

Revista

Hospital

ANO III, Nº 15
NOV/DEZ, 2017

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



GRANDE ENTREVISTA

Fernando Araújo
e os objetivos para 2018

- Aumentar a equidade no acesso
- Melhorar a qualidade de cuidados
- Garantir a eficiência do SNS

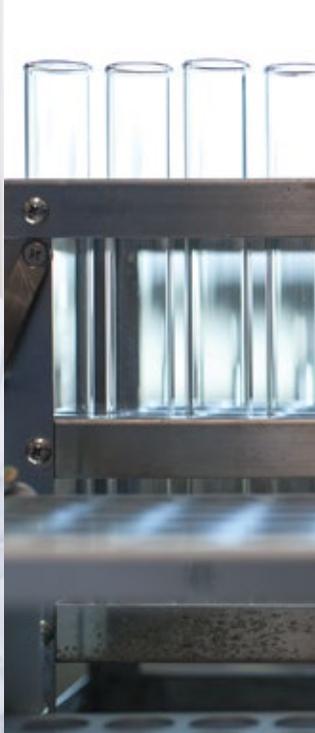
schülke 

A Fazer História na **PREVENÇÃO**
e no Combate à **INFEÇÃO!**



The plus of pure
performance





Advancing Therapeutics, Improving Lives.

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

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

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

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



Gilead Sciences, Lda.

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

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

000/PT/14-10/IN/1768

ÍNDICE

EDITORIAL	4
ANÁLISE	6
GRANDE ENTREVISTA	18
INOVAÇÃO	28
IN MEMORIAM	40
APDH	42



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

Joana Rita Bastos

Fotografia

Pedro Mensurado e APDH

Revisão

Ana Escoval, Ana Tito Lívio, António Santos,
Marisa Cristino, Rita Santos

Diretor Comercial

José Ferreira

Impressão

UE

Tiragem

4.000 exemplares

Distribuição

Gratuita

Periodicidade

Bimestral

Projeto



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

Propriedade

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

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 Lisboa

Tel. 217548278/79

Telm. 963668745

Email: geral@apdh.pt

HOPE: hopemail@hope.min-saude.pt

IHF: ihf@ihf.min-saude.pt

Website: www.apdh.pt



A Política de Saúde

Cuidados Intensivos

I.

*"A esta hora e neste sítio
(miocárdio ventricular esquerdo)
é a abstracta vida que me assalta.
Eles não sabem
que o coração pulsa,
ferido, no meu coração,
que a minha dor alheia
vagarosamente mata
os seus sonhos, os seus sentidos,
os seus dias visíveis e invisíveis,
a linha dos telhados
ao longe sobre o céu.
(...)"*

**Manuel António Pina (1994) – Cuidados Intensivos.
Porto: Edições Afrontamento**

Voltamos ao relatório "Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar", editado pela Fundação Calouste Gulbenkian, em 2014, para lembrar a forte chamada de atenção do mesmo sobre a saúde dos cidadãos idosos, na medida em que vivem a maior parte da sua longa idade sem saúde, com a significativa perda de anos de vida saudáveis aos 65 anos, de 8,3 em 1995 para 7,0 em 2015 (vide PORDATA).

Este libelo não recai naturalmente apenas sobre o sistema de saúde português mas, antes, sobre toda a sociedade portuguesa, passando pela cidadania, família, empresa, autarquia, escola, solidariedade social, justiça e, obviamente, serviço de saúde. Com certeza que o modelo de sociedade económica também terá o seu carácter inamistoso para com os idosos.

E nesta época vale a pena refletir (sobre) o espelho do serviço de urgência de cada hospital, todos os anos a braços com a afluência da gripe sazonal, focado nas pessoas dependentes e com agudização de doença(s) crónica(s), em muitos casos desnutridas, desidratadas e desmazeladas, espelho social esse que devolve à sociedade a imagem, parcialmente apresentada pelos media e, também, pelos profissionais e gestores de saúde, com tanto de reatividade como de superficialidade de análise,

quicá pelo desconforto com o estereótipo da pessoa idosa construído nas décadas recentes de aumento da longevidade em Portugal.

Ou seja, o feito conseguido pela sociedade portuguesa nas últimas duas décadas e meia com a redução exemplar da mortalidade infantil tem, aqui, nesta abordagem, o reverso da regressão dos anos de vida saudáveis aos 65 anos, supra referida; e o olhar sobre este contraste pode reforçar medidas básicas sociais e da saúde já em curso e inspirar outras que ajudem o país a trabalhar intensamente, tal como fez para alcançar aquele sucesso, no desenvolvimento de dispositivos sociais e da saúde mais amigos dos idosos.

Os adultos saudáveis têm agora melhor resposta nos centros de saúde, graças à maior capacitação destes que a sua reforma dos últimos anos proporcionou. Para os idosos a resposta não pode continuar a passar pelo serviço de urgência médico-cirúrgica ou polivalente, que para os idosos constituem serviços inamistosos e adversos.

Para quando o país pode contar com a criação de dispositivos organizacionais e logísticos sensíveis aos idosos, incluindo o desenvolvimento da especialização profissional em geriatria, exatamente a mesma sensibilidade técnica, normativa e até legal (lembra-se que a melhor amigabilidade dos serviços de pediatria para as crianças resultou de lei da Assembleia da República).

Destacamos assim a larga visão de política de saúde patente na entrevista de Fernando Araújo, Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, a esta revista "O Hospital" na qual aborda ponderadamente, entre outros assuntos, a ênfase na promoção da saúde, na prevenção da doença e nas ações de proximidade, e fazendo-o de forma bem enquadrada, com muita minúcia e bem fundamentada, como sempre foi e continua a ser o seu modo de estar próprio, estamos certos assim que este caminho de pensar primeiro nas pessoas, doentes ou utentes, bem como na qualificação dos profissionais e dos serviços de saúde, levará a ganhos de saúde efetivos, sobretudo nas questões mais críticas, como é o caso dos serviços de saúde mais sensíveis e amigos dos idosos. ■

A Direção

INVENTING FOR LIFE

SOMOS INSPIRADOS POR
UMA VISÃO PARTILHADA E
POR UMA MISSÃO DE SALVAR
E MELHORAR VIDAS

Uma procura
pela descoberta,
uma vocação
pelo tratamento

**Rui Nunes**

Professor Catedrático
da Universidade do
Porto

EUTANÁSIA: SIM OU NÃO?

Por “eutanásia” deve entender-se a morte intencional de um doente, a seu pedido firme e consistente, através da intervenção direta de um profissional de saúde. Por exemplo através da administração de um fármaco. Se o fármaco é dispensado ao doente e é este que o autoadministra designa-se este ato por suicídio medicamente assistido. O termo “eutanásia passiva” não tem hoje utilização clínica. Deve utilizar-se sim a expressão “suspensão ou abstenção de tratamentos desproporcionados”, conjunto de intervenções médicas para evitar a distanásia ou obstinação terapêutica. Já por sedação paliativa entende-se uma intervenção médica utilizada para providenciar alívio numa multiplicidade de circunstâncias clínicas. Pode variar em intensidade, desde sedação ligeira até à inconsciência total. Com a sedação em doentes terminais – entendida tradicionalmente como o uso de fármacos (opiáceos, benzodiazepinas, etc.) para aliviar sintomas refratários causadores de sofrimento intolerável que não foram passíveis de alívio

por outros meios num período de tempo aceitável – pretende-se geralmente o alívio da dor e do sofrimento, não sendo a morte intencionalmente desejada. Não se tratando, portanto, de eutanásia.

Tradicionalmente na maioria dos países de tradição judaico-cristã a eutanásia e o suicídio medicamente assistido são moralmente condenados devido ao alegado carácter sagrado da vida humana. Talvez por isso a Constituição da República Portuguesa se refira ao facto de que “a vida humana é inviolável”. Porém, a emergência de sociedades plurais e seculares deu um novo sentido ao conceito de autonomia pessoal sendo o direito à autodeterminação um valor progressivamente reconhecido nas sociedades modernas e desenvolvidas.

A legalização das diretivas antecipadas de vontade, incluindo o testamento vital, é disso um bom exemplo.



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.

Gastroenterologia

Oncologia

Sistema Nervoso Central

Vacinas

Takeda – Farmacêuticos Portugal, Lda.
Avenida da Torre de Belém, n.º 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

www.takeda.pt

Alguns doentes terminais entendem por isso que a eutanásia e o suicídio medicamente assistido podem ser uma opção válida no fim da vida e que esta prática pode estar dentro dos limites consentidos ao direito à autodeterminação. Alguns dos motivos invocados são o facto de o doente se sentir sozinho, e ter dificuldade no autocuidado. Ou seja, sentimentos de abandono e de exclusão podem originar um colapso do projeto existencial. A inexistência de objetivos claros de autorrealização pessoal pode originar pensamentos suicidários nos quais se inclui obviamente a eutanásia. De realçar que muitos doentes que pedem a eutanásia alegam motivos de perda de autonomia e de dignidade e, também, a incapacidade de concretizar atividades que deem sentido à vida. A lei Holandesa refere-se, por exemplo, ao conceito de “sofrimento insuportável” como o critério major para pedir a eutanásia. Esta lei repousa portanto numa avaliação subjetiva do doente face à inexistência de uma alternativa razoável de uma morte com dignidade.

Acresce o facto de que a morte hoje ocorre geralmente no hospital, longe da família e dos amigos, num ambiente mais propenso ao abandono e à solidão. O aparecimento dos cuidados paliativos como uma nova abordagem filosófica à morte e ao sofrimento é também um sinal de que este assunto deve ser abordado como uma questão central das sociedades contemporâneas. De fato, como sugere John Keown no seu livro *Euthanasia, Ethics and Public Policy* se a lei deve ou não permitir a eutanásia voluntária é uma das questões mais disruptivas das sociedades modernas. Se a sedação paliativa e mesmo a suspensão ou abstenção de tratamentos desproporcionados (tal como as ordens de não reanimar) são hoje práticas aceites pela população, e legitimadas ético-profissionalmente, a eutanásia e o suicídio medicamente assistido encaram grande resistência em diferentes setores da sociedade.

Pelo que se deduz que a eutanásia e o suicídio medicamente assistido só podem ser eticamente equacionados enquanto expressão da autonomia da pessoa. Qualquer influência indevida no exercício da vontade, tal como a depressão, ou a dor violenta (hoje tratável na maioria das situações) torna ilegítima a morte medicamente assistida. Pelo que as consequências não éticas da legalização da eutanásia devem ser bem conhecidas, em especial a eutanásia involuntária e a não-voluntária. E a evidência existente na Holanda, na Bélgica e no Luxemburgo, de casos de eutanásia em crianças e pessoas com doenças afetivas tratáveis como a depressão nada ajuda a este debate nos países que pretendem a sua despenalização. Note-se que na Bélgica cerca de 5% das mortes são já por eutanásia o que denota bem a evolução existente neste domínio. Na minha perspetiva esta é uma das questões centrais em torno da despenalização da eutanásia. Isto é, o abuso que esta nova cultura pode propiciar, nomeadamente a possibilidade de se praticar eutanásia involuntária em crianças e outras pessoas com competência diminuída.

Neste quadro, o mais importante é promover o debate junto da sociedade portuguesa de modo a que seja tomada uma decisão coletiva devidamente informada e esclarecida. Tratando-se de um dos temas mais fraturantes da nossa sociedade – com bons argumentos de ambos os lados do debate –, entendo que seria um excelente momento de transparência democrática se os cidadãos pudessem ter a oportunidade de se pronunciar nesta matéria. Por isso defendo a realização de um referendo nacional à prática da eutanásia como a única forma legítima de se promover a participação e a cidadania responsáveis. ■

Porque não existem doentes iguais

Escolhas Múltiplas





Isabel Vitória Figueiredo

Professora Auxiliar com Agregação
da Faculdade de Farmácia da
Universidade de Coimbra

PROBLEMÁTICA DA POLIMEDICAÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno transversal às sociedades atuais.

A inversão da pirâmide etária constitui uma realidade, havendo uma proporção cada vez maior de idosos (pessoas com mais de 65 anos). Na população global, a proporção de idosos irá aumentar de 11% em 2010 para 22% em 2050. Concretamente na Europa, os avanços nos cuidados de saúde, educação e circunstâncias socioeconómicas contribuem para o aumento da esperança média de vida, havendo cada vez mais pessoas a viver para além dos 80 anos.

Uma das principais consequências do envelhecimento e do aumento da esperança média de vida é o aumento da prevalência de doenças crónicas, fazendo com que os idosos constituam um grupo populacional com múltiplas comorbilidades. Havendo necessidade de se abordar terapêuticamente cada

patologia com um ou mais medicamentos, facilmente se desencadeia uma situação de polimedicação. Além disto, o envelhecimento está também associado a alterações fisiológicas com impacto na farmacocinética e farmacodinâmica, condicionando as respostas dos idosos aos fármacos, quer em termos da efetividade da terapêutica, quer em termos de segurança da mesma. Todos estes fatores tornam a farmacoterapia geriátrica um desafio complexo.

A definição de polimedicação não é consensual entre os vários autores, havendo definições qualitativas e quantitativas. A definição preconizada pela OMS diz respeito à utilização simultânea de 5 ou mais medicamentos. Contudo, ela é também descrita como a utilização de múltiplos medicamentos ou a administração de mais medicamentos do que os clinicamente indicados, representando o uso de medicação desnecessária. O cut-off



PRÉMIO

2.ª edição

Janssen INOVAÇÃO

PRÉMIO
NO VALOR TOTAL
DE **60 MIL EUROS**

PROJETOS DE **HIPERTENSÃO PULMONAR**
INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA **IMUNOLOGIA**
NAS SEGUINTEs ÁREAS **INFECCIOLOGIA**
NEUROCIÊNCIAS
ONCOLOGIA

CANDIDATURAS ATÉ 31 DE JANEIRO DE 2018

SAIBA MAIS EM
www.janssen.com/portugal



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA



mais utilizado corresponde efetivamente ao uso de 5 ou mais medicamentos, mas há autores que defendem outros, nomeadamente mais de 3 ou 4.

Ora, mas mais importante do que atribuir um cut-off específico a partir do qual se considera haver polimedicação, é perceber se se está perante uma situação de polimedicação apropriada, que é terapêuticamente benéfica, ou uma situação de polimedicação inapropriada, pois a polimedicação não é necessariamente algo mau ou incorreto, sendo muitas vezes racional, benéfica e necessária.

Assim, polimedicação apropriada num indivíduo pode ser definida como sendo a prescrição de medicamentos para condições complexas ou para múltiplas condições em circunstâncias em que o uso de medicamentos foi otimizado e os medicamentos foram prescritos de acordo com a melhor evidência.

Em termos práticos, na polimedicação apropriada, as seguintes premissas têm que ser verificadas: todos os fármacos são prescritos com o propósito de atingir objetivos terapêuticos que foram acordados com o doente; os objetivos terapêuticos estão efetivamente a ser alcançados ou há fortes possibilidades de o serem no futuro; a terapêutica foi otimizada no sentido de minimizar o risco de reações adversas; o doente está motivado e tem capacidades para tomar todos os medicamentos como pretendido. Já a polimedicação inapropriada ocorre quando a prescrição de múltiplos medicamentos é feita de uma forma inapropriada ou quando o benefício pretendido daquele medicamento não é atingido. Deste modo, os seguintes exemplos são ilustrativos de situações de po-

limedicação inapropriada: inexistência, para um ou mais medicamentos, de evidência que suporte a indicação clínica; a indicação já não existe ou a dose é desnecessariamente alta; um ou mais medicamentos não estão a atingir os objetivos terapêuticos pretendidos; um medicamento ou a combinação de vários medicamentos causam reações adversas inaceitáveis ou colocam o doente em elevado risco de as ter; o doente não quer ou não tem capacidade para tomar um ou mais medicamentos de acordo com a prescrição.

Neste sentido, é importante a adoção de programas de gestão da polimedicação. Estes programas correspondem a abordagens sistematizadas que pretendem otimizar o cuidado de doentes com múltiplas comorbilidades, maximizando o benefício e reduzindo os riscos associados a uma polimedicação.

Os idosos são uma população que beneficia deste tipo de abordagem. Além das múltiplas comorbilidades que apresentam e da sua fragilidade, eles são os principais consumidores de medicamentos e as suas respostas aos fármacos são muito variáveis, em virtude das suas particularidades fisiológicas. Além disso, os tratamentos utilizados na população idosa baseiam-se em guidelines baseadas na evidência específicas para determinadas doenças e estas baseiam-se em ensaios clínicos nos quais os idosos com múltiplas comorbilidades são excluídos, pelo que a forma como as mesmas se podem extrapolar para uma população tão heterogénea não é muito clara.

A polimedicação inapropriada pode, assim, contribuir para o aumento do número de reações adversas, conduzir a uma maior

prevalência de interações fármaco-fármaco, fármaco-alimento e fármaco-doença, levar a uma menor adesão à terapêutica e originar um elevado índice de complexidade da terapêutica. Todos estes fatores concorrem para um aumento do número de hospitalizações e, conseqüentemente, para um aumento dos custos em saúde. Na Europa, 50 a 80% dos doentes com condições crônicas podem ser não aderentes, estimando-se que a não adesão à terapêutica tenha um custo anual 125 bilhões de euros; 8,6 milhões de admissões hospitalares são devidas a eventos adversos relacionados com os medicamentos e 50% dessas admissões são preveníveis, sendo que 70% delas ocorrem em doentes com mais de 65 anos a tomar 5 ou mais medicamentos.

Apesar de ser um grave problema de saúde pública, Portugal não tem qualquer política para lidar com a polimedicação inadequada. É, pois, urgente a criação e implementação de um Plano Nacional de Revisão da Polimedicação na população mais velha, como conclui o estudo europeu SIMPATHY, que envolveu uma equipa de investigadores portugueses das Faculdades de Farmácia e Medicina da Universidade de Coimbra e da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Desenvolvido ao longo dos últimos dois anos por uma equipa multidisciplinar de 10 instituições da Alemanha, Espanha, Grécia, Itália, Polónia, Portugal, Reino Unido e Suécia, o SIMPATHY – Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in The Elderly – foi coordenado pelo Governo da Escócia e obteve um financiamento de um milhão de euros da União Europeia (UE)

através do 3º Programa Europeu de Saúde.

A equipa, constituída por cerca de meia centena de especialistas e investigadores, efetuou o levantamento do “estado de arte” do problema, procurou identificar políticas de gestão da polimedicação (nacionais, regionais ou locais), chamou a atenção aos decisores para a necessidade da criação de políticas para gestão adequada da polimedicação e elaborou um roteiro de objetivos para que em 2030 todos os cidadãos europeus possam beneficiar de programas de gestão de polimedicação.

Do estudo resultou um Manual de Diagnóstico da Situação de Polimedicação no Idoso na Europa (Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge), onde são indicadas seis grandes recomendações para implementação de Programas de Revisão da Polifarmácia em todos os Estados-Membros da eu. Saliente-se a necessidade do uso de abordagens multidisciplinares nos Sistemas Nacionais de Saúde, encarando o problema de forma holística, a promoção de uma cultura que valorize a segurança e a qualidade na prescrição de medicamentos e a recolha de dados nacionais que auxiliem a tomada de decisão política.

O Manual, dirigido aos profissionais de saúde (médicos, farmacêuticos, enfermeiros) e a decisores políticos, tem o editorial assinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhecendo a importância deste trabalho, e está disponível gratuitamente na Página Web do projeto SIMPATHY. ■

**Paula Peixe***

Comissão Científica GEDI

Doença Inflamatória Intestinal em Portugal: O papel do GEDI

As doenças inflamatórias do intestino (DII) são situações crónicas, de curso clínico variado e com perda significativa da qualidade de vida.

A doença de Crohn (DC) e a colite ulcerosa (CU) são as entidades mais relevantes nas DII.

As DII têm globalmente vindo a aumentar, no mundo e em Portugal.

Estima-se que a doença de Crohn apresente incidências de 3,1 - 14,6 por 100000 pessoa/ano nos Estados Unidos da América e na Europa entre 0,9 - 10 por 100000 pessoa/ano, enquanto que no Japão a ocorrência seja de 0,08-0,5 por 100000 pessoa/ano.

A doença apresenta gradiente Norte - Sul, com uma relação entre géneros Mulher: Homem = 1,2:1, existindo variação étnica com maior expressão nos caucasianos.

A doença apesar de poder ser diagnosticada em qualquer idade tem dois

picos de diagnóstico um em idades mais jovens (15 aos 30 anos) e um mais tardio depois dos 70 anos.

Para a colite ulcerosa a incidência encontrada foi de 6,0 - 15,6 por 100000 pessoa/ano nos Estados Unidos da América, na Europa entre 1,5 - 20,3 por 100000 pessoa/ano, enquanto que no Japão 1,9 por 100000 pessoa/ano.

Parecendo estar a ocorrer uma redução do número de casos nos países do Norte e um aumento nos do Sul e que condiciona uma redução / ausência de gradiente.

Também não existe diferença entre géneros e ocorrendo transversalmente em todas as idades. Existe alguma variação étnica, mas o mais relevante é a aquisição do risco do país de acolhimento pelas populações migrantes.

Em Portugal existem dois grandes estudos epidemiológicos realizados em 2003 e em 2007 (Azevedo, 2010), nos quais foi possível mostrar o aumento da prevalência da

INVENTING FOR LIFE

SOMOS INSPIRADOS POR
UMA VISÃO PARTILHADA E
POR UMA MISSÃO DE SALVAR
E MELHORAR VIDAS

Uma procura
pela descoberta,
uma vocação
pelo tratamento

doença inflamatória intestinal de 86 doentes/100.000 habitantes para 146 doentes/100.000 habitantes, com um incremento similar em ambas as entidades nosológicas.

A DII condiciona perda significativa de qualidade de vida com impacto em parâmetros tão sensíveis como a mobilidade e a realização das atividades da vida diária, a higiene, a presença da dor, de ansiedade e depressão; além perda de anos escolares, perda de emprego e redução do acesso ao emprego.

Até há cerca de 15 anos os doentes com doença de Crohn ou com colite ulcerosa apresentavam um risco de cirurgia acrescido aproximando-se, aos 10 anos de doença, dos 65% na DC e dos 25% na CU.

Nas coortes históricas existia ainda aumento do significativo risco de cancro colo-rectal (com maior expressão na CU) e de mortalidade que, nos anos de 1980, se aproximava de 25% nos doentes com DC.

Atualmente, houve uma melhoria importante da qualidade de vida, o número de neoplasias é similar (ou menor) ao encontrado na ausência de DII e a esperança de vida similar à da população em geral.

Isto deve-se a que nos últimos 20 anos ocorreram mudanças fraturantes em diversas áreas que modificaram o prognóstico da DII (a curto, médio e longo prazo).

Ocorreram mudanças no diagnóstico com mais e melhores métodos endoscópicos, imagiológicos e laboratoriais que permitem uma mais acurada definição da DII e melhor conhecimento da fisiopatologia destas doenças.

Estes conhecimentos traduziram-se nas mais importantes alterações, que tiveram lugar na área da terapêutica.

O aparecimento de fármacos biotecnológicos modificou a história natural da DII e a sua abordagem farmacológica.

A introdução dos anticorpos anti-TNF alfa abriu um “admirável mundo novo” no tratamento e seguimento destes doentes, com importantes ganhos em saúde.

Desde então, tem havido intensa investigação nas doenças inflamatórias e nos seus mediadores, com reconhecimento de áreas de intervenção preferenciais e específicas e consequente desenvolvimento de fármacos cada vez mais orientados para determinadas variações fisiopatológicas.

O tratamento passou a ter como objetivos, não o controlo do episódio agudo, mas o controlo da doença e da sua evolução traduzido pela redução dos internamentos, das cirurgias e da mortalidade e pela melhoria da qualidade de vida.

Estes foram conseguidos por um mais expressivo controlo da doença; centrado não no controlo dos sintomas e sinais, mas objetivado pela cicatrização da mucosa e recuperação histológica (cicatrização da mucosa – “deep remission”).

Em Portugal, o crescente número de doentes e a “necessidade sentida por um grupo de médicos dedicados ao estudo e tratamento da Doença Inflamatória Intestinal de agregar esforços e partilhar experiências foi efetuada uma reunião preliminar em 7 de Dezembro de 2002 na qual foi decidido criar o Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal (GEDII) (in site GEDII).

O Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal (GEDII) tem sido catalisador para profissionais de saúde dedicados à área, promovendo a sua formação e produção científica.

Portugal passou a ter visibilidade internacional e a fazer parte dos corpos sociais e científicos da Organização Europeia de Crohn e Colite (ECCO), enquanto GEDII e, particularmente, pela atividade do seu Presidente cessante, o Professor Doutor Fernando Magro, continuando-se na atividade do novo Presidente Dr. Luis Correia.

Enquanto grupo de estudos já foram produzidos mais de 30 artigos científicos, a maior parte destes em revistas indexadas internacionais e de elevado fator de impacto, que refletem temas de investigação clínica e laboratorial e de reflexão e decisão em áreas em que foi sentida a necessidade de linhas orientadoras para a prática diária.

O GEDII promove também a formação quer durante o período de formação específica (Internato das Especialidades) quer para outros profissionais de saúde e para a Indústria farmacêutica.

O principal Fórum de discussão (e formação) é a Reunião Anual que este ano aconteceu entre 18 e 20 Janeiro, em Cascais.

No primeiro dia teve lugar o Curso avançado “Dilemas dermatológicos, reumatológicos e oncológicos nos doentes com DII” onde foram revistos temas de relevância clínica como a presença de espondilartrite no doente com DII, as complicações dermatológicas no tratamento com agentes biotecnológicos e a problemática do tratamento da DII nos doentes com neoplasia. Foi também feita uma reflexão sobre reações paradoxais e autoimunidade.

O fio condutor da Reunião deste ano foi a terapêutica da DII.

Esperam-se para os próximos meses (anos) muitos novos fármacos decorrentes da investigação em de diversas vias da cascata

da inflamação o que permitiu a definição de novos alvos terapêuticos.

Dentre estes, destacamos os que se relacionam com o tráfico, adesão e “homing” de células T como os fármacos anti-integrinas, os inibidores da JAK e os inibidores da IL-23.

Foram também apresentados os dados sobre a utilização de células pluripotenciais (“stem cells”) mesenquimatosas na terapêutica de uma das mais complexas situações, a doença perianal.

A importância do Microbioma na doença e na DII, em particular, constitui um dos temas de maior atualidade e a transplantação fecal é vista como uma abordagem terapêutica com sucesso, contudo, ainda sem a disseminação espetável.

E por último, mas não menor significado face ao crescente armamentário terapêutico, a definição da cicatrização da mucosa como objetivo do tratamento; os novos algoritmos para a doença de Crohn e colite ulcerosa e a translação entre os estudos clínicos e o tratamento do doente individual.

Ocorreu também a Reunião anual de Enfermagem em DII.

Os Enfermeiros são parceiros na abordagem dos doentes com DII, tendo um importante papel na terapêutica - administração e monitorização.

O programa desenvolveu-se por temas sobre infeção e eventos adversos, identificação e monitorização, além da métrica de atividade da doença.

Ainda de referir a presença da Associação Portuguesa de Doentes com DII, APDI, porque os doentes são a razão da nossa existência enquanto GEDII. ■

FERNANDO ARAÚJO

“Implementar uma política de Saúde Pública centrada na prevenção da doença e na promoção da Saúde”

Fernando Araújo, atual secretário de Estado Adjunto da Saúde, é médico e gestor e a entrevista que concedeu a O Hospital deixa perceber essas duas ligações.

Pedimos-lhe a análise ao ano de 2017, no setor, e as perspetivas para 2018. A ligação que faz, entre o trabalho realizado e as diretrizes a seguir no ano que se iniciou, deixa perceber que o Ministério da Saúde quer continuar a apostar na prevenção da Saúde, na literacia dos doentes e na modernização do setor, de forma a não se perderem etapas nem anos de vida, principalmente na idade sénior.

Consciente de que o SNS ocupa uma posição cimeira e de referência nas análises internacionais, o especialista em Imuno-hemoterapia sabe também que há muito trabalho a fazer, no presente e no futuro, e que nem tudo está facilitado. Aliás, Fernando Araújo tem consciência que a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde pode estar em causa se não forem tomadas medidas, concretas e conscientes, sobre os caminhos a seguir.

Olhando para o ano de 2017, como analisa a prestação do Ministério da Saúde?

Hoje, Portugal assume-se como país de referência pelos cuidados de saúde que presta aos seus cidadãos. De acordo com o Euro Health Consumer Index 2016 (classificação anual dos sistemas de saúde nacionais da Europa), Portugal está entre os países com os melhores sistemas de saúde do mundo, posicionando-se à frente do Reino Unido e de Espanha. Também a Internacional Business Times, num artigo de março de 2017, considerou Portugal como um dos cinco melhores países do mundo na prestação de cuidados de saúde, destacando a evolução muito positiva na taxa de mortalidade infantil que passou de cerca de 78 para 3, por 1000 nados-vivos, entre 1960 e 2016.

Esta evolução foi também reconhecida pela revista Lancet que num estudo, recentemente publicado, considerou Portugal como um dos 10 países do mundo mais seguros para se nascer.

De referir também que, de acordo com o relatório State of Health in the EU, da OCDE, Portugal tem uma das mais baixas taxas de internamento hospitalar evitável na União Europeia.

Não obstante estes bons resultados, de acordo com o Global Burden of Diseases, Portugal continua a ser dos países com um dos maiores números de anos de vida saudável perdidos após os 65 anos de idade.

Neste âmbito, e mantendo sempre presente a grande prioridade deste Governo, plasmado no seu programa para a saúde, de “defender o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e



promover a saúde”, em 2017 assistimos a uma mudança de paradigma, diria que histórica, para o SNS.

Sobre o mote de que a saúde é mais do que a ausência de doença, inspirado pelas melhores experiências internacionais e baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde concebeu, e tem vindo a implementar, um conjunto de medidas, estruturantes e inovadoras, que visam a prevenção da doença e a promoção da saúde, e das quais gostaria de destacar:

- A definição do modelo de governação do Programa Nacional de Vacinação, e o alargamento da cobertura vacinal, para a proteção da saúde pública.
- A taxaçãõ de bebidas açucaradas, prevista no Orçamento de Estado para 2017 e que se mantém em 2018, permitiu que os Portugueses ingerissem, apenas através do consumo de

refrigerantes, menos cerca de 5.000 toneladas de açúcar num ano.

- A publicação em dezembro de 2017, pela primeira vez no nosso país, de uma Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS), construída através de um grupo de trabalho interministerial (refletindo a opinião dos Ministérios das Finanças, Administração Interna, Educação, Saúde, Economia, Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural, e Mar), define um plano que visa incentivar o consumo alimentar adequado e a conseqüente melhoria do estado nutricional dos cidadãos, com impacto direto na prevenção e controlo das doenças crónicas.
- A limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de vending e nos espaços destinados à exploração de bares, cafetarias e bufetes, pelas instituições do Ministério da Saúde.
- A assinatura do protocolo com a indústria da panificação para a redução do sal no pão e para a



promoção do consumo de pão, que irá de forma faseada reduzir em cerca de 30% a quantidade do sal.

- O desenvolvimento de objetivos estratégicos para a intervenção ao nível da promoção da atividade física, através da realização de projetos piloto em unidades funcionais de Agrupamentos de Centros de Saúde, estabelecimentos hospitalares do SNS e unidades locais de saúde, de acordo com o plano publicado em outubro de 2017.

- A aprovação de normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo, numa proposta de Lei apresentada pelo Governo à Assembleia da República, que procede à monitorização e regulação dos novos produtos do tabaco sem combustão, interditando o seu consumo nos mesmos locais onde seja proibido fumar e alargando a novos espaços como parques infantis.

- A criação de novas consultas de cessação tabágica, conseguindo que pela primeira vez todos os ACES tivessem pelo menos uma agenda dedicada a esta área e aumentando os locais em mais de 30% relativamente a 2015, atingindo cerca de duas centenas de instituições de saúde, de modo a permitir a acessibilidade aos utentes.

- A implementação, também pela primeira vez no nosso país, da participação de medicamentos antitabágicos, o que impulsionou a utilização destes fármacos, tendo-se assistido a um aumento de cerca de 69% nas dispensas nas farmácias.

A aposta nos Cuidados de Saúde Primários foi, sem dúvida, a grande motivação. Quais as medidas implementadas e que resultados se podem vir a alcançar com as mesmas?

Os cuidados de saúde primários são a base do sistema de saúde e devem situar-se

próximo das comunidades. É nesse contexto que o Governo, no seu programa para a saúde, estabeleceu como prioridade expandir a capacidade e melhorar a qualidade e a eficácia da resposta da rede de cuidados de saúde primários, relançando um processo de reforma que havia sido interrompido, e que se revelou da máxima importância para a melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Assim, e tendo como referencial o Plano Estratégico elaborado pela Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários, em 2017 várias foram as medidas implementadas no sentido de concretizar a centralidade da rede de Cuidados de Saúde Primários na política de saúde do país, expandindo e melhorando a sua capacidade de resposta qualificada e articulando com os outros níveis de prestação de cuidados, nomeadamente através do projeto 'SNS + proximidade'.

Destaca-se neste âmbito a conceção de um novo modelo de contratualização, em 2017, aplicado a todas as unidades funcionais, bem como a sua operacionalização suportada pelo desenvolvimento da plataforma eletrónica - "PAUF" - e a transparência conseguida pela publicação do "IDG" (Índice de Desempenho Global).

Também em 2017, de referir a implementação de um conjunto de projetos piloto que visam o aumento da resolutividade dos cuidados de saúde primários. Ao nível da Saúde Oral, foram contratadas novas equipas de médicos-dentistas e uniformizou-se a forma de trabalhar e os tipos de tratamentos prestados por todos os médicos dentistas do SNS. De 2016 para 2017, assistimos a um aumento em 25.311 consultas de medicina dentária nos cerca de 50 centros de saúde de todo o país, num projeto emblemático e muito reconhecido pelos utentes, pelos profissionais e pelos autarcas.

Já nos cuidados respiratórios foi desenvolvido um projeto-piloto com o objetivo de implementar a rede de espirometrias nos centros



de saúde das ARS do Alentejo e do Algarve, aumentando assim o diagnóstico precoce da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Os resultados obtidos demonstram um enorme avanço na acessibilidade à espirometria, realizada de uma forma internalizada, estimando-se, com base nos dados até julho, que em 2017 se realizaram mais 3.880 espirometrias, nas ARS do Alentejo e do Algarve, que no ano anterior.

Este aumento da capacidade para diagnosticar a DPOC irá condicionar ganhos significativos em saúde, decorrentes da possibilidade de diagnosticar e tratar os doentes numa fase mais precoce. Os resultados obtidos terão certamente um impacto positivo no número de internamentos, uma vez que o diagnóstico precoce possibilita a instituição de medidas profiláticas e terapêuticas, que previnem as exacerbações da DPOC.

Já na saúde visual e tendo presente que a ambliopia é um reconhecido problema de saúde pública, sendo considerada a causa mais frequente de perda de visão monocular, foi realizado, em 2016, na Região Norte um rastreio piloto da saúde visual infantil, para despiste da ambliopia nas crianças aos 2 e 4 anos, em 4 ACES. Os resultados deste rastreio piloto mostraram que quase um quinto das crianças rastreadas foram encaminhadas para consulta hospitalar e destas, 26% tiveram prescrição de óculos, permitindo corrigir em tempo uma patologia que silenciosamente se ia instalar e que se não tratada, pode ter sequelas irreversíveis na sua saúde visual. Face aos resultados deu-se início ao alargamento regional deste programa de rastreio a mais 8 ACES, com a participação de 4 novos hospitais, o que equivale aproximadamente a metade do total de crianças que perfazem 2 anos nesta região. Durante este ano de 2018, estudar-se-á a forma de garantir a plenitude da população alvo da região norte e iniciar-se o alargamento às restantes regiões.

Gostaria também de destacar a alteração do regime jurídico das unidades de saúde familiar, efetuado em 2017 e que veio

reforçar a sua autonomia através de uma maior exigência e transparência, da clarificação do regime de incompatibilidades e da definição das consequências do incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso.

Também de extrema importância foi a simplificação do processo de recrutamento de médicos de medicina geral e familiar, bem como a realização, em mais de 10 anos, do 1.º concurso de mobilidade de âmbito nacional dirigido aos médicos de família.

A diminuição do número de infeções hospitalares no sistema de saúde foi uma das boas notícias de 2017. A atitude dos profissionais de saúde contribui muito para esta mudança? Há ainda um caminho longo a percorrer? Quais as atitudes a tomar?

Em 2010, a taxa de cesariana realizadas em unidades hospitalares, em Portugal, foi bastante superior à recomendada pela OMS

A descoberta dos antibióticos e a sua utilização em terapia anti-infecciosa constituiu um progresso inquestionável da medicina do século XX. No entanto, as infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência antimicrobiana são hoje um dos maiores desafios da medicina moderna à escala mundial.

Atentos a estes fenómenos, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência Antimicrobiana tem vindo a liderar uma estratégia, em ligação com o *European Center for Disease Control*, e em articulação com a Fundação Calouste Gulbenkian (através do programa 'STOP Infeção'), com resultados muito favoráveis.

Relativamente às infeções associadas aos cuidados de saúde em Portugal, nos últimos anos tem-se assistido a uma tendência global de descida da sua incidência. Em 2017 foram realizados estudos de prevalência de infeção em Hospitais e em Unidades de Cuidados Continuados Integrados, com valores muito positivos, sendo que a prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) foi de 7,8% quando em 2012 havia sido 10,5%.



Ao nível do consumo global de antibióticos em Portugal, não obstante terem margem para descer, têm-se mantido abaixo da média da União Europeia, quer na comunidade, quer nos hospitais.

Já nas resistências aos antimicrobianos também se assiste a uma redução generalizada de 2016 face a 2015, sendo de registar com alguma apreensão, embora expectável face ao aumento na Europa da proporção de isolados de *Klebsiella pneumoniae* resistentes aos carbapenemos.

Apesar destes resultados, na sua maioria positivos e que nos indicam estar no caminho certo, sabemos que estamos perante um problema grave de saúde pública.

Não obstante medidas adicionais que possam ser implementadas, é fundamental o envolvimento de todos, nomeadamente na alteração dos comportamentos individuais, como o cumprimento das boas práticas na higienização das mãos, o plano de vacinação e a prescrição e uso adequado de antimicrobianos.

A decisão de penalizar os estabelecimentos hospitalares que ultrapassassem às regras estabelecidas relativamente as cesarianas, foi uma das medidas anunciadas e que não foi bem entendida, principalmente pelos utentes. É uma regra para ser, de facto, implementada? De que forma?

A taxa de cesarianas é considerada internacionalmente um indicador de qualidade dos cuidados obstétricos. A realização de uma cesariana pode trazer benefícios de saúde inequívocos para a grávida e para o seu filho, mas a utilização inapropriada deste procedimento, sem que existam motivos clínicos, acarreta riscos acrescidos para ambos.

Em Portugal, em 2016, a taxa de cesarianas realizada em unidades hospitalares foi bastante superior ao recomendado pela OMS.

Sendo Portugal um dos países da Europa com maior taxa de cesarianas (de referir que um parto por cesariana está associado a um risco de mortalidade da mãe cinco vezes superior

e a complicações para o recém-nascido), foi constituída em 2013 a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas.

A referida Comissão propôs assim a definição de metas para a taxa de cesarianas nos hospitais do SNS, que tivessem repercussão no financiamento hospitalar e sem colocar em risco os bons resultados de saúde atingidos.

Assim, encontra-se em vigor desde 2014 um Programa para a redução da taxa de cesarianas, no qual os proveitos decorrentes dos episódios de internamento com cesariana foram indexados à taxa de cesarianas, aplicando-se deste modo uma redução progressiva do financiamento aos hospitais que não cumprem as metas definidas pela Comissão.

Ainda sobre esta matéria, e no que respeita aos fundamentos técnicos e estudos científicos que suportam as medidas referentes ao financiamento associado à redução das taxas de cesarianas para além das recomendações da Comissão, num estudo realizado em 2015, publicado na Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, observou-se a redução de 10% na taxa de cesarianas em Portugal entre 2009 e 2014, sendo que nos hospitais públicos esta redução foi de 14%. Ainda, de acordo com o mesmo estudo, esta redução resultou dos esforços desenvolvidos, designadamente a maior partilha de informação, formação dos profissionais de saúde, bem como a inclusão da taxa de cesariana como um dos critérios de financiamento das instituições hospitalares.

Outro assunto que mereceu destaque por parte do Ministério da Saúde teve a ver com a necessidade de integrar cuidados, permitindo ao utente do SNS mais apoio, mais equidade e mais celeridade nas consultas e cirurgias. Há varios projetos em organização: pensa que esta alteração pode mudar os constrangimentos do setor nos próximos anos? De que forma?

O progresso da medicina foi em grande parte responsável por aquilo a que chamamos “ganhos em saúde”, no entanto os problemas de saúde não são os mesmos de há 40 anos. Vivemos, em média, mais do que os restantes países da união europeia mas vivemos mais doentes. As doenças crónicas afetam grande parte da nossa população, aumentando a necessidade de acesso a cuidados de saúde e os encargos do estado com medicamentos. Hoje, mais de 65% dos gastos com medicamentos ambulatoriais dizem respeito a doenças crónicas.

Portanto, a manter-se a trajetória atual do SNS, a sustentabilidade futura será colocada em causa. Neste contexto, tentar resolver os mesmos problemas com as mesmas soluções originará sempre os mesmos resultados. É preciso mudar e alterar o paradigma.

A manter-se a trajetória atual do SNS a sustentabilidade futura será colocada em causa

Sendo os comportamentos de risco, como tabagismo, a má alimentação, o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo, os fatores comuns das doenças crónicas tornou-se fundamental promover uma verdadeira alteração comportamental dos Portugueses. E é nessa base que a literacia assume um papel central nas políticas de saúde deste Governo. Assim, através de um casamento virtuoso entre cuidados de proximidade e investimento prioritário na literacia e autonomia de cada utente, acreditámos ser possível construir um SNS diferente.

Assim nasce o projeto SNS+, mais próximo das pessoas, em que os centros de saúde sejam mais acessíveis, mais personalizados, em que cada utente define as suas prioridades e expectativas, mais adequadas às suas responsabilidades laborais, em que grande parte dos exames complementares de diagnóstico podem ser feitos no Centro de Saúde, em que as equipas de saúde familiar são cada vez mais multidisciplinares, integrando, além dos tradicionais Médicos e Enfermeiros, também Médicos Dentistas, Nutricionistas, Psicólogos, Cardiopneumologistas e Fisioterapeutas.

Este projeto piloto está assente em dois princípios basilares, a gestão dos problemas das pessoas com doença aguda ou agudização de doença crónica nos cuidados de proximidade e a gestão do percurso das pessoas com múltiplos problemas de saúde e que são utilizadores frequentes de cuidados de saúde hospitalares ao nível dos Centros de Saúde, abrangendo uma população de mais de 600 000 utentes, distribuídos pelos ACES do Porto Ocidental, de Gondomar, de Matosinhos e de Barcelos/Esposende em estreita colaboração com os Centros Hospitalar do Porto, Hospital de Barcelos e Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Durante este ano, de 2018, serão alargadas as experiências da região Norte a todas as regiões do país e em 2019 o Ministério da Saúde espera começar a generalizar o plano individual de cuidados a toda a população com múltiplos problemas de saúde.

Olhando já para o futuro próximo: quais vão ser as grandes linhas de atuação do Ministério da Saúde para o ano que agora se inicia?

Em 2018 as políticas de saúde darão continuidade aos processos em curso visando a melhoria da equidade no acesso, da qualidade dos cuidados e da eficiência do Serviço Nacional de Saúde, face aos desafios que se colocam, nomeadamente o envelhecimento da população e o peso crescente da carga de doença crónica.

Para concretizar estes objetivos será dada continuidade à implementação de uma política de saúde pública centrada na prevenção e deteção precoce da doença e na promoção da saúde.

No âmbito da Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) e tendo como tema “Juntos contra o Sal” serão desenvolvidas um conjunto de iniciativas que reforcem a literacia do cidadão relativamente às quantidades adequadas de sal que devem ingerir diariamente.

Serão também, no âmbito da referida estratégia, celebrados um conjunto de protocolos, com instituições e parceiros da sociedade civil, para a promoção, através dos seus canais de

comunicação, da alimentação saudável e da adoção de estilos de vida saudáveis.

Será também dado grande relevo à diminuição do consumo de açúcar e à limitação da utilização de gorduras trans nos produtos alimentares.

Ao nível da deteção precoce da doença, pretende-se continuar o trabalho iniciado em 2016, de reforço da cobertura geográfica dos rastreios. Prevê-se que, em 2018/2019, o rastreio do cancro da mama esteja totalmente implementado em todas as regiões de Portugal Continental. A este respeito, importa referir que, de acordo com o Relatório *Health at a Glance 2017*, em 2014, Portugal foi o segundo país da Europa, logo abaixo da Suécia, com maior taxa de rastreio, com cerca de 84% das mulheres rastreadas, bem acima da média europeia (OCDE33) que foi de cerca de 61%. De referir ainda que, no mesmo período, a taxa de sobrevivência a cinco anos no cancro da mama foi de quase 88%, cerca de 3 pontos percentuais acima da média europeia.

Não posso deixar de mencionar também a grande aposta na saúde mental, através da implementação de um novo modelo de financiamento que privilegia as abordagens na comunidade e do reforço da presença dos psicólogos nos centros de saúde, para entre outros objetivos, promover a deteção precoce e a abordagem da depressão e a redução do consumo de fármacos com impacto na saúde mental.

A burocracia no setor tem sido um dos problemas mais contestados nos últimos anos, apesar de muitas mudanças se terem registado nesse sentido – receita eletrónica; tentativa de ligar em rede os equipamentos eletrónicos, etc. Há mais novidades neste domínio que vão ser apresentadas?

Em 2017, foi realizada uma forte aposta no desenvolvimento de sistemas de informação tendo em vista a melhoria do desempenho, da eficiência, da eficácia e da sustentabilidade do SNS, entre os quais se destaca o reforço do Centro de Controlo e Monitorização do SNS e o

desenvolvimento dos procedimentos relacionados com a desmaterialização de processos, como a receita sem papel, e a criação do Registo de Saúde Eletrónico (RSE).

No âmbito da melhoria da governação do Serviço Nacional de Saúde foi criado o Portal do SNS e a App MySNS (MySNS, MySNS Tempos e MySNS carteira eletrónica), que permitiram aumentar a transparência a todos os níveis, com divulgação atempada da informação relativa ao acesso, desempenho e qualidade no SNS, criando também nova dinâmica na promoção da literacia digital em saúde. Os 10 milhões de visualizações do Portal SNS e os mais de 127.300 downloads de Apps destacam o potencial inovador destes recursos.

Em 2018 será dada continuidade ao desenvolvimento do Registo de Saúde Eletrónico, enquanto instrumento indispensável à gestão do acesso com eficiência, equidade e qualidade, criando condições efetivas para partilha de resultados de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), harmonização dos conjuntos de dados potenciando a investigação clínica e uso secundário de dados através de iniciativas de interoperabilidade.

A discussão sobre a prática da eutanásia em Portugal está na ordem do dia. O SNS está preparado para assumir esta realidade, caso o sim seja uma realidade?

A prestação de cuidados aos doentes com doenças graves e/ou avançadas e progressivas com o objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida, é um elemento qualitativo essencial do Serviço Nacional de Saúde.

Neste sentido, e quatro anos depois da publicação da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), pela primeira vez, procedeu-se, à designação dos membros da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), a quem compete a elaboração e coordenação da estratégia para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no SNS.

Esta estratégia, que está a ser desenvolvida e está consubstanciada no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) para o biénio 2017-2018, preconiza uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos funcional, plenamente integrada no SNS e implementada em todos os níveis de cuidados de saúde, promovendo desta forma a equidade no acesso a Cuidados Paliativos de qualidade, adequados às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e preferências dos doentes e suas famílias.

Na definição organizacional e garantia da qualidade de cuidados, trabalhou-se na definição do que são as diferentes tipologias de equipas de Cuidados Paliativos, os recursos humanos que devem possuir, critérios de referenciação, regras de registo da atividade assistencial das equipas de forma a possibilitar a recolha de informação sobre, nomeadamente, os doentes que são atendidos, os cuidados prestados, e respetivos tempos de espera para consulta, hospital de dia e internamento.

Importante referir neste âmbito a inclusão dos Cuidados Paliativos como justificação clínica para o acesso ao transporte não urgente de doentes e a isenção de taxas moderadoras nas consultas de Cuidados Paliativos.

Tem sido também incentivada a criação de novas equipas e unidades de Cuidados Paliativos. Desde 2016 já iniciaram funções onze Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), cinco Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSOP) e uma Unidade de internamento de Cuidados Paliativos (<https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/unidades-de-cuidados-paliativos/>).

É importante referir que a Região do Algarve foi a primeira região do país a ter uma cobertura total ao nível da resposta em Cuidados Paliativos.

Em consonância com a Base XXVII, da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, e de acordo com o Programa do Governo, que estabelece como prioridade aperfeiçoar a gestão

dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde, gostaria de destacar os Protocolos de Colaboração estabelecidos com diversas Universidades e Institutos Politécnicos responsáveis pela formação de médicos e enfermeiros: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, a Faculdade de Medicina e o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto, Universidade do Porto, através da Universidade do Algarve - Mestrado Integrado Medicina, a Universidade do Minho – Mestrado Integrado Medicina, a Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem, São João de Deus, os Institutos Politécnicos de Castelo Branco, Viana do Castelo e de Beja e o Instituto Superior de Saúde de Portalegre.

Assim, atualmente, todas as escolas de medicina do país e muitas escolas públicas de enfermagem têm formação específica em

Cuidados Paliativos, sendo esta formação obrigatória no Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade do Algarve e Universidade do Minho e em diversas Escolas Superiores de Enfermagem.

Está ainda em curso a assinatura de protocolos neste âmbito com as escolas de psicologia, através de um trabalho concertado do Ministério da Saúde com a Ordem dos Psicólogos Portugueses. ■

Entrevista | **Marina Caldas**

Fotografia | **Pedro Mensurado**



CV

Fernando Araújo nasceu no Porto, em 1966.

Doutorado em Medicina pela Faculdade de Medicina do Porto. Pós-graduado em Gestão pela Universidade Católica Portuguesa.

Especialista em Imuno-hemoterapia, com Grau de Consultor, foi Diretor do Serviço de Imuno-hemoterapia do Centro Hospitalar de S. João, EPE.

Exerceu múltiplas responsabilidades ao nível da gestão intermédia e gestão de topo em instituições de saúde, presidindo a diversas entidades e instituições na área da saúde.

Foi membro do Conselho Nacional para o Serviço Nacional de Saúde da Ordem dos Médicos, Presidente da Direção do Colégio da Especialidade de Imuno-hemoterapia da Ordem dos Médicos, Membro da Direção da Competência de Gestão de Serviços da Ordem dos Médicos.

É coautor de mais de 200 originais, editados em revistas científicas indexadas internacionalmente.

**Vitor Papão**Diretor Geral Gilead Sciences
Portugal

A POLÍTICA DE SAÚDE PARA 2018

O novo ano é sempre um virar de página, justamente encarado como uma oportunidade de melhorar o que fizemos anteriormente. Oferece também tempo para um breve período de reflexão que levará a uma ação contínua prolongada ao longo dos meses seguintes. E neste campo, a Saúde não é exceção. Queremos sempre mais e melhor, desejamos tenazmente que os nossos direitos sejam garantidos pelo Estado, que o mesmo proteja os seus cidadãos e olhe sempre pelos seus interesses. E quando falamos em Saúde, olhar pelos interesses de todos inclui garantir o acesso equitativo às tecnologias e ao melhor tratamento disponibilizado pela ciência, o que invariavelmente implica o acesso à inovação. Em Portugal, porém, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) continua doente e o seu médico (o Estado) tarda em implementar soluções.

Desde logo o problema crónico, que tem assolado ministros e governos e cuja solução teima em não chegar: o subfinanciamento de todo o Sistema e dos hospitais em particular. A atual metodologia de financiamento dos hospitais públicos portugueses possui aquilo que podemos identificar como incentivos à seleção (adversa) de doentes, visto que possibilita a identificação de doentes que pelas suas características se

tornam menos “rentáveis” para os hospitais. Por outras palavras, há hoje doentes identificados pela gestão hospitalar como fonte de problemas financeiros, por causa de uma patologia ou de um estágio mais avançado da doença que obriga a um maior investimento para tratar e cuja complexidade, o financiamento hospitalar, não considera. Esta condição nacional, pode traduzir-se numa perda de qualidade assistencial e de acessibilidade para os mesmos e tanto penaliza como beneficia uns hospitais face a outros, variando com as características da população que geograficamente servem. Mais, certas unidades hospitalares podem deixar de ter capacidade – e aqui falamos apenas de capacidade financeira, nunca de capacidade humana – para tratar certos doentes, certas patologias e, certamente, certos doentes com certas patologias.

Relembro que o preambulo da Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde fala de um objetivo de «promoção de uma política sustentável na área do medicamento, de modo a conciliar o rigor orçamental com o acesso à inovação terapêutica». Este é um objetivo desejado por todos. Infelizmente, a estratégia, de forma redutora, apenas se refere a instrumentos de redução de encargos, sem se referir a métodos para pro-

mover o acesso à inovação e à promoção dos ganhos em saúde e da qualidade de vida dos cidadãos. A Saúde não pode ser encarada apenas como uma mera folha de Excel. É preciso mais. É preciso voltar a uma visão humanística da saúde e humanizar as estratégias e as políticas de saúde. O quadro clínico do SNS não melhorou com a publicação dos Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde para este ano que agora começa. Muito pelo contrário.

Nos últimos anos, o investimento nas áreas da infeção por VIH e da infeção por VHC resultou nos maiores ganhos em saúde a que assistimos em Portugal no século XXI. No entanto, os objetivos a que Portugal se propôs com a Organização Mundial de Saúde (90/90/90 para o VIH em 2020 - 90% das pessoas infetadas devem estar diagnosticadas; destas, 90% devem estar em tratamento e, neste grupo, 90% devem ter uma carga viral indetetável, não podendo assim infetar terceiros - e de eliminar o VHC até 2030) podem agora estar em causa com a decisão de descida do financiamento para as áreas referidas, uma vez que eliminam o incentivo à realização de novos tratamentos e também aumentam o problema de subfinanciamento dos hospitais. Os hospitais poderão adiar, evitar tratamentos ou impedir o acesso à inovação terapêutica, mantendo os doentes em tratamentos com maiores custos para a sua qualidade de vida, para não terem de aumentar a dívida.

Enquanto o Orçamento de Estado da Saúde para 2018 aumenta- (existe um aumento de 2,4% face ao estimado para 2017), o financiamento para a infeção VIH e VHC diminui, apesar de se tratarem de importantes áreas da saúde pública e em que existem compromissos internacionais do Estado português. Este «garrote» adicional terá consequências não desejadas visto que pressiona os hospitais a tomarem decisões financeiras que se sobrepõem às clínicas na decisão de terapêutica, com prejuízo dos doentes com estas patologias. Esta pressão poderá levar ainda a desigualdades no tratamento dos doentes em diferentes hospitais, dependentes da disponibilidade financeira dos mesmos. Estamos a criar problemas em vez de resolvê-los.

Além disso, o descuido na gestão das doenças infecciosas representa um risco para a saúde pública com potenciais implicações práticas com consequências para a despesa em saúde a longo prazo. E este é, na minha opinião, o cerne da questão. Em Portugal precisamos de mudar urgentemente de mentalidades. E precisamos de olhar para a Saúde não como um custo mas como um investimento. O caso recente da hepatite C é exemplo disso mesmo. Com a cura dos doentes quanto dinheiro se poupa a médio e longo prazo?

É por isso necessário apostar em dar acesso à inovação terapêutica, melhorando a qualidade de vida dos cidadãos portugueses, garantindo a sustentabilidade financeira do SNS através de mecanismos inovadores de *pricing* de medicamentos e de financiamento hospitalar que promova ganhos em saúde e eficiência. É urgente pensarmos no futuro a longo prazo e não apenas no dia seguinte. Tal visão obriga a uma renovação de competências das instituições do Ministério da Saúde. Também na saúde, o que parece mais barato acaba por sair várias vezes mais caro ao orçamento e à vida dos portugueses.

A Gilead ao longo dos seus 30 anos de história, enquanto biofarmacêutica especializada nas áreas do VIH/ SIDA, das Hepatites Virais e da Oncologia, tem apostado perseverantemente na investigação e desenvolvimento, num esforço contínuo que resulta na obtenção da chancela dos tratamentos mais inovadores a nível mundial nestas áreas terapêuticas. Sabemos que, à nossa escala, contribuimos para a melhoria da qualidade de vida de milhões de doentes em todo o mundo. Contudo, tal só acontece com o fortíssimo contributo de quem diagnostica, define terapêuticas e monitoriza a saúde de cada doente.

É a luz da ciência projetada pela medicina que mantém viva a esperança de um mundo mais saudável, com acesso a mais e melhores cuidados médicos. Para este ano que começa agora precisamos de unir os esforços de todos os intervenientes na Saúde em Portugal para mudar o rumo do nosso SNS e olhar o futuro com mais confiança e de forma mais saudável. ■



José Neves

Cirurgião Vascular e diretor da Unidade de Pé Diabético do Hospital Curry Cabral

O PAPEL DA OCTENIDINA NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO

A diabetes é uma doença metabólica crónica, complexa e de distribuição mundial. O futuro é preocupante. À escala global, a doença cresce a um ritmo de, aproximadamente, 9 milhões de novos casos por ano e espera-se que atinja, em 2035, uma prevalência global de 592 milhões. Em Portugal a taxa de prevalência não para de aumentar, cifrando-se em 13,3% da população adulta, entre os 20m e os 79 anos, de acordo com o relatório “Factos e Números” de 2016, do Observatório Nacional da Diabetes.

É uma doença sem tratamento perfeito que provoca uma alteração gradativa no seu portador, relacionada com os anos de evolução e, principalmente, com o grau de controlo da glicemia.

Os órgãos alvo da diabetes são as artérias e os nervos, dando por um lado origem à micro e macroangiopatia e, por outro, a polineuropatia periférica.

As principais complicações tardias da diabetes são a retinopatia, a nefropatia, a doença

cardiovascular e o pé diabético, complicações que têm uma repercussão altamente negativa na qualidade de vida do doente e dos seus familiares, devido ao elevado grau de dependência de terceira pessoa que frequentemente implicam.

O pé diabético constitui-se como uma das principais e mais debilitantes complicações da diabetes, quer pela sua elevada prevalência nas pessoas com diabetes, variando entre os 4-27%, quer pelo risco associado de amputação do(s) membro(s) inferior(es), condenando o doente à perda da sua autonomia, com impacto altamente negativo na sua qualidade de vida e do seu núcleo familiar.

A úlcera do pé diabético, por motivos variados e interligados, tende para a cronicidade. O risco de infeção é uma constante e a sua presença é motivo de preocupação, não só porque compromete o processo fisiológico de cicatrização, como cria oportunidades para que a infeção se propague para os planos profundos, com internamentos prolongados, podendo mesmo em última instância culminar

em amputação do membro, situação que tem um prognóstico de mortalidade aos 5 muito elevado, superior à maioria dos tumores malignos.

A utilização de antisépticos, de última geração, no tratamento local destas úlceras crónicas desempenha um papel relevante porque promove a redução da carga microbiana na úlcera e na pele circundante à úlcera facilitando a cicatrização desta e conseqüentemente reduzindo a possibilidade de infeção profunda.

Os vários anos de experiência clínica dizem-nos hoje que estes agentes, quando utilizados de forma correta e em conjugação com os restantes cuidados multidisciplinares, que a complexidade do tratamento do pé diabético exige, podem contribuir para melhorar os resultados do pé diabético e prevenir o desfecho mais trágico – a amputação do membro inferior.

A aplicação de antissépticos de última geração, mais concretamente a octenidina, na nossa experiência, de cerca de 3 anos e várias centenas de doentes, quer em regime de consulta externa quer de internamento nas situações de infeção mais grave, demonstrou que é possível conduzir a uma aceleração do processo de limpeza e cicatrização das úlceras.

A possibilidade de instilação intermitente de octenidina na área da úlcera em combinação com um sistema de terapia de vácuo demonstrou ser uma mais-valia nas úlceras complexas com infeção moderada e grave.

Na nossa opinião as vantagens do uso da molécula de octenidina estão relacionadas com o facto de ter um amplo espectro de ação antimicrobiano e um rápido início de ação, para além de não ser citotóxica. Outras vantagens complementares são o facto de ser indolor a sua aplicação e o não haver relatos de ações alérgicas.

O uso de octenidina, quer isoladamente quer por instilação em associação com terapia de vácuo, no tratamento de uma série de 311 doentes, com pé diabético com infeção moderada ou grave, associado a um protocolo de abordagem multidisciplinar, contribuiu positivamente quer para redução dos tempos de internamento quer para a redução da taxa de amputação maior que se cifrou, nesta série, em 3,5% em contraste com os 20% da literatura publicada internacional.

Este impacto favorece naturalmente os doentes que são a nossa prioridade na prestação de cuidados tão específicos como são os relacionados com o pé diabético. ■



**Rute Miranda**

Farmacêutica Hospitalar no
CHBM, E.P.E*

REGIMES DE DESCOLONIZAÇÃO DE MRSA: NOVAS ALTERNATIVAS

A colonização por bactérias multirresistentes continua a representar um problema global para as unidades de saúde. A utilização excessiva de antibióticos conduziu ao aparecimento de resistências bacterianas. Um exemplo de bactérias multirresistentes é o MRSA. Como sabemos, esta bactéria pode causar infeções de difícil tratamento devido à sua elevada resistência contra a maioria dos antibióticos utilizados, sendo reduzidas as opções terapêuticas disponíveis. Estas infeções têm implicações ao nível da morbimortalidade conduzindo geralmente ao aumento do período de internamento, e consequentemente dos custos hospitalares. É por isso importante analisar os benefícios de novas alternativas na descolonização deste agente.

A clorhexidina é uma molécula amplamente utilizada com eficácia reconhecida em regimes de descolonização, porém face ao conhecimento de algumas resistências à clorhexidina faz todo o sentido que se equacione a octenidina como uma alternativa de valor acrescentado na descolonização. A octenidina é a única molécula antimicrobiana conhecida atualmente que não é absorvida pelo organismo, não causando assim reações alérgicas ou sistémicas. De salientar também que devido a esta elevada segurança para o paciente, recebeu a designação “Orfão” pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA) para prevenção de sépsis

tardia em bebés prematuros de 32 semanas de gestação. Num protocolo hospitalar a octenidina oferece a vantagem de poder ser utilizada em todas as idades desde o bebé prematuro ao idoso, e também em grávidas ou mães em período de aleitamento. Enquanto molécula para descolonização do paciente tem a mais-valia de poder ser utilizada em todas as zonas do corpo, inclusive zona genital, um dos grandes focos de colonização, face, cabelo e couro cabeludo trazendo vantagens não só aos doentes, mas também aos profissionais pela segurança e facilidade de utilização.

Na Europa já muitos países preconizam a octenidina para os regimes de descolonização. Em 2014, o *National Clinical Effectiveness Committee* (Dublin, Irlanda) recomenda a utilização de antissépticos como a octenidina em banhos diários para descolonização de MRSA durante 5 dias, juntamente com mupirocina a 2% nas fossas nasais. No entanto, já foi demonstrado por Lee et al, em 2009, que as resistências de MRSA à mupirocina estão a aumentar nos Hospitais Universitários de Genebra, com evidências também no Canadá (Dardi, 2014) e na Irlanda (Eurosurveillance 13, 2009). Assim, em resposta à necessidade de alternativas para descontaminação nasal, o gel nasal à base de octenidina, tem revelado ter um amplo efeito antimicrobiano, sem previsão de aparecimento de

resistências, devido à reduzida especificidade do mecanismo de ação do princípio ativo. In vitro já foi possível constatar que mesmo na concentração de octenidina a 0,001% foi totalmente eficaz contra clones epidémicos resistentes à mupirocina (Conceição, Lencastre & Aires-de-Sousa, 2016).

Os Hospitais do NHS Foundation Trust, por exemplo, NHS East Cheshire, NHS Queen Victoria entre outros, já recomendam a utilização de produtos à base de octenidina para a descolonização total do corpo e fossas nasais. Também na Áustria, o Hospital Universitário de Viena utiliza no seu protocolo interno os produtos à base de octenidina para os banhos de descolonização, descolonização das fossas nasais e cavidade oral. O Hospital Charité de Berlim iniciou também nos últimos anos um protocolo de descolonização universal com produtos à base de octenidina para a descolonização do corpo, de todos os doentes admitidos, com resultados significativos na redução da prevalência de MRSA no Hospital, reportados no estudo “*An observational study of the universal use of octenidine to decrease nosocomial bloodstream infections and MDR organisms*” (Gastmeier et al., 2016).

Noutros continentes, também países como Singapura, Emiratos Árabes Unidos e Malásia reconhecem vantagens na molécula de octenidina e utilizam-na nos seus protocolos hospitalares.

Dadas as novas evidências e experiências desta molécula nomeadamente nos hospitais internacionais, certamente será para os hospitais portugueses igualmente uma mais-valia e uma alternativa na descolonização, dado que precisamos sempre de ter mais do que uma substância como opção de escolha. ■

Bibliografia

1. Assadian, O.. Octenidine Dihydrochloride: chemical characteristics and antimicrobial properties. *Journal of Wound Care*, 2016. Vol. 25, No 3
2. Müller G and Kramer A. Biocompatibility index of antiseptic agents by parallel assessment of antimicrobial activity and cellular toxicity. *J Antimicrob Chemother* 2008;61(6):1281-1287.
3. Gastmeier, P., Kampf, K.P., Behnke, M., Geffers, C., Schwab, F.. An observational study of the universal use of Octenidine to decrease nosocomial bloodstream infections and MDR organisms. 2016. *J. Antimicrobial Chemother.*
4. Conceição, Teresa; de Lencastre, Herminia; Aires-de-Sousa, Marta. Efficacy of octenidine against antibiotic-resistant *Staphylococcus aureus* epidemic clones. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 2016, 71.10: 2991-2994.

*** Membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica; Membro da Comissão de Infecção Hospitalar (GCL-PPCIRA)**





Marta Pinho de Almeida

Senior Clinical Research
Manager, Celgene Portugal

CELGENE CANCER CARE LINKS™

A Celgene lança novo programa de apoio aos cuidados de saúde em oncologia, em países menos avançados.

As regiões do mundo que lidam com pobreza, doenças infecciosas e insegurança alimentar, enfrentam também sérios problemas na luta contra as doenças não transmissíveis, entre as quais as cardiovasculares, a diabetes ou as doenças do foro oncológico. Muitas são as organizações e centros médicos com experiência em oncologia que têm vindo a desenvolver programas de partilha de conhecimentos para responder às necessidades de países com recursos limitados. No entanto, e em particular no que diz respeito ao cancro, os cuidados de saúde em muitos destes países são ainda deficitários, continuando a ser fundamental o financiamento e o apoio internacional para colmatar necessidades, facto reconhecido por várias organizações, incluindo a Organização Mundial de Saúde, a American Cancer Society e a Union for International Cancer Control.

A Celgene, empresa farmacêutica global dedicada à descoberta, desenvolvimento e comercialização de terapêuticas inovadoras para o tratamento do cancro, de doenças imunes e inflamatórias e de outras doenças raras, assume

o compromisso de melhorar a vida dos doentes e procurar mudar o rumo da saúde humana. Assim, a Celgene desenvolve diversos programas de responsabilidade social, tendo nomeadamente apoiado os cuidados de saúde em oncologia em África, através de um programa no Quênia, promovido pela Academic Model Providing Access to Healthcare (AMPATH). O programa Celgene Cancer Care Links™ é agora lançado para prosseguir com o apoio e financiamento de iniciativas que promovam e melhorem os cuidados de saúde de doentes oncológicos em países em desenvolvimento.

Joseph Camardo, Vice-Presidente da Celgene para as áreas da Global Health and Corporate Affairs Medical Strategy, explica como este programa pode ajudar: "Financiará instituições locais e iniciativas para melhorar os cuidados de saúde aos doentes com cancro. Esperamos que estes fundos permitam às instituições locais trazer formação médica e tecnologia à prática clínica. O nosso objetivo é ajudar a melhorar os sistemas de saúde de modo a que o cancro seja diagnosticado mais cedo, que médicos em zonas afastadas dos grandes centros médicos tenham opções quando se trata de referenciar os seus doentes para tratamento e que aumente o conhecimento sobre tratamentos eficazes."

As bolsas, no valor de 100.000 USD anuais, poderão ser renovadas de acordo com os resultados e o impacto dos programas. Procura-se financiar centros médicos que tenham já algumas capacidades e parcerias estabelecidas e necessitem de fundos adicionais. Assim, os centros a apoiar deverão ser reconhecidos e ter equipas qualificadas, incluindo médicos sénior com conhecimento e experiência em oncologia, enfermeiros e farmacêuticos, bem como trabalhar já em parceria com um centro médico fora do país anfitrião.

Privilegiar-se-ão programas com objetivos mensuráveis a curto prazo mas também que visem a melhoria dos cuidados de saúde em oncologia a longo prazo e estejam alinhados com as políticas de saúde da região. As áreas a considerar são vastas: programas de treino em oncologia para médicos, enfermeiros ou farmacêuticos; projetos para apoio médico geral a doentes com cancro, como por exemplo, para garantir outras necessidades médicas como o controlo de infeções; programas de educação e sensibilização sobre o cancro, como a divulgação de factores de risco e prevenção.

Em 2015, líderes dos 193 Estados-membros da Organização das Nações Unidas adotaram, por consenso, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que assenta em 17 Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

e 169 metas a pôr em prática por todas as nações do mundo até 2030. A erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável, a alcançar, de forma equilibrada e integrada, nas suas três dimensões: económica, social e ambiental. O Programa Celgene Cancer Care Links™ pretende contribuir direta e ativamente para o ODS 3 - assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. O Programa contribuirá também para a iniciativa Access Accelerated, uma parceria de mais de vinte empresas biofarmacêuticas que desenvolvem soluções inovadoras e sustentáveis para melhorar o acesso ao tratamento e aos cuidados de saúde em doenças não-transmissíveis em países menos avançados.

A Celgene em Portugal está particularmente empenhada na divulgação desta informação entre as instituições e entidades nacionais na área da saúde. Portugal tem relações históricas com países africanos, com os quais mantém uma longa tradição de cooperação para a capacitação, educação e formação em saúde. Sabemos que existem projetos de colaboração que visam contribuir para o desenvolvimento de infraestruturas e de competências técnicas específicas em países africanos que, reunindo as condições preferencias de candidatura a este programa, poderão com ele beneficiar. ■

Processo de candidatura e mais informações

Uma carta de intenções deverá ser enviada até ao dia 01 de março de 2018, para o seguinte endereço: mbgblcancercarelinks@celgene.com. As candidaturas serão avaliadas e os candidatos cujos programas cumpram os critérios serão notificados para enviarem a proposta completa do programa. As propostas completas deverão ser apresentadas até 31 de maio de 2018. Os vencedores serão notificados no outono de 2018.

Para mais informações sobre o Celgene Cancer Care Links™ aceder a <http://www.celgene.com/responsibility/global-health/celgene-cancer-care-links/> ou contactar a Celgene Portugal através do endereço maalmeida@celgene.com.

Para saber mais sobre responsabilidade social e o trabalho da Celgene em prol da saúde global, aceder a <http://www.celgene.com/responsibility/global-health/>.

**Fátima Bragança**Diretora de Value,
Access & Policy**Flomena Sousa**

Diretora Médica

**Tiago Amieiro**

Diretor-Geral

AMGEN: BIOTECNOLOGIA, INOVAÇÃO E BIOSSIMILARES

A Amgen foi uma das primeiras companhias de Biotecnologia a descobrir, desenvolver e fabricar com sucesso medicamentos com base em proteínas.

O programa de desenvolvimento clínico dos medicamentos Biossimilares (BS) da AMGEN foi rigorosamente desenhado para avaliar a similaridade destes relativamente aos medicamentos biológicos de referência, nomeadamente para avaliar e comparar os “atributos críticos de qualidade” entre estes e o Medicamento Biológico de Referência. A implementação de um bom sistema de farmacovigilância é crucial para consolidar a consistência dos atributos anteriormente referidos e dos resultados clínicos ao longo do tempo.

A evolução do estado da arte em termos de análise estrutural, de estudos cinéticos enzimáticos, bioassays e ainda dos estudos de avaliação de farmacocinética/ farmacodinâmica, imunogenicidade, eficácia e segurança permitem avaliar o grau de similaridade entre o BS e o medicamento de referência.

Os objetivos do desenvolvimento e processos de avaliação posteriores pelas agências regulamentares, destinam-se maioritariamente a estabelecer os padrões de biossimilaridade

e não o benefício clínico *per se* (Weise et al, 2012), e o enquadramento dos procedimentos regulamentares reflete isso mesmo, através da extensa caracterização analítica e de qualidade (ensaios de comparabilidade) e dos programas de desenvolvimento pré-clínico e clínicos adaptados.

Os estudos realizados incluídos são de equivalência, em que é escolhida rigorosamente a população (ou sub-populações) em estudo, a sua dimensão e duração do mesmo, assim como os *endpoints* mais sensíveis e clinicamente mais relevantes, que permitam confirmar adequadamente a similaridade e excluir diferenças clinicamente significativas relativas a eficácia e segurança entre o BS e o medicamento de referência, nas suas indicações regulamentarmente aprovadas, ou apenas em algumas destas, por extrapolação.

A observação dos padrões de segurança e eficácia são essenciais nos BS e devem ser respeitados por todas os laboratórios farmacêuticos que os fabricam, pelas entidades regulamentares que os aprovam, pelos clínicos que os prescrevem e pelos farmacêuticos que os dispensam. A alteração da utilização entre diferentes BS e entre estes e o medicamento de referência pode ser realizada, desde que se observem os princípios fundamentais de

permutabilidade e de rastreabilidade. Todavia, há que ter em conta vários outros aspetos fundamentais: a decisão deve ser tomada especificamente para cada doente e com a sua prévia informação e consentimento, a prescrição deve ser suportada com a melhor evidência clínica disponível, a decisão clínica deve ser assegurada através da prescrição médica e o fornecimento deve ser assegurado sem potencial rutura de stocks, ou seja, toda a infraestrutura de fabrico e distribuição deve cumprir com os mais altos padrões de qualidade e estar frequentemente monitorizada, auditada e otimizada.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso racional dos medicamentos contempla o acesso ao tratamento mais indicado para uma determinada patologia, a utilização na dosagem e o tempo adequados para um tratamento individual, com o menor custo possível para o próprio e para a sociedade. Mas será que tal se verifica realmente?

Existem vários exemplos na literatura publicada, em que o acesso aos medicamentos não é realizado de forma equitativa pelos doentes. Putrik et al. (2014) refere como exemplo as diferenças de acesso aos DMARDs (fármacos antirreumáticos modificadores da doença) na Região Europeia, em que se observam nitidamente países com elevado acesso (como os países nórdicos, o Reino Unido, a Itália, a Espanha, etc), países com acesso considerado médio (França, Alemanha, Hungria, Roménia, etc) ou baixo (Portugal, Polónia, Bielorrússia, Rússia, etc). Os mesmos autores concluíram que os doentes com artrite reumatoide originários de países com mais baixo rendimento, têm um acesso inferior aos medicamentos biológicos (DMARDs), contrastando negativamente com o reconhecimento médico-científico de que os mesmos medicamentos, são igualmente necessários para tratar a mesma patologia em todos os países.

Jha et al (2015), quando analisou o impacto potencial da utilização de um medicamento BS de uma terapêutica imunomoduladora em 5 países da Europa (Alemanha, Reino Unido, Itália, Holanda e Bélgica), concluiu que o número adicional de

doentes potencialmente tratados utilizando a poupança gerada pelo custo do medicamento BS, durante o primeiro ano após o seu lançamento, poderia ser suficiente para o tratamento adicional de 7.561 doentes.

Segundo a OMS, o número total de casos de cancro no mundo poderá crescer cerca de 70% nas próximas 2 décadas, levando a um aumento de custos totais em saúde de cerca de 150 Bilhões de dólares em 2020 (IMS, 2016).

Cherry et al. (2016), quando analisou a disponibilidade e capacidade de pagar de medicamentos BS oncológicos em 27 países da Europa de Leste, verificou que, por exemplo, o trastuzumab só estava disponível ou disponível mas com pagamento a 100% pelos doentes, em 12 dos 27 países estudados; bevacizumab em 17 de 27 e cetuximab em 12 de 27.

Com os BS de oncologia a chegarem à União Europeia, o potencial para poupança em custos totais com medicamentos é muito elevado.

Os potenciais benefícios de acesso aos BS para os doentes, não estão apenas relacionados com poupanças para a Sociedade em termos de saúde e saúde pública, mas também e fundamentalmente, pelo aumento do número de doentes que têm acesso a terapêuticas biológicas de elevada qualidade, efetividade e segurança, e à potencial libertação de fundos para o reinvestimento no desenvolvimento de mais medicamentos inovadores para colmatar necessidades clínicas ainda não satisfeitas com o atual arsenal terapêutico.

A Amgen tem o compromisso de servir os doentes, por isso, coloca o seu *know-how* e rigor de investigação e desenvolvimento de medicamentos biológicos de mais de 35 anos de experiência e a sua capacidade e qualidade de fabrico e distribuição instaladas, para fazer chegar ao maior número de doentes medicamentos BS. Desta forma, a AMGEN mantém simultaneamente o seu objetivo primordial com a investigação e desenvolvimento de medicamentos inovadores e para com a sustentabilidade dos sistemas públicos de financiamento de cuidados de saúde. ■

**Robert Lasek**Country Manager
Takeda Portugal

TAKEDA EMPENHADA EM MELHORAR A SAÚDE DOS PORTUGUESES

A Takeda assume em todo o mundo o compromisso de melhorar a saúde de todos os doentes através da inovação em medicina, contribuindo assim, também, para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes portugueses.

Para 2018, o Orçamento de Estado prevê um reforço das verbas na ordem dos 240 milhões de euros para financiar as atividades do Estado Português nas áreas da saúde, elevando a despesa, em termos consolidados, aos cerca de 10,3 mil milhões de euros. Uma boa parte deste investimento destinar-se-á à “reabilitação e reequipamento das unidades de saúde (de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares)”, mas estará também direcionado para a melhoria dos serviços assistenciais e de apoio médico aos doentes e à melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

A Takeda, desde que chegou a Portugal em 2009, tem procurado sempre reforçar a sua

presença no mercado farmacêutico nacional e as suas relações com as entidades institucionais reguladoras da saúde em Portugal, os profissionais de saúde e os doentes.

Apesar de, genericamente, o portfolio da Takeda incluir uma grande variedade de áreas terapêuticas, em Portugal, a Takeda centra a sua atividade principalmente na Gastreenterologia, (em particular na doença inflamatória intestinal) Hematologia (Linfoma de Hodgkin e Mieloma Múltiplo) e Oncologia (Cancro do Pulmão). A missão da Takeda é assegurar uma melhor saúde para todos através da inovação em medicina e em particular nestas áreas em que estamos mais profundamente envolvidos.

Nesse sentido, temos procurado que todas as inovações validadas pelas entidades reguladoras de saúde internacionais e confirmadas pelas autoridades portuguesas, estejam disponíveis para melhorar a qualidade de vida dos doentes. Alguns exemplos disso são:



- O ixazomib, para o tratamento de doentes com mieloma múltiplo que receberam pelo menos uma terapia anterior, em combinação com lenalidomida e dexametasona.
- O brentuximab vedotina indicado para o tratamento de doentes com Linfoma de Hodgkin CD30+ recidivante ou refratário no seguimento de transplante autólogo de células estaminais (TACE). Está também aprovado no tratamento de doentes com a mesma patologia no seguimento de pelo menos duas terapêuticas anteriores quando o TACE ou a quimioterapia combinada não constituem uma opção de tratamento e é particularmente indicado no tratamento de doentes adultos com LH CD30+ com risco aumentado de recidiva ou de progressão após TACE. É, ainda, indicado para o tratamento de doentes adultos com linfoma anaplásico de células grandes sistémico (LAGCs) recidivante ou refratário.
- O vedolizumab, recentemente aprovado pelo Infarmed para utilização hospitalar, está indicado

no tratamento de doentes adultos com colite ulcerosa ativa moderada a grave ou doença de Crohn moderada a grave que apresentaram uma resposta inadequada, deixaram de responder ou demonstraram ser intolerantes à terapêutica convencional ou a antagonista de fator-alfa de necrose tumoral (TNF α). A celebração deste compromisso entre a Takeda e o Estado Português, através do Infarmed, permitiu o acesso efetivo de vedolizumab aos doentes e o preenchimento de uma lacuna terapêutica nesta área da doença inflamatória intestinal em Portugal.

Estes são apenas alguns exemplos práticos do compromisso com que a Takeda se apresenta junto dos doentes portugueses. Compromisso que reiteramos para o ano que agora se inicia: temos fundadas esperanças que ao longo do ano estejamos habilitados a contribuir para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos doentes portugueses através da introdução de mais inovações médicas, tanto na vertente da gastroenterologia, hematologia e oncologia. ■

ÁLVARO ANDRADE DE CARVALHO (1948-2018)

O “CAVALEIRO ANDANTE” DO SNS

“Cavaleiro Andante”. É a metáfora que me ocorre ao evocar (e homenagear) o amigo, condiscípulo e conterrâneo que acabei dolorosamente de perder. Mas, para todos nós, que, nas mais diversas áreas, ajudámos a construir e desenvolver o serviço nacional de saúde (SNS), ele ficará como um exemplo e uma referência não só como médico mas também como pessoa, cidadão e português.

O “Cavaleiro Andante” era o título de uma das revistas de banda desenhada que partilhávamos, na sua casa, quando miúdos de escola, na Lourinhã onde nascemos. E foi lá, nesse tempo e lugar, que o Álvaro começou a desenvolver a sua notável capacidade de liderança e de trabalho em equipa, de integração do pensamento e da ação, o gosto pelos desafios, pela defesa de causas justas e nobres, e também pela escrita e pela intervenção na comunicação social. Sem esquecer a sua independência e frontalidade face ao poder societal: veja-se, por exemplo, a sua atuação, como médico, na Comissão Coordenadora do Apoio Psicológico à Situação de Crise na Casa Pia de Lisboa, a partir de finais de 2006, ao tempo da provedora Catalina Pestana.

Em 2019, o SNS fará 40 anos. Ele já não estará cá, fisicamente entre nós, para se associar à festa. Mas o seu nome terá que ser lembrado e honrado por todos nós. E vamos lembrá-lo sobretudo pela batalha que ele (e outros profissionais, naturalmente) empreendeu, nomeadamente no campo da reforma da saúde mental, da desinsti-

tucionalização da doença mental e da criação da respetiva rede de cuidados continuados... Parente pobre da saúde, e do SNS, a saúde mental e a sua rede de cuidados continuados esbarraram, entretanto, não só na crise como na indiferença dos ministros das finanças e na frieza das suas folhas de Excel.

Este espaço é manifestamente insuficiente para falar do homem pluridimensional que ele foi, e do rasto luminoso que deixou por onde passou, e onde atuou, nomeadamente como psiquiatra, psicoterapeuta, formador, assessor e gestor da saúde. Nascido na Lourinhã, em 1948, concluiu em Lisboa a licenciatura em medicina, em 1973, e o internato policlínico em fevereiro de 1975. E abraçou de alma e coração a aventura e a oportunidade histórica que representou, para ele e os demais jovens finalistas do seu curso, o serviço médico à periferia (SMP). Ganhou protagonismo nessa época, no âmbito da comissão de curso, de que foi delegado, e que negociou com a tutela (a Direção Geral dos Hospitais) a regulamentação do SMP, com o apoio das comissões de curso das outras 2 faculdades (Coimbra e Porto). Recorde-se que o SMP, entretanto institucionalizado por despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 23 de junho de 1975, e em vigor até 1982, foi um passo de gigante para a criação do SNS em 1979, para a melhoria da formação médica, e para o desenvolvimento das carreiras médicas (hospitalar e de saúde pública) e para a criação da carreira de clínica geral em 1983.



Fez o SMP em Mértola (1975/76), já casado com a médica Ana Jorge, também sua conterrânea, que viria a ser a mãe dos seus filhos, pediatra e futura ministra da saúde (nos XVII e XVIII Governos Constitucionais de Portugal, entre 2008 e 2011). A partir de 1976, continuou a ganhar visibilidade como líder (“aquele que vai à frente mostrando o caminho”), inovador, organizador, “team-builder” e servidor da causa pública. E aqui é de registar, também para a história do SNS, o seu papel na comissão inter-hospitalar de Lisboa onde foi, de novo, um verdadeiro “cavaleiro andante” (, missão que realizou a par do internato complementar de psiquiatria, entre setembro de 1976 e abril de 1979).

Para além de uma brilhante carreira médica hospitalar, no SNS, teve responsabilidades de topo, na Direção Geral de Saúde, na coordenação do programa nacional de saúde mental,

missão que conseguiu conciliar com o exercício da clínica psicoterapêutica em registo individual e em grupo. Foi membro da Sociedade Portuguesa de Grupanálise e da Sociedade Portuguesa de Psicanálise. “Cavaleiro andante”, mas não solitário, justo mas não justiceiro, punha sempre os amigos e as pessoas com quem trabalhava em primeiro lugar e não esquecia os seus mestres: Eduardo Cortesão, Saldanha Azevedo, Coimbra de Matos...

Trabalhou quase até ao fim. Morreu, de morte anunciada, com uma dignidade e uma coragem olímpicas, próprias dos heróis, aqueles que, não sendo deuses, são mais do que homens.

Até sempre, Alvarinho!

Lúis Graça

ATIVIDADES E EVENTOS '17

Atividades Internacionais APDH

41st World Hospital Congress – Taipei, Taiwan (6-8 novembro 2017)

Dando continuidade à participação da APDH no World Hospital Congress, promovido anualmente pela Federação Internacional dos Hospitais, a associação fez-se representar na sua 41.ª edição em Taipei (Taiwan), subordinada ao tema "Patient-friendly & Smarter Healthcare" com a sessão intitulada "Smarter healthcare, safer organisations, healthier patients", com patrocínio da DECSIS, SA. O congresso contou com a presença de cerca de 850 participantes de 48 países, tendo participado profissionais de todos os quadrantes da área da saúde (entre gestores, clínicos e muitos outros).

A sessão pautou pela participação dos oradores Professora Doutora Margarida Eiras (Vogal de Direção da APDH) que também moderou a sessão, do Professor Doutor David Mendes (R&D Manager DECSIS, SA) e da Dra. Ana Tito Lívio Santos (Administradora Hospitalar, Gestora Projetos APDH). A sessão pretendeu dar a conhecer e discutir com os participantes a relação entre Smart Healthcare e o potencial do big data, bem como sobre a problemática da segurança dos dados (security) e da segurança (safety) do doente, na qual foram identificados os potenciais riscos e benefícios (https://www.ihf-fih.org/download_doc_file.php?doc=3dfb6a8d24c3a443aa96903774a38e1e). Neste âmbito, foi ainda apresentado o projecto atualmente em desenvolvimento pela DECSIS nesta área.

A APDH participou ainda na exposição de posters científicos do congresso com o projeto atualmente em curso na área da cultura de segurança, intitulado "Hospital Survey on Patient Safety Culture Monitoring safety culture in Portuguese hospitals" (https://www.ihf-fih.org/download_doc_file.php?doc=432ce507ce592676f98673179f2b7721).

Representações APDH

- "Apresentação de Conclusões - Inovar na Saúde "Cancro 2020: Podemos fazer (ainda) melhor" – 12 julho, Assembleia da República – Esteve presente a Prof.ª Ana Escoval, sócia individual da APDH
- "Um novo Hospital para Lisboa" - Sessão pública de apresentação do novo Hospital de Lisboa Oriental - Conclusão da 1.ª Fase – 01 agosto, Salão McBride Hospital de Santa Marta – Esteve presente a Prof.ª Ana Escoval, sócia individual da APDH
- "Shire Portugal: Champion for People with Rare Disease": 08 setembro, Shire Portugal – Esteve presente a Dra. Ana Lívio, Gestora de Projetos da APDH
- "Balestrand Pharma": 15 setembro, Balestrand Pharma - Esteve presente o Professor Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH
- "1.ª Edição Health Intelligent Talks & Trends ": 04 outubro, Fundação Champalimaud - Esteve presente a Dra. Ana Lívio, Gestora de Projetos da APDH
- "Apresentação do livro "O Setor da Saúde - Organização, Concorrência e Regulação": 11 outubro, Fundação Calouste Gulbenkian - Esteve presente o Professor Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH e o Dr. António Santos, Vogal da Direção da APDH
- "Diretiva Medicamentos Falsificados e Agora?", 18ª Reunião do GS1 Healthcare User Group Portugal: 18 outubro, GS1 Portugal - Sede & Centro de Inovação e Competitividade - Esteve presente o Professor Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH
- "Conferência Astellas "Medicina Humanizada num Mundo Digital" – 19 outubro, Montes Claros - Esteve presente o Dr. Miguel Lemos, Vogal da Assembleia Geral da APDH
- "Última intervenção de Francisco George - 44 anos de Serviço Público" – 20 outubro, no Auditório da Reitoria da Universidade Nova de Lisboa – Esteve presente a Prof.ª Margarida Eiras, Vogal da Direção da APDH e a Dra. Ana Lívio, Gestora de Projetos da APDH

Conferência “Integração de Cuidados e Literacia em Saúde. Capacitar o Cidadão no SNS” Auditório ESTeSL - Lisboa (23-24 de novembro de 2017)

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) realizou, entre 23-24 de novembro, a Conferência “Integração de Cuidados e Literacia em Saúde. Capacitar o Cidadão no SNS”, com organização da APDH em estreita colaboração com Núcleo de Apoio Estratégico (NAE) do Ministério da Saúde, com o patrocínio institucional da DGS, em parceria da ESTeSL e com o apoio da Gilead, Pfizer, Janssen, Amgen e Delta e colaboração especial da DECSIS.

Este evento contou a presença de cerca de 150 inscitos, entre académicos e investigadores da saúde, profissionais do setor da saúde e social, e com um número considerável de intervenientes nas mesas, 22 palestrantes.

O programa científico contou com excelentes participações, tendo sido dado particular ênfase à necessidade de compreender e debater a integração dos cuidados e a literacia em saúde, dois conceitos essenciais no atual clima de transformação dos sistemas de sociais e de saúde. Procurou-se debater que para uma integração de cuidados e facilitação dos percursos do cidadão no SNS é essencial o desenvolvimento e a implementação de estratégias e instrumentos que promovam a literacia em saúde, a gestão da saúde e da doença e que potenciem uma navegação no SNS mais informada e efetiva, apostando na capacitação do SNS e das organizações de saúde, na capacitação dos cidadãos, na capacitação dos profissionais e na capacitação dos stakeholders.

No dia 23, dia do pré-congresso, decorreram, em simultâneo com o Encontro da 11.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde, cinco workshops (WS), que foram bastante participados, designadamente: WS Health Parliament Portugal: a importância da literacia e da participação dos cidadãos no futuro da saúde, promovido pela Janssen do Grupo Johnson & Johnson, onde foi abordado o papel do Health Parliament Portugal como o primeiro parlamento 100% dedicado à saúde, promovido em parceria com o Expresso, a Microsoft e a UNL, e que refletiu sobre temas como as barreiras aos cuidados de Saúde, a economia do conhecimento, ética em saúde, entre outros; o WS Participação dos Cidadãos e Litera-

cia em Saúde, promovido pela Fundação SNS, que teve como objetivo discutir estratégias para aumentar os níveis de literacia em saúde e de participação do cidadão portugueses, considerando que o cidadão tem o direito e dever de influenciar as decisões em política de saúde que afetam coletivamente a população e a sua capacidade de assumir a responsabilidade pela sua saúde individual e coletiva; o WS O papel das Associações de Doentes na melhoria da literacia em saúde, promovido pela Pfizer, que teve como objetivo discutir o papel das Associações de Doentes na gestão



WS Participação dos Cidadãos e Literacia em Saúde

do conhecimento junto dos doentes, dos profissionais de saúde, dos decisores políticos e do público em geral, bem como, da sua capacitação para intervir nos mais variados fóruns e dos fatores críticos de sucesso; por último, o WS Conversas de Fim de Tarde “Doenças Raras e Medicamentos Órfãos: Constrangimentos e Oportunidades. Promovido pela AMGEN teve como objetivo refletir sobre a sustentabilidade do SNS, indispensável para a eficiência do sistema de saúde, e o necessário foco nas doenças raras, bem como na consciencialização sobre os valores societários e de equidade a incorporar nas decisões de financiamento público dos cuidados de saúde; por último, o WS Smarter healthcare, safer organisations, healthier patients, promovido pela APDH-DECSIS que teve como objetivo discutir com os participantes, o potencial da Inteligência Artificial (Smart Healthcare) na melhoria da prestação de cuidados e a problemática da segurança dos dados (security) e da segurança do doente (safety).

No dia 24 de novembro, deu-se início oficial à conferência com a sua sessão de abertura, que culminou na Cerimónia de Entrega dos Prémios de Boas Práticas em Saúde, que foi pautada

pela presença do Professor Doutor Constantino Sakellarides (NAE, Ministério da Saúde) em representação de Sua Excelência o Ministro da Saúde, do Professor Doutor Carlos Pereira Alves (Presidente da Direção da APDH) e da Professora Doutora Anabela Graça (Presidente da ESTeSL).

Seguiu-se a Conferência de Abertura intitulada Integração de Cuidados e Literacia em Saúde, presidida pelo Professor Doutor Carlos Pereira Alves e ministrada pelo Professor Doutor Constantino Sakellarides que introduziu a temática do evento e enquadrou os temas discutidos nas mesas ao longo do dia.



Mesa (I) Literacia: Papel das Organizações

A mesa (I) Literacia: Papel das Organizações, presidida pelo Doutor Carlos Martins (Prof. Aux., Faculdade Medicina- UP) e que contou como oradores o Dr. Ricardo Mestre (Vogal CD ACSS, IP) que abordou as questões do financiamento para promoção da literacia e a integração de cuidados nas organizações, o Dr. Miguel Arriaga (Chefe Div. Estilos Vida Saudável, DGS) que abordou a Literacia para profissionais de saúde, o Professor Doutor Henrique Martins (Presidente CD SPMS, EPE) que abordou o papel das tecnologias da saúde para o profissional e para o cidadão, a Dra. Sofia Leal (Diretora Executiva, ACES Barcelos Esposende), que abordou a importância da literacia para o cidadão e trouxe a experiência do seu ACES.



Mesa (II) Literacia em Saúde: Capacitar e Ativar o Cidadão

A mesa (II) Literacia em Saúde: Capacitar e Ativar o Cidadão, presidida pelo Dr. António Santos (Vogal da Direção APDH) e contou como oradores a Dra. Marta Salavisa (ENSP) e Dra. Débora Miranda (ENSP) que abordaram a Biblioteca digital e Agenda de Saúde como instrumentos de literacia e seus espaços de ativação, o Dr. Carlos Correia (CITI/UNL) que apresentou a Coleção de livros digitais, a Professora Doutora Margarida Eiras (ESTeSL) que apresentou o projeto em curso na área da Qualificação de espaços de atendimento, e a Doutora Filipa Manuel (ACES Cascais, USF S. João do Estoril) que trouxe a sua experiência com a medicina narrativa.



Debate alargado "Literacia em Saúde – Perspetiva dos stakeholders"

Seguiu-se um Debate alargado "Literacia em Saúde – Perspetiva dos stakeholders", moderado pela jornalista Marina Caldas e teve como oradores o Sr. Helmfried Hoster que trouxe para o debate a perspetiva do utente, a Dra. Tatiana Nunes (Coord. Dep RP, Alzheimer Portugal) que introduziu a perspetiva das associações de doentes, a Dra. Margarida Santos (CIS-IUL, ISCTE-IUL, GAT) que defendeu a perspetiva da comunidade, o jornalista Mário Crespo, que trouxe a perspetiva dos Media, e o Dr. Rui Lourenço (Coordenação da RNCCI), que abordou a perspetiva da integração de cuidados e a sua relação com a literacia em saúde.

Na conferência de encerramento Tecnologias de informação e comunicação centradas na pessoa – desenvolvimento e avaliação de impacto, a qual foi presidida Ana Escoval, (Presidente CA CHLC, EPE), a oradora, Professora Doutora Liliana Laranjo (Postdoctoral Research Fellow, Australian Institute of Health Innovation, CHI) refletiu, por vídeo-conferência, sobre o importante papel das tecnologias de informação e da comunicação para a melhoria da literacia da saúde do cidadão.

11.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde® (PBPS) Auditório ESTeSL - Lisboa (23 de novembro de 2017)

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) realizou no dia 23 de novembro o Encontro da 11.ª edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde®, em simultâneo com a Conferência “Integração de Cuidados e Literacia em Saúde. Capacitar o Cidadão no SNS”, entre 23-24 de novembro, no Auditório da ESTeSL.

O PBPS é uma iniciativa organizada pela APDH, Direção-Geral da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde e as cinco Administrações Regionais de Saúde, em colaboração com a Direção Regional da Saúde dos Açores e a Secretaria Regional da Saúde da Madeira, que tem como principal objetivo dar a conhecer as boas práticas, com vista a replicar as mais-valias para o bom desempenho do Sistema de Saúde, ilustrando Boas Práticas a generalizar futuramente. Esta iniciativa contou ainda com o apoio da MSD e da Gilead. A edição do ano de 2017 pretendeu, após dez anos de desenvolvimento de uma parceria extremamente positiva, ao longo dos quais têm sido distinguidas boas práticas em saúde, acompanhar os desafios que se colocam à gestão e disponibilização de cuidados de saúde, centrando-se na temática da “Inovação Organizacional nos Cuidados de Saúde”: na Promoção da Saúde; na Prevenção da Doença e; na Prestação de Cuidados de Saúde.

A 11.ª Edição recebeu 66 candidaturas, de Norte a Sul do país e Regiões Autónomas, de Instituições de Saúde, Autarquias, Instituições de Ensino Superior de Saúde e Associações, estes três últimos com parcerias estabelecidas com Serviços de Saúde.

Resultado das duas avaliações científicas, foram nomeados 11 projetos candidatos ao Prémio de Melhor Projeto, para uma última avaliação, mediante a apresentação oral no Encontro e, ainda, 12 projetos nomeados à categoria de Melhor Poster Científico 2017.

O Encontro contou com a presença de cerca de 250 inscritos e um número considerável de intervenientes nas mesas, cerca de 18 palestrantes e 9 elementos do júri de avaliação.



O Prémio de Melhor Projeto foi atribuído à “Reorganização da área de ambulatório do IPO Porto - Unidades de prática integrada: avaliação aos 10 anos de implementação, o caso da clínica da Mama”, IPO do Porto Francisco Gentil, EPE, apresentado pelo Dr. José Laranja Pontes.

O projeto incide sobre a patologia de cancro da mama, que requer a intervenção de múltiplas especialidades de forma integrada, a qual tem implícita a centralização dos cuidados em torno das condições médicas do doente ao longo do ciclo de cuidados. O IPO Porto implementou uma estrutura organizacional, suportada por condições técnicas e logísticas adequadas, cujo princípio subjacente é o da movimentação dos profissionais em torno do doente, garantindo cuidados de saúde mais eficientes e a custos inferiores através da criação de sinergias entre especialidades e profissionais.



A Menção honrosa foi atribuída ao “Programa de gestão integrada de cuidados aos doentes crónicos complexos”, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE e ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, apresentado pelo Dr. Nuno Ferreira e Dr. Carlos Russo.

O projeto visa proporcionar ao doente crónico uma melhor qualidade de vida e do seu estado de saúde, que permita à equipa de saúde atuar, de forma contínua, integrada, preventiva e atempada nas situações de agudização da doença crónica, com a diminuição do n.º atual de admissões ao Serviço de Urgência e do n.º de dias de internamento, aumentando a satisfação e a efetividade da prestação de cuidados a este grupo de doentes crónicos.



O prémio de Melhor poster científico distinguiu os “Utilizadores Frequentes do Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Garcia de Orta (HGO) - Incentivo à integração de cuidados”.



O poster científico “Programa de formação e prevenção da anafilaxia nas escolas”, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, recebeu a Menção honrosa.

Um percurso, um prémio, uma visão

Nesta edição do Prémio Boas Práticas em Saúde®, a primeira depois da comemoração de dez anos, a conferência do Encontro foi substituída por uma mesa redonda constituída por quatro membros, alguns dos quais ligados desde o início à implementação do prémio e à comissão científica, com o objetivo de debaterem uma estratégia para o futuro, a partir da retrospectiva de realização e do que o prémio representa ano após ano para

os serviços de saúde portugueses, que contemple ações inovadoras nos meios de comunicação, nos procedimentos e metodologias de avaliação científica, entre outras indicações, que reforcem a visibilidade, a replicabilidade e a sustentabilidade dos projetos nas redes de cuidados de saúde no continente e regiões autónomas da Madeira e Açores.

A moderação enquadrou o debate a fazer em torno de um percurso, um prémio e uma visão, a delinear para o curto, médio e longo prazo, e na sequência do desafio lançado pelo Ministério da Saúde à APDH, aquando da celebração da décima edição, em 2016, no sentido de o Prémio, ao sinalizar ações de inovação nos serviços de saúde, apoiar a tutela a incrementar a disseminação das boas práticas identificadas no sistema de saúde português.

Os intervenientes deram ênfase à solidez dos projetos estar diretamente relacionada com os trabalhos que são empreendidos no seio de equipas inovadoras, abertas à atitude de benchmarking, à utilização de indicadores e práticas de mensuração, para alcançarem o patamar da excelência e, assim, o merecimento do prémio.

Assim como a um ambiente dos contextos da prática favoráveis à inovação profissional, aprendizagem e liderança grupal, e à geração criativa dos serviços, com consultoria de apoio projetos com mérito e a nichos de incubação de boas práticas, não vencedoras mas, todavia, úteis aos cidadãos e serviços, além da maior visibilidade das ações de excelência, nomeadamente na comunicação científica.

Bem identificados os inovadores importa também valorizar o papel e a ação dos disseminadores pelo sistema de saúde, dos projetos que agora precisam de condições de florescimento e sustentabilidade, através do demonstrador da inovação do SNS, com investimento político e financeiro, recomendado pela economia do conhecimento, e para uma visão futura o Prémio deve proporcionar a “ligação de pontas soltas” (knowledge Brokering), ou seja, a captura das boas ideias e fazer o melhor repositório das mesmas.

MIELOMA MÚLTIPLO

BOLSA DE INVESTIGAÇÃO 2018



01 DE DEZEMBRO 2017
ABERTURA DAS CANDIDATURAS

28 DE FEVEREIRO 2018
FECHO DAS CANDIDATURAS

ATRIBUIÇÃO DE BOLSA NO VALOR DE **15.000€**

MAIS INFORMAÇÕES SOBRE O REGULAMENTO EM:

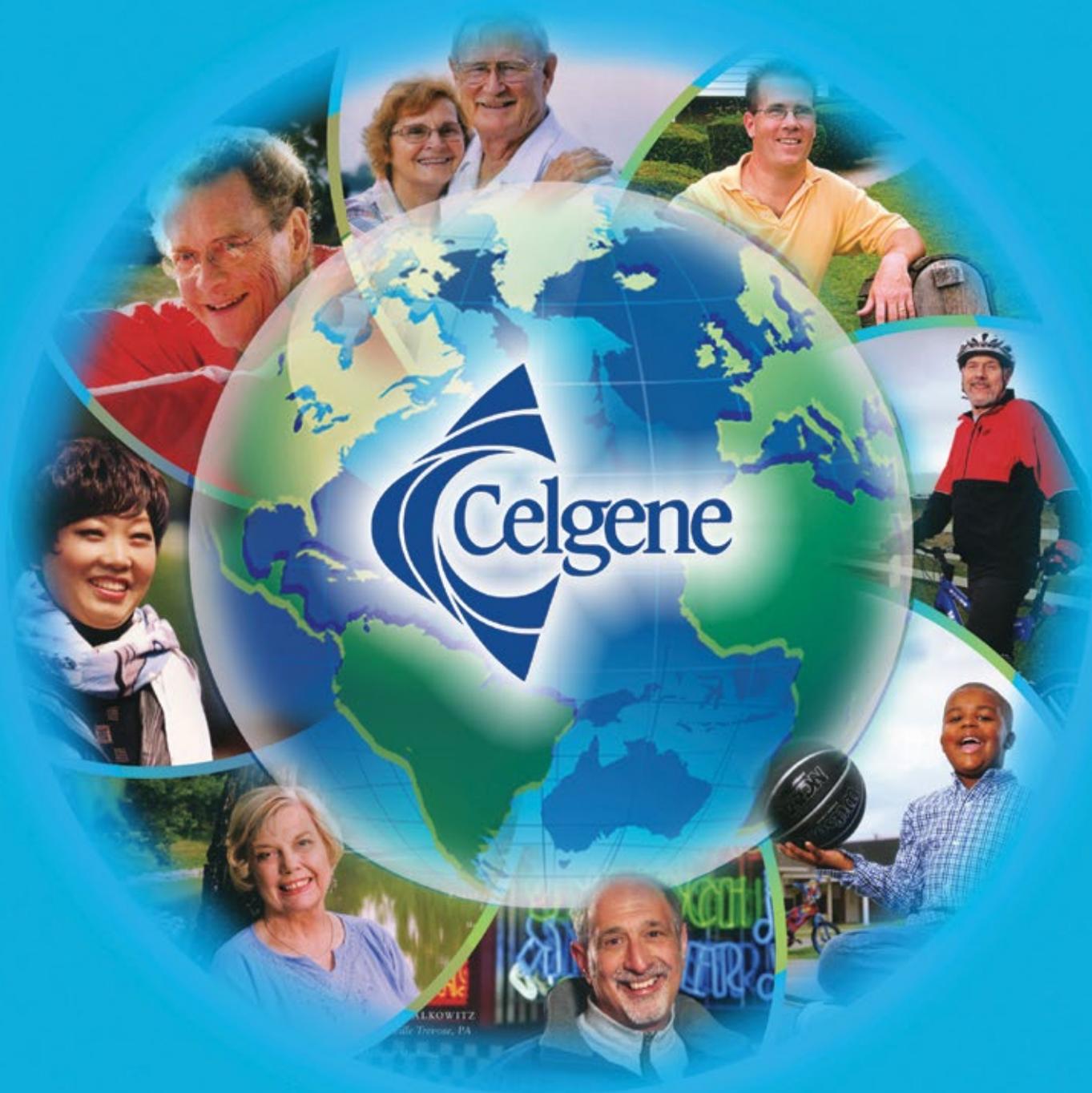
APCL.PT

SPH.ORG.PT

AMGEN.PT



Amgen Biofarmacêutica, Lda.
Edifício D^a Maria I (Q60), Piso 2 A, Quinta da Fonte
2770-229 Paço d'Arcos, Portugal
Tel. 21 422 05 50 • Fax 21 422 05 55
E-mail: amgen.pt@amgen.com
NIPC: 502 942 959



Committed to Improving the Lives of Patients Worldwide®

Celgene, Sociedade Unipessoal, Lda.
Lagoas Park, Edifício 11, 1º andar • 2140-270 Porto Salvo - Portugal
Tel: + 351 210 044 300 • Fax: + 351 210 044 301

E-mail: celgene.portugal@celgene.com