



CONFERÊNCIA ICHOM EM PORTUGAL

Medição dos cuidados de saúde baseada em valor

A Conferência ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) em Portugal “Medição dos cuidados de saúde baseada em valor” foi uma iniciativa conjunta da Nova School of Business and Economics, da Nova Medical School e do Centro Hospitalar de Lisboa Central. O ICHOM foi fundado pela Harvard Business School, o Karolinska Institutet e o The Boston Consulting Group. A conferência que se realizou nos passados dias 10 e 11 de fevereiro reuniu médicos, administradores, decisores políticos e doentes para discutir a importância da medição dos cuidados de saúde baseada em valor e a possibilidade do nosso país passar a adotar os padrões de medição do ICHOM.

O discurso inaugural desta conferência coube ao Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, que reconheceu a importância de dinamizar o setor da saúde com recurso a sistemas como o do ICHOM e falou sobre a “real capacidade que teremos de pôr o doente no centro do sistema”, uma área que considera que tem sido menos bem conseguida pois “o sistema tende para a burocracia administrativa”, admitiu, referindo como essencial “a organização das respostas de acordo com as necessidades e as preferências das pessoas”. Para que tal seja possível, considera fundamental que haja transparência (essa é, aliás, uma das recomendações da OMS), uma dinâmica de competição e liberdade de acesso e circulação. “É preciso focar nos resultados e não nos processos”, num modelo de financia-

mento “para reconhecimento e maior valorização dos bons resultados”.

A presidente do ICHOM (entidade sem fins lucrativos), Christina Akerman, explicou a missão dessa entidade como sendo deslindar “o potencial dos cuidados de saúde baseados no valor, através da definição de conjuntos padrão de resultados que realmente são valorizados pelos doentes e divulgar e promover essas medidas a nível mundial”. Nesta definição, o valor traduz-se em “resultados que são aqueles com os quais as pessoas mais se preocupam quando procuram tratamento médico, incluindo melhorias funcionais e a capacidade de ter vidas normais e produtivas porque só assim contribuímos para a sociedade”. Esta oradora referenciou o potencial dos cuidados baseados em valor nomeadamente se tivermos

em conta que “a variabilidade dos resultados em saúde é um problema a nível mundial” e que só com “resultados padronizados” poderemos comparar as várias instituições e os vários países. A oradora referiu como nos EUA há grandes disparidades na taxa de complicações obstétricas, na Grã-Bretanha existem grandes diferenças em termos de mortalidade após cirurgia de *bypass*, na Alemanha a taxa de necessidade de nova cirurgia após operação à anca tem grandes diferenças entre instituições hospitalares, etc. Christina Akerman explicou que, por exemplo, a sobrevida em casos de cancro da próstata é muito boa mas que é necessário analisar a resposta à pergunta “sobrevida para que vida?” considerando que para responder é essencial medir variantes como a continência, a função sexual, etc. “Os

resultados são importantes para os doentes portanto temos que nos focar neles". "Temos que perceber se os recursos que usamos trazem resultados em termos de valor para o doente", referiu, não desvalorizando a necessidade de medir o custo mas recentrando a análise no valor/resultado que se

com o trabalho que estão a desenvolver consideramos muito importante o facto de envolverem as escolas neste processo" e referenciou o Hospital da Luz e a José de Mello Saúde por serem duas organizações que estão a participar no programa mundial de *benchmarking*. Até ao fim do ano de 2017, o ICHOM

pretende ter publicado um número suficiente de padrões de medição para cobrir mais do que 50% da carga global de doenças.

Financiamento hospitalar e prestação de cuidados de saúde



Christina Akerman

obtem. Citando um exemplo concreto, a presidente do ICHOM explicou como, na Suécia, quando começaram a medir a qualidade e a divulgar os resultados com maior transparência, centrando-se no valor para o doente, obtiveram melhorias significativas na abordagem ao enfarte do miocárdio. Já com 21 conjuntos padrão definidos para diversas patologias e 40 países a integrar os grupos de trabalho, incluindo Portugal, e com muitas associações de doentes que também contribuem para a definição do valor para as diversas patologias, para o ICHOM é fundamental fazer *benchmarking* ou seja procurar as melhores práticas em cuidados saúde e melhorar o desempenho em termos de resultados/valor para o doente, numa filosofia que Christina Akerman resumiu citando o cirurgião americano Ernest A. Codman ao dizer que "cada hospital devia seguir cada doente que trata o tempo suficiente para determinar se o tratamento foi ou não bem sucedido e então inquirir 'senão o foi, porque razão?' com o objetivo de prevenir fracassos semelhantes no futuro". O ICHOM acompanha e colabora com as instituições que querem implementar este sistema e, sobre Portugal, a representante dessa entidade referiu "estamos muito impressionados

Mesa redonda moderada por Joaquim Cunha, diretor executivo do Health Cluster Portugal, que contou com as intervenções de Delfim Rodrigues, presidente do conselho de administração do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, ex-Diretor-Geral da Saúde, Diane Bell, diretora do PA Consulting Group para o setor da Saúde, ex-diretora executiva de estratégia do NHS Bedfordshire Clinical Commissioning Group, Paulo Gonçalves, partner e managing director do The Boston Consulting Group Espanha, Pedro Dias Alves, membro do Conselho de Administração da Lusíadas Saúde, Ricardo Mestre, vogal do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Rui Assoreira Raposo, administrador executivo da José de Mello Saúde.

Paulo Gonçalves referenciou a relação entre a sustentabilidade e o valor para o doente e considerou prejudicial o facto de faltar um sistema e uma linguagem comuns com dados comparáveis.

Delfim Rodrigues considera que "pôr o doente no palco transforma esse mesmo doente (e a sua família) em co-produtor de todos os cuidados de saúde - que é o que ainda nos falta". "O sistema estava baseado no volume e

agora precisa basear-se em valor"; Para o ex-Diretor-Geral da Saúde os resultados dependem dos incentivos e do seu direcionamento (que deve ser efetuado para o valor) e essa é precisamente a grande diferença entre o sistema de saúde português e os restantes: "a forma como o dinheiro entra no sistema e como é usado".

Pedro Dias Alves sublinhou como "o custo de ter saúde é algo muito diferente do custo do tratamento" e da necessidade de "passarmos para um *continuum* de cuidados que começa 9 meses antes do nascimento e que inclui prevenção, educação para a saúde e tratamento". "Quando financiarmos as populações numa base de capitação teremos melhores resultados", afirmou, explicando que em saúde a pergunta não deverá ser "quanto custa tratar um enfarte do miocárdio?" mas sim "quanto custa prevenir um enfarte?", alertando para a necessidade de mudar paradigmas pois "é perverso pensar que, se houver uma epidemia de saúde, eu não vou ser pago"...

Para Rui Raposo o objetivo central tem que passar a ser "o valor para o doente, não a contenção de custos: esta é condição necessária para a sustentabilidade do sistema mas não o é para que os nossos doentes façam uma boa avaliação do resultado obtido". Para o administrador executivo da José de Mello Saúde muita coisa tem que mudar no sistema de saúde: "os gestores de topo têm que redefinir as prioridades das suas instituições; as estruturas e processos também vão mudar; e as equipas têm que ser cada vez mais organizadas em percursos clínicos e não apenas por especialidade e tem que haver um 'gestor de percurso clínico'; também é necessário redesenhar os registos clínicos para podermos extrair dos sistemas toda a informação que é realmente relevante, (...) numa prática orientada para que o doente seja mais bem tratado". Na instituição que representa já se faz recolha de dados que são partilhados com o ICHOM, "ficando sujeitos a um processo de avaliação e aprendizagem" e já existem alguns "gestores de processo" por exemplo no caso do



Paulo Gonçalves e Pedro Dias Alves



Diane Bell

doente oncológico, mas, como referiu: “os incentivos estão ainda desalinhados pois continua a haver um financiamento por volume”. Ricardo Mestre falou sobre o financiamento como modificador do comportamento dos agentes e referenciou várias

fases da evolução do sistema de financiamento que neste momento “está baseado nos processos e na prática clínica” mas concordou que é altura do sistema “introduzir novos incentivos para acelerar esta abordagem” pois cuidados de saúde centrados no valor são “a evolução que a modernidade exige aos sistemas de saúde”.

Diane Bell reiterou a necessidade de mudança contando alguns exemplos de implementação do sistema ICHOM, nomeadamente a experiência que ocorreu no sul de Londres, com o objetivo de melhorar a saúde do idoso. A oradora explicou como as instituições estavam convictas que tratavam bem os idosos pois preenchiam todos os indicadores. Mas quando começaram a questionar os idosos para determinar o valor dos cuidados, questionando, por exemplo, se se sentiam seguros em casa aperceberam-se que a resposta era não. E esta não era uma questão de polícia pois com os questionários foi possível perceber o que influenciava essa percepção de segurança: o facto das equipas de cuidados domiciliários mudarem com alguma



Ricardo Mestre e Rui Raposo

frequência, se os cuidadores sorriam ou não, etc., questões cujo valor havia sido negligenciado. No final da sua intervenção a diretora do PA Consulting Group para o setor da Saúde e ex-diretora executiva de estratégia do NHS Bedfordshire Clinical Commissioning Group defendeu que a excessiva competitividade tem abalado a confiança entre as instituições e que é necessária “maior colaboração e menos concorrência”.

A ciência económica e a medição dos outputs de saúde

Moderada por João Pereira, professor catedrático de Economia da Saúde e diretor da Escola Nacional de Saúde Pública, este tema recebeu o contributo de Céu Mateus, professora da Lancaster University, membro dos órgãos sociais da European Health Economics Association, de João Marques Gomes, investigador da Nova School of Business and Economics e CEO da Nova Healthcare Initiative e de Luis R. Murillo-Zamora, professor da Universidad de Extre-

madura e diretor do grupo de investigação AEDIMARK.

Numa intervenção marcada pelo pragmatismo, que intitulou “avaliação económica na saúde: o valor da informação perfeita”, Céu Mateus começou por recordar que as decisões devem ser baseadas na evidência e que

“é necessário olhar para a realidade!”. “É importante conseguir passar do que é demonstrado para a integração na prática clínica” pois nem sempre o que sabemos tem correspondência no que fazemos: “há estudos com quase duas décadas que hoje se repetem exatamente com os mesmos resultados”, “Há dificuldade em passar os resultados da investigação para a política e consequentemente para a prática médica”. “Temos dados do INE, um inquérito nacional de saúde, etc. mas cada vez é mais difícil aceder aos dados por questões de privacidade” e nem sempre os dados são divulgados de forma célere o que faz com que os investigadores tenham muitas dificuldades, referiu exemplificando com os dados sobre os gastos nos hospitais que a ACSS só ainda tem divulgado dados referentes a 2009, dificuldades de acesso a dados que a oradora referiu existirem também no NHS. Questão igualmente importante na saúde são as determinantes e “muitas vezes esquecemo-nos” e só tratamos a doença e não as causas. Embora reconheça a dificuldade em estabelecer políticas eficazes de combate ao tabagismo, à poluição, má nutrição, etc., Céu Mateus considera essencial – e possível – a existência de alguma intervenção política nessas áreas. Em conclusão, a oradora referiu a necessidade de disseminar a informação por profissionais e pelo público em geral, a necessidade de saber escolher informação útil (citando o [site choosingwisely.org](http://site.choosingwisely.org) através do qual se promove o diálogo entre médicos e doentes para ajudar estes a escolher cuidados de saúde que



João Marques Gomes

sejam baseados na evidência, que não dupliquem exames de diagnóstico já efetuados, que não provoquem mal e que sejam realmente necessários), e a necessidade de utilizar a informação disponível pois não o fazer, à semelhança de procurar mais evidência onde ela já existe, é desperdiçar recursos.

João Marques Gomes começou por destrinçar os conceitos de eficácia (capacidade de obter um determinado resultado) e eficiência (capacidade de o fazer sem desperdício) pois são conceitos de aplicação fundamental, explicando em seguida a diferença entre eficiência técnica, alocativa, global e de escala. A eficiência de escala, por exemplo, é o que esteve na base da criação dos centros hospitalares. Numa intervenção centrada sobre a medição da eficiência em saúde, o CEO da Nova Healthcare Initiative referiu a falta de “dados de *output* que incluam a qualidade dos cuidados prestados e/ou que meçam o efeito dos atos médicos no bem estar dos doentes” pois é “essencial ter dados” para uma ação estruturada e consequente e sem nos esquecermos que “o que interessa é o resultado final” e que para a ciência económica “as medições baseadas em valor são muito bem vindas” e fundamentais para que não se esqueça o cidadão como razão de ser da existência dos cuidados.

Luis R. Murillo-Zamorano começou por questionar se “a eficiência interessa ou não em termos de saúde?”, admitindo ser um tema controverso mas concluindo que sim pois “melhorando

a eficiência dos cuidados de saúde podemos poupar 2% do PIB em termos da média dos países da OCDE”. Dada a forma negligente como os decisores políticos tratam a evidência existente, o professor da Universidad de Extremadura questionou para que serve a investigação e qual a sua utilidade se os políticos não parecem importar-se com a qualidade e a eficiên-

por este investigador, é a chamada “gamificação”. Gamificação é um neologismo que se define pelo recurso a técnicas características de jogos de vídeo, recorrendo a prémios e outros métodos de jogo, em situações do mundo real, aplicadas nos mais variados campos de atividade, tais como a educação, saúde, política e desporto, com o objetivo de resolver problemas práticos, consciencializar ou motivar um público específico para um determinado assunto. Luis R. Murillo-Za-



Luis Zamorano e Céu Mateus

cia. O grande desafio dos sistemas de saúde é, conforme referenciado por este orador, “assegurar bons cuidados a bom preço, sem nunca pôr em causa a segurança dos doentes porque isso sai caro”. É preciso que prestemos “cuidados de saúde seguros e eficazes e que sejam uma boa experiência para o doente”. Será, portanto, necessário “mais prevenção, mais cuidados de saúde primários e menos hospital, com decisões mais próximas do doente”. Sobre a forma de melhorar os resultados em saúde sem aumentar a despesa, Luis R. Murillo-Zamorano referiu a necessidade de aplicar políticas de educação para a saúde que a longo prazo reduzem custos. “É preciso formar todos para a saúde”, profissionais, indústria farmacêutica e doentes, com “motivação, empenho e formação”. Uma forma atual de o fazer, referida

morano referiu algumas das empresas que têm recorrido à gamificação (entre as quais a NASA, empresas da banca, da indústria automóvel, etc.) e defendeu que “quanto mais depressa implementarmos a gamificação mais depressa vamos tornar os nossos sistemas mais eficientes e eficazes” e recordando que a gamificação pode ser usada para recolha de dados em saúde (através de aplicações no telemóvel, por exemplo).

A excessiva competitividade tem abalado a confiança entre as instituições. É necessária “maior colaboração e menos concorrência”

- Diane Bell

Dados e gestão quotidiana dos hospitais em Portugal

Alexandre Lourenço, presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, foi o moderador da mesa sobre a gestão hospitalar em Portugal, a qual contou com as intervenções de José Fragata, professor catedrático da Nova Medical School e diretor da área de coração, vasos e tórax do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Fernando Regateiro, coordenador nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados de saúde hospitalares, Isabel Vaz, CEO da Luz Saúde, José Maria Laranja Pontes, presidente do conselho de administração do IPO do Porto e Sofia Nogueira da Silva, presidente da Entidade Reguladora da Saúde.

José Fragata começou por referir as dificuldades mais comuns na gestão hospitalar, entre as quais o excesso de indicadores e insuficiente interligação entre indicadores administrativos e clínicos, o facto de o foco ser em episódios de tratamento e não em resultado dos cuidados prestados e o erróneo centrar da intervenção na doença, por especialidade, em vez de se ter em conta o percurso clínico do doente. Perante estas dificuldades, José Fragata considera essencial que nos questionemos sobre que indicadores de saúde usar e sobre a sua integração. "Para uma análise correta", quer do percurso quer dos resultados dos cuidados prestados, "temos que seguir os doentes muito mais tempo", muito além do mero período de internamento hospitalar. "A Kodak nunca percebeu que o seu negócio não era a película mas sim as imagens; é nossa obrigação não esquecer que o importante é o valor", concluiu, exemplificando a importância das questões debatidas nesta conferência.

"Quem se ficar pela gestão quotidiana não aplica uma visão nem perspectiva o futuro" - foi desta forma que Fernando Regateiro iniciou a sua intervenção, realçando a importância do planeamento estratégico a médio e longo prazo e da inovação pois, sem ela, "qualquer entidade hospitalar está condenada a perder qualidade e eficiência e a ser dispendiosa". "Os processos são meios e não fins" e ao olharmos para o resultado a longo



José Maria Laranja Pontes



José Fragata



Isabel Vaz

prazo é que nos podemos aperceber se houve ou não "compromissos de qualidade duvidosa que nos saem mais caros", explicou, referindo-se por exemplo à taxa de rejeição de próteses. "Temos que fazer um bom seguimento do doente para conhecer os resultados a curto, médio e longo prazo, projetando o processo em termos de percurso de vida do cidadão, (...) e poderemos, por vezes, ter que gastar mais este ano para poupar nos seguintes". Considerando essencial "retirar os doentes do circuito da urgência", Fernando Regateiro defendeu a necessidade de integrar cuidados, levá-los à proximidade e estabelecer vias de acesso não convencionais aos médicos hospitalares" pois "se não tivermos um sistema centrado no doente teremos sempre um serviço nacional de doença em vez de um serviço nacional de saúde".

Isabel Vaz explicou a motivação para "implementar uma agenda de valor" onde inclui a demonstração de bons resultados e obtenção de valor que fundamentem a competitividade e que são uma forma de "nos prepararmos para ter melhor qualidade a menor custo". Mas, para termos ganhos estruturais e contínuos em saúde, "a ligação à academia, à investigação

é essencial". Para se conseguir esta mudança, Isabel Vaz considera igualmente necessário que o acesso a dados relevantes seja fácil e rápido e explicou como a instituição que representa tem participado em ensaios clínicos de *outcome research* e falou das lições que têm aprendido neste processo nomeadamente a necessidade de pugnar

pela educação médica de qualidade e de ter administradores e médicos envolvidos e empenhados no processo, pois é preciso começar este trabalho com as pessoas que acreditam nele e, preferencialmente, com as especialidades que já estão habituadas a trabalhar de forma mais integrada e multidisciplinar em prol do doente (tratamento do cancro, por exemplo), salientando a sua convicção de que "a gestão de topo tem que estar nas mãos de médicos".

José Maria Laranja Pontes explicou como o IPO do Porto há muito tempo que se interessa por modelos de avaliação como o apresentado pelo ICHOM e explicou a necessidade de alinhar a visão estratégica de profissionais e administradores e como no IPO desde 2013 que os 3 eixos de ação se mantêm (doentes, qualidade e inovação). "Avançamos através de programas concretos" sublinhou, relatando a experiência do PCCC – Porto Comprehensive Cancer Center e afirmando que, na instituição que representa, há vários anos que a organização se faz em função dos doentes e com análise do que é importante para eles. José Maria Pontes referenciou uma das dificuldades já debatida noutras mesas: "somos um

dos melhores hospitais de oncologia da Europa; se dizem que somos o hospital que gasta menos e que tem o maior *case mix* deviam dar-nos um prémio como incentivo financeiro". "Operamos 71% dos doentes com cancro de mama no período de referência; é preciso melhorar os outros 29%. Não estamos numa corrida de 100 metros, mas sim numa corrida de fundo. (...) O nosso objetivo é que a avaliação dos doentes venha a ser 100% quanto ao valor dos resultados para a sua qualidade de vida".

A presidente da ERS, Sofia Nogueira da Silva, falou sobre o SINAS e os princípios orientadores deste sistema de avaliação que visa a excelência clínica que recorre a indicadores de processo e de resultado, com focalização no doente e na sua satisfação, segundo esta oradora. A informação sobre indicadores e o SINAS encontra-se disponível no site da ERS. Sofia Nogueira da Silva concluiu a sua intervenção com uma nota sobre a resistência à mudança, afirmando que as instituições com comportamentos autistas "não devem estranhar se forem tratadas precisamente como instituições autistas..."

Medição dos cuidados de saúde e os cursos de medicina

Jaime Branco, diretor da Nova Medical School, Maartje Schouwenburg, co-fundadora e membro do conselho de administração da *Value in Care*, Martin Ingvar, *deputy vice chancellor for Future Healthcare* do Karolinska Institutet e Luís Taborda Barata, presidente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior foram os oradores convidados numa mesa moderada por António Vaz Carneiro, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseados na Evidência o qual começou por explicar que, mais do que interessada na implementação, a Faculdade de Medicina está particularmente empenhada em participar na definição de *standard sets* e que essa instituição representa o "centro natural para absorver novas áreas que surjam na saúde" e falou sobre o po-

tencial estabelecimento de um sistema curricular "que integre medição de resultados baseados em valor".

Jaime Branco, diretor da Nova Medical School, referiu que no mestrado integrado se ensinam conhecimentos, gestos e competências e referiu a necessidade de "harmonizar conceitos e dar aos alunos um contacto precoce com estas matérias", mas considera que o seu aprofun-



Maartje Schouwenburg

damento só deve acontecer "quando os alunos já têm noções base de diagnóstico, terapêutica e prognóstico". Defendeu igualmente a "abordagem transversal com avaliação de resultados em todas as unidades clínicas". "Se já levamos entre 11 e 13 anos para formar um especialista é impossível pôr mais matérias sem retirar outras", referiu, fundamentando a abordagem transversal. "Na pré-graduação não é possível os alunos aprenderem tudo; é por essa razão que temos uma oferta muito bem estruturada e integrada em termos de formação pós-graduada", referiu exemplificando com o curso de mestrado em *Primary Care Mental Health*, entre outros.

Maartje Schouwenburg explicou que na Holanda há bons cuidados de saúde mas que são muito caros; "Temos poucos incentivos para melhorar seja do ponto de vista intelectual seja financeiro". Quanto à formação explicou que os jovens médicos não sabem nada sobre a medição de resultados baseados em valor: "sabemos tudo sobre doenças e fisiologia,

cada vez temos mais módulos de comunicação; (...) Também quero ser um bom líder e gestor mas... não serei nada disso se não tiver formação adequada". Mas, como sublinhou, na Holanda demora muito tempo até que se consiga incluir uma nova disciplina no currículo, o que seria a solução ideal. Mas, como tal ainda não é possível, foi criada a *Value in Care*, instituição que organiza *master classes*, *webinars* e *workshops* sobre como implementar medição de resultados baseados no valor para o doente.

Martin Ingvar começou com uma referência irónica para demonstrar as dificuldades que tem sentido: "se acham



António Vaz Carneiro e Jaime Branco



Martin Ingvar

que os hospitais trabalham/mudam de forma muito lenta, então tentem reformar uma universidade"... "A universidade que conseguir mudar vai ser líder a nível mundial". Sobre a medição de resultados, referiu a necessidade de "medir os que são importantes para o doente". "Estamos a afastar-nos do modelo tradicional – 'faça o que eu digo e cura-se' – para uma abordagem em que o doente está incluído no ciclo de conhecimento para criação de saúde".

Luís Taborda Barata falou sobre prioridades como a consciência de que "à nossa frente não está um número mas sim uma pessoa", a necessidade de envolver os

doentes num processo mais regular (na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior há um conselho da comunidade), importância de ter uma visão aprofundada do sistema e de interação entre todos os profissionais de saúde, equilíbrio entre os CSP e os outros níveis de cuidados; outra prioridade referida por este orador foi “perceber a relevância dos fatores de contexto” e proceder a uma estruturação de “todas as prioridades para responder ao desafio de centrar os cuidados no valor para os doentes”.

Cuidados de saúde baseados no valor – a experiência no terreno

Barbro Fridén, CEO do grupo Sheikh Khalifa Medical City Ajman explicou como o seu percurso começou como CEO do maior hospital universitário da Suécia (Sahlgrenska University Hospital) onde existiam 2 mil camas, 17 mil funcionários e 107 mil casos hospitalares onde aplicou a influência de Michael Porter para melhorar pois existiam indicadores mas não mediam os resultados. “Em 2012 sentamo-nos com os doentes e percebemos que medíamos o tempo de espera, os efeitos adversos e protocolos enquanto que os doentes queriam saber sobre sobrevivência, qualidade e autonomia para a vida, ansiedade, depressão, quando poderiam voltar ao trabalho, etc.” “Só ao medir os resultados é que podemos definir o sucesso clínico e organizacional. (...) Começamos a medir os resultados e a focar-nos naquilo que era necessário para os atingir. (...) O foco nos resultados torna necessário seguir o ciclo completo dos cuidados com integração dos percursos desses mesmos cuidados. (...) Começamos com pequenos passos e fomos aprendendo durante o processo”. “Na Suécia gostamos muito de marcar reuniões e de beber um café discutindo todos os assuntos que não constam na agenda da reunião” ironizou, concluindo “quando entramos neste processo tornamo-nos muito mais eficazes e já seguíamos a agenda”, em reuniões que envolviam jovens médicos e doen-

tes. “Após algum tempo, os grupos de trabalho que havíamos criado deixaram de estar envolvidos num ‘projeto’ porque esta passou a ser a nossa prática diária”. Um dos *case studies* referidos por Barbro Fridén foi do departamento de psiquiatria do Sahlgrenska University Hospital onde existiam muitas queixas dos doentes e muita variabilidade nos resultados, com diferenças entre enfermarias de 31% nos tempos de internamento, por exemplo. “Ao analisarem os resultados aperceberam-se dessas questões e em como havia falta de padronização”. O departamento empenhou-se e começou a trabalhar para



Barbro Fridén

a prestação de cuidados baseada no valor para o doente e “ao fim de um ano reduziram o internamento médio de 30 para 15 dias nas duas enfermarias no que se refere aos doentes com doença bipolar” e também melhoraram as situações de reinternamento e conseguiram evitar em 180 doentes a necessidade de cuidados hospitalares. “Foram 3 milhões de euros que a equipa poupou e que usou noutras áreas”. Nesse departamento de psiquiatria foi medido – e melhorou – outro valor importante para esses doentes: a capacidade de manter um emprego. Atualmente a oradora está a dirigir um pequeno centro hospitalar nos Emirados Árabes (Sheikh Khalifa Medical City Ajman) onde ainda se encontra na fase de análise e explicou que uma das variantes que já foi possível determinar que precisa mudar é a organização ao nível das tecnologias de informação. Sobre a dificuldade de implementar este sistema de cuidados de saúde baseados no valor Barbro Fridén é perentória: “os valores são adquiridos muito cedo; se uma pessoa tem valores, consigo ensinar-lhe tudo; mas se esses valores não estiverem lá...”

A medição de valor em Saúde, os doentes e a decisão política

Joaquim Neto Murta, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, diretor do Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra foi o moderador desta mesa onde entrevistaram representantes de diversas associações de doentes, tendo feito uma introdução onde explicou o que se tem feito no *sub-cluster* de oftalmologia onde há várias empresas envolvidas (o orador referiu a importância do financiamento da indústria farmacêutica) num projeto que pretende avaliar resultados dos vários centros de oftalmologia, criar interação entre clínicos, investigadores e organizações e promover a excelência da oftalmologia portuguesa. Usando ainda a sua especialidade como referência, Joaquim Murta explicou a questão da medição do valor da seguinte forma: “enquanto que o oftalmologista quer saber quantas linhas aumentou, o doente quer saber se se vai deslocar melhor”...

Ana Sampaio, presidente da Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino, Colite Ulcerosa e Doença de Crohn, referiu que a importância de medir os cuidados de saúde em termos de valor para o doente é essencial porque esse valor é a qualidade de vida. “A qualidade de vida para um doente é poder trabalhar, conviver, estar com os amigos, ter relações íntimas. O doente não é só a sua doença. (...) O SNS tem que se organizar em função das necessidades do doente”. Esta oradora referiu dificuldades de acesso à informação, por exemplo quantos doentes sofrem de uma determinada patologia e sublinhou que “um doente lembrar-se todos os dias que é doente é uma situação penosa; a necessidade de recordar a toma da medicação é algo muito diferente de ter que se recordar que é doente”. Rogério Ribeiro, investigador sénior da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, referiu o potencial benéfico de “envolver e capacitar os doentes” e considerou que o maior desafio “é ‘encaixar’



Joaquim Neto Murta, Ana Botas, Ana Sampaio, Rogério Ribeiro, Joaquim Domingos e Vítor Neves

tudo com o investimento disponível”, referenciando a ligação que existe entre algumas faculdades de medicina e as associações de doentes, com deslocações regulares de estudantes às associações. Vítor Neves, presidente da Europacolón Portugal, referiu como um bom exemplo o caso do IPO do Porto que reuniu com as associações de doentes para apresentar os resultados quanto aos doentes tratados, dificuldades de tratamento, financiamento e perspectivas futuras. “Isto é um sintoma de uma mudança de mentalidade que tem que ser feita. (...) Foi muito útil pois ficamos mais capacitados para responder nas associações às dúvidas”. Vítor Neves realçou igualmente a importância da comunicação e empatia entre o médico e o doente para potenciar “a participação do doente no seu processo terapêutico”, aumentando a confiança e a adesão terapêutica, o que melhora os resultados mas alertou que “os doentes continuam a não ser ouvidos” nomeadamente porque “quem tem uma lista de doentes que tem que ver de dez em dez minutos” não dá a mesma relevância às questões. “Para quem está do outro lado, o doente, esses são momentos muito importantes na vida. É preciso o cuidado e o tempo necessários para um médico dar determinadas notícias”. Este interveniente defendeu uma maior capacitação dos médicos de família no caso de doenças crónicas com o objetivo de “libertar os hospitais”. Joaquim Domingos, presidente da As-

sociação Portuguesa de Doentes da Próstata, optou por referir a necessidade de as associações de doentes se organizarem de forma mais concertada, nomeadamente, numa eventual federação. Ana Botas, vice-presidente da Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson, afirmou que “os doentes querem ser envolvidos” e realçou que para estes doentes não são só as terapêuticas que são importantes mas também o convívio social. Após a mesa redonda das associações de doentes seguiu-se uma intervenção de Manuel Delgado, Secretário de Estado da Saúde do XXI Governo Constitucional da República Portuguesa, referenciando a inexistência de “métricas adequadas para avaliar a cada momento os ganhos em saúde que fazem sentido para os doentes”, o que resumiu na questão “o que é que a medicina está concretamente a fazer por mim?”. A falta desses indicadores deve-se essencialmente ao facto de ser mais fácil medir os *inputs* (investimentos) do que os *outcomes* (resultados/valor). O Secretário de Estado da Saúde criticou a “cultura do consumismo” e defendeu que as pessoas preferem pedir investimento do que medir resultados, com “incremento do primado dos recursos sem avaliação dos resultados”; “O foco não pode ser apenas esse. Temos todos que aumentar a eficiência”, sublinhou considerando que há uma falta generalizada de

rigor no planeamento (tendo afirmado considerar essencial para o planeamento que se defina quantos doentes deverá um médico ver, num determinado período de tempo pré-definido). O orador referiu o conceito de “sustentabilidade do valor” algo que só pode ser medido se tivermos em conta se há ou não recidivas, sequelas e outros efeitos a médio/longo prazo. Manuel Delgado referiu várias medidas que este Governo implementou como os incentivos à fixação de médicos, com maior remuneração, mais tempo de formação e uma progressão mais rápida na carreira. Apesar de ter defendido a redução de custos, o Secretário de Estado da Saúde considerou que essa redução não pode ser feita sem analisar os resultados e que não se podem fazer cortes cegos mas defendeu uma “prestação de serviços mais eficiente”.

Quem se ficar pela gestão quotidiana não aplica uma visão nem perspectiva o futuro

- Fernando Regateiro