investigações que conduziram à obtenção de graus académicos e à aprovação em concursos professorais.

Universitário autêntico, procurador da verdade, Daniel Serrão não podia ficar indiferente ao debate de ideias acerca da natureza e função da instituição universitária, pronunciando-se em palestras e artigos de luminosa clareza e sólido andaime argumentativo. Ainda como universitário, mas cultor do ramo porventura mais próximo da ânsia e sofrimento humanos, a Medicina, Serrão ocupou-se longa e proficuamente da política de saúde, ou da sua ausência. O Sistema Nacional de Saúde foi dissecado com particular rigor e finura, culminando a sua intervenção nesta área com o Relatório do Conselho de Reflexão sobre a Saúde, elaborado ao fim de ano e meio de audições e consultas, documento tão notável quanto aparentemente esquecido por quem tinha obrigação séria de o analisar em profundidade; note-se que Manuel Delgado, actualmente com funções governativas, é um dos seus subscritores, a par de Barros Veloso.

Saúde e doença, padecer e morrer são dados e conceitos a que Serrão não podia ficar indiferente, ele que contemplou tantas centenas de milhares de lâminas histológicas em que a beleza formal de células cancerosas escondia um sinal ominoso ou até letal. São vários os seus trabalhos, as suas reflexões sobre este tema, caldeados numa compaixão autêntica, não sentimentalizada, alimentada pela sensibilidades humaníssima de um filósofo personalista e expressa num estilo simultaneamente elegante e forte, poético e por isso verdadeiro. De resto, as suas devoções literárias levaram-no a escrever finos ensaios sobre Fernando Pessoa, Agustina Bessa Luís, António Gedeão, Pina Martins...

Cargos, funções, participações em comissões, regências, conselhos de Fundações, Senado universitário, presença em Academias são uma constante do seu curriculum e traduzem o seu empenho e contribuição como cidadão universitário, consciente da sua responsabilidade de esforçada e esperançosamente colaborar na tarefa de justiça e solidariedade que a sua mundividência torna parte essencial do mundo a construir. Neste aspecto, reveste-se de particular relevo a sua intervenção na Academia para a Vida, fundada por João Paulo II e de que foi o único membro fundador português.

Na última e tão fecunda quinzena de anos, o jubilado Serrão dedicou-se de forma intensa, quase diríamos apaixonada, à Bioética, a partir talvez das suas originais abordagens da filosofia da dor, do envelhecimento, da emergência da fala e das origens da inteligência. Ele é, de facto, um dos introdutores da Bioética em Portugal e, seguramente, o mais polifacetado difusor e agente da sua definição como realidade utópica e resposta às necessidades das pessoas de hoje. Demasiado numerosas para serem aqui elencadas, as suas intervenções, pela palavra e pela escrita, têm suscitado interesse, discussão, admiração; servem de orientação e estímulo para os felizmente hoje já numerosos estudantes e docentes desta área inovadora do pensamento e do agir humanos. Professor de Ética e Deontologia Médica, bem como de todos os cursos de pós-graduação, de Mestrado e de Doutoramento em Bioética levados a cabo no país, e que já atingem a dezena; coautor de livros sobre Bioética; conferencista em Portugal, no Brasil, em Espanha, na França, na Suécia; conselheiro do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, membro desde 1991 até 2009 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, pode dizer-se, com justiça, que o panorama da Bioética em Portugal seria paupérrimo e rudimentar sem a sua determinante e disponível presença.

Uma pessoa assim, de tão multifacetados talentos, que não conduzem a dispersões esbanjadoras mas antes harmoniosamente se fundem na "importância misteriosa de existir", é cidadão de Portugal e do mundo. Sociedades europeias ou mundiais, na ciência, na

cultura, na bioética, acolheram-no e elegeram-no para funções de conselho e de direcção. A sua contribuição para o labor do Comité Director de Bioética do Conselho da Europa, do Comité Internacional de Bioética da UNESCO, da Unidade de Bioética da Fundação Europeia da Ciência e da Associação Internacional de Bioética (de que é membro fundador) traduzem de forma clara (tal como a sua presença nos conselhos editoriais de duas das mais prestigiadas revistas internacionais de Bioética) o respeito e a consideração em que é tido o seu nome.

De forma insólita, um atropelamento urbano, ocorrido no dia 16 de Outubro de 2014, provoca um grave traumatismo, de que não veio a recuperar senão incompletamente, até que a 8 de Janeiro deste ano uma complicação pulmonar encerra o percurso terreno deste gigante.

A obra de Daniel Serrão, só incompleta e fragmentariamente se encontra vertida nos seus livros. São mais de mil os seus trabalhos, desde os de índole científica até aos de natureza doutrinal, sem esquecer as numerosas entrevistas, os artigos de opinião, os depoimentos prestados a meios de comunicação e as suas tão marcantes intervenções na rádio e na televisão. Propagou sempre a sua mensagem humanista, respeitadora da vida, da liberdade e da integridade da pessoa humana, desde a sua concepção até à sua morte natural: este é o cerne do seu legado bioético.

Não se exime a tentar divisar os desafios deste século ainda infante ou a definir o que é, na

sua essência, a saúde; com a mesma detida acuidade analisa a auto-estima e o corpo, os mistérios da dor, o ocaso do envelhecimento, arriscando-se até a reflectir sobre a mulher, a maternidade e a vida. Em temas aparentemente tão díspares, Daniel Serrão oferece, para além da demonstração das altíssimas qualidades intelectuais que gratamente todos lhe reconhecemos, uma visão consistente, fundamente ética, do mundo e do devir do Homem.

Serrão foi um homem de cultura e a cultura começa pela escuta e pela discussão do que nos legaram aqueles que obedeceram ao grande dever de pensar. A sua intimidade com os filósofos (Aristóteles, Kant, Descartes, Merleau Ponty, Heidegger sobretudo) não o impediu de se interessar por outros campos: Merlin Donald, Abraham, Damásio, Popper e claro está, os profetas (van Rensselaer Potter, André Helleghers) e os cultores da Bioética. De tudo isto, Serrão retira a sua própria e pessoalíssima conclusão e partilha-a com os outros, em atitude de generosa oferta que é simultaneamente a de quem se auto-retrata.

Porque a sua vida foi sumamente ética, vivida com e para os outros, procurando ajudar a construir instituições justas, Serrão está vivo. São muitos os estudantes dos seus textos, os que continuam a ouvir as gravações das suas intervenções, os que obtiveram graus académicos sob a sua orientação e continuam a pesquisar, seguindo as sendas que com ele foram desbravando. Nos últimos tempos, dedicou particular entusiasmo aos mecanismos cerebrais humanos,

à filosofia e neurofisiologia da auto-consciência, no âmbito da novel área, em que mais uma vez foi precursor, da neuroética. O curso de pós-graduação intitulado provocatoriamente de "Mente às sextas", continua a suscitar o interesse de mais de uma centena de licenciados, agora a cargo do Prof. António Jácomo. A sua contribuição não é datada, nem obsolescente: os problemas a que dedicou a sua imensa capacidade tomam por vezes aspectos (ou apenas máscaras) diversos, mas as grandes questões que lhes subjazem não mudam de conteúdo nem de premência.

No seu conjunto, a multímoda obra de Daniel Serrão forma uma clara exposição, escorreita e una, de uma doutrina, de um exigente modo de julgar e sentir o mundo, numa fidelidade a princípios e a uma visão original, madura, solidamente fundamentada no raciocínio e conhecimento científico e amplamente iluminada pela transcendência. Soube sempre intervir e argumentar, falando a linguagem universal da razão esclarecida e responsável, respeitosa e tolerante, a linguagem de quem quer ajudar o outro a ser mais feliz e mais justo, mais capaz de respeitar, amar e celebrar a vida. ■

## FÁTIMA NOGUEIRA

---



---

No nosso tempo de encontro com a vida há sempre alguém que nos inscreve, com luzes e sons, em todo o sempre, como as graças presentes na Alegoria da Primavera, de Boticelli, para embelezar a natureza e a humanidade.

A Fátima Nogueira percorreu o seu caminho profissional ao serviço da saúde dos cidadãos percebendo, progressivamente, que este lugar social estava mais no ser individual, no espaço da família e no sítio próximo, do que à outrance no hospital ou no centro de saúde algures e distante.

Nascida na Lisboa urbana, os primeiros passos foram dados pela tecnologia de saúde, em Neurofisiologia, a sondar o que o órgão da relação responde aos estímulos do ambiente interno e externo.

Procurou trazer entretanto da margem para o meio do caminho o estudo do fenómeno sociológico para perceber, quiçá, a importância da apresentação social de cada pessoa cuidada e de cada profissional ou organização de serviços na confiante e virtuosa relação terapêutica.

Reorienta-se depois por sucessivos momentos de pós-graduação, designadamente, em Administração Hospitalar, Gestão dos Serviços de Saúde, Gestão Pública, Liderança e Alta Direção em Saúde, para trilhar a senda da gestão de serviços

hospitalares e de saúde através da sua genuína forma de estar e fazer acontecer com as pessoas.

No caminho do exercício da Administração Hospitalar deteve-se no Hospital de Santa Maria e morou no IPO Lisboa, a sua principal casa, onde deixou marcas impressivas de trabalhar em grupo, de sistematizar elementos de apoio à decisão mas, sobretudo, de valorizar em todos os colaboradores a contribuição decisiva de cada um no processo resolutivo da gestão operacional, intermédia e superior.

O percurso da ação executiva foi entusiasticamente vivido no CH Cova de Beira, no IPO Lisboa e, mais recentemente, no ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, deixando em todos estes lugares o bom exemplo de pensar a visão estratégica, de orientar o processo da gestão, de conduzir as pessoas nos projetos e de valorizar as ações de mérito.

Com o alvorecer dos movimentos de participação profissional, associativa e dos cidadãos na decisão pública de Saúde, partir da segunda metade da década de noventa do século passado, integrou dinâmicas e grupos de reflexão para a reforma da saúde e do SNS, esteve na atividade dirigente de associações profissionais como a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, a Associação Portuguesa de Economia da Saúde, a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento



Hospitalar e a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, foi representante da ARSLVT nos conselhos consultivos dos centros hospitalares de Lisboa Ocidental e Psiquiátrico de Lisboa e, ainda, membro da Comissão de Saúde Municipal Conselho Local da Ação Social de Oeiras.

Em todo este caminho profissional, feito empenhadamente pela Fátima Nogueira, perpassam valores que, naturalmente, reforçam o sentido de pertença muito forte ao Serviço Nacional de Saúde, promotor de coesão e justiça social, para todos os cidadãos que habitam em Portugal, qual forma de construir a sociedade humana ideal.

Mas a pessoa que mora na Fátima Nogueira tocou-nos também com uma contagiante alegria, uma generosa bondade, uma imensa disponibilidade e uma intensa amizade, que nos fazem sentir a sua presença estimulante no bom trabalho a continuar e a aprofundar.

Com a Fátima Nogueira sentimos sempre a utopia a ressurgir como sendo aquela que para Thomas Moro seria uma ilha imaginária onde todos vivessem em harmonia e trabalhassem em favor do bem comum, enquanto ideal humano de sempre. ■

A Direção

## CLÍNICA CIRÚRGICA

### UM EXEMPLO DE INOVAÇÃO DISRUPTIVA EM SAÚDE

Prémio de "Melhor Comunicação Oral" do 6º Congresso Internacional dos Hospitais 23 - 25 Novembro 2016, INFARMED - Lisboa



Daniela Matos  
Enfermeira CHP

O Centro Hospitalar do Porto (CHP) é uma instituição que pretende posicionar-se como referência no que concerne à prestação de cuidados de saúde de qualidade, humanizados e centrados na pessoa doente. Para atingir esse objetivo promove a reflexão interna sobre os processos assistenciais, na prossecução da entrega de serviços de saúde sustentada economicamente e na vanguarda da ciência. É o resultado de uma cultura organizacional centrada no cidadão e nas suas necessidades, numa instituição que pretende desafiar os seus profissionais no desenvolvimento da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Estando enquadrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS) esta forma de estar torna-se um desafio constante. Melhorar a qualidade assistencial mantendo ou diminuindo os custos apresenta-se frequentemente como um objetivo aparentemente inatingível.

#### IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Ao analisar de forma construtiva o processo de admissão de doentes ao internamento cirúrgico, o CHP reconheceu uma oportunidade de melhoria. Os profissionais interrogaram-se: *será que os doentes estão satisfeitos com a forma como é realizado o processo de admissão para internamento? Pode melhorar-se a qualidade assistencial de forma sustentável?* A resposta a estas questões constituiram um imperativo de mudança: o Departamento de Cirurgia, liderado pelo Dr. Eurico Castro Alves e pela Enfermeira Rosário Caetano Pereira, decidiu que o CHP se deveria reorganizar e ser mais eficiente e eficaz na prestação destes cuidados. Cria-se então a Clínica Cirúrgica, cuja equipa se propõe a realizar a admissão de doentes para cirurgia programada, acompanhar o processo de alta administrativa dos doentes com alta clínica, e ainda realizar procedimentos cirúrgicos de reduzida complexidade em que o doente possa ter alta no próprio dia. Definiram-se objetivos, dos quais se destacam os principais: melhorar a satisfação do doente, melhorar a segurança

clínica e a qualidade do processo de admissão, melhorar a satisfação dos profissionais de saúde, reduzir o impacto negativo do turnover dos doentes na enfermaria e diminuir a demora média, muito à custa da demora média pré-operatória.

Foram mobilizados recursos físicos e humanos previamente existentes no CHP. A equipa (médico, enfermeiro, assistente operacional e administrativa) foi constituída, e foi delineado o processo de tratamento do doente naquele espaço.

#### O PROCESSO DE ADMISSÃO

Constituem doentes eleitos para admissão na Clínica Cirúrgica todos aqueles com cirurgia planeada e que serão intervencionados por uma das especialidades do Departamento de Cirurgia. O plano de admissões e o plano cirúrgico são previamente enviados ao Secretariado. O planeamento das admissões permite que seja realizado o telefonema do dia anterior, ferramenta essa que se considera de extrema importância para reduzir o número de cirurgias canceladas por falta de comparência dos doentes, bem como para reduzir o número de doentes que não cumprem a preparação pré-cirúrgica prescrita pelo médico na Consulta. Este telefonema consiste no contacto efetuado pela enfermeira da Clínica Cirúrgica com o doente ou com o prestador de cuidados. Nele são verificados antecedentes médicos, eventuais alterações clínicas agudas, o cumprimento dos diferentes protocolos associados aos diferentes tipos de cirurgia. São ainda esclarecidas dúvidas, de modo a reduzir a ansiedade pré-operatória, e é identificado o prestador de cuidados informal, que irá acompanhar o doente ao longo do processo de internamento, e que será o apoio no domicílio após a alta.

O circuito do doente é simples. Elimina-se burocracia na admissão através do planeamento e da informação prévia: no dia da admissão para efetuar o procedimento administrativo o doente apenas necessita de

se identificar. É acompanhado pela assistente operacional à sala de espera, e depois de instalado é chamado pela enfermeira à sala de Enfermagem onde se procede à avaliação clínica. Poderá ser observado pelo médico. Quando na enfermaria as condições necessárias ao internamento estão agilizadas, há um contacto entre enfermeiros para transmissão de informação e o doente é acompanhado ao local pela assistente operacional.

Na Clínica Cirúrgica são igualmente admitidos os doentes com, alta clínica mas que ainda aguardam alta administrativa. Têm assim apoio permanente e vigilância clínica. No internamento permite que haja maior disponibilidade da equipa para receber um novo doente.

Está em fase de desenvolvimento e implementação a valência de Hospital de Dia Cirúrgico.

#### RESULTADOS

Após a implementação do projeto realizou-se uma avaliação dos dados. Foram administrados inquéritos de satisfação aos clientes da Clínica Cirúrgica, que os preencheram de forma anónima e confidencial. Foram analisados os dados relativos ao tempo de internamento usando a ferramenta Business intelligence do CHP, tendo sido preparados indicadores relativos ao desempenho específico daquela nova unidade. Realizaram-se ainda reuniões de avaliação com os enfermeiros chefes do Departamento.

De acordo com a literatura (Jennings et al, 2013), a mobilização de Doentes no internamento (altas, admissões e transferências) tem impacto no trabalho de Enfermagem. O impacto é mais negativo conforme ocorra nos períodos de administração de medicação e na passagem de turno dos enfermeiros. Deste modo, facilitar as altas e as admissões de doentes ao internamento promove uma melhor segurança e qualidade dos cuidados, na medida em que as interrupções ao trabalho dos enfermeiros são planeadas pelos mesmos, diminuindo o seu impacto negativo. A Clínica Cirúrgica promove uma melhoria dos cuidados de Enfermagem no internamento na medida em que a admissão dos doentes é iniciada naquele espaço e a admissão ao internamento ocorre

quando os enfermeiros têm disponibilidade para receber os doentes. Assim a interrupção na linha de trabalho é planeada e o impacto negativo é diminuído.

O gráfico abaixo ilustra o movimento de doentes no Departamento de Cirurgia nos primeiros nove meses do ano de 2016 e a comparação homóloga com 2015.



Considerando os dados podemos inferir que a existência da Clínica Cirúrgica é um aliado para melhorar os índices de produtividade do Departamento, dado que o número de doentes saídos aumentou no período de funcionamento da mesma. Consegue-se explicar na medida em que as admissões podem ser agilizadas para o próprio dia da cirurgia e, por isso, a demora média diminui e o número de doentes no mesmo período de tempo pode aumentar.



A análise do gráfico demonstra, após o mês de Maio (quando foi inaugurada a Clínica Cirúrgica) há uma redução da demora média no Departamento de Cirurgia. Considerando que todas as variáveis hospitalares se mantêm iguais, e que o esforço de gestão da enfermaria se manteve constante poderemos inferir que a existência daquela unidade complementar do Departamento de Cirurgia contribui para a diminuição da demora média.

É importante salientar que a demora média inclui fatores passíveis de controlo pelos profissionais de saúde, e outros não. Assim, na cirurgia convencional programada, aquilo que pode ser controlado é a demora média pré-operatória e essa sim poderá ter um impacto significativo na diminuição da demora média de internamento. Verificamos que comparando o ano de 2015 com o ano de 2016 há algumas especialidades com melhoria na demora média pré-operatória, e outras em que a mesma aumentou. Uma vez que a Clínica Cirúrgica faz parte de um todo, é difícil registar qual o impacto que a nova unidade teve neste indicador, até porque o seu impacto só pode ser medido após a sua inauguração, em Maio de 2016. Ainda assim poderemos ver algumas alterações. É objetivo estudar as diferentes variáveis com impacto na demora média pré-operatória e definir com exatidão qual o impacto da Clínica Cirúrgica.

Da análise dos inquéritos de satisfação aplicados verificou-se que o cidadão se encontra satisfeito, não apenas pelas condições de conforto do espaço, mas também pela relação de proximidade que se estabelece com os profissionais de saúde.

| C. Condições físicas da Clínica Cirúrgica  |           |     |         |     |                  |
|--|-----------|-----|---------|-----|------------------|
|  | Excelente | Bom | Regular | Mau | Taxa de Resposta |
| Instalações (conforto e aspecto geral do local onde esperou pela vaga do internamento cirúrgico) | 59%       | 40% | 1%      | 0%  | 99%              |
| Tempo de espera para atribuição de uma vaga no internamento                                      | 27%       | 53% | 17%     | 3%  | 91%              |
| Forma como a sua privacidade foi assegurada  | 54%       | 40% | 6%      | 0%  | 91%              |
| Ambiente   | 54%       | 42% | 3%      | 0%  | 99%              |

| D. Cuidados prestados na Clínica Cirúrgica (enquanto aguardou vaga no internamento)  |           |     |         |     |                  |
|--|-----------|-----|---------|-----|------------------|
|  | Excelente | Bom | Regular | Mau | Taxa de Resposta |
| Disponibilidade da equipa de saúde   | 64%       | 33% | 2%      | 0%  | 97%              |
| Sensibilidade do pessoal em relação aos seus problemas e preocupações enquanto permaneceu na Clínica Cirúrgica                     | 66%       | 31% | 2%      | 0%  | 99%              |
| Forma como os acompanhantes se sentiram tratados   | 63%       | 32% | 4%      | 0%  | 99%              |
| Preparação para o internamento (preparação física, informações clínicas, procedimentos de administração de medicação ou colheitas) | 56%       | 41% | 4%      | 0%  | 92%              |
| Atenção dada às suas necessidades (forma como foi tratado na Clínica Cirúrgica)  | 63%       | 34% | 2%      | 0%  | 99%              |

Os doentes manifestam um sentimento de segurança aumentada e maior confiança na Instituição.

|   | Sim | Não | Taxa de Resposta |
|---|-----|-----|------------------|
| Se alguém tivesse a mesma necessidade, recomendaria a sua vinda a este Serviço?                         | 99% | 0%  | 99%              |
| Com base na sua experiência neste internamento, se pudesse escolher, voltaria a optar por este hospital | 99% | 0%  | 99%              |

Os enfermeiros do internamento manifestam redução ao nível do stress da admissão de um doente novo e um impacto positivo na prestação de cuidados. Por fim os dados demonstram uma diminuição da demora média de internamento na maioria das especialidades cirúrgicas, o que se converte em eficiência e redução de custos.

## DISCUSSÃO

A inovação apresentada pela Clínica Cirúrgica centra-se na mudança do processo de planeamento e acolhimento do doente para internamento, tendo sido alterado nos pontos críticos onde ocorriam disfuncionalidades. É uma inovação disruptiva em Saúde, na medida em que as alterações implementadas correspondem à definição do expert panel EXPH: "The Expert Panel understands "disruptive innovation" in health care as a type of innovation that creates new networks and new organizational cultures involving new players, and that has the potential to improve health outcomes and the value of health care. This innovation displaces older systems and ways of doing things."

A Clínica Cirúrgica criou uma nova forma de admitir os doentes para cirurgia eletiva. Trata-se de um processo de empoderamento do cidadão facultando-lhe as ferramentas para melhor decidir sobre a sua saúde e se responsabilizar pelos resultados. Deste modo cria valor no processo de saúde porque um doente envolvido no seu plano de tratamento é mais ativo e responsável, iniciando e mantendo a adesão ao regime terapêutico que tão importante é para o sucesso do tratamento. A informação facultada de forma estruturada e faseada no tempo, a validação da sua compreensão, a identificação de um suporte familiar e/ou de pessoa significativa aquando da alta consciencializam o doente

que ele é o centro do tratamento e que tem um papel preponderante no seu sucesso. Deste modo o CHP consegue não apenas cuidar mais pessoas mas também consegue que o cuidado seja melhor, com mais qualidade, porque tem um valor acrescentado para além do valor económico.

Compreende-se que um doente só pode estar comprometido com o seu plano de saúde se estiver satisfeito com os serviços que lhe estão a ser prestados. A Clínica Cirúrgica concorre favoravelmente para a satisfação do doente, conforme já apresentado.

Uma das alterações mais significativas para o impacto positivo da Clínica Cirúrgica foi a implementação do telefonema do dia anterior. Este contacto é particularmente importante, tal como reconhecido pelos doentes no inquérito de satisfação.

| E. Informações   |           |     |         |     |                  |
|--|-----------|-----|---------|-----|------------------|
|  | Excelente | Bom | Regular | Mau | Taxa de Resposta |
| Telefona do dia anterior (informação facultada pela enfermeira e esclarecimento de dúvidas sobre internamento, medicação, cirurgia e outros) | 67%       | 37% | 0%      | 0%  | 99%              |
| Considerou o telefonema do dia anterior (quanto à sua utilidade)   | 6%        | 38% | 56%     | 0%  | 94%              |

É uma prática já existente noutro tipo de cuidados, nomeadamente na Cirurgia de ambulatório e, tal como refere Tavares (2013) é eficaz "na redução do número de desistências, particularmente se forem realizados no dia anterior ao da cirurgia, altura em que a maior parte destas ocorre. Permitem ainda uma maior aproximação entre os profissionais de saúde e os doentes, criando uma relação de confiança mútua que permita um resultado mais gratificante." Assim se demonstra que a introdução de um pequeno elemento no processo de admissão do doente provoca um grande impacto positivo.

Ao longo destes meses de funcionamento verificou-se ainda que algumas estruturas hospitalares precisam ser remodeladas, e outros processos precisam ser repensados, nomeadamente a gestão de camas. Deste modo a Clínica Cirúrgica ajudou a identificar necessidades neste campo e impulsionou um novo olhar sobre aquela problemática. O processo de alta clínica constitui

outra oportunidade de melhoria que pode ser potenciado pelo funcionamento da Clínica Cirúrgica e que pode influenciar diretamente a demora média e a sua diminuição.

Para avaliação do sucesso da Clínica Cirúrgica, para além dos dados apresentados, há ainda necessidade de avaliar o impacto económico e o seu custo-benefício, avaliação essa ainda em curso.

## CONCLUSÃO

Mesmo num contexto problemático como o atual, em que o contexto sociocultural imprime estrangimentos económicos na saúde é possível imprimir mudanças positivas nos processos de atendimento ao doente. Podemos prestar melhores cuidados e aumentar a qualidade com passos tão simples como o repensar de um processo, colocar o doente no centro dos cuidados e adotar medidas que têm sucesso noutras áreas à nossa área específica de prestação de cuidados.

A mudança numa Instituição nunca é realizada de forma independente. Assim, a mudança iniciada na Clínica Cirúrgica tem impacto ao nível de outros processos, nomeadamente na gestão de camas, na gestão de recursos humanos da enfermaria, do planeamento da alta. Todas as mudanças positivas nestas áreas têm o potencial de melhorar o funcionamento institucional, trazendo mais efetividade com os mesmos custos ou com um custo marginal para ganhos em saúde significativos. ■

## Referências:

Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Report on Disruptive Innovation, 29 February 2016

TAVARES, S. "Satisfação do doente em cirurgia de ambulatório". Artigo de revisão bibliográfica. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Junho de 2013

JENNINGS et al, "Turning over patient turnover: na ethnographic study of admissions, discharges and transfers." Res. Nurs. Health, Dezembro de 2013, 36(6): 554-556

RAMOS, S.A., "A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente." Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde. Universidade Lusófona, 2015.



Mariana Mira Rodrigues

Pós-Graduada em Gestão e Avaliação de Tecnologias de Saúde pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

## CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Prémio de "Melhor Poster Científico" do 6º Congresso Internacional dos Hospitais - 23 - 25 Novembro 2016, INFARMED - Lisboa

Decorridos 46 anos desde a introdução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, existem dados em diversos estudos que comprovam que ao longo dos anos os serviços de saúde prestados têm vindo a sofrer alterações, muitas delas positivas e, que levaram a melhorias dos CSP.

É certo que, não só estes serviços sofreram alterações, mas também os estabelecimentos hospitalares ganharam ênfase no Serviço Nacional de Saúde. O seu crescimento deu-se de tal forma que provocou um desequilíbrio entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários, levando à sobrelotação dos primeiros.

O objetivo principal deste estudo consistiu em avaliar a importância dos CSP na regulação dos serviços de urgência hospitalar. Para isso, foi necessário conhecer a perceção dos utentes sobre o acesso aos cuidados de saúde e compreender quais são as razões que os levam a preferir as urgências hospitalares ao invés dos cuidados de saúde primários.

Este é um estudo exploratório descritivo onde se utilizou um questionário para a recolha da informação, aplicado aos utentes com pulseira verde do Serviço de Urgência do Hospital de São José. Na análise de resultados foi utilizada estatística descritiva – percentagens e frequências. Foi avaliada uma amostra de 150 participantes, dos quais 42,7% do sexo masculino e 57,3% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 92 anos, que apresentam o 1º ciclo do ensino básico como principal grau de escolaridade obtido (37,3%).

Na generalidade, os utentes que participaram no estudo não ligaram para a Linha de Saúde 24, visto que a maioria desconhece a sua existência. O fato de se constatar existir uma percentagem relevante (44,8%) de utentes

que desconhece a existência da Linha de Saúde 24, sugere alguns problemas ao nível da prestação de informação aos utentes. É de salientar a recomendação feita pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários para que todos os centros de saúde e todas as suas unidades promovam ativamente a divulgação do serviço "Saúde 24" como forma de melhorar a adequação dos cuidados, evitar a procura desnecessária e aperfeiçoar a orientação dos doentes.

Avaliou-se, também, a razão que levou os utentes a recorrer ao serviço de urgência (SU) hospitalar. Verificou-se que a maioria dos inquiridos (52,7%) considera a sua situação clínica urgente e, por isso, só neste tipo de cuidados pode ser resolvida. Salienta-se que a todos os utentes que participaram no estudo foi-lhes atribuída uma pulseira verde através do Sistema de Triagem de Manchester, o que significa que são casos considerados pouco urgentes.

Dado o objetivo do estudo, considerou-se importante verificar se os utentes que recorreram ao SU tentaram marcar consulta no Centro de Saúde (CS). Os resultados obtidos mostram que 81,3% não tentaram, o que comprova que a população prefere claramente recorrer aos SU do que aos CS, quer pela possibilidade de atendimento no próprio dia, quer pela possibilidade de realização de qualquer tipo de meios complementares de diagnóstico. Este fato é indicativo de um uso regular do serviço de urgência percebido como alternativa rápida e viável a uma consulta. É necessário que os cidadãos aprendam a utilizar os SU, uma vez que uma correta racionalização ao acesso à urgência permitiria diminuir o número de atendimentos e distribuir os recursos disponíveis de uma forma mais eficaz.

Verifica-se que apenas 18,7% dos utentes tentaram marcar consulta no centro de saúde, sem sucesso. Estes resultados indicam

que é necessário reforçar os cuidados de saúde primários, estendendo horas de serviço, ou aumentando a oferta de profissionais de saúde. Também o processo de admissão aos CSP deve ser melhorado, assim como os pacientes que rotineiramente recorrem aos SU, devem ser orientados para a integração nos CSP. No que concerne aos pacientes idosos é também importante mobilizar o apoio social.

Analisando o número de utentes inquiridos, verifica-se que, neste estudo, a maioria dos utentes tem médico de família atribuído pelo centro de saúde (71,3%). Este número vai de encontro a alguns estudos realizados, nomeadamente, o "Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS, 2015". De facto, o número de utentes com médico de família nunca foi tão alto!

À semelhança dos resultados obtidos no "Relatório de Atividade dos Cuidados de Saúde Primários nos Anos 2011 a 2013" (Ministério da Saúde, 2014), também neste estudo, a maioria dos utentes que tem médico de família são do sexo feminino (59,8%, n= 64). É de salientar que a proporção de idosos (idade superior a 65 anos) com médico de família é de 53,3%, dado que são o grupo mais utilizador de consultas médicas e de enfermagem. É ainda de revelar que, dos 28,7% que não tem médico de família, 95,3% mostram interesse em ter.

Analisadas todas as variáveis em estudo, resta referir o esforço que deve ser feito na educação para uma utilização adequada dos serviços de saúde, bem como explicar aos utentes o tipo de cuidados prestados nos SU e os riscos e desvantagens de usar esses serviços como fonte primária de cuidados. Neste sentido, devem criar-se campanhas nacionais de sensibilização que informem, que tenham impacto e que sirvam para que a população seja responsabilizada pelo correto usufruto dos serviços que o Estado põe ao nosso dispor.

É essencial perceber que a sobrelotação dos serviços de urgência leva a um aumento dos custos dos cuidados de saúde e diminuição da qualidade dos cuidados urgentes. Torna-se, assim, importante definir os reforços que devem ser feitos ao nível dos cuidados de saúde primários, de forma a assegurar aos utentes o acesso a melhores cuidados de saúde.

É fundamental tornar o sistema menos hospitalocêntrico e mais orientado para a prevenção da doença, para a proximidade entre cidadão e médico de família, porque tal melhora a saúde e a eficiência global na gestão da saúde. ■

Ministério da Saúde (2015). Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS, 2014.

Ministério da Saúde. (2014). Relatório de Atividade dos Cuidados de Saúde Primários nos Anos de 2011 a 2013. ACSS - Administração Central Do Sistema de Saúde, IP.

## UM OUTRO OLHAR SOBRE O HOSPITAL

# CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADA: CONSTRANGIMENTOS E OPORTUNIDADES

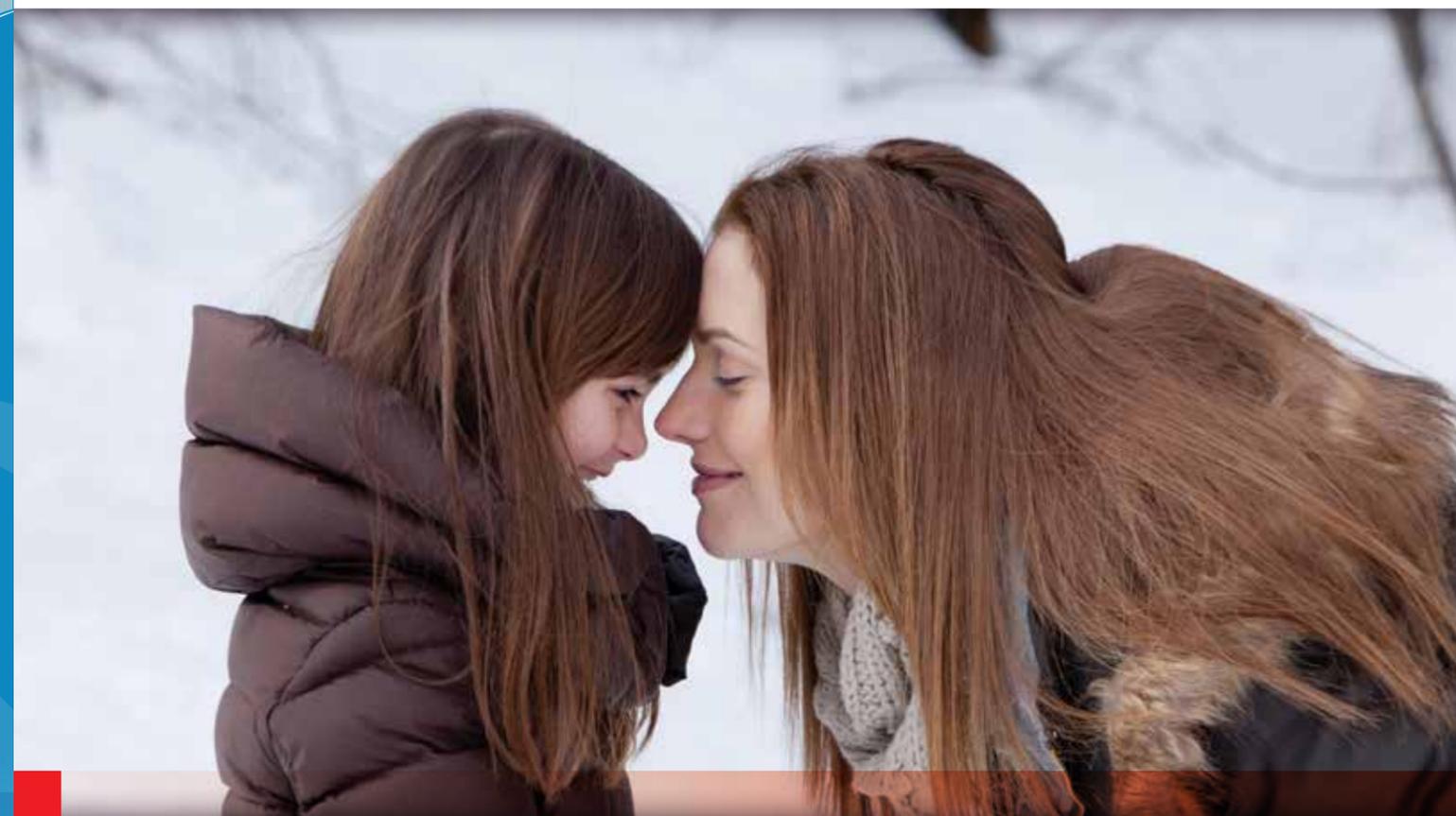
Lisboa  
30 de março de 2017

Organização



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E.





# 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](http://www.apdh.pt/comotornarsesocio)

## *Better Health, Brighter Future*

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

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

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

**Gastroenterologia**  
**Oncologia**  
**Sistema Nervoso Central**  
**Vacinas**



**INOVAÇÃO,  
MAIS DO QUE ESTAR  
À FRENTE,  
É ESTAR AO SEU LADO**

Porque a inovação sempre nos acompanhou, na Pfizer sabemos qual a melhor forma de a partilhar.  
Aqui, ao seu lado.

**Pfizer** Oncology



A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL\*

Pfizer Biofarmacêutica, Sociedade Unipessoal, Lda.  
Lagoas Park, Edifício 10, 2740-271 Porto Salvo, Portugal · NIPC 513 300 376 – Capital Social 1.005.000 euros