

R E V I S T A OHOSPITAL

ANO V, Nº21 // JANEIRO/MARÇO 2019

A portrait of a woman with blonde hair, smiling, wearing a blue and white patterned jacket. She is standing in front of tall, white, feathery grasses.

GRANDE ENTREVISTA

**“Sentimos sempre
que os nossos projetos
nunca estão terminados”**

ANA ESCOVAL



Programa Gilead GÉNESE

6ª Edição

Candidaturas abertas

de 1 de março a 14 de maio de 2019

Mais informação em: www.gileadgenese.pt

Bolsas até
40.000 €
por projeto

3 ÁREAS TERAPÊUTICAS

- Hemato-oncologia
- Doenças hepáticas virais e metabólicas
- Infecção VIH/SIDA

Vertentes do programa

INVESTIGAÇÃO

- Resultados em Saúde
- Diagnóstico
- Investigação Translacional
- Tecnologia ao Serviço da Saúde

COMUNIDADE

- Qualidade de Vida
- Diagnóstico
- Educação para a Saúde
- Tecnologia ao Serviço da Saúde

Índice

04 EDITORIAL

SNS Fundamental.

06 ANÁLISE

Patient Blood Management e o SNS. A sua implementação em Portugal permite poupar 67,7 milhões de euros.
A Anestesiologia Portuguesa no Século XXI.

18 ENTREVISTA

Ana Escoval e a situação da ADSE: “Exigimos gestão equilibrada, rigorosa e transparente de um fundo que é de todos os funcionários públicos”.

28 OPINIÃO

ADSE. Um subsistema virtuoso?

32 INOVAÇÃO

Guilherme Macedo exige vontade política para rastrear doenças do fígado.

Armando Alcobia e a Farmácia Hospitalar. “O principal constrangimento é a falta de recursos humanos”.

38 ATIVIDADES APDH

7º Congresso Internacional dos Hospitais. “Envolvimento e Responsabilidade do Cidadão no SNS”.

“Utilizadores Frequentes do Serviço de Urgência A Gestão de Caso Como Modelo de Intervenção”. Unidade de Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA).

13.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde®.



REVISTA DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA PARA O
DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR

DIRETORA
ANA ESCOVAL

COORDENADORA
MARINA CALDAS

REDAÇÃO
EDITE ESPADINHA, MARINA CALDAS, MARINA TOVAR REI, ANTÓNIO SANTOS E ANA TITO LÍVIO

EDITORA DE ARTE E PAGINAÇÃO
MARINA TOVAR REI

FOTOGRAFIA
PEDRO MENSURADO E APDH

REVISÃO
ANA ESCOVAL, ANA TITO LÍVIO, ANTÓNIO SANTOS, MARISA CRISTINO, RITA SANTOS, SARA ROZMAN

IMPRESSÃO
UE

TIRAGEM
4.000 EXEMPLARES

DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA

PERIODICIDADE
TRIMESTRAL

PROJETO



Rua Gomes Freire no9 A r/c
1150-175 Lisboa
Tel: 213 530 719
geral@fdc.com.pt

PROPRIEDADE
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O
DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR (APDH)

Gabinete HOPE&IHF Portugal

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 Lisboa
Tel. 217548278/79
Telm. 963668745
Email: geral@apdh.pt
HOPE: hopemail@hope.min-saude.pt
IHF: ihf@ihf.min-saude.pt
website: www.apdh.pt

SNS Fundamental

À espera dos bárbaros

(...)

— *Porque terá começado de repente este desassossego e confusão. (Como se tornaram sérios os rostos.)
Porque se esvaziam rapidamente as ruas e as praças,
e todos regressam às suas casas muito pensativos?*

*Porque anoiteceu e os bárbaros não vieram
E chegaram alguns das fronteiras,
E disseram que já não há bárbaros.*

*E agora que vai ser de nós sem bárbaros.
Esta gente era alguma solução.*

Konstantinos Kavafis (1904)
In *Poemas, Relógio D'Água*, (2005), p. 221-223.

A evolução do estatuto da Saúde em Portugal, desde o início do fomento das políticas de saúde e assistência (1940) até aos dias de hoje, gerou o percurso do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que hoje utilizamos, com gestos automáticos, como a respiração com que nascemos, a ponto de só darmos conta do órgão quando algo não parece funcionar bem.

O SNS que agora observamos acompanha-nos por todo o lado, em qualquer sítio e em qualquer lugar: em casa, na rua, na escola, no campo, na fábrica, no escritório, na praia, no mar, no estrangeiro, no hospital, no centro de saúde.

E podem aceder ao SNS todos os cidadãos no país adentro que tenham necessidade de promover a saúde, tratar a doença ou trauma e reabilitar a autonomia, sem distinção da nacionalidade, da cultura, do credo, do género, da incapacidade ou mesmo da condição económica.

Ao estarmos neste século na segunda ou terceira dezena de posições no mundo, do desenvolvimento

humano, educativo, económico, sanitário e científico, e duma forma mais generosa em posições anteriores à dezena, quanto a alguns indicadores como a qualidade do nascimento e de vida longa obtidos no nosso país, compreendemos que foi atingida a democratização do uso de diversos bens sociais e de mérito, como é o caso da saúde pública.

Não podemos esquecer aqui a importância para este estado de avanço da ação complementar dos cuidados dispensados pelo dinamismo do sector privado, lucrativo e não lucrativo.

Alcançado o SNS fundamental, como salientado na caixa da interessante Grande Entrevista, advieram naturalmente novos desafios para serem encarados de frente, dos quais destacamos o crescimento da longevidade alcançada, a precisar de ser ajustada pela qualidade, e do surgimento cada vez mais frequente de comorbilidades, a indicar o seguimento atento dos percursos de saúde das pessoas nas redes de cuidados.

É a partir daqui que a parcimónia da reforma do SNS nos dias de hoje, quiçá do sistema de saúde no seu todo, com menos riqueza e com mais contenção de custos, imporá uma mudança do paradigma centrado nos recursos para uma lógica focada em resultados de saúde, para uma maior prevenção de doenças e a conservação da saúde com qualidade de vida por mais tempo.

Designadamente não pode passar despercebida a necessidade de prevenir o sobreconsumo real de atos de saúde, quando a proteção na saúde é assegurada por mais do que um sistema (com a ADSE e outros) e a interoperabilidade entre as redes de prestação de cuidados é inexistente, por forma a garantir a administração equitativa dos cuidados de saúde a toda a população.

A Direção

abbvie

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

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

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

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

abbvie.pt



Patient Blood Management e o SNS

A sua implementação em Portugal permite poupar 67,7 milhões de euros

O Patient Blood Management (PBM) é um programa internacional de gestão de sangue reconhecido por todos os profissionais que trabalham na área da cirurgia cardíaca e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que pode ser considerada como uma ferramenta fundamental para melhorar a gestão de sangue nestes pacientes. Mas há outras mais-valias decorrentes da implementação do PBM nos hospitais, principalmente ao nível do controlo de custos e da própria sustentabilidade das unidades hospitalares.

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) é pioneiro na implementação deste programa em Portugal desde fevereiro de 2018 e, por isso, O Hospital foi saber como funciona e que benefícios tem trazido para os utentes e para o próprio CHVNG/E.

Falámos com Maria de Fátima Lima, assistente graduada sénior de anestesiologia do CHVNG/E e membro da comissão do PBM desde 2018 (ver CV), e com toda a sua equipa, sobre a importância do PBM para a Saúde dos portugueses.

O Patient Blood Management (PBM) é um programa de gestão de sangue reconhecido internacionalmente pelos benefícios para o doente e para a sustentabilidade das unidades de saúde. Em que consiste e de que forma pode ser implementado?

Segundo a OMS, o “Patient Blood Management (PBM) baseia-se numa abordagem sistematizada, assente em evidências e focalizada no doente,

de forma a otimizar a gestão da transfusão, com o objetivo de garantir um tratamento eficaz e de qualidade, assegurando os melhores cuidados de saúde em termos de segurança e eficiência”.

A necessidade de otimizar a gestão do sangue do doente, remonta aos anos 90 e a OMS emitiu um parecer em 2010, que preconiza a otimização da hemoglobina do doente cirúrgico.

Em 2017, a União Europeia com a evidência do sucesso do PBM australiano declara que este projeto será para implementar também na Europa.

Em abril de 2018 é publicado o Despacho nº 3387/2018, em DR, preconizando como prioridades a melhoria da gestão do sangue do doente através da implementação de programas PBM nos hospitais.

Em suma, este programa implica a motivação de todos os profissionais envolvidos quer a nível institucional quer entre as diversas instituições, sendo imprescindível a concordância da direção do hospital que permitiu concretizar na prática o preconizado no nosso dossier interno. No nosso hospital a implementação do PBM iniciou-se por apenas uma área cirúrgica estando neste momento em curso o processo de extensão a todas as áreas cirúrgicas, porque em todas existe perda de sangue.



Dossier PBM

Quando se diz que o PBM traz mais-valias consideráveis, quer para pacientes quer

para os hospitais, de que forma é que essas vantagens são percetíveis?

Através da implementação deste projeto, que assenta sobretudo na melhor prestação de cuidados de saúde centrados no doente, conseguimos logo à partida melhorar a relação médico-doente e estreitar relações e melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos.

Este programa permite também otimizar os recursos existentes em cada instituição, permitindo uma rentabilização mais eficaz.

Para além de visar a melhoria dos resultados em saúde, esta abordagem está associada a um menor consumo de recursos, prevenindo ou tratando a anemia, minimizando as perdas sanguíneas e otimizando a tolerância dos doentes à anemia, sem recurso desnecessário à terapêutica transfusional.

Recorde-se que um estudo promovido pelo Anemia Working Group Portugal (AWGP), com a execução técnica e científica da Exigo Consultores, concluiu que a implementação em Portugal de um programa de PBM pode permitir uma poupança de 67,7 milhões de euros para o SNS - a redução de custos estará sempre associada ao PBM.

Outra das conclusões do referido estudo foi que, com a implementação de um programa de PBM seria possível reduzir em 57,3% o número de unidades de eritrócitos utilizados nestes indivíduos. O que significa que a população elegível para um programa nacional de PBM que utiliza por ano 113.892 unidades de eritrócitos, no futuro, poderia usar apenas cerca de 48.678.

Logo, calcula-se que será possível reduzir em 51% as transfusões no grupo de indivíduos abrangidos pelo PBM.

De que forma o PBM pode ajudar um doente com anemia?

Um dos pontos principais do PBM reside no diagnóstico e tratamento da anemia - A anemia tem sido subvalorizada, muitas vezes encarada como um “espetador inocente” no que respeita à patologia de base do doente. No entanto, a anemia é um fator de risco independente para *outcomes* adversos: risco aumentado de hospitalização e readmissão, aumento do tempo de internamento, diminuição da qualidade de vida, descompensação de doenças crónicas e risco aumentado de transfusão. Tendo em conta a elevada importância do PBM na área cirúrgica e sabendo que em muitos doentes a primeira avaliação médica faz-se no momento da indicação cirúrgica, esta avaliação inicial reveste-se de extrema importância para a deteção da anemia e o despoletar da sua otimização e investigação etiológica, permitindo diagnosticar e tratar patologias que até à data estariam ocultas.



Henrique Coelho - Assistente Hospitalar e Diretor do Serviço de Hematologia

Com a implementação do PBM e tendo em atenção que se trata de um programa de Boas Práticas Clínicas, as transfusões de sangue diminuem? Podem deixar de existir?

Sendo o programa PBM um programa de Boas Práticas Clínicas, a implementação deste programa traz seguramente vantagens evidentes: “Menos complicações intra e pós-operatórias, menos dias de internamento, diminuição do número de transfusões de glóbulos rubros e diminuição dos custos hospitalares”. Sendo que a tónica principal é a manutenção e otimização do sangue do doente, o doente terá menos risco de ser exposto a transfusão de hemoderivados e será transfundido apenas com uma indicação precisa e não de forma empírica como até agora. No que respeita à diminuição das transfusões efetuadas, não esperamos obter reduções drásticas, uma vez que a política transfusional da nossa instituição é já uma política restritiva.



Helena Gomes - Assistente Hospitalar de Imunohemoterapia

O Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) está a desenvolver este programa (penso que em projeto-piloto) desde novembro de 2018. Como tem corrido?

O início deste projeto remonta a fevereiro de 2018, na área da cirurgia cardíaca, onde após a revisão da literatura baseada na evidência, nas diretrizes da tutela e um profundo conhecimento da nossa realidade hospitalar, começamos a desenhar o que seria o PBM em cirurgia cardíaca, na nossa instituição. Não se tratando de um hospital piloto, decidimos avançar dada a importância deste tema para a melhoria dos cuidados de saúde.

Envolvemos uma equipa multidisciplinar que foi crescendo de acordo com as necessidades identificadas. Nesta equipa envolvemos Anestesiologistas, Hematologistas, Cirurgiões Cardiorácicos, Imunohemoterapeutas, Perfusionistas, Cardiologistas, Patologistas Clínicos, Enfermeiros, Nutricionista e Informático da nossa instituição. É errado pensar que a gestão de sangue do doente se faz apenas a nível hospitalar, pois isto implica um envolvimento muito maior, implica sair fora de

portas e envolver e motivar médicos dos cuidados de saúde primários e dos hospitais da nossa rede de referência: Centro Hospitalar entre Douro e Vouga, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Centro Hospitalar Universitário do Porto e Unidade Local de Saúde do Nordeste.

Desde Novembro de 2018, momento em que foi finalizado o dossier, o CHVNG/E, EPE tem vindo a desenvolver este programa de gestão de sangue na área da cirurgia cardíaca, dado que este tipo de cirurgia está associada a um elevado risco hemorrágico, necessidade de anticoagulação, exposição a circulação extracorporeal e, consequentemente, a um elevado risco transfusional.

Por parte da Direção do Hospital tivemos desde o início um grande apoio e confiança neste Projeto que culminou com a nomeação da “Comissão de PBM do CHVNG/E” assim como de todos os parceiros envolvidos.



Fátima Lima - Assistente graduada Sénior de Anestesiologia.



Diana Castro Paupério - Assistente Hospitalar de Anestesiologia

A Dra. Maria de Fátima Lima foi, desde o início, uma entusiasta pela implementação do PBM. Porquê?

Em 2015, era a Dr^a Fátima Lima, Diretora Clínica e o CHVNG/E deu um passo importante no sentido da implementação de um programa de PBM médico-cirúrgico. Nessa altura, o Serviço de Hematologia liderado pelo Dr. Henrique Coelho contribuiu e muito para a implementação de um programa PBM liderado pela Anestesiologia. O contributo do Serviço de Hematologia centrou-se no “estudo do tipo de anemia e da sua etiologia e na orientação terapêutica destes doentes com o objetivo de otimizar o valor de hemoglobina no período pré-operatório”.

Dados de avaliação do PBM revelam que este programa consegue reduzir a mortalidade hospitalar; a infeção hospitalar e ainda o tempo de internamento hospitalar. Fazendo contas, dizem os peritos nacionais, a poupança pode chegar aos 67 milhões de euros. Esta possibilidade deve agradar bastante aos governos e aos administradores hospitalares, ou não?

A redução de custos estará sempre associada ao PBM, embora não seja o objetivo principal, mas nos dias de hoje teremos sempre que considerar estas mais-valias no sucesso de qualquer projeto.

Vários artigos sobre este tema dizem que a implementação do PBM implica um trabalho de equipa. Quais as especialidades que estão ligadas a este programa quando ele é implementado?

Apesar de este programa ser uma ferramenta da instituição adaptada à sua realidade, foi envolvida

uma “vasta” equipa multidisciplinar desde o início, permitindo abranger todo o período pré-operatório, abraçando também os hospitais da área de referência do CHVNG/E e os cuidados de saúde primários numa verdadeira integração de níveis de cuidados de saúde.

Este programa PBM apenas se torna possível mediante a harmonia de uma equipa multidisciplinar que será desenhada de acordo com a realidade de cada instituição.



Equipa Multidisciplinar

Não podemos terminar sem deixar uma palavra de agradecimento ao Diretor Clínico do CHVNG/E, Dr. José Pedro Moreira da Silva por ter acreditado desde o início neste projeto e à Dra. Susana Fevereiro pela colaboração e entusiasmo.

Maria de Fátima Lima - CV

- Inscrita na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (OM) com a Cédula Profissional 32553
- Membro da Comissão Consultiva da OM
- Assistente Graduada Sénior de Anestesiologia do CHVNG/E, EPE
- Responsável pela Anestesia do "Coração & Pulmão"
- Curso de Especialização de Administração Hospitalar 2018-2021-ENSP/UNL
- Membro da Comissão do PBM desde 2018
- Diretora Clínica de 2015-2016
- Diretora do Serviço de Urgência Geral e da Unidade de Emergência Médica de 2014-2017
- Pós-graduação em Gestão das Unidades de Saúde
- Gestora de Risco Local para a área de Anestesiologia e Emergência Intra-Hospitalar desde 2010
- Competência de Gestão dos Serviços de Saúde desde 2007-Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica
- Competência de Emergência Médica desde 2003
- Responsável pela Emergência Médica Intrahospitalar de 2001-2017
- Diretora do Centro de Formação do INEM de 1998-2001



**ROSÁRIO ÓRFÃO**

Payers and Providers Director
Iasist Now part of IQVIA

A Anestesiologia Portuguesa NO SÉCULO XXI

“As necessidades crescentes, o alargar das nossas competências, a disputa com outras especialidades médicas para conseguir manter as nossas áreas de atividade, a escassez de recursos humanos e a má gestão, fazem com que a Anestesiologia seja discutida pelas piores razões”.

A Anestesiologia é uma especialidade médica que se expandiu nas últimas duas décadas, adquirindo novas competências e assumindo novos desafios, permitindo e acompanhando a evolução da ciência médica em geral.

O envelhecimento da população associado ao aumento da esperança de vida com consequente aumento das doenças crónicas que, em Portugal ainda se associa ao mau indicador na esperança de vida saudável após os

65 anos e à baixa taxa de natalidade que desde 2011 nunca mais atingiu a meta dos 100 mil nascimentos por ano, implicam necessidades crescentes de cuidados de saúde e dificultam o renovar geracional dos médicos.

A Anestesiologia pela sua transversalidade nos cuidados hospitalares, que vão desde a Medicina Perioperatória para intervenções Cirúrgicas, mas também para técnicas de Diagnóstico e Terapêutica, a Medicina da Dor Aguda Pós-operatória, da Analgesia do Trabalho de Parto, do Queimado, do Traumatizado, à Medicina Intensiva e de Emergência, entre as especialidades médicas, é das que apresenta maior crescimento de necessidades em recursos humanos.

O enriquecimento do Internato de formação específica



para cinco anos como os nossos congéneres europeus, associado a este crescimento de necessidades e um corpo médico envelhecido implicam a atual escassez de recursos humanos.

A Anestesiologia portuguesa nesta segunda década do século XXI tem enormes desafios, ultrapassar o constrangimento de recursos, conseguir manter os níveis de excelência atingidos e assegurar cuidados anestesiológicos de qualidade com equidade e segurança para todos os cidadãos de Portugal.

A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ANESTESIOLOGIA EM 2019

Mais um ano de mandato da SPA no panorama difícil

que a Anestesiologia portuguesa enfrenta.

As necessidades crescentes, o alargar das nossas competências, a disputa com outras especialidades médicas para conseguir manter as nossas áreas de atividade, a escassez de recursos humanos e a má gestão, fazem com que a Anestesiologia seja discutida pelas piores razões.

Mais que nunca importa cumprir a nossa vocação de Liderança como Médicos do Peri-operatório, da Emergência, Medicina Intensiva e Medicina da Dor, focados na Formação Contínua, defensores da Qualidade e Segurança, promotores da Inter e Multidisciplinariedade.

Os órgãos representativos dos Anestesiologistas



portugueses têm que unir esforços e sinergicamente enfrentar estes desafios.

A SPA atingiu uma dimensão como Associação de Saúde que orgulha os anestesiológicos portugueses e representa uma grande responsabilidade para a sua direção.

Nos últimos anos o grande crescimento em número de sócios, de secções, grupos de trabalho e participantes no Congresso são um bom indicador da qualidade atingida.

Em 2018 a direção da SPA desenvolveu dois novos projetos a Academia SPA e as Anestesiadas. A Academia com as bolsas para formação em centros europeus de excelência, projetos europeus de investigação envolvendo centros portugueses com coordenação da SPA, os prémios para a investigação e comunicação científica e os cursos com creditação internacional como os de Via Aérea Difícil, Ecocardiografia,

Ventilação, e Curso de Formação de Formadores em Anestesiologia.

A ECOWEEK, iniciada em 2018 – uma semana dedicada à Ultrasonografia, ferramenta que os Anestesiológicos dominam em várias áreas, irá ter continuidade em 2019, num projeto mais ambicioso de double Ecoweeek.

As Anestesiadas, programa de desenvolvimento de competências de liderança para Anestesiológicos, em 2019 decorrerão em Aveiro e por certo irá repetir-se o sucesso de 2018. A SPA quer ajudar os médicos anestesiológicos a adquirir e treinar um conjunto de competências para assumirem papéis de liderança de equipas, na sua atividade clínica, no relacionamento interpares ou na gestão estratégica de um hospital.

Também em 2018 decorreu o 1º ENIA - Encontro Nacional de Internos de Anestesiologia, projeto da Secção de Internos da SPA, outro estrondoso sucesso a repetir em 2020, um exemplo da grande maturidade



das novas gerações magistralmente coordenadas pela presidente da secção - Diana Leite. Uma nota de esperança nos tempos difíceis que vivemos, as novas gerações saberão encontrar caminhos e novas respostas aos desafios atuais.

É aposta da direção de SPA 2017/2020, conseguir a indexação na Pubmed para a Revista SPA. Desde junho 2018 com a Profª. Cristina Granja como editora chefe é notório que estamos no bom caminho. Para já apresentamos candidatura à SciELO Portugal.

Somos membros/parceiros da ESA (European Society of Anesthesiology), WFSA (World Federation Society of Anesthesiologists) e temos protocolo com a Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Recentemente, a 15 de fevereiro 2019, com a criação de um Grupo de Trabalho para estudar os diferentes modelos organizativos de funcionamento do Bloco Operatório para apresentação de uma proposta

para otimização da prestação de cuidados, em que são incluídos oito cirurgiões, dois enfermeiros e um só anestesiológista sem incluir nenhum dos vários anestesiológistas diretores de blocos operatórios, a SPA uniu esforços à Ordem dos Médicos e fez chegar a sua voz, para que o número de Anestesiológistas na comissão espelhasse o importante papel da Anestesiologia na gestão dos blocos operatórios e traduzisse a realidade funcional dos blocos operatórios nacionais.

Acreditamos que estando atentos, incentivando e proporcionando formação de qualidade acessível a todos os Anestesiológistas e intervindo, quando julgado pertinente, estamos a dar um importante contributo para a valorização da Anestesiologia no país, permitindo o acesso a cuidados anestesiológicos de excelência a todos os cidadãos portugueses.

CONGRESSO SPA 2019 - Fazer a Diferença

Em março decorrerá na zona centro do país o Congresso, o maior evento da Anestesiologia portuguesa, este ano sob o título - Fazer a Diferença. É mais um título forte que ilustra o nosso papel como Anestesiologistas, médicos que fazem a diferença, tirando a dor, permitindo os procedimentos terapêuticos sem sofrimento, dando dignidade ao cidadão em todas as fases da vida, desde a parturiente e nascimento até ao fim de vida nos cuidados paliativos.

No Congresso haverá sessões sobre tópicos clássicos como Anestesia Locorregional discutida em mesa redonda e em sessão pro cons, Anestesia em Otorrinolaringologia, Ventilação, Monitorização e Anestesia em Ambulatório, Fazer a diferença na Colheita de Órgãos e na Transplantação, a par de outros temas inovadores como a Sustentabilidade.

As três áreas da Anestesiologia serão contempladas. Além dos temas de Anestesia já referidos haverá sessões sobre Medicina da Dor Aguda e Crónica com uma palestra em Pediatria, Medicina Intensiva e de Emergência com as sessões sobre Trauma em que teremos oportunidade de ouvir António Marques, o presidente da Comissão Nacional de Trauma, o responsável pelo sistema de registo Rolf Liferling e Neuber Fonseca, colega brasileiro que focará o modo de organizar o atendimento ao trauma.

Como fazer a diferença no Queimado será outra das sessões de Medicina Intensiva e Anestesia.

Preocupados em refletir e aprender a gerir melhor os recursos disponíveis teremos três sessões moderadas pelos membros da direção da SPA sobre Estratégias de gestão, liderança e treino de equipas, Comunicação efetiva para melhorar a segurança, Metodologia lean para aumentar a eficiência e eficácia no bloco operatório.

Porque com o envelhecimento da população e aumento das doenças crónicas já referidos, somos cada vez mais solicitados para proporcionar um fim de vida digno e humano, teremos uma sessão sobre fazer a diferença sempre moderada por duas anestesiologistas coordenadoras dos cuidados paliativos na zona centro e no Algarve, com temas apresentados por anestesiologistas, intensivistas e um padre.

Haverá ainda quatro reuniões de consensos para elaboração de recomendações; simposiuns da indústria e assembleias das várias secções da SPA, do Colégio de Anestesiologia e a Assembleia Geral da Sociedade.

A Anestesiologia é uma especialidade médica, que pela sua especificidade e transversalidade de competências, se assume como crucial para o adequado funcionamento e desenvolvimento de qualquer instituição prestadora de cuidados de saúde diferenciados. Anestesiologistas com formação de excelência em todas as áreas, incluindo a da Gestão e Liderança, irão fazer a diferença nos cuidados de saúde. A SPA com as suas atividades de que se destaca o Congresso, pretende criar fóruns de reflexão e debate e proporcionar formação contínua de excelência a par de um saudável convívio intergeracional.

Anualmente, a SPA recebe no Congresso os novos internos de formação específica e organiza um curso para internos do ano comum e alunos de Medicina para mostrar o que é a Anestesiologia e cativar novos talentos para que envolvidos precocemente nas atividades da Anestesiologia portuguesa a exerçam no país.

Desta forma contribuímos para melhorar os cuidados anestésicos prestados aos cidadãos portugueses.



LILLY A INOVAR PELA

CIÊNCIA

Vivemos numa era fantástica para a medicina. Na Lilly, utilizamos a inovação na ciência para satisfazer as necessidades médicas nas áreas da diabetes, oncologia, imunologia, doenças neurodegenerativas e da dor. Estamos empenhados em utilizar os avanços mais recentes da ciência para melhorar a vida das pessoas em todo o mundo.

Ouçã as histórias de cientistas da Lilly que estão a transformar o mundo com descobertas inovadoras, em lilly.pt

Ana Escoval e a situação da ADSE:

“Exigimos gestão equilibrada, rigorosa e transparente de um fundo que é de todos os funcionários públicos”

ENTREVISTA: Marina Caldas
FOTOGRAFIA: Pedro Mensurado

Ana Escoval é economista, administradora hospitalar e investigadora. Na sua atividade profissional passou já por diferentes setores e organismos da Saúde e contribuiu, em diferentes aspetos, para um SNS mais universal e geral. Conciliadora por natureza, diz quem a conhece bem que tenta sempre encontrar pontos de convergência entre as pessoas e que para se irritar é preciso muito.

Nos últimos três anos esteve à frente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, que deixou recentemente, e na entrevista a O Hospital conta as dificuldades por que passou neste período e explica porque é tão urgente construir o novo hospital.

Assume que é preciso mais dinheiro para o SNS e, no ano em que se comemoram os 40 anos do SNS, é de opinião que têm de ser feitas rapidamente mudanças, a bem do Serviço Nacional de Saúde. Mas para que isso aconteça é necessário discutir ideias e encontrar objetivos. E o cidadão tem que estar presente nessa reflexão.

Nesta entrevista apresenta-se uma Ana Escoval tranquila mas, ao mesmo tempo, preocupada com o futuro do SNS, diz que estes três anos de contacto direto com os profissionais de saúde num grande centro hospitalar deixaram-na perceber que “quem lá está procura lutar, com muita resiliência, para manter níveis de cuidados e de tratamentos que ultrapassam, largamente, tudo aquilo que possamos pensar”.

Sobre a situação da ADSE diz não estar preocupada porque tem a certeza que “vai haver acordo”.

Quarenta anos de Serviço Nacional de Saúde (SNS)! Se fosse possível definir, com uma frase, como foi este percurso, que frase escolheria? E numa palavra?

Extraordinário.

Essa é a palavra.

Numa palavra, sim! Nestes 40 anos tivemos algo que se preocupou com as nossas vidas e com o desenvolvimento da nossa saúde e esse algo maior é o SNS.

Agora, de uma forma mais global, que balanço faz destes 40 anos? Se calhar é difícil, mas quando olha para este período - e logicamente que há uma parte da sua vida que apanhou essa evolução e que

apanhou pessoas como António Arnault, de quem foi amiga pessoal - que balanço faz?

Bom, para mim, como já tenho dito várias vezes, o Serviço Nacional de Saúde é um pilar. E, efetivamente, nasceu em contraciclo em termos europeus, quando outros países já estavam a procurar acautelar os gastos nas áreas sociais, incluindo a saúde, nós em Portugal não tínhamos um sistema público de saúde e era necessário iniciar este percurso. Foi fundamental o surgimento e a estruturação do SNS. Foi fundamental implementar pilares que já vinham de trás como, por exemplo, as carreiras médicas e os cuidados primários, pois tudo isto foi potenciado no sentido de termos o SNS que temos - com erros de percurso, certamente, mas, também, com resultados fantásticos.



“ERA IMPORTANTE UMA REANÁLISE SOBRE AS FONTES DE FINANCIAMENTO DO SNS”

Resultados que todos conhecemos ao nível dos indicadores de saúde e, também, erros que com certeza foram cometidos e que, aqui e ali, podem ter implicado algumas dificuldades de que hoje o SNS sofre. Como sabemos, o SNS nasceu enquanto serviço totalmente gratuito para todas as pessoas e rapidamente se deu conta que não havia sustentabilidade financeira que pudesse garantir tal desejo. Esse terá sido um dos erros. E então introduziram-se as taxas moderadoras, enfim, o chamado conceito de “tendencialmente gratuito”. As taxas moderadoras são um eufemismo, porque não se trata verdadeiramente de uma taxa moderadora, mas poderíamos entender isso como tal para os “imoderados”, para os que usam exageradamente e sem necessidade o SNS, mas depois funciona enquanto copagamento, dentro do sistema, principalmente a partir do momento em que é identificado que a pessoa precisa desses cuidados de saúde.

Então isso deveria ser mudado?

Implicaria uma reanálise sobre as fontes de financiamento para o Serviço Nacional de Saúde.

O que é necessário rever?

O que é necessário rever a partir do momento em que olhamos e sentimos que os recursos alocados não são suficientes para mantermos o nível de cuidados de saúde que existem presentemente. Agora, independentemente disso e para mantermos o SNS sustentável é preciso fazer mudanças no sistema de forma a garantir essa sustentabilidade. Ou seja, não é injetar mais dinheiro para o SNS sem primeiro se fazerem as mudanças e sem se demonstrar que, com essas mudanças, conseguimos caminhar efetivamente na senda da sua sustentabilidade.

E este discurso tem de ser partilhado com os cidadãos pois, no final, são eles que pagam – diretamente, através de impostos ou através de outros pagamentos mais diretos. É preciso não esquecer, nunca, que são sempre os cidadãos que pagam através das suas fontes de riqueza que é principalmente o seu trabalho. E, portanto, os cidadãos devem e têm que participar ativamente nesta discussão, neste trabalho.

Não é uma discussão a ser feita só nos gabinetes.

Não é uma discussão a ser feita, naturalmente, só ao nível dos órgãos de decisão. É algo que tem de ser partilhado, porque as mudanças implicam um compromisso por parte dos cidadãos que têm, com o seu sistema, um compromisso de solidariedade! Porque quando qualquer pessoa olha para o SNS ela sente o quê? Sente que o SNS tem por base um sistema de impostos e um cariz de solidariedade,

o que significa que aqueles que têm maior riqueza pagam mais impostos. Assim, o cidadão deve utilizar o sistema de saúde que temos na medida das suas necessidade e não usá-lo de qualquer jeito.

E estamos a usar de qualquer jeito?

Temos uma utilização do sistema que, em muitos pontos, é discutível. Com isto quero dizer que este processo tem de ser bem analisado. Por exemplo, quando, um doente vai muitas vezes a um serviço de urgência tem que se analisar e perceber por que razão é que isso acontece; temos que validar se, eventualmente, no seu percurso há falhas que estão a acontecer e que o obrigam a ir tantas vezes ao serviço de urgência. E temos que ver mais e ir mais longe. É que muitas vezes a avaliação que é feita relativamente àquele doente pode não estar totalmente correta e podemos estar a fazer com que ele não esteja a ser tratado como necessita ou, eventualmente, que ele tenha situações mais complicadas que obrigam a abordagens diferentes.

E é aí que é preciso trabalhar, não só na integração das respostas, de que falamos há anos, mas olhando verdadeiramente para o próprio cidadão. Não é olharmos de forma atomizada para hospitais, cuidados primários e cuidados continuados; não é vermos apenas a integralidade deste sistema, nas diferentes vertentes que tem, mas analisar como ponto fundamental as necessidades de cuidados sensíveis do próprio cidadão.

Portanto, além do foco no cidadão, financiamento e integração de cuidados, quais os pontos para a mudança que valorizava neste momento.

Ambos têm que trabalhar com as pessoas. As pessoas têm que perceber qual é o sistema de saúde que têm, qual é o Serviço Nacional de Saúde que podem ter e isso liga-se, obviamente, com o financiamento mas sempre numa linha de integração de respostas. Não podemos continuar a ter esta atomização em que a pessoa vai a um local e faz umas análises, depois vai a outro e faz um RX (por vezes sem que o seu médico tenha acesso aos resultados), em que está a tomar medicamentos e depois vai ouvir outro profissional – atenção que tem todo o direito de ouvir uma segunda opinião, mas tem também direito que a visão das suas necessidades seja integrada. E os doentes crónicos são com certeza um dos focos que implicam que olhemos realmente para a morbilidade múltipla, porque estes doentes, na maior parte dos casos, não têm apenas só uma patologia, mas antes várias. Portanto, é preciso olhar para todos os diferentes problemas que o doente crónico tem numa visão integrada. E cada caso é um caso: numas situações, as pessoas podem necessitar apenas de ser acompanhadas pelo seu médico de

família; em situações esporádicas necessitarão do apoio, do acompanhamento, e do saber de uma determinada especialidade hospitalar; por vezes necessitarão de estar nos cuidados continuados para fazer uma recuperação, e também necessitarão de ter bons cuidados paliativos no fim da vida, enfim, atenuar a sua dor, e terão de certeza absoluta e cada vez mais, de terem a preocupação de, em proximidade, receberem os cuidados de que necessitam em acompanhamento com a sua família ou com os seus cuidadores, formais ou informais, evitando também aí o gasto significativo que temos em transportes entre domicílios e unidades de cuidados de saúde.

Porque, se pensarmos as respostas próximas das casas das pessoas, no local onde vivem, isto tornar-se-á muito mais facilitador e amigável. Nós sabemos que temos uma população a envelhecer, com morbilidades múltiplas e baixa iliteracia. É por tudo isto que necessita de ser apoiada para aumentar o seu conhecimento para utilizar melhor o SNS em geral e as organizações de saúde em particular.

A sensação que o cidadão comum tem é que o SNS está a perder suporte, equilíbrio, harmonia em aspectos que estavam garantidos. Tem essa sensação? A Professora esteve recentemente numa posição privilegiada para fazer essa leitura,

enquanto presidente do conselho de administração de um grande centro hospitalar universitário da capital.

Chegados aos 40 anos de SNS todos sabemos que há mudanças que são necessárias. O pior que pode acontecer ao Serviço Nacional de Saúde é ter que fazer esta reflexão para a sua mudança e modernização, de que falámos antes, num período em que por variadas razões há alarmes e agitações sociais.

Mas agora estamos a viver um período que não é de grande agitação social...

Não esqueça que saímos de um período de crise e é normal que a população e os profissionais tenham a expectativa de ver melhoradas as suas condições de acesso à saúde, do seu rendimento e das suas carreiras. E o que é importante refletir é que a crise terminou mas nós continuamos a ter que pagar a dívida que temos e continuamos a ter que ser sustentáveis enquanto país.

Não duvido que as pessoas têm razão relativamente às perspetivas e às aspirações que têm, mas as negociações devem ser feitas de forma a não quebrar a sustentabilidade que se procura, nomeadamente no que se refere à redução da dívida. Na minha opinião, não pode ser feito tudo de uma vez. E, portanto, o



“PARA MANTER O SNS SUSTENTÁVEL É PRECISO FAZER MUDANÇAS NO SISTEMA”



**“CONTINUAMOS A NÃO TER UMA
CARREIRA ESTRUTURADA PARA A
ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR”**

que me parece é que devem ser discutidos quadros de referência para essas atualizações necessárias e adequações de carreiras de forma progressiva.

Isso significa que os enfermeiros foram longe demais?

Penso que é preciso garantir negociação plena e, sobretudo, passar a mensagem que não é possível fazer e dar tudo, que não é possível garantir de imediato todas as reivindicações. Repare que a cobertura financeira é necessária para todas as profissões e temos tido greves de todas. Temos tido greves de auxiliares, de técnicos, de médicos, de enfermeiros, depois as greves gerais da função pública, que acabam por criar mal estar no setor. Portanto o que me parece fundamental é deixar bem claro que o que está aqui em causa não é o não reconhecimento das carreiras profissionais. Temos, sem qualquer dúvida, de discutir o assunto e encontrar modelos mais adequados para os tempos atual e futuro. Há carreiras em quase todas as profissões, mas temos que adequá-las à realidade e as remunerações terão de ser progressivas de forma harmoniosa. Por

outro lado, as pessoas também têm de sentir que estão a receber remuneração e reconhecimento pelo seu trabalho e que não há divergências entre profissões, porque todos são importantes para os cuidados de saúde. E é essa discussão de base e essa análise que tem de ser feita. Teremos de encontrar um equilíbrio entre as posturas, as necessidades das pessoas e o país que somos.

Isso por parte dos profissionais, porque por parte dos cidadãos o sentir é outro.

Há uma coisa que eu gostava que passasse. Obviamente que quando há greves, há redução de horas de trabalho e de produção e isso alarga mais ainda os tempos de resposta e aumenta as listas de espera. E, portanto, isto é um sistema de vasos comunicantes e todas as horas de trabalho que fomos reduzindo com estas greves contam para a análise que possamos fazer para o SNS. É, portanto, natural que estes aumentos das listas de espera provoquem mal estar junto da população. É que estamos a falar da saúde das pessoas, e eu penso que as instituições de saúde têm procurado dar

cobertura àquilo que são casos oncológicos e outros casos mais graves. Mas para uma pessoa que está em lista de espera e que tem um tempo clinicamente aceitável para solucionar um problema e que, devido a uma greve, vê a sua intervenção cancelada não será uma situação justa nem razoável para o país, nem para o SNS e muito menos para os doentes, tal como não é também boa para os profissionais de saúde nem para os dirigentes.

Precisamos de encontrar pontos de equilíbrio para podermos vivenciar um ano em que se comemoram os 40 anos de SNS e pensar que este tem sido um dos anos mais difíceis da vida do SNS. Temos de ser capazes de conjugar todas estas coisas - a escassez de dinheiro, a insatisfação laboral, a necessidade de integrar cuidados e de fazer a mudança - para conseguir chegar a um caminho positivo.

O Ministério de Saúde tem o projeto SNS + Proximidade, ao qual é fundamental dar continuidade, porque esse projeto traz a possibilidade de maior interação entre os doentes no seu percurso de doença e os profissionais de todos os níveis de cuidados. Julgo que é preciso incrementar e desenvolver esta iniciativa ministerial programática para a modernização do SNS.

Isso pode acontecer? Tem medo que não aconteça?

O nosso problema é que por vezes tem que haver um entusiasmo para que os projetos possam ter continuidade. E não são processos fáceis. São projetos de uma grande complexidade, porque implicam

quebrar os modos e os modelos de trabalho e de funcionamento existentes. Os hospitais estão habituados a trabalhar muito bem na senda da superespecialização. Os cuidados primários também, os cuidados continuados também, portanto, nada disso está em causa. O que está aqui em causa é que é preciso pôr estas estruturas a trabalhar umas com as outras, com vista a uma mudança efetiva para os cidadãos. Mas também é preciso que os profissionais sintam isso e queiram participar nesse processo. E, como são processos e projetos muito complexos, se eles não forem continuados, acarinhados e alimentados diariamente, o que pode acontecer é que percam energia e, assim, perdemos oportunidades de mudança.

Não temos visto grande contestação por parte dos administradores hospitalares relativamente a todo este processo de que estamos a falar, mesmo das carreiras. E eu lembro-me da primeira entrevista que deu à O Hospital, em 2014, em que dizia que ainda não tinha sido implementada a carreira de administração hospitalar. Passaram 5 anos e houve estas mudanças todas, houve a troika e agora há este período novo, de reorientação, mas os administradores hospitalares parecem não suscitar a questão. Está tudo bem na Administração Hospitalar?

Continuamos na mesma. Continuamos a não ter uma carreira estruturada para a gestão dos hospitais e isso seria fundamental. Mas acho que têm sido dados passos. A APAH tem procurado alimentar a discussão sobre o tema, tem procurado participar e sublinhar o

“Não podemos continuar a ter esta atomização em que a pessoa vai a um local e faz análises e depois tem de ir a outro fazer um RX (por vezes sem que o seu médico tenha acesso aos resultados)”



valor deste desiderato. Nos momentos importantes das discussões os administradores hospitalares estão presentes e tomam posição e é muito importante que a tutela dê novos passos significativos no sentido do reconhecimento da carreira. Foi já trabalhado o plano de formação, para que os administradores hospitalares atualizem as suas competências, tendo em vista a certificação das mesmas. A APAH, em alinhamento com várias universidades, tem tentado fazer isso ao mesmo tempo que tenta manter a atualização do conhecimento e dos saberes da gestão, neste mundo complexo que é o da saúde, mas falta efetivamente dar o passo.

E quem está no terreno sente isso na dificuldade, por exemplo, de podermos contratar um administrador hospitalar. Eu senti isso ao longo do percurso que tive no centro hospitalar universitário. Portanto, ainda consegui contratar médicos, enfermeiros, alguns auxiliares, alguns administrativos e farmacêuticos, em geral, mas a contratação de administradores hospitalares (porque efetivamente é uma competência) não me foi permitida. E esse não reconhecimento da necessidade dos administradores dentro dos hospitais, nas diferentes áreas, departamentos e serviços, para o acompanhamento da gestão é difícil para nós gestores quando estamos no conselho de administração, porque precisamos dessas pessoas: elas acrescentam valor à gestão, acrescentam valor à gestão intermédia, são fundamentais para a gestão dos serviços e para a melhoria significativa dos resultados, aos diferentes níveis. Temos visto muitos colegas, administradores hospitalares, que se têm vindo a reformar e outros que têm partido para outros percursos e não temos tido possibilidade de os substituir. Os administradores hospitalares são importantes para o processo de mudança no SNS que se quer encetar. Eles são fundamentais para este processo de mudança em que queremos participar, para fazerem toda a análise, todo o acompanhamento, todo o processo de interação e, até, para preparar a mudança para a centralidade maior no percurso individual dos doentes que procuram o SNS.

Como já se disse esteve à frente de um dos maiores centros hospitalares de Portugal - o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC), que diz-se ser muito difícil de gerir, porque está geograficamente muito disperso. Como foi a experiência?

Eu entendo sempre estas minhas experiências como missões em que vou procurando dar o melhor de mim para um processo gestionário, neste caso num centro hospitalar universitário que é efetivamente complexo e difícil. O CHULC tem seis polos para gerir e em que nos últimos anos - nomeadamente os anos da crise - não foi feito um investimento continuado, quer do ponto

vista organizacional, quer tecnológico, quer mesmo no que se refere aos edifícios. Portanto, quando a escassez de dinheiro aumenta todos sabemos o que acontece.

Só que estes edifícios antigos deterioram-se muito e, portanto, para mantermos um centro hospitalar universitário vivo - que possa permitir a transição para um novo hospital - é necessário manter as competências clínicas e tecnológicas no seu mais alto nível. Implica continuar a investir.

O que nós procurámos fazer, nesses três anos, foi melhorar e conseguirmos recursos para aumentar o investimento em tecnologia médica. Isso aconteceu realmente através do apoio de fundos comunitários. Depois tentámos igualmente concretizar o rejuvenescimento da população médica, porque na enfermagem isso já acontece. E conseguimos também, pois na sequência da concentração de hospitais o que aconteceu foi que tínhamos o número de médicos suficientes para o funcionamento do complexo hospitalar, mas que não permitiam o rejuvenescimento e a manutenção do serviço de urgência, 24 sobre 24 horas, por os médicos terminarem, aos 55 anos, o seu período de obrigatoriedade neste serviço. Felizmente alguns continuam a fazê-lo, sendo isso o sustentáculo que possibilita assegurar a atividade no serviço de urgência e a formação, enquanto mais-valia para a capacitação dos jovens médicos.

São precisos os cabelos brancos ...

É preciso o saber, a competência, os muitos anos já passados para transmitir, também, essa visão.

Portanto, e em termos de complexidade de gestão, quero dizer que foram três anos difíceis, de muito trabalho e de muita dedicação.

Houve alguém que me disse que só a viu irritada uma vez, nestes três anos...

Eu não me irrito, normalmente. Eu procuro viver a complexidade da gestão nestas organizações promovendo as melhores condições de serenidade para a análise das situações, devolvendo sempre a necessária tranquilidade para a busca constante das melhores soluções e passando a cultura da empatia, do riso e do sorriso, mesmo perante a adversidade.

O que é que estes três anos me deram? Ofereceram-me um grande património de vivências, deram-me um conjunto de múltiplas cumplicidades muito fortes e facultaram-me o conhecimento de uma realidade que desconhecia: da riqueza, da disponibilidade, da dedicação, da dádiva ímpar por parte dos profissionais.

E por isso, sobre o que perguntou no início acerca do que as pessoas sentem ao acederem aos serviços do SNS, eu tenho que dizer que o cidadão que chega ao SNS é atendido generosamente e de forma compassiva pelas equipas de todos os estatutos profissionais.

Quem lá está procura lutar, com muita resiliência, para manter níveis de cuidados e de tratamentos que ultrapassa, largamente, tudo aquilo que possamos pensar. E isso é, obviamente, obra daqueles que têm construído o SNS, ao longo dos anos, e que têm conseguido passar para os mais jovens este sentido. Ao longo desses três anos fui falando com muitos jovens que iam chegando ao nosso hospital, quer com aqueles com quem conseguimos ficar, quer com outros que iam fazendo os seus percursos próprios. E é muito interessante a forma como os jovens me diziam: "É aqui que eu quero ficar, é aqui que eu quero trabalhar!" E esta atitude não tem a ver com as dificuldades de se trabalhar entre paredes velhas, nem pela dificuldade de percorrer os seis hospitais, porque muitas vezes têm que andar entre eles para fazer melhor, para poder ir dar respostas. Não nos podemos esquecer que aquele centro hospitalar universitário tem três serviços de urgência abertos, três portas diretamente para a rua, e isto tem um acréscimo de recursos e gastos intrínsecos. Mas os profissionais, mesmo com a noção disso e, face aquela adversidade, reconhecem também que há um saber, uma competência, uma dádiva, como já referi, por parte dos profissionais seniores que é importante para dar continuidade a esses projetos e aos processos integradores.

Gostaria de ter feito mais? Gostaria de ter tido tempo para fazer mais?

Sentimos sempre que os nossos projetos não estão terminados. É essa insatisfação que nos leva a ir trabalhar todos os dias para crescer, para sermos mais e melhores.

Com certeza que gostaria de ter feito mais! Principalmente gostaria de ter visto alguns dos projetos a estarem mais avançados, nomeadamente o novo hospital. Mas a gestão hospitalar é assim e os gestores fazem parte desse processo contínuo. Eles são contratados para períodos. E, portanto, tendo terminado no dia 31 de dezembro de 2018 o meu contrato, é sempre possível a substituição ou a continuidade. É a realidade dos processos e poderíamos até discutir se os períodos em causa são curtos ou são longos. Isso podemos discutir.

Não faz sentido, se calhar, sair em determinadas alturas....

Os ciclos temporais da gestão são o que são, de três anos civis nas entidades públicas empresariais. E são

aqueles que nos oferecem a possibilidade de fazer mudanças com sustentabilidade e que possibilitam concretizar processos e projetos sólidos. Podemos dizer que talvez seja pouco, mas o que importa é a continuidade dos projetos. Acredito que as pessoas que entraram agora trazem também ideias novas e essas mudanças são saudáveis, porque podem introduzir também alterações que são fundamentais. Claro que há projetos maiores, que ultrapassam conselhos de administração e gestores, como é o caso do novo hospital. Ele está em desenvolvimento e é indispensável que avance. Está na hora de não colocarmos dúvidas sobre as coisas. Não é possível continuar a ter seis hospitais com a separação geográfica que têm, com a complexidade que cada um tem e serem geridos desta maneira.

Estes hospitais são um sorvedouro de dinheiro sem resultados práticos conducentes. Posso dizer-lhe que, na adversidade, os resultados são muito bons mas não se geram eficiências. Não é possível gerar eficiências! E a gestão de uma estrutura destas também tem que ser vista desta maneira e não estamos num período de não olhar para a forma como estamos a gastar o dinheiro. E estar a gastar o dinheiro em seis hospitais, desta maneira, não é uma boa prática. É uma má prática.

O atual secretário de Estado da Saúde, Francisco Ramos, assumiu que de facto é preciso mais dinheiro para a saúde mas é preciso ver também como estamos a gastar. E portanto, isso vem ao encontro com aquilo que está a dizer. Acha que é importante que os próprios governantes tenham esta atitude, de dizer que é preciso mais dinheiro? Porque, até aqui havia um bocado a ideia que o poder político dizia que não era preciso mais financiamento, e depois quem estava no terreno dizia que era preciso mais. Acha que o assumir desta postura pode ser um bater com força na mesa, frente ao Ministério das Finanças e que pode fazer a diferença?

O Ministério das Finanças faz a gestão de todas as necessidades de um país inteiro e olha para o que gasta nas diferentes áreas. O Ministério da Saúde, como os outros ministérios, procura fazer o melhor possível com os recursos que lhe são atribuídos. Todos sabemos que tem havido, ano após ano, um défice no SNS e esse défice implica que olhemos para ele não como uma coisa saudável - porque ter défice não é saudável - mas para percebermos como fazer mudanças para eliminar, ou pelo menos atenuar, esse défice sistemático que temos. É que esta situação obriga a que, periódica e ciclicamente, o Ministério das Finanças tenha que aprovar mais verbas para suportar as necessidades do SNS. Agora, não podemos partir para a alocação de mais dinheiro sem que haja mudanças significativas e sustentáveis no próprio sistema, até porque essas mudanças trazem



**“NÃO É POSSÍVEL CONTINUAR A GERIR
SEIS HOSPITAIS COM ESTA SEPARAÇÃO
GEOGRÁFICA”**

a possibilidade de ganhos de eficiência. Portanto, isto que lhe digo é uma realidade: podemos poupar muitos milhões de euros, anualmente, se tivermos um hospital centralizado onde todas estas competências, todo o saber do hospital, convergem num sentido único. Isto permite servir melhor as pessoas e com menos gastos.

Estão feitas as contas? Uma coisa que faz confusão é que parece que não há contas feitas.

Dou-lhe um número pequeno mas que significa muito.

Numa estimativa grosseira posso dizer-lhe que só em transportes internos, entre os seis hospitais do CHULC, gastamos 4,6 milhões de euros por ano.

Só em transportes internos?

Só em transportes internos, porque tudo tem que ser transportado: os doentes internados e que têm de fazer exames, os medicamentos, a roupa de cama e dos doentes, a esterilização, as refeições, tudo é transportado. E enquanto num único hospital eu toco o botão de chamada e o elevador vem, aqui eu tenho de levar o doente num carro ou chamar uma ambulância e tenho de ter mais pessoal. Tenho de esperar mais tempo para a concretização da ação. Não tenho nada de forma imediata. Tenho que programar tudo de forma diferente. Eu não posso dizer “falta-me um material e vou ali abaixo ao armazém buscar e estou cá em 10 minutos”. Não! Porque posso ter um engarrafamento na rua e estraga-me os planos feitos.

De acordo com estudos, e tendo em consideração que muita coisa pode ainda alterar-se tendo por base o modelo de cuidados podemos dizer que com a construção do novo hospital podemos ter, em média, poupanças entre 60, 70 milhões de euros por ano. Ora isso cobre perfeitamente os custos da construção do próprio hospital e trabalha-se noutras condições. É um sonho de décadas.

A polémica da ADSE está na ordem do dia. Não peço para fazer futurologia, mas como é que vê o fim deste problema e que caminho é que se deve seguir?

Digamos que a ADSE, enquanto ADSE, não é propriamente constitucional, porque o SNS nasce e é um bocadinho utópico manter um sistema à parte para os funcionários públicos, mas, enfim. Ele nasceu e a ADSE manteve-se e podemos dizer que se configura como uma Mútua ou um seguro complementar complementar para os funcionários públicos. E é disso que estamos a falar. Eu desconto três e meio por cento para a ADSE e sinto que tenho, complementarmente

ao SNS, um direito. Agora, não admito que o meu dinheiro não seja gasto de forma equilibrada e controlada. E é isso que eu penso que temos de exigir: uma gestão equilibrada, rigorosa e transparente de um fundo que é um fundo de todos os funcionários públicos. Sendo assim, parece-me fundamental a existência de tabelas e de avaliações sobre aquilo que cada um de nós gasta, ou seja, auditorias clínicas, finas, do que é feito.

No público ou no privado?

Indiferente. Isso é indiferente. Se eu tenho um fundo que gere um conjunto de recursos que vai permitir o pagamento a prestadores e de acordo com as necessidades, eu tenho que gastar aqueles recursos da forma mais equilibrada possível. Portanto, admitindo que algumas coisas possam não estar bem, devem ser colocadas adequadamente para serem ajustadas ao que é necessário. Foi desenvolvido, a pedido do então Ministro da Saúde Adalberto Campos Fernandes, um trabalho de avaliação onde foram colocadas estas questões sobre como melhorar a gestão deste valor que é gerado. E na senda dessa reflexão, que com toda a certeza o governo aproveitou, foi criada uma ideia de que iria haver uma gestão diferente e que iria permitir uma maior transparência neste processo.

Sobre o futuro, há vários caminhos possíveis. Pode acontecer uma estruturação da gestão daquele capital acumulado. Podem ser criados outros mecanismos de gestão que venham permitir uma maior transparência e adequação deste processo.

Se não houver um acordo com os hospitais privados, o que acontece? O SNS tem capacidade para receber todos os funcionários públicos?

Vai haver acordo! Nós temos de um lado a ADSE, que tem um conjunto de convenções que complementam a procura no SNS, e há expectativas por parte dos beneficiários sobre a utilização desses recursos e, portanto, as partes vão decerto negociar e vai haver acordo. Isto não invalida que, do ponto de vista da ADSE não haja a necessidade de se munir de uma gestão com metodologias mais rigorosas, mais finas, mais exigentes relativamente àquilo que contrata e ao acompanhamento da realização do que contratou. E dos privados, também terá de haver uma adequação a uma fonte de financiamento com quem tem que negociar para continuar este processo.

Portanto vê o futuro da ADSE...

Muito risonho.



MANUEL DELGADO
Payers and Providers Director
Iasist Now part of IQVIA

ADSE

UM SUBSISTEMA VIRTUOSO?

A ADSE foi criada em 1963, como forma de compensar os servidores civis do Estado pela inexistência de qualquer apoio para a sua saúde, em comparação com os trabalhadores do setor privado, já com alguma proteção pelo Estatuto do Trabalho Nacional de 1935. Importará referir que à época não havia um serviço público de saúde e apenas os indigentes e mais pobres tinham assistência médica gratuita ou semi-gratuita nos hospitais das misericórdias.

Com a criação do SNS este quadro assistencial mudou radicalmente, passando a Saúde a ser um direito de cidadania e os cuidados prestados de forma geral, universal e gratuita nos estabelecimentos públicos.

Neste quadro, a ADSE deixou de ser um subsistema

único para os funcionários, para passar a ser complementar ou adicional ao SNS. Se em teoria assim parecia ser, na prática a ADSE pagava aos serviços do Estado todos os cuidados dos seus beneficiários, num choque frontal com o princípio de acesso gratuito de todos os cidadãos ao SNS. Só em 2012 esta incongruência ficou resolvida, tendo cessado os pagamentos da ADSE ao SNS.

Em 2014, a taxa de desconto para a ADSE saltou para 3,5% e aquela deixou de contar com o financiamento adicional do OE, configurando-se assim um modelo de tipo mutualista da exclusiva responsabilidade dos seus beneficiários. Todavia, nem o Estado nem os representantes dos trabalhadores quiseram outorgar à ADSE a autonomia total, pelo que a tutela continua



a ser partilhada entre as Finanças e a Saúde, vendendo-se reforçada a representação dos beneficiários nos órgãos de supervisão.

Na prática, a ADSE é hoje um “seguro” que acrescenta valor aos seus beneficiários, pois não lhes retira o acesso ao SNS e dá-lhes complementarmente o acesso aos serviços privados. Em tempos tão críticos para o SNS como aqueles em que vivemos, este privilégio conta muito para a segurança e para as economias dos funcionários públicos e das suas famílias.

Mas a ADSE apresenta problemas e riscos que devem ser bem analisados e resultar numa profunda transformação do modelo contratual hoje em vigor:

1. A sustentabilidade, face ao acentuado aumento das despesas e ao incipiente crescimento das receitas (em 2017 as despesas cresceram 8,7% e as receitas apenas 0,6%). O envelhecimento da população abrangida associado à falta de rejuvenescimento com novos beneficiários, conduzirá a prazo à insolvência da ADSE, se nada for alterado;
2. Concorre também para isso, o modelo contratual estabelecido com os operadores privados. É baseado no número de atos realizados para um preço fixado à partida. Os operadores são incentivados a produzir atos, sem limite, para aumentar assim as suas margens. Fica em causa



a pertinência e adequação da atividade clínica desenvolvida. Os resultados para os doentes, a promoção da saúde e a prevenção da doença estão ausentes na filosofia destes modelos contratuais;

3. A agravar esta situação, temos um modelo da faturação e de pagamento manifestamente ultrapassado. Na realidade, faturar atos e procedimentos, descontextualizados do doente e das suas doenças, são uma porta aberta para o descontrolo, para o consumismo e para a sobrefaturação. E exige um trabalho insano de operadores e da própria ADSE para verificar faturas, reconhecer desvios ou erros e justificar procedimentos, que vão desde o fio de sutura, à prótese, ao medicamento, ao PET realizado ou à cirurgia efetuada. Neste modelo não há partilha de risco, pelo que as falhas de prestação

que redundem em complicações evitáveis e consequentemente em custos adicionais, são suportadas pelo financiador, leia-se a ADSE. É um verdadeiro benefício do infrator!

É neste contexto imperioso que o Estado, a ADSE e os operadores se sentem à mesa e passem a encarar como necessário negociar novos modelos contratuais, que deem previsibilidade e assumam compromissos de volume e qualidade e a partilha correspondente dos riscos:

- a) Definir preços compreensivos baseadas no episódio de doença e nos resultados obtidos;
- b) Acabar com a fatura aberta discriminada por itens de insumos;

c) Definir comportamentos e resultados esperados, com base em estudos de benchmarking que permitam definir padrões nas áreas da eficiência e da qualidade clínica, de acordo com a classificação internacional de doenças;

d) Identificar a carga de doença de cada beneficiário da ADSE, permitindo assim definir modelos preditivos de consumo e de utilização dos serviços clínicos, ponderando assim os limites da atividade clínica de cada operador;

e) Criar um modelo de informação expedito e transparente entre os operadores e a ADSE, que codifique todos os episódios de internamento, de forma padronizada e universal, que permita distinguir diferentes níveis de gravidade e de complexidade e remunerar de forma justa e ponderada os diferentes episódios.

Estas alterações exigem um consenso bem amadurecido entre todas as partes e comportam custos novos de desenvolvimento do modelo que importa ponderar e partilhar. Mas trará com toda a certeza, mais rigor e mais transparência sobre a prática clínica dos operadores e consequentemente, mais conforto e melhor escrutínio para a entidade pagadora. E, sobretudo, eliminará os custos burocrático - administrativos que resultam para todas as partes do modelo de faturação hoje em vigor. A tensão e a desconfiança entre os operadores e a ADSE dissipar-se-ão e a previsibilidade das receitas e das despesas será também elemento positivo para todos os interesses em presença. Assim se negocie e se chegue a um acordo.

Os funcionários públicos agradecem.

A longevidade depende do que comemos e bebemos!



30 DIAS DE
GARANTIA DE
SATISFAÇÃO



CUSTO POR
LITRO 0,058
CÉNTIMOS



100%
MADE IN
SPAIN



Jarra para depurar, alcalinizar e ionizar a água

- ▶ pH garantido entre 8,5 e 9,5 acrescido de magnésio
- ▶ Grande capacidade Antioxidante (ORP) até - 700mV
- ▶ Elimina até 99% de cloro, flúor, pesticidas, nitratos, trihalometanos, bactérias e excesso de cálcio
- ▶ Capacidade de filtro de até 400 litros



 **alkanatur**

À venda em farmácias e ervanárias ou em: www.alkanatur.pt



914 066 680



alkanatur
portugal



Guilherme Macedo exige vontade política para rastrear doenças do fígado



GUILHERME MACEDO

Gastrenterologista

A reunião “A Saúde do Fígado, Populações Vulneráveis e a Inclusão”, que decorreu no passado dia 22 de fevereiro, no Porto, teve como objetivo principal “chamar a atenção de médicos e também de políticos para a necessidade de se olhar para a saúde do fígado como veículo de inclusão e, ao mesmo tempo, para se perceber que, em muitos casos, estamos perante pessoas vulneráveis e muitas vezes excluídas socialmente, para as quais temos de ter estratégias específicas de ajuda”, referiu a O Hospital o gastrenterologista Guilherme Macedo, que presidiu a este encontro.

Segundo o responsável de gastrenterologia do Hospital de S. João, “está na hora de sermos capazes de sair do nosso território de conforto e de chegar junto de populações que, muitas vezes, estão nas prisões e que, outras vezes, vivem nas ruas e que não sabem se têm ou não hepatite C, por exemplo”.

Guilherme Macedo coloca o dedo na ferida ao afirmar que há já exemplos de boas práticas a este nível e que o Norte do País foi pioneiro neste domínio. “O nosso hospital e os nossos médicos fizeram isso. Como sabe, foi aqui que se iniciou o processo de deslocação da equipa às prisões, trabalho que foi feito com o apoio e a ajuda da Abraço. Esta nossa atitude provou que é possível identificar doentes e tratá-los”.

A eliminação da Hepatite C nas prisões, a Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em situação de sem-abrigo, as doenças emergentes nas populações vulneráveis e qual será melhor estratégia para o rastreio da Hepatite C em Portugal foram temas que estiveram em destaque neste encontro na Invicta, bem como as conferências “Populações vulneráveis: o Homem e a sua circunstância”, “Verdade, culpa, vergonha e medo – metáforas das doenças do fígado” e “Factos e fantasias sobre a Hepatite C: o caso português”.

Desinvestimento mediático

De acordo com Guilherme Macedo, a nível nacional tem vindo a registar-se um “desinvestimento mediático quando se fala de Hepatite C, principalmente a partir do momento em que a patologia passou a ser vista como uma doença curável, em 98% dos casos”, o que não pode acontecer porque há muita gente que tem o problema e – mais grave – que não sabe que o tem e que necessita ser tratada”.

Desta forma, para o gastroenterologista que tem dedicado grande parte da sua vida profissional ao estudo das doenças do fígado, “o assunto deve estar presente nas ações a equacionar pela tutela, quer ao nível de rastreio quer mesmo no que se refere a facilitar a acessibilidade ao tratamento de quem dele necessita” pois, acrescentou o clínico a O Hospital, “o que está a acontecer presentemente é que, muitas vezes e em muitos hospitais, os doentes esperam demasiado tempo pela medicação, o que não pode nem deve acontecer”.

Vontade política é, pois, essencial para que altere a forma como olhamos para as patologias do fígado, sendo igualmente urgente avançar para o rastreio, afirmou Guilherme Macedo, acrescentando que neste domínio, apesar de não haver uma consonância de opiniões entre os especialistas, temos de ser práticos

e objetivos: “Há dois tipos de rastreio que podem ser implementados, ou o universal - que muita gente diz que tem um custo demasiado alto, mas que não é verdade – e, um outro, o que envolve grupos específicos, principalmente as pessoas nascidas entre os anos de 1945 e 1965. Se isto for feito, vamos apanhar muitos portugueses que vivem com doenças do fígado que não sabem que a tem e vamos poder tratar”.

De acordo com o professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, há estudos que deixam perceber que “as doenças do fígado podem ser veículos de exclusão social, mas também a exclusão social por si só pode ser um veículo para o aparecimento de doenças do fígado, o que confirma que é importante construir estratégias inclusivas que ajudem a acabar com esta causa.

As metas mundiais assumidas com a OMS para a eliminação da Hepatite C fazem de Portugal um exemplo positivo e as populações vulneráveis são um foco de extrema importância para aquele que é o objetivo final - a eliminação da infeção pelo vírus da hepatite C no mundo. Quando se olha especificamente para as populações vulneráveis, por um lado estamos a identificá-las e, por outro, a trazê-las para aquilo que é um acréscimo de responsabilidade para os médicos que promovem a acessibilidade, a proximidade e a oportunidade para tratar toda a gente.

O futuro da Hepatite C em Portugal

Decorreu nos dias 1 e 2 de março, no Pavilhão do Conhecimento, em Lisboa, o HEP.IC Summit 2019, subordinado ao tema “Shaping the Future”, numa organização da Gilead.

As doenças do fígado, particularmente as grandes questões do momento ligadas ao tratamento, cura e eliminação da Hepatite C tiveram em destaque, tendo participado, como no evento os principais nomes da hepatologia nacional.

As metas de eliminação da doença foram abordadas por Rui Morgado, Norberto de Sousa e Rodrigo Coutinho, que analisaram a situação tendo por base a situação da Hepatite C nas prisões, nas equipas técnicas especializadas de tratamento e nas equipas de programa de baixo limiar. A moderação esteve a cargo de Guilherme Macedo e de Fernando Maltez, enquanto que o painel de discussão contou com Josefinia Mendez e Filipe Calinas.

Já no tema da Microeliminação foi apresentado o exemplo da Região Autónoma da Madeira, através

de Vítor Magno, enquanto que a análise da Cura à eliminação foi apresentada por Cristina Valente, tendo a perspetiva europeia sido apresentada por Alessandra Mangia e Maria Buti. Na primeira mesa foi moderador Rui Tato Marinho e comentadores Luís Jasmins e Ana Paula Reis. A mesa seguinte contou com José Poças e Armando Carvalho como moderadores.

Na mesa sobre “O novo paradigma: simplificar para eliminar”, a palestrante foi Paula Peixe, tendo havido a discussão em formato de Prós e Contras entre Fátima Serejo e Patrícia Pacheco. A moderação contou com a presença de Rafael Esteban e Fausto Roxo.

O último painel do encontro focou-se no compromisso da Gilead nas doenças do Fígado, tendo sido oradores Graeme Robertson, Cristina Fonseca e José Presa, que contaram com a moderação de José Velosa e Kamal Mansinho.

Armando Alcobia e a Farmácia Hospitalar

“O principal constrangimento é a falta de Recursos Humanos”



ARMANDO ALCOBIA
Farmacêutico

As questões relacionadas com a farmácia hospitalar têm estado na ordem do dia, de uma forma direta, mas sem grandes manifestações públicas. A questão da consagração da carreira farmacêutica e o reconhecimento por parte do Ministério da Saúde da importância deste princípio satisfaz os farmacêuticos hospitalares que, no entanto, continuam a dizer que é necessário que os hospitais do SNS olhem para a farmácia hospitalar de outra forma. Armando Alcobia, responsável pela farmácia hospitalar do Hospital Garcia de Orta, considera que “estamos a dar passos importantes na construção do futuro do farmacêutico hospitalar”, mas acrescenta que é necessário “um investimento determinado e forte ao nível de Recursos Humanos, pois ao fim de dois anos esse investimento está rentabilizado”, uma vez que os ensaios clínicos estão em crescimento e o farmacêutico da nova geração é cada vez mais necessário para a produção e para a manipulação de medicamentos inovadores, podendo garantir igualmente a monitorização da adesão à terapêutica dos doentes em ambulatório”.

O Hospital conversou com este farmacêutico sobre a realidade da farmácia hospitalar nos hospitais nacionais, particularmente no Serviço Nacional de

Saúde (SNS) e, segundo refere, essa realidade “está em consonância com o que se passa no setor da saúde, em geral. Não atravessamos uma fase seguramente famosa, mas também não estamos num estado miserabilista”.

Para Armando Alcobia, sem dúvida que existem constrangimentos reais na farmácia hospitalar, “principalmente ao nível dos Recursos Humanos. Digamos que esse é o nosso ‘calcanhar de Aquiles’”. E explica porque: “Apesar de os ratios por cama serem muito diferentes de país para país, centremo-nos no que se passa do outro lado do Atlântico e na Europa. Os Estados Unidos apostam muito no farmacêutico hospitalar, sendo considerado um apoio imprescindível para a gestão do hospital. E, por isso, os números destes profissionais nos hospitais são muito altos; na União Europeia cada país tem a sua perspetiva mas, mesmo assim, na generalidade o que se sente é que nesta nova fase – em que os medicamentos são mais inovadores e mais caros e em que os farmacêuticos continuam a fazer parte da resolução de muitos problemas do hospital – faz todo o sentido aumentar o número de farmacêuticos nas instituições de saúde, particularmente nos hospitais”.

É que, segundo o profissional de saúde, faz todo o sentido fazer contas e ver que vantagens traz para o SNS, e para o país, a aposta numa equipa forte na farmácia hospitalar. “Em muitas situações o farmacêutico hospitalar pode ser o pilar do sistema, face até à escassez de outros profissionais de saúde. Por isso, o aumento de Recursos Humanos na farmácia hospitalar tem de ser visto como uma mais-valia que só traz vantagens, a todos os níveis”.

Ensaio clínico

Portugal e os hospitais nacionais têm feito uma aposta nos ensaios clínicos, que funciona não só ao nível de intercâmbio internacional para os profissionais envolvidos, como acaba por trazer dividendos económicos para os respetivos hospitais. Armando Alcobia não tem dúvidas desta realidade e refere que, nesse contexto, “se se apostar em contratar, por exemplo, dois farmacêuticos numa situação em que estejam em causa ensaios clínicos específicos, no ano seguinte o hospital começa a rentabilizar o investimento feito, porque esses profissionais de farmácia não vão apenas controlar situações básicas como vão igualmente controlar a preparação e manipulação de medicamentos, e fazer o seguimento do doente e da adesão à terapêutica - e mesmo de controle dos efeitos adversos - dentro e fora do hospital”.

O antes e o depois

Quisemos saber como é que Armando Alcobia analisa a evolução do farmacêutico hospitalar nos últimos dez anos e parece não haver dúvidas de que muita coisa melhorou.

“Pelo menos conseguimos acompanhar a evolução terapêutica e hoje temos, diariamente, muita coisa a acontecer na farmácia hospitalar. Mas não tenhamos dúvidas que, para continuarmos a evoluir e a crescer temos de ter uma visão adequada ao nível de infraestruturas de apoio nos hospitais. Se tal não for feito não há retorno do que estamos a fazer”.

E esta questão serviu de mote para perspetivarmos o futuro e para sabermos quais os principais desafios que se colocam a quem aposta na carreira de farmacêutico hospitalar.

Para o entrevistado, “a chegada ao mercado de novos produtos farmacológicos vai aumentar muito na próxima década, particularmente em áreas como cancro, inflamação e doenças raras. Ninguém tem dúvidas disso. Há hoje novos mecanismos de medicamentos para muitas patologias graves e circuitos totalmente diferentes que vão alterar radicalmente a visão que temos da realidade da saúde. Agora, temos de ser capazes de antecipar a mudança. É muito bom investir nos ensaios clínicos, como estamos a fazer, mas temos de ter também noção de que isso

não chega”, e dá um exemplo muito concreto: “Muitos de nós pensávamos que com a evolução da técnica e da tecnologia a manipulação de medicamentos pelo farmacêutico seria, em poucos anos, uma coisa do passado. Nada mais errado. A evolução tecnológica não veio, de forma alguma, acabar com o papel do farmacêutico neste contexto, pelo contrário. Sendo assim, o farmacêutico tem de estar lá. Tem de contar com ele. E os hospitais têm de ter a flexibilidade suficiente para entender este desafio e perceber que somos essenciais para a construção do futuro”.

Depois, acrescenta ainda Armando Alcobia, “não esqueçamos que nos próximos 10 anos a telemedicina vai crescer brutalmente. E dou-lhe uma imagem que pode chocar muita gente: em muitos casos para quê ir à Urgência se o telemóvel filma tudo e o diagnóstico pode ser feito à distância? E já viu a quantidade de coisas que esta pequenina mudança pode fazer? Pode até salvar vidas! Com a entrega da medicação ao doente é igual. Para quê deslocar-se de mês a mês ao hospital para receber a medicação, quando já temos drones na farmácia comunitária a fazer esse trabalho? Porque não apostar nesse recurso também para o hospital? Lógico que tudo isto se liga à aposta nos Recursos Humanos (voltamos ao início da nossa conversa)”.

Carreira Farmacêutica

A Carreira de Farmacêutico Hospitalar foi finalmente reconhecida pelo atual Governo, tendo o secretário de Estado adjunto e da Saúde, Francisco Ramos, anunciado que o internato farmacêutico se passava a designar por residência farmacêutica. A notícia foi recebida com bastante alegria pelo Conselho do Colégio da Especialidade de Farmácia Hospitalar (CCEFH), da Ordem dos Farmacêuticos (OF) e Armando Alcobia reconhece que é bom ter “uma carreira autónoma”, mas, acrescenta, “que não se pense que agora passamos a ganhar muito mais e que foram as questões remuneratórias que estiveram em causa em todo este processo. A principal vitória que tivemos está relacionada com o facto de termos novamente capacidade formativa. O facto de termos conseguido a residência farmacêutica possibilita formar pessoas de forma organizada e os nossos “miúdos” ficam com uma base que lhes garante uma capacidade de trabalho e de conhecimento muito robusta. Digamos que ao fim de quatro anos eles estão aptos para enfrentar o futuro”.

As negociações da carreira farmacêutica foram conduzidas de forma equilibrada e foi um processo demorado, mas que deu certo, reconhece. “Apostámos no diálogo e na conversação direta e não fomos para a praça pública. Conseguimos esta vitória, o que é a prova que fizemos bem, para mais tarde podermos reivindicar. Não podemos cantar vitória, mas temos de saber que nestes processos é bom que sejamos todos flexíveis”.



FERNANDO BASTOS
External Affairs & Market
Access Director AbbVie
Portugal

Mais investimento em Saúde, mais sustentabilidade

A Saúde e a gestão na Saúde são algo extremamente complexo e cujas dificuldades não tendem a diminuir ao longo dos tempos, muito pelo contrário. São cada vez mais os desafios com que as sociedades e os sistemas de saúde se confrontam, a começar pelo envelhecimento da população, em resultado da evolução demográfica, passando pela transformação digital e pelos muitos constrangimentos financeiros dos últimos anos.

Os episódios de doença aguda mantêm-se elevados, enquanto os casos de doença crónica, esses, tendem a ser cada vez mais frequentes, fruto do aumento da esperança média de vida e dos enormes progressos no tratamento de várias doenças, no passado tidas como fatais. Hoje, são milhares os doentes crónicos que necessitam de cuidados ao longo de toda a vida, criando desafios acrescidos aos sistemas de saúde e à própria sustentabilidade desses sistemas.

A sustentabilidade da Saúde é um dos maiores desafios das sociedades contemporâneas e algo que, na AbbVie, encaramos como um compromisso. Na companhia, temos como principal missão causar um impacto notável na vida dos doentes, através do desenvolvimento de medicamentos inovadores. É este objetivo que orienta a nossa atuação e nos move todos os dias e é por isso que queremos continuar a apostar na inovação e explorar novas áreas terapêuticas, sem no entanto descurar a sustentabilidade da Saúde, para a qual queremos contribuir de forma efetiva.

Sustentabilidade, um compromisso de todos

Encontrar um equilíbrio entre o acesso à inovação, a prestação de cuidados de qualidade e a sustentabilidade do sistema não é fácil. É algo que

exige um enorme jogo de cintura, uma grande capacidade de adaptação, alguma ousadia na procura de novas soluções, mas é também algo necessário se quisermos que a Saúde continue acessível a todos no futuro. Algo que todas as partes envolvidas, todos os atores do setor, devem ter em mente: autoridades nacionais, administrações hospitalares, profissionais de saúde, fornecedores, companhias farmacêuticas.

A AbbVie, desde o seu início enquanto companhia, já lá vão seis anos, tem-se posicionado como parceira das autoridades reguladoras da saúde na procura de soluções que ajudem a garantir a sustentabilidade do SNS. Temos como compromisso proporcionar melhores cuidados de saúde aos portugueses e, por isso, mantemos uma permanente negociação quer com as administrações hospitalares, quer com as autoridades de saúde. Acreditamos que só desta forma, com um esforço conjunto e um compromisso sério entre as diferentes partes, conseguiremos dar resposta aos desafios económicos do país e simultaneamente garantir que os doentes têm igual acesso aos medicamentos.

O IS2 Projeto de Sustentabilidade da Saúde

Para materializar o seu real compromisso com a sustentabilidade da Saúde, a AbbVie Portugal aliou-se à NOVA Information Management School (NOVA-IMS), para juntos desenvolverem um projeto pioneiro: o IS2 Projeto de Sustentabilidade da Saúde. Na génese deste projeto, liderado pelo investigador Pedro Simões Coelho, estava a intenção de medir o impacto da saúde na economia. Uma análise relevante para ajudar à tomada de decisão das autoridades nacionais tendo em mente uma maior sustentabilidade da Saúde em Portugal.

Em 2014, começou por ser um indicador do retorno do investimento em Saúde em Portugal, que permitiu demonstrar de forma clara que o financiamento neste setor traduz-se no investimento com vários *outcomes* como a longevidade, morbilidade e qualidade de vida, *Outcomes* de saúde com impacto positivo na população e na produtividade, resultando assim num retorno para a Economia. Falando em números, o estudo permitiu concluir que por cada euro investido na saúde há um retorno imediato de € 0,46 no Produto Interno Bruto (PIB).

No ano seguinte, passaram a fazer parte da análise as percepções dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) acerca da qualidade, preço e eficácia do mesmo. O estudo permitiu ainda quantificar algumas dimensões em falta no modelo explorado no ano anterior, relacionadas com os *outcomes* de saúde e sua transmissão à economia, tornando-se possível compreender melhor os impactos não económicos do investimento em saúde.

A criação do primeiro indicador capaz de medir a sustentabilidade do SNS

Em 2016, foram introduzidas novas dimensões de análise face ao estudo de 2015, resultando na criação do primeiro índice capaz de medir a sustentabilidade na Saúde. Um passo extremamente marcante e importante, uma ferramenta capaz de fazer uma análise aprofundada dos diferentes tipos de investimento em saúde, identificando as áreas onde os recursos são mais prioritários.

Nem mesmo depois de criado o primeiro indicador de sustentabilidade do SNS, o estudo deixou de ser melhorado. Nos anos seguintes, novos parâmetros incorporaram a análise, como a qualidade técnica do SNS, o contributo do mesmo para a melhoria do estado de saúde da população, o impacto dos custos de transporte no acesso da população a cuidados de saúde, entre muitos outros.

Investimento no SNS permitiu um retorno económico de 5 mil milhões de euros

Pela primeira vez, no ano passado, o estudo Índice de Saúde Sustentável conseguiu avaliar o impacto do SNS no absentismo laboral e na produtividade, mas também o impacto do estado da saúde na produtividade. No total, feitas as contas, somando o impacto no absentismo laboral e o impacto na produtividade, o SNS possibilitou uma poupança de 3,3 mil milhões de euros em 2017.

Com este resultado fica claro que o SNS tem um impacto extremamente positivo quer no absentismo laboral, como na produtividade, permitindo poupanças significativas. Mas o estudo conseguiu ir ainda mais longe na sua análise... Se consideramos a poupança de 3,3 mil milhões de euros de impacto por via dos salários e a relação entre a produtividade/

remuneração do trabalho, obtemos um retorno para a economia que ronda os 5 mil milhões de euros. Um número que não nos surpreende, mas que é extremamente relevante e deve ter sido em conta. É a prova, em números, de que a Saúde é de facto um grande investimento, com retorno para a economia, e não uma despesa, como muitos teimam em encará-la.

Um estudo e uma conferência que é hoje um encontro incontornável na Saúde

Tantos dados interessantes revelados ao longo dos últimos anos, graças ao IS2 Projeto de Sustentabilidade da Saúde, não poderiam ficar apenas no papel ou fechados numa gaveta. Nesse sentido, e porque acreditamos que o caminho para uma maior Sustentabilidade da Saúde está na discussão do tema, com o envolvimento de todos os parceiros, o estudo é todos os anos apresentado na Conferência AbbVie DN TSF.

Este é provavelmente o momento mais marcante da AbbVie no ano em termos institucionais, mas é também um momento muito aguardado pelos principais intervenientes no setor da Saúde. Ao longo dos anos, a conferência foi-se afirmando e é hoje um encontro incontornável em matéria de sustentabilidade da saúde.

Este ano, a Conferência AbbVie DN TSF decorre no dia 2 de abril, no Centro Cultural de Belém. Como tem sido costume, num primeiro painel, serão apresentados os resultados do Índice de Saúde Sustentável, que promete revelar novos dados, nunca antes analisados. Depois de apresentados e discutidos os resultados do estudo, teremos um segundo painel, com a participação de várias figuras de relevo a nível nacional, sobre o valor da inovação.

Com esta edição da conferência, queremos continuar a promover a discussão em torno da sustentabilidade da saúde em Portugal e do impacto da inovação na vida dos doentes. Na AbbVie acreditamos que é através do debate que conseguimos, de forma eficaz, promover a procura por respostas e soluções.

É por isso que temos trabalhado em proximidade com as autoridades portuguesas da saúde, com os profissionais de saúde e com as administrações hospitalares. Queremos ser pioneiros na concretização de iniciativas concretas e inovadoras, procuramos soluções reais que possibilitem aos doentes ter acesso à melhor inovação em saúde, contribuindo simultaneamente e de forma positiva para a sustentabilidade do SNS.

Não temos dúvida: só investindo mais em Saúde, teremos um sistema mais sustentável. Só investindo mais em Saúde, poderemos proteger o nosso SNS.

Actividades e Eventos

7º CONGRESSO INTERNACIONAL DOS HOSPITAIS. “ENVOLVIMENTO E RESPONSABILIDADE DO CIDADÃO NO SNS” AUDITÓRIO ESTESL - LISBOA (21-23 DE NOVEMBRO DE 2018)



A APDH organizou o 7º Congresso Internacional dos Hospitais. “Envolvimento e Responsabilidade do Cidadão no SNS” e, em simultâneo, o Encontro da 12.ª edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde®, os quais decorreram nos dias 21 e 23 de novembro de 2017 no Auditório da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL).

Este evento foi realizado com organização da APDH, com o Alto Patrocínio de Sua excelência o Presidente da República e com o apoio institucional da ACSS, Federação Europeia dos Hospitais - HOPE e Federação Internacional dos Hospitais - FIH. Adicionalmente este evento contou com a parceria da ESTeSL dos Comboios de

Portugal e o patrocínio da Janssen, Astellas, Pfizer Oncology, Gilead, IQVIA, Takeda, Octapharma, Adega Vidigueira e Bureau Veritas. Como Media partner contamos com a colaboração da tecno hospital e do Fórum Saúde Século XXI.

Contámos com a presença, entre os três dias de evento, de cerca de 500 participantes, entre académicos e investigadores da saúde, profissionais do setor da saúde e social, destacando-se gestores administradores hospitalares e dirigentes da saúde de uma larga diversidade de instituições hospitalares e de cuidados de saúde do país e com um número considerável de intervenientes nas mesas, 67 palestrantes, dos quais se destacaram 4 Keynote speakers internacionais e um nacional, a saber: Professor Constantino Sakellarides (Fundação para a Saúde – SNS), Eva M. Weinreich-Jensen (presidente da Federação Europeia dos Hospitais HOPE), Eric de Roodenbeke (IHF CEO) e o Professor José Ramón Repullo Labrador (Professor de Economia e Planeamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde, Instituto de Saúde Carlos III de Espanha).



O programa científico, incluindo o dia do pré-congresso onde decorrem um conjunto de workshops temáticos, contou com interessantíssimas participações, de peritos em diversas áreas, designadamente, de organismos centrais de âmbito nacional do Ministério da Saúde, de Regiões de Saúde e de diversos operadores da prestação de cuidados de saúde dos setores público e social. Todos tiveram e produziram aqui pontos altos de trabalho e de contribuição, tendo sido dado particular ênfase à necessidade de compreender e debater o envolvimento do cidadão. Como objetivo principal este congresso pretendeu proporcionar uma análise plural e prospetiva sobre a importância do envolvimento e responsabilização do cidadão na sua saúde e quais os desafios futuros para o sistema de saúde, para os decisores políticos e prestadores

de cuidados de saúde ao nível dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados e para a comunidade e sociedade civil.

Encontro da 12.ª edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde®.

A edição do ano de 2018 do PBPS pretendeu, após onze anos de desenvolvimento de uma parceria extremamente positiva, distinguir as boas práticas em saúde, acompanhar os desafios que se colocam à gestão e disponibilização de cuidados de saúde, centrando-se na temática da “Qualidade na saúde e responsabilização do cidadão” com foco nos seguintes subtemas:

1. Ciclo de vida familiar
2. Papel dos profissionais e das organizações
3. Plano de cuidados participado
4. Literacia e segurança
5. Utilização das TIC

Na edição de 2018 do PBPS rececionou um total de 59 candidaturas.

Contámos com a presença de cerca de 250 inscritos, entre académicos e investigadores da saúde, profissionais do setor da saúde e social, destacando-se gestores administradores hospitalares e dirigentes da saúde de uma larga diversidade de instituições hospitalares e de cuidados de saúde do país e com um número considerável de intervenientes, 19 palestrantes e 9 elementos do júri de avaliação.

Ao longo do dia decorreu a apresentação dos 13 projetos candidatos ao Prémio na categoria de Melhor Projeto 2018, distribuídos por 3 mesas e, em simultâneo, foi apresentada, numa sala adjacente ao auditório, a exposição dos 15 posters científicos candidatos à categoria de Melhor Poster Científico 2018.

Diálogo Aberto “40 Anos - Celebrar Abril (2019) mas antes Alma Ata (2018)”

Seguiu-se o Diálogo Aberto “40 Anos - Celebrar Abril (2019) mas antes Alma Ata (2018)”, que contou com a moderação da Professora Ana Escoval (fundadora do PBPS) e com a participação do Dr. Alcindo Maciel Barbosa (Fundação para a Saúde SNS) e do Professor António Correia de Campos (Conselho Económico e Social).

No final do Encontro decorreu a cerimónia de entrega aos premiados do PBPS.

As distinções recaíram nas seguintes categorias “Melhor Projeto 2018” e “Menção Honrosa” e “Melhor Poster Científico 2018” e “Menção Honrosa”, cujos vencedores em baixo se designam:



Melhor Projeto 2018

Projeto “Utilizadores Frequentes do Serviço de Urgência - A Gestão de Caso Como Modelo de Intervenção”

Instituição / Responsável: Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Menção Honrosa

Projeto “Plano Individual de Cuidados Partilhado como Instrumento de Gestão Centrada no Doente Complexo na ULSM (PIC)”

Instituição / Responsável: Unidade Local de Saúde de Matosinhos



Melhor Poster Científico 2018

Projeto “Enfermagem de Reabilitação em Contexto Domiciliário”

Instituição / Responsável: Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel - Centro de Saúde de Ponta Delgada

Menção Honrosa

Projeto “Melhoria de Outcomes na Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM)”

Instituição / Responsável: Hospital de Braga



Relativamente à Comissão Científica desta 12ª Edição Prémio de Boas Práticas em Saúde®, foi composta por cinquenta e um membros destacados da vasta comunidade de profissionais e académicos da área da saúde.

Vencedor Categoria Melhor Projeto do Prémio de Boas Práticas em Saúde® 2018

“Utilizadores Frequentes do Serviço de Urgência A Gestão de Caso Como Modelo de Intervenção” Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA)

Os Serviços de Urgência (SU) têm enfrentado um aumento da procura, relacionada com a evolução da medicina, as expectativas dos utentes e o envelhecimento da população.

A ULSLA identificou que o grupo dos utilizadores frequentes do SU (4 idas ao SU /ano) representa 12% dos doentes e 36% dos episódios. Destes, 75% tinham Médico de Família (MF). A maioria são doentes crónicos complexos, para quem está desadequada a resposta reativa, episódica e fragmentada que é oferecida, pelo que procuram todos os serviços: SU, Internamento, Consultas.

A mudança de paradigma assenta na Integração de Cuidados, sendo a Gestão de Caso apontada como mais eficiente na resposta às necessidades destes doentes.

A Gestão de Caso é um processo colaborativo que permite a integração da prestação de cuidados em torno dos doentes crónicos complexos. É focado nas necessidades do indivíduo e cuidador, baseado na comunidade e proativo.

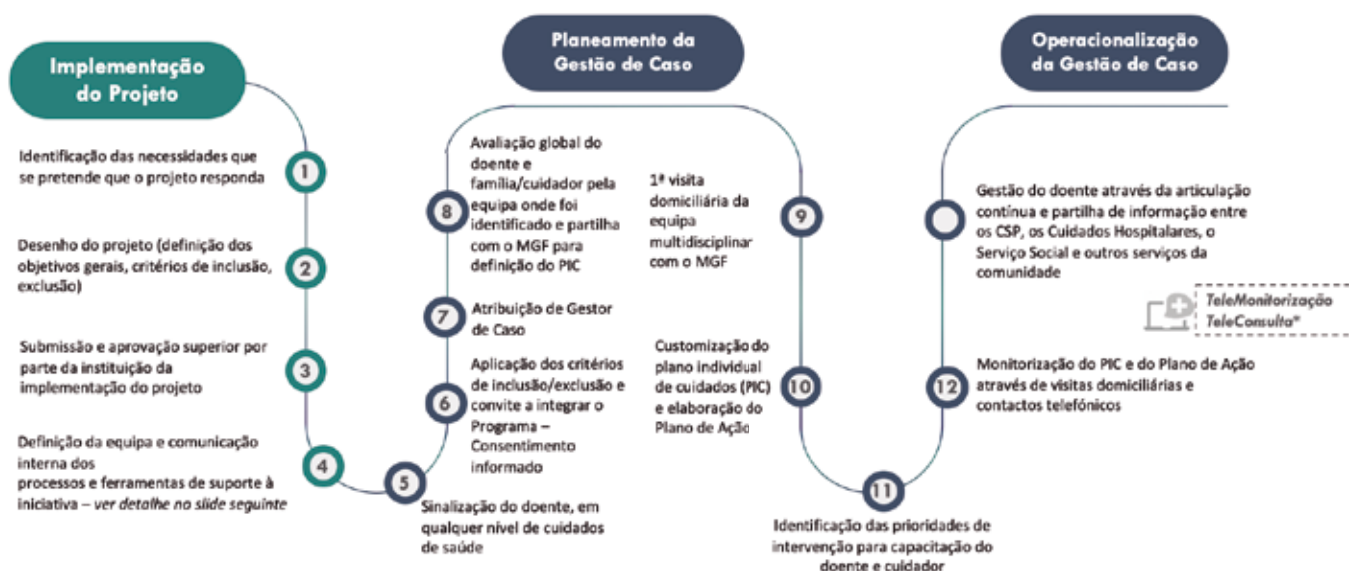
A ULSLA iniciou em 2017, nos CS de Santiago Cacém e Odemira e em 2018 Sines um Programa de Gestão de Caso (PGC) dirigido aos doentes crónicos com multimorbilidade, com os objetivos de manter o doente estabilizado no domicílio, através da coordenação dos cuidados prestados pelos serviços na comunidade e hospitalares, baseado em duas premissas: 1) o gestor de caso é um enfermeiro dos CSP; 2) que trabalha integrado numa equipa multidisciplinar constituída por Médicos (Internistas e MGF) , Enfermeiros e Assistentes Sociais dos CSP e do Hospital, estruturada em Equipas de Gestão de Caso.

Componentes do processo:

- 1) identificação proativa do caso;
- 2) avaliação clínica, familiar, social e cultural do doente e família;
- 3) plano individual de cuidados (PIC);
- 4) capacitação do doente e cuidador na identificação dos sinais de alerta e auto-cuidados;
- 5) integração de Cuidados que inclui a coordenação e colaboração multiprofissional e interorganizacional.

O gestor de caso é o pivot da coordenação dos cuidados identificados no PIC ajudando o doente e família a navegarem no sistema e fazendo a ponte entre os vários níveis de cuidados.

O quadro seguinte traduz os 13 passos da organização do PGC.



De 01/2017 a 12/2018, foram integrados 85 doentes.

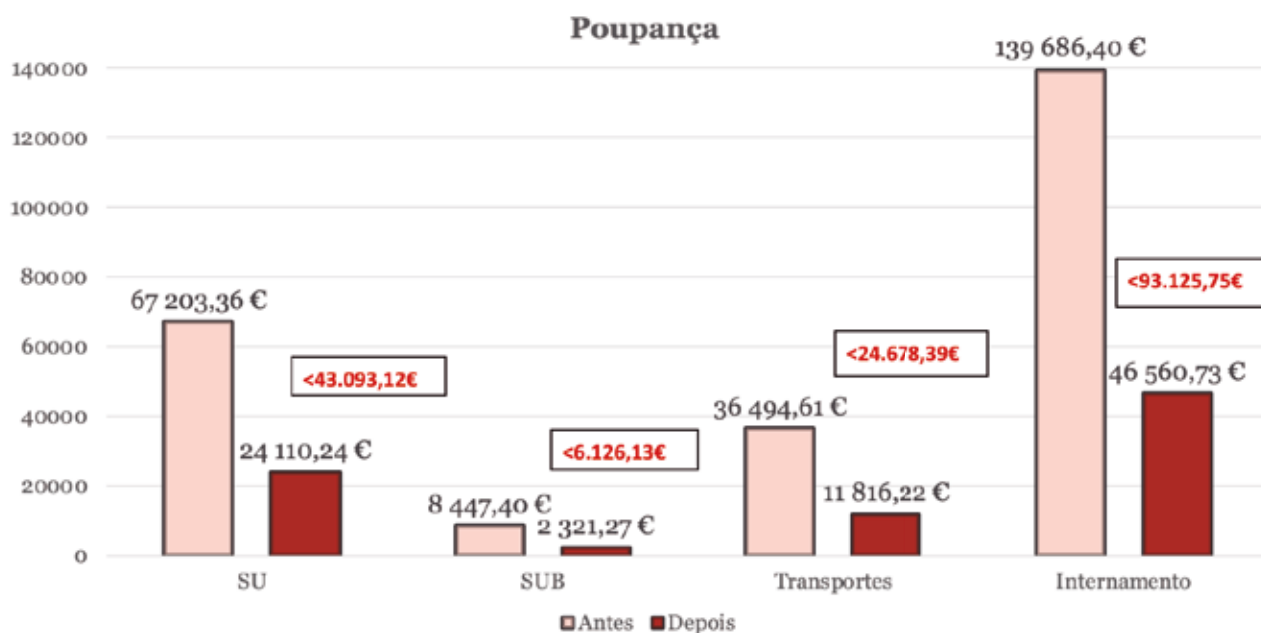
Aos 58 doentes em programa há pelo menos 6 meses foi avaliada a utilização dos serviços nos 365 dias antes e depois.

Resultados

- 53,4% mulheres, idades entre 53 – 88 Anos, média de 76,3 Anos.
- Comorbilidades mais frequentes – Insuficiência Cardíaca, Hipertensão arterial, Diabetes Melitus; I. Charlson 6,2.
- 90% Barthel 100; Escala Gijon 7.
- Redução da utilização dos serviços traduzida no gráfico abaixo. Redução da DM de 10,1 para 8,5 dias.
- A poupança estimada nas linhas de produção está representada no quadro seguinte.
- Total de 167 023,35€ o que corresponde a 2 558€/doente equivalente /ano.

Conclusões

O Programa de Gestão de Caso permitiu melhor controlo dos doentes, redução da utilização dos serviços, redução dos custos.



13.^a edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde®



PRÉMIO DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE®

O Prémio de Boas Práticas em Saúde® (PBPS), é uma iniciativa organizada pela APDH, Direção-Geral da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP e as cinco Administrações Regionais de Saúde, tendo como principal objetivo dar a conhecer as boas práticas em saúde a nível nacional, no âmbito da qualidade e inovação, com vista a replicar as mais-valias para o bom desempenho do Sistema de Saúde.

A 13.^a edição do PPBS centra-se este ano na temática da “Universalidade e Sustentabilidade”, com foco nos seguintes subtemas:

- O acesso face a grupos vulneráveis e risco;
- O acesso face à multiculturalidade;
- Serviços de saúde resilientes;
- Práticas de governação para a sustentabilidade.

A receção e validação das candidaturas irá decorrer de 19 de março a 12 de abril 2019

Mais informações <http://www.boaspraticasemsaude.com/>

Finalidade

Potenciar o nível de saúde das populações
Atender às necessidades e expectativas
dos cidadãos

Objetivos

Dar a conhecer as boas práticas em saúde e
em qualidade e inovação, a nível
nacional e internacional

Replicar as mais-valias das boas práticas para o
desempenho do Sistema de Saúde

Suscitar o desenvolvimento de ações de
mudança com o intuito de se constituírem
casos de excelência

Quem se pode candidatar?

**Instituições de saúde do setor
público, privado ou social**, de
âmbito regional ou local, **ou pessoas
singulares**, colaboradores
dessas instituições

Outras instituições, de âmbito
regional ou local, com parceria
com uma instituição de saúde

Tema

Universalidade e Sustentabilidade

Subtemas:

- O acesso face a grupos vulneráveis e de risco
- O acesso face à multiculturalidade
- Serviços de saúde resilientes
- Práticas de governação para a sustentabilidade

Melhor Projeto

Prémio ao projeto que obtenha a melhor
classificação final de entre os
nomeados e apresentados no Encontro,
na respetiva categoria

Melhor Poster

Prémio ao poster com a melhor
classificação final de entre os projetos
convidados a apresentar poster científico,
na respetiva categoria

19 março a 12 de abril

Receção e validação
das candidaturas

6 maio a 5 de julho

Avaliação científica
documental e *in loco*

Até 30 de setembro

Comunicação dos
resultados

21 a 22 de novembro

Encontro de
Boas Práticas em Saúde
Conferência "SNS no
Feminino"

www.boaspraticasemsaude.com

Parceria



Colaboração Especial



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



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