

Revista

o

Hospital

ANO I, Nº 3

ABRIL/MAIO, 2015

apdh
Associação Portuguesa para
o Desenvolvimento Hospitalar
desde 2002 a pensar Hospitalar



"UM SNS ESTÁTICO, NUM MUNDO EM MUDANÇA, CORRE O RISCO DE INSUSTENTABILIDADE"

Lopes Martins
Administrador Hospitalar

schülke

A fazer história na **Prevenção**
e Controlo de **Infeção** desde 1889

Prevenir a Contaminação · Proteger a Saúde

the plus of pure
performance

Schülke & Mayr GmbH
Uma companhia do
Grupo Air Liquide





Advancing Therapeutics, Improving Lives.

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

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

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

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



Gilead Sciences, Lda.

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

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

000/PT/14-10/IN/1768

ÍNDICE

EDITORIAL	4
INOVAÇÃO	6
ESTUDO	12
GRANDE ENTREVISTA	20
SAÚDE	26
HISTÓRIA	33
INVESTIGAÇÃO	36
APDH	43



Revista da Associação Portuguesa para o
Desenvolvimento Hospitalar



Diretora

Ana Escoval

Coordenadora

Marina Caldas

Redação

Edite Espadinha, Marina Caldas, Marina Tovar Rei

Editora de Arte e Paginação

Ana Rita Gama

Fotografia

Bruno Serra

Revisão

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

Diretor Comercial

José Ferreira

Editora

HOSPIPRESS - Cooperativa Editorial
978-989-99359

Impressão

UE

Tiragem

4.000 exemplares

Distribuição

Gratuita

Periodicidade

Bimestral

Projeto

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

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

Propriedade

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

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



Que futuro nos espera?

Que esperamos nós do futuro?

Editorial

No romance de Eça de Queirós A Cidade e as Serras (1901), o protagonista Jacinto de Tormes, ao buscar a felicidade, empreendeu uma viagem que o reencontrou consigo mesmo e com o seu país. Tal viagem, que concomitantemente é exterior e interior, abarca a pátria portuguesa e reveste-se de uma significação particular, pois pode ser lida como um processo de autoconhecimento: um novo Portugal e um novo português se percebem nas serras que querem utilizar da cidade o necessário para se civilizarem sem se corromperem.

Nas atuais circunstâncias que vivemos na crise da saúde e na saúde da crise, parece importante refletir sobre se seremos também capazes de encetar um processo de autoconhecimento: um “novo” serviço nacional de saúde e um “novo” português que se percebam nas respostas de acesso efetivo e amigável, de proximidade e menor dispêndio, necessárias para humanizarem sem destruírem o que de bom se soube construir.

Assim, sentimos a necessidade de analisar com várias personalidades o presente e refletir sobre o futuro do sistema de saúde, procurando construir ideias a partir de pontos de vista, experiências e saberes muito diferentes, pois a diversidade de experiências e de pontos de vista, numa discussão honesta, só pode ser saudável. As observações que aqui apresentamos, enquanto opiniões e percepções, resultam de reflexões pessoais de alguns profissionais, que procuram, de um modo mais ou menos politicamente descomprometido, ajudar na discussão sobre a evolução do sistema de saúde português, num contexto em mudança de ciclo político.

Procuramos juntar também em resumo, os principais documentos que nos últimos tempos foram sendo

construídos sob a chancela de organizações de relevo, enquanto motores de apoio à discussão e reflexão para uma nova visão do sistema nacional de saúde e uma outra política de saúde, fundada em princípios de solidariedade social, que proteja os cidadãos e garanta a sustentabilidade financeira do sistema e em que se reforcem os direitos e as responsabilidades de todos os que nele intervêm e beneficiam – políticos, profissionais, cidadãos, doentes e, sociedade em geral.

Todos seremos poucos, para em conjunto desenhar respostas que possam corresponder às expectativas dos cidadãos, dos profissionais e dos decisores, bem como às necessidades em saúde que hoje temos e àquelas que se desenham num mundo em transformação – maior longevidade, mais doenças crónicas, mais inovação técnica, tecnológica, terapêutica, maior globalização, menos recursos, mais pobreza, ...

Sobre o incremento da operação de dispensa de cuidados de saúde a cargo de prestadores do setores privado e social, crescente nos últimos quinze anos, escassamente debatido na sua substancial parte em que afeta o orçamento do Estado e sem qualquer consenso explícito de decisão democrática e transparente, poderia fazer parte do caminho reformador do serviço nacional de saúde como o País o quer, desde que consigne garantias de verdadeiro serviço público, com boa qualidade, a custo justo, sem sobre-consumo e com retornos comprometidos com a inovação clínica e a qualidade de vida dos cidadãos – o que de todo não está a acontecer!

Os desafios que hoje nos são lançados obrigam a uma profunda reflexão, mas mais do que palavras, diplomas, intenções, contradições, dogmatismos e indecisões, precisa-se ação.

Ação, participação, comunicação, envolvimento, partilha, verdade.

A Direção da APDH

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

Siga-nos em:



AbbVie, Lda.
Estrada de Alfragide, 67 Alfragipark - Edifício D | 2610-008 Amadora
Telf. 211 908 400 | Fax. 211 908 403
Contribuinte e Matriculada na Conservatória do Reg. Com. da
Amadora n.º 510 229 050 | Capital Social 4.000.000€



O DOENTE NÃO IMAGINÁRIO

ÓSCAR GASPAR

Economista

Pedem-me um texto sobre o futuro da saúde em Portugal quando ando às voltas com uns livros de teatro. Para não perder tempo, junto a necessidade ao prazer e recorro a Molière.

Há quem defina “O doente imaginário”, de Molière, como uma “comédia singularmente amarga”. Um homem com tanto medo da doença que se finge permanentemente doente, ainda que, para tal, exija a presença dos profissionais de saúde em quem não deposita qualquer confiança.

Acontece que o sistema português de saúde é a antítese do “O doente Imaginário”. Até pode parecer forte e viçoso, mas sabemos que estruturalmente está doente. Até pode haver especialistas que jurem que a sangria recente foi purificadora, mas enganamo-nos a nós próprios se embarcarmos num diagnóstico ligeiro. Até pode exorcizar-se este ou aquele setor como agente patogénico, mas tal só distrai da raiz do problema.

No palco da saúde em Portugal temos um ator principal um pouco perdido quando percebe que o papel não chega e as deixas são demasiado curtas para encadear com os atos seguintes. E, já agora, convém que não improvise!

O futuro da saúde em Portugal passa por não ter medo de ouvir o futuro e por assumir os seus desafios. Ao contrário do “doente” de Molière, parecemos transidos de medo do futuro, pelo fato do futuro significar melhor saúde, mais vida, mais inovação. Não vivemos o presente nem preparamos o futuro com receio de haver questões para as quais não temos resposta fácil.

Digamo-lo de forma clara: o sistema de saúde vai garantir maior longevidade e vai permitir mais qualidade de vida mas também vai exigir mais recursos no futuro.

Como o SNS se vai (re)organizar e como vai a sociedade responder à necessidade de maior financiamento são as questões a que a política (e não apenas os políticos) tem que responder. Do meu ponto de vista, entendo que haveria vantagem em evoluir para regras que permitam: Definição de uma estratégia a médio e longo prazo para o SNS; Previsibilidade dos recursos disponíveis em vez da barganha anual; Adoção de orçamentação plurianual, com a evolução das grandes linhas de despesa (prevenção/CSP/hospitalar/CCI; patologias); Exigência de rigor na realização da despesa; Autonomia/responsabilização da gestão das instituições do SNS; Aferição sistemática da performance da despesa pública na saúde e ganhos em saúde; Transparência/



publicitação da despesa pública em saúde (um “contrato social na saúde”¹ em que os cidadãos estejam conscientes do que pagam, do que é consumido e investido); Prosseguir a reforma dos cuidados primários; Manter a atratividade para a excelência dos profissionais; Humanizar o sistema, garantir o acesso e equidade, com responsabilização também dos cidadãos.

Para a sociedade como um todo, temos que encarar a longevidade em todo o seu potencial. Os números oficiais apontam para um incremento da despesa pública com a saúde em 1,1% do PIB até 2060, só com o efeito do envelhecimento² e também sabemos que o INE³ projeta que a população residente em Portugal tenderá a diminuir até 2060, sendo que “entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento vai aumentar de 131 para 307 idosos, por cada 100 jovens”. Segundo os cálculos da OCDE, em 2012 Portugal já era o segundo país do mundo em termos de dependência da terceira idade em meio rural, só suplantado pelo Japão. Estes é que são os desafios a que temos que dar resposta.

Sem fingir que não há opções ideológicas bem distintas ou muitos interesses em jogo, urge congregar responsabilidades em prol do futuro da saúde. Estamos de acordo no essencial, devemos fazer o que é preciso.

Molière saiu de cena em 1673. Com 51 anos. Hoje poderia ter vivido mais 60% de tempo, com mais saúde. A saúde, então, era uma tragédia e hoje está nas nossas mãos que não seja um drama. ■

¹ A paternidade do conceito é do Prof. Constantino Sakellariadis magnificamente exposta no seu livro Novo Contrato Social da Saúde

² <http://www.portugal.gov.pt/media/1405438/20140430%20DEO.pdf>

³ http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2



BE WELL.
A PROMISE MADE TO THE WORLD.*

* FIQUE BEM.
UMA PROMESSA QUE FAZEMOS AO MUNDO.

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

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

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

Todos os direitos reservados. CORP-1021808-0000

INCENTIVAR CIÊNCIA, FOMENTAR SAÚDE

A Gilead Sciences tem-se distinguido pela inovação na investigação e desenvolvimento de novos medicamentos e de conhecimento científico, bem como na implementação de iniciativas em áreas de responsabilidade social, quer a nível global quer na esfera nacional.

Através de um trabalho centrado na investigação e desenvolvimento de terapêuticas inovadoras em áreas de necessidade médica não preenchida, a Gilead faz hoje a diferença na vida de milhões de pessoas em todo o mundo.

A política da Gilead Sciences, a nível global, tem-se pautado pela conjugação de esforços, com entidades governamentais e da sociedade civil, para aumentar o conhecimento e a consciencialização da doença, melhorar as estratégias de diagnóstico e tratamento, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, e expandir a educação dos profissionais de saúde nas áreas terapêuticas em que tem atividade – infeção VIH/SIDA, hepatites virais crónicas, hemato-oncologia e doenças inflamatórias e respiratórias – política essa que é replicada em cada país, através do desenvolvimento de programas específicos destinados a apoiar, não só a investigação, mas também a comunidade, num trabalho participado e modelado por um diálogo permanente de envolvimento com todos os interlocutores.

Em Portugal, essa política materializa-se no Programa Gilead GÉNESE, lançado em 2013, com o objetivo de incentivar em Portugal a investigação translacional e clínica, a geração de dados e a implementação de boas práticas de acompanhamento dos doentes. Em paralelo, pretende-se com este programa apoiar projetos nas áreas de educação para a saúde, bem como a intervenção comunitária e cívica.

Em 2014, candidataram-se à 2ª edição do Programa Gilead GÉNESE mais de 60 projetos nacionais submetidos por diferentes entidades científicas, académicas e da sociedade civil. A cerimónia de distinção dos projetos apoiados realizou-se no Pavilhão do Conhecimento, em Lisboa, no dia 11 de março, tendo contado com a presença das entidades governamentais e de instituições do SNS, das comunidades médica e académica e das organizações da sociedade civil.

A Cerimónia integrou ainda a conferência “Desafios da Saúde no Século XXI”, ministrada pelo Professor Doutor Alexandre Quintanilha, a qual lançou diversas reflexões de carácter ético que desafiaram toda a audiência.

O Professor Doutor Pedro Pita Barros, Professor Catedrático da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, e um dos elementos da Comissão Externa de Avaliação dos Projetos de Iniciativa Comunitária do Programa Gilead GÉNESE, apresentou o balanço da edição de 2014, tendo-se seguido uma troca de impressões com alguns elementos da plateia sobre a relevância destas iniciativas e da responsabilidade empresarial corporativa com a sociedade civil e com as comunidades de investigação em Portugal.

Na edição deste ano a avaliação dos projetos de carácter científico foi efetuada por uma Comissão Externa de Avaliação constituída por quatro peritos de diferentes áreas: o Prof. Doutor João Gonçalves, Professor Associado da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, o Prof. Doutor Francisco Antunes, Especialista em Doenças Infecciosas e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, a Prof.^a Doutora Helena Cortez-Pinto, Presidente da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (biénio 2013-2015), e o Dr. Adalberto Campos Fernandes, Professor Auxiliar Convidado da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, que distinguiram 8 dos projetos científicos em avaliação:

FARM-ID Associação da Faculdade de Farmácia para a Investigação e Desenvolvimento - COMBI-VIH: nanoplataforma multivalente para a modelação de células imunológicas para o controlo da infeção por VIH/SIDA;

FARM-ID Associação da Faculdade de Farmácia para a Investigação e Desenvolvimento - Morbilidade e natureza das infeções por Micobactérias Não-Tuberculosas (MNT) numa corte de doentes infetados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH);

Fundação da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa - A sinalização pró-inflamatória como novo alvo terapêutico na Fibrose Quística;

Fundação da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa - Pesquisa de novos alvos moleculares para adjuvar a correção farmacológica da F508del-CFTR;

Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Imunonodiagnóstico da pneumonia por Pneumocystis (PPC): uma abordagem inovadora baseada na associação de biossensores serológicos e nanopartículas;

Instituto de Medicina Molecular - Impacto da Infeção pelo HIV-2 nos gânglios linfáticos;

Instituto de Medicina Molecular - Infecção pelo HIV-2: Repositório Clínico e Biológico;

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - Caracterização da hepatite C em frequentadores de um Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigência

Na vertente comunitária, a Comissão Externa de Avaliação foi constituída por três peritos de diferentes áreas: a Dr.^a Clara Carneiro, Consultora para os Assuntos da Política de Saúde da Casa Civil do Presidente da República, a Dr.^a Maria Teresa Branco, membro da Direção da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da Sida, e o Prof. Doutor Pedro Pita Barros que selecionaram 6 projetos:

AJPAS - Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde - RASTA - Rastreo e Acesso à Saúde a Todas as Africanas;

APDES – Agência Piaget para o Desenvolvimento - Detecção do VIH/SIDA, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Víricas nos/as Trabalhadores/as do Sexo (TS);

APFQ – Associação Portuguesa de Fibrose Quística - Programa de Fisioterapia no domicílio para doentes com FQ;

GAT – Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos VIH/SIDA – Pedro Santos - Informação e rastreio de VHC, ligação e religação aos cuidados de saúde para ex-utilizadores de drogas;

POSITIVO – Grupo de Apoio e Auto-ajuda - TAR+ Projeto

de Promoção de adesão à TAR e retenção nos cuidados de saúde;

SER+ – Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA – AMPARAR, Capacitação das pessoas que vivem com a infeção VIH e/ou hepatite.

De referir ainda que esta edição contou também com uma Comissão Consultiva, órgão de apoio que colaborou na legitimação científica e divulgação do Programa Gilead GÉNESE, integrada pelo Prof. Doutor Daniel Serrão, Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina do Porto e Professor Convidado do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa e a Dr.^a Rosalia Vargas, Presidente da Agência Nacional para a Cultura Científica e Tecnológica – Ciência Viva e do Pavilhão do Conhecimento, que foi este ano a anfitriã do evento.

Nesta 2^a edição, o montante atribuído ascendeu a 250.000€, que irá assim contribuir para a otimização da prática clínica, da melhoria da qualidade de vida dos portugueses e dos resultados em saúde.

Sob o mote "Incentivar ciência, fomentar saúde", o Programa Gilead GÉNESE pretende, no futuro, chegar a um maior número de novos projetos e parceiros e incentivar, cada vez mais, a investigação clínica, a investigação epidemiológica, bem como contribuir para a geração de dados em Portugal.

A Edição 2015 do Programa Gilead Génese será lançada durante o mês de maio. ■



O FUTURO COMEÇA AGORA

ANTÓNIO LEÃO

Country Manager da Lilly Portugal



Há quase 140 anos que a Lilly trabalha para criar medicamentos que melhorem significativamente a vida dos doentes. Desde o desenvolvimento da insulina ao fabrico da vacina contra a poliomielite e à descoberta de medicamentos para o tratamento das doenças mentais, fomos os pioneiros em vários avanços contra algumas das doenças mais devastadoras que atingem a humanidade.

Fundada em 1876 pelo Coronel Eli Lilly no estado do Indiana, Estados Unidos, a inovação sempre foi a chave do avanço da Lilly. Aos 38 anos, o farmacêutico americano empenhou-se em melhorar a eficácia e o acesso aos medicamentos que estavam disponíveis no fim do séc. XIX, muitos deles ainda sem um processo de fabrico definido e estandardizado. A sua visão era clara: desenvolver medicamentos que pudessem apenas ser dispensados por recomendação médica em vez da venda por caixeiros-viajantes, situação habitual na época.

O grande ponto de viragem surge em 1923, com o desenvolvimento da primeira produção em larga escala de insulina. Na época, foram precisas muitas centenas de milhares de dólares para desenvolver métodos de produção suficientemente seguros e eficientes de modo a levar a descoberta de Frederick Banting e Charles Best aos milhares de doentes que precisavam. A diabetes é, hoje, uma das áreas-chave da Lilly, e onde mais investimos para continuarmos a desenvolver novas soluções.

Na década de 40, a Lilly foi uma das primeiras empresas a desenvolver um método de produção

em massa da penicilina, o primeiro antibiótico da história, dando assim início a um esforço de longo prazo na luta contra as doenças infecciosas.

Os anos 50 trouxeram a introdução da vancomicina e da eritromicina, dois antibióticos importantes. A vancomicina é ainda hoje muito usada no tratamento de infeções hospitalares multiresistentes. Outro marco da história da Lilly nesta década é a produção em massa da vacina para a poliomielite.

Muitas inovações promissoras continuaram a surgir durante as décadas de 60 e 70 do século passado. As novas descobertas deram-se sobretudo na área dos antibióticos, da incessante luta contra o cancro e das doenças cardiovasculares. A década de 80 trouxe o mais significativo avanço no tratamento do diabetes desde os anos 20, com a introdução de insulina que usa a tecnologia de DNA recombinante. Mais tarde, a introdução da fluoxetina inaugurou a era de uma nova classe de medicamentos para o tratamento da depressão clínica que facilitou significativamente o tratamento desta patologia.

Desde então, o surgimento de medicamentos inovadores nos laboratórios da Lilly nunca mais parou, e incluiu, entre outros, novos tratamentos para o cancro, para as doenças mentais, para a diabetes e para as doenças cardiovasculares.

Os laboratórios de investigação clínica da Lilly, localizados em 55 países, estão em permanente atividade para descobrir e desenvolver medicamentos inovadores e de alta qualidade. Os 7.900 colaboradores que trabalham em Investigação e Desenvolvimento (I&D) procuram dar resposta a alguns dos problemas de saúde mais prementes da atualidade, e a companhia reinveste anualmente em I&D 24% da sua faturação total.

O futuro começa agora. A Lilly tem mais de dez moléculas em fase final de investigação e um dos pipelines mais ricos da indústria farmacêutica. Os medicamentos que vão chegar nos próximos cinco anos são fundamentalmente da área hospitalar, e a companhia está concentrada não só em provar a sua eficácia, mas acima de tudo o seu custo-efetividade – crucial, numa altura de recursos escassos para todos. ■



ARTRITE
REUMATOIDE



PSORÍASE
E ARTRITE PSORIÁTICA



CANCRO



DOENÇAS
CARDIOVASCULARES



DIABETES TIPO 1 E 2



ALZHEIMER



DOR

ÁREAS DE FOCO
DA LILLY
NA PRÓXIMA DÉCADA

Juntos pela inovação.



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

“O SETOR DA SAÚDE: DA RACIONALIZAÇÃO À EXCELÊNCIA”

LUÍS PORTELA

Presidente do Health Cluster Portugal

Concentrar recursos em nichos de mercado diferenciados; alargar a liberdade de escolha por parte do utente num contexto de livre concorrência entre prestadores de serviços de saúde; incentivar novos modelos de financiamento com um incremento do peso dos resultados no modelo de negócio, constituem algumas das medidas preconizadas pelo Estudo “O Setor da Saúde: Da Racionalização à Excelência”¹, elaborado pela Porto Business School (PBS) para o Health Cluster Portugal (HCP). Publicado em março de 2013, este trabalho defende ainda o reforço do ambiente de informação disponível no setor e a criação da marca “Saúde Portugal”.

Ao longo das últimas décadas os profissionais de saúde portugueses construíram um sistema que funciona bem e que tem um enorme potencial de desenvolvimento futuro.

Temos um conjunto de Unidades de Saúde que prestam, em geral, um bom serviço aos utentes, nos quais se salientam alguns hospitais de grande qualidade. Temos uma rede de farmácias que funciona com satisfação dos utentes. Temos produtores farmacêuticos e de dispositivos médicos com muito bons produtos, alguns dos quais apostam no mercado global. Temos um conjunto de Universidades que investem atualmente em inovação em saúde. Temos alguns institutos de investigação com excelentes investigadores, que publicam nas melhores revistas. E temos cerca de 3.000 doutorados em Ciências da Saúde, dos quais cerca de 200 já trabalham em inovação nas empresas.

Os nossos indicadores de saúde comparam muito bem com o que se faz na Europa e no resto do mundo. Os profissionais de saúde portugueses desenvolveram um sistema que funciona bem e que tem criado riqueza para o país. As exportações do setor quase duplicaram nos últimos seis anos, atingindo em 2014 o máximo histórico de 1162 milhões de euros, o que o torna uma referência nas exportações portuguesas.



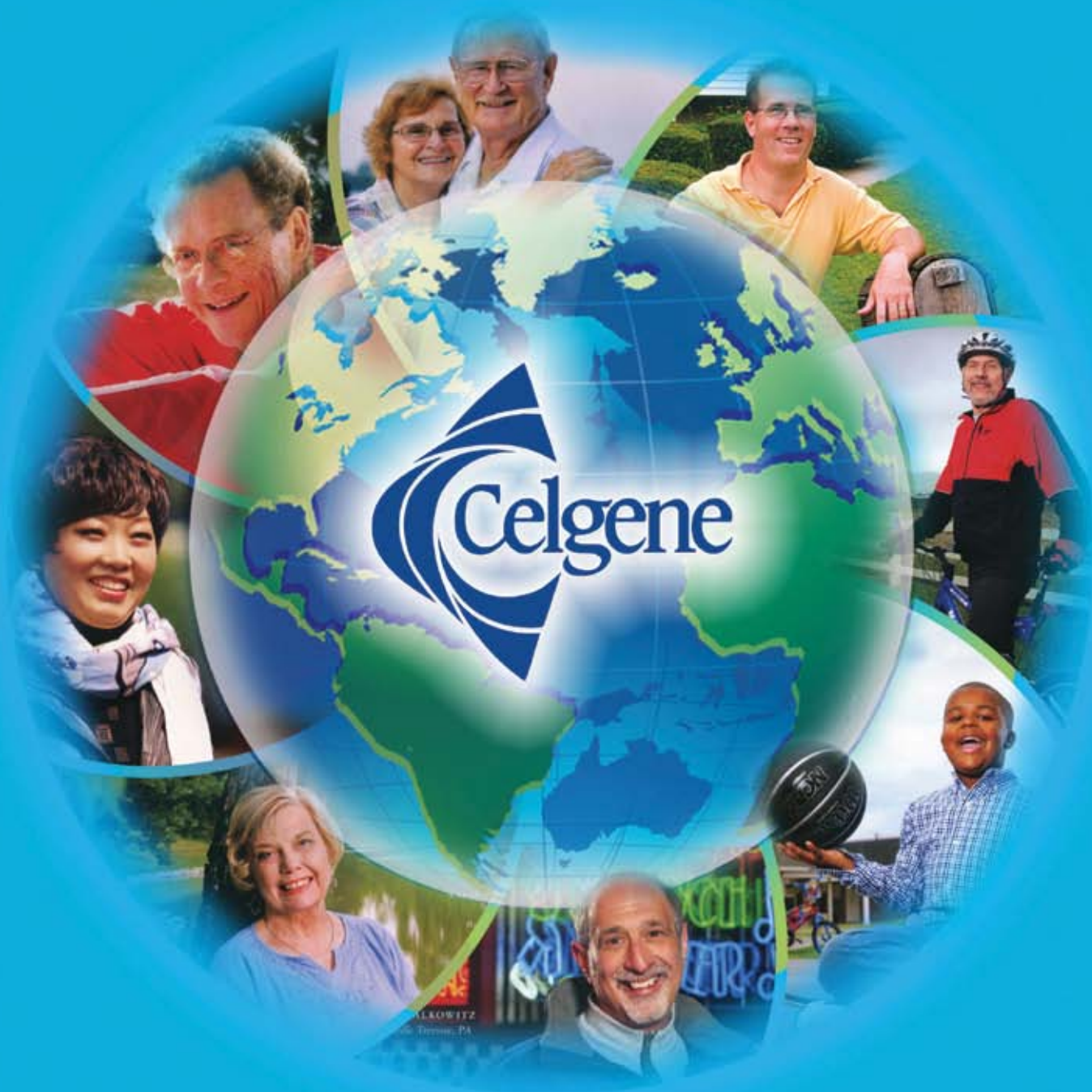
Mas este desenvolvimento, esta mais-valia para o país, tem riscos de sustentabilidade. Os êxitos do setor traduziram-se num grande aumento da esperança de vida dos portugueses nos últimos quarenta anos, a qual é agora ligeiramente superior à média europeia. Ao viverem mais, utilizam mais – sobretudo depois dos 65 anos – o sistema de saúde, o que fez disparar os encargos do SNS. Daí o conjunto de medidas restritivas que os diferentes governos adotaram nos últimos doze anos e a muito falada necessidade de racionalização na utilização dos recursos.

É importante criar condições para que o sistema de saúde continue a servir apropriadamente as necessidades da população. Mas também é importante que as medidas de racionalização não inviabilizem o todo, prejudicando a criação de riqueza para o país e os interesses dos cidadãos no médio/longo prazo. As medidas devem, por isso, ser perspectivadas nas suas vantagens imediatas, mas também nas suas repercussões futuras.

Algumas áreas - como a indústria farmacêutica e as farmácias - têm sido muito visadas, já não podem ser mais sacrificadas e terão mesmo de ser aliviadas para poderem resistir e investir apropriadamente, mas outras têm espaço para a busca de soluções inteligentes e mais eficazes. Por isso, a Direção do Health Cluster Portugal solicitou à Porto Business School um estudo que apontasse

¹ O Estudo está disponível em <http://healthportugal.com/Quem%20somos/documentos>





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

Celgene, Sociedade Unipessoal, Lda.

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

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

E-mail: celgene.portugal@celgene.com



algumas medidas de racionalização que permitam melhorar a situação atual, de uma forma sustentável. O pedido especificava que fosse evidenciado apenas um pequeno número – as mais importantes – para um debate e uma eventual aplicação construtiva, em prol da saúde dos portugueses.

A Porto Business School apresentou 5 medidas:

1. **Concentração de recursos humanos e financeiros em subclusters especializados em nichos de mercado diferenciados;**
2. **Alargamento do princípio da liberdade de escolha por parte do utente e promoção do aumento da concorrência entre os prestadores;**
3. **Financiamento dos prestadores de cuidados primários por capitação ajustada pelo risco, ficando responsáveis pelas despesas de saúde dos seus utentes (dentro de um pacote de serviços pré-definido). Aumento gradual do peso que a componente associada aos resultados tem na remuneração dos hospitais, indústria e profissionais de saúde;**
4. **Promoção da qualidade da informação disponível para a tomada de decisão de utentes, profissionais de saúde, gestores e políticos;**
5. **Implementação de iniciativas que possibilitem que Portugal seja percecionado no exterior como um país de referência no setor da saúde.**

A primeira das medidas sugere que se concentrem os recursos existentes, humanos, financeiros e físicos num número reduzido de “subclusters”, selecionados em função de competências já criadas. A congregação de esforços e de investimento em áreas de conhecimento e de produção em que Portugal construiu vantagens competitivas contribuirá para o sucesso da estratégia de internacionalização do setor. Experiências semelhantes foram adotadas em França, onde o *Pôle de Compétitivité Cancer-Bio-Santé* tem em curso quatro atividades estratégicas no domínio da prevenção, diagnóstico e tratamento do cancro, com cada grupo de trabalho a ser dirigido por um “animateur” proveniente da indústria e um “co-animateur” proveniente do meio académico.

A segunda medida promove a liberdade de escolha e a concorrência entre prestadores. Para além de assegurar que o doente é colocado no centro do sistema, é uma resposta necessária à diretiva comunitária sobre os cuidados de saúde transfronteiriços, que permitirá que os cidadãos portugueses se possam deslocar a outros países comunitários para receberem cuidados de saúde, com os encargos a serem suportados pelo Estado português. Antecipa-se que uma medida desta natureza “obrigue”

os prestadores a oferecerem a melhor relação custo-benefício dos serviços prestados e que os utentes, pelas suas escolhas, possam conduzir a uma reestruturação da rede de cuidados e a um redimensionamento do sistema que não seja meramente administrativo.

A terceira medida sugere que o pagamento aos prestadores se baseie mais nos resultados alcançados e que a remuneração das unidades de cuidados primários resulte de uma capitação ajustada pelo risco. O objetivo é, na primeira dimensão, aumentar gradualmente o peso que a componente associada ao desempenho e aos resultados tem na remuneração das instituições (USF, hospitais e indústria farmacêutica) e dos profissionais de saúde. Para que esta medida seja bem-sucedida, é necessário que se estabeleça uma relação clara entre a atuação do profissional ou da instituição e os resultados desse esforço, o que requer sistemas de informação bem estruturados. A capitação corrigida pelo risco consiste no pagamento a cada prestador de um montante pré-determinado por cada beneficiário registado, garantindo como contrapartida a prestação de um conjunto identificado de serviços, premiando os prestadores que consigam ser mais eficientes.

A quarta medida passa pela aposta em sistemas de informação integrados que potenciem melhorias na prestação de cuidados de saúde e evitem a duplicação e a ineficiência, em particular através da reorganização e standardização de processos e da adesão a *guidelines*, importantes recursos na gestão do eventual erro na prática médica e numa monitorização e num *benchmarking* mais efetivos.

Por fim propõe-se o desenvolvimento de um conjunto de iniciativas integradas que possibilitem que Portugal seja percecionado no exterior como um país onde as ciências da saúde são uma aposta estratégica e um dos setores mais competitivos a nível internacional, construindo uma marca e notoriedade comuns a todos os agentes do setor, da investigação à prestação.

O Health Cluster Portugal tem vindo a promover a divulgação deste Estudo bem assim como a discussão e o debate das medidas nele preconizadas, três das quais foram em larga medida já incorporadas no seu Plano de Ação. Com efeito, o HCP decidiu avançar com a implementação dos Subclusters de Neurociências e de Oncologia (medida 1). Adotou o Turismo de Saúde como aposta estratégica (medida 5). E ampliou a sua visão do papel do e-health enquanto instrumento privilegiado na melhoria da gestão, da investigação, do diagnóstico e da prestação de cuidados (medida 4). ■



Traduzimos a linguagem da vida em medicamentos vitais

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

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

AMGEN[®]

Pioneering science delivers vital medicines[™]

PORTUGAL A CRISE E A SAÚDE

CONSTANTINO SAKELLARIDES

Professor Catedrático Jubilado da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa



No contexto da preparação da Conferência da OMS sobre a crise económica e a saúde na Europa, realizada em abril de 2013 em Oslo, pela OMS/Europa, em colaboração com o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, estas organizações solicitaram a um conjunto de técnicos de sete países, particularmente afetados pela crise económica em curso – Irlanda, Portugal, Espanha, Grécia, Lituânia, Letónia e Estónia – a elaboração de estudos que resumissem o conhecimento existente quanto à relação entre a crise económica e financeira e a saúde, nesses países. Estes estudos foram iniciados em dezembro de 2012, ultimados em agosto de 2013 e publicados em dezembro de 2014.

Resumem-se seguidamente as principais conclusões do estudo português.

As principais medidas do Programa de Ajustamento Económico e Financeiro para Portugal (2011-2014), naquilo que diz respeito à saúde, foram a redução dos gastos com a saúde (hospitais e medicamentos), a racionalização da utilização dos recursos da saúde e o aumento das receitas na saúde, através de maiores copagamentos (“taxas moderadoras”) no SNS.

No entanto o programa de ajustamento não tomou em linha de conta os prováveis efeitos das medidas de

austeridade, abruptas e intensas, (incluindo aquelas que foram prescritas para o setor da saúde), na saúde e nos serviços de saúde portugueses. Contudo, a necessidade deste tipo de previsão (health impact assessment) está explicitada nos tratados da União Europeia e em todas as recomendações da OMS neste domínio.

Esta omissão tem sérias consequências: não proporciona, à partida, qualquer oportunidade de calibrar a natureza e intensidade da austeridade para de alguma forma minimizar os seus prováveis efeitos sobre a saúde; não conduz a uma monitorização oportuna e efetiva destes efeitos e, portanto, não favorece uma atuação precoce sobre eles; quando estes efeitos se manifestam há a tendência para desvaloriza-los ou mesmo e nega-los; não se contribui para criar as condições necessárias para uma avaliação conjunta das políticas públicas que permita eventualmente redesenhar mais sensatamente o programa de ajustamento em curso.

O estudo dos impactos da crise económica e das políticas de austeridade a ela associadas num determinado momento, requer o considerável esforço de recolher, analisar e fazer sentido da melhor evidência disponível naquele momento sobre esses eventuais efeitos. Este esforço é essencial para avaliar e reorientar políticas públicas, e é diferente da investigação de tipo etiológico que desenha e testa hipóteses explicativas no horizonte temporal mais conveniente para esse estudo.

A evidência disponível em meados de 2013, permitia identificar efeitos negativos da crise na saúde mental dos portugueses (perturbações de depressão e ansiedade) e na procura e utilização dos serviços de saúde por parte das populações mais vulneráveis. No entanto, quanto a



esta situação, não era possível, à altura, esclarecer qual a contribuição relativa do empobrecimento, das dificuldades na utilização dos transportes, dos copagamentos e das preocupações com o emprego.

Também foi possível encontrar indicações significativas de que os cortes orçamentais, a redução dos rendimentos dos profissionais e a degradação das suas condições de trabalho eram suscetíveis de influenciar negativamente a

prestação dos cuidados de saúde.

Os efeitos da crise económica na saúde, não são só aqueles que é possível identificar a curto prazo, como é aqui manifestamente o caso. Também é óbvio que a crise económica ainda não acabou.

Nessa medida, as conclusões deste estudo, aqui resumidas, contêm importantes lições para o futuro. ■



UM FUTURO PARA A SAÚDE TODOS TEMOS UM PAPEL A DESEMPENHAR

JORGE SOARES

Diretor do Programa Gulbenkian Inovar em Saúde

Foi-me pedido um testemunho sobre o relatório que, por iniciativa do Programa Gulbenkian Inovar em Saúde, a Fundação Calouste Gulbenkian apresentou publicamente em setembro de 2014.

O propósito não era produzir (mais) um relatório sobre o diagnóstico da saúde em Portugal e, no final, propor uma lista vasta (e inexequível) de medidas de tratamento. A ideia era mais ambiciosa porque mais simples: num contexto de dificuldades crescentes para o sistema nacional de saúde (não necessariamente resultantes da austeridade financeira), o desafio seria ousar pensá-lo para um futuro de médio prazo.

Vinte e cinco anos foi o período de tempo que, tendo uma razoável amplitude, não pareceu ser excessivamente ambicioso. O desafio consistiu, assim, através de um olhar polifónico, em revisitar modelos e conceitos para assegurar um serviço público de saúde sustentável, ou seja, com estabilidade suficiente para sobreviver às dificuldades e às ameaças que será possível antecipar-lhe (custos das inovações tecnológicas, sobreconsumo, redundâncias, p.e.) bem como aos fenómenos imponderáveis (surtos de epidemia, p.e.).

Mais de centena e meia de individualidades e instituições ouvidas e um ano e meio de trabalho culminaram num relatório que, uma comissão coordenada por Lord Nigel Crisp e outras seis personalidades¹, procurou apontar a uma visão nova assente no empoderamento dos cidadãos, na participação ativa da sociedade através dos seus diferentes componentes, reconhecendo o papel transversal da saúde em todas as políticas, convergindo num novo pacto em que a todos, sem excepção, tem de ser atribuído e valorizado um papel visando a melhoria da



saúde e do bem-estar e a criação e manutenção de um sistema de saúde sustentável.

São múltiplos e diversificados os fatores que influem na saúde (educação, ambiente, economia, qualidade dos cuidados, competências dos profissionais) o que exige, em todos os setores, uma capacidade de aprendizagem e de adaptação, forças mobilizadoras de vontades e justos interesses, e em que todos (e não só os profissionais!) têm um *papel a desempenhar*.

Fatores positivos há que podem ajudar os sistemas de saúde a serem melhores, enquanto que outros representam dificuldades ao seu equilíbrio funcional, na prestação dos serviços esperados e nos custos que estão associados. Nos primeiros, incluem-se os progressos da ciência biomédica e das tecnologias aplicadas aos diagnósticos e às terapêuticas, os conhecimentos sobre os benefícios da prevenção da doença, a crescente consciencialização individual sobre os comportamentos de risco, o esforço de aperfeiçoamento dos processos de organização e da qualidade da prestação de cuidados.

São indicadores que reconhecidamente promovem pior saúde, o agravamento das desigualdades sociais e,

¹ Donald Berwick, Ilona Kikbusch, Wouter Bos, João Lobo Antunes, Jorge Soares, Pedro Pitta Barros



nomeadamente das condições de pobreza, o consumo de produtos não saudáveis a que as novas gerações são especialmente vulneráveis, a dificuldade de adaptação dos modelos e dos sistemas de cuidados à evolução da própria sociedade, nomeadamente ao aumento da longevidade e da prevalência das patologias crónicas de longa duração.

O relatório reconhece que há ideias muito simples - “a saúde começa em casa ... e na família, e na comunidade e na sociedade” - que devem ser trazidas para o centro do sistema. Essa “linha natural” de participação (o indivíduo, a família, o trabalho, a comunidade) deve fazer com que os cidadãos se tornem mais ativos nas suas responsabilidades e que os diferentes setores e estruturas da sociedade cooperem para promover a saúde e o bem-estar, recriando uma visão inovadora, identificada através de um novo conceito: a coprodução da saúde. As boas escolhas individuais também supõem que os cidadãos estejam na posse dos seus registos pessoais de saúde, disponham de informação sobre a qualidade e os custos dos serviços de que podem vir a necessitar, pois só deste modo podem participar ativamente nos processos de decisão sobre a sua situação de saúde e ajudar às que tenham de ser tomadas pelos seus familiares próximos.

Os progressos das tecnologias de informação e comunicação, os progressos da ciência biomédica e das tecnologias de diagnóstico e terapêutica podem ajudar a organizar a prestação de cuidados e, potencialmente, beneficiam os cidadãos com novas e mais eficazes terapias. Contudo, se todas as melhorias são mudanças, nem todas as mudanças representam reais melhorias. A evidência científica do benefício da introdução de novas práticas deve ser fortemente regulada, para o que se sugere criar um organismo autónomo (SNS-Evidência), que também ajudará a incluir a inovação no processo de melhoria contínua da qualidade, na sua representação multidimensional, contribuindo para reduzir o desperdício e a despesa, que são fatores que prejudicam a sustentabilidade de todos os sistemas de saúde.

A melhoria contínua da qualidade é um motor crucial no esforço de reforçar a capacidade do sistema de saúde e deve integrar as inovações técnico-científicas na medicina do futuro, ajudando a promover a colaboração do SNS com as instituições académicas e de investigação e com as empresas do setor, reforçando o valor da saúde como elemento contributivo para o desenvolvimento económico do País.

O Relatório “*Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*” conclui com 20 recomendações que devem, no seu conjunto, celebrar um novo pacto para a saúde, que reúna os diferentes setores da sociedade civil e os responsáveis políticos num propósito comum:

assegurar um serviço público de saúde que possa ser sustentável. O futuro da saúde exige esse propósito de participação coletiva, organizada em torno de um compromisso ou pacto, que convoque a contribuição de todos os setores da sociedade no reforço dos modelos organizados na comunidade, que ofereçam proximidade na atenção às pessoas e promovam o trabalho de equipa, com novas funções e uma apropriada liderança.

A sustentabilidade do sistema assenta em todos estes pilares e não é um mero equilíbrio conjuntural, de natureza financeira. A saúde dos cidadãos, a sua promoção, é condição implícita para que o sistema seja sustentável. Ter cidadãos saudáveis é a condição primeira para não ocorrerem desequilíbrios que comprometam o regular funcionamento dos serviços e dos cuidados que prestam. Deve valorizar-se a saúde em todas as políticas e ter em especial atenção o desenvolvimento de programas intersectoriais que promovam a literacia, fazendo de cada indivíduo um melhor utilizador dos recursos existentes, o que constituirá uma prática responsável de cidadania.

As doenças crónicas de longa duração numa população que cresce, em cada ano, a sua longevidade são um alvo especial a cuidar. Uma estratégia para a sustentabilidade, que procure diminuir custos não pode concentrar-se somente na boa governança e na contenção do desperdício, aspectos naturalmente indispensáveis. Inevitavelmente, terá de procurar reduzir a carga das doenças crónicas, desenvolvendo modelos para prevenção das patologias evitáveis, incorporando cada vez mais o uso promissor e inteligente das tecnologias de informação e, estimulando a participação de todos na manutenção do seu estado da saúde.

Um novo pacto para a saúde deverá consagrar uma prática consensualizada da propriedade da informação pessoal sobre dados de saúde, a aplicação generalizada da evidência ou prova científica nas escolhas que se assumem, a transparência nos processos de decisão, a cultura da melhoria contínua e um novo desenho para a arquitetura da oferta de cuidados, que devem estar mais próximos das pessoas e melhor inseridos na comunidade.

Estas são mudanças essenciais para que, numa meta temporal para lá do curto prazo, possa ser possível preservar os valores universais da universalidade, do acesso, da equidade e da solidariedade, pilares fundacionais do Serviço Nacional de Saúde, instituição por quem os portugueses nutrem especial afeto e em quem muito confiam. ■

JOSÉ CARLOS LOPES MARTINS

“Se há setor que necessita de visão a longo prazo, estratégia clara e estabilidade é a Saúde”

É advogado, mas “só tem olhos para a Saúde” onde fez carreira como administrador hospitalar. Passou pelo setor público e pelo privado, chegando a Secretário de Estado da Saúde (entre 1993 e 1995, era primeiro-ministro Cavaco Silva e ministro da saúde Paulo Mendo). Hoje é administrador da José de Mello Saúde SA e se há coisas que o fazem vibrar é seleção nacional e... o Benfica. Longe vão os tempos em que queria ser marinheiro ou corsário, mas continua a haver nele algo de sonhador, apesar de muitos o considerarem um diplomata com os pés bem assentes na terra.

O entrevistado desta edição de **O Hospital** é José Carlos Lopes Martins, para quem as mudanças ocorridas nos últimos anos na saúde não devem ser encaradas com um caminho obrigatório, “embora deva existir uma estratégia coerente e continuada”.

Quando olha para a realidade atual a nível de saúde, tendo por base a reforma do SNS iniciada há mais de três décadas, como encara o futuro?

A realidade atual coloca enormes desafios ao setor da saúde em Portugal, desde logo porque existem imperativos económicos e financeiros que podem vir a condicionar de forma significativa a afetação de recursos quer no imediato, como já hoje acontece, quer previsivelmente no curto/médio prazo e provavelmente de forma continuada.

Contudo, em meu entender, estes constrangimentos constituem ao mesmo tempo oportunidades, que não se devem perder de reformar o sistema, garantindo para as gerações futuras os princípios fundamentais em que se consubstancia o Serviço Nacional de Saúde – garantir o acesso universal aos serviços de saúde, com equidade, assegurar sustentabilidade do sistema e desenvolver um setor da saúde na sua dimensão humana, social e de coesão, mas também na sua dimensão económica, enquanto alavanca de criação de valor.

Dito isto encaro o futuro com otimismo se todos (cidadãos, políticos, comunidade) formos capazes de entender que a principal ameaça é não percebermos as alterações demográficas, sociais, culturais e económicas que estão a ocorrer; um Serviço Nacional de Saúde estático, num mundo em mudança, corre riscos de insustentabilidade.

O Estado – Providência tem ainda razão de existir, ou as regras do jogo devem ser encaradas de outra forma?

Em países, como o nosso, dotados de valores civilizacionais de humanismo e solidariedade, a proteção social, designadamente na saúde é um pilar fundamental da organização de uma nação.

Entre nós ainda é frequente considerar-se o estado-social com uma larguíssima abrangência, isto é, tudo para todos, tendencialmente grátis. São princípios generosos, é certo, mas inexequíveis, e sobretudo com pouca aderência à realidade principalmente em períodos de baixo crescimento económico. Por isso parece-me importante e urgente proceder a um debate que permita equacionar questões essenciais à sustentabilidade e à garantia efetiva de acesso e não ficarmos meramente por afirmações solenes sabendo que não é possível dar-lhes conteúdo concreto.

As mudanças na saúde para o futuro estão certamente muito relacionadas com limitações económico-financeiras por parte dos Estados. Ao mesmo tempo diz-se que cada vez se vai gastar mais com a saúde. Então como pensar o Sistema







de Saúde sem abdicar do SNS?

As despesas de saúde vão continuar a crescer sobretudo impulsionadas pela inovação e em menor medida pela longevidade e vão crescer sempre mais do que o crescimento da riqueza do País. É por isso necessário aumentar fortemente a eficiência, combater o desperdício, reformular a oferta alterando a combinação de tipologia de serviços, potenciando o conceito de rede e otimizando os recursos disponíveis públicos e privados de processos institucionalizados entre organizações públicas e privadas e, last but not the least – ter lideranças fortes e competentes para as grandes organizações de saúde.

É unânime que a melhor aposta para obter resultados consistentes a prazo, é na promoção e prevenção, mas mais uma vez digo, estas opções têm de ser realizadas de maneira sistemática e concreta e não meramente com afirmações intenções.

Há quem diga que o grande problema da saúde em Portugal tem a ver com o facto de nunca se ter pensado seriamente em separar o financiador do prestador. Pensa que este problema acaba por determinar toda a evolução da saúde no País?

Também sou dos que pensam que a não separação não introduz clareza no desempenho de papéis e é um dos principais fatores de ineficiência do sistema; esta conceção de junção dos dois papéis, baseia-se na ideia de que a equidade só é alcançável se o Estado for o prestador. Ideia completamente errada já que não é a detenção dos meios de produção que garante os direitos de acesso de equidade e solidariedade, mas sim o sistema fiscal.

O Estado deve ser primordialmente o garante do acesso e ter uma intervenção clara e forte na regulação. Esse sim é o seu papel principal.

O crescimento do setor privado, na saúde, esta relacionado com o empobrecimento do setor público?

Penso que não. Na minha análise o crescimento do setor privado tem fundamentalmente a ver com a cada vez maior exigência do consumidor, com a liberdade de escolha, e sobretudo com a reconhecida melhoria na qualidade clínica e rapidez de resposta dos hospitais privados que nos últimos anos tiveram uma profunda qualificação.

As mudanças ocorridas nos últimos anos na saúde (durante o ministério de Paulo Macedo) devem ser encaradas com um caminho obrigatório, tendo em consideração a crise que o País atravessa?

Não creio. Embora deva existir uma estratégia coerente e continuada, há medidas especiais para períodos especiais e não me parece que possam ser prosseguidas; refiro-me concretamente à sucessiva redução de preços e de margens nomeadamente em medicamentos, farmácias e serviços clínicos adquiridos no mercado pelas instituições públicas.

Já em relação ao combate à fraude acho que deve ser um caminho continuado.

Obrigatório é também a reforma hospitalar quer no que diz respeito à reconfiguração da oferta, quer em matéria regulatória sobre autonomia de gestão.

Os hospitais nacionais cumprem os propósitos para que foram edificados e a que nos habituamos ou, hoje as missões destas instituições devem ser encaradas noutra dimensão?

Diria que os hospitais têm que reformular a sua organização e funcionamento para poderem corresponder às alterações que já se verificaram e que estão a intensificar-se no perfil dos doentes – mais idosos, com maior cronicidade e multi patologia.

Esta reformulação de que falo deve ser feita em dois sentidos – por um lado internamente abandonando a organização por especialidade e uma resposta por episódio, para posicionar-se para uma oferta multidisciplinar integrada com o médico gestor do doente (internista?) a orientar e definir a intervenção das especialidades; por outro lado já é mais que tempo para em definitivo se garantir a articulação / integração dos cuidados de saúde primários e hospitalar; - o princípio é consensual, os benefícios são evidentes, os modelos estão desenhados, só falta fazer! Felizmente há algumas experiências que estão a correr bem (falo de Braga e Vila Franca de Xira, por serem aquelas que conheço melhor, mas sei de outras onde também esta articulação se está a fazer com resultados positivos para o doente em primeiro lugar, mas também para os Profissionais que com empenho vão superando dificuldades operacionais e preconceitos.



Os CSP não atingiram nunca a missão para que foram criados (para serem a porta de entrada do sistema de saúde) cada vez há mais portugueses sem médico de família e o hospital é praticamente a única alternativa. Como alterar esta realidade que é já cultural?

Os CSP têm de ser uma prioridade política o que significa uma adequada afetação de recursos, uma gestão estratégica de recursos humanos que incentive a opção pela especialidade de medicina geral e familiar e o prestígio da profissão, a multiplicação das USF, uma contratualização que privilegie a manutenção do cidadão no CSP e no domicílio; enfim um conjunto de medidas que dê conteúdo prático a uma prioridade política que me parece inquestionável.

Muitas vezes é referido que a saúde passa por novos desafios e que como tal há que sentar os parceiros à mesma mesa (Indústria, Ministério da Saúde, Associações de Doentes, Ordens...) acha viável este diálogo?

Não só viável, como indispensável.

Apesar de interesses diversos, há equilíbrios e compromissos que podem ser a obtidos em diálogo.

Da mesma forma entendo que seria útil um entendimento - (evito palavra pacto, por ser tabu para a política partidária) - entre as forças políticas com potencial governativo; se há setor que necessite de visão a longo prazo, estratégia clara e coerente e estabilidade é, sem dúvida, a saúde. Compreendo as lutas partidárias, mas tenho pena que privilegiem a espuma das coisas em favor da abordagem mais profunda dos temas relevantes para os Portugueses.

Há ou não falta de médicos no país e que fazer no futuro?

O que sobretudo sinto é uma falta de informação que permita ter uma visão clara sobre este importante tema.

Haverá especialidades em que existe falta de médicos e outras não.

É importante que exista um quadro de necessidades calculadas a prazo e de acordo com as novas formas organizacionais dos serviços prestadores e uma política de formação coerente com essas necessidades. ■

Entrevista **Marina Caldas**

Fotografia **Bruno Serra**





Quem é...

O que sempre quis ser em criança?

Marinheiro/corsário, por influência dos livros de Emilio Salgari.

Costuma vibrar com o futebol?

Qual é o seu clube?

Vibro com a Seleção Nacional e com Benfica, até quase à rouquidão.

Como aproveita os tempos livres?

Com a família, com a leitura, com a pratica desportiva e até com o dolce fare niente

Qual a capital europeia que mais o fascina?

Porquê?

Na Europa Londres, no mundo Nova York, porque sendo cidades encerram vários "mundos".

Café ou Chá?

Café, pouco.

Vinho tinto ou branco?

Bom.

É um "bom garfo"

Sim, para a boa cozinha portuguesa.

Qual o filme da sua vida?

Como gosto de cinema são muitos os filmes de que gosto, desde Chaplin, passando pelo neorrealismo italiano, nouvelle vague, épicos americanos de John Ford , Sam Peckinpah, e do melhor de Clint Estwood, até ao recente Grand Hotel Budapest.

Defina Portugal

Definitivamente o meu País.

Se não estivesse ligado ao setor da saúde que outro o fascina?

É difícil prever quando "só tem olhos para a saúde".



CV

HABILITAÇÕES

Licenciado em Direito pela Universidade de Coimbra;

Diplomado em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública.

CARREIRA PROFISSIONAL

Administrador Principal do Hospital de Vila Real e Membro do Conselho de Administração dos Serviços de Saúde Distritais – 1978-1981;

Administrador Regional do Centro dos Serviços de Informática da Saúde 1981-1987

Diretor Financeiro dos Hospitais da Universidade de Coimbra, 1987 –1988;

Administrador Delegado e Membro do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, 1988-1993;

Secretário de Estado da Saúde do XII Governo, 1993-1995;

Administrador do Gabinete de Planeamento e Controle de Gestão dos HUC, 1995-1998;

Administrador Executivo dos Hospitais CUF Descobertas e CUF Infante Santo, 1998-2003;

Vice-Presidente da Comissão Executiva do Hospital Amadora Sintra

Atualmente Administrador do Hospital Cuf Porto, Hospital de Braga e Hospital de Vila Franca de Xira;

Administrador do José de Mello Saúde , SA.

EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Membro do Comité de Peritos na área das Ciências Sociais e Económicas da Saúde do 5º Programa de Investigação Médica e da Saúde da U. E. BIOMED, 1991-1993;

Chefe de Delegação Nacional a reuniões da OCDE, Paris 1993-1995;

Chefe de Delegação Nacional ao Comité Regional Europeu da OMS, 1993 –1995;

Participação em Conselhos de Ministros Europeus para a Saúde, 1993 –1995;

Consultoria na área da saúde em Moçambique, Cabo Verde e Macau 1996 – 1998.

Olhar o PRESENTE para realizar o FUTURO Fala quem sabe...sobre SAÚDE

Há demasiado tempo que o futuro da saúde em Portugal é tema de profundas análises e de grandes controvérsias.

Apesar de todos, à partida e teoricamente, estarem de acordo sobre a necessidade de preservar, proteger e consolidar o Serviço Nacional de Saúde (SNS), a realidade é que, na prática, todos são também unânimes em considerar que os constrangimentos económicos que o país tem atravessado (e continuará a atravessar) não são compatíveis com uma evolução positiva de crescimento e desenvolvimento do SNS, tendo por base os parâmetros a que estamos (ou estávamos) habituados.

O que é que isto significa concretamente e que efeitos é que pode ter a curto e a médio prazo é o que se pretende saber.

Neste contexto, **O Hospital** foi ouvir quem sabe.

Melhor: quem conhece, teve, tem ou virá a ter responsabilidades acrescidas no setor da Saúde.

O que pretendíamos saber era como encara o presente e que conselhos deixa para o futuro.

A lista de personalidades que elaborámos para esta auscultação era abrangente e consensual.

Nem todos, no entanto, aceitaram o desafio, alegando motivos de agenda ou pessoais.

Ficam a faltar as análises de Eurico Castro Alves (presidente INFARMED); Jorge Simões (presidente da ERS); Francisco Ramos (presidente CA IPO Lisboa) e Isabel Vaz (Presidente da Comissão Executiva da Luz Saúde).

Assim, as personalidades que aceitaram o desafio lançado, responderam a estas três questões:

QUESTÕES

1

Que balanço faz da governação do atual Ministério da Saúde?

Quais as medidas no setor da Saúde que considera serem prioritárias?

2

3

Quais as principais dificuldades, mas também desafios, para o próximo Ministro da Saúde?

ADALBERTO CAMPOS FERNANDES

Gestor Hospitalar, Professor Auxiliar
Convidado ENSP-UNL



“O principal desafio passa por transformar e modernizar o sistema de saúde”

1

Em grande medida uma oportunidade perdida. Com efeito, o período que vivemos de forte ajustamento orçamental, no quadro do memorando de entendimento com as instituições internacionais, constituiu uma oportunidade para se introduzirem reformas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) que o reorientassem num caminho de sustentabilidade mas também de desenvolvimento. A opção foi por uma gestão tática e pontual do sistema mediante a aplicação de medidas de efeito rápido mas de pouca eficácia no processo de transformação necessário. Em certa medida, parece ter faltado um rumo estratégico consistente que pudesse servir de fio condutor à ação política. O que vimos, muitas vezes, foi um exercício errático dividido entre a aplicação de restrições sem critério e a adoção de medidas práticas de cariz contraditório. Passados quase quatro anos sobre a atual governação ficamos por conhecer qual o modelo estratégico de desenvolvimento do SNS, do seu papel enquanto eixo estruturante fundamental do sistema de saúde, qual a opção na gestão estratégica dos recursos humanos da saúde, qual o caminho para a sustentabilidade e, nesse contexto, o que se pensa sobre os mecanismos de financiamento e de contratualização, a política de qualidade e o quadro de relações entre os diferentes setores, nomeadamente, na combinação entre público e privado.

A proliferação de dispositivos legais e regulamentares acabou por condicionar a eficácia da ação política gerando em muitos domínios estagnação e bloqueio no funcionamento das instituições e da consequente agilidade na resposta à necessidades das populações.

A persistente tentação de passar ao lado dos problemas de fundo não ajudou a consolidar nenhuma medida de política que possa ser considerada duradoura no médio e longo prazo. São vários os exemplos desde a incapacidade de definir um modelo eficaz de gestão do acesso à inovação terapêutica e tecnológica, de base nacional favorecedora da equidade, até à incapacidade de aplicar uma reforma que tivesse também em conta a necessidade de alterar os modelos de organização e de gestão dos hospitais. Finalmente, o maior equívoco de todos que consistiu na desvalorização da importância nos cuidados de saúde primários na transformação do sistema de saúde.

2

A primeira prioridade será recuperar a confiança no SNS restabelecendo uma trajetória de progresso e de desenvolvimento sustentado. É fundamental atrair os profissionais mais qualificados e garantir aos mais jovens um percurso profissional diferenciador capaz de mobilizar a reconstrução das equipas e o prestígio das instituições. É fundamental recentrar as políticas de saúde no cidadão estabelecendo um elo eficaz entre as estratégias de saúde e as

diferentes medidas de política que façam conjugar, eficazmente, financiamento e contratualização com o indispensável redesenho do sistema e da sua articulação interna. Neste contexto, deverá constituir uma prioridade a simplificação do acesso facilitando a vida aos cidadãos aproximando, cada vez mais, as respostas às necessidades das pessoas. Para tal, será necessário um maior enfoque nos cuidados de saúde primários e uma nova centralidade que promova a confiança e a agilidade do sistema e retire dos hospitais uma procura desnecessária e inadequada. Por outro lado, será fundamental dinamizar a cooperação entre os diferentes níveis de cuidados e as diferentes instituições que integram o SNS através de uma partilha ativa de meios e de recursos de modo a eliminar a ineficiência e a potenciar as sinergias. Finalmente, estabelecer uma aliança estratégica com os diferentes intervenientes no sistema tendo em vista uma resposta concertada baseada numa nova atitude onde a promoção da saúde e a adoção de estilos de vida favoráveis à saúde tenha um papel central no desenvolvimento social mas também no crescimento económico do país.

3

A principal dificuldade consistirá na recuperação da confiança dos cidadãos e da motivação dos profissionais. O principal desafio passa pela capacidade de transformar e modernizar o sistema de saúde e, em particular, o SNS num quadro de exigência orçamental. Mais do que nunca será necessária uma estratégia de ação bem definida capaz de promover uma adequada priorização das necessidades e, consequentemente, uma qualificação criteriosa das escolhas políticas. O SNS precisa de se reencontrar consigo mesmo e com as pessoas que o fazem e utilizam todos os dias. Será indispensável fomentar a cooperação em detrimento do confronto tendo em vista o estabelecimento de um pacto plurianual para o seu desenvolvimento sustentado e para o qual a participação dos diferentes atores sociais e profissionais, nomeadamente, os cidadãos representa um elemento decisivo para que os objetivos possam ser alcançados. Finalmente, será importante consolidar a ideia de que o sistema de saúde é um fator de criação de valor através da criação de emprego qualificado, de investigação científica e da criação de polos industriais de cariz tecnológico de forte orientação para o mercado externo contribuindo, desse modo, para suportar a indispensável recuperação e o crescimento da economia no país. ■



MANUEL ANTUNES

Cirurgião Cárdiorácico no CHUC*

“A saúde não tem preço mas mantê-la ou reestabelecê-la tem custos”

dedicar-se a um ou outro dos setores, deste modo evitando os evidentes conflitos de interesse.

Por outro lado, continuo também a considerar essencial a evolução das formas intermédias de gestão, como os Centros de Responsabilidade (CRI), no setor hospitalar, e as Unidades de Saúde Familiar (USF), na saúde pública, para uma melhor gestão dos recursos materiais e humanos, associados a um sistema que premeie o desempenho.

Os dois aspetos referidos na resposta anterior seriam, em meu entender, os principais objetivos programáticos do próximo elenco ministerial. Tarefa formidável se tivermos em conta que nenhum ministério a conseguiu efetuar até agora. Adicionalmente, presumivelmente com melhores condições financeiras, há que corrigir algumas assimetrias resultantes das “medidas de emergência” tomadas nos últimos quatro anos, nomeadamente no que respeita ao pessoal. É absolutamente essencial reverter o êxodo que se tem verificado, porque os que têm saído são os melhores, os mais afoitos. Do mesmo modo, é necessário reorganizar a rede de serviços hospitalares para a satisfação plena das necessidades, mas sem excessos ou duplicações. ■

1 A atividade da atual equipa ministerial coincidiu com uma difícil situação financeira do País que tornou a governação da saúde refém da folha de balanço. Nestas condições torna-se muitíssimo difícil classificar a atuação dos governantes, especialmente numa área em que está em jogo um dos mais importantes aspetos da vida das populações, em que nos tornamos cada vez mais exigentes. A saúde não tem preço mas mantê-la ou reestabelecê-la tem custos. De facto, a evolução dos custos da saúde ameaça a sustentabilidade do nosso SNS. Deste modo, a maior parte das medidas implementadas por esta equipa ministerial teve como principal objetivo a redução das despesas, nem sempre compatível com a implementação da qualidade. As grandes reformas estruturantes, como a harmonização do binómio público-privado, não foram postas em prática.

2 Continuo a defender, como o tenho feito desde há quase três décadas, a necessidade de uma clara separação entre os setores público e privado, que devem ser complementares, se se quiser até concorrentes, mas não “concubinados”. Para isso há que rever o estatuto de prestação de serviço dos diferentes grupos profissionais, especialmente dos médicos que deverão essencialmente

* Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

MANUEL PIZARRO

Médico de medicina interna e deputado



“O futuro do Serviço Nacional de Saúde ficou comprometido”

1

Globalmente o balanço parece-me muito negativo. Foram tomadas medidas que permitiram uma redução significativa da despesa mas, com exceção das alterações na área do medicamento, trata-se de medidas de contingência. Ao contrário, por opção ideológica, por preconceito e, em alguns casos, por falta de visão estratégica, foram abandonadas e sabotadas as importantes reformas dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados, iniciadas no governo socialista. Nada de estrutural foi feito no domínio da reforma dos hospitais, chegando-se ao ponto, quase ridículo, de publicar uma Portaria sobre a organização da assistência hospitalar e anunciar, no mesmo momento, que ela não seria aplicada.

Este mandato foi uma oportunidade perdida. As circunstâncias orçamentais difíceis e a aplicação do que estava escrito no Memorando de Entendimento no domínio da saúde teriam permitido avançar rapidamente num processo de reformas que foi preterido.

Os cortes indiscriminados e a profusão de medidas contra os profissionais do SNS puseram em causa uma das traves mestras do seu funcionamento: a liderança técnica, na base de uma hierarquia de competência aferida inter pares. Por isso, assistiu-se a uma corrida às reformas antecipadas, à fuga para o setor privado e para fora do país e à desagregação de muitas equipas. O futuro do SNS ficou comprometido.

2

Retomar, com determinação, a reforma dos cuidados de saúde primários, assente na autonomia com responsabilização. Assegurar que todos os portugueses tenham médico de família, facilitando um mecanismo transitório — e descentralizado em cada unidade — de contratação de profissionais na reforma e intensificando a formação de mais profissionais, designadamente médicos de família. Recuperar a implementação da rede de cuidados continuados, essencial para as pessoas e para a reforma do sistema hospitalar. Realizar uma profunda reforma dos hospitais, precedida de debate nacional sério, incidindo na articulação com os outros níveis de cuidados e na otimização de recursos. Dar prioridade efetiva ao cidadão, no centro do sistema, permitindo-lhe escolher a unidade em que quer ser acompanhado e removendo os obstáculos ao acesso: taxas moderadoras com custo proibitivo, incapacidade de deslocação, entre outras.

3

A desagregação das equipas e o desânimo de muitos profissionais são dificuldades que têm que ser combatidas com um discurso político de compromisso claro com o SNS e com medidas de promoção das condições de trabalho. É imperioso conseguir uma aliança a favor da promoção da saúde que deve ser materializada na cooperação com os municípios para a construção de planos municipais neste domínio, que agreguem a educação para a saúde e a generalização de comportamentos indutores de saúde. A valorização do SNS e o estabelecimento de uma agenda transparente e participada de reformas permitirá travar o “combate orçamental” em melhores condições, sendo certo que o problema do financiamento se colocará sempre como muito relevante. ■





MARTINS NUNES

Médico e Pres. do CA do CHUC*

“A saúde foi o setor que melhor resistiu à tempestade financeira”

NOTA PRÉVIA:

Não sendo claro o significado da expressão “mudança do ciclo político que se avizinha” referida no introito às questões colocadas, gostaria de precisar que a entendo como significando que o país se prepara para a vida em circunstâncias diferentes das que prevaleceram nos últimos anos, com o fim do programa de Assistência Financeira Externa e consequentes retoma da capacidade de decisão soberana financeira e acesso a financiamento em mercado; estas, sim, são as mudanças relevantes para o próximo ciclo da vida nacional.

1

A governação do atual Ministério da Saúde e, em específico, a orientação do atual Ministro da Saúde deve, em minha opinião ser considerada globalmente positiva.

Com efeito, neste período, conseguiram garantir-se aspetos cruciais do Sistema de Saúde português e do SNS.

Desde logo, a saúde foi provavelmente o setor que melhor resistiu à tempestade financeira que o país registou após a imprescindibilidade de recurso ao Programa de Assistência Financeira Externa a que Portugal se submeteu desde 2011.

Neste período, foi possível proceder ao saneamento financeiro das instituições do SNS (através da injeção de grandes volumes de capitais, que restauraram a perdida capacidade de garantir fornecimentos), assegurar a correção dos montantes despendidos em medicamentos e tecnologias (com a colaboração e o consenso da Indústria, proporcionando ganhos evidentes com a poupança em medicamentos, que se tornaram menos onerosos para os hospitais e doentes), garantir a redução nos custos operacionais dos hospitais (através da otimização dos exercícios gestionários e da implementação efetiva de várias experiências de fusões hospitalares de grande dimensão (já legisladas em 2011 pelo governo anterior) e, simultaneamente, garantir que se verificassem melhorias nos indicadores de saúde, sendo que alguns deles até melhoraram (mortalidade infantil, novos casos de tuberculose, aumento da esperança de vida, etc).

Acresce um conjunto de medidas implementadas nas áreas de cuidados primários, sistemas de informação, governação em saúde, estratégias de saúde, divulgação

de informação epidemiológica, organização do SNS, cooperação entre setor público e setor social e cuidados continuados, lançamento de uma rede cuidados paliativos que, no seu conjunto, conduziram à manutenção da robustez do Sistema Nacional de Saúde e do SNS.

Porém, do ponto de vista político, a conquista mais relevante foi a de que se assegurou um amplo consenso nacional sobre a importância da manutenção de um SNS, com especial acuidade em época de crise social e financeira, assegurando aos portugueses a consciência de que, no conjunto das instituições do Estado, o recurso a cuidados de saúde se manteve acessível, seguro e equitativo.

A realidade da mobilização nacional em torno da Saúde traduziu-se em efetivo acesso, com medicamentos mais baratos, aumento de isentos de taxas moderadoras, aumento do número de cirurgias, do número de consultas, do número de profissionais médicos e horas de enfermagem contratados e com o reforço de vários programas nacionais de saúde em curso. Especialmente assinalável é o facto de Portugal ter conseguido assegurar o acesso às melhores terapêuticas e tecnologias, mantendo-se na linha da frente das melhores práticas médicas – sendo exemplo modelar o programa nacional de acesso ao tratamento da Hepatite C ou o acesso aos medicamentos imunológicos e oncológicos de máxima diferenciação.

No conjunto, o setor da saúde assumiu-se como bastião resistente à adversidade externa e conseguiu até gerar expectativas muito positivas de reforço e de desenvolvimento, de que são exemplos a investigação clínica e a previsão do Health Cluster de Portugal de que em

* Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

2020 Portugal produza 4.000 milhões de euros de produtos de saúde (medicamentos, sistemas de informação, turismo de saúde e equipamentos), 75 % dos quais exportáveis.

Uma última nota acerca das especificidades do desempenho do atual governo na Saúde: a equipa ministerial permaneceu estável ao longo de todo o mandato, exibindo um grau de coesão e de solidariedade e que contribuiu para a garantia da implementação das difíceis decisões tomadas.

Acresce que esta robustez da equipa ministerial, a par da resposta dada pelo SNS e melhoria dos indicadores de saúde se me apresenta como uma das explicações para a obtenção de ganhos em saúde e para o reforço das instituições de saúde durante este período; repare-se que, no conjunto, e não obstante greves de profissionais e episódios muito conturbados, o desempenho do Ministério da Saúde conseguiu preservar os princípios e os valores do SNS (atentas as dificuldades únicas vividas neste período, naquilo que são os 35 anos do SNS).

2

No atual contexto, historiado de forma sumária o percurso que nos trouxe até este momento, considero que as medidas prioritárias a partir daqui são as que nos devem levar a ultrapassar alguns dos constrangimentos acumulados neste período de dificuldades até agora vivido e continuar e aprofundar com as reformas dos cuidados de saúde primários. Compreende-se que a Saúde não se exclui do esforço nacional de recuperação do País, mas assinala-se que se trata de uma área em que o consenso nacional justifica a alocação de esforços suplementares. Desde logo, impõe-se o acelerar dos programas de reatualização, reposição e aumento de equipamentos tecnológicos “pesados”. Nesta fase recente, vimo-nos confrontados com as consequências de decisões vindas de período anterior relativas a uma extrema contenção na renovação do parque de equipamentos tecnológicos hospitalares; pela sua própria natureza, os equipamentos tecnológicos diferenciados exigem manutenção, renovação e substituição regulares e, hoje, vemo-nos confrontados com a necessidade de repor as perdas e desgastes e de incrementar as atualizações que não puderam ser feitas nos últimos 8 a 10 anos, apesar dos investimentos feitos neste período.

Outra das medidas que se nos afiguram prioritárias diz respeito à circunstância de estar a verificar-se uma necessidade relevante de assegurar a distribuição mais harmoniosa dos recursos humanos médicos por todo o território nacional; existem casos de hospitais das regiões do interior do País que justificam esforços especiais para garantir a atratividade de profissionais diferenciados, capazes de assegurar a efetiva realização da coesão nacional, também na área da Saúde.

Esta necessidade assume especial acuidade quando, por razões etárias óbvias, se verificará nos próximos 5 anos a chegada à aposentação de um número de médicos muito experientes e muito bem integrados nas respetivas comunidades locais, cuja substituição tem que ser assegurada com médicos motivados e empenhados em garantir duradouramente relações de proximidade com as populações.

3

Ao Ministro da Saúde do próximo Governo Constitucional apresentam-se dificuldades e desafios assinaláveis, ainda que – na minha opinião – não se tratam de desafios ou dificuldades inesperados ou imprevisíveis.

De facto, prevejo que no próximo mandato, o Ministério da Saúde possa finalmente governar em condições de normalidade, liberto das exigências de cumprir ditames do Programa de Ajustamento.

Mesmo assim, a manutenção de critérios de exigente rigor e eficácia de gestão terão de ser prosseguidos, com pelo menos a mesma eficácia com que se desenrolaram até agora, neste mandato ministerial.

É hoje patente que o previsível aumento exponencial de custos da saúde relacionados com a aplicação de inovações tecnológicas e de medicamentos exige das sociedades a adoção de políticas muito assertivas de promoção da saúde e de Educação para a Saúde. Este desiderato exige a continuação do incremento de políticas transversais de Saúde, comuns e consensuais com as várias áreas de governação, num quadro em que o Ministro da Saúde promova junto de todos os Ministérios a adoção de medidas globais de promoção da Saúde, educação para estilos de vida saudáveis - saúde em todas as políticas - e prevenção das doenças evitáveis.

Adicionalmente, o efetivo reforço da mobilização do setor social (tendo em conta a sua profunda imbricação nas comunidades locais) pode contribuir decisivamente para a otimização do acesso e para a efetiva instalação de cuidados de saúde de grande proximidade.

Portugal, como a Europa, defronta-se hoje com um significativo problema de envelhecimento da população e isso não poderá deixar de ser tido em conta na definição de novos programas nacionais de saúde; a preponderância de esforços para garantir eficazes projetos de cuidados domiciliários, de cuidados continuados prolongados, de cuidados de reabilitação e de regresso à vida autónoma dos nossos concidadãos mais idosos atingidos por doença aguda serão decisivos para a garantia de um quadro geral de bons indicadores de saúde.

Este atual perfil demográfico implica, adicionalmente, uma pressão assinalável sobre o tratamento das doenças crónicas, as quais verão progressivamente aumentar o seu peso relativo no conjunto dos cuidados de saúde; o desenho de programas nacionais específicos para as principais doenças crónicas terá de ser uma das medidas prioritárias.

Finalmente, num plano mais marcadamente político, insisto em que o Ministro da Saúde terá de ser detentor da habilidade política e do prestígio nacional suficientes para liderar o estabelecimento de consensos partidários acerca da defesa do Serviço Nacional de Saúde – que os portugueses exigem e a que alguns parecem querer fazer “orelhas moucas”. A decisão nacional de alocação preferencial de verbas para a Saúde tem de ser resultante de um amplo consenso e tem de assentar em sólidas bases de entendimento entre todos os setores da sociedade – e essa parece-me ser a mais importante tarefa próxima para o titular da pasta do Ministério da Saúde. ■



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

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

www.apdh.pt/comotornarsesocio

UM PERCURSO DE SUCESSO

SNS - TENDENCIALMENTE POSITIVO

Na nova era, pós 25 de Abril, se alguma conquista será recordada para sempre como abrangente, popular, socialmente válida e sem opositores – seja de que quadrante político for – só uma pode ser apresentada: a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em abril de 1976, no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, que consagrou o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, bem como a criação de um SNS “universal, geral e gratuito”.

Durante o “Governo dos 100 dias” de Maria de Lurdes Pintassilgo, foi debatida e aprovada na Assembleia da República, sendo vice-presidente em exercício António Arnaut, a lei fundadora do Serviço Nacional de Saúde (Lei 56/79, de 15 de Setembro) – a denominada “Lei Arnaut”.

A Saúde em Portugal conheceu, a partir de então, uma evolução sem precedentes, através da garantia da “universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação de medicamentos”.

Se forem comparados os indicadores sanitários de 1979/80 com os atuais, é visível um salto qualitativo do fundo da tabela para os primeiros lugares do **ranking** mundial da saúde. Como exemplo, na mortalidade infantil passou-se de 40 mortos por 1.000 nascimentos para menos de três. Antes da existência do SNS havia 0,4 consultas por pessoa. Os dados atuais apontam para mais de 4,5.

Foi, pois, a partir de então que o acesso à saúde ficou garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, apátridas e refugiados políticos.

A evolução do SNS, numa visão de universalidade nasceu em contra ciclo económico e numa crise financeira. As transferências compensatórias que deveriam ter sido feitas para o SNS a partir da Segurança Social nunca foram feitas e o SNS ficou limitado às verbas do Orçamento Geral do Estado, o que acabou por dar origem a constrangimentos económicos aos responsáveis pela pasta da saúde, regra geral perante a pressão do setor das finanças,

com o objetivo de diminuir esta fatia dos gastos com o SNS.

A necessidade de controlar as despesas no setor da saúde acabaram por levar a alterações no enquadramento jurídico, aquando da revisão constitucional de 1989, sendo então ministra da tutela, Leonor Beleza.

Assim, com uma simples palavra alterou-se profundamente o sentir da Lei Arnaut, ficando o conceito sobre o SNS definido na Constituição da República como geral, universal e **tendencialmente** gratuito.

A partir de então, e talvez pela incapacidade de controlo de gastos no SNS, muitas regras têm sido modificadas (ver cronologia do SNS). O “pai do SNS”, António Arnaut, referia ao jornal Público, em 2014 (entrevista de Romana Borja-Santos) que **“temos assistido a um fortalecimento e uma expansão do setor privado ou setor mercantil. No setor privado há muito boa gente, honesta, que pratica a medicina. Mas também há casos de verdadeira exploração. Nos últimos dias recebi telefonemas de clínicas privadas para ir fazer um rastreio a dizer que é de graça mesmo dizendo que não preciso. Há agressividade e há grupos económicos privados com publicidade enganosa. Há um espaço para o setor privado, mas nestes três anos o SNS perdeu 3.000 camas e o setor privado tem mais 1.500 ou 2.000 camas. É uma expansão do setor privado e uma contração do setor público, e isso dói. O setor privado não pode é viver à custa do setor público e metade das suas receitas são pagas pelo SNS através de convenções e dos subsistemas. Às vezes as listas de espera no público prolongam-se para além do tempo correto justamente para aliciamento do setor privado. E todos os governos têm culpas no cartório”**

O que virá a ser, no futuro, o SNS é uma incógnita. O Hospital foi tentar descobrir o que o futuro nos reserva na saúde, na sua terceira edição. Será que há ideias definidas para o crescimento e fortalecimento do SNS, ou iremos assistir ao final (algumas vezes anunciado) da maior conquista de abril?





CRONOLOGIA DO SNS

Fonte: www.portaldasaude.pt

1899 . 28 DEZEMBRO

Ricardo Jorge inicia a organização dos serviços de saúde pública, com o Decreto de 28 de dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de dezembro de 1901. Regulamentada em 1901, a organização entra em vigor em 1903. A prestação de cuidados de saúde era então de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

1978 . 29 JULHO

O Despacho ministerial publicado em Diário da República, de 29 de julho de 1978, mais conhecido como o "Despacho Arnaut" (criado pelo chamado pai do SNS, António Arnaut), constitui uma verdadeira antecipação do SNS, na medida em que abre o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. É garantida assim, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentos.

1988 . 21 JANEIRO

O Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, aprova a lei de gestão hospitalar, traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no orçamento do Estado. Enfatiza-se a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da atividade hospitalar na economia do País. E se a qualidade é o princípio maior da gestão hospitalar, a rentabilidade dos serviços torna-se um valor de peso na administração. São disso exemplo a criação de planos anuais e plurianuais para os hospitais e a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios da administração.



1946 a 1968

Abril, 1946 - A lei n.º 2011, de 2 de abril, estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes, lançando as bases para uma rede hospitalar.

Julho, 1963 - A Lei n.º 2120, de 19 de julho, promulga as bases da política de saúde e assistência. Atribui ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada.

Abril, 1968 - Os hospitais, a sua organização e as carreiras da saúde são objeto de uniformização e de regulação através do Decreto-Lei n.º 48357 e do Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968, que criam, respetivamente, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais.

1978 . 15 SETEMBRO

A lei n.º 56/79, de 15 de setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos.

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a

reabilitação médica e social. Define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações.

O diploma estabelece que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

2006, 2008 e 2011

1992 . 11 ABRIL

Aplicação de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime ambulatorio, bem como as suas isenções.

O Decreto-Lei n.º54/92 afirma que as receitas arrecadadas com o pagamento parcial do custo dos atos médicos constituem receita do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados a todos e, em especial, dos que são fornecidos gratuitamente aos mais desfavorecidos. O diploma sublinha os princípios de justiça social que impõem que pessoas com maiores rendimentos e que não são doentes crónicos ou de risco paguem parte da prestação dos cuidados de saúde de que sejam beneficiários, para que outros, mais carenciados e desprotegidos, nada tenham de pagar.

Junho, 2006 - O Decreto-Lei n.º 101/2006, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Fevereiro, 2008 - Criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS. O objetivo consiste em dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

Maio, 2011 - Aprovada a portaria nº198/2011, de 18 de maio, que tem como objetivo facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento e promover a prescrição eletrónica, com desmaterialização de todo o circuito administrativo do medicamento.



1989 e 1990

1989 - Na 2.ª Revisão Constitucional, a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º é objeto de alteração, estabelecendo que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde "universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito".

Agosto, 1990 - A lei nº 48/90, de 24 de agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde. A proteção da saúde é perspectivada como um direito e como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.

1993, 2003 e 2005

Janeiro, 1993 - É publicado um novo estatuto do SNS que procura superar a dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados.

Abril, 2003 - É criada a rede de cuidados de saúde primários.

Junho, 2005 - Surgem os primeiros Hospitais EPE, transformando os Hospitais SA em Empresas Públicas do Estado e dotando-as de mais instrumentos para promoverem a eficácia e eficiência dos recursos do SNS.

2013 e 2014

Outubro, 2013 - Aprovado o novo regime jurídico das convenções.

Julho, 2014 - Criado o Fundo para a Investigação em Saúde, visando o fortalecimento das atividades de investigação para a promoção, proteção e melhoria da saúde das pessoas e obter ganhos em saúde.

Agosto, 2014 - A Lei n.º52/2014, de 25 de agosto, que estabelece as normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços transpondo a Diretiva n.º2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012.

“É PRECISO DISCRIMINAR POSITIVAMENTE O QUE GERA VALOR”

RAMON PALOU DE COMASEMA

Diretor Geral Amgen Portugal

Ramon Palou de Comasema é diretor geral da Amgen Portugal há três anos. Fomos saber o que pensa sobre o futuro do SNS e como analisa a sustentabilidade no setor da saúde. Uma entrevista em que ouvimos ainda a perspetiva de Fátima Bragança, diretora de assuntos corporativos e economia de saúde da Amgen, sobre os desafios para a inovação em Portugal



Enquanto diretor geral de uma farmacêutica e estando em Portugal já há alguns anos, como observa o SNS português no atual contexto de crise?

Ramon Palou de Comasema - Portugal, como outros países de Europa, viveu nos últimos anos provavelmente a crise mais profunda dos últimos 70 anos. Durante estes anos de crise o objetivo da grande maioria dos Governos foi maioritariamente a consolidação orçamental (tanto do lado das receitas, como das despesas). A área da saúde foi uma das mais impactadas pelas medidas de austeridade implementadas; sendo essencialmente aos preços e aos custos que dou um maior destaque (medicamentos, ordenados, taxas moderadoras, etc.). Felizmente, Portugal ainda se orgulha de possuir um SNS de qualidade, um serviço público de saúde ainda ao nível dos melhores da Europa, mas verdadeiramente, para assegurar a sua sustentabilidade financeira será preciso ir além de medidas sobre os preços e custos (onde já não é possível haver mais cortes) mas antes uma revisão estratégica funcional, operacional e sobre a sua forma de financiamento e pagamento ao nível dos cuidados primários, continuados e hospitalares. É preciso discriminar positivamente o que gera valor, contabilizar o desperdício, priorizar o investimento tendo em conta o custo-oportunidade e a escolha informada dos cidadãos e doentes sempre que possível.

Os modelos de serviço público de saúde europeus estão a sofrer transformações. Quais considera serem os principais riscos e desafios do SNS no futuro?

Ramon Palou de Comasema - Um sistema de saúde de financiamento público precisa de ser sustentável no tempo, de garantir a equidade do acesso e do tratamento, de se reger por normas de qualidade transversais constantemente atualizadas e auditáveis, mas sobretudo, precisa de ser ativamente e racionalmente planeado de forma a responder efetivamente às necessidades de saúde da população que serve e às expectativas da sociedade contribuinte, as quais, em qualquer dos casos devem ser sobejamente conhecidas e exemplarmente estudadas, para a decisão política informada em saúde. Um planeamento e uma priorização de médio e longo prazo deficientes ou subestimados podem ter consequências devastadoras para o SNS, nomeadamente na sua capacidade de servir os seus fins com qualidade.

Qual o papel da indústria neste processo?

Ramon Palou de Comasema - A indústria tem um papel fundamental nesta mudança de paradigma, não só precisamos continuar a investir numa forma racional, eficaz e eficiente na investigação, mas também desenhar esta mesma para poder avaliar concretamente e antecipadamente o benefício para o doente, o SNS e



a sociedade em geral, a acompanhar paralelamente a mudança demográfica e epidemiológica que estamos a assistir.

Claramente, precisamos explicar melhor o valor do medicamento para a sociedade.

A indústria terá, necessariamente, de ser sensível à questão da sustentabilidade?

Ramon Palou de Comasema - De certeza, a indústria e todos os diferentes “atores” têm que ser sensíveis a esta questão. No caso da indústria, acho que estes últimos anos tal foi claramente demonstrado com a assinatura dos protocolos com o Ministério da Saúde, sucessivamente desde 2012.

A AMGEN é uma farmacêutica de biotecnologia, com um pipeline dedicado ao tratamento de doenças que representam necessidades terapêuticas muito específicas. Porquê a aposta em desenvolver inovação para grupos relativamente pequenos de doentes?

Ramon Palou de Comasema - Nossa missão é poder dar solução a necessidades/condições clínicas graves, independentemente do número de doentes afetados em cada caso.

A AMGEN está preparada para o futuro? Como?

Ramon Palou de Comasema - A Amgen está num momento apaixonante... já que nos próximos dois-três anos esperamos a aprovação de cinco a seis novos medicamentos resultantes de um intenso investimento em Investigação e Desenvolvimento Biotecnológico, tanto em áreas onde temos já uma grande experiência (oncologia e nefrologia), mas também em áreas completamente novas, como as dislipidemias, a psoríase, e a enxaqueca. Estamos igualmente muito entusiasmados com o lançamento paralelo dos nossos primeiros 9 biossimilares, resultado do processo de desenvolvimento, know-how e produção AMGEN. É uma área nova para nós, mas que vem reforçar definitivamente todo o nosso compromisso com a sustentabilidade do SNS e o acesso a terapêuticas biológicas a um maior número de doentes, contribuindo assim para a melhor gestão da saúde e da doença desses doentes, quando aplicável

“TEM QUE EXISTIR UM ESTÍMULO POSITIVO INEQUÍVOCO POR PARTE DOS GOVERNOS”

A investigação e desenvolvimento de medicamentos inovadores é um caminho irreversível, porém é cada vez mais exigente e complexa a aprovação e entrada no mercado. Esta mudança está a modificar também a forma como as farmacêuticas investem em inovação?

Fátima Bragança - Sim e não. Não porque o que norteia a investigação em medicamentos inovadores serão sempre as necessidades clínicas dos doentes, o desenvolvimento de novas terapêuticas para o tratamento de patologias que não têm cura ou que poderão ser evitadas ou diagnosticadas de uma forma mais fiável, mais rápida ou mais fácil. Portanto, enquanto existirem doentes com necessidades terapêuticas não colmatadas com o arsenal terapêutico disponível, a indústria terá um caminho e uma missão claros. Mas sim, existem áreas terapêuticas em que o pouco interesse no seu financiamento público (ou privado, através de seguros, em alguns países), as elevadas barreiras à entrada medidas, por exemplo, pelo elevado tempo de aprovação da sua comparticipação, as restrições de acesso, a assimetria na partilha de risco, conduzem a um desinvestimento por parte da indústria. Foi o caso dos anti-infecciosos, nomeadamente os antibióticos. Tem que existir um estímulo positivo inequívoco por parte dos Governos dos países, que potencie de uma forma global o investimento privado em R&D e em todas as atividades inerentes ao ciclo de vida do medicamento, paralelamente a uma redução da incerteza associada ao seu contínuo e avultado investimento.

Acredita na capacidade do SNS em comportar a inovação que está a surgir?

Fátima Bragança - É uma questão de priorizar o investimento, de analisar o custo-oportunidade de uma forma multisetorial e de valorizar o benefício adicional da inovação contra o desperdício e as terapêuticas obsoletas. Além desta necessária visão transectorial, o investimento público na saúde tem que ser analisado também como um todo e ainda como um investimento no longo prazo, só assim os benefícios adicionais dos novos medicamentos se poderão medir justamente nos indicadores de saúde e analisar o seu verdadeiro impacto de uma forma positivamente discriminada. Há que premiar a verdadeira inovação em saúde, desde que se esta se consiga avaliar justa, transparente e criteriosamente antes de se tornar disponível para a sociedade, assim como o impacto efetivo da mesma na saúde no curto, médio e longo prazo. Para tal é necessário bons registos de procedimentos e resultados, assentes numa recolha sistemática de elevada qualidade, uma gestão e análise de dados obtidos que auxilie na decisão informada, e que definitivamente os vários intervenientes consigam de uma forma transparente e fidedigna avaliar e melhorar em conformidade.

INVESTIGAÇÃO

O DOENTE NO CENTRO DA INVESTIGAÇÃO E DECISÃO DE TECNOLOGIAS DA SAÚDE NA VIDA REAL

Isabel Boaventura

Dir. Médica da Celgene
Lab. de Farmacologia Clínica e Terapêutica da FML

A razão de ser de qualquer intervenção em saúde é sempre beneficiar os doentes e, no geral, os investimentos em saúde têm-se traduzido em melhoria da saúde pública.

Os profissionais de saúde (PS), ao longo da sua formação, para além da aquisição de conhecimentos científicos desenvolvem competências para escutar os seus doentes, fator decisivo para a aplicação racional das intervenções clínicas. De facto, muitos dos inquéritos a doentes revelam um alto nível de satisfação com os cuidados prestados em termos de qualidade, respeito e empatia, contudo, os doentes manifestam frequentemente que a informação recebida não é suficiente para compreenderem a sua situação clínica ou participarem na escolha das alternativas para o tratamento da sua doença. A forma de comunicar esta informação aos doentes tende a tornar-se mais complexa face à maior disponibilização de intervenções, às questões inerentes ao perfil de benefício-risco (BR) assim como as relacionadas com o acesso às mesmas.

Nos últimos anos emergiram conceitos de “*patient-centered drug development, patient-centered outcomes, patient-centered care, real-world effectiveness, patient-based health technology assessment*”. De uma forma simplista, estes conceitos colocam o doente “no centro” da investigação de tecnologias da saúde ao investigar ou aplicar instrumentos que traduzam as perspetivas do doente de forma a complementar os métodos clássicos de avaliação clínica, estes também, obviamente, centrados no bem do doente.

Passámos a fase de participação passiva do doente na investigação clínica para a sua participação ativa. Há fármacos cuja aprovação contempla *endpoints* de resultados em saúde ou de preferências; as avaliações estão acessíveis ao público em geral; os doentes necessitam cada vez mais de entender o valor desta informação para a sua saúde. O envolvimento do doente como parceiro informado na apreciação das tecnologias de saúde é reconhecido pelos decisores.

Estes aspectos não foram ignorados no atual Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde para Portugal (SiNATS).

Para que estas iniciativas se traduzam em benefício para o doente é fundamental investir na investigação de instrumentos fiáveis, adaptados à doença e de simples utilização na prática clínica. Esta investigação deve seguir a passo com a investigação da literacia em saúde (LS) na população, de forma a colmatar as necessidades de conhecimento e de monitorização da eficiência das estratégias de educação. O doente, ao sentir-se parte do processo, tenderá a aumentar a confiança nas decisões dos PS e assim aumentar a adesão às abordagens diagnósticas e terapêuticas, utilizando de forma mais racional os recursos disponíveis.

A necessidade de investir em LS está patente nos resultados do primeiro estudo aplicado à população portuguesa no âmbito de um projeto de parceria da

“O doente ao sentir-se parte do processo, aumenta a sua confiança nas decisões dos profissionais de saúde ...e utiliza de forma mais racional os recursos disponíveis.”

ENSP com a empresa Lilly que teve como base o Questionário Europeu de Literacia em Saúde, aplicado em Portugal (HLS-EU-PT) no qual só cerca de 45% dos inquiridos revela nível suficiente/excelente de LS,

enquanto 60,2% apresentam um nível problemático ou inadequado em promoção da saúde.

São muitos os campos a explorar no conhecimento das perspetivas dos doentes e cuidadores assim como da forma de os traduzir em resultados em saúde. Um facto incontornável – a investigação-centrada no doente só faz sentido com o envolvimento de todos os setores ligados à saúde, incluindo associações de doentes e, especialmente, dos PS que diariamente se centram no doente.

Aproveitámos este espaço para ouvir os comentários de duas investigadoras que têm dedicado parte da sua atividade à LS e às tecnologias de avaliação de resultados em saúde.



Que projetos está a desenvolver na área da literacia em saúde?

Coordeno o projeto Saúde que Conta no âmbito da Capacitação do Cidadão em Saúde na ENSP/NOVA, a qual tem vindo a aprofundar a linha de investigação em literacia e capacitação do cidadão em saúde e a desenvolver esforços no sentido de integrar o consórcio Health Literacy Survey – EU, um grupo de peritos europeus, coordenados pela Universidade de Maastricht e que visa o desenvolvimento, validação e aplicação nos diferentes países do questionário que consegue aferir os níveis de LS de forma muito próxima às definições mais recentes do conceito e assim, aferir o nível de LS da população portuguesa.

Para além disso, coordeno no INFARMED o fórum de discussão sobre envolvimento da sociedade, dos doentes e *stakeholders*, no âmbito do SINATS.

De que forma poderão estes projetos contribuir para a maior participação do doente na decisão dos cuidados de saúde da sua doença e no modelo de sistema de saúde em que está inserido?

Ao longo dos últimos anos, no domínio da capacitação do cidadão em saúde, temos vindo a defender que é possível pensar-se numa estratégia de promoção da LS, e Constantino Sakellarides defende quatro eixos fundamentais: (i) o ponto de partida das iniciativas já existentes – federando-as, articulando-as entre si, no sentido de se beneficiarem mutuamente, de partilharem instrumentos de interesse comum e de aprenderem umas com as outras; (ii) eleger uma prioridade de investimento de uma forma propositada e planeada; (iii) desenvolvimento da investigação avaliativa –saber qual é o verdadeiro impacto das ações de promoção e, (iv) garantir a sustentabilidade organizacional e financeira dos projetos em curso e a desenvolver.

Tenho coordenado na ENSP/NOVA, em parceria com a Roche Farmacêutica, o *Think-Tank Inovar-Saúde*. Na 1ª Edição (2013) - "Pensar a Saúde - Promover e Disponibilizar a Inovação aos Cidadãos", procurámos discutir como potenciar o acesso do cidadão à inovação terapêutica disponível e, na 2ª Edição (2014) - "Pensar a Saúde. Acesso do cidadão à Inovação Terapêutica –Oncologia", como garantir o acesso do cidadão à inovação terapêutica em Oncologia?

Concluiu-se, nesta última edição que no que se refere à participação do doente e sociedade civil é fundamental: (i) educação sobre o tratamento do cancro e medicina avançada para o doente poder fazer opções no seu tratamento; (ii) compromisso prévio da sociedade a nível da definição de prioridades na alocação de recursos e, (iii) envolvimento dos cidadãos através das associações dos doentes no processo de tomada de decisão.

* Professora associada da ENSP/NOVA e Presidente da direção da APDH



Considera viável integrar inquéritos de perceção dos doentes para a definição do valor terapêutico e da relação benefício-risco (BR) dos medicamentos nas "avaliações de vida real"?

A integração da perspetiva dos doentes na avaliação de BR de um medicamento é altamente valorizada e está a ser contemplada em projetos prioritários europeus, como o IMI WP5 - PROTECT. A EMA e a FDA têm procurado modelos estruturados de participação dos doentes e o enquadramento legislativo e regulamentar para o efeito, nomeadamente, no Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) e nos Scientific Advisory Groups do CHMP (SAG) - Reflection paper on the further involvement of patients and consumers in the Agency Activities - EMA/MB . Existem experiências positivas e desafios nesta participação - o desenvolvimento de metodologias sólidas para a medição das preferências em relação a terapêuticas alternativas e a disponibilidade de aceitar eventos adversos. A própria revisão dos estudos clínicos e evidência gerada em fase da avaliação da AIM e da efetividade comparativa. Igualmente, no âmbito da decisão de financiamento com base na evidência dos resultados em saúde, deve poder contar-se com a contribuição dos doentes. É fundamental que, gradualmente, se disponibilizem ferramentas para o efeito, se integrem os representantes dos doentes no fluxo de avaliação da evidência e, não menos importante se garanta a formação necessária para que possam efetivamente gerar contributos com valor acrescentado.

A recolha de *Patient-Reported Outcomes* na geração de evidência para a avaliação de efetividade comparativa é uma realidade, com bastante expressão em áreas como a doença oncológica. Depende muito da robustez dos instrumentos utilizados pois, para haver comparabilidade no valor dos *outcomes* clínicos e humanísticos a sua validade interna tem que ser elevada. Mas, não há qualquer dúvida que a complementaridade entre os estudos experimentais e não experimentais vai ser cada vez mais parte do processo regulamentar e que o impacto da informação prestada pelos doentes terá certamente relevância na avaliação final das tecnologias em saúde.

*Professora Auxiliar da Faculdade de Farmácia da UL, Diretor de relações institucionais da ANF

INVESTIGAÇÃO

OS MEDICAMENTOS BIOSSIMILARES

Milhões de doentes por todo o mundo têm beneficiado da aprovação de medicamentos biológicos que ajudam a tratar ou prevenir numerosas doenças raras e graves. Mas o acesso dos doentes às terapêuticas biológicas não é equitativo na Europa, conforme figura em baixo¹, pois os custos que as mesmas acarretam para os sistemas de saúde têm dificultado o livre acesso a todos os casos elegíveis. Alguns estudos² já concluíram que a introdução de biossimilares pode permitir aos sistemas de saúde uma poupança de milhões de euros, ao mesmo tempo que aumenta o número de doentes tratados.

Mas o que são medicamentos biossimilares? São medicamentos biológicos desenvolvidos para serem comparáveis a outros medicamentos biológicos – os de “referência”. A base do seu desenvolvimento é a demonstração inequívoca da sua similaridade com o medicamento originador logo, satisfaz as mesmas condições de Qualidade, Segurança e Eficácia, inclusivé o mesmo potencial de imunogenicidade. E pode ter as mesmas indicações terapêuticas do que o seu medicamento de referência. Não é um medicamento genérico. A única semelhança entre estas duas categorias de medicamentos é que ambas mantêm o princípio ativo do seu medicamento de referência.



¹ Ann Rheum Dis 2014 Jan; 73(1): 198-206. Doi: 10.1136/annrheumdis-2012-201603. Epub 2013 Mar 6

² Gabi Sep 2013, <http://www.gabionline.net/Biosimilars/General/US-67-billion-worth-of-biosimilar-patents-expiring-before-2020>, acedido em 20 de março de 2015 E <http://gabi-journal.net/news/biologics-dominate-europes-best-sellers>, , acedido em 20 de março de 2015



É uma questão de confiança!

A Hospira é uma das maiores empresas que produz e comercializa medicamentos biológicos a nível global

Com mais de 14.000 empregados em 70 países, a Hospira Biologics é suportada em bases de excelência, em inovação e serviço.

Fabricante global de biológicos – Suportado em bases de excelência

Fabricante global de biológicos – suportado em bases de excelência

A Hospira Biologics utiliza o seu extenso conhecimento na produção e comercialização de medicamentos biológicos, quer nas suas próprias fábricas, quer através dos seus parceiros, rigorosamente validados.

Extenso conhecimento no fabrico de biológicos

Comprovada eficácia e segurança

Trabalhamos sempre para assegurar que os nossos produtos, não só cumpram com os apertados critérios de eficácia e segurança, mas também ofereçam factores diferenciadores úteis.

Comprovada eficácia e segurança combinadas com um leque adicional de benefícios

Forte herança em proporcionar sempre mais

Hospira é uma empresa global, com uma forte herança de mais de 70 anos, com acesso aos recursos e competências necessários, utilizando os mais recentes avanços tecnológicos no desenvolvimento de medicamentos biológicos.

A nossa filosofia é proporcionar mais em tudo o que fazemos



Qual a sua penetração atual no mercado nacional? Os medicamentos biossimilares têm sido utilizados na União Europeia desde 2006, mas a sua quota de mercado tem tido diferentes taxas de crescimento nos Estados-Membros e por categorias. Paradoxalmente, a utilização de medicamentos biossimilares tem sido mais acentuada nos países com maior Produto Interno Bruto (PIB). Em Portugal, o conceito de medicamento biossimilar ainda é relativamente desconhecido, motivo pelo qual a sua penetração é paulatina. É necessário partilhar a informação sobre os medicamentos biossimilares com todos os intervenientes, de forma a garantir o acesso a toda a informação necessária para a realização de uma escolha consciente e informada, e o direito de optar pela terapêutica mais adequada ao estilo de vida e às necessidades clínicas da patologia.

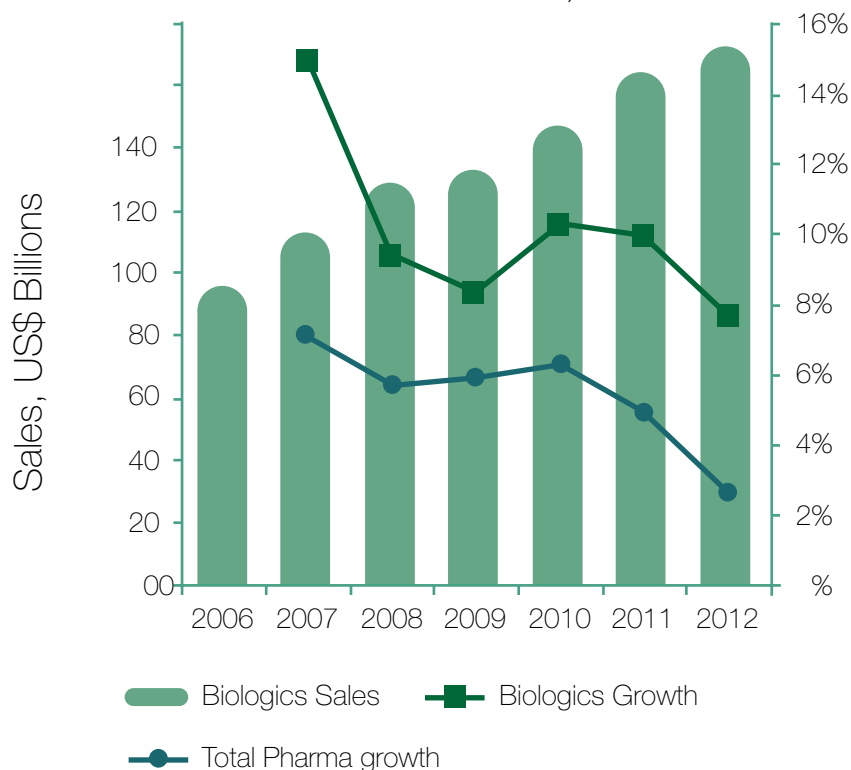
Como contribuem os biossimilares para a sustentabilidade do SNS? Tem-se verificado um crescimento orçamental significativo com os medicamentos biológicos ao longo dos anos, e a gestão da sua utilização tornou-se cada vez mais importante³. Os biossimilares são mais acessíveis que os seus biológicos originadores, sem comprometimento

da sua elevada qualidade, segurança e eficácia. Logo, constituem uma alternativa mais acessível e, a sua disponibilidade fomenta a concorrência do mercado. A sua utilização permite o acesso de um maior número de doentes aos medicamentos biológicos e contribui para a sustentabilidade financeira dos SNS.

Qual o papel da Hospira neste setor? A Hospira é uma empresa farmacêutica mundial, com quase 80 anos de experiência no desenvolvimento e comercialização de medicamentos genéricos, medicamentos originadores e dispositivos médicos. Também “abraçou” o desafio dos medicamentos biológicos e foi a primeira empresa a lançar um medicamento biossimilar em Portugal. Em território nacional, comercializa três medicamentos biossimilares e possui seis novos medicamentos em desenvolvimento. As suas soluções terapêuticas dirigem-se a patologias como cancro, infeções, distúrbios hematológicos, artrite reumatoide, doença inflamatória intestinal, doença de Crohn, artrite psoriática e espondilite anquilosante, psoríase, insuficiência renal, entre outras. ■

Global market trends

MAT 09/2012, US



O crescimento da despesa com medicamentos biológicos tem sido cerca do dobro do crescimento do mercado total de medicamentos, de acordo com um estudo do IMS, aumentando a pressão sobre os SNS.

³ Gabi Jun 2013, <http://www.gabionline.net/layout/set/print/content/view/full/3344>, acedido em 20 de março de 2015

ATIVIDADES E EVENTOS

34.º

Programa de Intercâmbio
HOPE 2015: "Hospitais 2020"

Atualmente está em curso o 34º Programa de Intercâmbio HOPE, promovido pela Federação Europeia dos Hospitais (HOPE), que irá decorrer entre 4 e 30 de maio de 2015, com o tema "Hospitais 2020", estando prevista a realização da reunião europeia de avaliação e da conferência final em Varsóvia (Polónia), entre os dias 31 de maio e 2 de junho. Este ano o programa conta com a participação, em Portugal, de 15 profissionais da área da gestão de serviços de saúde.

Destes, foram selecionados a nível nacional 7 profissionais, que serão, à semelhança de outros anos, integrados em várias organizações hospitalares europeias e 8 profissionais estrangeiros que serão acolhidos por várias organizações de saúde, a saber o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, o Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, EPE, o Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE, o Centro Hospitalar do Porto, EPE, o Centro Hospitalar de São João, EPE, na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE e o Hospital de Braga.

Convidamo-lo a consultar em mais detalhe o Programa de Intercâmbio HOPE <http://www.apdh.pt/programadeintercambiohope>.

No atual panorama da Saúde a nível internacional, o World Hospital Congress, organizado pela Federação Internacional dos Hospitais (da qual a APDH é a representante portuguesa), adquire grande relevância e conta com a participação de importantes personalidades no setor, congregando um elevado número de profissionais de Saúde e dirigentes hospitalares de topo a nível mundial.

No 38th World Hospital Congress, realizado na cidade de Oslo em junho de 2013, a APDH fez-se representar numa Sessão paralela com o tema "Patient Safety New Insights". Esta mesa contou com a moderação do Professor Doutor Carlos Pereira Alves (vogal de direção da APDH), como oradores contou com a participação da Professora Doutora Margarida Eiras, do Dr. Manuel Delgado (administrador hospitalar e membro do Conselho Geral da APDH), da Anne Karin Lindahl (Executive director, National Unit for Patient Safety, Norwegian knowledge centre for the Health services) e do Dr. Jorge Penedo (atual assessor do Senhor Ministro da Saúde).

Considerando a importância desta iniciativa, e dando continuidade à participação da APDH neste evento, a APDH irá fazer-se representar 39th World Hospital Congress, em outubro na cidade de Chicago, numa sessão paralela intitulada "Health innovation – Future challenges of oncology therapies", onde pretende abordar a temática da inovação em saúde, nomeadamente a componente do financiamento do tratamento e o acesso a terapias inovadoras para tratamento das doenças oncológicas. Esta sessão terá como ilustres oradores o Professor Doutor Carlos Pereira Alves (vogal de direção da APDH, que estará presente na qualidade moderador), a Professora Doutora Ana Escoval (Presidente de Direção da APDH), o Dr João Martins (Diretor da Direção de Avaliação de Medicamentos e Diretor Interino da Direção de Avaliação Económica e Observação do mercado do INFARMED) e do Dr. Jorge Félix (Diretor da Exigo).

39th

World Hospital Congress
Chicago (6-8 outubro 2015)

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

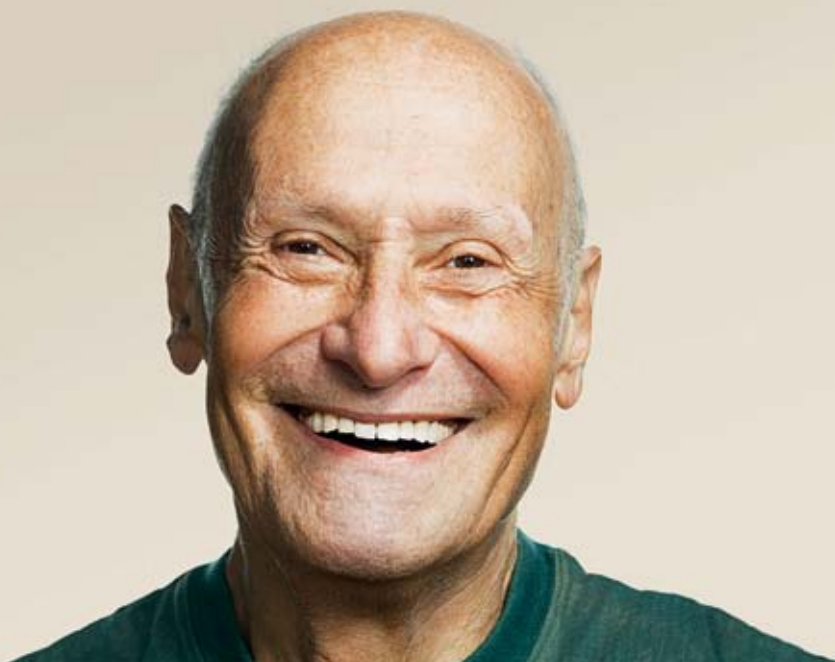
A Pfizer está empenhada em melhorar o bem estar das pessoas em todas as fases da sua vida.

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



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

Saiba mais em pfizer.pt



1MISC1005001

Copyright © 2009 Pfizer Inc. Direitos reservados.

A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL

