

Revista Portuguesa de

Gestão & Saúde

DIRETOR: MIGUEL SOUSA NEVES • SPGSAUDE@GMAIL.COM
PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DIRIGIDA A PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MARÇO 2017 • N.º 21



SPGS
Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde

Gastos com o medicamento
em Portugal

Inovação versus sustentabilidade

Andreia Afonso de Matos
e Alexandre Morais Nunes

Estratégias e aprendizagens na gestão da segurança do paciente

Filipa Breia da Fonseca

Pearls & pitfalls do sistema de saúde português

João F. Rodrigues

A importância da Comissão de Proteção contra Radiações no contexto da qualidade do Centro Hospitalar do Porto

Monteiro, A., Machado, C., Mesquita, F.
e Nogueira, M.

Emigração Quanto custa um médico ao país?

António Branco Nunes

Gestão do conhecimento em organizações de saúde Um conceito indispensável para a gestão em enfermagem

Paulo J. S. Costa

6

Gastos com o medicamento em Portugal: inovação *versus* sustentabilidade

12

Estratégias e aprendizagens na gestão da segurança do paciente

Filipa Breia da Fonseca

15

Pearls & pitfalls do sistema de saúde português

João F. Rodrigues

18

EMIGRAÇÃO

Quanto custa um médico ao país?

António Branco Nunes

20

A importância da Comissão de Proteção contra Radiações no contexto da qualidade do Centro Hospitalar do Porto

Monteiro, A., Machado, C., Mesquita, F. e Nogueira, M.

26

GESTÃO DO CONHECIMENTO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Um conceito indispensável para a gestão em enfermagem

Paulo J. S. Costa

45

Livros

Revista Portuguesa de

Gestão & Saúde

Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • N.º 21 • março 2017

DIRETOR Miguel Sousa Neves **COORDENAÇÃO** Carla Vaz **DESIGN E PRODUÇÃO** Jornal Médico • www.jornalmedico.pt **PROPRIEDADE** Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde • Avenida Cidade de Montgeron, 212 • 4490-402 Póvoa de Varzim • E-mail: spgsaude@gmail.com • Site: www.spgsaude.pt
DEPÓSITO LEGAL 239095/06 **REGISTO ERC** Exclusão de registo prevista no art.º 12, alínea a, do DR n.º 8/99, de 9 de Junho **PERIODICIDADE** Quadrimestral
PRÉ-IMPRESSÃO E IMPRESSÃO RPO TIRAGEM 2.500 exemplares



A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) é um órgão de informação especializado que tem como objetivo primordial divulgar artigos, estudos e casos na área da Gestão em Saúde. Destina-se a todos os profissionais que desenvolvem a sua actividade no setor da Saúde, desde médicos, enfermeiros, técnicos a diretores de serviço, gestores, administradores hospitalares, membros de conselhos de administração de unidades de saúde e a todos os cidadãos interessados nesta temática. A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde orienta-se por critérios de rigor e criatividade editorial, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde estabelece as suas opções editoriais sem hierarquias prévias entre os diversos setores de atividade.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde é responsável apenas perante os leitores, numa relação rigorosa e transparente, autónoma do poder político e independente de poderes particulares.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde reconhece como seu único limite o espaço privado dos cidadãos e tem como limiar de existência a sua credibilidade pública.

A RPGS adota como linha editorial a divulgação de conteúdos através de uma arrumação facilmente assimilável pelos leitores, reforçada pela atualidade e continuidade lógica dos diferentes temas abordados.

A produção de artigos, estudos e casos pautar-se-á por uma forte aplicabilidade dos conceitos divulgados.

Na elaboração de conteúdos, os colaboradores da RPGS terão em conta os seguintes pressupostos:

- i) Os conhecimentos e os valores do grande público refletem, de certo modo, a maneira como a informação sobre a Gestão da Saúde é veiculada pelos órgãos de comunicação social;
- ii) A gestão eficiente e eficaz do setor da Saúde obriga a uma intervenção multidisciplinar, na qual os colaboradores da RPGS podem e devem desempenhar um papel de relevo, através da difusão de mensagens que influenciem comportamentos e atitudes;
- iii) Os mass media constituem, não raro, o único meio de contacto entre as fontes de informação e alguns grupos populacionais socialmente marginalizados;
- iv) O êxito da colaboração entre os colaboradores da RPGS e as instituições que desenvolvem trabalho na área da Gestão da Saúde depende, antes de mais, da assunção, por parte de todos, de que a mudança de comportamentos e atitudes para a gestão eficiente e eficaz da Saúde é uma batalha comum.

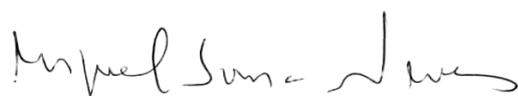
Todo o desempenho da Redação da RPGS rege-se pela estrita observância da ética da informação e no cumprimento da legislação em vigor, obedecendo desse modo a uma política de privacidade e confidencialidade.

Através da Revista Portuguesa de Gestão & Saúde, procurar-se-á ainda manter o leitor atualizado no que respeita a regulamentos, normas, técnicas e ferramentas com impacto direto na gestão dos serviços de saúde.

A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

A recente legislação sobre os Centros de Responsabilidade Integrada(os) – CRI – veio abrir uma pequena janela de oportunidade para que alguns hospitais e unidades locais de saúde possam (re)lançar algumas áreas médicas específicas, dando-lhes ferramentas para uma melhor diferenciação e uma maior adaptabilidade às realidades locais. Apesar de alguma celeuma em relação à mesma, eu acredito que este tipo de legislação poderá permitir aos mais dinâmicos melhorar a eficácia e eficiência de alguns serviços.

Por exemplo, o Centro Hospitalar do Algarve poderá ter aqui uma mão estendida do Ministro da Saúde...



Miguel Sousa Neves

Presidente da Sociedade Portuguesa de Gestão & Saúde

Gastos com medicamentos em Portugal

Inovação *versus* sustentabilidade

RESUMO

A inovação no setor do medicamento é conhecida como a capacidade de melhorar os fármacos já existentes, ou de gerar outros a partir da investigação científica. Quer de uma forma ou de outra, tem por objetivo melhorar o estado de saúde da população através da cura ou do controlo de uma determinada patologia/doença. Os processos de inovação terapêutica funcionam como motores de desenvolvimento, mas são também uma fonte de aumento de custos. Portugal, sendo um país que tem implementado um sistema de saúde predominantemente público, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), suporta elevados custos com o setor do medicamento. Para garantir a continuidade do acesso a medicamentos inovadores, sem comprometer a sustentabilidade do sistema foi implementado na política de saúde um conjunto de medidas que primam pela contenção da despesa, através de um combate mais eficiente e consciente contra a fraude e o desperdício. Neste artigo, através do método da revisão da literatura e de uma análise estatística do consumo e dos custos com fármacos, pretende-se responder à seguinte questão: “A nova política do medicamento e os compromissos de promoção da sustentabilidade geraram os efeitos desejados na redução da despesa, não comprometendo o acesso?”. Como resultado

da inovação aplicada ao setor do medicamento, verificam-se benefícios para os utentes, que dispõem, de um maior acesso a medicamentos inovadores, participados pelo SNS. Para além disso, a despesa com o medicamento baixou, sem que esta redução correspondesse a uma redução do consumo. Em conclusão e respondendo à pergunta de partida, pode referir-se que os gastos com o medicamento foram reduzidos, sendo que para tal contribuíram: os compromissos de sustentabilidade acordados com a indústria farmacêutica (IF), o aumento da quota de genéricos, a dispensa através dos meios eletrónicos e ainda o efeito dissuasor da luta contra a fraude.

1. INTRODUÇÃO

A inovação, de uma forma global, está na base das mudanças ocorridas nas organizações, empresas e sociedade. As transformações que deram origem ao mundo moderno foram fruto de processos inovadores, que contribuíram decisivamente para a melhoria das condições de vida em sociedade e para o progresso da administração dos serviços públicos (Bilhim, Guimarães, & Junior, 2013). Os processos de inovação envolvem atividades que implicam uma mudança na cadeia de valor. São as influências externas que fomentam o desenvolvimento de novos produtos, com o objetivo de

se estar na vanguarda de um mercado competitivo, ou seja, na primeira linha da inovação (Milan, Panizzon, & Toni, 2014; Porter, 1990). É assim, com a aposta em processos inovadores, que ocorre o desenvolvimento e se ganha vantagem face à ameaça da concorrência (Hong, McCann & Oxley, 2012). No entanto, a inovação pode ocorrer em vários níveis, entre os quais a OCDE destaca: a inovação nos processos; nos produtos; no marketing e no modelo organizacional (OECD, 2005).

Entre os vários estímulos que as organizações enfrentam, encontram-se, neste âmbito, a necessidade de mudança, com a criação e modificação de produtos ou serviços, a adaptação às novas tecnologias, ou a melhoria das já existentes (Damanpour, *et al.*, 2011). De acordo com a teoria desenvolvida por Schumpeter em 1934, na base da inovação encontra-se a necessidade de crescimento de uma empresa para fazer face aos novos desenvolvimentos e à concorrência. Só uma empresa que inova poderá crescer, gerando lucro e prosperando num mercado dinâmico e altamente competitivo (McCraw, 2007; Schumpeter, 1934). A inovação no setor da saúde permitiu ganhos no perfil de saúde da população. Como grandes exemplos podemos referir a redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida



da população à nascença (Ministério da Saúde, 2015). Na base deste progresso, esteve a inovação nos processos de gestão, a inovação dos canais de informação e a inovação tecnológica no diagnóstico e no tratamento. A Organização Mundial de Saúde destaca o êxito da inovação tecnológica, referindo que “a capacidade tecnológica disponível para entender, prevenir, diagnosticar e tratar a doença foi transformada numa progressão quase exponencial” (WHO, 2013, p.44).

A inovação está presente no setor da IF desde o início do seu desenvolvimento. A inovação do medicamento implica quase sempre a criação de um novo produto a partir de um pré-existente ou o desenvolvimento de uma nova fórmula a partir da investigação científica. Todos estes processos envolvem investimento, tempo e risco, pois nem sempre o medicamento desenvolvido é aprovado para comercialização (Achilladelis & Antonakis, 2001).

A aposta na investigação e nos ensaios clínicos, em Portugal, tem vindo a crescer nos últimos anos, demonstrando a necessidade e o interesse nacional em criar novos fármacos e melhorar as moléculas existentes (Gulbenkian, 2014).



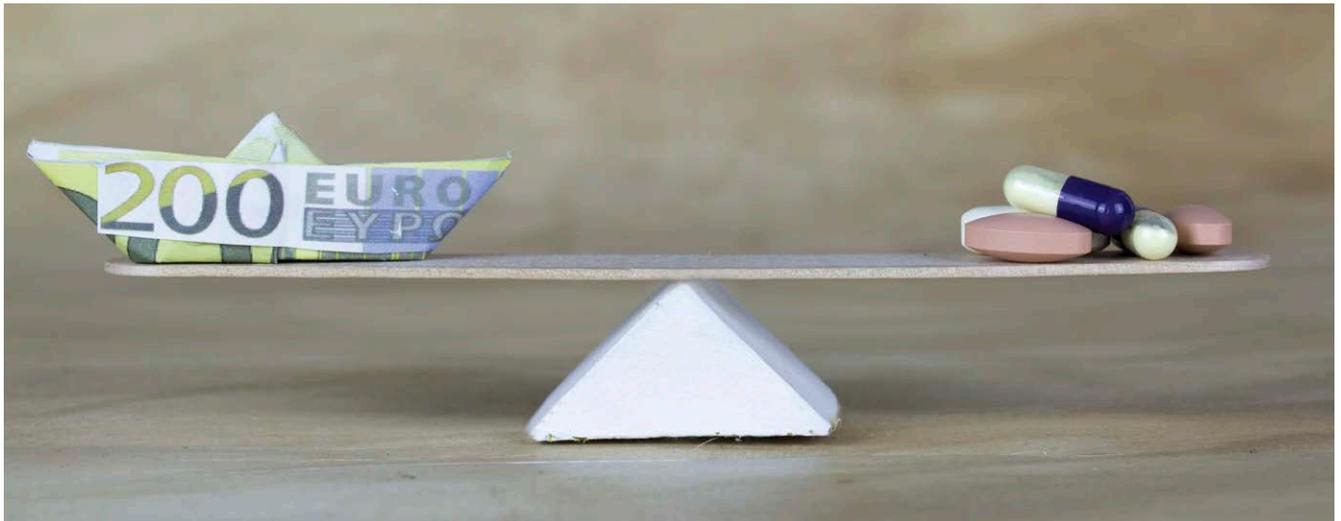
Os processos de inovação terapêutica funcionam como motores de desenvolvimento, mas são também uma fonte de aumento de custos. Portugal, sendo um país que tem implementado um sistema de saúde predominantemente público, o SNS, suporta elevados custos com o setor do medicamento

O acesso a medicamentos inovadores tem sido promovido em Portugal. No entanto, os custos acrescidos com estes medicamentos e os gastos já existentes com a comparticipação dos restantes fármacos poderiam pôr em risco a sustentabilidade do setor. Deste modo, foram tomadas posições firmes na política de saúde para evitar esta rutura. Entre as várias medidas, estabeleceu-se um acordo com a IF e promoveram-se normas para garantir um uso racional, sem desperdícios.

2. INOVAÇÃO DO PRODUTO: O SETOR DO MEDICAMENTO

O setor do medicamento surge quase sempre associado aos processos de inovação de produto, devido ao grande investimento da IF no desenvolvimento de novos produtos (Lamata, Gálvez, Barros, & Caro, 2015).

A aposta neste tipo de inovação é uma forma de as empresas se tornarem mais competitivas e crescerem no seio de um mercado interno e externo concorrente e cada vez mais competitivo (Calantone, *et al.*, 2010). A inovação de produtos está alinhada com o desenvolvimento tecnológico e resulta igualmente da investiga-



ção e do aprimoramento de técnicas e processos de produção (OCDE, 2005).

A IF gera valor ao inovar, mas com muito investimento e risco. Os fármacos são sujeitos a processos de investigação, testados e ensaiados, sendo que só depois de passadas várias fases são testados em animais e humanos.

O processo de desenvolvimento de novos medicamentos desenvolve-se numa primeira fase em laboratório e em estudos com animais. Este é o período em que decorre a descoberta e os testes pré-clínicos. Em seguida, inicia-se um novo período, o dos ensaios clínicos, onde, por testes controlados, se pretende avaliar a segurança e a eficácia do fármaco. Este período decorre, por norma, em três fases:

- Fase I, com a duração de 1-2 anos, que tem como objetivos a determinação da dosagem e da segurança. Por norma a amostra é de 20 a 100 pessoas;

- Fase II, com duração aproximada de 2 anos, que tem por objetivos avaliar a eficácia e investigar os efeitos secundários dos medicamentos. É aplicada a uma amostra que varia entre os 100 e os 500 indivíduos.

- Fase III, com o objetivo de confirmar a eficácia e monitorizar reações adversas, tem habitualmente a duração de um período mínimo de três anos e é aplicada a mais de 1.000 indivíduos, podendo atingir até 5.000 (Spilker, 2006).

Após passar nas várias fases, a empresa que desenvolve um novo produto tem de pedir uma autorização para a comer-



O acesso a medicamentos inovadores tem sido promovido em Portugal. No entanto, os custos acrescidos com estes medicamentos e os gastos já existentes com a participação dos restantes fármacos poderiam pôr em risco a sustentabilidade do setor. Deste modo, foram tomadas posições firmes na política de saúde para evitar esta rutura

cialização do mesmo, que no caso da Europa é feito à Agência Europeia de Medicamentos. Há casos em que se realizam estudos “pós-comercialização”, com o objetivo de recolher dados adicionais dos benefícios do fármaco, ou dos efeitos secundários a longo prazo, não previstos inicialmente.

No mundo do medicamento são realizados milhares de ensaios clínicos (Parexel, 2005). Estes ensaios custam milhões de euros à IF e por vezes podem mesmo não gerar qualquer lucro (DiMasi, Hansen & Grabowski, 2003). Assim, está claro o risco que a IF corre, ao tentar desenvolver ou melhorar um produto. Podemos mesmo falar do risco de inovação, já que decorre de uma tentativa frustrada de gerar valor.

O elevado investimento na inovação do medicamento tem de ser coberto, pelo que os lucros têm efetivamente que compensar os custos de desenvolvimento. Daqui resulta o elevado valor de mercado dos medicamentos inovadores (Barros, 2013). Contudo, este facto causa um problema para as contas públicas de um sistema de saúde como o português, que tem na sua base um SNS, que participa, em grande parte, a despesa com medicamentos.

A despesa pública com o medicamento atingiu um ritmo de crescimento que apontava para a rutura e insustentabilidade do sistema. O desenvolvimento da IF com medicamentos inovadores, o aumento da longevidade da população e o crescimento da doença crónica, são

exemplos claros que contribuíram para o sucessivo aumento da despesa em farmácia (Barros, 2013; Campos, 2008). Para além da prevenção da doença, promoção da saúde e reforço da literacia da população, pouco mais se poderia fazer para reduzir os consumos e os custos com medicamentos (Lamata, Gálvez, Barros, & Caro, 2015). Desta forma, a política de saúde enveredou numa outra perspetiva: a da sustentabilidade e diminuição de custos, através de medidas que envolvem a redução de desperdícios e a melhoria da regulação do mercado do medicamento (Ministério da Saúde, 2015).

3. MEDIDAS DE SUSTENTABILIDADE IMPLEMENTADAS NO SETOR DO MEDICAMENTO

As medidas políticas de promoção da sustentabilidade, de forma transversal aos vários governos, tiveram sempre por base a máxima de garantir acesso aos medicamentos a todos os cidadãos, não privando qualquer utente desse direito (Campos, 2008; Ministério da Saúde, 2015).

A política do medicamento teve a influência do Memorando de Entendimento (assinado entre o Governo de Portugal e o Fundo Monetário Internacional, o Banco Central Europeu e a Comissão Europeia) sobre as condicionalidades da política económica, que preconizava as seguintes medidas estruturais:

3.54 - Rever a fixação de preço do primeiro genérico introduzido no mercado;

3.56 - Tornar obrigatória a prescrição eletrónica de medicamentos e meios de diagnóstico;

3.57 - Estabelecer um sistema de monitorização da prescrição e diagnóstico de cada médico, com informação regular sobre o processo;

3.58 - Introduzir medidas de incentivos aos médicos que prescrevam genéricos e medicamentos de marca menos dispendiosos (regulamentação ou orientações para os médicos);

3.64 - Estabelecer o enquadramento legislativo e administrativo para um sistema centralizado de aprovisionamento para a compra de produtos médicos no âmbito do SNS (Portugal, 2011, p.14).

No seguimento desta linha e com o ob-

jetivo de conter a despesa pública, sem pôr em risco a sustentabilidade do sistema ou o acesso dos cidadãos ao medicamento, foram aplicadas diversas medidas, entre 2011 e 2015, entre as quais se destacam:

- O estabelecimento de um acordo com a IF, com o objetivo de reduzir os encargos do SNS, limitando a despesa do Estado. Em 2015, por exemplo, foi fixado o valor máximo de 2.000 M€;

- Evitar o desperdício, garantindo uma gestão eficiente no consumo do medicamento, com um controlo na prescrição e na dispensa;



Em Portugal, apesar da inovação terapêutica e do aumento do consumo de medicamentos, foi conseguido um controlo e uma redução de custos para o SNS. Para tal contribuíram os compromissos de sustentabilidade assinados com a IF e uma nova visão da política do medicamento

- O combate à fraude no medicamento, através da criação de um grupo de trabalho de luta contra a fraude, que em articulação com os Ministérios da Saúde e da Justiça, identifica e analisa casos suspeitos em todas as fases do processo, desde a prescrição à dispensa;

- A implementação da prescrição eletrónica, aliando as tecnologias de informação e comunicação ao propósito de um maior controlo do mercado. O objetivo foi tornar a prescrição eletrónica obri-

gatória, salvo raras exceções, o que hoje em dia já se tornou uma realidade. Esta foi uma medida transversal, que permitiu a realização das anteriores com um maior sucesso;

- A desmaterialização da receita médica (receita sem papel), no alinhamento da medida anterior, voltando a gerar uma articulação das tecnologias de informação e comunicação, com a sustentabilidade no setor da saúde. Desta forma, num processo sem papel impresso, o utente pode levantar a sua receita com um SMS alusivo ao número do pedido e com a apresentação do cartão do cidadão;

- O aumento da quota de genéricos, em número e valor, com o objetivo de promover medicamentos com menos custos, mas com os mesmos efeitos;

- A transposição de diretivas comunitárias que eliminavam as barreiras à entrada de novos genéricos, por vezes bloqueados juridicamente. A título de exemplo, em 2011, eram 800 os medicamentos que tinham suspensa a autorização para introdução no mercado nacional;

- A determinação do preço do primeiro genérico em 50% do preço do medicamento de referência;

- A prescrição pela Denominação Comum Internacional da substância ativa (DCI) e não pela marca. Para além desta denominação, as receitas médicas contam também com a dosagem, apresentação, forma farmacêutica e posologia;

- Revisão dos preços dos medicamentos, em função de países de referência (Espanha, Eslováquia e França);

- Promoção de incentivos às farmácias para dispensa de medicamentos genéricos, através do pagamento de uma recompensa de acordo com a poupança gerada para o Estado e para os doentes (Portaria n.º 18-A/2015, de 2 de fevereiro);

- Garantia de equidade no acesso às terapêuticas efetivas da Hepatite C (Despacho n.º 1824-B/2015, de 18 de fevereiro);

- Criação e implementação do novo Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde (SiNATS);

- Publicação de diversas normas de orientação clínica (NOC)¹, tendo algumas delas sido integradas na Prescrição Eletrónica Médica.

Quadro 1: Encargos do SNS e dos utentes com medicamentos em ambulatório (em milhões de euros)

	2011	2012	2013	2014	2015
Encargos SNS	1325,99	1173,08	1160,22	1170,35	1182,18
Encargos Utes	798,57	682,57	689,48	702,69	709,76
Embalagens	139,85	140,02	149,09	153,02	154,96

Fonte: Infarmed (2016)

4. EFEITOS DAS MEDIDAS DE SUSTENTABILIDADE NA DESPESA COM MEDICAMENTO NO SNS

A implementação das medidas desenvolvidas, entre 2011 e 2015, geraram, num curto prazo, uma redução de 496 milhões de euros. O Quadro 1 apresenta os principais resultados da poupança efetiva para os utentes e para o Estado (Serviço Nacional de Saúde).

Os utentes dispensavam um total de 798,57 M€ em 2011, valor que foi reduzido para 709,76 M€, o que significou

uma poupança real de 88,81 M€, ou seja, de aproximadamente 12% da despesa inicial. Por seu lado, o encargo do SNS com a comparticipação do medicamento dispensado em ambulatório, passou de mais de 1,326 M€ para 1,182 M€, o que representou uma redução na ordem dos 144,81 M€, equivalente a 10,9%.

No entanto, repare-se que as reduções nos gastos não são acompanhadas de uma quebra no consumo. Pelo contrário, para o mesmo período de tempo

registar-se um aumento de 13,17 milhões de embalagens dispensadas, o que evidencia a eficiência económica das medidas de controlo da despesa no medicamento. Neste sentido, são apresentados no quadro alguns valores sobre o medicamento.

Através de uma atenta leitura do quadro, verifica-se a variação positiva, em cada ano, no aumento do consumo. Regista-se também uma redução gradual do custo para o utente, que passou de um valor médio de 5,71 € embalagem, em 2011, para 4,58 € em 2015. No mesmo sentido evoluiu a poupança da comparticipação do SNS por embalagem, que passou de 9,48 € para 7,63 €. Com estes valores pode referir-se que, com a implementação de medidas de promoção de eficiência e controlo na prescrição e dispensa de medicamentos, se conseguiu uma poupança efetiva de 1,13 €/embalagem para o utente e de 1,85 € para os cofres públicos.

O atual Governo, no sentido de dar continuidade à política do medicamento, definiu no seu Programa do Governo:

- A promoção da utilização racional e segura do medicamento reforçada com o desenvolvimento de um Programa Nacional para a literacia e autocuidados;
- A promoção de uma política sustentável na área do medicamento de modo a conciliar o rigor orçamental com o acesso à inovação terapêutica, através de:
 - a) Revisão dos mecanismos de dispensa e comparticipação de medicamentos dos doentes crónicos em ambulatório;
 - b) Promoção do aumento da quota do mercado de medicamentos genéricos, tendo em conta a margem para a baixa de preço que subsiste;
 - c) Promoção da investigação e da produção nacional no setor medicamento (Portugal, 2015).



Quadro 2: Análise de valores sobre medicamentos, por embalagem

	2011	2012	2013	2014	2015
Nº de Embalagens (milhões)	139,85	140,02	149,09	153,02	154,96
Δ Anual do consumo	-	+0,12%	+6,48%	+2,64%	+1,27%
Preço médio por embalagem para o SNS (euros)	9,48	8,38	7,78	7,65	7,63
Δ Anual do preço médio por embalagem para o SNS	-	-11,64%	-7,11%	-1,72%	-0,26%
Preço médio por embalagem para o utente (euros)	5,71	4,87	4,62	4,59	4,58
Δ Anual do preço médio por embalagem para o SNS	-	-14,63%	-5,13%	-0,7%	-0,21%

Fonte: Infarmed (2016)

5. CONCLUSÃO

Como resposta à pergunta de partida e focando o setor da saúde, em particular, pode entender-se que o aumento de custos decorrente da inovação tecnológica, quando alinhado estrategicamente com as medidas promotoras de sustentabilidade, forte regulação e planeamento em saúde, pode produzir efeitos positivos no aumento da oferta e na redução de cus-

tos. O exemplo abordado neste texto ilustra esta realidade.

Em Portugal, apesar da inovação terapêutica e do aumento do consumo de medicamentos, foi conseguido um controlo e uma redução de custos para o SNS. Para tal contribuíram os compromissos de sustentabilidade assinados com a IF e uma nova visão da política do medicamento. Graças a estes processos foi possível introduzir me-

dicamentos inovadores, promovendo o acesso a quem deles necessita e, em simultâneo, controlar os custos com o medicamento para o utente e para o erário público.

Apesar dos resultados positivos, a política de saúde não deve estagnar este caminho. Deste modo, o atual executivo estabeleceu como meta no seu Programa do Governo, a promoção de uma política sustentável na área do medicamento.

NOTAS

1. O Infarmed e a DGS elaboraram um conjunto de Normas de Orientação Clínica direcionadas para o setor do medicamento. A adoção destas normas permitiu ao SNS:
 - Obter ganhos com base na evidência científica;
 - Promover boas práticas clínicas;
 - Ganhos de eficiência com redução de custos;
 - Aumento da qualidade (Ministério da Saúde, 2015).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achilladelis, B., Antonakis, N. (2001). The dynamics of technological innovation: the case of the pharmaceutical industry. *Research Policy*, 30, 535-558.
- Barros, P. (2013). *Economia da saúde - conceitos e comportamentos* (3ª edição). Coimbra: Almedina, 2013.
- Bilhim, J., Guimarães, T., & Júnior, P. (2013). Escala de orientação para inovação em organizações públicas: estudo exploratório e confirmatório no Brasil e em Portugal. *Revista de Administração e Inovação*, 10, 257-277.
- Calantone, N., Droge, R., & Harmancioglu, N. (2010). Inconclusive Innovation "Returns": A meta-analysis of research on innovation in new product development. *Journal of Product Innovation Management*, 27(7), 1065-1081.
- Campos, A. (2008). *Reformas na saúde: o fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Damanpour, F., Méndez, F., & Wischnesky, J. (2011). Influence of environmental factors and prior changes on the organizational adoption of changes in products and in technological and administrative process. *British Journal of Management*, 22, 132-149.
- DiMasi, J., Hansen, R., & Grabowski, H. (2003). The price of innovation: new estimates of drug development costs. *Journal of Health Economics*, 22, 151-185.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um futuro para a saúde, todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hong, S., McCann, P., & Oxley, L. (2012). A survey of the innovation surveys. *Journal of Economic Surveys*, 26(3), 420-444.
- INFARMED (2016). *Estatística do medicamento e produtos de saúde 2014*. Lisboa: INFARMED.
- Lamata, F., Gálvez, R., Barros, P., & Caro, J. (2015). *Acesso aos novos medicamentos: o exemplo da hepatite C. Custos, preços e patentes*. Madrid: Infarmed.
- McCraw, T. (2007). *Prophet of innovation: Joseph Schumpeter and creative destruction*. Cambridge: Harvard University Press, 2007.
- Milan, G., Panizzon, M., & Toni, D. (2014). Internacionalização, criatividade organizacional e as capacidades dinâmicas baseadas em conhecimento como determinantes da inovação. *Revista de Administração e Inovação*, 10(4), 253-282.
- Ministério da Saúde (2015). *Políticas de Saúde 2011-2015*. Lisboa: Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.
- OECD (2005). *Oslo Manual: Proposed guidelines for collecting and interpreting technological innovation data*. Paris: OCDE Publishing.
- Parexel. *Parexel's Pharmaceutical R&D Statistical Sourcebook 2005/2006*. Waltham: Parexel International Corporation.
- Porter, M. (1990). *The Competitive Advantage of Nations*. The Free Press: New York.
- Portugal (2011). *Programa de assistência financeira UE/FMI - 2011-2014*. Lisboa: Edições do Banco de Portugal.
- Portugal (2015). *Programa do XXI Governo Constitucional*. Lisboa: Governo de Portugal.
- Schumpeter, J.A. (1934) *The theory of economic development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Spilker, BA (2001). *The drug discovery, development and approval process. New Drug Approvals*. Washington D.C.: Pharma print.
- WHO-Europe. (2013). *Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century* (pp. 33-38). Denmark: World Health Organization.

Filipa Breia
da Fonseca

Investigadora em Gestão de Saúde
Nova School of Business and
Economics – Faculdade de
Economia e Gestão da Universidade
Nova de Lisboa

Estratégias e aprendizagens na gestão da segurança do paciente



A segurança do paciente tem sido um assunto de muita pesquisa, debate e interesse na área da saúde. Nesse sentido, tem vindo a tornar-se uma preocupação não só dos prestadores de cuidados de saúde, como também dos doentes, dos gestores e da sociedade em geral. A prática da medicina é ela própria uma

atividade de risco. Risco para os doentes que podem sair lesados pelo comprometimento da sua segurança, e risco para os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) que exercem uma profissão potencialmente perigosa. Tudo isto porque a medicina tem no seu centro o doente, cujos danos físicos ou psí-

quicos são sempre diretos e na primeira linha (Fragata, 2011).

O relatório do *Institute of Medicine* (2000) – *To Err is Human* – lançou o tema da segurança na Medicina, ao revelar que entre 44 mil e 98 mil pacientes poderiam morrer por ano nos EUA, em consequência de erros no sistema de saúde (IOM,

2000). Para além disso, o documento do IOM focou que tal acontecia, não por responsabilidade direta dos profissionais de saúde, mas sim pelo contexto sistemático-organizacional em que estes trabalham. Assume-se assim que este é um problema de gestão e que, como tal, parte da solução tem que ser procurada na melhoria da mesma.

No início deste século foram também criadas várias agências de segurança do paciente (Reino Unido, Canadá, Austrália, Dinamarca) e estabelecida em 2004, sob a égide da Organização Mundial de Saúde, a *World Alliance for Patient Safety*. Esta aliança estabeleceu sete programas independentes: soluções, investigação, notificação, aprendizagem, taxonomia, doentes e standardização, bem como a higiene das mãos e a cirurgia segura, que já salvaram muitas vidas (Berwick *et al.*, 2006).

Quando se fala em segurança do paciente ficamos com a ideia de estarmos perante um conceito bem delimitado e fácil de analisar. No entanto, a realidade apresenta algumas particularidades que tornam difícil a sua abordagem devido, essencialmente, à complexidade das organizações de saúde. O que obviamente cria dificuldades para a atuação da gestão, e para melhorar a gestão torna-se necessário saber com precisão que conceitos são relevantes.

A National Patient Safety Foundation (2004) começou por definir segurança do paciente como a forma de evitar, prevenir e melhorar os eventos adversos ou prejuízos que surgem nos processos de tratamento dos pacientes. A segurança não reside numa só pessoa, num plano ou num departamento, ela emerge das interações dos componentes de um determinado sistema. Para a Direção-Geral da Saúde (DGS) em Portugal (2011), a segurança do paciente é conotada com a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Este mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e contexto em que os cuidados foram prestados, por oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.

Apesar de alguns eventos que comprometem a segurança do paciente não poderem ser eliminados na sua totalidade, os seus danos podem tentar ser reduzidos, sendo o objetivo final conseguir zero dano para o paciente.

A reação mais comum quando a segurança do paciente fica comprometida ou quando uma falha ocorre é, em primeiro lugar, culpar alguém. Falha e culpa andam virtualmente inseparáveis em grande parte das organizações. Na saúde não é exceção. Todos aprendemos em crianças que admitir uma falha significa assumir a culpa de algo. Talvez seja por essa linha de pensamento, que tão poucas organizações assumem uma cultura de segurança, onde a gratificação de se aprender com a falha não consegue ser totalmente realizada.

Diferentes colaboradores que tenho vindo a entrevistar na área da saúde admitem que, muitas das vezes, não sabem como responder construtivamente ao fracasso. Quando se pergunta diretamente a médicos e enfermeiros porque pode o paciente ficar sujeito a situações de insegurança, as razões apresentadas são diversas. Por outro lado, os profissionais de saúde admitem também o facto de que se os colaboradores não forem responsabilizados, o que poderá assegurar que irão tentar fazer o seu melhor no trabalho que estão a realizar?

Treino e formação, melhoria do fluxo de trabalho e uma adequada gestão de recursos humanos, são alguns dos principais vetores citados que levam os profissionais a conseguir executar os processos de gestão e tratamento do paciente com consistência. Quando isso não acontece, a falta de atenção, os desvios, os problemas de comunicação, a falta de confirmação de procedimentos, o processamento e a má interpretação da informação são usualmente as causas mais mencionadas, quando os processos não correm como o desejado.

Sabemos que em grande parte das situações as causas podem ser identificadas e as soluções desenvolvidas. Porém, existem organizações e profissionais que tomam iniciativas para encontrar soluções em relação à segurança do paciente.

A National Patient Safety Agency (2004),

por exemplo, desenvolveu um documento estratégico “*seven steps of patient safety*”, onde são definidos sete passos que as organizações de sistemas de saúde deveriam adotar, no sentido de melhorar a segurança do doente. Cada um destes passos, fornece uma *checklist* que ajuda a planear as atividades e a medir o desempenho e a efetividade das ações adotadas para promover a segurança dos doentes, constando o seu conteúdo das seguintes fases:

1 – Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa;

2 – Liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança dos doentes;

3 – Integrar as atividades de gestão do risco desde a identificação das causas até à definição das ações corretivas e ou preventivas;

4 – Promover a notificação dos eventos adversos ou *near misses*, assegurando que os profissionais de saúde podem facilmente, e sem receios persecutórios, reportar os incidentes;

5 – Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral. Desenvolver formas para comunicar e auscultar os doentes acerca da problemática dos eventos adversos;

6 – Aprender e partilhar experiências. Encorajar os profissionais de saúde a analisar a raiz dos problemas e as causas que estão subjacentes, no sentido de aprender como e porquê o incidente ocorreu. A difusão da informação acerca das causas dos incidentes é fundamental para diminuir ou evitar episódios recorrentes;

7 – Implementar soluções, para prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos doentes, através de mudanças nas práticas, nos processos e na estrutura da organização, sempre que tal se verifique necessário.

Atul Gawande, um cirurgião de Harvard, defendeu com o seu *best-seller* “*The Checklist Manifesto*” (2011), que as *checklists* seriam também uma boa solução para ajudar a melhorar a segurança do paciente e muitos dos problemas em saúde. Também Pronovost (médico no Johns Hopkins University School of

Medicine) e Vohr no livro *“Safe patients, Smart Hospitals”* (2011), apresentaram uma série de exemplos práticos de como os profissionais de saúde (juniores e seniores), lidam diariamente e resolvem os problemas de segurança. Mais recentemente Sastry e Penn no seu livro *“Fail Better”* (2014), apresentam modelos e soluções a por em prática no combate ao erro e à segurança do paciente.

Hoje em dia, as iniciativas em torno da segurança do doente consistem mais em iniciativas organizacionais e numa abordagem de sistemas devidamente enquadradas numa cultura local de segurança, do que em esforços centrados em agentes diretos de prestação. Para além disso, o papel das equipas e das organizações, na produção de melhores níveis de segurança é hoje fundamental.

Mas como melhorar a segurança do paciente na prática? Muitos estudos demonstram e defendem que quanto maior for a eficácia do sistema de notificação, ou seja, quanto mais situações se relatarem e se analisarem, maior é a probabilidade de existir uma maior segurança do paciente evitando assim as falhas (National Patient Safety Agency, 2004).

Existem muitas formas pelas quais reportar os erros podem levar a uma aprendizagem e melhoria da segurança do paciente. A primeira proposta é aprender com a experiência, isto é, um sistema de notificação de erros deve produzir algo visível e respostas úteis para justificar os recursos despendidos e estimular a própria notificação. A função mais importante será usar os resultados da análise de dados para depois formular e disseminar recomendações para executar alterações no sistema. Tudo isto poderá gerar recomendações de boas práticas para os colaboradores seguirem.

Outra das recomendações é criar e gerar sistemas de alerta quando o sistema reconhece um perigo, como quando por exemplo se administram erradamente as doses de medicação. Para que haja um maior comprometimento das organizações com a segurança, os acidentes graves (a morte de um doente) devem ser sempre investigados no sentido de averiguar as suas causas. A avaliação poderá ser feita por uma entidade externa que possa conduzir a uma investigação independente do processo.



Estudos demonstram que quanto maior for a eficácia do sistema de notificação, ou seja, quanto mais situações se relatarem e se analisarem, maior é a probabilidade de existir uma maior segurança do paciente

Para além disso poderão ser também usados resultados de investigações passadas e de análise de dados para formular e divulgar recomendações de alterações dos processos. A Joint Commission on Accreditation of Healthcare (2000), já usa esta função com um número reduzido de notificação de incidentes. O objetivo é produzir recomendações de segurança dos próprios dados recolhidos.

Contudo, aparentemente eventos simples estão muito mais suscetíveis de convergir em muitos fatores que contribuem para que estas ocorram.

Em suma, conclui-se que a segurança é um princípio fundamental nos cuidados de saúde que são prestados aos pacientes. A sua prática exige um complexo sistema de sinergias, envolvendo um conjunto de ações exigentes e de melhoria contínua em diversas áreas, isto é, medicação, diagnóstico e tratamento, sistemas e equipamentos e informação e comunicação entre os profissionais de saúde.

Para isso será necessário perceber que tipos de erros são mais frequentes e as suas causas, com o propósito de explorar mecanismos de prevenção, de deteção, de resposta e de recuperação do erro. O estudo dos processos de gestão permitirá assim saber o momento da sua ocorrência. Nesse sentido, à semelhança das organizações de alta fiabilidade, as medidas reativas que respondem a um qualquer acidente reportado ou detetado devem ser utilizadas como modo de aprendizagem e não usadas como um pretexto para punir um qualquer responsável ou tomador momentâneo da culpa.

As medidas de aprendizagem deverão redesenhar os processos, de forma a torná-los mais seguros e consistentes aos erros dos profissionais de saúde, que sendo colaboradores de primeira linha e humanos terão sempre a tendência de errar.

Finalmente apresentam-se algumas recomendações para melhorar a gestão no que diz respeito à redução de erros na prestação de cuidados de saúde: (i) melhoria do fluxo de trabalho, ou seja tarefas programadas e orientadas; (ii) melhor adaptação da gestão dos recursos humanos; (iii) existência de uma cultura de deteção e correção de erros e falhas.

REFERÊNCIAS

- Berwick, D; McCannon C. and Hackbarth A., (2006), The 10000 lives campaign – setting a goal and a deadline for improving health care Quality, JAMA, 7, pp. 295-324.
- Direção-Geral da Saúde (2011), Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente, Lisboa.
- Fragata, J. (2011), Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática, Lousã, Lidel.
- Gawande, A. (2011), The Checklist Manifesto, How to Get Things Right, Profile Books, England.
- Institute of Medicine (2000), To Err is Human, Report 2000, Washington Press.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2000), Results of JCAHO, sentinel events reporting.
- National Patient Safety Agency: Seven Steps to Patient Safety – a Guide for NHS Staff, (2004), London.
- Pronovost, P. and Vohr, E. (2011), Safe Patients, Smart Hospitals, Plume, England.
- Sastry, A. and Penn, K. (2014), Fail Better, Design Smart Mistakes and Succeed Sooner, Harvard Review Press, United States of America.
- World Health Organization, (2002), Quality of Care: Patient Safety, Fifty-Fifth World Health Assembly Provisional agenda item, 13.9, March.

Pearls & pitfalls do sistema de saúde português

INTRODUÇÃO

A Saúde em Portugal pode melhorar através do criticismo, transparência e da inovação aplicados à gestão do quotidiano dos serviços. Este artigo de opinião procura, através de um *brainstorming* aleatório, abordar algumas “pérolas e armadilhas” enraizadas no sistema de saúde português.

HOSPITAIS PRIVADOS: PACK OPACO

O *core business* dos hospitais privados são os cuidados de saúde preferencialmente prestados a beneficiários de seguros de saúde e de subsistemas da saúde. Recorrer aos mesmos como cliente particular é a garantia de aumento imprevisto da despesa pessoal *out-of-the-pocket*. Será lícito este tipo de hospital cobrar 50 euros por uma oximetria de pulso? Por que razão isto acontece? Tem essencialmente a ver com preços dos “K” definidos pelas tabelas da Ordem dos Médicos (OM), que em várias especialidades são completamente desajustados e anacrónicos à maior ou menor complexidade dos procedimentos realizados. Se a OM solicitar a um determinado colégio de especialidade que os “K” sejam revistos, o que acontece é que cada médico de uma eventual comissão tenderá a defender os

valores dos mesmo associados aos atos que realiza com maior frequência na sua prática pública/privada. No fundo, o lóbi começa nos próprios médicos e está bem enraizado quase desde a fundação do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Outra questão associada à prestação de cuidados de saúde pelas instituições particulares de saúde é a falta de transparência quanto aos valores dos cuidados a prestar, raramente totalmente discriminados. É habitual a “cascata” da cobrança, por exemplo, num episódio de urgência, começar por um médico generalista, que garante a assistência “indiferenciada” 24/24 horas da entidade, que referencia para um médico especialista nem sempre imediatamente presente, mas *on demand*, logo mais caro e aumentando os custos (dupla faturação), que vai aumentando a complexidade da assistência prestada, solicita exames complementares de diagnósticos muitas vezes dispensáveis pela clínica, até à fatura final.

O mesmo se aplica a intervenções cirúrgicas: o pacote de prestação de cuidados raramente está fechado e é em muitos casos uma incógnita para os clientes da saúde menos assertivos e informados dos cuidados peri e pós-operatórios. Denomino este fenómeno da saúde privada

como a “multiplicação dos peixes” aplicada à iliteracia para a saúde, que pode ser melhorada... Em benefício do cliente da saúde daquele setor.

A ADSE QUANDO NASCE NÃO É PARA TODOS

Qual é a lógica subjacente aos contratos individuais de trabalho em funções públicas celebrados no SNS, que na última década representarão não mais de 20.000 a 30.000 contratações de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, etc.), de não terem direito a serem voluntariamente beneficiários da ADSE, quando estão diariamente expostos, entre outras, a doenças infecto-contagiosas, em comparação com outros funcionários públicos, por exemplo em funções administrativas, que entram para os quadros e estão sujeitos a baixo risco de contraírem doenças? O desconto para este subsistema é voluntário, mas a inclusão involuntária e não equitativa. E as “baixas” por incapacidade um verdadeiro calvário no funcionamento interno das instituições públicas e o nas despesas do erário público. Prevê-se, com a brevidade legislativa habitual no nosso país, uma abertura a novos beneficiários que sendo tardia se saúda.

O BURNOUT DOS MÉDICOS

A OM realizou recentemente um estudo sobre *burnout* (exaustão física e mental) na classe médica. As conclusões são óbvias, mas em termos executivos o que resulta deste inquérito? Sessões de esclarecimento na sede da OM para os interessados e frequentadas principalmente por médicos sem *burnout* ou reformados... O inquérito de natureza retrospectiva realizado foi anónimo e perdeu-se assim uma boa oportunidade para identificar casos “no ativo” ou com elevado risco de recidiva e planear uma intervenção atempada. Por responder ficaram então questões como: Quem cuida da saúde psíquica dos médicos? Existirá algum plano de intervenção na força para a criação de gabinetes de apoio psicológico aos médicos e outros profissionais de saúde? Espera-se que sim, em prole de uma melhor saúde mental dos prestadores que se deseja.

PSICÓLOGOS:

UM PARA TODOS E TODOS POR MAIS

O contingente de psicólogos presentes nas instituições do SNS público é escasso e presta a assistência possível à população, que dificilmente pode suportar do seu bolso os cuidados em regime privado. É só fazer as contas a uma sessão por semana, ao preço de 45 euros/hora, durante um ano: 3 a 4 salários mínimos anuais. Há falta de psicólogos formados em Portugal? Não. Haverá dificuldade na contratação de mais psicólogos? Sim. Então, por que não estabelecer protocolos com gabinetes de Psicologia na comunidade? Interessados não faltarão do lado dos psicólogos clínicos e os custos das parcerias seriam seguramente inferiores à contratação direta pelo SNS.

OS NUTRICIONISTAS E AS DOENÇAS CRÓNICAS

As doenças crónicas responsáveis por elevados custos diretos e indiretos são outro flagelo na população portuguesa. A má ou incorreta alimentação é um factor modificável em muitas delas, como a diabetes mellitus, hipertensão arterial, a obesidade e a doença renal crónica, permitindo uma intervenção com ganhos óbvios na despesa pública a médio e longo prazo,

traduzindo ganhos agregados em QALY e DALY. As dietas estão na moda, a formação universitária nesta área em alta. Ou seja, existe uma elevada oferta e uma baixa procura destes profissionais... pelo SNS. A par da contratação destes profissionais a nível hospitalar, no mínimo um por cada serviço de Medicina/Cirurgia, deveria ser criada uma linha SOS nutrição associada aos cuidados primários, plasmando o bom exemplo das consultas de cessação tabágica disseminada pela rede de cuidados do SNS, que funciona de forma eficaz a tempo e horas. E o que é bem feito, deve ser replicado.

PAY-PER-VIEW NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A cobrança imediata e prévia aos actos em saúde é realizada de forma direta nos serviços privados de saúde. Percebe-se porquê, tendo em mente o seu modelo de negócio: evitar cobranças posteriores difíceis ou impossíveis. O que pode colocar questões deontológicas na prestação de assistência urgente/emergente. Por outro lado, existem situações abusivas como a cobrança prévia de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (ECDT). Não são estes, por definição, complementares à avaliação clínica?

No SNS, a cobrança de taxas moderadoras de consultas ou exames complementares é mais flexível e socialmente “amiga”; quando o utente não tem possibilidade de pagar no momento, a dívida fica registada em sistema sendo cobrada numa próxima visita ou por nota de cobrança para o utente/domicílio. A inovação positiva neste setor tem vindo a melhorar não só a receita como a compreensão por parte dos utentes sobre a clássica definição do SNS como “tendencialmente gratuita” e do cliché “a saúde não tem preço, mas custos”.

No consultório privado, de uma maneira geral, o paciente só paga no final do ato e, se insatisfeito ou se o prestador assim o entender, poderá não pagar o serviço. É o denominado *pay-per-satisfaction*. Neste caso, a relação médico-doente não pode ser mais direta e transparente, devendo este tipo de prestação de serviço resistir à “fagocitose” dos grandes grupos económicos da saúde.

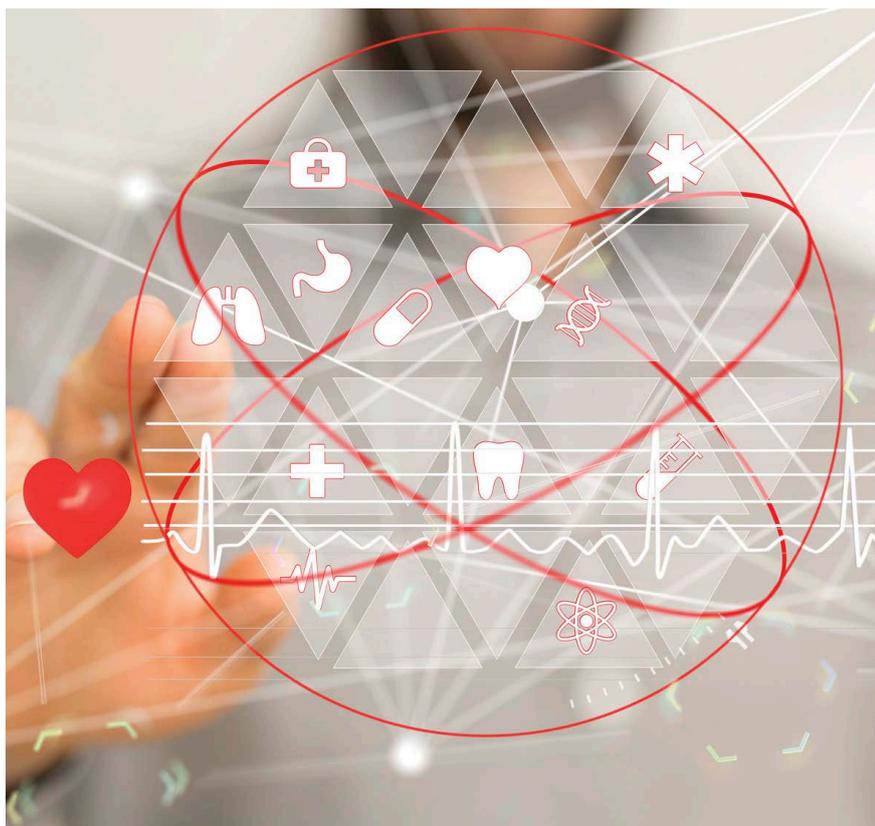
AS ASSIMETRIAS REGIONAIS E INTER-REGIONAIS NO ACESSO À INOVAÇÃO

No serviço hospitalar no qual exerço a minha atividade profissional, o acesso à inovação é bastante abrangente. Os utentes beneficiam dos últimos avanços científicos na área da Oftalmologia e estão muito satisfeitos. Alguns utentes de outros hospitais na proximidade – até 25 km – surgem como episódios de urgência ou em consulta externa, com a recente opção de escolha proporcionada pelo Ministério da Saúde.

Presentemente na minha consulta, surgiu um utente proveniente de uma aldeia no concelho de Odemira, geograficamente mais próximo de Beja e do Algarve, via consulta de Oftalmologia do Hospital do Litoral Alentejano, aparentemente o hospital da área; neste não se realizam tratamentos LASER (ou o aparelho estaria avariado) e cirurgia vítreo-retiniana de que o doente poderá necessitar. O *insight* do doente não lhe permite perceber com objetividade porque tem que ser tratado no Hospital de Setúbal, necessita de efetuar deslocações de 400 Km, ida e volta, para as quais solicitou transporte às custas do Cento Hospitalar de Setúbal/SNS. Necessitarei no mínimo de seis deslocações do doente nos próximos três meses para tratá-lo devidamente, correndo o risco de o *follow-up* vir a ser interrompido, com perda de eficácia dos tratamentos. Este é um exemplo da dificuldade de acesso à inovação tecnológica e das assimetrias de dotação dos serviços clínicos com custos diretos e indiretos adicionais para o SNS.

FACULDADE DE MEDICINA PRIVADA NA CAPITAL

Esta questão poderá revelar-se uma verdadeira caixa de Pandora. O que achará da ideia a Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM)? A resposta é previsível. No entanto, numa sociedade de economia liberal, o direito à livre iniciativa privada está consagrado na Constituição. Assim como a livre circulação de cidadãos na comunidade europeia tem possibilitado a formação em Medicina, em variados países, à descendência



de quem pode suportar financeiramente formação académica no exterior, de outra forma impossível por insuficiência interna de requisitos académicos. Com a implementação deste tipo de faculdades privadas em Portugal, sempre aumenta o consumo interno das famílias que o possam suportar e será uma lufada de ar fresco para as fileiras da cátedra a recrutar. A qualidade de formação e as saídas profissionais da “fornada” será o menos preocupante, uma vez que o risco poderá não diferir da situação existente atualmente nas instituições do SNS pelo desequilíbrio conhecido da balança entre formandos e formadores. A ideia é no mínimo excitante e no máximo preocupante; no meio-termo estará a virtude.

A ENFERMAGEM E AS SINERGIAS NÃO RENOVÁVEIS

E todos os serviços de Oftalmologia nos quais trabalhei, o pessoal de enfermagem – *lato sensu* – tem um perfil comum: desmotivação; incapacidades psico-motoras variadas; e problemas psiquiátricos relacionados com o facto da atividade dos profissionais de saúde não ser considerada de desgaste rápido. A

entrada para o quadro da função pública provoca adicionalmente o efeito *Limpet*: mesmo com ferramentas adequadas não é fácil removê-las e os sindicatos têm sempre a última palavra a dizer. Não conheço outra situação com um efeito de classe tão pernicioso, com bloqueio de quem quer efetivamente trabalhar e encontra-se desempregado ou tem de emigrar. Excluindo, porventura, a questão da não exclusividade dos médicos a tempo parcial no setor público, que não fica aquém.

A gestão de recursos humanos nas instituições do SNS caracterizam-se pelo humanismo, inclusão e tolerância, propriedades adversas a uma melhor eficácia e eficiência de processos. Neste particular, torna-se difícil mimetizar o *modus operandi* e modelo de sucesso dos serviços privados de saúde.

HIGIENE NA LAVAGEM DAS MÃOS: FATOR MODIFICÁVEL?

Muito se apregoa sobre a necessidade de reduzir as taxas de infecções nosocomiais em Portugal, substancialmente mais elevadas que na maioria dos países da Comunidade Europeia. É certo

que muitos estudos de Saúde Pública e ações de higienização de mérito têm sido levadas a cabo nas instituições de saúde do SNS por parte da enfermagem. O problema reside na educação geral da população, com início na primeira infância. Quebrar o difícil ciclo da pobreza em Portugal passa por uma melhor educação de base, com ganhos indiretos garantidos em saúde no futuro.

A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA: ASSÉDIO E A FALTA DE COMPLIANCE

A regulamentação da presença de representantes da indústria farmacêutica nos serviços clínicos do SNS e seu cumprimento deveria ser alvo de maior atenção pelas entidades competentes. O assédio, de diferente natureza, é constante e nem sempre a *compliance* é respeitada.

A informação veiculada por estes agentes é naturalmente enviesada, tendo em consideração a vertente comercial do seu modelo de negócio. Os denominados estudos de não inferioridade são o *ex-libris* do *marketing* enganoso. Sem entrar em detalhes técnicos, aquele tipo de estudo procura induzir a ideia de que determinados medicamentos, mesmo de classes farmacológicas totalmente distintas, são igualmente eficazes e com os meus perfis de segurança. Trata-se de um método óbvio de cartelização.

O *pricing* dos medicamentos exemplifica de forma evidente este fenómeno: no caso da Oftalmologia, existe um dispositivo médico de tratamento do edema macular que consiste num implante de dexametasona, cujo custo por injeção intravítrea (IIV) para o SNS é de 950 Euros e o seu efeito dura 4 a 6 meses. Um laboratório concorrente, desenvolveu outro implante com um corticosteroide diferente para IIV, no caso acetonido de fluocinolona, cuja acção terapêutica prolonga-se, teoricamente, por 36 meses. Qual o preço para o SNS por IIV deste segundo implante? Aproximadamente 6.000 euros...

Os pseudo-custos da inovação farmacológica não deveriam ser suportados pelos orçamentos de estado para a saúde, mas sim pelos laboratórios de I&D que lutam de forma ávida pelo mercado.

Emigração

Quanto custa um médico ao país?

RESUMO

A insatisfação do médico com as suas condições de trabalho pode gerar-lhe problemas de saúde, contribuir para o absentismo, levar a uma menor eficácia no tratamento dos seus doentes. Pode levar ao *burnout*. A insatisfação levará à procura de alternativas: a emigração, na esperança de encontrar melhores condições de trabalho, será uma delas. No entanto, a emigração de profissionais especializados tem um custo: o custo da educação de um jovem, a que se associa o custo da formação de um médico e o da sua especialização. Este, uma vez integrado no país de escolha, pode recusar o regresso. O país perde alguns dos seus melhores profissionais, não receberá as remessas daqueles que já não queiram regressar, perde parte do seu potencial de regeneração geracional e, em última instância, perde parte da sua genética.

INSATISFAÇÃO:

CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS

A satisfação do médico com a profissão melhora a qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a saúde dos doentes alvo desses cuidados; melhora também a satisfação dos utentes.¹ A insatisfação do médico está associada a uma maior probabilidade deste vir a ter problemas de saúde, de faltar ao trabalho, de ter problemas psicológicos,

incluindo *burnout*¹, uma situação prevalente (estudo efetuado pela Ordem dos Médicos concluiu que 41% dos médicos que responderam a inquérito – 20% dos inscritos na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos – apresentava sinais de exaustão emocional).²

INSATISFAÇÃO:

CONSEQUÊNCIAS A MÉDIO PRAZO

Um estudo divulgado em março de 2015 na Acta Médica Portuguesa¹ revelava que 65% dos médicos recém-formados em Portugal ponderava emigrar. Este estudo baseou-se num inquérito colocado em plataforma informática e aplicado entre maio e agosto de 2014. A este inquérito responderam 804 médicos internos das diversas especialidades médicas (correspondendo a 12,25% da totalidade de internos). Da amostra, 77% das respostas foram dadas por médicos nos primeiros três anos da especialidade. Como resultados, 90% dos internos revelaram estar satisfeitos com a especialidade escolhida, 85% com a profissão, 86% com o seu local de trabalho. No entanto, em resposta à perceção do panorama da prática médica em Portugal, a maioria dos médicos considerou haver uma deterioração dessa prática, não havendo nenhum a considerar a existência de melhoria. Feita uma análise por ano de internato, a progressão dessa perceção negativa

aumentou ao longo dos anos; no total, 53% dos inquiridos do primeiro ano de internato colocou a hipótese de emigrar, contra 74% dos inquiridos a frequentar o último ano (média de 65% para a totalidade), 20% referiu que teria escolhido outro curso, caso pudesse voltar atrás.

As razões apontadas pelos inquiridos como justificação para ponderar a emigração, foram de ordem financeira (41%), de falta de oportunidades de trabalho (31%), de falta de emprego (10%).¹

INSATISFAÇÃO:

CONSEQUÊNCIAS PRÁTICAS

Em 2014, 1.122 médicos pediram credenciais à Ordem dos Médicos para se apresentarem em instituições estrangeiras (incluindo graduações e estágios). Destes, emigraram 394. Em 2015, emigraram 475 médicos.^{3,4}

EMIGRAÇÃO:

CONSEQUÊNCIAS ECONÓMICAS DIRETAS

De acordo com um estudo de 2013 do *Centre of Economics and Business Research* para a seguradora *Liverpool Victoria*, no Reino Unido, o custo de criar um filho até aos 21 anos ronda os 283 mil euros. Outro estudo, efetuado em Espanha pela organização de consumidores CEACCU revela que cada jovem custou em média entre 98 e 310 mil euros (aos

18 anos). Um estudo português, da Universidade de Coimbra, de 2008, aponta para gastos por parte de pais portugueses de classe média, na ordem dos 236 a 678 euros por mês com cada filho (até aos 25 anos) – custo médio de 137.100 € por cada jovem de 25 anos (2008).⁵ Estima-se que a formação de um médico custe até 400.000 € (incluindo os anos de internato da especialidade: uma vez que aqui o médico, apesar de tutelado, já está a trabalhar. O valor real será diverso, necessitando, para se ser exato, da produtividade total do médico em formação, variável com o indivíduo, com o formador, com a especialidade).⁶

Assim, considerando apenas o custo económico direto (e assumindo que os custos não se alteraram desde 2008 – os custos poderão não ter aumentado significativamente desde o primeiro ano da atual crise, mas terão diminuído as receitas das famílias – segundo o INE, a taxa de poupança das famílias foi negativa no primeiro trimestre de 2016⁷), a saída de um médico especialista do país corresponderá a uma perda estimada de 537.100 € (não entrando em linha de conta com a evolução de preços e de receitas desde 2008 e excluindo a produtividade do médico durante o período de internato na especialidade).

EMIGRAÇÃO: CONSEQUÊNCIAS ECONÓMICAS INDIRETAS

Custos indiretos, não menos importantes, poderão decorrer do sentimento de perda (por parte do próprio, de familiares e amigos), de alterações no funcionamento de serviços onde os médicos já

pudessem estar a trabalhar, eventualmente integrados. A médio prazo, estes médicos, integrados em países que os acolhem com melhores condições estruturais e económicas, poderão criar laços e família e não regressar. Perde o país um grupo de jovens enérgicos, dinâmicos, passíveis de ainda criar família e de renovar gerações. Sentimentos do passado de que os emigrantes sempre regressam, injetando no país parte das suas economias, ajudando a sua recuperação, não se aplicam com a mesma intensidade, já que não tem sido essa a escolha dos que têm partido.⁸

INSATISFAÇÃO MÉDICA E EMIGRAÇÃO: CONCLUSÃO

A saída do país de 869 médicos, considerando apenas os anos de 2014 e 2015 (até 22 de junho de 2016 tinham emigrado mais 184⁹), corresponde a uma perda de cerca de 466.739.900 € investidos de acordo com a estimativa referida acima (média superior a 233 milhões de euros por ano). Estamos a referir-nos a cidadãos produtivos, em idade de constituir família, e – muitos – sem interesse em regressar (e, por isso de investir as suas poupanças no país). Tal, só nos deve fazer repensar se compensa ou não melhorar as condições de trabalho e a remuneração destes médicos, se compensa ou não reduzir o número de vagas no curso de medicina e em que medida esta compensação deve ser feita. Os países que recebem gratuitamente os mais de 500.000 € correspondentes a cada médico chegado já concluíram que é preferível não formar médicos em excesso, já que estes os procuram já formados e especializados, e que



essa carência relativa lhes traz poupanças passíveis de serem aplicadas nas melhores condições oferecidas. Afinal, a satisfação do médico com a profissão melhora a qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, a saúde dos doentes alvo desses cuidados: uma bola de neve que funciona negativamente onde estes se sentem compelidos a sair, positivamente onde se sentem compelidos a ficar. Ficam essencialmente os números, esquecendo potenciais tragédias pessoais e familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (ENDNOTES)

1. Martins MJ, Lains I, Brochado B, Oliveira-Santos M, Teixeira PP, Brandão M, Cerqueira RJ et al. Satisfação com a Especialidade entre os Internos da Formação Específica em Portugal, *Acta Med Port* 2015 Mar-Apr;28(2):209-221
2. Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J, Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional, *Acta Med Port* 2016 Jan;29(1):24-30
3. CIESIUL (Observatório da Emigração; Centro de Investigação e Estudos de Sociologia; Instituto Universitário de Lisboa), Lisboa, Emigração subiu: 475 médicos foram trabalhar para fora no ano passado, Observatório de Emigração, 2016-02-01, [disponível em <http://observatorioemigracao.pt/np4/4900.html>, visitado em 2016-10-11]
4. Nogueira R, "Não é razoável formar médicos para o desemprego", *Tempo Medicina Online*, no 32º Encontro Nacional da Medicina Geral e Familiar, 2015/03/27
5. Silva B, Quanto pesa um filho no orçamento familiar? Saldo Positivo, CGD, 21 julho 2015, [disponível em <http://saldopositivo.cgd.pt/quanto-pesa-um-filho-orcamento-familiar/>, consultado em 2016-10-10]
6. EXPRESSO, 65% dos novos médicos pensam emigrar, *Expresso*, 2015/06/06, pp 25
7. INE, Contas Nacionais Trimestrais por Setor Institucional, 1º Trimestre de 2016, 24 junho 2016, [disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=249945700&DESTAQUESmodo=2, visitado em 2016-12-28]
8. CIESIUL (Observatório da Emigração; Centro de Investigação e Estudos de Sociologia; Instituto Universitário de Lisboa), Lisboa, Nova geração de emigrantes já não pensa em regressar, Observatório de Emigração, 2012-08-30, [disponível em <http://observatorioemigracao.pt/np4/3221.html>, visitado em 2016-10-11]
9. SIC Notícias, Desde o início do ano já emigraram 184 médicos à procura de melhores salários, 2016-06-22, [disponível em <http://sicnoticias.sapo.pt/pais/2016-06-22-Desde-o-inicio-do-ano-ja-emigraram-184-medicos-a-procura-de-melhores-salarios>, visitado em 2016-10-11]

A importância da Comissão de Proteção contra Radiações no contexto da qualidade do Centro Hospitalar do Porto

RESUMO

Os meios complementares de diagnóstico e terapêutica transformaram-se em ferramentas essenciais para todos os ramos e especialidades da Medicina. Devido às suas propriedades únicas, a radiação ionizante apresenta múltiplas aplicações terapêuticas. Contudo, pode também originar potenciais danos para os utilizadores e para os pacientes. A quantificação da dose de radiação nos pacientes e o tempo de exposição dos procedimentos são uma preocupação crescente dos utilizadores. Este trabalho tem como objetivo apresentar a importância da Comissão de Proteção contra Radiações (CPCR) no contexto da qualidade do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

A CPCR detém múltiplas atividades, estando, atualmente, as suas sinergias direcionadas para a normalização do registo de dose no processo clínico dos pacientes e para a notificação, pelos Técnicos de Radiologia, dos eventos radiológicos contemplados nas normas pré-estabelecidas pela Comissão.

A atribuição à CPCR da competência de identificação, acompanhamento e

avaliação das exposições dos doentes a procedimentos específicos com radiação tem contribuído para reforçar a sensibilização dos profissionais para os valores de dose e os seus efeitos.

A implementação dos procedimentos da Comissão permite assegurar um melhor acompanhamento dos doentes em risco, uma maior acuidade na monitorização das doses e uma otimização de protocolos.

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pela mesma referência, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. A pesquisa da qualidade nos serviços de saúde deixou de ser um ato isolado e tornou-se hoje um dado adquirido e categórico. A sociedade está cada vez mais exigente, no que se refere à qualidade dos serviços prestados, fundamentalmente nas instituições públicas. Esta exigência

fomentou uma necessidade de criar normas e mecanismos de avaliação e controlo da qualidade nos serviços de saúde. (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de Maio; o Despacho n.º 5739/2015, de 29 de Maio). Na última década os meios complementares de diagnóstico e terapêutica transformaram-se em ferramentas indispensáveis para todas as especialidades da Medicina. Segundo Mahesh (2011), o recurso a procedimentos radiológicos para diagnóstico e terapêutica têm determinado um aumento da dose de radiação nos pacientes, tornando-se numa preocupação constante dos utilizadores.

As autoridades internacionais, como o Comité Científico das Nações Unidas para os Efeitos das Radiações Atómicas, a Comissão Internacional de Proteção Radiológica (ICRP) e a Agência Internacional de Energia Atómica (AIEA), recomendam o registo e análise periódica da dose de radiação como um fator essencial da proteção radiológica (Heilmairer, 2017). Tal como Zygmunt (2017) comprova, referindo vários estudos, é primordial uma ferramenta de notificação de dose, que informe o utilizador quando os va-

lores de dose excedem um limiar previamente definido.

O Centro Hospitalar do Porto, em 2006, criou a CPRC com o objetivo de assegurar o desenvolvimento e implementação de políticas e procedimentos de proteção contra radiações ionizantes, assim como, garantir a existência de um fórum institucional de consulta, comunicação e disseminação de informação em matéria de radiação. Perante um relatório de uma dose elevada anormal, quer nos profissionais, quer nos pacientes, a CPRC desencadeia um processo de averiguação do evento e uma monitorização e acompanhamento do mesmo. Este trabalho tem como objetivo apresentar a importância da CPRC no contexto do CHP.

2. MÉTODOS

Este trabalho fundamenta-se numa revisão da literatura especializada, no qual se consultaram as diretivas internacionais e artigos de referência na área investigada, e nos procedimentos da CPRC no CHP.

A CPRC nasceu em 2006 através da colaboração de uma equipa multidisciplinar constituída por técnicos e médicos de Radiologia e de Medicina Nuclear e de uma assessoria em física médica. A sua origem centrou-se na necessidade de fomentar uma reflexão incessante, sistemática e atenta sobre as questões relacionadas com a proteção radiológica. Esta comissão intenta, ao longo do ano de 2017, coordenar a monitorizar o registo de dose no processo clínico dos pacientes, bem como, organizar e implementar o plano de formação no âmbito da proteção radiológica.

Atenta ao aumento e complexidade dos procedimentos de radiologia de intervenção, que por vezes implicam tempos de exposição superiores a uma hora, a Comissão sentiu necessidade de desenvolver e implementar um sistema que permita sinalizar os doentes expostos a doses elevadas de radiação ou a outros eventos que necessitem ser investigados, de forma a desencadear o processo de avaliação de danos diretamente relacionados com os mesmos.

Atualmente, as suas sinergias estão direcionadas para a notificação pelos técnicos de Radiologia de todos os eventos

adversos, considerados nas normas pré-estabelecidas pela Comissão.

Quadro legal sobre a proteção radiológica vigente em Portugal

A nível mundial, a radiação ionizante é utilizada para geração de imagens de pacientes, intervindo na realização de mais de 10 milhões de procedimentos na área da radiologia de diagnóstico, tal como mencionado por Holmberg, Malone *et al.* (2010). Segundo Johnson (2015), nos Estados Unidos da América (EUA), o valor médio de exposição da sua população à radiação ionizante, com fins médicos,



O papel da Comissão de Proteção contra Radiações (CPCR) é essencial em qualquer organismo que realize procedimentos com radiação ionizante. A CPRC garante a monitorização dos procedimentos radiológicos realizados

aumentou cerca de sete vezes no período compreendido entre 1980 e 2006. De acordo com o relatório Dose Datamed, de 2 de abril de 2012, a dose média anual em Portugal encontrava-se a meio da tabela entre os países Europeus (de acordo com a classificação da RP 154 em termos de dose média anual Portugal situa-se em linha com a média europeia).

Neste contexto, é pertinente apresentar o quadro legal sobre a proteção radiológica vigente em Portugal.

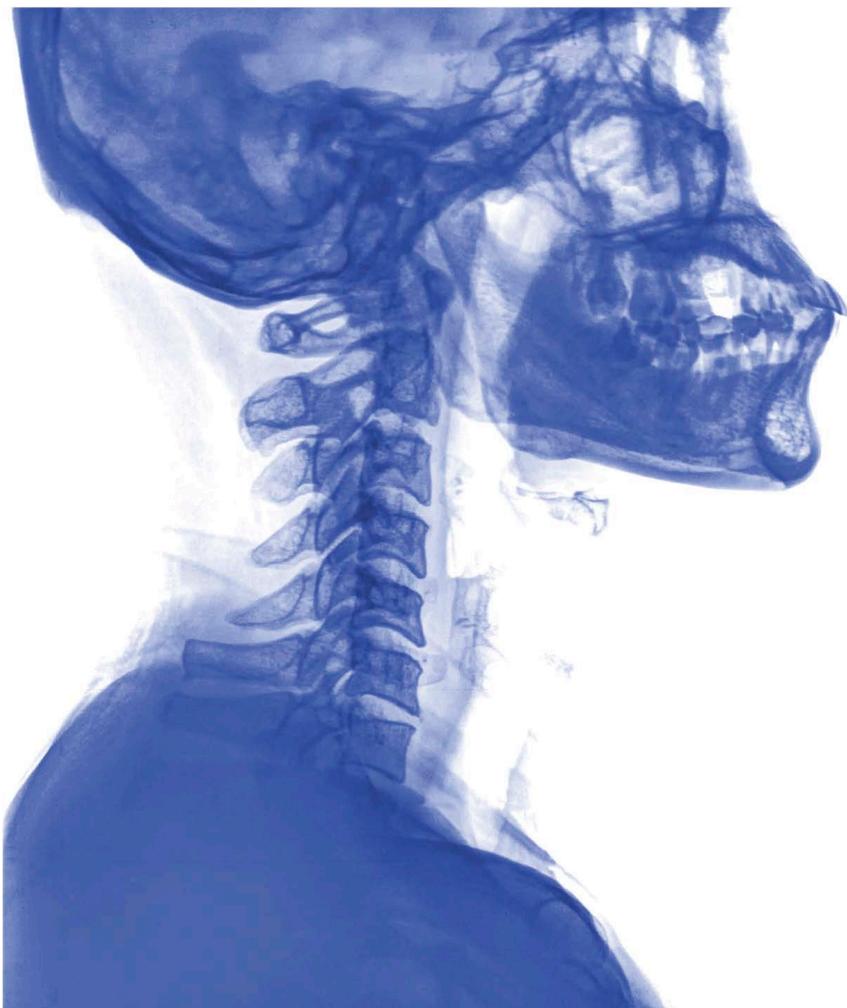
No âmbito da proteção radiológica, em 10 de dezembro de 2003, foi publicado o Despacho n.º 258/2003, que veio instituir o “Manual de Boas Práticas de Radio-

logia”, cujo objetivo foi definir a nomenclatura vigente, bem como esclarecer os parâmetros dos equipamentos utilizados e os procedimentos operativos envolvidos nesta área. Por outro lado, a este propósito será importante referir a Portaria n.º 1106/2009, de 24 de setembro, que aprovou o regulamento do controlo metrológico dos Instrumentos de Medição de Radiações Ionizantes. Esta portaria pretendeu regulamentar o controlo metrológico dos dispositivos complementares associados, de forma a registar os resultados das medições, permitindo assim o acompanhamento técnico do controlo metrológico.

Tendo por referência estes dois diplomas, pode-se dizer que o quadro legal da proteção radiológica estabelece duas áreas distintas, a saber: a área do licenciamento das unidades de saúde e a área legal da proteção radiológica, sendo este último focado neste trabalho.

No que respeita à área legal da proteção radiológica deve ser destacado:

O Decreto-Lei n.º 167/2002, de 18 de Julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 165/2002, de 17 de julho, que veio estabelecer o regime jurídico relativo ao licenciamento das unidades prestadoras de serviço nas áreas de proteção radiológica. Este diploma legal transpôs para a ordem jurídica interna as disposições relativas às matérias de dosimetria e formação determinadas pela Diretiva n.º 96/29/EURATOM, do Conselho de 13 de maio de 1996. Esta diretiva fixou as normas de base de segurança relativas à proteção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes (não se aplicando às unidades que prestam serviços de saúde, mas antes às entidades que controlam essa atividade, daí a relevância no âmbito da proteção radiológica). Relacionado com este Decreto-Lei foi publicada uma circular – a Circular Normativa n.º 06/DSA de 06/04/2003 da Direção-Geral da Saúde (DGS) – que trata da proteção operacional dos trabalhadores expostos, ou seja, concretiza algumas disposições do Decreto-Lei n.º 167/2002, de 18 de julho, nomeadamente quanto aos limites de radiação a que os profissionais podem estar expostos;



O Decreto-Lei n.º 165/2002, de 17 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 215/2008, de 10 de novembro e pelo Decreto-Lei n.º 30/2012, de 9 de fevereiro, que estabelece os princípios gerais de proteção, bem como as competências dos organismos intervenientes na área da proteção contra radiações ionizantes. Este diploma transpõe para a ordem jurídica interna as disposições correspondentes da Diretiva n.º 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de maio, que fixa as normas de base de segurança relativas à proteção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes. As normas constantes no Decreto-Lei n.º 165/2002, de 17 de julho, aplicam-se a todas as práticas suscetíveis de envolverem risco de exposição a radiações ionizantes ou de contaminação radioativa; O Decreto-Lei n.º 174/2002, de 25 de julho, que estabelece as regras aplicáveis

à intervenção em caso de emergência radiológica, transpondo para a ordem jurídica interna as disposições do título IX, «Intervenção», da Diretiva n.º 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de maio; O Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 215/2008, de 10 de novembro, que estabelece as regras relativas à proteção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes de radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas e transpõe para o ordenamento jurídico interno a Diretiva n.º 97/43/EURATOM, do Conselho, de 30 de junho. Esta Diretiva aproxima as disposições dos Estados-Membros sobre esta matéria e estabelece os critérios de aceitabilidade que as instalações radiológicas devem observar quanto ao seu planeamento, organização e funcionamento. Na sequência deste decreto foram publicadas circulares normativas para esclarecimento de al-

guns artigos: Circular Normativa n.º 16/DSA de 27/10/2003, da DGS, que procede ao esclarecimento quanto à aplicação do referido Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto, versando esta circular sobre o entendimento da direção geral de saúde quanto às dúvidas de interpretação em matéria de carreira e seu enquadramento funcional; Circular Normativa n.º 14/DSA de 30/10/2002, da DGS, relativa à aplicação do Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto, que reflete o entendimento da DGS quanto a dúvidas de interpretação relativamente à aplicação do n.º 6 do artigo 10.º, do n.º 4 do artigo 34º, dos artigos 39º e 96º, e do anexo I – Programa de formação;

O Decreto-Lei n.º 140/2005, de 17 de agosto, que determina os valores de dispensa de declaração do exercício de práticas que impliquem risco resultante das radiações ionizantes, transpondo as correspondentes disposições previstas na Diretiva n.º 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de maio;

O Decreto-Lei n.º 222/2008, de 17 de novembro, que fixa as normas de segurança de base relativas à proteção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes, transpondo parcialmente para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de maio;

O Decreto-Lei n.º 227/2008, de 25 de novembro, que estabelece três níveis de qualificação para os profissionais de proteção radiológica. Este decreto transpõe para a ordem jurídica interna as disposições correspondentes em matéria de peritos qualificados, previstas na Diretiva n.º 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de maio;

Por fim, sobre esta temática, refere-se que a Diretiva 2013/59/EURATOM, de 5 de dezembro de 2013, que “*fixa as normas de segurança de base relativas à proteção contra os perigos resultantes da exposição a radiações ionizantes*”, e que revoga as Diretivas EURATOM 89/618/, 90/641/, 96/29/, 97/43/ e 2003/122/, terá que ser transposta para a legislação nacional até 6 de fevereiro de 2018.

Efeitos biológicos da radiação

Os riscos associados à radiação ionizante são conhecidos há quase tanto tempo

como a própria radiação. Um ano após a descoberta da radiação X por Röntgen, foi relatada a primeira morte relacionada com a exposição à radiação. Clarence Dally, assistente de Thomas Edison, que passava horas a criar experiências em frente ao fluoroscópio, desenvolveu uma dermatite aguda que resultou na sua morte (Brodsky and Kathren, 1989). O conhecimento dos mecanismos de ação da radiação ionizante é basilar para a gestão do risco radiológico. De acordo com Mahesh (2001a) a noção de fatores como a utilização adequada dos equipamentos de proteção individual, o tipo e o tempo de exposição usados, e a apropriada ponderação dos seus efeitos secundários a nível biológico, são mandatórios na vigilância e controlo da exposição à radiação.

Tal como Stecker, Balter *et al.* (2009) referem, os efeitos da radiação ionizante podem dividir-se em estocásticos e determinísticos:

- Efeitos estocásticos – causados por uma alteração aleatória no ADN de uma única célula que continua a multiplicar-se, levando à transformação celular. Nestes efeitos não existe limiar de dose, uma vez que o dano é independente da dose recebida. O aumento da dose somente aumenta a probabilidade e não a severidade do dano. Os efeitos hereditários são efeitos estocásticos porque as

alterações genéticas afetam as células gonadais e são suscetíveis de gerar anormalias na descendência.

- Efeitos determinísticos circular – a Circular Normativa n.º 06/DSA de 06/04/2003 da Direção-Geral da Saúde (DGS) – que levam à morte celular e estão diretamente associados à dose recebida, sendo o aparecimento do efeito dependente de se atingir um determinado limiar de dose. A probabilidade de ocorrência e a severidade do dano está diretamente relacionada com o aumento de dose. As alterações que surgem destes efeitos são consideradas somáticas, ou seja, em células que não estão diretamente envolvidas num processo de multiplicação. A ação destes efeitos pode ocorrer em diferentes zonas, como por exemplo: nas células (ADN), na pele (radiodermites), no cristalino (catartas) e no sangue (anemia).

O princípio ALARA (*as long as reasonably achievable*) deve estar permanentemente presente na mente dos utilizadores de radiação ionizante. Este princípio, como citado por Vano *et al.* (2015), defende que a exposição à radiação deve ser tão baixa quanto razoavelmente exequível, mantendo o valor diagnóstico. Desta forma, devem-se adotar metodologias que minimizem a dose de radiação ionizante absorvida pelos pacientes e profissionais, mantendo-a dentro dos limites estabelecidos pela ICPR.

Segundo diversos autores – Mahesh (2001b) e Rehani *et al.* (2010) – há muitas causas comuns que podem alterar a dose de radiação dos pacientes e dos utilizadores. Todos os procedimentos que reduzem a dose do paciente também irão diminuir a dose do utilizador, mas o inverso não é verdadeiro. Os profissionais podem utilizar os aventais de chumbo, óculos plumbíneos ou outros tipos de proteção, podendo reduzir a sua própria dose de radiação, mas esses dispositivos de proteção não reduzem a dose do paciente. Em algumas situações, uma sensação de segurança por parte dos utilizadores pode levar à negligência na proteção dos pacientes.

A dosimetria do paciente é um processo complexo devido ao tipo de radiação utilizada, à diversidade de técnicas para obtenção da imagem e às diferentes modalidades e duração de exposição. Os relatórios de dosimetria são por vezes um verdadeiro desafio, devido às várias unidades e grandezas utilizadas (Scott 2014). De acordo com Balter *et al.* (2012), o objetivo da gestão de dose é minimizar o risco de radiação para o paciente, de forma a reduzir os efeitos determinísticos e estocásticos. Os limites estabelecidos são considerados suficientemente baixos para evitar os efeitos mutagénicos e carcinogénicos. O quadro 1 apresenta a relação entre os potenciais efeitos da exposição à radiação e os limiares de dose associados a cada um.

Quadro 1: A relação entre os potenciais efeitos da exposição à radiação e os limiares de dose associados (Wagner *et al.*, 1998)

EFEITOS POTENCIAIS DA EXPOSIÇÃO À RADIAÇÃO IONIZANTE

Efeito	Limiar de dose (Gy)	Tempo de latência
Eritema transitório	2	2-24h
Eritema grave	6	~ 1.5 semanas
Epilação temporária	3	~ 3 semanas
Epilação permanente	7	~ 3 semanas
Descamação seca	14	~ 4semanas
Descamação húmida	18	~ 4semanas
Ulceração secundária	24	≥ 6 semanas
Eritema tardio	15	8-10 semanas
Cancro de pele	Desconhecido	≥ 15 anos

Monitorização de dose

Na opinião de Chida *et al.* (2010), a monitorização da dose de radiação é fundamental para os programas de controlo de qualidade dos equipamentos que utilizam radiação X de forma a medir ou estimar as doses a que estão submetidos os pacientes, ou seja, estabelecer a dosimetria do paciente.

Um dos principais pontos da monitorização da dose de radiação é o acompanhamento personalizado da dose por exame e a dose total a que o paciente foi submetido, levando o pessoal médico a avaliar as razões para o excesso de dose e a procurar soluções de melhoria. Além disso, a monitorização da dose aumenta a conscientização do pessoal médico na



requisição de novos exames (Heilmaier, 2017). De acordo com alguns autores e prática em alguns países, deve ser dado ao paciente um consentimento informado sobre os efeitos da radiação, em particular quando a dose esperada do procedimento possa ser elevada (Balter, 2012). Em Portugal, nos procedimentos em que é utilizada radiação X, a monitorização da radiação é da responsabilidade do técnico de radiologia e do radiologista. No CHP encontra-se em fase de implementação a notificação da dose pelo técnico de radiologia, sempre que a mesma exceda os valores limite pré-definidos.

Durante os procedimentos em que é utilizada fluoroscopia de forma dinâmica, o utilizador é notificado quando a dose no doente atingiu os 2 Gy, valor este que confirma os dados atuais que referem que as reações da pele podem ocorrer em pacientes sensíveis dentro de horas após terem recebido essa dose. Como mencionado por Stecker *et al.* (2009) e Balter *et al.* (2010) nas unidades que só podem monitorizar tempo de fluoroscopia, o utilizador é notificado quando o total de tempo de fluoroscopia atinge os 30 minutos, estando referenciado que em alguns casos podem surgir lesões para tempos de exposição de 60 minutos.

A suspensão de um procedimento devido ao excesso de dose de radiação é pouco provável, tal como referem Stecker *et al.* (2009) e Balter (2014), uma vez que o benefício clínico de um procedimento bem sucedido quase sempre é superior a



A utilização e disseminação da radiação ionizante em procedimentos médicos de diagnóstico, terapêutica e rastreio conduziram a um aumento considerável da exposição da população. Assim, a proteção radiológica assume um papel preponderante na gestão hospitalar

qualquer prejuízo para o paciente devido aos efeitos secundários da radiação.

No fim do procedimento, o responsável pela monitorização da dose deve efetuar o seu registo no processo clínico do paciente, sempre que os valores limite forem ultrapassados. O paciente é instruído para informar o médico se verificar alguma alteração na área irradiada. O seguimento clínico é o passo seguinte, caso no autoexame surjam achados de efeitos determinísticos (Stecker *et al.* 2009, Balter 2014).

3. RESULTADOS

A CPR deve assegurar um nível adequado de recursos, tais como pessoal, instalações e equipamentos para garantir que há controlo de qualidade das doses de radiação. A monitorização de dose não se deve cingir à blindagem das instalações e dos equipamentos, mas também à monitorização da radiação. A garantia da qualidade é um componente essencial de qualquer programa de monitorização.

A CPR tem diversos projetos em fase de implementação: garantir a uniformização das doses pediátricas e o registo das mesmas no processo clínico; realização de ações de formação multidisciplinares sobre proteção radiológica; criação de um manual de boas práticas com níveis de referência de doses adequados aos equipamentos e procedimentos do serviço.

Encontra-se em fase de implementação a notificação da dose pelos técnicos de radiologia. Foi criada uma sequência de procedimentos de forma a registar e avaliar os efeitos secundários da radiação ionizante (Esquema 1).

O papel da CPR é essencial em qualquer organismo que realize procedimentos com radiação ionizante. A Comissão garante a monitorização dos procedimentos radiológicos realizados. Desempenha o papel de supervisão sobre todos os fatores envolvidos na exposição à radiação, tais como: a proteção radiológica dos profissionais pré, peri e após os procedimentos; a proteção dos pacientes desenvolvendo ferramentas para garantir que o princípio ALARA é aplicado; verificar se o registo de dose da exposição é efetuado, desencadeando um alerta sempre que

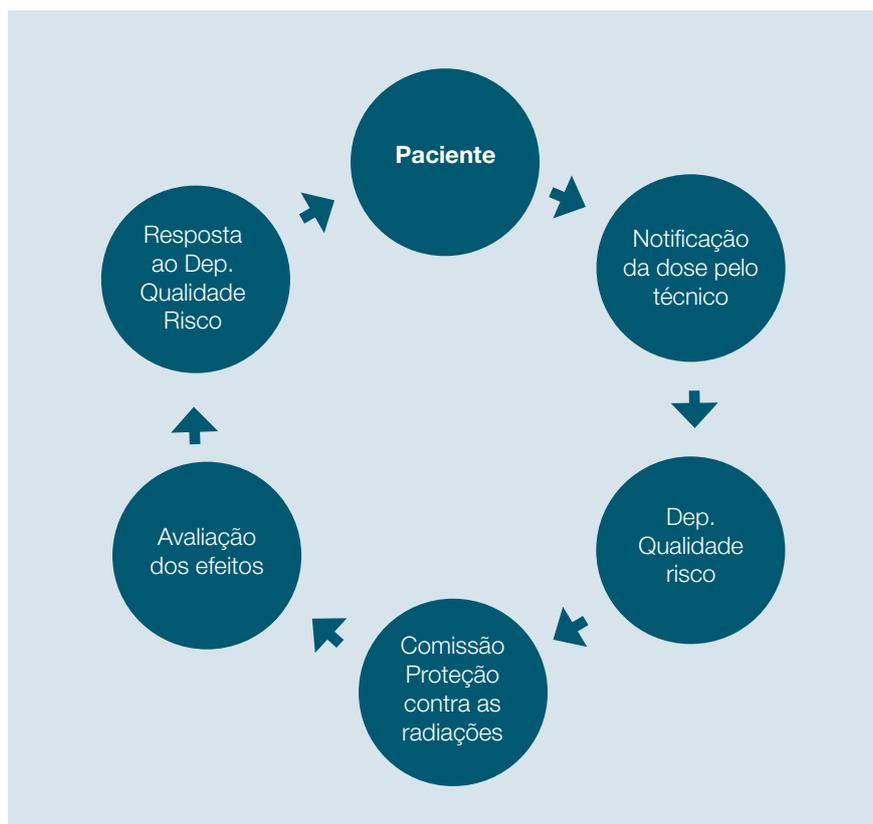
os limites de dose estabelecidos são atingidos ou ultrapassados. Garante, ainda, que são desencadeadas ações de averiguação na presença de exposições indevidas, de forma a avaliar a gravidade das mesmas e desenvolver as medidas corretivas e/ou preventivas a implementar.

Esta comissão coordena o programa de controlo de qualidade dos equipamentos radiológicos, a avaliação da proteção radiológica das instalações e o licenciamento de equipamentos, gere a formação no âmbito da proteção radiológica, audita práticas e processos e monitoriza as doses de radiação dos procedimentos mais complexos.

Para a CPRC estas atividades visam contribuir para melhorar os cuidados em saúde e consequentemente originar ganhos em saúde. Estes são conseguidos através da monitorização da dose dos pacientes, da manutenção e garantia da segurança dos doentes e profissionais, da identificação de comportamentos de risco, da aprendizagem contínua e da valorização e reconhecimento das consequências futuras desta problemática.

4. CONCLUSÃO

O crescente desenvolvimento das novas tecnologias, a utilização e disseminação da radiação ionizante em procedimentos médicos de diagnóstico, terapêutica e rastreio conduziram a um aumento considerável da exposição da população a radiação ionizante. Assim, a proteção radiológica reveste-se da maior importância e assume um papel



Esquema 1: Sequência de procedimentos de notificação de doses desde o paciente até à avaliação e resposta da CPRC (Elaborado pelos autores)

preponderante na gestão hospitalar. A atribuição à CPRC da competência de identificação, acompanhamento e avaliação das exposições dos doentes sinalizados após procedimentos de fluoroscopia, contribuiu para reforçar a sensibilização dos profissionais para a cuidada gestão da dose para o paciente e para os seus efeitos. A implementação dos procedimentos referidos no artigo permite

assegurar um melhor acompanhamento dos doentes em risco, uma maior acuidade na monitorização das doses e uma otimização dos protocolos. A CPRC tem como projeto a implementação de um procedimento de registo, no processo clínico, de todas as doses de radiação a que o paciente é submetido no decurso da sua avaliação diagnóstica e terapêutica no CHP.

REFERÊNCIAS

- Balter, S., et al. (2010). "Fluoroscopically guided interventional procedures: a review of radiation effects on patients' skin and hair." *Radiology* 254(2): 326-341.
- Balter, S. and D. L. Miller (2014). "Patient skin reactions from interventional fluoroscopy procedures." *AJR Am J Roentgenol* 202(4): W335-342.
- Balter, S., et al. (2012). "Radiation dose measurements and monitoring for fluoroscopically guided interventional procedures." *J Am Coll Radiol* 9(8): 595-597.
- Brodsky, A. and R. L. Kathren (1989). "Historical development of radiation safety practices in radiology." *Radiographics* 9(6): 1267-1275.
- Chida, K., et al. (2010). "Radiation dose and radiation protection for patients and physicians during interventional procedure." *J Radiat Res* 51(2): 97-105.
- Heilmair, C., et al. (2017). "Establishing Local Diagnostic Reference Levels in IR Procedures with Dose Management Software." *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 28(3): 429-441.
- Holmberg, O., et al. (2010). "Current issues and actions in radiation protection of patients." *Eur J Radiol* 76(1): 15-19.
- Johnson, M. M. (2015). "Radiation protection education in fluoroscopy." *Radiol Technol* 86(5): 511-528; quiz 528-532.
- Mahesh, M. (2001a). "The AAPM/RSNA physics tutorial for residents - Fluoroscopy: Patient radiation exposure issues." *Radiographics* 21(4): 1033-1045.
- Mahesh, M. (2001b). "Fluoroscopy: patient radiation exposure issues." *Radiographics* 21(4): 1033-1045.
- Rehani, M. M., et al. (2010). "ICRP Publication 117. Radiological protection in fluoroscopically guided procedures performed outside the imaging department." *Ann ICRP* 40(6): 1-102.
- Relatório sobre o projecto Dose Datamed 2 Portugal. In Portugal/Relatorio_Dose_Datamed2_Portugal.pdf, acedido em 29/01/2016.
- Stecker, M. S., et al. (2009). "Guidelines for patient radiation dose management." *J Vasc Interv Radiol* 20 (7 Suppl): S263-273.
- Scott, A. M. (2014). "Current issues in radiation dose monitoring and reporting." *Radiol Technol* 85(5): 501-516; quiz 517-520.
- Vano, E., et al. (2015). "Implications in medical imaging of the new ICRP thresholds for tissue reactions." *Ann ICRP* 44(1 Suppl): 118-128
- Wagner LK, Archer BR.(1998) "Minimizing Risks from fluoroscopic X- rays", 2nd ed. Houston, TX:Partners in Radiation Management.
- Zygmunt, M., et al. (2017). "Radiology Research in Quality and Safety: Current Trends and Future Needs." *Acad Radiol*. 24(3):263-272.

Gestão do conhecimento em organizações de saúde

Um conceito indispensável para a gestão em Enfermagem

INTRODUÇÃO

Contemporaneamente, vivemos numa sociedade do conhecimento onde este é a fonte de qualidade e poder/domínio. Num mundo onde os mercados, produtos, tecnologias, competidores e até as sociedades se transformam velozmente, a inovação contínua e o conhecimento que permite tal inovação tornaram-se fontes vantajosas para uma competição sustentável (Nonaka, Toyama e Konno, 2000).

A emergência do conceito de Gestão do Conhecimento (GC) e a sua actual relevância prendem-se com a importância atribuída pelas organizações à capacidade de identificar quais os atributos responsáveis pela criação e manutenção de conhecimento, reconhecendo-lhe valor, raridade, inimitabilidade e insubstituibilidade (Cardoso, Gomes e Rebelo, 2003). Todavia, e de acordo com Frederico e Cruz (2015), embora o conceito de GC seja reconhecido e aceite, este ainda se encontra envolto numa “franca opacidade”, quanto ao seu conteúdo e natureza efetiva do seu significado e potencial de aplicabilidade.

IMPACTO NAS ORGANIZAÇÕES E DINÂMICAS ORGANIZACIONAIS

Não é clara a forma como as organizações podem gerar e gerir o seu conhecimento, sendo deficitária a sua compreensão. Identifica-se um fraco reconhecimento da dinâmica inerente ao processo de criação e GC por parte dos intervenientes organizacionais, sendo este processo comumente, e de forma errada, associado a meros processos de gestão de informação (Cardoso, 2007).

Para Walker (2006) *apud* Santos (2008) o sucesso de um programa de GC assenta, em parte, num processo de implementação composto por doze pontos-chave a serem tidas em atenção pelos gestores: proposição de valor, com a definição, clarificação e comunicação de benefícios e aspectos críticos relativo à adopção de um programa estruturado junto dos *stakeholders* de forma a motivar e envolver os mesmos; alinhamento estratégico, com a estimulação das necessidades da organização, considerando-se as estratégias fundamentais e criação das condições indispensáveis à consecução dos ob-

jectivos traçados; estrutura organizacional, com a revisão e criação das estruturas organizacionais passíveis de criar um fluxo de conhecimento para a transferência de boas práticas em termos horizontais e verticais; gestão do desempenho, com a definição e comunicação de objectivos, indicadores e metas do programa de GC, focando a atenção dos *stakeholders* para políticas de recompensa e reconhecimento; cultura organizacional, na medida em que se deverá ter em consideração culturas e valores partilhados pelos atores organizacionais de forma a assegurar uma participação adequada pelos mesmos; tecnologia, incidindo em formas que visam o suporte do programa de GC, que deverão estar integradas nas infraestruturas organizacionais e plataformas informáticas; criação de conhecimentos, com a clarificação dos atores organizacionais de que tipo de conhecimentos são valiosos para a organização, qual o âmbito e propósito da sua criação, que recursos são necessários na consecução deste processo, entre outros; definição da estrutura dos conhecimentos, de forma a



garantir a sua reutilização; revisão do conhecimento, com estipulação dos recursos e processos necessários à revisão, armazenamento e segurança do conhecimento criado; reutilização do conhecimento, estipulando-se o modo como os atores organizacionais devem procurar conhecimento e reutilizá-lo, clarificando processos de transferência de conhecimento entre os mesmos; vitalidade da base de conhecimentos, esclarecendo-se os processos de armazenamento, segurança e integridade da base de conhecimentos atual, assim como a utilização da mesma em função das alterações do meio envolvente; e monitorização do meio envolvente, no sentido de assegurar que o programa de GC encontra-se perfeitamente alinhado com a estratégia delineada pela organização e constantes pressões internas e externas à mesma.

Embora tenha surgido inicialmente em setores de mercado altamente competitivos, actualmente a GC apresenta-se como uma necessidade operacional transversal a qualquer organização. No caso concreto das organizações de saúde, o interesse por esta temática advém

“

Embora tenha surgido inicialmente em setores de mercado altamente competitivos, actualmente a gestão do conhecimento apresenta-se como uma necessidade operacional transversal a qualquer organização

da pressão constante e crescente para aumentar a produtividade e diminuir os custos associados aos cuidados, com flexibilidade e prontidão de resposta e, por outro lado, da procura incessante de melhoria da qualidade dos cuidados e diminuição dos erros clínicos, num período fortemente marcado pela es-

cashez dos mais diversos recursos, em prol da eficiência e sustentabilidade dos sistemas de saúde (Cruz, 2013; Frederico e Cruz, 2015).

Em Portugal, e num período onde sustentabilidade económica e medidas economicistas imperam no SNS, a implementação de programas de GC apresentam-se cada vez mais como uma alternativa viável e promissora que podem constituir uma eventual opção estratégica (Cruz, 2013). Segundo a autora, são várias as vantagens que advêm da implementação da GC em instituições em saúde, entre elas: o apoio à tomada de decisão dos profissionais; a redução dos erros clínicos e, conseqüente, diminuição dos custos associados aos mesmos; fomento à cooperação entre profissionais e estímulo a inovação; promoção da melhoria da qualidade dos cuidados; promoção da aprendizagem organizacional; promoção de uma prática baseada na evidência; promoção da difusão das melhores práticas (com um aumento na rapidez das respostas associado) e melhoria do desempenho organizacional na sua generalidade.

Em Portugal, e no âmbito do setor público, a gestão de informação é fortemente

apoiada por um conjunto de sistemas informáticos geridos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que coexistem a nível particular de cada instituição de saúde, as quais podem apresentar sistemas próprios desenvolvidos ou adquiridos posteriormente. São exemplos o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), o Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares (SONHO), o Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS) e o Registo de Saúde Electrónico (RSE), entre outros (Frederico e Cruz, 2013; Frederico e Cruz, 2015). De acordo com Frederico e Cruz (2013), e no caso concreto da Enfermagem, têm vindo a ser desenvolvidas orientações no sentido de se promover uma correta



O novo mercado global de saúde apresenta, de forma sem precedentes, uma realidade marcada pela competição de instituições públicas e privadas, onde a inovação e sustentabilidade são imprescindíveis para a sobrevivência e obtenção de utentes

e normalizada implementação de um Sistema de Informação em Enfermagem com recurso a um registo de actividades de enfermagem uniformizado, através da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Programas promissores como o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) apresentam-se enquanto ferramentas facilitadoras da GC em todos os níveis organizacionais. Os dados e informações disponibilizados podem auxiliar Enfermeiros e Gestores Hospitalares na optimização de recursos de enfermagem disponíveis, identificação necessidades em recursos de enfermagem, adequação a dotação de Enfermeiros em serviços/departamentos e até no planeamento de cuidados. Todavia, é imperativo que todos os atores organizacionais sejam ativos na sua utilização, e que os mecanismos e finalidades de todos os processos sejam transparentes e avaliados regularmente para efeitos de controlo de qualidade. Os Sistemas de Informação e Classificação não são uma fonte de conhecimento por si só; é a sua análise e compreensão que capacita os atores organizacionais, a nível administrativo, intermédio e operacional, na resolução de problemas ou criação de novas alternativas sustentáveis e competitivas.

CONCLUSÃO

As estratégias organizacionais são estratégias de conhecimento, na medida em que resultam de decisões e escolhas, conscientes ou não, baseadas no conhecimento dos atores organizacionais, principalmente gestores. Ainda que transversal a todas as organizações, a implementação de programas de GC torna-se vital para organizações complexas,

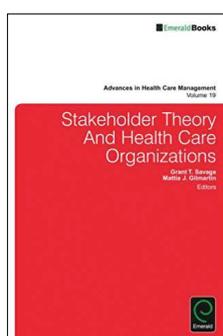
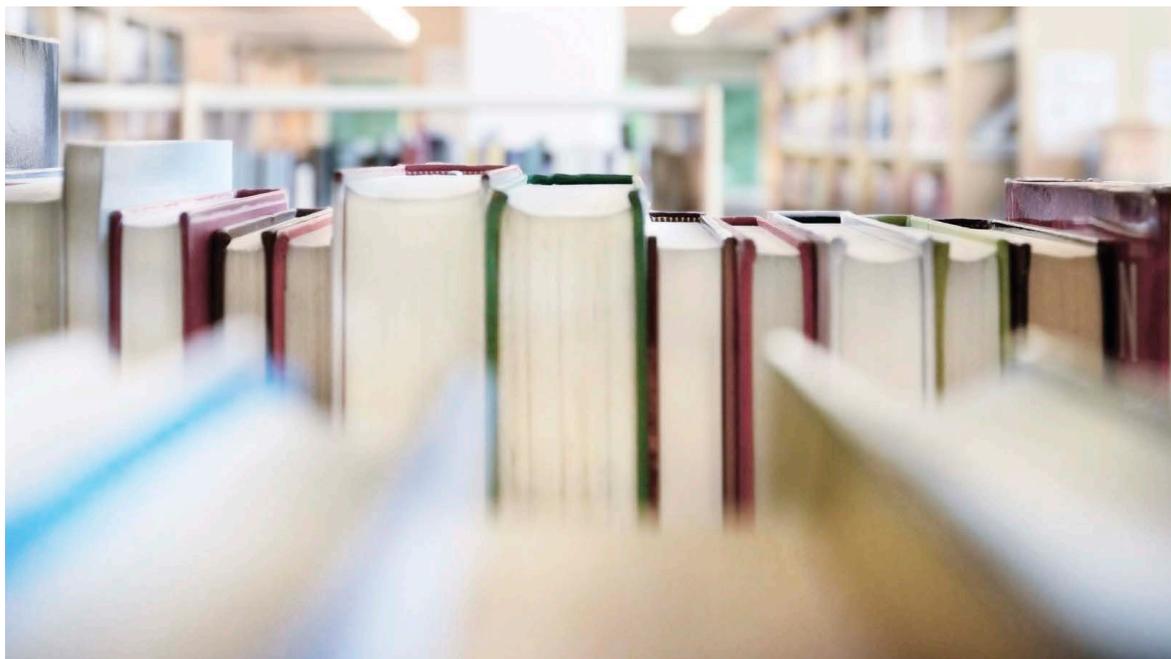


Em Portugal, e no âmbito do setor público, a gestão de informação é fortemente apoiada por um conjunto de sistemas informáticos geridos pela Administração Central do Sistema de Saúde

cuja interacção entre diferentes intervenientes, o tipo de actividades e especificidade de tarefas envolvidas, o elevado grau de desenvolvimento técnico-científico dos atores organizacionais e o tipos de produtos e bens oferecidos é patente. As organizações em Saúde constituem um destes exemplos, sendo crucial aos gestores em saúde reconhecerem as vantagens desta vertente da Gestão de forma a assegurarem a eficácia e eficiência dos serviços, a rentabilidade dos variados recursos, a produtividade dos departamentos, a qualidade dos cuidados de saúde prestados e a satisfação dos profissionais e utentes, atingindo os objectivos macro e micro traçados. O novo mercado global de saúde apresenta, de forma sem precedentes, uma realidade marcada pela competição de instituições públicas e privadas, onde a inovação e sustentabilidade são imprescindíveis para a sobrevivência e obtenção de utentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardoso, L. - Gestão do conhecimento e competitividade organizacional: um modelo estrutural. *Comportamento Organizacional e Gestão*, vol. 13 - nº2. 2007.
- Cardoso L., Gomes, A. D., & Rebelo, T. - Gestão do conhecimento: Dos dados à informação e ao conhecimento. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 1(9), 55-84. 2003.
- Cardoso L., Gomes, A. D., & Rebelo, T. - Para uma conceptualização e operacionalização da gestão do conhecimento. *Psychologica*, 38 23-44. 2005.
- CRUZ, S. - Gestão do conhecimento em instituições de saúde com diferentes modelos de gestão (Tese de Doutoramento). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. 2013. [Consult. 26 de Abril de 2016] Disponível em WWW: <<http://hdl.handle.net/10348/3392>>
- Frederico, M. & Cruz, S. - Gestão do conhecimento e Tecnologias da Informação e Comunicação em Instituições Públicas de Saúde: um estudo em Enfermeiros. [Em linha] *Revista Investigação em Enfermagem*. 2013. [Consult. 19 Abril 2016] Disponível em WWW: <https://www.researchgate.net/publication/281936307_Gestao_do_conhecimento_e_tecnologias_da_informacao_e_comunicacao_em_instituicoes_publicas_de_saude_um_estudo_em_enfermeiros>
- Frederico, M. & Cruz, S. - Perceção de cultura organizacional e de gestão do conhecimento em hospitais com diferentes modelos de gestão. [Em linha] *Revista Referências*. Coimbra. 2015. [Consult. 19 Abril 2016] Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14065>>
- Santos, A. - *Gestão Estratégica: conceitos, modelos e instrumentos*. Escolar Editora. Lisboa, 2008. ISBN 978-972-592-229-3

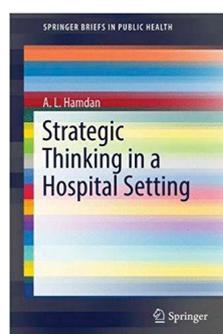


STAKEHOLDER THEORY AND HEALTH CARE ORGANIZATIONS (ADVANCES IN HEALTH CARE MANAGEMENT)

Autores: Grant T. Savage, Mattia J. Gilmarti

Edição/reimpressão: Kindle 2017

Sinopse: As conceived by the founding editors, John D. Blair, Myron D. Fottler, and Grant T. Savage, the series provides a forum for leading research on health care management. Publishing biannually, one volume each year is devoted to the state-of-the-art in HCM and comprises review papers, while the second volume focuses on a specific topic and is devoted to empirical research studies of interest to scholars and practitioners. Advances in Health Care Management publishes research on all types of health care service and health care-related organizations, so long as it focuses on research questions of interest to the broad discipline of management.



STRATEGIC THINKING IN A HOSPITAL SETTING (SPRINGERBRIEFS IN PUBLIC HEALTH)

Autores: A. L. Hamdan

Edição/reimpressão: Springer 2017

Sinopse: Translating the realities of healthcare reform and healthcare costs into competitive hospital practice is the goal of this accessible, jargon-free guide. Taking its cue from Michael Porter's highly-regarded business strategies, it offers a sound framework for hospitals looking to develop efficient, patient-centered service delivery, identifying keys to clinical, administrative, and marketing success. The book organizes business and clinical priorities where they intersect so that physicians throughout healthcare systems can understand their role in building and sustaining innovation, and leverage their strengths and system resources toward meeting patient needs.



www.spgsaude.pt – “Um palco privilegiado de discussão de todos os assuntos que se relacionam com a gestão da saúde em Portugal”.

É publicada diariamente informação considerada relevante que se relaciona com a gestão da saúde no nosso país. Dá destaque às principais notícias da

atualidade, sendo uma página aberta com a possibilidade de comentar e discutir os assuntos em causa.

É uma página de acesso fácil, pesquisa rápida e completa, inclui revistas das edições anteriores, links e livros sugeridos, entre outras informações.

Aberta à participação de todos os interessados.

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde encontra-se também nas redes sociais: **www.facebook.com/spgsaude**

Adira à página e receberá toda a informação de forma rápida e atualizada.



Sede Provisória:
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 Póvoa de Varzim
Email: spgsaude@gmail.com
Fax: 252 688 939

Ficha de inscrição para Associado Efetivo*

Nome _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

E-mail _____

Observações _____

Assinatura _____

Data / /

* Quota anual de 50€

SPGS
Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde

www.spgsaude.pt