

Hospital

“A QUESTÃO NÃO É DAR
O MELHOR A TODOS MAS
GARANTIR AS ADEQUADAS
PRESTAÇÕES DE SAÚDE
PARA TODOS”

Delfim Rodrigues
Administrador Hospitalar

Professor





Science For A Better Life

Compromisso com a

Oftalmologia

ÍNDICE

EDITORIAL	4
ANÁLISE	6
GRANDE ENTREVISTA	20
INOVAÇÃO	28
APDH	38



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

Ana Rita Gama

Fotografia

Joana Costa e Marisa Cristino

Revisão

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

Diretor Comercial

José Ferreira

Editora

HOSPIPRESS - Cooperativa Editorial
978-989-99359

Impressão

UE

Tiragem

4.000 exemplares

Distribuição

Gratuita

Periodicidade

Bimestral

Projeto



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





Editorial

"(...)

*Eles não sabem, nem sonham,
que o sonho comanda a vida.
Que sempre que um homem sonha
o mundo pula e avança
como uma bola colorida
entre as mãos de uma criança."*

António Gedeão, poema *Pedra Filosofal*, in *"Movimento Perpétuo"*, 1956

A inovação na saúde é um desafio de sempre para a incessante adequação das respostas às necessidades e expectativas dos cidadãos, face às mutações nas condições socioeconómicas, às transições vivenciadas no ciclo vital, naturais ou patológicas e à variação dos padrões demográfico, epidemiológico e geográfico das comunidades.

Uma das tendências da mais recente vaga de experiências inovadoras nos diversos sistemas nacionais de saúde, sobre todos, os enquadrados na OCDE, é aquela que desenvolve soluções sensíveis à vida e saúde das pessoas idosas.

Assim mesmo os principais artigos agora disponíveis aos leitores marcam indelévelmente o tema *Inovação e o Futuro da Saúde*, como já o mesmo acontecera com a conferência *Os Caminhos da Inovação - Envelhecimento Saudável*, enquanto práticas e reflexões visionárias ali partilhadas.

Não deixamos de propor aqui alguns trilhos de pensamento e ação em torno da *Inovação e o Futuro da Saúde*.

Primeiro. Por muito que nos pareça que não esta geração de inovação na saúde, muito orientada para a ancianidade, só agora está a começar, pelo que vai precisar de ser aprofundada nas próximas décadas, não tanto na tecnologia, mais, especialmente, nos campos da inovação em competências

Inovação e o Futuro da Saúde

profissionais, em espaços e em organização e gestão de recursos, sensíveis à especificidade psicofisiológica e social da pessoa idosa, na procura sobretudo de ambientes terapêuticos compreensivos e de proximidade familiar, qual unidade de saúde amiga do idoso.

Segundo. Faz sentido um compromisso com a organização da inovação na saúde em Portugal. No longo caminho da nossa história e estratégia de inovação na saúde, de iniciativa profissional e dos serviços de saúde, naturalmente, como em qualquer sistema de saúde desenvolvido, a sua divulgação é sincopada e dispersa por várias iniciativas, quando já há muito se justifica a existência de um dinâmico Centro de Inovação do SNS, que sistematize a ação inovadora, reforce as capacidades locais, promova o conhecimento permanente e em rede e subsidie a ação reformadora da saúde.

Terceiro. O futuro da saúde está intimamente ligado à capacidade de inovação na saúde, geradora de benefícios a favor dos resultados na saúde dos cidadãos e das comunidades e a partir de uma perspetiva sistémica da inovação na saúde, aberta à cooperação de outros setores com forte influência sobre a saúde. A inovação na saúde criadora de valor, importante para o futuro do sistema de saúde, é aquela cuja natureza é mais aberta e centrada nas pessoas e quando os serviços estão mais próximos dos cidadãos, a aproveitar o seu envolvimento coprodutor de inovação e beneficiário dos resultados em saúde alcançados, com um potencial de melhoria de desempenho e eficiência mais elevado. ■

A Direção da APDH

A photograph of two young children in a classroom. On the left, a boy with short dark hair, wearing a light blue short-sleeved button-down shirt, is smiling and looking towards the right. On the right, a girl with long dark hair tied in a ponytail with a yellow hair tie, wearing a light blue shirt and a dark blue vest, is seen from the back, looking at a chalkboard. The chalkboard is dark and has some faint white marks. The lighting is soft, highlighting the children's faces and clothing.

BE WELL.
A PROMISE MADE TO THE WORLD.*

* FIQUE BEM.
UMA PROMESSA QUE FAZEMOS AO MUNDO.

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

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

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

Todos os direitos reservados. CORP-1021808-0000

GESTÃO DA TERAPÊUTICA NO IDOSO. O CONTRIBUTO DA ACADEMIA PORTUGUESA

FILIPA ALVES DA COSTA

Professora / CiiEM (Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz), ISCSEM, ROR-Sul-IPOLFG

O envelhecimento progressivo da população tem conduzido a crescente atenção nos cuidados prestados ao idoso, particularmente pelo facto de um idoso português viver em média 12 anos com uma reduzida qualidade de vida⁽¹⁾. São diversos os determinantes para uma reduzida qualidade, estando a terapêutica medicamentosa descrita como encontrando-se entre os cinco fatores mais importantes para o declínio funcional no idoso⁽²⁾. Desta forma, importa refletir sobre o contributo que os diferentes profissionais de saúde podem dar para melhorar a qualidade da terapêutica no idoso. Considerando que o idoso é o centro de todos os cuidados, existem vários momentos importantes, sobretudo na transição entre cuidados, nos quais é determinante apostar na gestão da terapêutica e consequente minimização de erros de medicação. A consciencialização crescente para esta temática, inicialmente apenas a nível internacional, tem surtido eco entre os académicos nacionais, pretendendo-se assim aqui resumir alguns dos estudos mais relevantes. Um estudo de caso-controlo verificou que mais de 70% dos doentes admitidos nos Cuidados intensivos em Coimbra eram idosos, dos quais cerca de 25% eram admitidos por hiponatrémia. Entre estes, o número de medicamentos prescritos era significativamente mais elevado, havendo algumas classes farmacoterapêuticas igualmente em maior proporção, nomeadamente os diuréticos tiazídicos, os Inibidores da bomba de prótons, a espironolactona e os Antagonistas dos Recetores da Angiotensina (ARA), tendo a Odds Ratio associada a estas duas últimas classes sido superior a quatro⁽³⁾.

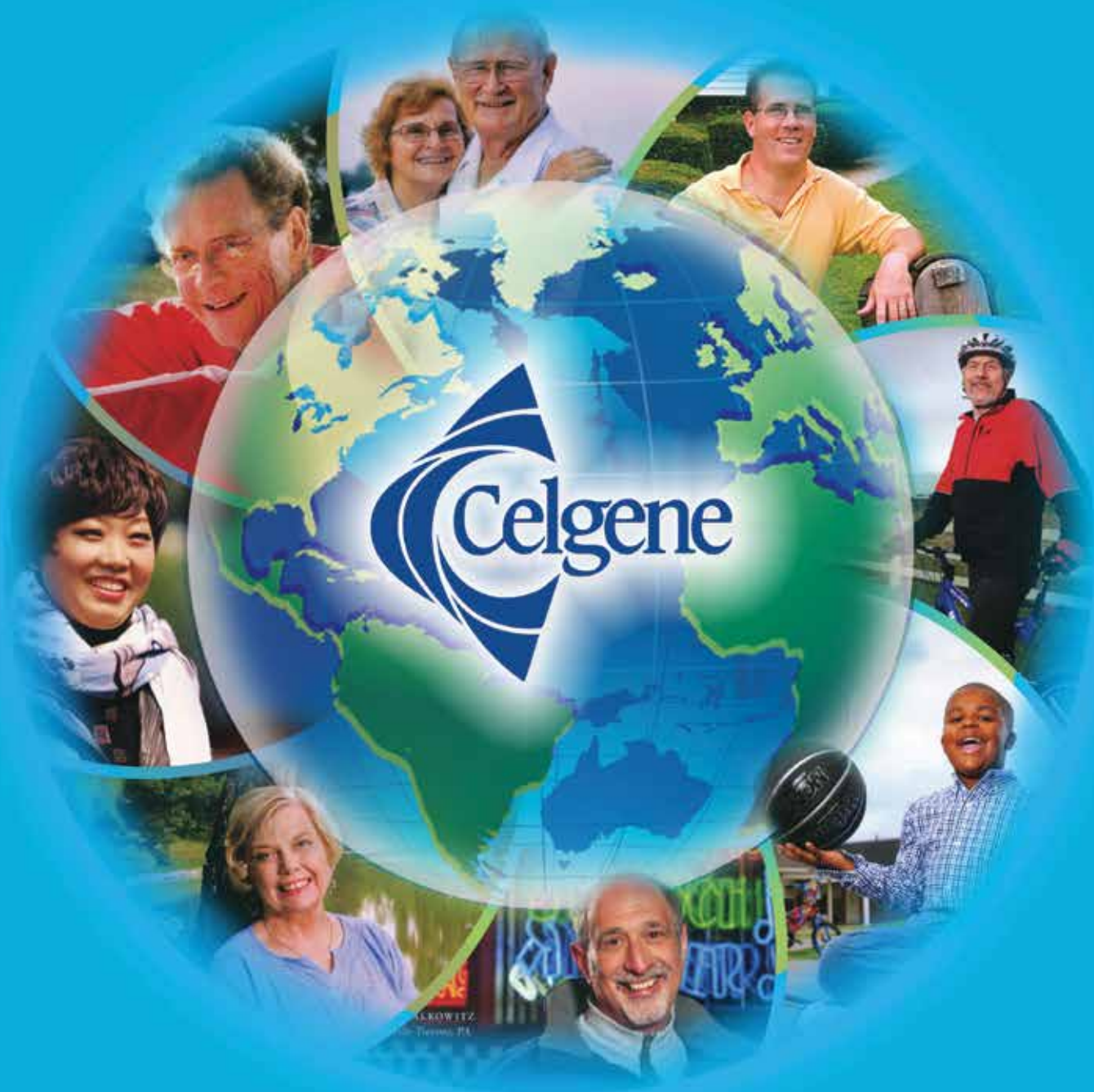
Na Unidade de AVC do Hospital da Beira Interior foi explorada a omissão terapêutica, ou seja, falha em instituir terapêutica para a qual existe evidência de benefício em doentes com determinadas patologias. Na amostra estudada, quase 70% dos doentes continham medicamentos omissos, sendo as categorias mais comuns, os medicamentos com ação no sistema



cardiovascular, nomeadamente as estatinas em doentes com história de doença vascular periférica, e a terapêutica antihipertensora e varfarina na presença de fibrilhação auricular. Em segundo lugar, surgiu o sistema endócrino, nomeadamente a falha em instituir estatinas e terapêutica antiplaquetária em diabéticos com fatores de risco cardiovascular⁽⁴⁾.

Num hospital privado em Lisboa, foram analisados os determinantes para a ocorrência e recorrência de quedas durante o internamento, verificando-se que os doentes com medicação para o Sistema Nervoso Central tinham 7 vezes maior probabilidade de incorrer em quedas. Constatou-se ainda que, em média, os doentes que faziam 4 psicotrópicos, aumentavam o risco de quedas para 9⁽⁵⁾. Ainda no internamento, outro estudo, não tendo incidido sobre idosos, demonstrou ao analisar a base de dados de GDH que a média de idades dos doentes com registo de Reações Adversas a Medicamentos (RAM) era significativamente mais alta que a dos doentes com outros motivos de internamento. Verificou-se ainda que para além da idade, o sexo feminino e a presença de determinadas comorbilidades estava associada à ocorrência de RAM, tendo-se ainda constatado que mais de 97% das RAM ocorreram durante o internamento⁽⁶⁾.





***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

O momento da alta hospitalar é referido na literatura como particularmente propício à ocorrência de problemas relacionados com medicamentos (PRM). Um estudo Europeu, que incluiu Portugal, focou a revisão da medicação em doentes com alta hospitalar recente, conduzida por farmacêuticos comunitários, tendo verificado PRM em mais de 60% da amostra. Foram igualmente descritas as consequentes intervenções desenvolvidas, as quais incidiram sobretudo no aconselhamento ao doente sobre a indicação dos medicamentos e sobre a forma de os utilizar⁽⁷⁾.

No ambulatório verificaram-se dois estudos que, ainda que conduzidos recorrendo a locais e metodologias distintas, apontam para proporções sobreponíveis de medicamentos potencialmente inadequados (MPI) no idoso, as quais se aproximam de 40%⁽⁸⁻⁹⁾. Num destes, a análise foi realizada ligando a base de dados de prescrição e a de dispensa de uma USF no Norte de Portugal⁽⁸⁾ e, no outro recorreu-se a farmacêuticos comunitários para recolherem informação sobre a medicação dos idosos⁽⁹⁾. A polimedicação foi identificada como o determinante com maior valor preditivo para a ocorrência de MPI⁽⁸⁾.

Se estes dois estudos procuram retratar a realidade, quantificando problemas, outros estudos têm vindo a procurar desenvolver estratégias para lidar com estes problemas^(7,15). Um estudo realizado numa única farmácia rural, envolvendo mais de 50 doentes, relata os resultados de um programa de acompanhamento ao idoso, recorrendo a dispositivos de gestão da medicação multicompartimentais e visitas frequentes para avaliação de biomarcadores, tendo concluído que tão ou mais importante que o recurso a dispositivos é a atenção acrescida por parte do profissional de saúde, que no âmbito destes estudos acaba por monitorizar de forma mais apertada o controlo da doença⁽¹⁰⁾.

A prestação de cuidados de saúde nos lares de terceira idade tem sido alvo de crescente atenção. Um estudo conduzido em 6 lares, refere por um lado, uma elevada prevalência de medicação omissa, não só a nível do sistema cardiovascular mas também do sistema osteoarticular, e por outro lado uma elevada prevalência de medicação psicotrópica e um número médio de 15 PRM, sendo os mais comuns as RAM⁽¹¹⁾. Perante este contexto, surgiu o projeto SOS Pharma Idoso, com o intuito de contribuir para melhorar a terapêutica no idoso. Consistiu num ensaio multicêntrico que procurava abordar, por um lado, os idosos polimedicados institucionalizados em lares de terceira idade, e por outro, os idosos autónomos que continuam a receber a sua terapêutica maioritariamente no ambulatório⁽¹²⁾. No ambulatório, recorreu-se a um estudo de intervenção comunitária, em que

farmacêuticos estagiários contribuíram ativamente para a recolha de informação em 19 farmácias comunitárias nas zonas de Lisboa, Centro e Sul, emparelhadas a nível do distrito. A informação foi recolhida no momento inicial e após 3 meses de seguimento, incluindo dados sociodemográficos, terapêuticos, clínicos e adesão auto-reportada (MAT). O grupo comparador (GC) prestou os cuidados padrão e o grupo intervenção (GI) realizou revisão da medicação e/ou preparação individualizada da medicação. Neste grupo foi ainda medida a adesão à terapêutica através de pill-count. Foi privilegiada a recolha de informação no domicílio, por observação em vez de reporte do doente, nomeadamente sobre a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica e suplementos alimentares, o local de armazenamento dos mesmos e a sua data de validade. Uma das intervenções consistia na entrega da medicação embalada em dispositivos multicompartimentais, acompanhada de uma tabela com referência ao nome, dose, quantidade e indicação do medicamento, complementada com pictogramas. A segunda intervenção consistia na revisão da medicação, nível 2 ou 3, de acordo com a classificação do PCNE, ou seja, recorrendo a informação proveniente do registo farmacoterapêutico e do doente (nível 2), e sempre que possível do médico (nível 3). Recorreu-se à aplicação de critérios explícitos, adotando-se 3 ferramentas: os critérios de Beers, versão americana de 2010 e versão adaptada para Portugal por Soares e colaboradores, e os critérios START/STOPP. Recorreu-se igualmente a critérios implícitos, aplicando o II Consenso de Granada, avaliando para cada medicamento a sua necessidade, efetividade e segurança. Recrutaram-se 54 doentes, (22 no GC e 32 no GI), idênticos para a maioria das variáveis, verificando-se no entanto que os doentes intervenção eram significativamente mais idosos e com maiores problemas de adesão à terapêutica, indicativo por um lado de viés de seleção, mas por outro de uma adaptação do serviço às necessidades dos doentes. A adesão à terapêutica melhorou significativamente no GI no final do estudo comparativamente ao início (pill-count), e comparativamente ao GC (MAT). Foram ainda realizadas outras intervenções, nomeadamente: o re-armazenamento dos medicamentos detetados em locais inadequados, a explicação da indicação do medicamento aos doentes que não sabiam para que serviam, o descarte de medicamentos fora da validade e o assinalar dos com validade a expirar, o ensino do uso correto dos dispositivos de auto-vigilância e o contacto com os serviços sociais⁽¹³⁾.

No que diz respeito à segunda componente do estudo SOS Pharma Idoso, foi analisada a medicação de idosos residentes em 4 lares. Dependendo da ferramenta



Traduzimos a linguagem da vida em medicamentos vitais

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

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

AMGEN[®]

Pioneering science delivers vital medicines[™]

utilizada, a prevalência de MPI variou entre 60% (Beers versão portuguesa) e 85% (Beers americano). Verificou-se ainda, ao recorrer aos critérios START/STOPP, que para além dos 75% de doentes com MPI, resultantes essencialmente do abuso de medicação psicotrópica, existiram cerca de 43% de doentes com medicação omissa, resultante essencialmente da falha em prescrever medicação cardiovascular⁽¹⁴⁾,⁽¹⁵⁾. Em 3 dos 4 lares foi ainda possível aplicar critérios implícitos, ou seja, julgar a necessidade, a efetividade e segurança da medicação instituída, tendo-se verificado que quanto maior o número de medicamentos, maior a probabilidade de ocorrerem PRM. Detetaram-se em média, 13,5 PRM/doente, valor semelhante a outros estudos⁽¹¹⁾. Os PRM clinicamente significativos foram reportados aos médicos, sugerindo-se alterações na terapêutica, tendo-se obtido resposta em menos de metade⁽¹⁶⁾. Este estudo levanta ainda outra questão que é a exclusão de um lar com 35 idosos devido a uma baixa exaustividade no registo. As deficiências no registo encontram-se corroboradas por outro estudo nacional, em que cientes desta realidade, foram desenvolvidas formações para melhorar a qualidade do registo, as quais se mostraram eficazes nas USF incluídas⁽¹⁷⁾.

Em conclusão, existe bastante trabalho a nível nacional incidindo sobre a gestão da terapêutica do idoso. São estudos na maioria descritivos e retratam locais e momentos em que podem ocorrer problemas relacionados com a medicação. No entanto, deixam claramente uma porta aberta para o desenvolvimento de estratégias nos vários níveis em que os profissionais de saúde poderão intervir para assegurar uma melhor gestão da terapêutica. Uma delas é inquestionavelmente a revisão da medicação, a qual pode e deve ser feita em diversos momentos, e por uma equipa multidisciplinar, em que a presença de um farmacêutico é essencial, de modo a atingir melhores resultados para o doente⁽¹⁸⁾.

Referências bibliográficas

1. Eurostat, 2013.
2. Alexandre, TS, Corona, LP, Nunes, DP, Santos, JLF, de Oliveira Duarte, YA, Lebrão, ML. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. *Rev Saúde Pública* 2014;48(3):378-389
3. Correia, L, Ferreira, R, Correia, I, Lebre, A, Carda, J, Monteiro, R, Simão, A, Carvalho, A, Costa, N. Severe hyponatremia in older patients at admission in an internal medicine department. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014;59:642-647.
4. Borges, EP, Morgado, M, Macedo, AF. Prescribing omission in elderly patients admitted to a stroke unit: descriptive study using START criteria. *Int J Clin Pharm* .2012;34:481-489
5. Costa-Dias, MJ, Oliveira, AS, Martins, T, Araújo, F, Santos, AS, Moreira, CN, José, H. Medication fall risk in hospitalized patients: a retrospective study. *Nurse Education Today*. 2014;34:171-176
6. Miguel, A, Marques, B, Freitas, A, Lopes, F, Azevedo, L, Costa Pereira, A. Detection of adverse drug reactions using hospital databases: a nationwide study in Portugal. *Pharmacoepi Drug Safety* 2013; 22:907-913
7. Paulino, E, Bouvy, M, Gastelurrutia, MA, Guerreiro, M, Buurma, H. Drug related problems identified by European community pharmacists in patients discharged from hospital. *Pharm World Sci* 2004;26(6):353-60.
8. Eiras, A, Teixeira, MA, González-Montalvo, JI, Castell, M-V, Queipo, R, Otero, A. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados. *Atención Primaria* 2015. Ahead of print.
9. de Oliveira-Martins et al. Inappropriate drug use by Portuguese elderly outpatients--effect of the Beers criteria update. *Pharm World Sci*. 2006 Oct;28(5):296-301.
10. Mosca, C, Castel-Branco, MM, Ribeiro-Rama, AC, Caramona, MM, Fernandez-Llimos, F, Figueiredo, IV. Assessing the impact of multi-compartment compliance aids on clinical outcomes in the elderly: a pilot study. *Int J Clin Pharm* 2014; 36(1): 98-104.
11. Silva, C, Ramalho, C, Luz, I, Monteiro, J, Fresco, P. Drug-related problems in institutionalized, polymedicated elderly patients: opportunities for pharmacist intervention. *Int J Clin Pharm* 2015; 37(2):327-34
12. Costa, F.A., Miranda, I., Cavaco Silva, P., Fernandes, A.I., Carneiro, C., Taveira, N. Home medicines review in the elderly. *Int J Clin Pharm* 2014; 36(4): 848.
13. Costa, F.A., Miranda, I., Cavaco Silva, P., Oliveira, P., Carneiro, C., Fernandes, A.I. Dose Administration Aid system in the elderly: testing student active participation in the implementation of a new service for community pharmacy. *Int J Clin Pharm* 2015; 37:414
14. Periquito C., Cavaco-Silva P., Oliveira P., Carneiro C., Fernandes A.I., Costa F.A. Revisão da medicação em idosos institucionalizados: Aplicação dos Critérios START e STOPP. *Rev Port Farmacoter* 2014; 6(4):211-220.
15. Periquito, C., Cavaco Silva, P., Oliveira, P., Carneiro, C., Fernandes, A.I., Costa, F.A. Potentially inappropriate medication in nursing homes: application of the Beers criteria. *Int J Clin Pharm* 2015; 37:410.
16. Silvestre, L., Cavaco Silva, P., Oliveira, P., Carneiro, C., Fernandes, A.I., Costa, F.A. Identification of Drug Related Problems in a sample of Portuguese nursing homes. *Int J Clin Pharm* 2015; 37:410.
17. Azevedo, A, Domingues, B, Pimenta da Rocha, P, Eiriz, R, Xavier, V. Quality Assessment of Long-Term Prescription Records: QMP Study. *Acta Med Port* 2014;27(5):561-567
18. Reason, James. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320 (7237): 768-770. ■

Juntos pela inovação.



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

Route 66

O caminho da integridade

Autonomia entre dependências

Funcionalidade,

Avaliação de necessidades de saúde

Inovação



PEDRO MACHADO DOS SANTOS*

Psicólogo Clínico / Prof. Auxiliar do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade do Porto

Socialmente, pelo critério de acesso à “pensão social de velhice”¹, e nada mais que isso, aos 66 anos iniciamos um “novo” caminho.

Esta renovada “Route/66” apresenta-se como um percurso cada vez mais longo, que se viu duplicado nas últimas três décadas² e que acarreta novos desafios, nomeadamente: para o adulto mais velho, para os familiares e para os serviços de apoio.

Mas, se no início do séc. XX a construção da famosa “Route/66” corria a par de dois desafios históricos: a “grande depressão” e a “auto-mobilização” (dos Estados Unidos da América), no início do séc. XXI, a “Velhice/66” parece comportar dois grandes desafios, igual e paradoxalmente semelhantes: vencer o “desespero” e lutar pela “auto-determinação” - a “integridade” do adulto mais velho.

É precisamente neste sentido que a reconhecida Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erik H. Erikson (1982, 1986 e 1998) procura descrever a última etapa (estádio) do ciclo de vida, um desafio entre (i) a retrospectiva nostálgica e triste, sob a forma de desespero (face à morte que se aproxima, o tempo que acaba... em que resta o fim-de-tudo e o nada-a-fazer, pela família ou sociedade) e

(ii) o sentimento de integridade e dignidade, experienciado sob a forma de dever cumprido.

Tal como sugerem as perspetivas teóricas do desenvolvimento, a velhice é um tempo para reflectir e rever a vida; uma fase em que o pensamento humano tende a dar ordem e significado às diferentes realizações passadas (i.e. o que se fez e deixou de fazer). Não obstante, este processo de revisão e atribuição de significado, altera-se em virtude do contacto com um conjunto cada vez mais amplo de agentes sociais.

Na prática, este confronto entre duas possibilidades psicológicas (adaptativa e não adaptativa), pode ver-se condicionado por políticas e práticas institucionais que perpetuam estereótipos sobre os indivíduos mais velhos, interferindo com a possível satisfação com a vida e debilitando o seu sentido de dignidade (Wilkinson e Ferraro, 2002).

Os estereótipos que levam a atitudes preconceituosas para com os indivíduos, a velhice e o processo de envelhecimento (provenientes, também, do grupo dos mais velhos) baseiam-se muitas vezes, e apenas, no critério de idade. Um fenómeno designado de “idadismo” (Butler, 1969, 1978) que, ao contrário de outros tipos de estereotipação e discriminação (racial, religiosa ou étnica), ocorre de forma inconsciente, implícita, sem qualquer controlo ou intenção de prejudicar a pessoa.

Apesar da sociedade percepcionar como mais

¹ Artigo 1º da Portaria 378-G/2013, de 31 de Dezembro.

² Em Portugal, nos últimos 30 anos, a esperança média de vida passou de 72,4 anos (1983) para 80,2 anos (2013) (INE, PORDATA, 2015).



discriminatório “ter mais 55 anos” que os “motivos de género”, tanto em Portugal como na Europa (Eurobarómetro, 2015), o debate público ainda continua centrado na discriminação de género (enquadrado, por exemplo, na atribuição de salários, cuidados de saúde ou comportamento de violência).

As modificações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento (com interações complexas entre os vários factores intrínsecos e extrínsecos de cada pessoa), que se manifestam no dia-a-dia através de mudanças estruturais e funcionais, contribuem para incrementar as percepções negativas sobre os mais velhos, vistos como vulneráveis e dependentes - física, mental e socialmente.

Contudo, embora a maioria das percepções idadistas considerem os idosos como vulneráveis, a evidência indica que existe uma imensa diversidade na saúde, nos processos mentais, na capacidade funcional e na resiliência dos mais velhos (Kane, 2007).

Relativamente às perdas funcionais da velhice, em concreto, alguns investigadores consideram que os receios são exagerados, uma vez que muitas perdas podem ser evitadas ou recuperadas (MacArthur Research Network on an Aging Society). Além disso, como sugerem as perspetivas psicossociais, a perda de competências para desempenhar tarefas e obrigações, em papéis usuais ou na vida diária normal (i.e. a limitação funcional), parece encontrar-se mais fortemente associada a fatores sociais e ambientais.

De facto, enquanto a influência genética sobre a função física e a função mental não ultrapassa os 30% e os 50%³, respetivamente (McClean, et al., 1994), a educação, adquirida, apresenta-se até aos 90 anos⁴ como um fator protetor da funcionalidade (House, et al., 2004)⁵.

Evidências desta natureza têm contribuído para mudanças paradigmáticas, como as perspetivas atualizadas de envelhecimento produtivo (Butler, 2000) ou a recente revisão do modelo de Envelhecimento Ativo, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), levando à introdução de um quarto pilar⁶: “a aprendizagem ao longo da vida” (ILC-BR, 2015 adaptado de OMS, 2002).

Acresce a necessidade de fazer a distinção entre a “capacidade” e o “desempenho” do indivíduo ou, por outras palavras, entre a “capacidade intrínseca” e a “habilidade funcional”, assumindo que o ambiente contribui

para o aumento da capacidade funcional - i.e. permite ser sempre maior do que seria possível à capacidade intrínseca sozinha (OMS, 2015).

As mudanças paradigmáticas assentam, assim, numa proposta de envelhecimento mais ativo e adaptativo, mas, igualmente, numa atitude mais consciente e atualizada sobre o estado funcional e as barreiras ambientais, avaliado nos termos da fragilidade, da autonomia e da dependência, que em certa medida potenciam o risco de incapacidade, institucionalização e hospitalização.

Ao nível individual, a avaliação da funcionalidade apresenta-se como marcador e preditor de doença e incapacidade (i.e. diagnóstico e prognóstico), tornando-se um importante, senão principal, objetivo na clínica da pessoa mais velha, uma vez que, na prática, permite: informar sobre o grau de dependência, estabelecer um plano de cuidados mais adequado, monitorizar o tratamento, utilizar estratégias preventivas e adequadas ao prognóstico e, ainda, estabelecer critérios de necessidade de apoio domiciliário ou institucional.

Por outro lado, ao nível ambiental, as estratégias de saúde podem passar pela tributação do tabaco ou a criação de contextos seguros e agradáveis à atividade física. Contudo, na velhice, o mais importante será sempre assegurar a capacidade funcional, compensando as perdas e eliminando as barreiras à participação e à expressão dessa mesma capacidade.

No último relatório sobre envelhecimento e saúde (OMS, 2015), a OMS sugere que a optimização da capacidade funcional deve ser, não só o objectivo, como o primeiro passo das políticas de saúde para o envelhecimento, com quatro áreas de ação prioritárias:

1. Alinhar os sistemas de saúde com as necessidades das populações mais velhas que agora servem;
2. Desenvolver sistemas de prestação de cuidados de longo prazo;
3. Criar ambientes favoráveis aos idosos;
4. Melhorar a avaliação, a monitorização e a compreensão.

Na prática, as medidas que assentam em estratégias de inversão, atraso ou gestão da incapacidade dos adultos mais velhos têm vindo a ser implementadas nas últimas décadas, com bastante sucesso. Veja-se, por exemplo, o valor das “unidades de cuidados continuados” ou os registos de eficácia das já muito desejadas “unidades geriátricas de agudos” (implementadas no Reino Unido desde os anos 60 e em Espanha desde os anos 80 do século passado), com maior capacidade, face às unidades convencionais, para diminuir: o número de reingressos, a deterioração funcional no momento da alta, a mortalidade,

³ Variância explicada.

⁴ Acima dos 90 anos as limitações funcionais surgem independentemente do nível de escolaridade, mostrando que a educação, apesar das suas muitas vantagens, não é a “fonte da eterna juventude”.
“MacArthur community data & Americans Changing Lives”.

⁵ “MacArthur community data & Americans Changing Lives”.

⁶ Os restantes três pilares do “Envelhecimento activo” são a saúde, a segurança e a participação (OMS, 2002).

a institucionalização e os custos associados (Baztán et al., 2011).

Relativamente a este último ponto, relacionado com os custos e os benefícios das medidas de saúde para a velhice, torna-se necessário, também, remover algumas ambiguidades. Pois, sendo certo que as pessoas mais velhas são, desproporcionalmente, os maiores utentes dos serviços de saúde, percebemos, numa análise mais atenta, que a proximidade à morte, na vez de idade, pode ser o fator predominante nos custos dos cuidados de saúde (Pauly, 2012).

Em todo o caso, no que diz respeito às estratégias de apoio à velhice, as medidas de futuro não podem deixar de ampliar a sua abrangência de ação⁷, por forma a contrariar a possibilidade de fragmentação e desespero e, no sentido contrário, fazer aumentar as hipóteses adaptativas e o sentimento de integridade.

A "Route/66" é um percurso cada vez mais longo e mais exigente, pelo que se torna indispensável apoiar e assegurar a manutenção da capacidade inalienável de decisão (autonomia), através da remoção de barreiras à participação que, em conjunto, aumentam a dignificação da velhice e minimizam as perdas de benefícios, passíveis de alcançar.

Bibliografia

Baztán Juan J, Suárez-García Francisco M, López-Arrieta Jesús, Rodríguez-Mañas Leocadio, Rodríguez-Artalejo Fernando. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis BMJ 2009; 338 :b50

Butler, R. (2000) - Productive aging: live longer, work longer. Hannover, Alemanha. Ponência apresentada en el Congreso Mundial sobre Medicina y Salud, URL: [http://](http://www.ilcusa.org/_lib/pdf/Productive_Aging.pdf)

www.ilcusa.org/_lib/pdf/Productive_Aging.pdf.

Erikson, E. (1998). The life cycle completed: A review. Extended version. New York: W.W. Norton & Company Inc. (Orig. 1982).

Erikson, E., Erikson, J., & Kivnick, H. (1986). Vital involvement in old age. New York: W.W. Norton & Company Inc.

Erikson, J. (1998). The ninth stage. In E. Erikson, The life cycle completed: A review. Extended version (pp.105-114). New York: W.W. Norton & Company Inc.

European Commission, Public Opinion. Eurobarometro Surveys, 2015.

Kane, M. N. (2007). Social work and criminal justice students' perceptions of elders. Journal of Social Service Research, 34(1), 13-26.

McClearn GE, Svartengren M, Pedersen NL, Heller DA, Plomin R. Genetic and Environmental-Influences on Pulmonary-Function in Aging Swedish Twins. Journals of Gerontology. 1994;49(6):M264-M268.

Handbook of Health Economics, Volume 2. 1st Edition (2012) by Mark V. Pauly (Editor), Thomas G McGuire (Editor), Pedro Pita Barros (Editor).

Wilkinson, J., & Ferraro, K. (2002). Thirty Years of Ageism Research. In T. Nelson (Ed.) Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons (pp. 339-358). Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.

World Health Organization (2015), World report on ageing and health. Geneva, Switzerland. ■

*PhD

Casa de Saúde de Camaxide, Joaquim Chaves Saúde

⁷ Adaptado de "comprehensive".





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, 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/EN/1788

ALENTEJO HEALTH

UMA REGIÃO DEMONSTRADORA DUM



DAVID MENDES

Professor Convidado,
Universidade de Évora

1. O Contexto

O Alentejo caracteriza-se por ser uma região extensa, com baixa densidade populacional, num contexto demográfico com baixa taxa de natalidade, fenómenos de migração para o litoral e consequentemente com predomínio de idosos, representando estes $\frac{1}{4}$ da população. Estes idosos apresentam comorbilidade, diminuição progressiva da capacidade funcional e têm muito baixa literacia, vivem mais sozinhos quer pela baixa densidade populacional, quer pela migração dos seus familiares e com maiores vulnerabilidades económicas tendo em conta as características da região (CCDR, 2014a; Lopes et al., 2013). Consequentemente os indicadores de saúde da população da região são mais desfavoráveis que os do resto do país. Para isso contribui também uma rede de cuidados com dotações de profissionais de saúde inferiores ao restante país (ARSA, 2013).

Esta conjugação de fatores permite-nos afirmar que as respostas às necessidades dos idosos no Alentejo se caracterizam pela fragmentação, não se percebendo fatores que garantam a continuidade de cuidados, muito menos fatores que garantam a centralidade do idoso na gestão do seu processo saúde-doença.

Tal constatação contraria as recomendações das diversas organizações nacionais e internacionais e dos mais diversos estudos atualmente disponíveis [e.g., (World Economic Forum, 2012), (Iliffe, Boeckxstaens, & De Graaf, 2011), (Axel, Martina, Howard, & Guglielmo, 2013),

(Whitehead, 2007), (Rodrigues & Dias, 2014), (Ministério da Saúde, 2016), (Rechel, Doyle, Grundy, & McKee, 2009), (Stahl, Wismar, Ollila, Lahtinen, & Leppo, 2006), (WHO, 2012)]. Por outro lado, existe consenso científico acerca da importância dos cuidados aos idosos se constituírem como um processo integrado, em que o idoso ocupa o lugar central e é considerado no seu contexto, resultando por isso de uma avaliação integrada.

1.1. Avaliação Integrada de Necessidades de Cuidados em Idosos

Portugal e o Alentejo em particular, constituem-se como o exemplo perfeito da transição demográfica e epidemiológica. Por tais razões mas também pelas condições proporcionadas aos idosos, constata-se que a Esperança Média de Vida aos 65 anos é idêntica à média europeia (Eurostat, 2015b), todavia a esperança média de vida com saúde aos 65 anos é consideravelmente menor que a referida média (Eurostat, 2015a).

Neste contexto adquire particular significado a doença crónica, mas principalmente a comorbilidade. De acordo com a OCDE (OECD, 2011), pessoas com múltiplas doenças crónicas representam mais de 50% da carga de doenças, na maioria dos países pertencentes a esta organização.

A OMS designa como classificações de referência as



HCARE LIVING LAB

NOVO MODELO DE CUIDADOS DE SAÚDE

MANUEL JOSÉ LOPES

Diretor da Escola Sup. de Enf. de S. João de Deus,
Universidade de Évora



que foram elaboradas e aprovadas para uso internacional pelos seus órgãos: International Classification of Diseases; International Classification of Functioning, Disability and Health; International Classification of Health Interventions (Madden, Sykes, & Ustun, 2007).

Esta classificação permite obter uma imagem instantânea do estado de saúde e bem-estar de uma pessoa (Dale, C., Prieto-Merino, D., Kuper, H., Adamson, J., Bowling, A., Ebrahim, S., & Casas, 2012) ou de uma população, possibilitando a identificação dos seus padrões de necessidades (Swanson, E., Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, 2006). A medição do estado de saúde impõe o uso de indicadores que revelem a presença/ausência de doença e que reflitam o estado de saúde na sua perspetiva mais positiva ou seja, aqueles que melhor espelham os níveis de bem-estar físico, psíquico e social da pessoa e das populações.

Iniciámos o uso da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) através de um projeto que teve como objetivo, entre outros, a avaliação da funcionalidade dos idosos do Alentejo (Lopes, M., Escoval, A., Mendes, F., Pereira, D., Pereira, C., Carvalho & Fonseca, 2012). Para o efeito e com recurso a um conjunto de estratégias metodológicas, desenvolvemos o *core set* do envelhecimento. Considerando a sistemática utilização do ICD e os trabalhos desenvolvidos com a CIF estão assim criadas as condições para darmos início ao desenvolvimento de uma plataforma de avaliação multidimensional de idosos.

2. Proposta

Com este projeto pretendemos contribuir para a resolução de um problema atual dos cuidados aos idosos que se traduz na ausência de avaliação e planeamento integrado dos cuidados independentemente do contexto em que se encontrem. Para tal utilizaremos ferramentas construídas com base na Classificação Internacional da Funcionalidade, tendo como ponto de partida os trabalhos já desenvolvidos pelos autores deste projeto (Lopes et al., 2013; Lopes, M., Escoval, A., Mendes, F., Pereira, D., Pereira, C., Carvalho & Fonseca, 2012; Lopes, M.J., Fonseca, 2013; Pereira, Fonseca, Escoval, & Lopes, 2011). Estas ferramentas serão devidamente estruturadas numa plataforma tecnológica a qual permitirá que as mesmas funcionem como sistemas de apoio à decisão. Pretende-se que este sistema seja utilizado por todos os serviços e/ou cuidadores (formais e informais) que prestem cuidados ao idoso, contribuindo-se assim para a construção do processo único e garantindo a continuidade de cuidados. Pretende-se ainda dotar as organizações prestadoras de cuidados, principalmente as do terceiro setor, de instrumentos que contribuam para a sua *governance*.

Para o desenvolvimento deste ambicioso projeto contamos com diferentes parceiros, de entre os quais destacamos a Administração Regional de Saúde do Alentejo, os Institutos Politécnicos de Portalegre e Beja e as Instituições Particulares de Solidariedade Social que prestam cuidados a idosos.



Para o efeito socorrer-se-á de diversas ontologias. Na área dos cuidados de saúde existem diversas ontologias desenvolvidas e outras em desenvolvimento sendo a sua utilidade e importância amplamente reconhecidas (Smith et al., 2007). Desenvolveremos uma *app* destinada a doentes crónicos, fazendo uso quer da linguagem classificada, quer das ontologias aplicáveis e que funcionará como sistema de apoio à decisão no processo de cuidados à doença crónica. Este projeto terá como referência o Modelo Conceptual Integrado para Gestão de Cuidados Crónicos (Wagner, 1998).

Considerando a preponderância do doente na gestão do processo de cuidados à sua doença, entende-se que do ponto de vista de qualquer dos níveis de prevenção, se torna necessário desenvolver sistemas que incrementem a troca de informação e o diálogo entre o doente e os prestadores de cuidados e a capacidade de decisão do doente através de uma literacia customizada.

Para atingir estes objetivos tem sido recomendada pelos mais diversos organismos internacionais (e.g., OMS), a adoção das tecnologias de informação e comunicação (TIC). Neste sentido são já diversas as respostas disponíveis, todavia são também múltiplas as limitações que apresentam. Para além disso a constante evolução ao nível dessas tecnologias permite por um lado a sua massificação, colocando na mão de um extenso grupo populacional terminais (e.g., *smartphones*) com elevado potencial, por outro a adoção de soluções simultaneamente amigáveis, integradas e com elevada potencialidade.

Assim, propomo-nos desenvolver uma suite aplicacional que utilize as mais recentes potencialidades das TICs e que permita ao doente registar os incidentes ocorridos no dia-a-dia da sua vida e relacionados com o seu processo de saúde-doença.

Para dar resposta a qualquer dos desafios atrás enunciados (plataforma de avaliação multidimensional e *app* de apoio à autogestão dos cuidados à doença crónica) serão utilizados os mais recentes desenvolvimentos das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC).

Em concreto, técnicas do domínio da Engenharia do Conhecimento que representa atualmente um campo fértil da Inteligência Artificial. Iremos explorar a capacidade de computação cognitiva que, após a standardização da linguagem de representação de conhecimento OWL2, se tornou possível para modelos de domínio complexos como os das ciências biomédicas.

Baseamos o nosso raciocínio computacional num modelo do processo individual de cuidados, sustentado numa

composição de ontologias formais *standard* na área da biomedicina.

Este modelo dos cuidados estende o modelo da doença crónica com um modelo das intervenções clínicas. É altamente configurável a pedido e pode ser profundamente adaptado para suportar diferentes modelos de prestação de cuidados.

Neste projeto iremos refinar o conjunto de ontologias a que chamamos *Ontology for General Clinical Practice* (OGCP) para suportar o modelo baseado na avaliação multidimensional da funcionalidade. Esta OGCP que congrega entre outras a BFO Basic Formal Ontology, a FMA Foundational Model of Anatomy, a SO Symptoms Ontology, a VSO Vital Signs Ontology, a CPR Computer Based Record Ontology, a DO Disease Ontology, a CVDO Cardio Vascular Disease Ontology será desenvolvida por revelar a capacidade de representação de conhecimento necessária para criar sistemas de apoio à decisão no processo de cuidados à doença crónica.

Pretendemos vir a patentear este conceito complexo, e concretizado pela demonstração que as linguagens clínicas, dos cuidadores (formais e informais) ou dos autocuidadores são linguagens naturais controladas (CNL) e a aquisição de conhecimento prática e automática pode ser feita por sistemas de pergunta-resposta controlados pelo modelo de ontologias.

Em suma, o reconhecimento das dificuldades associadas a uma determinada fase do ciclo de vida (velhice) num determinado contexto (Alentejo) e a conjugação de saberes de diferentes áreas disciplinares (e.g., ciências da saúde, ciências sociais, informática) permite criar uma resposta diferenciadora a qual se configura com potencial para contribuir para o desenvolvimento da região e para incrementar o bem estar dos idosos e o desenvolvimento sustentado dos serviços de saúde e em particular do terceiro setor, respondendo desta forma aos objetivos definidos na Estratégia de Especialização Inteligente (CCDR, 2014b). Como exemplo do seu potencial referimos o Relatório Milliman (Cosway, Barbara, Girod & Abbott, 2011) através do qual se demonstram as poupanças induzidas por um modelo de cuidados que privilegia a domiciliação conjugada com as novas tecnologias.

Bibliografia

ARSA. (2013). Perfil Regional de Saúde.

Axel, B.-S., Martina, B., Howard, L., & Guglielmo, W. (2013). Active ageing and solidarity between generations in Europe, First results from SHARE after the



economic crisis. Berlin, Boston: De Gruyter. <http://doi.org/10.1515/9783110295467>

CCDR. (2014a). PROGRAMA OPERACIONAL REGIONAL DO ALENTEJO. Évora.

CCDR. (2014b). Uma Estratégia de Especialização Inteligente para o Alentejo. Évora.

Cosway, Barbara, Girod, C., & Abbott, B. (2011). Analysis of Community Care of North Carolina Cost Savings.

Dale, C., Prieto-Merino, D., Kuper, H., Adamson, J., Bowling, A., Ebrahim, S., & Casas, J. (2012). Modelling the association of disability according to the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) with mortality in the British Women's Heart and Health Study. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 66(2), 170–175.

Eurostat. (2015a). Healthy life years and life expectancy at age 65, by sex.

Eurostat. (2015b). Life expectancy by age and sex.

Iliffe, Boeckxstaens, P., & De Graaf, P. (2011). Primary care and care for older persons: Position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 19, 369–390.

Lopes, M. J., Escoval, A., Pereira, D. G., Pereira, C. S., Carvalho, C., & Fonseca, C. (2013). Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 Spec No, 52–60. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700008>

Lopes, M., Escoval, A., Mendes, F., Pereira, D., Pereira, C, Carvalho, P., & Fonseca, C. (2012). Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos: Relatório Final.

Lopes, M.J., Fonseca, C. (2013). The construction of the Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging and Innovation*, 2(1), 121–131.

Madden, R., Sykes, C., & Ustun, T. B. (2007). World Health Organization Family of International Classifications : definition , scope and purpose. *World Health Organization*, 27.

Ministério da Saúde. (2016). Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016 Estratégias para a Saúde.

OECD. (2011). The latest disease burden challenge: People with multiple chronic conditions. *Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities*. <http://doi.org/10.1787/9789264122314-4-en>

Pereira, C., Fonseca, C., Escoval, A., & Lopes, M. (2011). Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 29(1), 53–63. [http://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70008-6](http://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70008-6)

Rechel, B., Doyle, Y., Grundy, E., & McKee, M. (2009). HEALTH SYSTEMS AND POLICY ANALYSIS POLICY BRIEF 10 - How can health systems respond to population ageing?

Rodrigues, M., & Dias, M. (2014). Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental.

Smith, B., Ashburner, M., Rosse, C., Bard, J., Bug, W., Ceusters, W., ... Lewis, S. (2007). The OBO Foundry: coordinated evolution of ontologies to support biomedical data integration. *Nature Biotechnology*, 25(11), 1251–1255. <http://doi.org/10.1038/nbt1346>

Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). Health in All Policies Prospects and potentials. *Public Health*. <http://doi.org/10.1177/1403494810379895>

Swanson, E., Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2006). Using the model of mapping Nursing Outcomes Classification (NOC) to the International Classification of Functioning, disability and health (ICF) to map NANDA, NIC and NOC. *International Journal Of Nursing Terminologies & Classifications*, 17(1), 56–57.

Wagner, E. H. (1998). What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical*

Practice, 1(1), 2–4.

Whitehead, M. (2007). Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper. Main.

WHO. (2012). Good health adds life to years Global brief for World Health Day 2012.

World Economic Forum. (2012). Global Population Ageing : Peril or Promise ? ■

DELFIM RODRIGUES

“A SAÚDE DEVE ASSEGURAR PARCERIAS DE PARTILHA DE RISCO SEM ESQUECER A ÉTICA”

Frontal. Direto. Sem fazer rodeios. Foi desta forma que conheci o advogado e administrador hospitalar Delfim Rodrigues, por volta de 2004. Ao longo dos anos fui aprendendo que o ex-Diretor-Geral da Saúde e antigo Diretor Geral dos Hospitais - que foi galardoado pelo então presidente norte-americano Ronald Reagan - era (e é) uma caixinha de surpresas e que, sem qualquer dúvida, sabia (e sabe) muito de Saúde e da realidade em que o País vive.

Sem dúvida que é um homem do Norte e faz questão de o assumir. Convidado para a Grande Entrevista d'O Hospital, sobre Inovação, deixa recados, mensagens e, acima de tudo deixa-nos a refletir sobre o futuro, quando refere que “as organizações de saúde de sucesso, apostam fortemente na investigação e no ensino dos seus colaboradores. Avaliam e recompensam as pessoas em primeiro lugar pelo seu potencial para aprender, pelo que efetivamente aprendem e, depois, pelo grau de aplicação e concretização do que aprenderam, em termos de resultados”.

Mais uma vez, ficamos com a ideia que este senhor sabe muito, mas mesmo muito de Saúde.

A necessidade de inovar em Saúde é “obrigatória”. Mas este conceito nem sempre é compreendido pelos diferentes parceiros do setor. É possível haver resultados positivos em Saúde sem inovação (em geral)?

A saúde, tal como a educação, são duas áreas cujo desenvolvimento depende no essencial dos níveis de conhecimento em cada momento alcançados. Os profissionais de saúde, tal como os da educação, são trabalhadores do conhecimento. Peter Drucker, afirmava em 2 000, que médicos e professores eram tão eficientes como em 1900.

Quer isto dizer que o quociente de resultados, face aos recursos disponíveis, não sofreu grande alteração. Então o salto qualitativo passa, inevitavelmente, por enxertar mais conhecimento no sistema, por via do estudo e investigação, inovando

constantemente em matéria não só de novas ofertas de saúde mas também em modelos inovadores de distribuição dessas novas ofertas.

Numa economia onde as margens de resultados são fruto de inovação, das melhorias e do conhecimento que é agregado a produtos e serviços, o compromisso de vida em torno da aprendizagem, é a via mais direta para o crescimento, desenvolvimento e competitividade.

As organizações de saúde de sucesso apostam fortemente na investigação e no ensino dos seus colaboradores; avaliam e recompensam as pessoas em primeiro lugar pelo seu potencial para aprender, pelo que efetivamente aprendem e, depois, pelo grau de aplicação e concretização do que aprenderam, em termos de resultados.

“ O salto qualitativo passa, inevitavelmente, por enxertar mais conhecimento no sistema, por via do estudo e investigação ”





A ideia dos custos/gastos/ganhos associada a inovação deve ser equacionada de que forma?

Os sistemas de saúde têm desenvolvido as suas preocupações e soluções, em torno de três grandes vetores: a acessibilidade aos serviços; a promoção continuada da qualidade; a diversificação das fontes de financiamento/pagamento.

De facto, torna-se relativamente fácil oferecer em simultâneo quaisquer duas das três variáveis. O desafio é conjugar, em linha, as três. Por outro lado, tem-se assistido a uma viragem na evolução destes mesmos sistemas: de baseados na doença, para uma orientação em torno da prevenção e da promoção da saúde, socialmente mais útil e comportável; de sistemas fechados, para a abertura de canais entre o setor da saúde e as componentes mais largas da sociedade em termos económicos, políticos e sociais e do próprio meio ambiente em que se movimentam; de uma garantia de qualidade sediada a nível do processo técnico e económico e realizada pelos próprios profissionais, para uma promoção contínua dos aspetos qualitativos, avaliados em termos de resultados por clientes cada vez mais esclarecidos.

Efetivamente, a qualidade só tem sentido se for expressa em termos de um valor que resulte, inequivocamente, num equilíbrio estável e ótimo entre a qualidade do serviço prestado e o custo, em função do qual, esse nível qualitativo foi obtido.

Por conseguinte, o eixo de análise começa a movimentar-se mais em torno dos resultados do que do próprio processo que a eles conduz.

A viragem apontada, pressupõe uma enorme flexibilidade estrutural do sistema e das instituições, no sentido de: despertarem suficiente energia interna, que fomenta lideranças lúcidas e esclarecidas, animadas por visões inspiradas; de se abrirem ao exterior, comportando-se como autênticas microsociedades, em que os atores, progressivamente, se transformam em autores e autênticos centros inteligentes de decisão; ratificarem a sua atividade e sufragarem a sua missão, como justificativo da sua utilidade técnica e social.

Só por esta via se poderá realizar a convergência de entendimento em relação às necessidades e

resultados de saúde, sintetizando os cuidados necessários em torno dos indivíduos, dos profissionais e da comunidade, ao nível de comportabilidade social.

O boom de inovação na área do medicamento, que apareceu de repente, diz-nos que temos de repensar muitas áreas do setor em que a despesa é grande. Que medidas tomar?

O boom de inovação na área do medicamento, não apareceu de repente. Ele é fruto de décadas de investigação, sendo certo que a inovação é tanto mais célere quanto mais velozmente a informação circula, transformando-se em conhecimento e partilhado e culminando em ciência consolidada.

De facto, hoje as relações de poder alteraram-se em torno do conhecimento da velocidade a que ele circula. Por conseguinte, diria, é uma relação entre os mais lentos e os mais velozes nesta área.

Em matéria de despesa, penso que na sociedade da informação existe uma inadequação do Direito e da Economia relativamente ao principal produto desta mesma sociedade, que é o Conhecimento. No passado transacionávamos os bens às toneladas, depois aos kilos e hoje transacionamos o imponderável. De facto a informação é o único recurso que não se delapida com a sua utilização, bem ao invés: quanto mais usado mais se multiplica.

Então, numa operação de "compra e venda" deste bem, o vendedor fica igualmente detentor do bem que acabou de vender, tanto quanto o comprador. É esta equação, que duas das principais ciências que regulam a nossa vida em sociedade – o Direito e a Economia- ainda não se conseguiu resolver. Claro que os preços se formam no mercado entre a oferta e a procura, mas quando se trata de bens raros, ou mesmo únicos, a estas variáveis tem que presidir a ética e responsabilidade social do negócio.

Os sistemas de saúde, mais que uma relação de fornecedor-cliente, devem assegurar autênticas parcerias, com a indústria, na partilha do risco, é certo, mas em torno do eixo da ética e da responsabilidade social.

A qualidade só tem sentido se for expressa em termos de um valor que resulte num equilíbrio estável e ótimo, entre a qualidade do serviço prestado e o custo





Rentabilizar a saúde, apostando na visão de que há uma atividade económica ligada ao setor, pode ser uma mais-valia?

A questão, como todas as outras, é bem pertinente. Sou de opinião, aliás, que a gestão do setor da saúde deveria integrar toda a atividade económica associada, nomeadamente a produtiva, de bens e serviços, o que até em termos de concursos internacionais de fornecimentos, poderia pressupor a instalação em território nacional de unidades produtivas de equipamentos pesados, laboratórios, com dinamização das empresas portuguesas e fortalecimento da economia nacional.

Por exemplo, há alguns anos o governo do Brasil (bem sei que falamos de dimensões territoriais não comparáveis) no lançamento de uma licitação internacional para instalação de aceleradores lineares, colocou como pressuposto a instalação de unidades de produção no seu território nacional vocacionadas para exportação

Cada vez temos mais doentes (e doenças) crónicos e, neste sentido, a inovação terapêutica tende a melhorar, sob todos os aspetos, ano após ano. É possível ter equidade no país, na área da saúde, dando o melhor a todos?

A equidade é um eixo central do nosso SNS e, como tal, mais que mantido deve ser reforçado.

Se no passado as políticas de saúde se orientaram muito, e bem, em torno da criança, hoje em dia e sem descurar a área materno e infantil, há que reforçar a oferta de cuidados à velhice.

É sabido que cerca de 20% da população de 65 e mais anos já é afetada por duas doenças crónicas e desses 20%, 50% tem cinco ou mais doenças igualmente crónicas. Isto implica uma nova forma de organização e distribuição destes cuidados de saúde, tanto em termos de medicina familiar como de cuidados domiciliários e hospitalares. A questão não é dar o melhor a todos mas sim garantir as adequadas prestações de saúde a todos. Afinal equidade é isto.

Recorda-me de um "slogan" do SNS do reino de Sua Majestade, que dizia mais ou menos isto: *We're the*

British National Health Service, providing everything you need almost.

A gestão do sector da saúde deveria integrar toda a atividade económica associada, nomeadamente a produtiva de bens e serviços

Há quem diga que o Norte está muito melhor do que o Sul (ao nível do acesso a cuidados de Saúde; de humanização e de capacidade de resposta). Sente isso?

Mais que um sentimento, trata-se de uma evidência constante e reportada nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, tais como o benchmarking regularmente publicado pela ACSS.

Note-se que tal é conseguido com afetação de menos recursos humanos e financeiros, para uma das regiões de saúde com maior dispersão geográfica, em termos de distribuição de cuidados de saúde, que ainda assim revela indicadores de desempenho qualitativo, acessibilidade e económicos que excedem o resto do conjunto nacional, para além de dispor da maior capacidade formativa de profissionais de saúde, em especial médicos.

Tem alguma explicação para o facto?

Não conheço algum estudo explicativo do facto. Poderia adiantar algumas razões adjetivas ou mesmo subjetivas. Não corro esse risco, pois poderia ser apenas a expressão da minha sensibilidade, sem aderência substantiva e objetiva com a realidade.

Mas seria esclarecedor algum estudo sobre esta matéria, explicativo da evidência, até para potenciar uma forma mais equilibrada de afetação de recursos no território nacional.

Fazer seleção de doentes, devido aos custos – dos medicamentos, dos dispositivos, etc...- não é problemático?

Uma resposta curta, simples, mas incisiva: mais que problemático é inadmissível.

O SNS é geral, universal e tendencialmente gratuito, mas há quem diga que o crescimento do setor privado tem sido construído com base no "desinvestimento" do setor público. Isto é real?

A Constituição da República na alínea d do nº 3 do art.º 64º, prevê "...formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade. Por seu lado, A lei de bases de saúde estipula:

"CAPÍTULO II

Das entidades prestadoras dos cuidados de saúde em geral

Base XII

Sistema de saúde

1 - O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades.

4 - A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior."

Retomando o preceito constitucional a questão reside em "assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade" à margem de quaisquer questões ideológicas.

O Hospital em Portugal e em geral, é visto como uma estrutura pesada e sem harmonia, onde é difícil criar mais-valias que potenciem a inovação. Como repensar o Hospital, de forma a que ele corresponda ao que os portugueses necessitam?

Em termos de organização, os nossos hospitais continuam muito "balcanizados".

Quer isto dizer: muito acantonados nos tradicionais serviços baseados em especialidades muito estanques e com poucos canais de comunicação entre eles, em





matéria de complementaridade de cuidados.

O nosso doente procura os hospitais não em função de especialidades e serviços orgânicos, mas sim em função de doença e de necessidades de saúde. Penso que é esta adequação que há de ser realizada, agregando os profissionais de saúde em equipas, agregando saberes e competências de modo a adequar integralmente a nossa resposta à procura.

Por exemplo, na doença oncológica isto já é uma realidade com diversos centros, como o da mama ou do pulmão. Com a cronicidade da doença vamos ter que evoluir necessariamente para outros centros multicompetentes, nomeadamente na hipertensão, na diabetes, nas doenças neurodegenerativas, para não falar nas doenças raras, mormente as de sobrecarga do lisossoma, que mormente no nosso Hospital agrega 21 profissionais.

Integração entre o Hospital e os Cuidados de Saúde Primários: utopia ou realidade?

É a utopia que por vezes, e como é o caso, nos deixa a um passo da realidade.

Há um novo governo e um novo Ministério da Saúde. Na área hospitalar quais devem ser os focos principais da nova equipa?

De algum modo a resposta está dada acima (na pergunta sobre o peso do hospital em Portugal), em matéria de centrarmos os cuidados no cidadão.

De algum modo, todos os governos têm introduzido melhorias sensíveis no SNS e é isso que permite, mais que a sua continuidade, a sua resiliência e consolidação. Existem diversas áreas que constam, aliás, do despacho que relança a reforma hospitalar. Destaco (e já anteriormente referi) a questão dos doentes crónicos, um modelo mais integrado de contratualização e pagamento, integrando os ACES das áreas de influência dos respetivos hospitais.

De facto, a porta de entrada do dinheiro nos sistemas de saúde e a forma como circula lá dentro condiciona o desempenho profissional e por conseguinte os resultados a obter. ■

Entrevista **Marina Caldas**
Fotografia **Joana Costa**



CV

Delfim Pereira Neto Rodrigues, Licenciado em Direito e pós-graduado em Administração Hospitalar.

Advogado 1977/78, Administrador Hospitalar 1980 nos Hospitais Cíveis de Lisboa e posteriormente no Centro de Neurocirurgia de Lisboa.

Em 1984 no Hospital de Guimarães. Distinguido pelo Ministro da Saúde pelo trabalho desenvolvido.

Em 1987 por concurso público internacional foi designado representante da Europa do Sul no Programa "Hubert Humphrey" do "Fullbright". Paralelamente cursou em algumas universidades americanas nas áreas de Administração Hospitalar e Saúde Pública, Promoção Continuada da Qualidade, Engenharia Biomédica, Sistemas de Informação e Gestão, Administração, Pública Relações Industriais.

Atualmente é presidente do conselho de administração do Hospital N. Senhora da Oliveira - Guimarães.

NO PASSADO

Diretor Regional do Norte das Instalações e Equipamentos da Saúde,

Diretor-Geral dos Hospitais,

Diretor-Geral de Saúde,

Presidente da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo,

Vice-presidente da Galia SGPS, sub-holding de saúde,

Presidente do conselho de administração do British Hospital,

Presidente do conselho de administração do BH XXI,

Presidente do conselho de administração da Lotus Coimbra e Cascais

Gestor centro de responsabilidade médico no Centro Hospitalar do Alto Ave

Gerente da Planisaude,

Auditor hospitalar e professor convidado em diversas universidades, desenvolvendo também atividades de consultoria, direção e preparação de planos estratégicos de empresas, projetos de "nursing home" e "assisted living care", direção e instalação de hospitais e estabelecimento de parcerias estratégicas empresariais internacionais

Autor e coordenador de vários diplomas e peças legislativas de reforma e organização do SNS.

Consultor temporário da Organização Mundial de Saúde.

Quem é...

Qual o seu Clube de futebol? É sofredor ou nem por isso?

Vitória Sport Clube Guimarães. Sofro mas também rejubilo.

Se voltasse atrás e pudesse escolher de novo, a Saúde seria uma opção?

Seria sempre a minha decisão do coração e da razão.

O filme de sempre é?...

Casablanca.

O que faz quando está muito cansado?

Passeio no campo.

Ler ou cinema?

Ler.

Vinho Tinto ou Branco?

Verde Minho.

Onde se sente como peixe na água?

No alto mar a pescar.

Nova Iorque ou Chicago?

Chicago.

Qual o maior vício?

Os meus amigos.

A INOVAÇÃO NA ÁREA DO MEDICAMENTO

O medicamento é a tecnologia mais utilizada no processo de prestação de cuidados de saúde e representa um valor quantificável para a Sociedade. Na prevenção, tratamento das doenças e na qualidade de vida dos cidadãos. A grande descida da mortalidade no século XX deveu-se, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao aumento do rendimento das populações, a melhores níveis educacionais e sanitários, e principalmente aos avanços no conhecimento médico, medicamentos e vacinas. Para esta redução, contribuiu a descida das taxas de mortalidade das doenças vasculares e oncológicas em que o medicamento tem um papel central (Iniciativa Latitude, Novos Horizontes na Saúde e no Medicamento, 2016).

A inovação em saúde é uma dimensão fundamental de desenvolvimento quer económico quer civilizacional. O progresso das sociedades tem sido em grande parte feito à custa de mais saúde, mais bem estar, mais anos de vida e qualidade de vida. E a inovação na tecnologia, nos processos e nos modelos organizacionais tem tido enorme relevo nesta evolução.

A par com a humanização dos serviços de saúde, a inovação em saúde tem procurado responder a necessidades emergentes. A transição demográfica, geracional e epidemiológica tem sido impulsionadora do aparecimento de inovação que, na saúde terá um impacto significativo na garantia de uma vida saudável ao longo do ciclo de vida humano.

Quando se fala em inovação na saúde há um foco de especial atenção no medicamento. É natural que assim seja. Por duas razões principais. A primeira, porque a inovação farmacológica foi responsável por cerca de 75% dos ganhos em esperança média de vida registados na primeira década deste século (2000-2009). Paralelamente, é reconhecida à inovação a capacidade de ter incrementado as respostas ao nível da prevenção primária e secundária, como são exemplos a deteção precoce de patologias como a Diabetes e os rastreios na área do cancro (Inovação como um Direito dos Portugueses, Boston Consulting Group, Junho 2015). A segunda razão, porque a inovação fundamental ou disruptiva (a que efetivamente representa uma resposta efetiva, com impactos significativos na morbi-mortalidade) representa encargos financeiros elevados para os sistemas

de saúde e convoca a sociedade a discutir a capacidade de manter a equidade no acesso ao tratamento. O preço dos medicamentos e os custos da inovação, a par com o necessário e desejado acesso, são hoje uma parte da discussão pública que os cidadãos e os governos não poderão deixar de fazer.

No limite, poderemos ter que invocar os princípios da ética, para ajudar a clarificar os limites desta discussão. Acesso com equidade, princípio Constitucional que se suporta num modelo de progresso civilizacional, e comportabilidade tendo a conta a necessária sustentabilidade do sistema de saúde que, para continuar a crescer acima do crescimento do PIB dos Países, obrigará forçosamente a uma revisão dos investimentos públicos e a uma reanálise da contribuição solidária através dos impostos.

Esta matéria adquire ainda maior sensibilidade, quando a Europa e Portugal, em particular, atravessam uma crise económica profunda, com contornos de evolução incertos traduzidos nas interdependências europeias e internacionais.

A despesa total efetiva no SNS em saúde diminuiu cerca de 1,9 mil milhões de Euros entre 2010-2012, ou seja 11%. Para esta redução, contribuíram os cortes na despesa pública em saúde (mais de 2 mil milhões de euros) enquanto a despesa privada registou um aumento marginal. Neste mesmo período a despesa em saúde na UE18 cresceu 2,3% ao ano. Esta evolução total da despesa coloca Portugal nos Países que menos investem em saúde por habitante (OCDE,IMS,INE,Análise BCG).





ANA PAULA MARTINS

Farmacêutica, Professora Auxiliar

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Nesta trajetória de ajustamento, em que Portugal teve de cumprir uma série de medidas, na sequência do auxílio financeiro externo (Programa de Assistência Económica e Financeira), a evidência aponta para que o País esteja a investir na saúde em proporção da sua riqueza.

Contudo, é preciso realçar que este trajecto tem implicado que os SNS têm tratado os seus doentes com metade dos recursos financeiros para medicamentos usados pelos seus congêneres europeus. Os custos dos tratamentos não estão indexados à riqueza dos Países o que tem como consequência que um tratamento farmacológico inovador na área da oncologia assuma um peso na despesa com medicamentos em Portugal, diferente do que assume na Alemanha, em França ou no Reino Unido. E não estão, por enquanto, reunidas condições para que os preços das tecnologias sejam ajustados com base na realidade de cada País. Esta é contudo uma dimensão que terá, obrigatoriamente, de ser abordada no contexto europeu. Caso contrário, teremos no futuro Países que não conseguem acolher a inovação nem garantir o seu acesso aos seus cidadãos.

Adicionalmente, Portugal tem uma dimensão populacional baixa, comparativamente a outras realidades na Europa e uma capacidade de retenção e atração de investimento por parte da Indústria da Saúde que dificulta o desenvolvimento de um modelo economicamente sustentável no acesso a novos medicamentos e dispositivos médicos tecnologicamente avançados. Há contudo sinais positivos de reorganização dos processos de gestão dos cuidados de saúde, de garantia de qualidade e eficiência no sistema, que podem dar suporte a estratégias de investimento em inovação que possam ter sustentação a longo prazo.

Um exemplo claro dessa evolução, é a concretização de modelos de contratualização em que o financiamento das unidades de saúde é feita também por indicadores de resultados em saúde e gradualmente menos pela produção de serviços. Naturalmente que há um equilíbrio que é necessário respeitar nestes modelos, para não desvirtuar ou comprometer o acesso aos cuidados de saúde que têm por base, não os resultados em saúde diretos, mas o bem-estar e a qualidade de vida, por exemplo em situações de cuidados continuados ou paliativos.

A par destas práticas de gestão, a criação de centros de referência em áreas terapêuticas específicas, e a medição e divulgação de resultados em saúde obtidos a partir do investimento em novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica, são fatores críticos de sucesso para a adoção transparente e informada da inovação em saúde.

Igualmente, os modelos de partilha de riscos, com pagamento baseado nos resultados (de saúde e eficiência) são métodos de contratualização importantes e que,

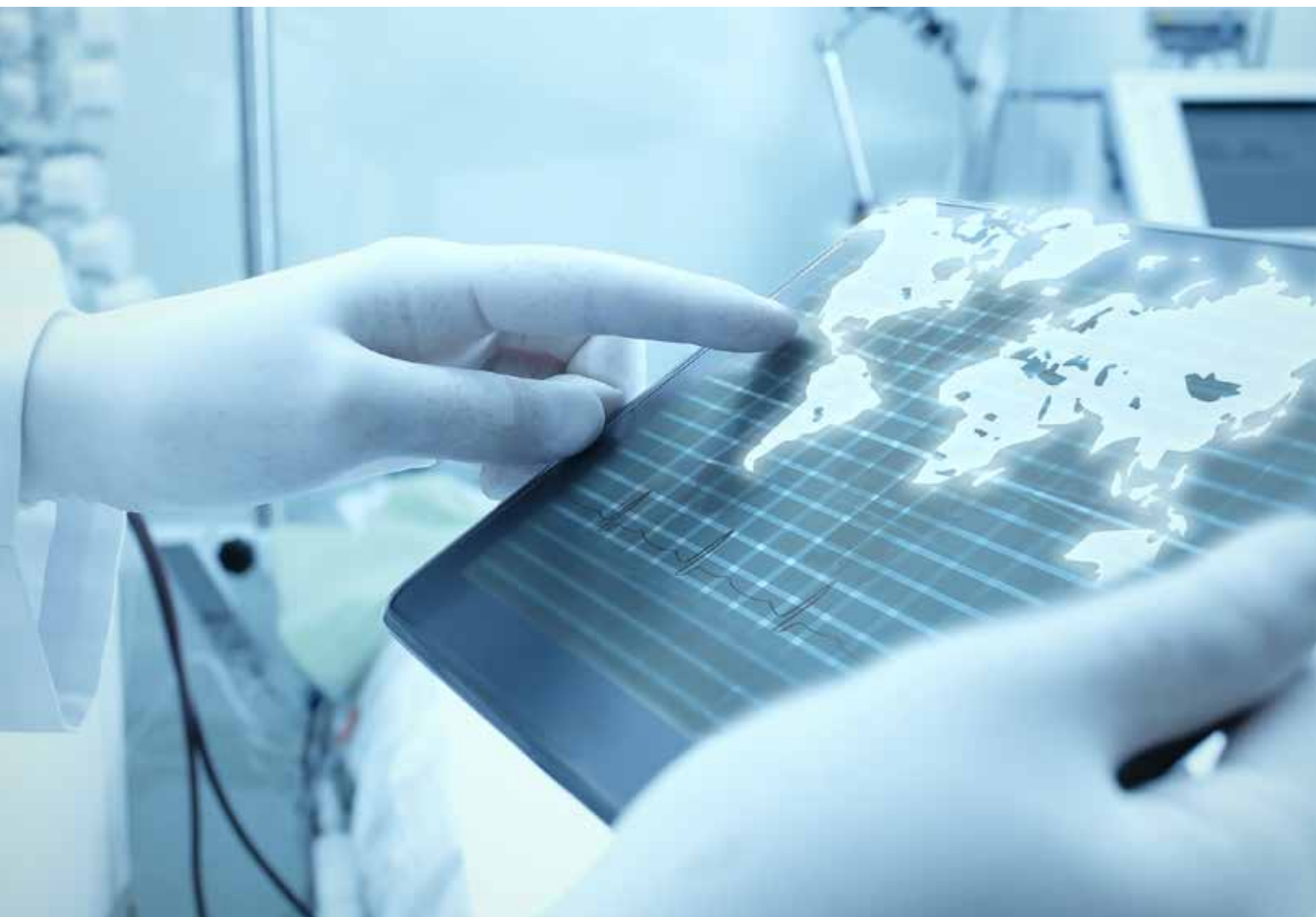


em algumas terapêuticas, podem efetivamente ter uma aplicação muito positiva. O Sistema Nacional de Avaliação das Tecnologias da Saúde (SINATS) recentemente criado, deverá ser a Plataforma que congrega a necessária evolução na avaliação, contratualização e medição de resultados.

Há contudo um aspeto de capital importância na discussão sobre a Inovação na área do Medicamento em Portugal, nomeadamente a captação e o investimento na investigação clínica. É fundamental continuar a investir neste domínio, pois representa para um País pequeno, uma oportunidade relevante de acesso à inovação e

de avanço científico que não podemos desperdiçar. A realização de investigação na área da eficácia e segurança dos medicamentos inovadores, durante o seu ciclo de vida, é um *cluster* muito importante sob o ponto de vista económico que deve ser, também, dessa forma equacionado.

Naturalmente, que a discussão breve sobre a Inovação na área do Medicamento não pode, em Portugal, ser desligada de todo o investimento e importância que damos, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, à promoção da saúde e prevenção da doença. Se é certo que vamos precisar de garantir ganhos em saúde a partir



da melhor inovação terapêutica que vai estar disponível nas próximas décadas, não é menos verdade que teremos que fazer um redobrado esforço de evitar novos casos de doença crónica, de minimizar consequências e tender para a ambulatorização dos cuidados de saúde. Para isso o investimento em cuidados de proximidade e em literacia em saúde são determinantes. As equipas de saúde familiares, em que os profissionais de saúde possam garantir respostas multidisciplinares, são determinantes no caminho da sustentabilidade do sistema de saúde em Portugal.

No final a questão permanece: como vamos construir um modelo de acesso à inovação terapêutica que na área da oncologia, doenças neuro-degenerativas, doenças raras, diabetes e doenças infecciosas que garanta, simultaneamente, ganhos em saúde que temos a expectativa de obter nas próximas décadas sem comprometer a integridade e a solidariedade intergeracional do SNS? Só com muito bom senso, sensibilidade, conhecimento e determinação política podemos ser bem sucedidos. ■



O PRINCÍPIO DA ELIMINAÇÃO DA HEPATITE C

POR RUI TATO MARINHO
PROF. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

O caminho foi longo, difícil. A ciência, a medicina, doentes, médicos, a indústria e o poder político protagonizaram uma das mais desafiantes e promissoras batalhas contra a doença. A luta contra a Hepatite C ultrapassou barreiras sem precedentes. De crónica, carcinogénica e fatal, a hepatite C é hoje uma doença com cura. E agora, o que se segue?

Nem a medicina nem a indústria farmacêutica empregam a palavra cura em vão. A razão é simples: cura implica a recuperação da saúde. É, por isso, uma palavra usada com cautela e apenas em situações em que não existe dúvidas. A Hepatite C alcançou esse patamar. Sem hesitação, admite-se hoje que é uma infeção com probabilidade de cura em mais de 90 por cento dos casos. Os novos antivirais são exclusivamente orais, de fácil administração, muito bem tolerados e sem efeitos adversos significativos. A realidade atual contrasta com as mais de duas décadas de tentativas, frequentemente frustradas e frustrantes, para médicos e doentes. Os tratamentos eram prolongados, com efeitos secundários relevantes e penosos, e, pior: a taxa de sucesso era baixa.

“A palavra cura começou a ser usada há cerca de 10 anos. Falamos de cura virológica, da eliminação do vírus. É um marco histórico que pode abrir, enquanto método, um conjunto de novas possibilidades para o desenvolvimento de tratamentos para outras infeções virais”, assinala Rui Tato Marinho, hepatologista no Hospital de Santa Maria. “Uma pessoa com o vírus da hepatite C é um reservatório ambulante. Se formos eliminando o vírus, vamos eliminando por consequência um problema que não é só dos outros, é nosso, enquanto sociedade”. Para o especialista, as conquistas alcançadas com as novas terapêuticas multiplicam-se pelo número de

vidas beneficiadas. “Tenho atualmente 300 doentes em tratamento. Por cada doente curado há uma família a viver essa alegria”, afirma. “Cerca de 30 por cento dos doentes, após a eliminação do vírus sente melhorias no estado geral de saúde. Têm mais energia, voltam a praticar exercício, retomam aquilo que é uma vida normal”.

Menor mortalidade e morbilidade

As doenças crónicas do fígado são a nona causa de morte nos adultos portugueses. Representam cerca de 2.500 mortes por ano, das quais 40 por cento estão associadas ao vírus da hepatite C. Quase sempre assintomática, esta infeção evolui para a cronicidade em cerca de 70 por cento dos doentes infetados. A cirrose e o cancro hepático são as consequências mais graves desta infeção que pode permanecer silenciosa durante duas décadas. O atual tratamento tem como objetivo erradicar o vírus, que se traduz pela designação “resposta virológica sustentada”. Por outras palavras, o vírus é eliminado da circulação sanguínea em apenas algumas semanas. “A eliminação da doença contribui não só para a redução da mortalidade, como também da morbilidade. **O risco de cirrose e até de cancro reduzem praticamente a zero. Para os doentes já com cirrose, a evolução é mais lenta e pode mesmo desaparecer**”, salienta Rui Tato Marinho. Embora todos os doentes sejam diferentes e os estádios da doença também, as vantagens da nova terapêutica refletem-se também na transplantação. “Por um lado, teremos menos doentes a precisar de transplante. Por outro, o transplante era pouco eficaz a longo prazo. O doente voltava a ter o vírus. Agora já não é assim”.



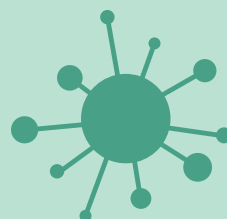
SALDO + POSITIVO

A segurança e eficácia atuais no tratamento na Hepatite C contrastam com as décadas de penosas tentativas, cujos custos iam além da própria condição clínica. “Os doentes passavam por situações muito difíceis: depressão, suicídio, divórcio, incapacidade para trabalhar. Tudo isso passou”, refere o especialista. “Estes doentes são pessoas, em média, com 50 anos. Ainda podem contribuir muito para a sociedade. A cura devolve-lhes a saúde, a felicidade, o bem-estar e a qualidade de vida. A cura permite-lhes continuar a ser filhos, pais, avós, cidadãos ativos e participativos”.

Outro tempo

Os atuais antivirais são hoje o tratamento de primeira linha para a maioria dos doentes. São poucos os doentes que não respondem. Para trás ficam décadas de resultados menos felizes, e mais recentemente, a luta pelo acesso. “Imagine-se que era hoje possível tratar definitivamente, em apenas algumas semanas, os doentes com diabetes ou esclerose múltipla. O que aconteceu com a Hepatite C é extraordinário”, afirma Rui Tato Marinho que reconhece ter havido “muita distração política”, questão hoje totalmente ultrapassada. “Não existem quaisquer obstáculos atualmente”, garante. “É sobretudo notório **para os doentes que conviveram com a doença durante 30 anos e, agora, em apenas três semanas, estão curados, é como ganhar uma vida nova**”.

Mas esta “nova forma de curar”, como define o especialista, não permite ainda pensar na total erradicação da doença. “O mundo, os contextos sociais e económicos são diversos de país para país. Não é expectável que venhamos a conseguir uma eliminação global da doença. Mas há ainda margem para melhorar”, diz. Rastrear, tratar mais cedo, e, quanto ao próprio tratamento, no futuro, vir a dispensar o uso da ribavirina, bem como aumentar a eficácia, em particular para os doentes mais difíceis, com medicamentos que gerem menos resistências e com tratamentos mais curtos. Um futuro cada vez mais próximo para um presente que é em si mesmo um salto grandioso.



6.014
DOENTES
INICIARAM TRATAMENTO



1.230
CURADOS



52
POR
CURAR



UM ANO APÓS O ACORDO, COMO ESTÁ O TRATAMENTO PARA A HEPATITE C

POR LUÍS MENDÃO
PRESIDENTE DO GAT

A revolução no tratamento da hepatite C começou há mais de cinco anos com o telaprevir e boceprevir. Desde aí a luta entre os preços intoleráveis propostos para os sucessivos medicamentos pelas diferentes empresas que culminou com os célebres 84 000 dólares americanos por 84 comprimidos de sofosbuvir e os sistemas de saúde atingiu dimensões épicas à custa de falta de acesso que no nosso país roçou o inadmissível. Estivemos do lado da inovação médica verdadeira, do acesso, da saúde pública, do sistema nacional de saúde e do conhecimento.

O preço que Portugal pagava pelas curas com interferão peguillado (e ribavirina) era absurdo sem que ninguém o contestasse.

A 6 de Fevereiro de 2015 foi tornado público que havia um acordo que garantia aos doentes com infeção por Hepatite C em seguimento no Sistema Nacional de Saúde o acesso, aparentemente sem restrições, ao tratamento com sofosbuvir ou à sua combinação com ledipasvir, medicamentos da Gilead.

Este acordo é, em termos de qualidade de tratamento e em termos conceptuais, um passo significativo mesmo disruptivo: preconiza tratamento universal a um preço dito comportável pelo Estado, implementa um mecanismo de compra centralizado para evitar constrangimentos económicos locais nos Hospitais. Em vigor há um ano (e a um ano do término) há ainda várias questões por resolver.

Temos hoje novos fármacos. Há, pois, que alargar o acordo a todas as opções terapêuticas relevantes para as pessoas que vivem com Hepatite C; não questionando os tratamentos em uso, existem alternativas terapêuticas mais indicadas para determinadas situações e/ou genótipos. O daclatasvir é necessário e (ainda) indispensável. O 3D ou 2D da Abbvie é (ainda) indispensável em determinados casos. A BMS e Abbvie devem ser flexíveis, apresentar propostas

de preços comportáveis e o Governo deve fazer o esforço da comparticipação. As novas combinações da MSD, da Gilead, da Janssen e mesmo da Abbvie vão chegar.

Para eliminar a Hepatite C em Portugal não basta tratar as pessoas já diagnosticadas: as estimativas do número de pessoas a viver com o vírus da Hepatite C são variadas, mas superiores aos 13.000 que estavam no sistema de saúde no final de 2014. Urge definir e implementar um Programa Nacional que integre informação e literacia, prevenção, rastreio e ligação a cuidados de saúde, e que garanta o acesso universal à melhor opção terapêutica.

Os números sublinham o salto qualitativo que vivemos no tratamento da Hepatite C: o INFARMED monitoriza os tratamentos e a 3 de Fevereiro indicava 6014 tratamentos iniciados, com 1230 doentes curados, e 52 não curados. Insucesso de 4,2% apenas é notável. O acesso, porém, ainda não é universal: cerca de 40% das 13.000 pessoas identificadas (devíamos estar a mais de 50%) iniciou tratamento mas ainda estão brutalmente sub representados dois grupos que devem ser prioritários e onde a transmissão é maior: as pessoas que usam drogas (frequentemente discriminadas no acesso) e as pessoas encarceradas (só cerca de 2% a 4% destas pessoas identificadas com Hepatite C já iniciou tratamento).

Refira-se, por fim, a importância da sociedade civil e da comunidade de pessoas que vivem com Hepatite C, das pessoas que usam drogas e co-infetadas quer no processo que conduziu ao acordo em vigor, quer para manter na agenda as questões que aqui referimos. A comunidade não pode estar limitada a ser “moeda negociada”, como o foi em determinados momentos no anterior processo negociado; deve ser um agente informado e ativo de pressão sobre o Estado e farmacêuticas para garantir que no topo da agenda está a prioridade: a saúde. ■

PRÉMIO 2016

O DOENTE COM MIELOMA NO CENTRO DA INVESTIGAÇÃO

A Associação Portuguesa Contra a Leucemia (APCL) e a Associação Portuguesa de Leucemia e Linfomas (APLL) patrocinam em conjunto o **Prémio O doente com Mieloma no centro da investigação**, no valor de 8 mil Euros, criado com o objetivo de congregar esforços para chamar a atenção para o mieloma múltiplo, contribuindo para o aumento do conhecimento desta patologia, do seu diagnóstico e do seu tratamento, com o intuito de melhorar a vida dos doentes.

As candidaturas terminaram em 31 de janeiro de 2016.

O projeto vencedor será anunciado em março do 2016, no âmbito do Mês da Consciencialização do Mieloma Múltiplo. A cerimónia de entrega decorrerá em 21 de maio, na Pousada de Lisboa no decurso de um evento sobre MM.

Informação adicional disponível no site das associações patrocinadoras do prémio: www.apcl.pt e www.apll.org.

O prémio foi financiado pela empresa Celgene.



INOVAR É PROCURAR SOLUÇÕES

ISABEL REDONDO

Medical Advisor da MSD Portugal



We cannot step aside and say that we have achieved our goal by inventing a new drug or a new way by which to treat presently incurable diseases, a new way to help those who suffer from malnutrition, or the creation of ideal balanced diets on a worldwide scale. We cannot rest till the way has been found, with our help, to bring our finest achievement to everyone.

George W. Merck, in Medical College of Virginia, Richmond (1 Dec 1950).

Fala-se muito em inovação. É moda falar em inovação. Fala-se de inovação em todas as áreas. As empresas precisam de inovação. Os países criam agências nacionais de inovação. Desenham-se, a nível europeu, Programas-Quadro Comunitário de apoio à inovação.

Também na saúde a palavra inovação está na berra. E nem sempre pelas melhores razões. E nos últimos tempos, geralmente associada à palavra custos.

O que é inovação? Qual o impacto da inovação nas tecnologias de saúde? Porquê é que é preciso continuar a inovar em saúde?

Inovar é procurar soluções. Implica estar insatisfeito com o que existe. Implica estar disponível para arriscar. Implica construir novo conhecimento. Implica criar valor. E, quando a inovação acontece em saúde, ela muda vidas.

Em 1950 George Merck definiu o caminho que a MSD se comprometia a trilhar, baseado na procura constante de soluções para os grandes problemas de saúde pública e no compromisso de as fazer chegar aos doentes.

Serão várias as áreas terapêuticas em que esse compromisso tem sido respeitado até aos dias de hoje. Dou apenas dois exemplos.

Em 1988, os investigadores da Merck Sharp & Dohme foram os primeiros a demonstrar que a inibição da enzima protéase do VIH impediria a replicação do vírus; no ano seguinte, publicaram a primeira estrutura de cristal de protéase do HIV. Anos mais tarde, os cientistas da MSD foram os primeiros a demonstrar a inibição da integrase do HIV in vitro e in vivo. É hoje possível alcançar e manter a supressão da replicação vírica, minimizando o risco de desenvolvimento de resistências e preservando o sistema imunitário, o que teve como consequência prolongar e melhorar a qualidade de vida dos doentes infetados pelo VIH.





Em 1991, os investigadores da companhia desenvolveram a primeira terapêutica aprovada para o VHC, o interferão alfa-2b recombinante. Em 1997, foi aprovado o primeiro regime de combinação para o VHC, com o interferão alfa-2b + ribavirina. Em 2011, a Merck Sharp & Dohme lançou um dos primeiros antivíricos de ação direta na replicação vírica, um inibidor da protéase do VHC, contribuindo para a mudança no paradigma do tratamento da hepatite C. Atualmente um extenso programa de desenvolvimento de novos regimes terapêuticos de ação direta está em curso, aguardando aprovação regulamentar. A eliminação da hepatite C é hoje possível, porque existem terapêuticas com taxas de cura acima dos 90%, e a MSD quer continuar a fazer parte dessa história.

A palavra inovação na saúde tem sido nos últimos tempos apenas associada a custo e a restrições ao

acesso. Não podemos esquecer o impacto positivo que as novas tecnologias em saúde trazem aos doentes e à sociedade quando, indiscutivelmente, acrescentam valor.

Muitos desafios nos reservam os próximos tempos. Mas inovar é procurar soluções. É por isso que é preciso continuar a inovar em saúde.

O desafio é hoje demonstrar continuamente o valor da inovação em saúde. É ajudar os sistemas de saúde a fazê-la chegar aos doentes. É torná-la sustentável. E, quando a inovação acontece em saúde, e chega aos doentes que dela precisam, ela muda vidas... ■

ATIVIDADES

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) realizou, nos dias 30 de novembro de 2015 a 9.ª edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde® (PBPS) e 1 de dezembro, a conferência “Os Caminhos da Inovação. Envelhecimento Saudável”, no Auditório do Edifício Tomé Pires, na Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), em Lisboa.

No conjunto dos dois eventos (conferência e PBPS) contámos com a presença de 233 inscritos, entre académicos e investigadores da saúde, profissionais do setor da saúde e social, destacando-se gestores, administradores hospitalares e dirigentes da saúde de uma larga diversidade de instituições hospitalares e de cuidados de saúde do país.

Os caminhos da

INOVAÇÃO

Envelhecimento Saudável

No Encontro da 9.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde®, promovido pela APDH, a Direção-Geral da Saúde, a Administração Central do Sistema da Saúde e as Administrações Regionais de Saúde e que decorreu no passado dia 30 de novembro, foram anunciados os vencedores de 2015 no Auditório do Edifício Tomé Pires, do INFARMED.

A cerimónia de entrega dos Prémios foi realizada no dia seguinte, na sessão de encerramento da Conferência “Os Caminhos da Inovação. Envelhecimento Saudável”,

e contou com a presença do Secretário de Estado da Saúde, Manuel Delgado, em representação do Ministério da Saúde.

Deixamos o nosso agradecimento a todos os participantes e candidatos e uma felicitação especial aos vencedores. Poderá consultar os projetos candidatos à 9.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde® em www.apdh.pt/pbp2015.

9.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde®:



Melhor Projeto

Projeto: Unidade de Saúde Mental Comunitária Leiria Norte - Integração de Cuidados de Saúde Primários

Instituição: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Responsável: Ana Maria Vieira Araújo

Menção Honrosa

Projeto: Programa de Prevenção Secundária de Doença Coronária de Cardiologia

Instituição: Hospital Beatriz Ângelo

Responsável: Miguel Almeida Ribeiro



Melhor Poster Científico

Projeto: Lancheira Sorriso em Movimento

Instituição: Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

Responsável: Maria Felicidade Oliveira Ortega

Menção Honrosa pelo Poster Científico

Projeto: Plataforma on-line do Rastreio Auditivo Neonatal Universal

Instituição: Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE

Responsável: Maria Luísa Gil Azevedo



Conferência

“Os Caminhos da Inovação. Envelhecimento Saudável”

Enquanto parceiros na organização deste evento estiveram presentes no decurso dos trabalhos, além do Secretário de Estado da Saúde, o Diretor-Geral da Saúde, Francisco George, o Presidente do INFARMED, à data Hélder Mota Filipe e a Presidente do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, EPE, Isabel Paixão.

Esta conferência pretendeu criar um espaço, através da constituição de quatro mesas e participação de 62 oradores convidados, que permitisse compreender e debater os efeitos do envelhecimento sobre a procura e utilização dos serviços de saúde e a atual organização da prestação de cuidados, procurando analisar os atuais caminhos da inovação, a par com as tendências internacionais, nomeadamente os novos modelos de integração de cuidados de saúde (primários, hospitalares e continuados) que promovam o envolvimento dos organismos locais, regionais e nacionais e outros *Stakeholders* relevantes.

A primeira mesa debruçou-se assim sobre os Cuidados Integrados e a doença crónica: do Hospital à Comunidade e deu a conhecer algumas iniciativas locais inovadoras no campo da coordenação funcional das redes de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados: a importância do *continuum*, iniciativa apresentada pela Eunice Carrapiço (Médica de Medicina Geral e Familiar, ACES Cascais/USF S. João do Estoril), onde se abordou a prestação de cuidados de saúde com transcurso entre as redes de cuidados de saúde, experimentando em São João do Estoril. Ouvimos, ainda, o Delfim Rodrigues (Presidente do CA, Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE), que nos apresentou o seu projeto, implementado desde 2014, na área da Hospitalização domiciliária, e que incide sobre o acompanhamento dos portadores de doença crónica, de infeções recorrentes, de cuidados paliativos e realização de reavaliações em doentes referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e com resposta demorada. Seguiu-se o Projeto avós e netos, apresentado pela Cidália Alves Guerreiro (Diretora, ULDM de Mértola, Santa Casa da Misericórdia de Mértola), um

empreendimento da Misericórdia de Mértola, que cruza atividades das crianças com idosos nas áreas da música, expressão plástica, educação física e novas tecnologias de informação e comunicação.



Da esquerda para a direita Eunice Carrapiço Carrapiço, Marina Caldas (Jornalista), Teresa Branco (Assistente Hospitalar HFF, Hospital de Dia de Infeciologia), António Ribeiro Nunes (à data, administrador hospitalar do Hospital de Vila Franca de Xira), Cidália Alves Guerreiro e Delfim Rodrigues.

Na segunda mesa, sobre a Funcionalidade, Avaliação de Necessidades de Saúde e Inovação foram apresentadas ações criativas. Uma delas, o Alentejo Healthcare Living, apresentada por David Mendes (Professor Convidado, Universidade de Évora), que avalia as funcionalidades dos idosos com base na Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), como instrumento de apoio ao acompanhamento da regressão funcional progressiva e à determinação das necessidades de cuidados de saúde dos idosos. Seguiu-se o projeto Cantinho do Cuidador, apresentado por Sara Martins (UCC de Évora, ACES Alentejo Central) que visa satisfazer as necessidades de apoio, encaminhamento e formação dos Cuidadores Informais de Évora, do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central. E, por fim, a investigação Route 65+: o Caminho da Integridade. Autonomia entre Independências, apresentada por Pedro Machado Santos (Psicólogo Clínico, membro Grupo de Investigação do CINTESIS), que chama a atenção para a necessidade de enunciação de conceitos fundamentais, ligados à independência e integridade da pessoa.



Da esquerda para a direita, Sara Martins, Manuel Lopes (Diretor, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, Universidade de Évora), António Leuschner (Presidente CA, Hospital de Magalhães Lemos, EPE), David Mendes, Pedro Machado Santos.

A terceira mesa, intitulada Importância da gestão terapêutica, Filipa Costa (Professora Auxiliar ISCSEM, Investigadora ROR-Sul, IPOL) abordou a Gestão da Terapêutica no Idoso: o Contributo da Academia, tendo sido apresentado um estudo multicêntrico, onde experimenta a utilização de dispositivos compartimentados de dispensa periódica e a revisão da medicação sensível aos idosos em estudo. Seguiu-se a apresentação, por parte de Rute Horta (Coordenadora, Departamento de Serviços Farmacêuticos, ANF) que nos falou dos Programas de Cuidados Farmacêuticos em Doença Crónica (Asma/DPOC, Diabetes e Hipertensão Arterial/Dislipidemia), que podem ser auxiliares preciosos para uma boa gestão dos regimes terapêuticos pelos doentes idosos. A experiência “Calçar os Chinelos do Doente”, apresentada por José Feio (Diretor, Serviços Farmacêuticos CHUC, EPE) mostra a preocupação pela minimização do erro no circuito do medicamento, pela ambulatorização da dispensa de medicamentos, atendimento permanente e a zreconciliação do plano terapêutico.



Da esquerda para a direita, José Feio, Paulo Espiga (Vogal Direção, APDH), Carlos Santos (Administrador Hospitalar, IPOCFG, EPE), Filipa Costa, Rute Horta.

Na última mesa, intitulada Os Caminhos da Inovação no Envelhecimento Saudável: Estudos-caso foi-nos apresentado por Carlota Louro (Faculdade de Ciências Médicas-UNL, Linha Saúde Sénior, SAÚDE 24) a Linha Saúde Sénior, instituída desde 2014, para avaliar o estado de saúde e outros indicadores e dar o encaminhamento necessário (como por exemplo, ajudar a marcar uma consulta ou apoiar na renovação do fornecimento da medicação). Seguiu-se a apresentação da ação Capacitar é Ganhar Saúde, por Fátima Santos (Coordenação do Programa saúde, reabilitação e bem-estar, Fundação LIGA) e Virgínia Calado (Terapeuta ocupacional do Programa saúde, reabilitação e bem-estar, Fundação LIGA), que representa um programa de capacitação do doente reumático para a promoção dos autocuidados que incide em exercícios de preservação e treino das funcionalidades dos doentes idosos, reabilitando o desempenho da atividade numa dimensão pessoal e social. Por fim, o projeto Cuidar de Quem Cuida, apresentado por Cátia Pires (Equipa Técnica, CASTIIS, Centro de Assistência Social à Terceira Idade e Infância de Sânguedo) e Madalena Malta (Coordenação, CASTIIS), enquanto projeto inovador e de sucesso ao nível da intervenção junto dos cuidadores informais de pessoas com demência.



Da esquerda para a direita, Carlota Louro, António Santos (Vogal Direção APDH), Teresa Sustelo (à data Presidente do CA, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE), Dra. Fátima Santos, Virgínia Calado, Maria Vânia Silva Nunes (Professora Auxiliar, Universidade Católica Portuguesa).

Webinar “Decentralization and Autonomy in Health - Portuguese Primary Health Care”

A APDH realizou, no dia 13 de janeiro de 2016, conjuntamente com a Federação Internacional dos Hospitais (International Hospital Federation – IHF), um evento “Decentralization and Autonomy in Health - Portuguese Primary Health Care”, por videoconferência, que versou sobre a temática dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal e que teve como ilustres oradores Vítor Ramos (Médico MFG, ACeS Cascais, Professor assistente, ENSP, UNL) que enquadrou a reforma dos CSP portugueses, seguido de Alexandra Fernandes (Médica MFG, USF Fernão Ferro MAIS - ACeS Almada-Seixal; Diretora de internato de MGF – Setúbal-Norte) que nos trouxe a experiência do terreno da sua unidade funcional “USF FF-mais Family health unit Fernão Ferro MAIS. 9 years' experience of the Portuguese primary care reform”.

Este evento contou com uma audiência de âmbito mundial, que abrangeu participantes oriundos de Portugal, Austrália, Reino Unido, Suíça ou Estados Unidos da América.



Caso não tenha tido oportunidade de participar, poderá visionar este evento em <https://youtu.be/nKnIbiz4KHo>



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

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

www.apdh.pt/comotornarsesocio

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

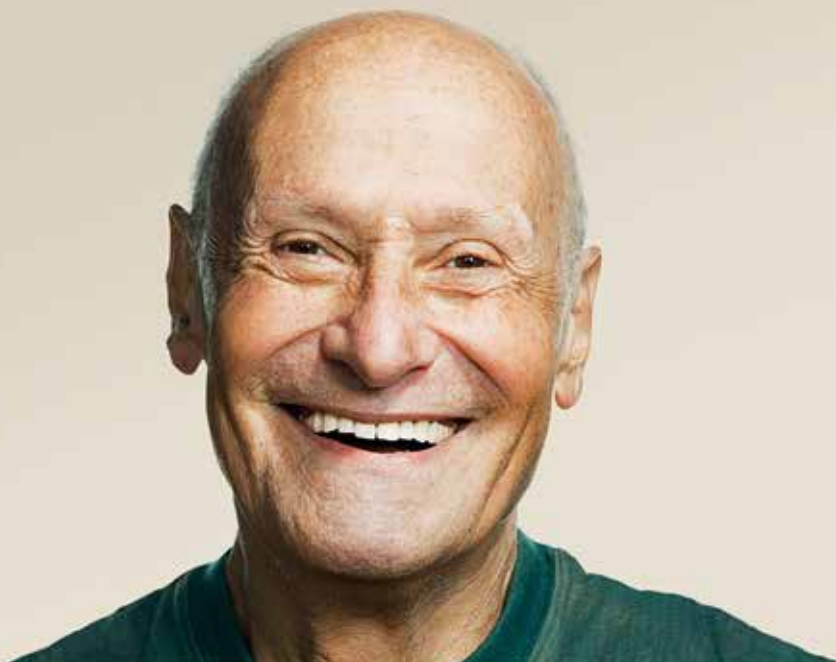
A Pfizer está empenhada em melhorar o bem estar das pessoas em todas as fases da sua vida.

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



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

Saiba mais em pfizer.pt



1MISC1005001

Copyright © 2009 Pfizer Inc. Direitos reservados.

A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL

