

REVISTA OHOSPITAL

ANO V, Nº22 // ABRIL/JUNHO 2019



GRANDE ENTREVISTA

Márcia Roque, presidente ACSS, e os hospitais do SNS:

“Além de orçamento adequado é importante dotar as instituições de maior autonomia”



Programa Gilead GÉNESE

6ª Edição

Candidaturas abertas

de 1 de março a 14 de maio de 2019

Mais informação em: www.gileadgenese.pt

Bolsas até
40.000 €
por projeto

3 ÁREAS TERAPÊUTICAS

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

Vertentes do programa

INVESTIGAÇÃO

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

COMUNIDADE

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

Índice

04 EDITORIAL

Os tempos de espera.

06 ANÁLISE

Nutrição Artificial... porque sim!

Importância da relação entre médicos e profissionais do exercício.
Congresso da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia 2019.

Infeção por VIH e prestação de cuidados de saúde: preparar o futuro.
A A.N.D.A.R. para uma nova sede.

A importância de conhecer os sinais... para que a asma não te pare!
Plano Integrado de Alta Hospitalar.

26 ENTREVISTA

Márcia Roque, presidente da ACSS: "Há margem para melhorias no modelo de financiamento e na gestão e organização dos serviços de saúde".

32 REPORTAGEM

Metade do valor investido no SNS é devolvido à Economia.

36 INOVAÇÃO

Programa Gilead GÉNESE.

Inovação e compromisso no tratamento do cancro.

40 ATIVIDADES APDH

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

38º Programa de intercâmbio HOPE 2019 em Portugal.

Atividades de representação da APDH.



REVISTA DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA PARA O
DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR

DIRETORA
ANA ESCOVAL

COORDENADORA
MARINA CALDAS

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

EDITORA DE ARTE E PAGINAÇÃO
MARINA TOVAR REI

FOTOGRAFIA
PEDRO MENSURADO E APDH

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

IMPRESSÃO
UE

TIRAGEM
4.000 EXEMPLARES

DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA

PERIODICIDADE
TRIMESTRAL

PROJETO



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

PROPRIEDADE
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O
DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR (APDH)

Gabinete HOPE&IHF Portugal

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

Os tempos de espera

Breve poema da hora vã

*Que poderei cantar-te nesta hora?
O século esgotou sua guitarra
Não há surpresas nas sílabas de Abril
Nem histórias para dizer*

*Ainda se chovesse ou se caíssem rosas
Para dentro do verbo
Acontecer.*

Manuel Alegre

In *Chegar Aqui*, Edições João Sá da Costa, (1984).

Na história da saúde pública houve sempre momentos ou tempos com matizes distintas, sobreponíveis ou em intervalos, umas de decisão, outras de ação, algumas de pensamento, muitas de debate e, não raro, de espera. Correm aqueles tempos, nos dias de hoje, a observar os trabalhos de revisão das bases da saúde do país, as atenções solicitadas pelos profissionais de saúde à sociedade, as acomodações financeiras que sustentem o dispositivo organizacional e logístico da saúde alcançado até agora, a criação de novos modelos de prestação de cuidados de saúde que respondam melhor à evolução demográfica e epidemiológica à vista em todo o território, a integração de redes e níveis de serviços promotora da continuidade de cuidados efetiva e amigável ao cidadão na sua trajetória de saúde e, não esgotando todas as observações nem sendo a última, na persistência dos múltiplos esforços de redução do *gap* entre o conhecimento científico e a aplicação da inovação no campo da saúde.

Sobre esta última, já o Professor Gonçalves Ferreira, cientista da saúde e na linha do seu racionalismo, acentuava na crítica que fazia à espera na decisão pública, nas décadas de oitenta e noventa do século passado, dedicadas ativamente pelo próprio ao pensamento e à escrita sobre a saúde e o sistema

de saúde português, de que foi um reconhecido e determinante construtor, ao referir insistentemente que “se fosse aplicado com método o conhecimento de cada época, a vida dos povos seria sempre melhor do que foi ou é”.

Importa assim realçar o alcance da reflexão partilhada pela atual presidente da ACSS, na Grande Entrevista que aqui pode ser lida, quando olha para a complexidade atual da sociodemografia que envolve a saúde em Portugal, quiçá nos países desenvolvidos, sobretudo os da Europa, ao destacar a maior longevidade da população, multimorbilidade e a necessidade de respostas da saúde mais próximas e junto dos cidadãos, sobretudo quando diz que tudo isto solicita às instituições de saúde em geral e do SNS em particular uma muito maior capacidade de planeamento e de adaptação da evolução da prática clínica para com as crescentes e novas necessidades em saúde.

Mais ainda quando se refere à inteligência estratégica como sendo a que agrega capacitação de relacionamento e habilidades que potenciam a gestão do conhecimento presente em cada ativo profissional e na sinergia da aptidão para agir em conjunto, pela pluralidade de pensamento distintivo mas convergindo na ação clínica em equipa.

Mas os tempos de espera na decisão pública não são necessariamente recurso perdido, sobretudo quando favorecem o envolvimento de todos os níveis de ativos no pensamento estratégico, na ação concretizadora sincronizada e na gestão do conhecimento que abrevia a distância entre a disponibilidade do saber científico e a sua dispensa ao beneficiário do mesmo, o cidadão, sempre contribuinte e utilizador quando tem necessidade.

O entender que os tempos de espera, em que parece nada estar a ser decidido ou que o observado não têm sentido, pode significar que as coisas certas estejam a ser preparadas para acontecer na altura certa.

A Direção

abbvie

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

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

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

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

abbvie.pt





JORGE FONSECA
Gastroenterologista

Nutrição Artificial... porque salva!

A propósito da necessidade premente de Equipas de Nutrição Artificial nos hospitais portugueses e dos vinte anos de atividade do GENE do Hospital Garcia de Orta

O Serviço Nacional de Saúde português atravessa uma fase crítica. Atualmente, debatem-se ideias e discutem-se opções capazes de melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, otimizar as respostas clínicas às necessidades de cada cidadão e fazê-lo de forma sustentável. Estes objetivos esbarram com a necessidade crescente de recursos da saúde moderna. Os doentes são mais idosos e com múltiplas comorbilidades, necessitando cuidados mais complexos. As técnicas diagnósticas são mais diversas e sofisticadas, resultando numa marcha diagnóstica mais prolongada e dispendiosa. Graças aos avanços da cirurgia, anestesia e cuidados intensivos, operam-se doentes que há um quarto de século seriam considerados intocáveis. Infecções virais que há duas décadas constituíam sentenças de morte a

curto ou médio prazo são agora doenças crónicas ou maioritariamente curáveis, como é o caso da Hepatite C. A quimioterapia antineoplásica, muitas vezes em associação com outras modalidades terapêuticas, conseguiu a cura de um enorme número de doentes. Para muitos mais o cancro tornou-se uma doença crónica, para a qual se tomam diariamente alguns comprimidos, tão escassos de efeitos acessórios como os que são destinados a combater uma hipertensão arterial simples. Mas esta moderna farmacoterapia moderna vem com custos de dezenas ou centenas de euros, custos que se podem prolongar durante anos. Na verdade, o preço desta evolução espantosa da medicina e dos cuidados de saúde tem sido o crescimento do consumo de recursos técnicos, humanos e financeiros. Para cumprir o propósito do nosso sistema de saúde e



Better Health, Brighter Future

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

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

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

www.takeda.pt



Takeda - Farmacêuticos Portugal, Lda.
Avenida da Torre de Belém, nº 19 R/C Esq., 1400-342 Lisboa
Sociedade por quotas. NIF: 502 801 204
Conservatória do Registo Comercial de Cascais n.º 502 801 204
Tel: +351 21 120 1457 | Fax: +351 21 120 1456

prestar os melhores cuidados aos cidadãos, temos que definir e focarmo-nos objetivos de saúde claros.

Da mesma forma que pensamos o nosso sistema de saúde, quando um qualquer cidadão está doente têm de ser definidos objetivos terapêuticos e as condições necessárias para os atingir. Serve esta premissa para enquadrar as histórias que se passam todos os dias nos hospitais portugueses. Olhemos algumas. O Augusto começou a fumar cachimbo por brincadeira, quando ele e os amigos descobriram os livros do Sherlock Holmes. Durante décadas foi-lhe permitido fumar no escritório onde trabalhava. Os colegas até elogiavam o cheiro agradável que deixava no ar. Desenvolveu um cancro da língua. Foi operado na terça-feira de Carnaval, agendou-se radioterapia e quimioterapia, mas o Augusto estava muito emagrecido. Não pôde cumprir a terapêutica programada, o cancro continuou a evoluir e o Augusto morreu antes do Natal... A Lucinda sabia que era difícil controlar a sua diabetes de trinta anos, mesmo com todos os comprimidos. Os médicos não ficaram surpreendidos quando sofreu uma isquémia intestinal aguda. O cirurgião conseguiu limitar a extensão de intestino a excisar e o pós-operatório correu bem. A retoma da alimentação oral foi bem conseguida, mas não conseguia manter o peso. De início foi-se aperfeiçoando a alimentação com esperança em atingir o equilíbrio. Depois, ficou evidente que necessitava ser alimentada com a administração de nutrientes através de uma veia. Tal poderia ser feito em casa, mas as dificuldades pareciam muitas. A Lucinda e a família estiveram hesitantes, os meses foram passando, todos os meses menos um quilo e meio. As forças faltaram, caiu, fraturou o colo do fémur, foi operada de urgência. Mas estava muito desnutrida, o pós-operatório arrastou-se. Ficou imobilizada durante semanas, sobreveio uma embolia pulmonar. A Lucinda faleceu no hospital... A sorte da Amélia foi menos cruel. Hipertensa, obesa e com uma hipercolesterolemia grave, fez um acidente vascular cerebral. A família apercebeu-se depressa, chamou o 112, foi ativada a via verde do AVC. A terapêutica efetuada nas primeiras horas permitiu minimizar o dano, teve alta em poucos dias com um programa de reabilitação intensiva. Ia todos os dias ao hospital, passava horas no serviço de reabilitação, a recuperação estava a correr bem. No oitavo dia engasgou-se, aspirou o almoço para os pulmões. Ficou internada durante mais de um mês, teve várias complicações mas sobreviveu. Com menos sete quilos e sem massa muscular. Sobreviveu, mas a janela de reabilitação ficou perdida... O Carlos ficou revoltadíssimo quando lhe foi feito o diagnóstico carcinoma do pulmão. Nunca

tinha fumado. Não tinha falta de ar, mas custava-lhe a engolir. O médico explicou-se que era o cancro a empurrar e comprimir o esófago. Por isso não se conseguia alimentar. Iniciou quimioterapia, mas logo no segundo ciclo a contagem de glóbulos brancos desceu perigosamente. Desenvolveu uma neutropenia febril. Nada de inesperado dada a desnutrição. Não foi possível controlar as infeções. O Carlos morreu sem iniciar o terceiro ciclo de quimioterapia... Estes doentes foram assistidos com imensos recursos e enorme despesa. Gastou-se tempo, esforço, dinheiro, centenas de milhares de euros em internamento, intervenções cirúrgicas, fármacos caríssimos, mas os resultados clínicos foram miseráveis. O que faltou a estes doentes: suporte nutricional avançado, o calcanhar de Aquiles do nosso sistema de saúde.

A desnutrição (ou malnutrição) associada à doença é um fenómeno bem conhecido. Toda a doença ou inflamação tende a reduzir o aporte alimentar (a anoxia da doença oncológica é um exemplo paradigmático) e provocar catabolismo e destruição das reservas de nutrientes com particular relevância para as reservas de massa magra (diferente das reservas de gordura), particularmente os músculos. De facto, a malnutrição associada à doença é o foco da nutrição clínica, aquela que se destina à prevenção, tratamento ou reabilitação dos doentes. Nas doenças mais graves, as que necessitam de internamento hospitalar, este problema tende, também, a ser mais grave. Os estudos efetuados em Portugal demonstram que, à entrada do internamento, cerca de 45% dos apresentam desnutrição ou risco de desnutrição. Depois de internados, os doentes são submetidos a dietas que não lhes são habituais, que têm de ingerir num ambiente estranho e pouco convidativo. Nos dias bons. Nos dias menos bons estão em jejum para ir fazer uma ecografia ou um TAC ou a ingerir uma preparação desagradável para uma colonoscopia ou ficam sem comer todo o dia, enquanto aguardam uma intervenção cirúrgica. Acresce toda a medicação que têm que tomar e que reduz ainda mais o apetite. Quase sistematicamente, a desnutrição agrava-se durante o internamento. As consequências da desnutrição associada à doença são bem conhecidas: mais complicações, internamentos mais longos, maior permanência nos cuidados intensivos, piores resultados cirúrgicos, maior morbidade, maior mortalidade e, claro, maiores custos. E quando o sistema digestivo está envolvido e há compromisso da deglutição, digestão ou absorção dos nutrientes, a desnutrição associada à doença tende a ser máxima.

MUNDIPHARMA

ESPÍRITO GUERREIRO, CORAÇÃO PRESTATIVO
E ATITUDE DE DIVERSÃO



Somos uma companhia dedicada às pessoas. No coração de cada decisão que tomamos procuramos melhorar a vida daqueles que precisam mais dos nossos medicamentos, com o firme propósito de deixarmos um sistema de saúde melhor para as futuras gerações.



Doentes incapazes de deglutir, digerir ou absorver nutrientes necessitam de Nutrição Artificial. A Nutrição Artificial inclui a Nutrição Entérica e a Nutrição Parentérica. Nos últimos anos, o conceito e âmbito da Nutrição Entérica tem vindo a ser objeto de avaliação pela União Europeia. A Nutrição Entérica está regulada pela diretiva da Comissão Europeia 1999/21/EC de 1999. De acordo com esta diretiva, inclui formas artificiais de suporte nutricional, seja usando Suplementos Nutricionais Oraís (SNO), seja administrando a nutrição no tubo digestivo através de uma sonda. Mais recentemente, esta perspetiva foi reafirmada através do Regulamento UE n° 609/2013 e do Regulamento Delegado UE 2016/128. Quando a Nutrição Entérica é necessária durante meses ou anos, o aporte alimentar faz-se através de uma gastrostomia: um trajeto que atravessa a pele e parede do abdómen até ao estômago. Através deste trajeto passa uma sonda pela qual se administram os alimentos. A gastrostomia é, habitualmente, construída com orientação endoscópica (chama-se então PEG) mas ocasionalmente resulta de uma pequena intervenção cirúrgica. Meses ou anos de alimentação através de uma gastrostomia exigem cuidados prestados por médicos, nutricionistas e enfermeiros.

Quando a absorção intestinal é insuficiente para manter o equilíbrio metabólico e a vida, diz-se que ocorre uma Falência Intestinal. É necessário administrar água, eletrólitos e nutrientes através de uma veia, ultrapassando todas as funções do sistema digestivo. Esta forma de alimentação chama-se Nutrição Parentérica. É a forma mais complexa de nutrição clínica. Quando se pretende Nutrição Parentérica de longa duração, tem-se ser colocado um cateter especial com uma extremidade junto à pele e outra numa grande veia central, uma veia cava, permitindo administrar os nutrientes diretamente na corrente sanguínea. Os nutrientes têm de ser administrados diariamente ou algumas vezes por semana. Uma bolsa é ligada ao cateter e a alimentação é infundida, previamente preparada, como se tivesse sofrido uma digestão intestinal completa. Obviamente, este método tem vários inconvenientes. Desde logo, perde-se o efeito regulador do sistema digestivo. Depois, a presença de um cateter permanentemente colocado pode causar complicações vasculares muito graves, como trombozes da veia cava. Por fim, a mais temível das complicações: qualquer infeção espalha-se rapidamente através do sangue e pode ser muito grave, potencialmente fatal.

Para acompanhar os doentes sob Nutrição Artificial, sobretudo aqueles que têm de manter esta terapêutica durante períodos longos, no domicílio ou em instituições não hospitalares, são necessárias equipas multidisciplinares dedicadas, capazes de prestar estes cuidados clínicos muito complexos. Estas equipas têm que incluir nutricionistas, enfermeiros e médicos com formação em Nutrição Clínica e capazes de acumular experiência significativa em Nutrição Artificial. No Hospital Garcia de Orta, a equipa de Nutrição Artificial constitui o GENE – Grupo de Estudo de Nutrição Entérica/parentérica. Inclui médicos gastroenterologistas e cirurgiões digestivos (os médicos mais habituados a lidar com alterações das funções do sistema digestivo), uma nutricionista com vinte anos de experiência no acompanhamento de doentes sob Nutrição Artificial e apoio por enfermeiros experientes. Mas não se limita a estes profissionais. Envolve médicos de múltiplas especialidades que acompanham doentes com alterações da deglutição e absorção: Neurologistas e neurocirurgiões, otorrinolaringologistas e cirurgiões maxilofaciais, internistas e pediatras. Conta com uma terapeuta da fala com larguíssima experiência na avaliação da deglutição. E com as equipas que, a partir do hospital e dos centros de saúde, acompanham os doentes em casa, incluindo a equipa de hospitalização domiciliária. O GENE estabeleceu pontes e contatos com todos quanto acompanham estes doentes em unidades de cuidados paliativos, UCCIs, lares e, naturalmente, cuidadores informais. Acompanhando doentes desde 1999, o balanço de vinte anos de atividade clínica é enormemente positivo. Mais de 1200 doentes seguidos, alguns durante mais de uma década, desde recém-nascidos até idosos que ultrapassaram os 100 anos. Muitas dezenas de profissionais de saúde, nutricionistas, médicos, enfermeiros, psicólogos e muitos outros, procuraram-nos e ganharam experiência no acompanhamento de doentes sob Nutrição Artificial. Múltiplos estudos de investigação clínica resultaram em vários mestrados e doutoramentos e em quase quarenta publicações na melhor imprensa científica do mundo. Mais de trinta destas publicações foram na área da Nutrição Entérica, tornando o GENE uma das equipas de topo mundial nesta área da investigação clínica. Mas embora sendo uma das primeiras equipas, o GENE do HGO está longe de ser o único grupo hospitalar de Nutrição Artificial. Um pouco por todo o país, os profissionais juntam-se em equipas multidisciplinares para apoiar os doentes sob estas formas mais sofisticadas de terapêutica nutricional. E em toda a parte se está a trabalhar com qualidade, dedicação e enorme esforço.

Então o que falta para que estas equipas atinjam objetivos e patamares mais elevados? O apoio das instâncias de decisão política e administrativa. Desde logo, a assunção da evidência que, para atingirem os seus objetivos, todas as opções terapêuticas mais dispendiosas, cirurgia, radioterapia, quimioterapia, cuidados intensivos, reabilitação ou outras, necessitam que a terapêutica nutricional resolva a questão da desnutrição. Para os cidadãos com doenças agudas e crónicas, a desnutrição é a mais premente dificuldade a resolver, o problema basilar que cuja solução pode permitir todo o processo terapêutico. Mesmo quando a desnutrição vem dissimulada numa roupagem de obesidade sarcopénica. A nível global, é indispensável a criação de uma forma genérica e nacional que permita aos doentes ter acesso aos produtos nutricionais para Nutrição Entérica e Parentérica. Não é possível aos doentes e famílias comprarem a alimentação entérica nas farmácias e parafarmácias, como produtos de venda livre. Não é comportável. Por fim, o que me parece o mais importante. É indispensável que, a nível local, os grupos multidisciplinares de Nutrição Artificial de cada hospital recebam o apoio administrativo e os recursos humanos, técnicos e materiais para prosseguirem e desenvolverem o seu trabalho. As equipas existem localmente na maioria das instituições hospitalares, com a variação decorrente das condições de cada organização, mas sempre empenhadas e focadas nos doentes. Só necessitam ver o seu trabalho mais reconhecido e apoiado. Nenhum investimento tem maior potencial para melhorar os resultados clínicos com tão pequenos investimentos. Para que os nossos doentes não morram após gastos de centenas de milhares de euros em internamentos e terapêuticas, por falta de apoio a uma Equipa de Nutrição Artificial.

Sobre Jorge Fonseca

Jorge Fonseca, é especialista em Gastrenterologia e possui a Competência Europeia em Nutrição Clínica e Metabolismo da ESPEN.

É Professor Catedrático no Instituto Universitário Egas Moniz e Assistente Graduado Sénior no Hospital Garcia de Orta, onde é Diretor da Unidade de Exames Especiais, Presidente da Comissão de Nutrição e Coordenador do Grupo de Estudo de Nutrição Entérica/parentérica.

É autor de mais de 100 artigos na imprensa científica internacional e nacional e capítulos de livros, no campo da Nutrição Clínica e doenças digestivas.





NUNO FILIPE PINHO

FCDEF-UP, RTS[®], EXS[®]
Diretor Pedagógico da EXS
EXERCISE SCHOOL e Personal Trainer



Importância da relação entre médicos e profissionais do exercício

A saúde, concebida numa perspetiva global e integrada é, nos dias de hoje, um dos temas de maior centralidade na discussão científica. Pese embora tal dinâmica, existe ainda uma grande dificuldade em articular áreas de atuação que pensamos serem convergentes, como a medicina e o exercício físico, e que, em nosso entendimento, derivam de vários fatores sócio-culturais. O resultado objetivo é o de uma fragmentação dos procedimentos articulantes entre as duas áreas e uma grande dificuldade de implementação de programas de ação integrados de promoção da saúde.

Se atentarmos especificamente às áreas do exercício físico e da medicina, as suas organizações operacionais são altamente distintas. No caso da medicina existe elevada regulamentação e estruturação, não só ao nível da formação profissional, que requer elevados padrões de especificidade e especialização, mas também dos procedimentos operacionais, que são regulados a nível das autoridades nacionais e internacionais. Este nível de exigência conduz a um sistema de garantias simbólicas e

sistemas periciais que garantem à medicina um elevado nível de autoridade e credibilidade na promoção da saúde. O exercício físico surge como uma área profissional bastante distinta, menos regulada e estruturada. A formação universitária não se assume como suficiente para fazer face a uma atuação em contexto real, fora das escolas no ensino da educação física. Surge então, um profissional pouco especializado e desprotegido ao nível da regulamentação para atuar diretamente na promoção da saúde em contexto de ginásios, hospitais e centros de reabilitação (sinergicamente com fisioterapeutas).

No entanto, o panorama nacional tem sido modelado numa tentativa de construir maior credibilidade ao profissional de exercício físico. A entrada no processo de formação profissional de instituições especializadas em desenvolver os processos mentais e as ferramentas necessárias para desenvolver um trabalho junto da sociedade, regido por elevados padrões de qualidade e adequação permite, hoje, com grande objetividade

assumir que o profissional de exercício físico está preparado para sinergias complementares com a medicina.

A sinergia profissional entre as áreas da medicina e do exercício físico assume-se como um imperativo na promoção de saúde pública, cujos alicerces terão de ser sobre dois pilares:

1. Credibilidade dos profissionais do exercício físico, munidos do conhecimento, *expertise* e ferramentas de atuação que se afastem da norma “atividade física geral baseada em estatística”. Pensamos ser determinante a visão “atividade física apropriada à individualidade”, onde esta surge enquadrada em processos que promovam a sua expressão qualitativa primeiro e quantitativa posteriormente. Estudos recentes indicam que uma grande percentagem de indivíduos desiste da sua atividade física por lesão decorrente de uma inadequação de parâmetros fisiológicos e mecânicos de adaptação ao esforço.

2. Desenvolvimento de uma cultura de atividade física preventiva, isto é, tanto a área médica como das ciências do exercício afastarem as suas recomendações de atividades físicas de alta intensidade e sem sustentabilidade científicas que corroborem a sua eficácia preventiva a longo termo. A este nível, a literatura científica tem evidenciado que o treino de força, que preferimos designar “treino com resistências” e “cardiovascular tradicional de baixa intensidade” têm sido dos mais seguros e com menor incidência de lesão, pelo ambiente controlado da sua prescrição e operação. Por outro lado, inúmeras meta-análises têm sido claras em demonstrar que o “treino com resistências” é um potente coadjuvante na melhoria dos sistemas cardiovascular e músculo-esquelético com impacto mínimo na saúde ortopédica do praticante (em oposição às atividades de alto impacto, por volume e intensidade, muitas vezes prescritas sem a respetiva adequação à individualidade biológica).

Assim sendo, pensamos que o profissional do exercício do futuro (e cada vez mais do presente) pode garantir à medicina, promotora de uma atividade física estruturada e preventiva, uma sólida base de confiança. Por seu turno, será determinante à medicina entender que o profissional do exercício mencionado, possui hoje maior capacidade em garantir, mediante estimulação muscular apropriada, que indivíduos situados no espectro de progressão, seja em período de pós-lesão, ou em retorno à atividade, são alvos de um acompanhamento cujos parâmetros de qualidade são elevadíssimos. O estudo da Biomecânica, mais concretamente da mecânica do exercício, permite ao profissional prescritor de exercício físico conhecer variáveis anatómicas, fisiológicas e mecânicas que podem alterar de forma significativa a experiência de treino de um indivíduo. O exercício físico, munido de elevados padrões de adequação às idiosincrasias anatómicas, assim como, às possíveis alterações que possam ter surgido por lesão, assume-se como um dos mais poderosos “princípios ativos” na promoção de saúde sistémica do corpo-humano.

A verdadeira sinergia estará na proporção de confiança que se estabelece entre as duas áreas, mas também, nos elementos operacionais que permitem a ligação e comunicação interdisciplinar. A criação de pontes operacionais e canais de comunicação entre as duas disciplinas assume-se como elementar para o alcançar dos objetivos de promoção de uma atividade física transversal, organizada e devidamente adequada à realidade da sociedade. Numa época de crescimento da economia e conseqüentemente dos ginásios, urge que o profissional do exercício seja “usado” pela área da saúde, não só como um elemento prescritor descontextualizado, mas integrado num sistema onde o indivíduo saudável e menos saudável possam ter acesso a uma atividade física verdadeiramente para todos. Portanto, a singularidade é, nos dias de hoje, um elemento que falta na prescrição de exercício para todos. Singularidade na intervenção, seguimento e criação de estratégias de adesão.



ROSÁRIO ÓRFÃO

Presidente da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia
Assistente Graduada Sénior de Anestesiologia
no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Congresso da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia 2019

Em março decorreu na Figueira da Foz o Congresso Anual de Anestesiologia organizado pela SPA frequentado por 860 médicos. Numa Sociedade com 63 anos de existência, este acontecimento é já uma tradição que reúne numa das três principais regiões do país, a pleitora da Anestesiologia nacional além de convidados europeus e americanos para discutirem os principais *hot topics* da especialidade no âmbito da atualização e formação contínua proporcionando também partilha de experiências e convívio de gerações.

30 Créditos CME

Este ano o Congresso e pré cursos receberam mais uma vez acreditação internacional. Foram atribuídos 14 créditos CME ao Congresso, 13 créditos CME ao curso de Via Aérea Difícil e 3 créditos CME ao curso de Ecocardiografia. O Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico foi creditado pelo Conselho Europeu de Ressuscitação. A Ordem dos Médicos também avaliou o Congresso e conferiu a sua acreditação.

Todos os órgãos representativos dos Anestesiologistas portugueses estiveram presentes com participação ativa de vários membros incluindo os presidentes, Hugo Trindade do CAR (Clube de Anestesia Regional) e Ana Pedro da APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor), em sessões clínicas. O Colégio de Anestesiologia da Ordem dos Médicos realizou a sua Assembleia Geral em horário nobre durante o Congresso.

Participaram colegas Anestesiologistas e de outras especialidades de todo o país incluindo as ilhas, com

diretores de serviço de Anestesiologia dos vários hospitais, notando-se um claro predomínio do sexo feminino (70,9%), tradutor da atual feminização da classe médica e uma forte presença dos internos de Anestesiologia que representaram 39,2% das inscrições com 344 inscritos.

O inquérito de satisfação revelou que 86,5% de todos os inscritos considerou o Congresso de nível muito bom ou excelente com 88,7% dos temas a corresponder às necessidades formativas sentidas na prática diária. 97,6% considerou adequado o formato das sessões e respetiva discussão e 96,4% referiu que recomendaria Congresso a outros colegas.

A SPA atingiu uma dimensão como Associação de Saúde que orgulha os anestesiologistas portugueses e representa uma grande responsabilidade para a sua direção. No que concerne ao principal evento formativo que organiza, a direção da sociedade com a Marta Azenha do CHUC a presidir ao congresso foi a responsável pelo programa, reunindo sugestões.

O contributo dos membros da Comissão científica sugerindo temas e preletores e o dos responsáveis das secções da SPA de Via Aérea e Anestesia em Cirurgia Cardiorádica com os cursos respetivos foram uma enorme mais valia formativa.

Assumindo a sua responsabilidade no Manuseio de Via Aérea Difícil o Grupo de trabalho mais antigo da SPA, magistralmente coordenado pelo Jorge Matos Órfão e José Aguiar do Porto, em 2019 vai ainda organizar mais

dois cursos, um a 26 e 27 de maio e outro a 8 e 9 de novembro, no Centro de Simulação do CHUP no Porto, numa parceria da SPA com o Comité Português de Ensino de Anestesiologia da Sociedade Europeia. O curso de maio será realizado no âmbito do 13 Congresso Internacional de Cirurgia de Ambulatório organizado pela Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório (APCA) com uma comissão de honra integrada pela SPA.

Momento alto do Congresso, a **Sessão de Abertura** contou com a apresentação de um filme resumo das principais atividades organizadas pela SPA durante o mandato da atual presidência, a lição magistral Eusébio Lopes Soares (primeiro presidente da sociedade) proferida por Lucindo Ormonde do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte sobre Future Anesthesiology, a entrega do prémio António Meireles (primeiro editor chefe da revista da SPA) distinguindo a melhor publicação na revista em 2018, o prémio de investigação SPA/Biojam e a entrega das bolsas SPA 2019 para formação em centros europeus de excelência.

Terminou com a homenagem a três colegas que pelo seu trajeto profissional dignificaram a Anestesiologia portuguesa no século XX, Pinheiro de Almeida professor com a 1ª cadeira de Anestesiologia numa Universidade portuguesa na Faculdade de Medicina de Lisboa.

Lopes Craveiro, insigne diretor do serviço de Anestesiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) responsável pelo modelo organizativo em todas as valências da especialidade moderna, que dirigiu durante 27 anos o bloco operatório dos HUC, pioneiro no importante papel da Anestesiologia na coordenação deste serviço hospitalar.

Fernanda Nunes Neuroanestesiologista e antiga diretora de serviço do Hospital Geral de Santo António no Porto, uma referência nacional que levou para além fronteiras a Anestesiologia Portuguesa, como referiu Pedro Amorim na cerimónia de homenagem.

Sendo o título central do Congresso – **Fazer a diferença** – ficou bem demonstrada na qualidade do evento, dos participantes e dos homenageados, **como a Anestesiologia e a Sociedade que a representa, sabem fazer a diferença para assegurar a excelência de cuidados anestesiológicos a prestar aos cidadãos portugueses.**

“A Anestesia Sustentável também faz a diferença”

Esta diferença exerce-se desde a preocupação com a sustentabilidade ambiental tendo a SPA abraçado o desafio de Tiago Fernandes Anestesiologista da Unidade de Saúde Local de Matosinhos organizando, pela primeira vez, uma sessão sobre Sustentabilidade Ambiental ligada aos cuidados de saúde e, especificamente, à

Anestesiologia. Vivemos tempos decisivos em que urge uma rápida transição para um sistema socioeconómico plenamente sustentável ou arriscar-nos-emos a testemunhar, passivamente, como as alterações climáticas e consequentes catástrofes como a que ocorreu recentemente em Moçambique com o furacão Idai ou os incêndios em Portugal nos últimos anos, se tornam cada vez mais inevitáveis e devastadoras. Estão em causa os sistemas que sustentam a vida no planeta incluindo, claro, a vida dos nossos filhos e netos. Cuidados de saúde ambientalmente sustentáveis são um fator decisivo. Foram convidados médicos com experiência no terreno para tornar mais “verdes” os hospitais.

Pudemos aprender, a nível individual e institucional, como começar a transformar a nossa prática de Anestesiologistas, na perspetiva da sustentabilidade com menor poluição anestésica, menor utilização de recursos, mais e melhor reciclagem – melhorando os cuidados de saúde sem pôr em causa a segurança clínica e mesmo, com benefícios económicos.

Do Congresso nasceu também um Grupo de Trabalho em Sustentabilidade Ambiental na SPA que integrará a futura *Sustainable Anaesthesia Network* da Sociedade Europeia de Anestesiologia. Todos fazemos a diferença!

Fazer a diferença tratando a dor desde a mais tenra idade, discutindo técnicas de abordagem da dor em Pediatria e até ao fim de vida, preocupados em **garantir dignidade desde o nascimento** com a sessão sobre técnicas para Obstetrícia **até ao fim da vida** discutindo temas de **Medicina Paliativa onde a vertente humanista** ficou bem vinculada pelos **anestesiologistas**, sacerdote e intensivista intervenientes com grande participação da plateia.

Numa época em que a escassez e a má gestão de recursos humanos associada ao desrespeito da legislação em vigor que determina que todos serviços de Anestesiologia tenham direção própria com procedimentos com vista à nomeação de diretor de serviço objeto de aviso público, privilegiando currícula de gestão, no Congresso houve três sessões onde se discutiram ferramentas importantes na gestão dos serviços e blocos operatórios liderança e treino de equipas, comunicação efetiva e Metodologia *lean*. **A formação em gestão poderá fazer a diferença permitindo desenvolver diferentes competências de liderança**, trabalhando a consciência organizacional, sentido de serviço, visão e sentido de missão, influência, networking e automotivação.

Contente com o feedback recebido do Congresso SPA 2019, a direção está já a pensar no programa do Congresso 2020 que decorrerá no Porto sob o título **De mão dada com o doente.**

Nota da Redação: No número 21 da revista O Hospital (correspondente aos meses entre janeiro e março), devido a um erro de paginação o artigo sobre a “Anestesiologia Portuguesa no século XXI”, da autoria da presidente da Sociedade Portuguesa da Anestesiologia, Dra. Rosário Orfão, foi impresso com uma gralha relativamente ao respetivo cargo profissional, erro pelo qual pedimos as maiores desculpas. Assim, e na sequência de tal contratempo, apresentamos nesta edição um novo artigo da mesma autora, sobre o congresso de anestesiologia que decorreu na Figueira da Foz, no passado mês de março.


ANTÓNIO DINIZ

Coordenador da U. Imunodeficiência do CHULN-HPV
Vice-Presidente da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da SIDA (APECS)*

Infeção por VIH e prestação de cuidados de saúde: preparar o futuro

Contexto

Em Portugal, o primeiro caso notificado de infeção por VIH remonta a 1983. Trinta e seis anos depois é altura de, objetivamente, procedermos à análise da abordagem desta epidemia, nomeadamente em termos dos modelos de intervenção das diferentes estruturas de saúde. Provavelmente, esta é uma análise que já deveria ter sido efetuada de forma organizada (ou, pelo menos, iniciada) de forma organizada pelo que a sua realização se torna cada vez mais urgente e necessária, considerando a própria evolução da infeção por VIH.

Por isso, em primeiro lugar devemos referir a evolução epidemiológica desta infeção. A epidemia por VIH atravessou três grandes períodos: o primeiro, até 1991, designado como o período das infeções oportunistas, o segundo, até 2001, o período dos antirretrovirais e, desde essa data, o período da infeção por VIH como doença crónica. Os dados disponíveis têm reforçado o alargamento desta última fase na qual se pode incluir a noção recente de quarto '90' (a juntar aos objetivos 90-90-90 da ONUSIDA), defendendo a necessidade de, simultaneamente, alcançar objetivos de qualidade de vida.

Qual é, então, a atual situação em Portugal e qual a evolução que se admite vir a verificar?

Em 2016, encontravam-se em seguimento hospitalar cerca de 35000 pessoas infetadas por VIH. Estimativas já apresentadas indicam que, nos próximos vinte anos, o número de pessoas em seguimento se manterá relativamente estável. Mas, de acordo com as mesmas estimativas, ao longo desse período as pessoas em seguimento serão progressivamente mais idosas e com maior número de comorbilidades (neoplásicas e não neoplásicas). Isto significa, por exemplo, que já a partir de 2022, as pessoas com mais de 50 anos representarão a maioria das pessoas em seguimento, proporção que em 2037 ascenderá a 81%, das quais 26% corresponderão a pessoas com mais de 70 anos. Osteoporose, diabetes ou doença cardíaca isquémica mais que duplicarão a sua prevalência nesta população, tal como tumores como o carcinoma do pulmão, da próstata ou do fígado, entre outros. Comparativamente à população em geral estima-se que a prevalência destas patologias seja 4 a 5 vezes superior à da população em geral.

Em resumo, reflexo combinado da eficácia da terapêutica antirretrovírica e do diagnóstico mais precoce, a sobrevida média das pessoas infetadas por VIH irá aumentar, mantendo-se sensivelmente idêntico o número de pessoas em seguimento nas estruturas de saúde. Esta população será mais idosa, predominarão as comorbilidades, que as irão acompanhar durante mais

anos, num quadro de seguimento ambulatorio em que se pretenderá maximizar a qualidade de vida.

É fácil entender a centralidade da prestação de cuidados hospitalares nos dois períodos iniciais da evolução da infeção por VIH, quer pelo peso da patologia aguda potencialmente fatal, requerendo frequentemente o internamento quer, posteriormente, pela complexidade do manejo da terapêutica antirretrovírica combinada. Contudo, a situação atual e a evolução futura previsível, onde as características de doença crónica da infeção por VIH acima descritas se acentuam, deve levar-nos a questionar se o modelo de prestação de cuidados permanece adaptado a esta nova realidade e em que sentido ele deve evoluir, mantendo a melhor qualidade na prestação desses mesmos cuidados. Esta é uma preocupação atual e comum a vários contextos e países. Reino Unido, EUA e Austrália, por exemplo, já vêm a efetuar essa reflexão, de forma organizada, há vários anos e procuram adotar e aperfeiçoar modelos mais adequados a essa nova realidade.

Algumas perguntas

Neste contexto, talvez seja útil colocar algumas questões prévias, cuja resposta pode contribuir para a definição de uma estratégia mais coerente e, sobretudo, mais adaptada às características atuais e futuras da infeção por VIH, em termos do modelo de prestação de cuidados de saúde a esta população.

- O atual modelo ainda conseguirá assegurar (incluindo recursos humanos e físicos), a gestão clínica da população antes referida em que, além da infeção por VIH habitualmente controlada (várias unidades hospitalares têm referido uma proporção de pessoas sob controlo virológico acima de 90%), se deve efetuar o diagnóstico, tratamento e seguimento de um conjunto diverso de outras patologias, a maioria delas também doenças crónicas?

- O conceito, tão caro quanto tantas vezes meramente teórico, do “doente no centro do sistema” como se deve aplicar às pessoas infetadas por VIH?

- O seguimento clínico deve continuar a ser quase exclusivamente hospitalar? Neste contexto, qual o modelo a adotar? Unidades de tratamento multidisciplinares, incluindo valências como a cardiologia, endocrinologia, nefrologia, psiquiatria? Apenas articulação “estreita” com estas especialidades (o que quer que o termo “estreita” possa significar)?

- Deve a abordagem clínica, mesmo que integrada, ter como eixo central coordenador a infeção por VIH ou, a partir dessa abordagem integrada, a infeção por VIH ser um dos seus componentes cuja importância relativa depende de cada situação clínica? Por outras palavras, quem deve e em que circunstâncias assegurar o papel de gestor clínico das pessoas em seguimento?

- Deve existir reforço da prestação de cuidados de saúde por parte dos cuidados de saúde primários (ultrapassando a fase de diagnóstico)? E estas estruturas estão preparadas para efetuar o seguimento mais efetivo desta população? E as pessoas em seguimento clínico, estão preparadas para encarar esta “transferência de competências? E as estruturas hospitalares estão?

- É possível definir um modelo de seguimento clínico geral ou podem coexistir vários modelos, adaptados à especificidade clínica de cada situação, aos recursos humanos e físicos disponíveis e à experiência existente, desde que respeitando princípios gerais comuns previamente definidos?

Alguns contributos

Independentemente de uma análise mais aprofundada, parecem-me claros, já hoje, alguns princípios a considerar na definição dos futuros modelos de gestão clínica da infeção por VIH:

- A necessidade de adaptar os futuros modelos de prestação de cuidados de saúde às pessoas infetadas por VIH a uma nova realidade epidemiológica e clínica.

- A necessidade de recolher e estudar a informação disponível sobre “experiências” já implementadas ou em implementação em Portugal que, de forma individual ou local, têm procurado encontrar a resposta a essa nova realidade.

- A necessidade de uma gestão clínica cada vez mais integradora em que a infeção por VIH, na maioria dos casos, constitui apenas uma das várias patologias que será necessário abordar (ou “o doente no centro do sistema”).

- A necessidade de concentração da atividade hospitalar nos aspetos de maior relevância, do ponto de vista da abordagem da infeção (ex: abordagem e terapêutica inicial, mudança e otimização terapêutica, interações medicamentosas e reações adversas à medicação).

- A necessidade próxima de alargar e redefinir o nível de intervenção dos cuidados de saúde primários e a sua articulação com os cuidados hospitalares, assegurando previamente as efetivas condições para a sua implementação.

- A provável necessidade de adoção de modelos distintos que, partilhando uma matriz comum, sejam suficientemente flexíveis para se adaptar a necessidades e recursos diferenciados.

Alguém discorda?

* Diretor do Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA e Tuberculose (2012-16); Assistente Graduado de Pneumologia do CHULN



ANTÓNIO VILAR

Presidente da Mesa da Assembleia Geral da A.N.D.A.R.

A A.N.D.A.R. para uma nova sede

Durante as recentes jornadas da A.N.D.A.R. - Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide - foi apresentado publicamente a nova “menina dos olhos” da associação: o projeto de construção da nova sede da A.N.D.A.R., que pretende juntar valências e dar mais condições de tratamento e ajuda a todas as pessoas com Artrite Reumatóide.

Como nasceu o projeto e porquê?

O projeto surge da necessidade de construção da nova sede da A.N.D.A.R. e a criação de um ponto central de acolhimento, tratamento e de ajuda a nível nacional de doentes com Artrite Reumatóide (AR).

É um Centro criado e pensado de raiz para doentes com AR. O novo edifício, uma obra que continua em busca de investidores que a ajudem a tornar-se realidade, terá sete pisos acima do solo e dois em cave, apresentando-se com uma imagem singular, que promova carácter e dignidade à envolvente e que se destaque por ser um edifício clínico, que transmita segurança, conforto, sofisticação e altamente tecnológico. Terá gabinetes médicos, salas de tratamentos e exames, sala de trabalho de enfermagem, ginásio, fisioterapia e hidroterapia (piscina), um núcleo de Internamento, com uma unidade de cuidados continuados integrados, um centro de dia e ainda sala exposição, para além dum Centro de Investigação.

A Prof^ª. Maria Carmo-Fonseca, presidente do Instituto de Medicina Molecular, considera este “um excelente exemplo”, ao mesmo tempo que justifica a importância da investigação clínica. “Investigação é uma palavra geral, mas há vários tipos. Há a investigação mais laboratorial e depois há a investigação feita com os próprios doentes, a clínica, que tem muito a ver com a especificidade de cada doente. O mesmo medicamento administrado a pessoas diferentes pode provocar efeitos, também diferentes, alguns adversos e cabe aos médicos aprender

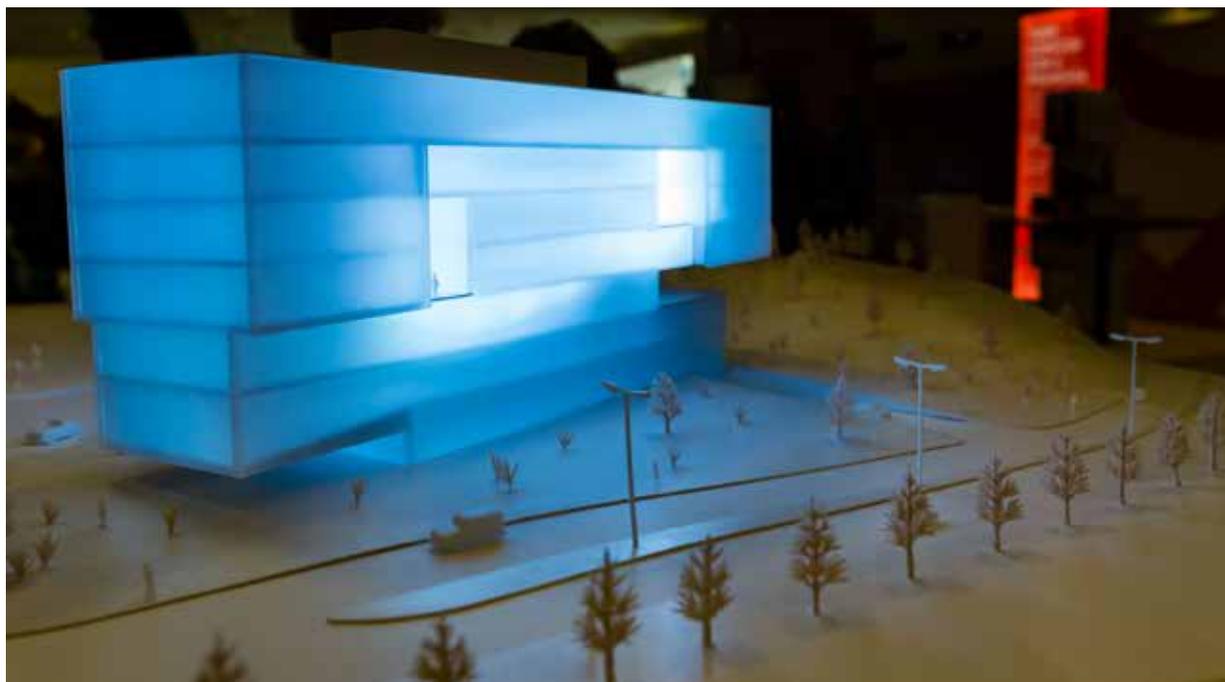
o que é que está a funcionar de forma diferente nas várias pessoas e, com isto, não só corrigir o tratamento, mas aprender para o futuro. Isso é uma investigação que tem de ser feita com os nossos próprios doentes, não passa apenas por importar os resultados que foram obtidos por investigações feitas no estrangeiro”.

A importância do Centro de Investigação Clínica, traz grandes vantagens para os doentes pois é uma forma de se sentirem mais à vontade e terem uma maior confiança em participar no processo de investigação. “Fora do ambiente hospitalar, dos grandes hospitais, um ambiente mais restrito e mais acolhedor vai facilitar as idas dos doentes com mais frequência, permitindo que sejam seguidos de forma mais regular, o que facilita a investigação, ao mesmo tempo permite que o doente se sinta mais confortável. Pensamos ser uma enorme mais-valia esta iniciativa da A.N.D.A.R., que é a própria a fazer inovação”. E mais, ainda, pode ser utilizado para ações de formação na área da investigação científica e incentivar a divulgação da doença e do seu tratamento.

Quem vai ser beneficiado com o mesmo?

Naturalmente os doentes serão os mais beneficiados, pois vão ter um Centro de excelência onde podem tratar e cuidar da sua AR e das consequências que dela advêm.

Neste Centro vão ter excelentes tratamentos de fisioterapia por uma equipa que estará disponível para colaborar e ajudar, bem como, podem fazer hidroterapia em piscina aquecida, como complemento



ao tratamento medicamentoso. A piscina é uma mais valia para a Associação, já que há uma grande falta destes equipamentos em Lisboa, as que existem, não são adequadas para doentes com AR por terem uma temperatura muito abaixo da indicada para estes doentes.

Podem beneficiar de um Centro de Dia, onde podem aprender a fazer outras atividades, conviver e confraternizar com outros doentes, ou seja: a ocupar o dia sem pensar demasiado na sua doença.

Qual o valor e quem o idealizou?

Naturalmente que é um equipamento com um valor alto, está estimado em cerca de 11 milhões de euros, mas é sustentável. O Centro tem de se sustentar a si próprio.

O Centro não se fecha em si mesmo, mas abre portas a toda a comunidade em seu redor e a todos aqueles que tenham interesse em o frequentar.

O seu auditório com capacidade para 300 lugares e as várias salas para reuniões ficam disponíveis para quem as quiser utilizar.

Este projeto foi elaborado por um conjunto de jovens Arquitetas e Engenheiras, para as doentes com Artrite Reumatóide (já que a prevalência da AR são as mulheres) é sem dúvida um projeto no feminino.

Este projeto foi idealizado pela Arsisete Saraiva e é a realização de um sonho.

Onde ficará instalado?

O projeto vai ficar instalado em Marvila, num terreno de cerca de 4200 m², cedido pela Câmara Municipal de Lisboa, e anunciado pelo Dr. Fernando Medina nas nossas Jornadas. O contrato promessa foi já assinado pelas partes interessadas.

Quantas pessoas vai servir?

O Centro terá capacidade para servir um grande universo de pessoas de âmbito nacional, com expressão mais local na área onde está instalado para cuidados gerais e de reabilitação específica, regional para os doentes com AR e nacional para as formas mais graves e de apoio e reintegração social nomeadamente com cuidados continuados e por exceção de acolhimento. Em utilização plena as instalações permitem consultar mais de 200 doentes por dia e reabilitar cerca de metade. O facto de termos uma unidade de cuidados continuados integrados, vai com certeza estar sempre ocupada, pela falta que existe, não só a nível de Lisboa, como também do País.

Que apoios têm tido?

Os apoios têm sido unânimes e generalizados. De altos dirigentes do Estado, antigos ministros e responsáveis da Saúde em Portugal, partidos políticos, deputados nacionais, autarcas, sociedades científicas e médicas, Ordens profissionais todos manifestam interesse, carinho e vontade de ajudar! Mas estamos ainda no plano das intenções e do patrocínio científico e social. Estamos justamente numa fase de intervenção na sociedade civil para encontrar patrocínios, donativos e apoios no âmbito do mecenato e do voluntariado social. Procuramos parceiros que queiram justar-se a nós e nos ajudem a erguer este Projeto. Acreditamos que vamos conseguir.

O que precisam ainda para a respetiva concretização?

Após a apresentação da maqueta nas últimas jornadas em abril e de termos a memória funcional e descritiva do projeto, avançámos já para o Plano Financeiro e Estudo de viabilização por uma consultora internacional, a Deloitte, cuja proposta de encargos ainda não tem cabimento orçamental.



MÁRIO MORAIS DE ALMEIDA

Associação Portuguesa de Asmáticos
Centro de Alergia, Hospital CUF Descobertas

A importância de conhecer os sinais ... para que a asma não te pare!

A asma é uma doença com elevado impacto. A asma provoca falta de ar. A tosse, o aperto no peito, o cansaço, limitam. Os sintomas da asma são angustiantes. Causam sofrimento.

Para os médicos, os “sinais da asma” são identificados pelo número de vezes que respiramos, o esforço que os músculos fazem ou naquilo que ouvem quando nos auscultam. Mas para nós, para os asmáticos, existem muitos outros “sinais” dos quais Vos quero falar...

Se em Portugal existem cerca de 1 milhão de asmáticos que conhecem na primeira pessoa esta doença, 700.000 têm asma ativa, isto é, tiveram sintomas no último ano e/ou fazem medicação preventiva. Cerca de metade destes tiveram recentemente pelo menos uma crise que até pode ter levado ao internamento. Conhecem bem os sinais informativos das urgências hospitalares e das farmácias...

O número de internamentos por asma continua elevado, em especial na idade pediátrica. Uma em cada três crianças asmática é internada pelo menos uma vez. A asma apresenta agudizações que justificam atuação imediata, mas não podemos esquecer que é uma

doença crónica que precisa de ser controlada como iremos realçar.

Os primeiros sintomas surgem maioritariamente na infância, mas a doença pode iniciar-se ou agravar-se em qualquer idade, até no idoso. Cerca de 10% dos adultos com mais de 65 anos têm um diagnóstico de asma.

O número de asmáticos aumentou nas últimas décadas, em especial entre as crianças e esta doença resulta de fatores genéticos que herdamos da nossa família e de fatores do ambiente em que vivemos. É frequente haver outros elementos da família com asma ou com doenças relacionadas, como a rinite ou o eczema, mas os fatores ambientais contribuem de forma decisiva para o desenvolvimento e gravidade da asma. Entre estes, sinais de alerta para tabagismo, poluição ambiental, exposição a alergénios e infeções respiratórias. E sobre estes importa intervir em especial com a educação dos próprios asmáticos e dos seus cuidadores.

É essencial prevenir as infeções respiratórias, reforçando as defesas do organismo com vacinas anti-infecciosas, como por exemplo a vacina da gripe, as vacinas antipneumocócicas e os imunostimulantes orais.

Relativamente às alergias, existem conselhos úteis sempre ajustados ao tipo de sensibilização identificado em cada caso, pois as medidas contra os ácaros do pó são muito diferentes dos cuidados a ter quando há alergia a pólenes.

A obesidade merece uma atenção especial por estar implicada no aumento do número de casos assim como na gravidade da doença. Por isso vamos combater a obesidade e o sedentarismo através de uma alimentação equilibrada e diversificada, recordando que a dieta mediterrânica é património da humanidade, e que deve ser complementada com atividade física regular.

Da mesma forma, não podemos deixar de alertar com um sinal de proibição para os perigos do tabaco que não só afeta quem fuma; em crianças expostas ao fumo de tabaco, o risco de sintomas de asma aumenta 2 vezes, e o risco de crises graves com internamento hospitalar aumenta 6 vezes. Apesar de ser este o principal fator de risco para a gravidade da asma na infância, verificámos que no nosso país mais de 1/3 das crianças estão cronicamente expostas ao fumo de tabaco. É este um sentido proibido que implica uma paragem imediata.

A asma é uma doença crónica, e as doenças crónicas geralmente não têm cura. No entanto, é possível ter asma sem sintomas. Tal como sucede com outras doenças crónicas, como a hipertensão ou a diabetes, o objetivo do tratamento da asma é o controlo da doença. Contudo cerca de metade dos asmáticos portugueses não estão controlados. Isto significa que não passam bem durante o dia e/ou à noite, têm muita dificuldade nas atividades quotidianas e usam muito medicações de alívio. Entraram numa rotunda da qual precisam de ser ajudados a sair.

A falta de adesão às recomendações dos profissionais de saúde e a desvalorização dos sintomas pelo doente, seus familiares e/ou cuidadores, os mitos sobre efeitos adversos da medicação, as dificuldades económicas e erros na utilização dos inaladores, infelizmente conhecidos como “bombas”, são algumas das explicações para este panorama assustador.

Para além de crónica a asma é uma doença inflamatória. Se a compararmos com um iceberg e entendermos que os sintomas são apenas a “ponta” do problema, ou seja, a parte visível, rapidamente percebemos que a única forma de controlar a asma é tratar aquilo que está escondido, ou seja, a inflamação das vias aéreas. Tratar os sintomas com a medicação de alívio é fundamental, e todos os doentes devem saber o que fazer, isto é, devem ter um esquema de crise escrito, mas que só resolve uma parte limitada do problema.

Os corticoides por via inalatória constituem a principal ferramenta no combate à inflamação e devem ser iniciados o mais precocemente possível. Em muitos casos poderá ser necessário associar um ou dois broncodilatadores de ação prolongada para melhor controlar a doença. E são ainda mais eficazes se estiverem dentro do mesmo inalador. Os antileucotrienos, por via oral, são também uma opção a considerar.

Medicamentos biológicos têm vindo a permitir que cada vez mais asmáticos graves alcancem o controlo das suas doenças. E voltem a ser ativos, produtivos. Neste caso falamos de avanços terapêuticos, que permitem alcançar resultados onde anteriormente apenas de conseguiram efeitos parciais recorrendo a tratamentos associados a múltiplos e nefastos efeitos secundários, como é o caso da toma de corticoides orais por períodos prolongados. Diabetes, hipertensão, osteoporose, fraturas, apenas para citar algumas das complicações mais previsíveis...

As vacinas antialérgicas são igualmente um dos recursos disponíveis, podendo possibilitar um controlo sustentado da doença, com remissões muito prolongadas. Vale a pena falar com o alergologista sobre este tema.

As despesas com a asma são elevadas, em especial nas formas mais graves. Os custos podem mesmo ser insuportáveis para muitos agregados familiares, onde é frequente que vários elementos sofram de asma e de várias outras doenças que lhe estão associadas. E cada asmático não controlado, criança ou adulto, custa à Sociedade mais do dobro do que se estiver controlado. Importava que o apoio do Estado, que é significativo e até suficiente para a maioria das situações, tivesse um sinal de prioridade para a asma, incorporando a gravidade intrínseca da doença mesmo sabendo-se que esta pode ser variável ao longo da vida. Um registo nacional de doentes com asma grave é essencial, permitindo prevenir sequelas e reduzir globalmente os custos. É um sinal de sentido obrigatório a existência de centros de excelência onde é avaliada a indicação de medicações específicas para os casos mais graves da doença, nomeadamente com recurso a medicamentos biológicos.

O acesso, quer a cuidados diferenciados e apoios de acordo com cada caso, quer a tratamentos inovadores, são direitos do asmático, tal como acontece com os doentes de outras patologias, justificada e devidamente consideradas.

Por isso vamos atuar. Vamos alcançar uma adequada qualidade de vida. É tempo então para mostrar um **STOP À ASMA**, para que a asma não nos pare.

Para que a asma não te pare!



RUI CRUZ FERREIRA*
Cardiologia, Hospital Santa Marta, CHLC

Plano Integrado de Alta Hospitalar

Detalhes do Projeto

Origem e necessidade do projeto

Delinear as metas específicas ou metas previstas antes do início do projeto

Portugal é um dos países europeus em que nos próximos anos, mais se fará sentir a pressão do envelhecimento populacional, no aumento da procura de unidades de saúde, com particular relevo nas doenças crónicas não transmissíveis (DCNT).

Assim, o envelhecimento demográfico, a cronicidade da doença e concomitantemente a fragmentação dos cuidados entre os diferentes níveis de serviços, constituem desafios prementes no Serviço Nacional de Saúde português. A articulação efetiva entre os diferentes níveis de cuidados de saúde e sociais é imperiosa na elaboração de um plano participado e integrado que permita e garanta que a alta se efetue de forma estruturada e normalizada, assegurando a continuidade dos cuidados com qualidade e segurança, desde o momento da admissão até à alta hospitalar.

O conjunto de fatores que tem vindo a influenciar o paradigma nos serviços de saúde e a consequente necessidade de mudança de estratégia global tem vindo a subjazer um modelo integrado de cuidados entre os diversos níveis de saúde e social centrado na pessoa (WHO, 2015).

A grande maioria das altas hospitalares são de pessoas com mais de 65 anos, realidade análoga no Serviço de Cardiologia, em que a idade média é de 66 anos de idade e que 57,0% dos doentes têm idade superior a 65 anos de idade, em que não necessitam de uma intervenção dirigida só à cura de uma situação aguda, mas sim de uma abordagem integral e contínua que inteire os diferentes níveis do sistema de saúde e das organizações sociais (Escoval et al, 2010).

Face ao exposto, implementou-se o projeto, Plano Integrado de Alta Hospitalar (PIAH) aos utentes internados no Serviço de Cardiologia, com a finalidade de promover a continuidade dos cuidados, da contenção de custos hospitalares e na contribuição para

mais ganhos em saúde da pessoa, permitindo assim, a sua integração nos diferentes níveis de cuidados.

E nesse sentido, o Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) estabeleceu um protocolo com os Agrupamentos do Centro de Saúde Lisboa Central (ACESLC) que integra 17 Unidades de Saúde Familiar no sentido de desenvolver planos transversais de acompanhamento e continuidade de cuidados de saúde e sociais aos utentes com internamento não programado no Serviço de Cardiologia e com os seguintes critérios:

- ≥70 anos de idade;
- ≥65 anos de idade que residam sozinhos;
- Insuficiência Cardíaca pela New York Heart Association em classe III ou IV;
- EAM classe Killip III,IV
- Incumprimento terapêutico;
- Em risco social

Perspetivou-se também, a avaliação da satisfação do utente quanto à qualidade do processo de planeamento de alta na perspetiva do utente (PREPARED).

Este processo é composto por quatro momentos: i) o conhecimento das necessidades biopsicossociais e culturais do utente; ii) o desenvolvimento do plano de cuidados; iii) a implementação do plano com a coordenação com o utente, pessoa significativa, e com os serviços da comunidade necessários para assegurar a continuidade dos cuidados ao utente e complementar o apoio da família; iv) o follow-up pós alta nas 48-72 horas e a 1 mês e (re) avaliação da efectividade das estratégias definidas.

Inovação do projecto

Qualidade, segurança e atendimento centrado no utente. Promove maior acessibilidade aos doentes com necessidades sociais e médicas agudas com internamentos por patologias cardiovasculares graves com elevado impacto prognóstico.

O modelo de admissão e acompanhamento dos utentes entre os níveis de cuidados são um fator essencial para o seu bem-estar e de segurança na continuidade de cuidados, em que é realizado o follow-up pela Unidade do ACES às 48-72 horas e a 1 mês após alta pelo Serviço de Cardiologia, em que promove uma estreita articulação e aproximação do utente aos Cuidados de Saúde Primários e ao Hospital. A identificação de sinais de alerta e do reforço para a saúde, é evidente no agendamento do nº de consultas efetivadas com o médico de família após o evento de internamento e por conseguinte no nº de ações desenvolvidas de educação para a saúde. Assim, promove-se uma abordagem integrada de cuidados de saúde e sociais que se inicia desde o momento da admissão, à alta hospitalar assegurando a sua continuidade, modificando o

paradigma comunitário e de saúde vigente. Permite uma organização e intervenção continuada sobre os fatores protetores de risco clínico e sociais.

Através da aplicação do Instrumento PREPARED, também foi aferida o nível de satisfação dos utentes face à qualidade do planeamento de alta hospitalar.

Até que ponto o projeto envolveu todas as partes interessadas relevantes?

Para a implementação do PIAH foi realizado um protocolo formal de articulação com o ACES Lisboa Central e, quando necessário foram envolvidas instituições de cariz social, no sentido de “melhorar a interligação e articulação entre os prestadores de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), assim como com as Estruturas do Setor Social e da Comunidade, desenvolvendo planos transversais de acompanhamento (...) procurando melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade de cuidados” (ACSS, 2017: 11-12).

Para aplicação do instrumento PREPARED aos utentes (avaliação da satisfação e a qualidade do planeamento de alta Hospitalar), foi igualmente envolvido o Conselho de Administração e a Comissão de Ética do CHLC, bem como a Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Este projeto contribuiu para o desenvolvimento das competências profissionais da equipa multidisciplinar, bem como promoveu práticas reflexivas, uma cultura colaborativa, aperfeiçoamento e melhoria das práticas que têm impacto no percurso do doente nos diferentes níveis de cuidados de saúde e sociais.

Ter metas específicas, realistas e quantificáveis foram definidas? Existem medidas objetivas, quantificáveis e verificáveis que foram usadas para avaliar o resultado? Quais são os resultados ou realizações significativos?

Foram definidos os seguintes indicadores mensuráveis.

- Reduzir o n.º de dias de protelamento da alta;
- Reduzir o n.º reinternamentos a 30 dias;
- Reduzir o n.º de eventos aos 30 dias;
- Reduzir o n.º de idas à urgência;
- Avaliar o grau de autonomia do doente desde a admissão à alta hospitalar;
- Avaliar o risco social, a funcionalidade familiar e a perceção do suporte social;
- Monitorização de sinais de alerta nas primeiras 48-72 horas pós alta e consulta de enfermagem de seguimento telefónico 30 dias após alta hospitalar;
- Assegurar uma avaliação multidisciplinar na identificação das necessidades biopsicossociais;
- Avaliar o grau de satisfação dos doentes e famílias;

- Avaliar a eficácia e a qualidade do Plano de Alta (instrumento PREPARED versão doente).

A literatura internacional identifica ganhos de saúde e de eficiência significativos, associados à implementação de projetos de planeamento integrado de alta hospitalar (Naylor et al 1994; Jack et al, 2009; Pedro, 2010).

Os resultados do PIAH sugerem de forma clara, que a implementação deste projeto influenciou de forma significativa a diminuição dos eventos clínicos. Bem como, a efetivação das consultas de acompanhamento pelo Médico de família promoveu a reavaliação da situação clínica e educação para a saúde, ao apresentarem maior Adesão à Toma e ao Controlo Terapêutico.

Houve evidências significativas sobre melhorias sustentáveis e significativas para garantir a segurança do utente ou prevenir a ocorrência de eventos adversos e vigilância?

Para o estudo do impacto da implementação do projecto PIAH procedeu-se à comparação entre os doentes acompanhados neste projecto com mais de 70 anos de idade e um grupo de controlo com doentes com internamento não programado, no mesmo serviço, com o mesmo critério etário. De um total de 178 indivíduos que integraram o projeto no 1.º ano, constituem o estudo 135 indivíduos do grupo PIAH (idade média 79.7±5.9, género masculino 49.6%) e 138 do grupo de controlo (idade média 79.5±5.6, género masculino 47.8%, p>0.05). Não se verificou diferença estatisticamente significativa na duração do internamento hospitalar (Grupo controlo 11.5 dias; Grupo PIAH 11.4 dias, p=0.97).

À data de alta hospitalar verificou-se um maior número de consultas de seguimento agendadas (Grupo controlo 69.6%; Grupo PIAH 88.1%, p=0.001) e efectivadas (Grupo controlo 45.7%; Grupo PIAH 68.9%, p=0.001) no grupo PIAH. Observou-se ainda uma maior adesão à terapêutica prescrita (Grupo controlo 76.8%; Grupo PIAH 86.7%, p=0.01) e ao controlo dos factores de risco cardiovasculares (Grupo controlo 34.8%; Grupo PIAH 51.1%, p=0.005) no grupo que integrou este projecto. Estes ganhos traduziram-se numa redução da mortalidade por todas as causas (Grupo controlo 13.8%; Grupo PIAH 5.9%, p=0.03) e mortalidade cardiovascular (Grupo controlo 13%; Grupo PIAH 5.2%, p=0.024) aos 30 dias no grupo PIAH.

Apresentam-se os seguintes resultados relativamente ao grupo controlo e grupo PIAH aos 30 dias após alta:

Eventos/ações	Grupo Controlo	Grupo PIAH	p
Ações desenvolvidas			
Consultas agendadas Medico de Família	69.9%	88.1%	0,001
Consultas Efectivadas no Médico de Família	45.7%	68.9%	0,001
Adesão à terapêutica	76.8%	86.7%	0,001
Adesão aos Factores de risco Cardiovasculares	34.8%	51.1%	0,050
Eventos Clínicos			
Morte por todas as causas	13.8%	5.9%	0,030
Morte por causa cardiovascular	13.0%	5.2%	0,024
Mais de um reinternamento aos 30 dias por todas as causas	11.6%	3.0%	0,024
Mais de um reinternamento aos 30 dias por causa cardíaca	11.6%	3.0%	0,024
Mais de uma ida à urgência aos 30 dias por todas as causas	11.6%	3.0%	0,022
Mais de uma ida à urgência por causa cardíaca	11.6%	3.0%	0,018

As mais-valias do PIAH são já conhecidas pela literatura e agora observados pelos resultados. Estes resultados sugerem de forma clara, que o Planeamento Integrado de Alta Hospitalar influencia de forma significativa a diminuição dos eventos clínicos. Bem como, a efetivação das consultas de acompanhamento pelo Médico de Família promoveu a reavaliação da situação clínica e possivelmente a educação para a saúde, ao apresentarem maior Adesão à Toma e ao Controlo Terapêutico.

Deste modo, a implementação deste projeto contribuiu para a obtenção de ganhos de saúde, satisfação do utente, e redução de custos directos, indirectos e intangíveis, através da redução de reinternamentos, morte e episódios de descompensação, redução de idas à urgência, e melhoria do planeamento dos cuidados, assegurando o acompanhamento e a continuidade de cuidados com segurança no CHLC e ACES Lisboa Central

Houve melhorias significativas no envolvimento do utente e na empowerment ou melhoria na satisfação?

Este projeto preconiza nas suas ações, o doente como parte integrante na elaboração do seu plano integrado de alta, em que o doente é devidamente informado do projeto, os seus objetivos e solicitado o consentimento informado. Promovemos a partilha de decisões de saúde e sociais no acesso aos cuidados necessários face às suas necessidades e elegendo uma comunicação efetiva e participada entre os utentes e equipa prestadora de cuidados de saúde dos diferentes níveis de cuidados, formando e informando continuamente acerca da sua doença, factores de risco, respostas da comunidade e integrando a família sempre que necessário, na definição do plano de cuidados. Verificou-se ainda, uma melhoria da articulação entre os níveis de cuidados em que resulta num acompanhamento sistemático, de compromisso e cooperação entre os profissionais envolvidos, no reforço de partilha de informação e de sinergias entre instituições.

Foram criados canais de comunicação privilegiados e particularizados entre os profissionais do Hospital e Unidades de Saúde do ACES. Desde o momento que o

doente é admitido no Hospital com um internamento não programado, é envolvido no seu plano de cuidados, aferidas as suas necessidades e feito o contacto via email para o médico e enfermeiro de família a informar do internamento, qual a sua causa e tratamento. Esta articulação é feita ao longo do internamento, aquando da alta e após a mesma, sempre com a participação do doente.

Em consonância com o desenvolvimento do PIAH e no sentido de reforço do envolvimento/empoderamento e responsabilização da pessoa em contribuir para a melhoria dos cuidados, aplicou-se um instrumento de avaliação do nível de literacia em saúde, (N= 600) numa cultura de participação, compromisso e de capacitação da pessoa para a melhoria dos cuidados prestados individual e colectivamente (estão a ser analisados os resultados).

Como o projeto é reconhecido pelas Organizações Foi reconhecido por sua comunidade ou governo ou outorgado grandes prémios nacionais, regional ou internacionalmente?

O PIAH foi divulgado em Conferências no âmbito do Serviço Nacional de Saúde:

- I Jornadas do ACES Central e CHLC - reconhecimento das chefias de topo e da organização, reconhecimento interno e externo (hospital, parceiros, comunidade),
- A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), em parceria com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), «SNS Jornadas Hospitalares 2018. Boas Práticas», O CHLC foi convidado a apresentar o projeto, por ser considerado e reconhecido pela ACSS como uma boa prática no Serviço Nacional de Saúde Português.

* Inês Espírito Santo, Cristina Soares, Fátima Farias

A longevidade depende do que comemos e bebemos!



100% NATURAL



30 DIAS DE GARANTIA DE SATISFAÇÃO



CUSTO POR LITRO 0,058 CÉNTIMOS



100% MADE IN SPAIN



Jarra para depurar, alcalinizar e ionizar a água

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



 alkanatur

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



914 066 680



alkanatur
portugal





Márcia Roque, presidente da ACSS:

“Há margem para melhorias no modelo de financiamento e na gestão e organização dos serviços de saúde”

ENTREVISTA: Marina Caldas

A economista Márcia Roque é, desde Janeiro deste ano, presidente da ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) e está profissionalmente no setor da saúde desde... sempre, ou seja, desde que entrou no mercado de trabalho.

Na entrevista que concedeu a O Hospital, Márcia Roque considera que a elaboração de um novo Plano Estratégico a três anos, na ACSS, “é fundamental “de forma a “fixar os objetivos da instituição tendo em conta a evolução do setor” para os próximos anos. Nesse sentido, acrescenta, é natural que haja a necessidade de se adequar a esse processo uma nova estrutura interna.

Nesta entrevista, a nova responsável pela Administração Central do Sistema de Saúde fala abertamente sobre os dados provisórios da ACSS relativos à atividade assistencial do SNS, salientando que apesar de alguns constrangimentos “o SNS continua a aumentar a sua resposta assistencial”. E como prova revelou que, no total de consultas registadas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), “observou-se um aumento de 1,2 por cento”, destacando ainda “o aumento de 1,5 por cento das consultas de enfermagem e de 20,6 por cento das consultas de outros profissionais” que considera como um “sinal de reforço das ofertas disponibilizadas nos Centros de Saúde nos últimos anos”.

Sobre o drama das urgências, Márcia Roque reconhece que o número de atendimentos urgentes em 2018 teve um aumento de 0,8 por cento em relação ao ano anterior, sendo portanto “uma área em que o Ministério da Saúde, a ACSS, as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e os hospitais terão de continuar a trabalhar”. E aponta como bom exemplo, o projeto-piloto de referenciação de utentes da urgência para os CSP a decorrer na ARS Norte, que permitiu referenciar três mil pessoas em pouco mais de 6 meses.

Sobre as dificuldades porque passam os hospitais do SNS, a nova responsável da ACSS não tem dúvidas que “a ausência de capacidade decisória das administrações hospitalares em matéria de recursos humanos é um fator de estrangulamento” e, por isso, diz ter “grande expectativa no alinhamento por parte da tutela conjunta Ministério das Finanças e Ministério da Saúde” para que seja possível “a implementação do projeto para reforço de autonomia e responsabilidade de gestão dos hospitais”

Chegou há relativamente pouco tempo à presidência da ACSS. Como encontrou a casa?

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) é uma instituição fundamental do Ministério da Saúde, essencial ao funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Temos cerca de 200 trabalhadores, altamente qualificados e muito dedicados, com perfis muito distintos, desde administradores hospitalares, juristas,

economistas e gestores, contabilistas, engenheiros, arquitetos, especialistas em recursos humanos, entre outras áreas.

Do ponto de vista interno e a curto prazo, considero fundamental a elaboração de um novo Plano Estratégico a três anos, de modo a fixar os objetivos da instituição tendo em conta a evolução do setor prevista para os próximos anos. A esse processo estará associada a eventual necessidade de virmos a adequar a nossa estrutura interna.



“CONSIDERO EXTREMAMENTE IMPORTANTE O DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS INTERNOS QUE CONTRIBUAM PARA UMA MAIOR ESTABILIZAÇÃO E ATRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA INSTITUIÇÃO”

Considero também extremamente importante o desenvolvimento de instrumentos internos que contribuam para uma maior estabilização e atração de recursos humanos na nossa instituição.

Dados recentes da ACSS sobre a atividade assistencial do SNS, revelam que em 2018 fizeram-se mais 31 milhões de consultas nos Centros de Saúde e 12 milhões nos hospitais. Estes dados dão tranquilidade aos utentes do Serviço Nacional de Saúde?

Refere-se aos dados provisórios de 2018. Essa divulgação teve por objetivo informar os cidadãos e utentes sobre os principais resultados do SNS do último ano, das suas instituições e do esforço dos seus profissionais, alcançados ao longo de mais um ano de trabalho.

Apesar de alguns constrangimentos, o SNS continua a aumentar a sua resposta assistencial, sobretudo graças à sua enorme capacidade de resiliência e ao profissionalismo e dedicação dos seus cerca de 130 mil trabalhadores.

Os dados publicados revelam que apesar do aumento de procura foi dada uma resposta adequada por parte dos serviços públicos de saúde, essencialmente devido ao investimento realizado na contratação de mais profissionais de saúde. No final de 2018 existiam cerca de mais 9 mil profissionais do que em 2015. Este tem sido um esforço assinalável do atual Governo, conseguido em resultado do trabalho e dedicação dos trabalhadores da ACSS, na preparação e análise dos pedidos de contratação das instituições do SNS.

No total de consultas registadas nos cuidados de saúde primários observou-se um aumento de 1,2 por cento, mas gostaria ainda de destacar o aumento de 1,5 por cento das consultas de enfermagem e de 20,6 por cento das consultas de outros profissionais, sinal do reforço das ofertas disponibilizadas nos centros de saúde nos últimos anos, como a psicologia, a nutrição e a saúde oral.

Nos cuidados de saúde hospitalares assinalo o aumento de 0,8 por cento no total de consultas e também o aumento sustentado da percentagem de cirurgia de ambulatório para 65,5 por cento – progresso que a OCDE tem reconhecido como um sucesso nacional, com ganhos de conforto para o doente e de eficiência para o sistema.

Por outro lado, e segundo o relatório, aumentaram as idas às Urgências e diminuíram as cirurgias. Que significados podem ter estes dados?

As questões que menciona são distintas.

O número de atendimentos urgentes em 2018 foi de 6,3 milhões, registando um aumento de 0,8 por cento face a 2017. Este valor revela que esta é uma área em que o Ministério da Saúde, a ACSS, as Administrações Regionais de Saúde e os hospitais terão de continuar a trabalhar, no sentido de encontrar respostas que permitam reduzir a carga exercida sobre os serviços de urgência.

Algumas das soluções deverão passar pela continuação do investimento nos cuidados de saúde primários, quer ao nível das infraestruturas, quer ao nível do robustecimento e diversificação do tipo de respostas que oferecem às populações, pela monitorização e acompanhamento dos utilizadores mais frequentes dos serviços de urgência e, em particular, através de uma maior integração de cuidados, designadamente entre centros de saúde e hospitais, partindo de boas experiências já em curso.

Realço o projeto-piloto de referenciação de utentes dos serviços de urgência para unidades dos cuidados de saúde primários a decorrer na ARS Norte, e que permitiu a referenciação de cerca de três mil utentes para a consulta nos cuidados de saúde primários em pouco mais de seis meses, aliviando os respetivos serviços de urgência. Esta poderá ser uma forma de reduzir o número de atendimentos urgentes considerados de menor gravidade – cores verde, azul e branca, de acordo com a triagem de Manchester - que continuam em valores muito expressivos a nível nacional em especial nas grandes áreas urbanas, alterando formas de gestão interna que conduzam a uma melhor utilização dos recursos disponíveis e à obtenção de ganhos de eficiência para o sistema.

O número de intervenções cirúrgicas está muito em linha com o registado em 2017. A redução de 0,5 por cento poderá ficar a dever-se a vários fatores, não sendo clara a sua relação com a greve cirúrgica dos enfermeiros às cirurgias programadas nos blocos operatórios de cinco centros hospitalares no final de 2018. Para sermos perentórios, teremos primeiro de analisar a evolução deste indicador em 2019.

Qual foi o peso da gripe - com idas às urgências e internamentos - em toda a avaliação feita?

Os momentos de maior procura de cuidados de saúde por razões de temperaturas extremas exigem sempre do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais um enorme esforço e, das entidades do Ministério da Saúde, uma monitorização muito próxima, tendo em vista a melhor gestão dos recursos.

Ao analisarmos os dois últimos invernos em períodos homólogos (dezembro 2017, janeiro e fevereiro 2018; e dezembro 2018, janeiro e fevereiro 2019), observou-se na atual época de inverno, de um modo geral, uma resposta adequada dos serviços de saúde às necessidades das populações, consubstanciada na diminuição em 4 minutos do tempo médio de espera entre a triagem e a primeira observação médica, apesar do aumento dos episódios de urgência.

As entidades do Ministério da Saúde e as entidades do SNS, têm ao seu dispor um conjunto de recursos previstos no âmbito dos planos de contingência regionais e locais, que lhes permite ajustar a sua resposta em função da procura de cuidados. Adicionalmente, as ARS procedem ao reforço de horários das unidades de cuidados de saúde primários em períodos de pico de procura e, em dezembro último, verificou-se um reforço de 850 profissionais contratados repartidos entre trabalhadores de enfermagem e assistentes operacionais.

Sobre os profissionais de saúde no SNS os dados dizem-nos que houve um aumento de 2,5% relativamente a 2017, ou seja: mais 455 médicos nos hospitais; mais 146 médicos nos CSP e mais 1252 enfermeiros. Com base nestes números podemos dizer que estamos no bom caminho, no que toca a dotações seguras ou ainda estamos longe do cenário ideal?

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, com o apoio da ACSS, tem vindo a prosseguir uma política de reforço de recursos humanos nas instituições do SNS, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados às populações.

Entre 2015 e 2018 registou-se um aumento de 7 por cento, no número de profissionais afetos ao SNS. De facto, esta é uma tendência que deverá continuar e abranger todas as áreas, atentas aquelas que são as condições de sustentabilidade financeira do SNS.

O enquadramento sociodemográfico em que a saúde se insere é complexo e exigente, nomeadamente devido ao envelhecimento da população, às doenças crónicas e multimorbilidades e à necessidade de cuidados de proximidade. São fatores que impendem sobre as instituições do SNS, exigindo maior capacidade de planeamento e de adaptação à evolução da prática clínica e às crescentes necessidades em saúde.

Como analisa os dados relativamente às listas de espera? O problema da falta de anestesistas continua a ser o drama, uma vez que faltam 500 anestesistas nos hospitais públicos? Como resolver este problema?

A tendência registada, desde que existem sistemas informáticos, evidencia que, ano após ano, se verifica um aumento do número de utentes inscritos, quer para consulta, quer para cirurgia. É um facto natural que decorre, por um lado, de haver mais acesso a cuidados de saúde e, por outro, das crescentes necessidades em saúde da população portuguesa.

O indicador que nos importa acompanhar é a percentagem de consultas dentro do tempo máximo de resposta garantido (TMRG) e a média do tempo de espera dos doentes operados. Quer um, quer outro, apresentaram evoluções estáveis ao longo de 2018. As necessidades em matéria de recursos humanos estão identificadas. Não é apenas a especialidade de anesthesiologia em que há carência de profissionais no SNS.

A legislação que regula o Internato Médico determina que é ao Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM) a quem compete emitir parecer sobre as propostas de capacidades formativas apresentadas pela Ordem dos Médicos (OM), e remetê-la à ACSS, para efeitos de elaboração do mapa de vagas a disponibilizar aos candidatos que pretendem ingressar na formação médica especializada.

Este é um desafio relevante para o SNS em termos da formação dos profissionais médicos, com impacto na sua sustentabilidade futura, no entanto, a sua resolução passa também pela Ordem dos Médicos.

Com vista à redução do impacto que decorre da carência de médicos especialistas, o Ministério da Saúde aprovou um novo regime de incentivos à mobilidade de 150 médicos em zonas identificadas como carenciadas. Das 150 vagas, 108 vagas foram para especialidades hospitalares, 39 de medicina geral e familiar e 3 de saúde pública.

Trata-se de um regime atrativo que está a ter sucesso, na medida em que todas as vagas foram ocupadas, e do qual resultam vantagens importantes para os clínicos aderentes, como um aumento da remuneração base de 40 por cento, o aumento do período de férias, entre outros benefícios.

Sendo administradora hospitalar de carreira, tem certamente uma visão alargada sobre a realidade dos hospitais nacionais, particularmente sobre os que estão integrados no SNS. Que análise faz?

Desde o período de execução do Programa de Assistência Económico-Financeira, que temos assistido à sucessiva limitação da eficácia dos instrumentos de planeamento e de governação dos hospitais.



“NO FINAL DE 2018 EXISTIAM MAIS 9 MIL PROFISSIONAIS DO QUE EM 2015. ESTE TEM SIDO UM ESFORÇO ASSINALÁVEL DO ATUAL GOVERNO”

Ontem como hoje, o subfinanciamento é apontado regularmente como a causa do endividamento crónico dos hospitais, que se tem traduzido na redução da autonomia de gestão.

O sistema de saúde e, particularmente os hospitais, tem sido reconhecido como das mais complexas áreas de gestão.

A ausência de capacidade decisória das administrações hospitalares em matéria de recursos humanos é um fator de estrangulamento que dificulta a resposta atempada às crescentes necessidades em saúde e cria condições para a ineficiência, desincentivando a inovação organizacional e para a deterioração das condições de trabalho, gerando descontentamento dos profissionais.

Refira-se igualmente a dificuldade acrescida pela necessidade de garantir o cumprimento da legislação a que os hospitais se submetem e que seria desejável

simplificar tendo em conta a especificidade do setor, como por exemplo a conjugação da Lei dos compromissos e pagamentos em atraso com o Código dos Contratos Públicos e com a Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas, às quais se acrescenta anualmente a Lei do Orçamento do Estado e o Decreto-Lei de Execução Orçamental, entre outros diplomas.

Temos grande expectativa que o alinhamento por parte da tutela conjunta - Ministério das Finanças e Ministério da Saúde - permita a implementação do projeto para reforço de autonomia e responsabilidade de gestão dos hospitais, que resulte numa dinâmica baseada em mecanismos de cooperação que estimule a diversidade na reflexão e a unidade na ação.

A consolidação de processos de planeamento, negociação, acompanhamento e avaliação dos hospitais, deverá resultar na divulgação de orientações junto das equipas de gestão intermédia dos hospitais, tornando-as mais efetivas, através da conjugação das

competências multidisciplinares e multiprofissionais, garantindo as condições para que as pessoas que trabalham em grupos passem a trabalhar em equipas.

Há margem para estes hospitais serem mais produtivos? Que mudanças seriam importantes ser feitas?

Haverá sempre margem para fazer melhor com os recursos de que dispomos, enquanto não tivermos mais e melhores recursos para fazer melhor ainda.

O nosso objetivo devia ser repartir esperança, disseminar a ideia de que é possível e necessário fazer algo em benefício dos doentes e da instituição.

E esse fazer algo não se fará por si, será antes o resultado de uma ação comum com coincidência e partilha de objetivos, como é exemplo disso a criação de clínicas multidisciplinares por patologia, que organizam recursos (profissionais, espaço físico e diversos meios técnicos a que recorrem) numa atividade vocacionada para o tratamento de determinada doença.

A inteligência estratégica é a que agrega a simpatia, em termos de capacidade de criar relações respeitadas e comunicar habilidades potenciando a gestão do conhecimento que existe em cada um dos trabalhadores, com a sinergia traduzida na aptidão de agir em conjunto: pensamos todos de formas diferentes, mas agimos em equipa.

Os resultados são determinados pela capacidade de indagar constantemente os processos e pela sintonia de estarmos a fazer bem a coisa certa.

É necessário mais dinheiro para a Saúde, para solucionar os grandes problemas existentes ou na sua opinião o problema está na gestão do setor?

A saúde é um setor exigente e complexo, diferente de outros serviços públicos, requerendo a gestão e a utilização intensiva de recursos humanos e tecnológicos altamente diferenciados.

O envelhecimento da população, as doenças crónicas, o custo da inovação em tecnologias de saúde são fatores que definem uma tendência de aumento da despesa em saúde em Portugal e em todo o mundo. A OCDE aponta para um aumento significativo dos orçamentos de saúde dos países desenvolvidos até 2030.

No caso de Portugal, nos anos mais recentes, não podemos escamotear o enorme esforço realizado pelo Governo no sentido de ir ao encontro das expectativas dos trabalhadores do SNS, tendo sido repostos os salários e os valores relativos ao trabalho extraordinário, autorizadas novas contratações e reduzido o período

normal de trabalho para 35 horas semanais. Em paralelo, entre 2015 e 2018, foi possível aumentar o acesso a cuidados de saúde no nosso país.

Por outro lado, é importante aproximar os custos de operação dos hospitais aos custos de financiamento. Considero que há margem para melhorias quer no modelo de financiamento vigente no sentido de melhor o adequar às necessidades das instituições do SNS, quer na gestão e na organização dos serviços de saúde, aumentando a eficiência gerada e aproximando-os dos cidadãos.

O modelo de prestação de cuidados de saúde deverá passar por termos serviços mais abertos, transparentes e centrados no utente, com um novo tipo de respostas. Por exemplo, o reforço e a melhoria dos sistemas de informação e a sua interoperabilidade, o reforço da saúde oral e a continuação na aposta nas áreas da psicologia e da nutrição.

Na área hospitalar, além de um orçamento adequado, considero importante dotar as instituições de maior autonomia. Da minha experiência profissional em diferentes hospitais, a falta de autonomia e capacidade por parte dos conselhos de administração para responder a problemas do quotidiano tem um efeito frustrante. A questão relativa à contratação de recursos humanos, é disso um bom exemplo.

Por isso considero uma boa iniciativa, a solução conjunta apresentada pelos Ministérios da Saúde e das Finanças para o reforço da autonomia de gestão de um conjunto de hospitais do setor empresarial do Estado, visando definir a necessidade de correção do subfinanciamento, promover medidas para uma gestão mais eficiente dos hospitais e criar condições para que possa ser atribuída uma maior autonomia de gestão para a execução dos contratos-programa.

Com o alinhamento dos planos de atividades e orçamento, do contrato-programa e do contrato de gestão, pretende-se implementar um novo modelo de gestão hospitalar que reforce a autonomia gestonária das administrações dos hospitais EPE, adequando os seus orçamentos à dimensão e à eficiência da sua atividade e responsabilizando os gestores, através de incentivos e penalizações baseados no desempenho de cada instituição.

A aprovação dos três instrumentos de gestão constitui o quadro de gestão necessário para que as entidades do setor empresarial do Estado possam executar, com a devida autonomia de gestão, os compromissos assumidos nestes documentos, nomeadamente em termos de mapa de pessoal, de investimentos e de desempenho assistencial e económico-financeiro para o ano de 2019.

Metade do valor investido no SNS é devolvido à Economia

REPORTAGEM: Edite Espadinha
FOTOGRAFIA: Direitos Reservados

São 3,4 mil milhões de euros decorrentes da produtividade e absentismo laboral evitados pelo SNS. Mas não só. Se forem considerados os valores decorrentes dos salários e a relação entre a produtividade/remuneração, de acordo com os valores de referência do INE, os cuidados prestados pelo SNS, permitiram um retorno para a economia portuguesa de 5,1 mil milhões de euros, em 2018.

Os números foram divulgados no dia 2 de abril, na 8ª Conferência Sustentabilidade em Saúde 6.0, promovida pela AbbVie, em parceria com a TSF e o Diário de Notícias. O estudo da NOVA Information Management School (NOVA-IMS), coordenado e apresentado, no Centro Cultural de Belém, por Pedro Simões Coelho, fez o retrato da sustentabilidade da saúde portuguesa. Sem o SNS, por exemplo, o absentismo laboral dos portugueses, que rondou os seis dias, em média, em 2018, seria de mais dois dias. No total, estima-se que os cuidados prestados pelo SNS, permitiram poupar, só absentismo, 900 milhões de euros no ano passado. “Os utilizadores do Serviço Nacional de Saúde reconhecem o contributo do SNS na melhoria do seu estado de saúde”, referiu Pedro Simões Coelho. Segundo o professor catedrático da NOVA-IMS os números demonstram o impacto “extremamente positivo” do SNS tanto no absentismo como na produtividade, com inequívoco retorno para a economia nacional.

“Os cuidados prestados pelo SNS, permitiram poupar, só em absentismo, 900 milhões de euros no ano passado.”

Inovação gera riqueza

Com a participação da Ministra da Saúde e a sala cheia, a 8ª Conferência AbbVie DN TSF – Sustentabilidade em Saúde 6.0 reuniu responsáveis políticos, ex-governantes, profissionais de saúde, representantes da indústria e de associações de doentes. Carlo Pasetto, diretor geral da AbbVie Portugal, deu as boas-vindas aos participantes recordando que é essencial manter o debate em torno da sustentabilidade. “Acreditamos que um bom sistema de saúde tem de ser sustentável”,

referiu. O responsável defendeu que a saúde e a inovação não podem ser observadas apenas do ponto de vista dos custos. “São um investimento que traz riqueza para o país. Tudo temos feito e fazemos para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde”, afirmou. “Temos de garantir o rápido acesso da inovação aos doentes, pois os ganhos revertem, não só a favor da saúde das pessoas, como também em riqueza para o país”. A sessão, que deixou clara a ideia que sustentabilidade e inovação não são palavras opostas, contou com intervenção de Marta Temido. Para a Ministra da Saúde “a sustentabilidade pode ser alcançada através de uma escolha inteligente, baseada na evidência e no investimento em políticas públicas inteligentes”, que passam, segundo a dirigente, também pela aposta nos profissionais de saúde. Marta Temido referiu que “o investimento no SNS tem sido altamente recompensado”, com os resultados em saúde a falar por si, nomeadamente com o aumento da longevidade e a diminuição da incapacidade.

Mais despesa, mais atividade, menos dívida

Mas nem tudo são boas notícias. Apesar do retorno alcançado, o estudo revelou que o Índice de Sustentabilidade da Saúde em Portugal desceu 2,3 pontos em 2018. A queda deveu-se ao aumento da despesa, em 2,9%, e à redução da qualidade técnica, que teve um decréscimo de 2,7 pontos. Note-se que a avaliação da qualidade técnica foi aferida a partir da análise de indicadores como a morte por AVC, cirurgias



em ambulatório, fraturas da anca, entre outras. Ainda assim, referiu Pedro Simões Coelho, há que reconhecer os aspetos positivos. O investigador da NOVA-IMS e líder da equipa que elaborou o estudo, salientou aspetos como redução da dívida do SNS, o aumento da atividade e a qualidade percecionada pelos utentes, que em 2018, se manteve estável. Aliás, o ano passado, a atividade do SNS atingiu o valor mais alto dos últimos quatro anos, com um crescimento de 2,5%. Globalmente, os utentes dão nota positiva ao SNS no que toca a satisfação e confiança, apesar de apontarem o acesso e os tempos de espera como áreas em que gostariam de ver mais investimento. Embora quase metade tenha considerado preços dos medicamentos como não adequados e de apenas um terço referir que o valor das taxas moderadoras é ajustado, o número de cuidados não prestados devido aos custos reduziu. Perto de 5% das consultas externas não aconteceram por causa do preço e custos de deslocação, menos 3,4% que em 2017, ano em que mais de um milhão de consultas não se realizou devido aos custos. No que diz respeito à atividade na urgência, as taxas moderadoras foram o motivo de menos meio milhão de idas em 2018, o número rondou as 900 mil em 2017. O estudo deixa

“A atividade do SNS atingiu o valor mais alto dos últimos quatro anos, com um crescimento de 2,5%.”

claro que as dificuldades económicas dos utentes tiveram menor impacto, em 2018, no acesso a cuidados de saúde.

O melhor são os profissionais

Com indicadores a dar sinais de mudança positiva, apesar da queda do índice de sustentabilidade, os profissionais de saúde são, para os utentes, o ponto forte do SNS e o fator mais pontuado em termos de qualidade. De 0 a 100, os utilizadores do SNS deram 78,3 pontos aos profissionais. De salientar que na avaliação da qualidade percecionada, a confiança esteve acima da satisfação. “Nenhum sistema saúde pode ter qualidade se esta não for percecionada pelos utilizadores”, recordou Pedro Simões Coelho. Ricardo Baptista Leite, deputado do PSD e coordenador do Grupo Parlamentar de Saúde, fez parte do painel de debate e alertou para o facto de os profissionais de saúde serem, por um lado, o aspeto mais valorizado pelos portugueses, mas por outro “o absentismo atingir um número recorde, com risco de burn out e comprometimento da qualidade técnica”. O deputado afirmou que “não há memória de uma tensão tão grande com os profissionais de saúde”, que diz, sofrerem de falta de condições para exercer a



atividade para a qual foram treinados. “Os profissionais de saúde são o maior ativo do SNS e este estudo é uma chamada de atenção para quem decide”, sublinhou.

Para Maria Antónia Almeida Santos, deputada do PS e vice-presidente da Comissão de Saúde, “este estudo demonstra o impacto e a dimensão do impacto”. A deputada afirmou que “a valorização dos profissionais de saúde é mais do que merecida” e defendeu que “a eficiência da implementação de uma política de saúde exige o estudo dos riscos e benefícios”.

Valor da inovação

Com a sustentabilidade em análise, as questões do financiamento e da inovação dominaram o debate e suscitaram várias intervenções. Maria Antónia Almeida Santos salientou que nos últimos anos houve uma evolução. “O preço não pode ser visto apenas na ótica do custo, mas do valor social que cria”, disse. Por seu turno, Ricardo Baptista Leite fez notar que o investimento tem como objetivo melhorar os resultados em saúde. “Temos de conseguir medir o impacto dos ganhos em saúde e esse é o salto necessário”. O deputado

referiu o atual modelo de compra de medicamentos, defendendo a compra centralizada, cujo paradigma foi o tratamento da Hepatite C. “Temos um SNS universal, mas é uma lotaria porque cada hospital faz as suas escolhas”, alertou.

A questão da inovação mereceu nesta conferência tempo próprio. O estudo sobre o impacto do medicamento em Portugal, apresentado em 2018, pela APIFARMA foi lembrado numa breve apresentação que antecedeu o segundo painel de debate. “O valor do medicamento não se esgota na vida do doente, tem impacto na sociedade e economia do país”, sublinharam os responsáveis pelo estudo. Em média, em Portugal, graças ao medicamento, vive-se mais 5 anos, são mais de 110 mil vidas salvas desde 1990. “Este estudo dá-nos uma ideia do benefício global que a sociedade retira do medicamento”, lembrou João Almeida Santos, presidente da APIFARMA, que sublinhou ainda o compromisso da indústria com a economia nacional. No total, a indústria gera 40 mil empregos e contribui com 4,3 mil milhões de euros para o PIB.

Organização obsoleta

Alexandre Lourenço, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) integrou o painel e apontou o dedo ao modelo organizacional em Portugal. “A inovação é uma tecnologia de ponta e o nosso modelo de organização está ultrapassado. Temos de modernizar a organização”, referiu. Por outro lado, o líder da APAH, embora tenha reconhecido o crescimento do financiamento público, deixou claro que a forma como esse financiamento está a ser usado é que importa analisar. “Boa parte do financiamento é usado para pagar a dívida em atraso à indústria, os contratos estão obsoletos e, portanto, temos de evoluir no modelo de contratos e compra”, afirmou.

“O valor do medicamento está hiper subvalorizado”

Luís Miranda, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia também não poupou críticas ao sistema e à forma como a especialidade e a inovação são acolhidas pelos órgãos de decisão. “A perceção do sistema é que a reumatologia é uma especialidade cara. Os dados revelados por este tipo de estudos não têm valor para o Infarmed”. Luís Miranda criticou o tempo de aprovação dos medicamentos inovadores, que demoram até 2 anos, e afirmou que “o valor do medicamento está hiper subvalorizado”.

Por outro lado, referiu o médico, “não podemos ter um sistema que atrasa a entrada do medicamento e depois não monitoriza, não quer saber dele”.

O imperativo da sustentabilidade

A 8ª Conferência Sustentabilidade em Saúde foi transmitida em direto pela TSF e pelo Diário de Notícias. Terminou com a intervenção de Fernando Leal da Costa, ex-ministro da Saúde, para quem a sustentabilidade é um imperativo de qualidade. “A noção de continuidade é essencial. A universalidade é sagrada e é o grande desafio da sustentabilidade. Temos de ser mais eficientes. É preciso reduzir a carga da doença e o desperdício. Não falhar no diagnóstico, não errar na prescrição, agir no momento certo”. Médico e ex-governante, Leal da Costa sublinhou os resultados do estudo apresentado.

“A qualidade do fator humano é determinante. Não é poupando nos custos que garantimos a sustentabilidade”, disse. No que diz respeito ao medicamento e à relação com a indústria, defendeu a relação de parceria e a criação de um modelo de avaliação crítica. A mensagem ficou: “Controlar os custos não significa limitar a inovação. A fármaco-economia não pode substituir a farmacoterapia”.





CLÁUDIA DELGADO
Diretora Médica da Gilead

Programa Gilead GÉNESE

O **Programa Gilead GÉNESE** assume-se já como iniciativa de referência com o objetivo primordial de promover a investigação junto das Comunidades Científicas, e também ao nível da Sociedade civil. Estamos em plena fase de lançamento da 6ª edição do **Programa Gilead GÉNESE**, uma iniciativa da *Gilead Sciences* Portugal criada em 2013 com a ambição de incentivar a investigação, a produção e também a partilha de conhecimento científico a nível nacional, e de viabilizar iniciativas que conduzam à implementação de boas práticas no acompanhamento dos doentes.

O **Programa Gilead GÉNESE** enquadra-se na política de responsabilidade social da *Gilead Sciences* e além de proporcionar apoio a projetos de âmbito científico, envolve também a Comunidade, incentivando projetos de proximidade. O **Programa Gilead GÉNESE** tem contribuído para a geração de valor no domínio da investigação científica e da intervenção na área da Saúde em Portugal. A abrangência do Programa, que se estende desde o apoio à investigação translacional, passando pela caracterização epidemiológica, investigação clínica e intervenção de proximidade nas comunidades, é um dos aspetos diferenciadores do Programa de apoios da Gilead.

Na Gilead, temos a convicção de que o conhecimento gerado através dos projetos apoiados pelo **Programa Gilead GÉNESE** tem contribuído para a otimização de práticas clínicas, permitindo a melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos resultados em Saúde, trazendo ganhos de eficiência e potenciando a adequação das políticas de Saúde.

Em 2018 celebrámos o 5º aniversário do **Programa Gilead GÉNESE** cujo balanço, ao longo das cinco edições, espelha a importância desta iniciativa de gerar mais e melhor conhecimento que pode ser aplicado de forma efetiva. A relevância do Programa é confirmada pelos números - 229 projetos submetidos dos quais 62 foram aprovados para financiamento; 37 projetos científicos foram viabilizados e 26 iniciativas de intervenção comunitária foram implementadas. Desde a 1ª edição do **Programa Gilead GÉNESE**, o montante global de financiamento já ultrapassou 1.3M€.

O **Programa Gilead GÉNESE** apresenta um dinamismo próprio assumindo o seu caráter diferenciador também por procurar adequar-se às necessidades de geração de evidência e conhecimento que vão surgindo ao longo dos tempos. Esta flexibilidade, imprime ao **Programa Gilead GÉNESE** a responsabilidade de se ir inovando e renovando nas suas próprias áreas de projeto, quer na vertente Investigação, quer na vertente Comunidade. Assim, e atentos à evolução tecnológica que rapidamente se tem expandido também na área da Saúde, este ano o **Programa Gilead GÉNESE** abraça a área das Tecnologias ao Serviço da Saúde cujo desenvolvimento se tem revelado muito promissor e a aplicabilidade potencialmente crescente. Para a edição de 2019, o **Programa Gilead GÉNESE** acolhe projetos nas seguintes áreas:

Na componente **INVESTIGAÇÃO** serão privilegiados projetos orientados para as temáticas:

- Resultados em Saúde em Portugal - estudos epidemiológicos, avaliações da qualidade de vida, e resultados a longo-prazo



- Diagnóstico e ligação/retenção aos cuidados de saúde
- Investigação translacional com potencial aplicação clínica
- Tecnologia ao Serviço da Saúde - inovação tecnológica para suporte e otimização de melhores cuidados em saúde

Na componente **COMUNIDADE** serão incluídos projetos relativos a:

- Qualidade de Vida - avaliação e promoção da melhoria da qualidade de vida na Comunidade
- Diagnóstico e ligação/retenção aos cuidados de saúde;
- Educação para a Saúde - promoção e educação para a saúde, prevenção e intervenção na Comunidade
- Tecnologia ao Serviço da Saúde - inovação tecnológica para suporte e otimização de melhores cuidados em saúde

Os pilares das áreas terapêuticas têm vindo a ser ajustados às novas áreas em que a Gilead Sciences desenvolve os seus esforços de investigação e desenvolvimento. Neste sentido, na edição de 2019, o **Programa Gilead GENESE** apoiará projetos nas áreas da hemato-oncologia, doenças hepáticas virais e metabólicas e infeção por VIH/SIDA.

Como terceiro pilar de diferenciação, o **Programa Gilead GENESE** tem primado pela credibilidade e independência na avaliação dos projetos. Com uma comissão única de avaliação das candidaturas no ano de lançamento, o Programa integra na sua orgânica, desde 2014, uma **Comissão Consultiva**, cuja missão

é colaborar na legitimação científica e divulgação do Programa, e duas **Comissões de Avaliação** cuja missão é a avaliação de Projetos de Investigação e de Projetos da Comunidade. As duas Comissões de avaliação são compostas por peritos convidados de diferentes áreas do saber, a quem caberá proceder à avaliação dos pedidos de apoio elegíveis, à luz de critérios de qualidade, interesse e exequibilidade previamente definidos.

Na edição deste ano do **Programa Gilead GENESE** contamos com a Prof. Doutora Ana Paula Martins, Prof. Doutor Eduardo Barroso, Prof. Doutor Jorge Soares e Dra. Margarida Couto na Comissão Consultiva, com a Prof. Doutora Adélia Simão, o Prof. Doutor André Albergaria, a Prof. Doutora Helena Canhão, o Prof. Doutor Manuel Abecasis e a Dra. Teresa Branco na Comissão de Avaliação dos Projetos de Investigação e com o Dr. João Goulão, o Dr. Manuel Pizarro, a Dra. Margarida Pinto Correia, o Dr. Óscar Gaspar e a Eng. Rita Paiva Chaves para a avaliação dos Projetos da Comunidade.

Convidamos todas as Instituições a visitar a página do **Programa Gilead GENESE** recordando que as candidaturas à edição de 2019 se encontram abertas até 14 de maio. Aguardamos com entusiasmo e otimismo a submissão de um elevado número de projetos de qualidade.

O Regulamento do **Programa Gilead GENESE**, bem como outros elementos de informação úteis, incluindo um conjunto de questões frequentes estão disponíveis em www.gileadgenese.pt.



CARLOS RIBEIRO
Oncology Unit Head Takeda Portugal

Inovação e compromisso no tratamento do cancro

O cancro é um alvo em constante movimento, pela sua adaptabilidade e resistência. Apesar da evolução espetacular que se tem verificado no estudo e compreensão das doenças oncológicas e dos mecanismos cancerígenos, assim como na oferta de novos tratamentos, as taxas de incidência e mortalidade do cancro continuam a aumentar.

Segundo dados recentes da *International Agency for Research on Cancer* (IARC)¹, estima-se que, em 2018, o impacto mundial do cancro tenha crescido para um total de 18.1 milhões de novos casos e 9.6 milhões de mortes. Com efeito, estima-se que 1 em cada 5 homens e uma em cada 6 mulheres poderão vir a desenvolver algum tipo de cancro ao longo da vida. Em contexto

nacional, o Retrato da Saúde em Portugal de 2018² diz-nos que as doenças oncológicas constituem hoje a segunda principal causa de morte antes dos 70 anos. Mas o progresso no tratamento do cancro continua. Desenvolver fármacos inovadores, que proporcionem novas vias de atacar as doenças oncológicas e que representem avanços significativos é um objetivo que vamos continuar a eleger como prioridade na área de Oncologia da Takeda, empresa global, orientada para os doentes e centrada na inovação.

A Takeda conta já com mais de um século de Investigação & Desenvolvimento (I&D), alicerçados em 19 unidades de I&D na Europa, Ásia e América, que apostam no desenvolvimento de novas terapêuticas.

¹ Bray, F., Ferlay, J., et al. (2018), Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. American Cancer Society.

² Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal.

O percurso marcado pelo compromisso com doentes e famílias acompanha o ritmo das novas exigências e necessidades na prevenção e cura de patologias com impacto social e económico, nomeadamente as doenças oncológicas. Melhorar o amanhã é, afinal, o nosso compromisso.

Na Takeda Oncologia temos consciência de que cada doente é único nas suas características e circunstâncias, e abraçamos diariamente a missão de ir ao encontro das necessidades individuais de cada pessoa. Nas instituições hospitalares, junto dos profissionais de saúde, em colaboração com as associações de doentes e em sintonia com as entidades reguladoras, empenhamo-nos na comunicação e disponibilização de opções terapêuticas seguras e eficazes para o tratamento e cura do cancro, baseadas num conjunto alargado de evidência científica. Também a Academia, numa perspetiva de trabalho multidisciplinar, é uma parceira decisiva no desenvolvimento de fármacos inovadores. Por último, mas não menos relevante, somos parceiros dos organismos de avaliação das tecnologias da saúde responsáveis pela determinação dos medicamentos e outras tecnologias de saúde que podem ser financiados pelo sistema de saúde. Todos fazem parte da solução, para que nenhum doente fique sem tratamento.

Atualmente existem grandes desafios na Medicina em que a oportunidade passa precisamente por diferenciar e personalizar os tratamentos, encontrando estratégias dirigidas, de forma eficaz e segura, para alvos específicos. A aplicação da nanotecnologia ao diagnóstico e tratamento do cancro está em franco desenvolvimento, sendo uma ferramenta poderosíssima, já utilizada na investigação clínica e na farmacologia.

O recurso a nanomateriais e nanopartículas para desenvolver novas terapias pode conduzir a avanços significativos no tratamento personalizado do cancro, ao mesmo tempo que a bioinformática e a *big data* permitirão uma cada vez maior compreensão dos vários tipos de tumores. Para além do tratamento do cancro do pulmão, responsável pelo maior número de mortes por cancro em todo o mundo (18,4% do total), uma das áreas terapêuticas nas quais a Takeda se concentra é a onco-hematologia, especialidade que nas últimas décadas registou uma evolução notável, atingindo-se ganhos ao nível de sobrevivência significativos e também percentagens de cura muito

superiores às observadas noutros tipos de tumores. Ainda assim, existe um número reduzido de doentes que não atingem a cura através dos tratamentos disponíveis, ficando limitados a um leque mais restrito de opções. De acordo com o relatório GLOBOCAN³, da *International Agency for Research on Cancer*, em 2018 o mieloma múltiplo registou cerca de 160 000 novos casos a nível global, havendo ainda um elevado número de mortes no decorrer desta doença (106 105). O Linfoma de *Hodgkin* tem uma incidência reduzida, com cerca de 80 000 novos casos por ano, e representa 0,3% das mortes por cancro. No que respeita ao cancro do pulmão, em 2018 registaram-se cerca de 2,1 milhões de novos casos, tendo este tipo de cancro sido responsável por 18,4% do número total de mortes por cancro no mundo. O nosso trabalho rege-se também pelo desafio que estes números representam. Nenhum tipo de cancro deve ser descurado nos nossos programas de investigação e desenvolvimento de abordagens verdadeiramente inovadoras e orientadas para áreas onde existam consideráveis lacunas. A nossa persistência em ir ao encontro das necessidades destes doentes, através de inovação em Medicina, mantém-se e está patente em vários programas de desenvolvimento clínico dedicados ao cancro, em particular, cancro do pulmão, mieloma múltiplo e Linfoma de *Hodgkin*.

Num quadro regido por elevados padrões de ética, comprometemo-nos a focar os nossos esforços nestas populações, imprimindo nas nossas ações os valores da diversidade, transparência, trabalho de equipa, paixão e inovação.

Segurança, eficácia, disponibilização da inovação aos doentes e evidência do mundo real são outros pilares dos quais não abdicamos no contexto da investigação clínica focada na oncologia. O foco na realidade hospitalar e no doente é, aliás, transversal a toda a nossa estratégia de desenvolvimento. A constante valorização do *feedback* dos doentes permite-nos desenvolver evidência baseada em dados reais, assegurando-nos que a informação que recolhemos é relevante e autêntica, assim como envolver as pessoas na compreensão das suas doenças e do impacto que estas têm nas suas vidas. As lutas diárias de pessoas com cancro interessam-nos, e as suas opiniões contam. Assumindo a ambição de sermos parceiros preferenciais dos profissionais de saúde, hospitais e autoridades reguladoras, reforçamos o compromisso de melhorar a saúde e o futuro dos doentes com cancro.

³ Bray, F., Ferlay, J., et al. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. American Cancer Society.

Atividades e Eventos

13.^a EDIÇÃO DO PRÉMIO DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE®



O Prémio de Boas Práticas em Saúde® (PBPS) é uma iniciativa organizada pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, Direção-Geral da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, as cinco Administrações Regionais de Saúde, e nas últimas edições também com a colaboração da Direção Regional de Saúde dos Açores e da Secretaria Regional de Saúde da Madeira, abrangendo deste modo todo o território nacional. O PBPS tem como principal objetivo dar a conhecer as boas práticas em saúde a nível nacional, no âmbito da qualidade e inovação, com vista a replicar as mais-valias para o bom desempenho do Sistema de Saúde.

A atribuição do Prémio visa assim distinguir e premiar o trabalho dos profissionais ou equipas em serviços/unidades de saúde que, no seu quotidiano, desenvolvam projetos com qualidade e inovação e que, respeitando as normas instituídas, representem um valor acrescentado para o cidadão/comunidade ou para as práticas da organização, com reflexo direto na prestação de cuidados de saúde, podendo ser consideradas como boas práticas em saúde.

Neste âmbito, todos os profissionais e equipas de saúde dos setores público, privado e social foram convidados a apresentar projetos à 13.^a Edição anual do Prémio de Boas Práticas em Saúde®, centrando-se este ano na temática da “Universalidade e Sustentabilidade”, com foco nos seguintes subtemas:

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

Desta primeira fase resultou a receção de um total histórico de 92 candidaturas, oriundas de instituições de saúde dos setores público, privado e social, oriundas de Norte a Sul do país e Região Autónoma dos Açores.

Este ano foi ainda inaugurado o novo sítio do Prémio de Boas Práticas em Saúde®, no qual poderá encontrar toda a informação presente e passada (esta ainda em construção), relacionada com esta iniciativa. Convidamo-lo a visitar ao novo site em <https://www.boaspraticasemsaude.com/>



38º PROGRAMA DE INTERCÂMBIO HOPE 2019 EM PORTUGAL



À semelhança de anos anteriores, está a decorrer o 38º Programa de Intercâmbio HOPE, organizado pela Federação Europeia dos Hospitais (HOPE), promovido em Portugal pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), através do seu Gabinete HOPE Portugal, em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Este ano subordinado ao tema “Gestão em Saúde: Decisão baseada na Evidência”, o Programa realiza-se entre os dias 6 de maio e 5 de junho de 2019 e inclui uma Reunião Europeia de Avaliação e Conferência Final em Liubliana, na Eslovénia.

Portugal recebeu 7 profissionais de saúde europeus de 7 países diferentes que foram acolhidos nos seguintes hospitais anfitriões: o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, o Centro Hospitalar Universitário São João, o Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e o Instituto Português de Oncologia de Porto Francisco Gentil.

A APDH vai organizar 4 Reuniões Nacionais com a colaboração da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e NOVA School of Business & Economics, do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga e Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil.

Este programa é coordenado a nível nacional pelo Dr. Francisco Matoso.

ATIVIDADES DE REPRESENTAÇÃO DA APDH

- “Compliance em Saúde: Tendências e Harmonização”: Observatório Português de Compliance e Regulatório, em colaboração com a LisbonPH – 10 de janeiro, Auditório Professora Maria Odette Santos-Ferreira, na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. – Esteve presente o Professor Dr. Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH e o Dr. Artur Vaz Presidente da Assembleia-Geral da APDH, bem como a Professora Doutora Ana Escoval sócia individual da APDH que integraram a mesa “Compliance hospitalar: Dimensões e Critérios”.
- “Prémios de Boas Práticas Infarmed 25+”: INFARMED – 15 de janeiro, no Edifício Tomé Pires, do INFARMED, – Esteve presente a Professora Doutora Margarida Eiras, Vogal da Direção.
- “III Simpósio Luso-Alemão de Turismo - Turismo de Saúde em Portugal: Medical Tourism e Wellness”: Câmara de Comércio e Indústria Luso-Alemã – 15 de janeiro Tivoli Oriente Lisboa Hotel – Esteve presente o Dr. Francisco Matoso, Vogal da Direção da APDH e Dr.ª Sara Rozman, Gabinete HOPE & IHF.
- “Health Literacy Interventions for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases”: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa e a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, em parceria com a Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública, a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis e a Universidade de Deakin – 16 de janeiro, em Lisboa, Reitoria da Universidade NOVA de Lisboa. – Esteve presente a Professora Doutora Margarida Eiras, Vogal da Direção e a Dr.ª Ana Lívio Gestora de Projetos da APDH.
- “20 Anos de Telemedicina do Serviço de Cardiologia Pediátrica/CHUC” e de homenagem ao Prof. Doutor Agostinho Almeida Santos” – 25 de janeiro, Auditório do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Esteve presente o Professor Dr. Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH.
- “Seminário Participação em Saúde – A Experiência dos Conselhos Nacionais de Saúde”: Conselho Nacional de Saúde – 07 de fevereiro, Fundação Calouste Gulbenkian – Esteve presente a Dr.ª Ana Lívio Gestora de Projetos da APDH.

- “As Pessoas Contam? | Cidadão no Centro” – APEG Saúde – 08 de fevereiro, Fábrica das Palavras, em Vila Franca de Xira Coimbra – Esteve presente o Professor Dr. Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH que integrou o Painel de Debate.
- Conferência “Sistemas de Saúde baseados no Valor e Medição de Resultados” – APIFARMA – 20 de Fevereiro 2019, Auditório VII do Centro de Congressos de Lisboa (à Junqueira) – Esteve presente o Professor Dr. Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH.
- Patient-Centred Roundtable on Working Together for Accessible Health in Portugal, Patient Access Partnership (PACT) e GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos – 25 de fevereiro 2019, Assembleia da República – Esteve presente a Professora Doutora Margarida Eiras Vogal da Direção da APDH e o Enf.º Rui Leal Vogal da Direção da APDH.
- Conferência “O Sistema de Saúde para o Cidadão” – Convenção Nacional da Saúde – 23 de Março, Salão Nobre da Reitoria da Universidade do Porto – Esteve presente o Dr. António Santos, Vogal da Direção.
- Apresentação do Plano de Ação para a Promoção da Literacia em Saúde – Direção-Geral da Saúde – 26 de março de 2019, News Museum (Sintra) – Esteve presente a Gestora de Projetos da APDH Ana Lívio.
- International Forum on Quality and Patient Safety – Institute for Healthcare Improvement (IHI) e BMJ – 27-29 de março de 2019, SEC Centre, Glasgow, Escócia – Esteve presente Professora Doutora Margarida Eiras, Vogal da Direção da APDH.

PAVILHÃO DO
CONHECIMENTO
CENTRO CIÊNCIA VIVA

CÃES E GATOS

EXPOSIÇÃO

Explore o seu mundo!

até
set'19

pavconhecimento.pt

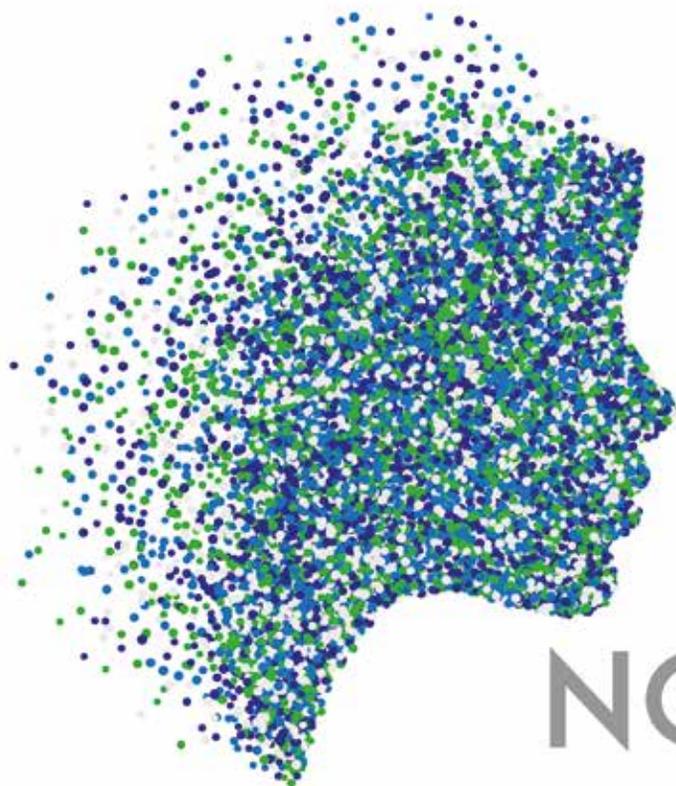


UMA PRODUÇÃO

MEDIA PARTNERS

APOIO

citron pressé RCS B422973388



SAVE THE DATE

CONFERÊNCIA

SNS NO FEMININO

22 NOV 2019

ORGANIZAÇÃO



PARCEIRO INSTITUCIONAL



Vemo-nos em

LISBOA

2020

8º CONGRESSO INTERNACIONAL DOS HOSPITAIS

25-27 NOV



LILLY A INOVAR PELA

CIÊNCIA

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

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