

REVISTA OHOSPITAL

ANO IV, Nº17 // ABRIL/JUNHO 2018



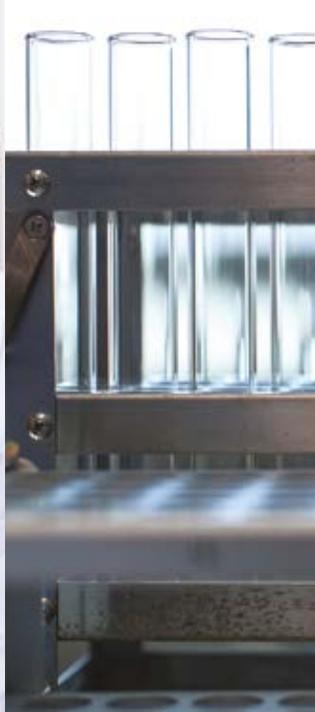
ANTÓNIO ARNAUT
(1936 - 2018)

“O SNS é o meu melhor poema”

schülke 

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





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 Infeção pelo VIH/SIDA, Hepatites Virais Crónicas, Infeções Fúngicas Sistémicas, Doenças Respiratórias e Cardiovasculares e, mais recentemente, na área da Hemato-Oncologia.

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

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

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



Gilead Sciences, Lda.

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

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

000/PT/14-10/IN/1768

Índice

04 EDITORIAL

António Arnaut, Fundador do SNS.

06 ANÁLISE

Caminhos e percursos a tomar em relação às Doenças Raras.
Uma visita à Sociedade Portuguesa de Nefrologia.
Estratégias para eliminar a Hepatite C em Portugal.

14 ENTREVISTA

“Ainda estamos na pré-história do tratamento da dor” - Beatriz Craveiro Lopes

20 HOMENAGEM

António Arnaut. Quem foi... o que nos deixou”

30 ESTUDO

O custo e a carga da Leucemia Linfóide aguda em Portugal.

34 REPORTAGEM

Portugal sem vírus da Hepatite C.

38 INOVAÇÃO

Novas realidades do contexto hospitalar.
Caso Sindactília. Octenidina: Inovação em Queimaduras.

42 ATIVIDADES APDH

XXVIII Assembleia Geral Ordinária e Eleitoral.
Conversas de fim de tarde “O percurso do doente oncológico no hospital de dia”.



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

EDITORIA DE ARTE E PAGINAÇÃO
MARINA TOVAR REI

FOTOGRAFIA
PEDRO MENSURADO E APDH

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

DIRETOR COMERCIAL
JOSÉ FERREIRA

IMPRESSÃO
UE

TIRAGEM
4.000 EXEMPLARES

DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA

PERIODICIDADE
BIMESTRAL

PROJETO



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

PROPRIEDADE
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O
DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR (APDH)
Gabinete HOPE&IHF Portugal

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

António Arnaut, fundador do SNS

Requiem por mim

*"(...)
Longo foi o caminho e
desmedidos
Os sonhos que nele tive.
Mas ninguém vive
Contra as leis do destino.
E o destino não quis
Que eu me cumprisse como
porfie,
E caísse de pé, num desafio.
Rio feliz a ir de encontro ao
mar
Desaguar,
E, em largo oceano, eternizar
O seu esplendor torrencial de
rio."*

Miguel Torga (1993) – Diário XVI.
Coimbra, p. 201

António Duarte Arnaut (1936 – 2018), nascido no interior central do país, no meio da pequena agricultura, educação letrada, ténpera telúrica e inconformada, haveria de vir meteoricamente à cidade de Lisboa realizar a luz prometida na Saúde para voltar, de seguida, por vontade própria, às suas raízes coimbrãs, entre a baixa e a serra próxima, com a inabalável crença de que é aí, para ele, que Portugal soberanamente se cumpre.

Acresce que viviam, aqui, neste encaixe de Coimbra, de onde observavam e trabalhavam ativamente para o país e para o mundo, dois dos mestres da sua vida, ambos médicos, por sinal, o Dr. Fernando Valle (1900 – 2004), em Arganil, e o Dr. Adolfo Rocha (1907 – 1995), no Largo da Portagem, em Coimbra, que terão inscrito seguramente em António Arnaut, jurisconsulto e político, a importância de consignar a sensibilidade social e a cidadania à ordem pública da Saúde em Portugal.

Numa conferência proferida na Universidade Fernando Pessoa, em 2005, para falar do médico Adolfo Rocha e do escritor Miguel Torga, lembrou que aquele nunca gostou de ser "um sujeito de bata branca a negociar em saúde" e que, talvez por isso, tenha apoiado entusiasticamente a criação do SNS, deslocando-se propositadamente a S. Martinho de Anta, em abril de 1978, para aí receber e saudar o Ministro que sonhou e ousou essa revolução humanista, afirmando "algum dia o bálsa-

mo da ciência havia de chegar às chagas do povo sofredor" para que "a dignidade assumida de cada um seja o claro espelho da dignidade de todos".

Ao assumir o Ministério dos Assuntos Sociais, no breve II Governo Constitucional, de sete meses, lançou o trabalho afincado sobre as Bases do Serviço Nacional de Saúde mas, face à vida curta do mesmo, redigiu um Despacho ministerial em 20 de julho de 1978, conhecido por despacho Arnaut, e fê-lo publicar no Diário da República, 2ª Série, em 29 de julho de 1978, no qual determinava a abertura do acesso aos Serviços Médico-Sociais de então a todos os cidadãos, independentemente da sua situação contributiva, como garantia da universalização, generalização e gratuidade, dos cuidados de saúde prestados e da comparticipação de medicamentos - qual prelúdio da criação do SNS.

Na vigência da I legislatura da Assembleia da República, agora na qualidade de deputado, passada que estava a fase de discussão pública, procedeu de imediato como autor principal, em novembro de 1978, à submissão das Bases do Serviço Nacional de Saúde, merecendo as mesmas a aprovação em reunião plenária de 28 de junho de 1979, com o Vice-Presidente, em exercício, o próprio António Arnaut, e a publicação como Lei nº 56/79, sob o título Serviço Nacional de Saúde [DR I série N.º 214/1/3 1979.09.15].

A ação empenhada e bandeira de António Duarte Arnaut, como governante e deputado, tinha a sua origem na sagração da ética na decisão pública de cumprir o preceito constitucional de 1976, enunciado no número 2, do artigo 64.º.

Mas António Arnaut, com o seu caráter ímpoluto, em entrevista dada trinta anos depois à "Tempo Medicina Online", por alturas do Congresso Sistema de Saúde Português, realizado em Coimbra, nos dias 26 e 27 de março de 2009, à pergunta "Foi preciso força para impor essa ideia?" respondia "A força das minhas convicções. De facto começaram as maledicências e chamaram à lei a 'Lei Arnaut', ligando-a só a uma pessoa para reduzir a sua força. Eu assumo orgulhosamente a responsabilidade política do SNS. Foi na lógica das minhas convicções e de um compromisso que sempre tive com o povo português, como cidadão e como socialista, que tomei essa decisão política. Mas quero dizer, em nome da verdade, que

não tenho a responsabilidade técnica. O modelo e as linhas doutrinárias estavam traçadas na Constituição e a responsabilidade técnica e a organização pertencem a uma comissão, e especialmente a Mário Mendes e a Gonçalves Ferreira, também médico, que em 1971 começara verdadeiramente a fazer o SNS ao criar os primeiros centros de saúde".

E este obreiro do SNS, ali justamente referido, o Professor Gonçalves Ferreira (1912 – 1994), mencionou bibliograficamente que "No anteprojeto governamental dizia-se que este respeitava as linhas gerais da Constituição e que o Estado devia não só delinear a política nacional de saúde como assegurar os meios para a sua efetivação...", na História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal (Fundação Calouste Gulbenkian, III Volume, Série de Cultura Portuguesa, 2015, p. 1032).

O nobre cidadão António Arnaut manifestava, na sua idade maior, um enorme reconhecimento e profunda gratidão ao SNS, pela necessidade de utilização do mesmo no seu processo de saúde e, baseado nesta experiência pessoal, reagiu publicamente em nome da população de doentes oncológicos pela indignidade na cobrança de taxa moderadora, na utilização de serviços de saúde, a estas pessoas, tendo merecido o melhor acolhimento por parte da tutela da saúde de então.

A sua permanente inquietação pelos desvios do bom serviço público de saúde, pelo crescimento exponencial da mercantilização da saúde e pela desumanização dos indicadores de gestão dos serviços de saúde, convocou-o para voltar à liça e trabalhar agora na atualização das bases do Serviço Nacional de Saúde e recuperação das Carreiras Profissionais, para assim retomar os princípios em prol dos cidadãos, preconizados vai para quatro décadas, depois do reconhecimento de que foi preciso dobrar o cabo, e nós dobramos o cabo (entrevista concedida por António Arnaut à APDH, 2014), para conseguir a unanimidade de hoje em torno do SNS, por todas as correntes políticas, por todos os grupos profissionais e stakeholders da saúde, em suma, por toda a sociedade portuguesa.

Respeitar o legado de António Arnaut só pode ser trazendo o SNS de volta à sua matriz original constitucional e humanista.

A Direção

abbvie

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

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

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

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

abbvie.pt





RUI GONÇALVES
Médico Especialista em
genética médica

CAMINHOS E PERCURSOS A TOMAR EM RELAÇÃO ÀS **Doenças Raras**

O primeiro draft da sequência do Genoma Humano foi lançado em 2001, e nos anos seguintes assistimos a um esforço, sem precedentes, de colaboração Internacional para documentar a evolução do conhecimento científico sobre as consequências funcionais das variantes genómicas. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde existem cerca de 10.000 doenças monogénicas (i.e., consequência indelével de variantes patológicas em genes individuais). A regulação, sinalização e organização das proteínas em complexas redes funcionais de interação começa a ganhar forma através das áreas da proteómica e metabolómica.

Existe uma (r)evolução evidente na Medicina moderna à semelhança dos avanços na área da tecnologia. A internet faz (apenas) 29 anos de existência e, em relação ao smartphone, há cerca de 20 anos era residual o conhecimento acerca das suas utilidades ou até do eventual sucesso comercial dos aparelhos. A maioria das pessoas não tem um conhecimento profundo ou domina a linguagem informática, no entanto é lógico e natural que as suas potencialidades possam ser exploradas e aproveitadas.

Do extraordinário ao vulgar

A generalidade das doenças raras genéticas mais conhecidas da comunidade médica surge com a designação de “síndrome” seguida de epónimo(s), por exemplo: Williams-Beuren, Huntington’s, Addison’s, Charcot-Marie-Tooth ou Machado-Joseph. Considerado um merecido tributo aos clínicos e investigadores que realizaram a descrição inicial e a divulgação científica des-

tas patologias, porventura a razão principal é menos romântica e resulta essencialmente do desconhecimento e da falta de capacidade técnica para o diagnóstico das mesmas. A propósito recorda-se que a primeira unidade de diagnóstico citogenético em Portugal data de 1975, sediada no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, INSA Lisboa.

Hoje existe confirmação de diagnóstico genético em variadíssimas formas de cancro, epilepsia, cardiomiopatia, doença auto-imune, doença neuromuscular, défice cognitivo e demência, ataxia, doença musculo-esquelética e reumatológica, entre outras. A investigação em doenças raras estabeleceu desta forma as directrizes que sustentam o conhecimento atual sobre a maioria das doenças comuns.

Uma realidade escondida

A evolução, salvo raras exceções ocorre através de pequenos avanços. É compreensível portanto que os dados da informação genómica e da farmacogenética não sejam considerados elementos clássicos a constar do processo clínico do doente.

Poder-se-á considerar que estes não são relevantes para a maioria das situações ou até que a validação clínica e a transposição da informação relativa aos testes genéticos para a prática tem implicações médicas que ultrapassam a esfera do próprio doente e que levantam muitas questões no quotidiano da vida hospitalar ou dos cuidados de saúde primários.



Better Health, Brighter Future

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

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

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

Gastroenterologia

Oncologia

Sistema Nervoso Central

Vacinas

Há uma dúvida essencial que acompanha o percurso da Medicina e em particular o dos seus principais intervenientes, os médicos. Em quantos doentes temos a certeza que na primeira escolha terapêutica vamos ter sucesso garantido?

A experiência na direção clínica numa Unidade de Cuidados Continuados dedicada exclusivamente a pessoas com doenças genéticas e raras, num período aproximado de 18 meses contribuiu para ter uma posição mais equilibrada em relação à real utilidade clínica dos exames de diagnóstico genético.

No seguimento de uma crise inaugural de epilepsia mioclónica senil, num doente de 40 anos com diagnóstico de trissomia 21 foi possível perceber que esta resultaria de numa anomalia funcional do gene GluR5 localizado neste cromossoma. Através do exame objetivo e na posse desta informação biológica crucial iniciou-se uma terapêutica personalizada com levetiracetam 500mg, 2id. Por outro lado, “fármacos chapéu” como a tetrabenazina, que apesar de desenhados especificamente para o tratamento sintomático de algumas manifestações da doença Coreia de Huntington, desiludiram quanto à sua eficácia terapêutica.

Existem vários exemplos de terapias moleculares dirigidas. Em 2001 ficou disponível o fármaco imatinib, um inibidor específico da tirosina cinase BCR-ABL com indicação para situações particulares, de acordo com a análise do genótipo. Mais recentemente, em 2013, um inibidor da atividade da proteína cinase em tumores HER2-positivos (lapatinib) foi desenvolvido para determinadas formas de cancro da mama. O medicamento ivacaftor, potenciador do regulador de condutância transmembranar da fibrose quística foi desenvolvido especificamente para determinadas variantes/mutações no gene CFTR.

Diagnóstico de Precisão e a Necessidade de Novos Biomarcadores Clínicos

A perspetiva da personalização dos cuidados de saúde pressupõe a capaci-

dade de diagnosticar a individualidade na doença.

Durante décadas personalizámos os planos de cuidados de saúde com recurso, entre outros, a dados de análise biométrica e sinais vitais, a métodos imagiológicos, electrofisiológicos, imunohistoquímicos, serológicos, hormonais ou bioquímicos.

Através do recurso a técnicas de diagnóstico genético de nova geração (Next Generation Sequencing, NGS) podemos identificar, através do recurso à análise do ADN nuclear e mitocondrial, as modificações que a nível germinativo e somático habitualmente desencadeiam quadros clínicos de natureza complexa. Felizmente, hoje existe a capacidade de obter esta informação por um custo aproximado de 2000 eur (aprox. 50 cêntimos/doença).

Associada a uma crescente capacidade de diagnóstico das variantes genómicas e em estabelecer uma válida correlação clínica, as redes de expressão funcional das proteínas assumem hoje um papel central na definição de endofenótipos e de biomarcadores específicos da doença.

Um Ecossistema de Saúde Sustentável

A Medicina de precisão surge como resposta à fragilidade económica dos sistemas de saúde. Aproximadamente 10% dos doentes admitidos a nível hospitalar apresentam efeitos adversos diretamente relacionáveis com o plano de cuidados de saúde implementado. Na Europa, cerca de 25% dos cidadãos referem ter sido diretamente afetados por um erro médico e os erros com a medicação ascendem a 1,1 biliões de euros. Nestes dados estatísticos registam-se ainda cerca de 180 mil mortes/ano. Relativamente às taxas de ineficácia terapêutica dos fármacos de primeira linha no tratamento sintomático de doenças como o cancro e a doença de Alzheimer é de 70%, na artrite e artropatias é de 50% e nos sintomas depressivos é de aproximadamente 40%.

A própria natureza dos sistemas de saúde variou substancialmente ao longo do tempo; inicialmente o foco era nas infra-estruturas e evoluiu para uma maior atenção aos aspetos funcionais. A criação de um ecossistema de saúde vocacionado para o conhecimento e o crescimento sustentável requer um esforço conjunto de Institutos e Universidades (ciência & tecnologia), da Indústria (desenvolvimento & difusão) e dos Serviços e Sistemas de Saúde (aplicação & utilidade) com vista à inovação. É essencial uma maior preocupação a nível governamental na criação e implementação de políticas que ao nível da indústria, economia e saúde possam alavancar estes (novos) desafios.

Literacia em Saúde: o bom exemplo das doenças raras no caminho para a Medicina Personalizada

A iniciativa da Medicina de Precisão lançada em 2016 pelo ex-Presidente dos Estados Unidos da América e o Projeto dos 100.000 genomas no Reino Unido são apenas dois exemplos de iniciativas Internacionais que pretendem definir melhor, sob uma base de genómica populacional, o papel fisiológico das variantes genómicas. É ainda útil registar com apreço a iniciativa Francesa da Genomic Medicine 2025.

Afirmar que não há nada feito neste campo ou que a noção de Medicina Personalizada é utópica é grave e resulta unicamente da reação mais elementar perante o desconhecido, o medo. Mas à semelhança de outras situações, este medo deve constituir a força necessária para impulsionar um raciocínio clínico mais amplo amparado pelo conforto, em termos de utilidade clínica, que a informação genética proporciona.

Considero que não existe verdadeira Medicina sem o diagnóstico e que o conhecimento sobre a genética Humana, cujos passos iniciais foram impulsionados pela investigação básica em doenças raras constitui de facto a base da prevenção em Saúde e o futuro da Medicina Personalizada.

Porque não existem doentes iguais

Escolhas Múltiplas



Uma visita à Sociedade Portuguesa de Nefrologia

ANÍBAL FERREIRA
Presidente da SPN
Sociedade Portuguesa
de Nefrologia



A Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) é uma sociedade científica de interesse público e sem fins lucrativos que, após um período de existência, integrada na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, ganhou autonomia e identidade jurídica formal, em 14 de janeiro de 1997.

Sendo a nefrologia um dos ramos principais da Medicina Interna, as diversas especificidades técnicas, as enormes inovações e a generalização da terapêutica substitutiva da função renal a toda a população contribuíram, decisivamente, para a independência e relevância da SPN.

Em Portugal, tal como na maioria dos países desenvolvidos, estima-se que 8% da população sofra de insuficiência renal crónica. Infelizmente, não temos registos exatos desta prevalência e os números existentes foram inferidos de uma subpopulação portuguesa de doentes diabético e do registo da SPN, referente aos doentes em diálise.

A nefrologia, nas suas vertentes de prevenção, diagnóstico e tratamento, incluindo a hemodiálise, a diálise peritoneal, as técnicas contínuas de diálise, a plasmaferese, e o transplante (renal isolado, de rim + pâncreas, de rim + fígado), constituem a melhor ilustração da potencial relevância da SPN na sociedade nacional.

Acresce que a SPN se articula diretamente, com outras sociedades científicas, de diferentes espectros da medicina (nacionais e internacionais), e ainda com as autoridades sanitárias, o colégio da especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos, as associações de doentes, e a comunidade em geral (através, por exemplo, do site da SPN).

Presentemente, a SPN conta com um pouco mais de 460 sócios efetivos, a maioria deles especialistas ou Internos do Internato Complementar de Nefrologia. Acrescem muitos sócios honorários portugueses ou espalhados pelos 5 continentes, e muitos jovens investigadores e/ou universitários.

Particular dinamismo tem sido dado à articulação com a So-

ciiedade Brasileira de Nefrologia, com quem a SPN partilha anualmente, e de forma alternada (entre Portugal e o Brasil) a organização do Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia, bem como com a Sociedade Espanhola de Nefrologia e Sociedades Americanas de Nefrologia, com quem partilha a organização do Congresso Ibero-Americano de Nefrologia.

O Congresso Anual de Nefrologia, organizado pela SPN (também designado de "Encontro Renal), tem sido o palco privilegiado da partilha de resultado dos diversos centros de nefrologia nacionais, permitindo ainda a "abertura" da nefrologia, às restantes especialidades médicas com quem partilhamos o acompanhamento da maioria dos nossos doentes.

Na verdade, uma das principais inovações, concretizadas nos últimos 2 Encontros Anuais de Nefrologia, foi a elaboração de um programa conjunto, ocupando inteiramente um dos três dias de congresso, com as sociedades científicas com quem temos mais afinidades, no acompanhamento dos nossos doentes. Esta realização conjunta de 1/3 do Encontro Renal Anual (incluindo a escolha conjunta dos temas, dos preletores e do alinhamento das conferências) com a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, a Sociedade Portuguesa de Diabetologia, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia e a Sociedade Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, tem-se caracterizado por um enorme sucesso e vantagem recíproca.

Esta nova abordagem, que vamos este ano alargar para a Sociedade Portuguesa de Oncologia, permitiu que a Nefrologia deixasse de ser uma especialidade "de nicho", prioritariamente associada à terapêutica da insuficiência renal crónica (IRC) estadio 5 (nomeadamente à diálise e ao transplante) e passasse a ser envolvida nas diferentes vertentes da Medicina

Interna, da Medicina Geral e Familiar, bem como das restantes especialidades da medicina com quem partilhamos o acompanhamento dos nossos doentes.

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia é responsável pelo Registo Nacional do Tratamento da IRC estadio 5, o qual é apresentado no Encontro Renal anual e posteriormente fica acessível para consulta, sem qualquer restrição, no site da SPN. Trata-se de um registo com 100% de respostas (todas as unidades nacionais públicas ou privadas respondem), o que constitui uma ferramenta fundamental para o planeamento dos cuidados terapêuticos nacionais e para estudos epidemiológicos.

A SPN é ainda responsável pelo registo nacional das biopsias renais, no qual são indexadas todas as biopsias renais efectuadas em Portugal, com descrição pormenorizada dos quadros clínicos e laboratoriais dos doentes biopsados, e correlacionados com os achados histológicos.

O “Portuguese Journal of Nephrology and Hypertension” é o órgão oficial da SPN e o palco onde a maioria dos nefrologistas portugueses fazem muitas das suas primeiras publicações. Trata-se de uma revista científica trimestral, de reconhecida qualidade e exigência editorial, com prestígio crescente (já indexada nalgumas bases, mas aguardando a aceitação no PubMed).

Através da Newsletter “SPNews” (de publicação trimestral) temos ainda a possibilidade de partilhar, com toda a comunidade nefrológica nacional, a vasta atividade científica, formativa e socioprofissional já desenvolvida ou planeada. São exemplos desta atividade, a participação anual nas celebrações do “Dia Mundial do Rim”, as quais são amplamente difundidas nos meios de comunicação generalistas e, conseqüentemente, atingem o público alvo, de forma muito abrangente. No corrente ano, por exemplo, o Dia Mundial do Rim foi celebrado no dia 8 de março, (“Dia da Mulher”) e permitiu-nos aprofundar o tema “A Mulher e a Doença Renal - Incluir, Valorizar, Capacitar”, o qual mereceu grande divulgação nos “media”. A propósito desta patologia específica elaborámos ainda um vídeo de formação médica, para formação médica através do site da SPN.

Sublinhamos ainda a intensa atividade da Comissão Científica da SPN, na seleção dos vencedores dos Projetos de Investigação, das Bolsas e dos Prémios Científicos atribuídos pela SPN, que em 2018 atingiram um valor recorde de 21 premiados. Este é um dos principais objetivos duma sociedade como a SPN, no apoio prioritário aos nefrologistas mais jovens.

São vários os elementos da SPN (membros da Direção e sócios) que nos representam em organizações internacionais, particularmente europeias: na ERA-EDTA (European Renal Association), na EUROD (European Renal Osteodystrophy), no CKD-MBD (Chronic Kidney Disease - Mineral Bone Disease), tendo ainda a Dra. Carina Ferreira presidido durante os últimos 2 anos YNP-Young Nephrology Platform

da ERA-EDTA).

A SPN é membro da UEMS - UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS tendo participado ativamente, em 2017, no lançamento da primeira edição do “European Examination in Nephrology”. Foi com grande prazer e orgulho que verificámos que Portugal foi o país europeu com mais nefrologistas a submeterem-se a este prestigiante exame europeu e foi (de longe!) o país com uma taxa de aprovação mais elevada. Claramente, estes resultados atestam a qualidade da formação médica nacional, desde as faculdades de medicina, até à formação especializada hospitalar.

Portugal tem uma elevada taxa de doentes prevalentes em programa de hemodiálise, provavelmente de causa multifatorial: acesso à saúde generalizado nas últimas décadas com aumento da longevidade; mas mantendo-se como país da Europa com maior risco cardiovascular composto, incluindo AVC, HTA e diabetes e com sobrevida mais baixa SEM doença; fatores genéticos, como o associado à maior expressão do gene ApoL1 fruto dos cruzamentos com elementos da África subsariana; fatores religiosos e socioculturais que conduzem a uma maior aceitação desta técnica depurativa, que noutros países do norte da Europa; a oferta e a excelente cobertura nacional, com uma distribuição de centros de hemodiálise próximos da habitação ou do local de trabalho do paciente; a baixa mortalidade dos doentes prevalentes em hemodiálise, com excelentes resultados reconhecidos internacionalmente; etc.

Em 2019 a SPN em parceria com a ANADIAL (Associação Nacional dos Centros de Diálise) vai atribuir, pela primeira vez, um prémio anual que se destina ao melhor estudo epidemiológico / investigação na área da nefrologia preventiva.

Felizmente, Portugal ocupa igualmente um lugar cimeiro, a nível mundial, no número e no sucesso dos transplantes renais, de rim + pâncreas e de rim + fígado o que constitui um motivo de grande satisfação e orgulho para a população portuguesa. Num contexto em que se assume sempre a doação presumida (exceto se foi expresso o contrário em vida) importa otimizar todas a colheitas de órgãos possíveis em dador cadáver e otimizar as colheitas nas restantes situações que já têm enquadramento legislativo (doador vivo, doador cruzado, colheita em paragem cardiocirculatória).

O estudo da distribuição demográfica da IRC em Portugal, bem como as respostas terapêuticas são uma das prioridades da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Nesse sentido, colaborámos na revisão da Carta Nacional de Referência dos cuidados Nefrológicos Hospitalares.

Temos ainda desenvolvido estudos epidemiológicos que tentam dar resposta a algumas destas questões e permitir-nos, em conjunto com as autoridades sanitárias, contribuir para a otimização da utilização eficiente dos recursos dos serviços públicos, complementados pelas entidades convencionadas e entidades privadas, no tratamento dos doentes renais.



CRISTINA VALENTE

Infeciologia
Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

ESTRATÉGIA PARA ELIMINAR A Hepatite C em Portugal

A hepatite C é uma doença responsável por grande morbidade e mortalidade associada à doença hepática, nomeadamente hepatite crónica, cirrose ou carcinoma hepatocelular. Trata-se de uma doença potencialmente erradicável, e é uma das causas mais importantes de cancro hepático na Europa, representando 60-70% de todos os casos.

Estimam-se 70 milhões de infetados por vírus da hepatite C (1% da população) e cerca de 400 000 mortes anuais atribuídas a este vírus, sobretudo por cirrose ou cancro hepático. Note-se que desde 2000 se verificou-se um aumento de 22% na mortalidade e atualmente as mortes por vírus da hepatite C ultrapassam a mortalidade por VIH ou tuberculose.

Vários relatos sugerem que cerca de metade dos indivíduos infetados desconhece a sua condição. A OMS estabelece como objetivos para 2030, um aumento no diagnóstico para 90%, uma redução de 80% na incidência de novas infeções e de 65% na mortalidade. Em Portugal os números apontam para uma taxa de prevalência entre 0,8 e 1,3%, no entanto num estudo realizado em 2016, a prevalência de hepatite C encontrada foi de 0,54%, com apenas 33% dos indivíduos com virémia detetável. Estes eram maioritariamente homens e dois terços tinham idade compreendida entre 35-64 anos, concordante com a epidemiologia de toxicod dependência em Portugal entre 1975-1990.

O objetivo de todos nós, clínicos, e na sequência dos objetivos da própria OMS, é eliminar a hepatite C. Isto porque a Hepatite C é uma doença tratável e curável. A eliminação significa uma redução para zero na prevalência da doença numa determinada população, ou uma redução da prevalência global para números desprezíveis.

Têm de ser criadas estratégias para facilitar o diagnóstico; muitas vezes o indivíduo só é testado quando apresenta alteração das provas hepáticas ou sinais de cirrose. Testar nesta altura é fazer um diagnóstico tardio. Em 2017 a OMS propôs como recomendações, estratégias globais que incluíam o diagnóstico baseado no risco, ou na data de nascimento, e na população geral, caso a prevalência da hepatite C fosse >2%.

A primeira estratégia foca o diagnóstico em populações com alta prevalência, tais como migrantes de países de média/alta endemicidade, história de transfusões ou transplantados antes de 1992, utilizadores de drogas endovenosas, com piercings e tatuagens, filhos de mães com hepatite C, indivíduos com infeção por VIH, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo, reclusos e trabalhadores de saúde. A segunda aplica-se ao rastreio de uma população mais velha de alto risco de infeção entre populações de baixo risco, isto é os chamados baby boomers, em Portugal os nascidos entre 1950-1980 (estadas em África, uso de drogas na adolescência, etc.). Por último uma estratégia com pouca evidência científica, visa testar toda a população, caso a prevalência da hepatite C seja >2%.

Cada país, no entanto, deve criar as suas próprias estratégias, envolvendo a saúde pública, os hospitais, os cuidados primários de saúde, os centros de atendimento de grupos especiais e a comunidade (isto é equipas de rua, grupos de peer education). É fundamental conhecer de forma robusta a epidemiologia do país, para que se desenvolvam estratégias eficazes na eliminação do vírus. Tem de se conhecer a prevalência, a incidência, as formas principais de transmissão e atuar com prevenção dirigida, com rastreio e redes de atendimento eficazes. Programas de educação e aconse-

lhamento das comunidades são fundamentais. Após o teste e o diagnóstico há que tomar medidas para que todos tenham acesso ao tratamento.

Há no entanto várias lacunas e vários desafios! Há falhas na saúde pública, falhas na política de implementação do rastreio, relutância dos doentes em divulgar comportamentos, dificuldade em encaminhar alguns grupos, dificuldade na retenção nos cuidados de saúde, para além de fundos escassos para o tratamento, entre outras.

Em Portugal, as duas principais barreiras à eliminação da hepatite C são o diagnóstico e o custo do tratamento. Este último é apenas um componente na eliminação e pode ser usado como arma preventiva.

Atualmente os novos antiviricos de Ação direta conseguem taxas de cura superiores a 95%, com tratamentos de 8-24 semanas. Apesar dos benefícios do tratamento em fases precoces da infeção não terem reflexo imediato, há evidência suficiente de que o tratamento tem como benefício a médio/longo prazo, atrasar a progressão da doença e diminuir os custos associados. Por outro lado, as pessoas tratadas e curadas já não constituem mais uma fonte de infeção. O benefício não é só individual, mas sim para a sociedade: reduzindo o pool de infetados, reduz-se o risco de novas infeções e de reinfeções. Modelos que combinem o tratamento do VHC como arma de prevenção e estratégias de rastreio, podem diminuir a prevalência e a incidência de hepatite C.

Estratégias globais, como as propostas pela OMS, fazem sentido se houver recursos económicos e humanos. No nosso país, a aplicação de uma estratégia mais pragmática, chamada de mico eliminação, seria uma medida mais sensata, feita com pequenos passos, tal como ocorreu recentemente na Holanda, em que o tratamento da hepatite C em comunidades de homens que fazem sexo com homens, viu reduzida a taxa de novas infeções em 51% só no ano de 2016.

Para se alcançar esse objetivo, será necessário traçar um plano que, sem retirar o direito de todos a serem tratados, se dirija de forma prioritária aos grupos populacionais de maior risco de contágio e transmissão, tais como os utilizadores de drogas ou os homens que fazem sexo com outros homens. Esta ação tem de ser abrangente e organizada, isto é, no caso dos utilizadores de drogas, devem ser identificadas as zonas mais críticas e com maior prevalência e tratar todos para que não haja reinfeções nesse meio.

Se não cortarmos a cadeia de transmissão na sua fonte, dificilmente vamos conseguir atingir o objetivo de eliminar o vírus. Estamos a falar de grupos com prevalências extremamente elevadas de infeção, que são por sua vez vetores de contágio. Se conseguirmos tratar estes grupos, podemos avançar para outros grupos populacionais com prevalências de hepatite C menos elevadas.

Tornar exequível esta estratégia depende do compromisso das entidades responsáveis na disponibilização de profes-

sionais e meios adequados para o efeito. Uma ação de rastreio em massa em determinado grupo, uma referência rápida aos serviços de saúde e o acesso ao tratamento de forma fácil e controlada, permitiria eliminar a hepatite C nesse grupo. Este linkage to care só é possível com recursos económicos e humanos envolvendo vários profissionais. Perante a dificuldade de alguns grupos, tais como os utilizadores de drogas, seria importante estabelecer cuidados de proximidade, que permitam chegar até estas populações difíceis. Uma das estratégias poderia ser a inversa, isto é serem os profissionais de saúde, integrados, por exemplo em equipas de rua multidisciplinares, a levar o teste diagnóstico (testes rápidos), o tratamento e uma forma de vigilância a esta população.

Após eliminação num determinado nicho, podem expandir-se estes modelos a outros meios, tais prisões, comunidades de homens que fazem sexo com homens ou de trabalhadores do sexo, migrantes, etc. As prisões são uma oportunidade, constituindo um local adequado para a eliminação da hepatite C. Após planificação prévia e identificados todos os infetados nas prisões, uma estratégia a adotar, seria tratar todos os presos em simultâneo, permitindo assim quebrar essa cadeia. O grupo dos homens que fazem sexo com homens, constitui atualmente um outro importante grupo de risco e da mesma forma, uma intervenção global nesta comunidade permitiria eliminar a hepatite C, evitando novas infeções. Também muitos dos migrantes contribuem para a prevalência elevada da hepatite C. As comunidades que os acolhem ou o centro de imigração devia contemplar o rastreio sistemático, à semelhança de outros países e o encaminhamento obrigatório para os serviços de saúde. Programas comunitários dependentes, por exemplo, dos cuidados de saúde primários, poderiam ter um papel muito importante na identificação de alguns grupos mencionados.

Para além desta estratégia, de mico eliminação em grupos particulares, é recomendável que se faça o rastreio a todos os que tiveram estada em África, que fizeram transfusões de sangue ou derivados no passado, aqueles com comportamentos de risco presente ou passado (uso de drogas, risco sexual), companheiros destes indivíduos, migrantes, dialisados, infetados por VIH e hepatite B, e todos os que nas suas análises sanguíneas tenham uma ALT elevada. Estou segura de que se o rastreio fosse feito em todos estes grupos, conseguiríamos um grande número de diagnósticos.

É também obrigação de todos os profissionais de saúde dirigir uma palavra à população: Todos nós devíamos fazer o teste pelo menos uma vez na vida. O mesmo se aplica ao VIH e ao vírus da hepatite B.

Apesar do custo do tratamento ser reconhecidamente um peso para a sociedade, podemos chamar-lhe de investimento, tendo em conta a redução de custos inerentes às complicações associadas à doença hepática no futuro.

A caminho da eliminação da hepatite C, deixo esta mensagem: Test and treat!

“Ainda estamos na pré-história do tratamento da dor”

ENTREVISTA: Marina Caldas
FOTOGRAFIA: Pedro Mensurado

A dor crónica atinge uma em cada cinco pessoas na Europa e, em Portugal, cerca de um milhão e meio de pessoas são afetadas, direta e indiretamente, pelo problema.

O Hospital falou com uma profissional de saúde que tem dedicada grande parte da sua vida a este drama e que criou, há 26 anos, no Hospital Garcia de Orta (HGO) a Unidade da Dor que pode ser considerada um oásis neste domínio, no país. Falamos da anestesista Beatriz Craveiro Lopes que tem um olhar brilhante e franco e um sorriso que irradia simpatia.

Estamos no século XXI. Será que faz sentido passar por situações de dor sem que esta seja controlada? Esta foi a primeira questão colocada a Beatriz Craveiro Lopes.

É óbvio que a dor crónica interfere sempre com a vida dos pacientes! Claro que tudo depende do grau de severidade da dor e da intensidade do quadro clínico, mas interfere sempre.

A dor tem, sem dúvida, um impacto negativo com reflexos na vida pessoal, profissional, laboral e social. Em Portugal já são conhecidos dados epidemiológicos e, portanto, já se pode quantificar o impacto negativo da dor crónica, na vida do indivíduo e os custos sociais que acarreta.

Respondendo diretamente à pergunta, garantir que no século XXI conseguimos “acabar com a dor” atrevo-me a dizer que é uma tolice, porque a dor faz parte da nossa sobrevivência.

Precisamos dela?

Precisamos dela como sinal de alarme. Como sabe há uma doença congénita em que as pessoas não têm capacidade de perceber a dor, não sentem dor. E por isso, têm uma sobrevivência muito curta. Sei que há um caso de maior sobrevivência - no Hospital de São João - mas

normalmente não ultrapassam os primeiros anos de idade.

Porquê?

Porque se fraturam. Porque se queimam. Porque se aleijam e não percebem. No fundo, porque não têm sinais de alarme!

Mas atenção que isto é a dor aguda! Agora, na dor crónica ainda não foi encontrado significado biológico, mas uma coisa é certa: hoje temos ferramentas para tratar a dor que não tínhamos há cinco anos. Nesta última década, de 2000 a 2010, a década do cérebro houve uma enorme evolução da Medicina da Dor que acompanhou as neurociências.

Esta década foi um esticão fantástico neste domínio, apesar de estarmos ainda na pré-história. Digamos que saímos da ‘idade da pedra’ e estamos na ‘idade do bronze’ e as ferramentas que temos ao nosso dispor para o controlo da dor, ainda que insuficientes, já são muito melhores do que dispúnhamos há poucos anos.



Portanto a dor existe e não se controla totalmente, é isso que me está a dizer...

Em alguns casos de dor crónica é improvável! Muitas vezes as pessoas têm uma ideia enviesada sobre o que é a dor crónica. Não significa obrigatoriamente que a dor seja permanente. Dou-lhe como exemplo a nevralgia do trigémio em que é possível estar um ano ou mais sem qualquer dor e, de repente, surgem surtos de dor paroxística que é muito complicado. Nós, em Portugal ainda não temos dados estatísticos sobre esta patologia, mas nos Estados Unidos em doentes da terceira idade é a primeira causa de suicídio por dor não oncológica. Portanto estamos a falar de uma dor crónica brutal, severa, com um impacto enorme na vida de um indivíduo.

Há que perceber corretamente o conceito de dor crónica ao nível do padrão temporal. Há quadros clínicos em que existe dor constante basal e com picos de episódios de agudização. Há outros que pode não evoluir assim, depende das entidades.

Por exemplo, faz ideia qual é a dor crónica mais fre-

quente em Portugal e em qualquer parte do mundo onde a epidemiologia de dor é conhecida? É com certeza a musculoesquelética.

Pois...

E à medida que a população vai envelhecendo maior é a gravidade e a incapacidade. Os efeitos são mais deletérios sobre as actividades de vida diária, com tremendo impacto para as famílias e para esta sociedade que ainda não está preparada para este "tsunami".

Resolve uma parte, mas não resolve o total.

Temos muitas ferramentas disponíveis para reduzir a dor, para controlar a dor, para minimizar a dor e, eventualmente, eliminá-la.

A gestão das expectativas dos doentes tem que ser feita muito cuidadosamente. Porque alguém que não faça a gestão bem feita das expectativas...

Vai correr mal.

Pois vai porque o doente está à espera da dor zero. Aliás

quando se pergunta “qual é a sua expectativa?” a resposta é invariavelmente: “Tire-me a dor!” e então o léxico que se utiliza passa por controlar, reduzir ou minimizar a dor. A cura é um vocábulo que não deve ser dito, porque só quem cura são os curandeiros.

E quantos mais são os anos, pior...

É. Mas também temos gente jovem. Como sabe, a medicina portuguesa é muito boa e temos resultados fantásticos ao nível da mortalidade infantil, da morbilidade, etc. A esperança média de vida melhorou muito para todos em geral e para alguns em particular. Começam a surgir situações cada vez mais complexas

Mas quando diz que a expectativa do doente é “tire-me a dor”, e tendo por base a evolução de que falou, será que os tratamentos acompanharam essa evolução?

Graça ao melhor conhecimento do sistema nervoso central e periférico, os tratamentos evoluíram muito, mas ainda estão longe do que é desejável.

E, de facto, esse foi o grande avanço de que falei. Ora, com este progresso têm surgido novos medicamentos e novos procedimentos, uns invasivos outros não, que vieram colmatar muitas falhas do reduzido arsenal terapêutico anterior.

Hoje em dia, estão ao nosso alcance resolução para muitas situações clínicas utilizando diversos procedimentos que variam por exemplo desde a radiofrequência, toxina botulínica, ozonoterapia, neuromodulação medular ou periférica, etc.. Também dispomos de um armamentarium medicamentoso muito mais alargado do que existia há uma dúzia de anos atrás. No nosso Centro Multidisciplinar Dor, a patologia mais prevalente é a lombalgia.

É interessante porque as pessoas chegam e trazem o diagnóstico feito: “tenho ciática porque a dor é lombar e “vai pela perna abaixo...”

Há a necessidade de um nome para a doença! De um título! O pior que pode acontecer a um doente é não ter o diagnóstico bem definido. Porque a definição é importante e necessária e se não a tiverem é uma infelicidade.

“Os tratamentos evoluíram muito, mas ainda estão longe daquilo que desejaríamos.”

Não saber o que se tem é complicado...

E quando há dúvida o pensamento nunca é muito positivo, ou raramente é positivo...

Desculpe interromper para voltar à questão da ciática que a pessoa pensa que tem. Às vezes não tem?

Em 90% dos casos não é ciática! E muitas vezes o doente quer ser logo operado porque têm o conceito de que “cortando acaba o mal” - é assim que as pessoas se expressam - e nem sempre isso acontece.

Aliás, se houver indicação cirúrgica tal deve estar muito bem documentado pois os insucessos cirúrgicos na lombalgia são geralmente superiores a 25%. Estes números tendem a melhorar porque, como referi, tem havido grande evolução no conhecimento e cada vez os diagnósticos são mais finos e, assim sendo, há maior capacidade de fazer diagnósticos diferenciais.

Claro.

Porque o facto de ter uma dor nas costas não quer dizer que se tenha uma hérnia discal. Penso que é importante passar a mensagem que a partir de certo grupo etário, muitos dos que fizeram um raio x, uma ressonância, uma TAC, descobrem que existe uma hérnia nas imagens, mas o doente em causa não tem dor ou até lhe dói no lado contrário. Mais: é possível hoje visualizar uma hérnia discal nas imagens e daqui a um mês ela já lá não estar. Portanto a grande maioria das lombalgias não estão relacionadas com hérnias discas.

E o que quer dizer lombalgia? É o espaço entre a última costela e as asas do ilíaco e, como tal, a dor pode corresponder a muitas causas: desde um síndrome facetário (frequente) a um aneurisma da aorta (raro).

Uma sacroileíte.

Pode ser uma sacroileíte; uma síndrome piriforme; uma hérnia discal... e aquilo que é mais frequente é a componente muscular. As pessoas, desde que nascem, que se tratam muito mal. Ensinam-nos a lavar os dentes, a pentear, a tomar banho, mas nunca nos ensinam como nos devemos deitar, sentar ou levantar ... trata-se de posturas corretas e isto tem de ser ensinado nas escolas. Isto é de berço. É de pequenino que se torce o pepino.

Não há educação para a saúde a esse nível.

Não, não há mesmo!... Esta é uma das mensagens que eu gostava de deixar: é obrigatório que exista educação para a saúde a nível escolar, aliás pré-escolar - adaptada as circunstâncias, naturalmente - em termos ergonómicos.

Então quando se diz que em Portugal a esperança média de vida

é praticamente a mesma que no resto da Europa, mas que vivemos pior nos últimos anos de vida, pode estar relacionado com essas falhas.

Seguramente! Especulando: o grau de pobreza é muito importante e deve ser tido em conta neste processo, porque quem é pobre e tem hoje 70, 80, 90 anos muito provavelmente foi obrigado a trabalhar desde muito pequeno no campo ou em trabalhos muito duros.

E quando chega aqui....

Não há volta a dar. São excessos de cargas em crianças que estão em fase de crescimento e que quando chegam a adultos o seu aparelho músculo-esquelético já sofreu uma data de tropelias e traumas. A fatura vai ser cobrada posteriormente.

E as principais vítimas são mulheres

É o mais frequente, na proporção de três mulheres para um homem.

Porquê as mulheres? Há explicação?

Há, até fisiologicamente, porque no género somos diferentes, não é? Há muitas teorias, mas uma coisa é certa a mulher conhece a dor primeiro que o homem e rapidamente convive com ela. É a menstruação, a dor do parto, ela convive com a dor desde muito cedo.

Vive com a dor ao longo da vida

Fisiologicamente faz parte da vida da mulher. Quando é que o homem, na adolescência, tem dor? Quando anda ao pontapé ou à bofetada ou fractura um osso qualquer. Fora isso não!

Passa praticamente a vida toda sem...

É, não tem. Portanto fisiologicamente somos muito diversos, e depois os vários sistemas explicam também a diferença. Isto não significa que um homem quando tem uma dor é "queixinhas", não é isso.

Os homens queixam-se mais...

Todo temos um sistema muito complexo de neurotransmissão da dor enfatizando sobretudo a capacidade de percepção da dor. Já nem tem a ver com o género, mas com a variabilidade genética, de individuo. Por tudo isto, para a mesma patologia e para o mesmo tratamento, uns doentes são respondedores outros serão não respondedores.

É difícil chegar lá?

Muito. Muito difícil. É parecido com o que se passa no cancro, nos dias de hoje. Já se sabe que em alguns tipos de cancro se faz terapêutica direcionada e individualizada para

“É mais do que legítimo não querer ter dor. É um direito”

determinado doente com determinado perfil genético definido. Prevejo que o mesmo princípio será aplicado para a dor.

Pois...aí sabemos fazer tudo.

No dia em que tivermos ferramentas adequadas para A, B e para C, e que são mais de 500 perfis diferentes, então sim! Portanto, além do armamentário ser ainda muito curto há estes aspetos em que a genética e o fator ambiental têm um impacto brutal. Relativamente à genética...

Que vem connosco

É a nossa herança que os nossos pais nos deixaram e para a qual não há volta a dar.

Em todo o caso, na sua prática clínica acha que estamos a su-

portar menos a dor do que há uns anos? Até se diz, relativamente à gravidez, que agora as mulheres não querem ter os filhos de parto normal porque não querem ter dor... é legítimo não querer ter dor (e não falo só da dor do parto)?

É mais do que legítimo, é um direito. E é esse o nosso combate porque isso é negligenciado ...

Foi durante anos.

E continua a ser apesar de já se falar e de se fazer formação. Estamos muito melhor, em Portugal, mas muito longe de onde deveríamos estar.

Mesmo comparativamente com outros países?

Comparativamente com outros países não estamos mal...

Onde e que se trata melhor a dor?

Há centros de excelência em áreas específicas porque é impossível ter saberes enciclopédicos em tudo, nomeadamente na dor.

Eu diria que é desejável mais do que a equipa multidisciplinar um trabalho interdisciplinar. Para não dizer transdisciplinar, porque isso seria a perfeição!

E dou-lhe o exemplo aqui da nossa equipa, aqui no Hospital Garcia de Orta: há o fisiatra, o neurologista, o anestesista e é obvio que todos convergimos porque trabalhamos em regime de interdisciplinaridade à séria! É muito importante a transversalidade na dor. Quando me pergunta quais são as especialidades médicas mais adequadas...

Sim, quem é que deve tratar ... é o anestesista?

Estou à vontade para falar porque sou anestesista. O anestesista só justifica a sua existência por tratar a dor. Mas que dor? A dor cirúrgica! E a dor cirúrgica é uma alínea da dor.



Portanto a dor do peri-operatório não tem discussão e esse é o território do anestesista.

Logicamente que o anestesista que se dedica à dor crónica tem algumas vantagens porque conhece o cardápio de fármacos mais eficazes. Domina-os muito bem e domina também técnicas que são úteis quando se faz uma proposta terapêutica de procedimento invasivo ao doente. Não quer dizer que o colega, de outra especialidade, não aprenda a fazer a técnica. Pode ser o fisiatra, o anestesista, o neurologista, o oncologista o ortopedista... conforme o que o doente necessitar o que o médico está habilitado para fazer.

Portanto, a Medicina da Dor pela transversalidade, é uma competência da Ordem dos Médicos. Já há bastantes inscritos - cerca de 140 médicos de diversas especialidades - mas muito longe do necessário. É desejo de todos nós que se evolua para especialidade, mas ainda nos falta massa crítica.

Existem as unidades necessárias para tratar a dor, em Portugal?

Existem unidades, mas não são suficientes por vários motivos, não só pela questão da quantidade! Gostava lembrar a norma da DGS, em 2003, quando a dor foi equiparada ao quinto sinal vital, constando a obrigatoriedade da sua avaliação. Mas como não se fazem auditorias há quem siga a norma religiosamente; há quem a siga às vezes e há quem nunca a pratique. Enquanto não se fizerem auditorias ...

Pois.

A norma é boa e irrepreensível. Nunca é demais lembrar que a avaliação da dor não se limita à intensidade; é também a localização, o padrão temporal, os descritores, os factores de alívio e agravamento. São vários itens que muitas vezes não são considerados quer na rede hospitalar pública quer na da rede dos cuidados de saúde primários.

Também...

A mesma coisa...

Porque o centro de saúde tem de entrar em todo o processo.

Trata-se de uma circular normativa transversal a todos os profissionais.

Mas é muito difícil.

Sim, mas têm sido feitas imensas ações de formação para os Cuidados de Saúde Primários. O problema é que não entrou na rotina. São coisas simples que devem e têm de ser cumpridas, porque depois não é possível a sua monitorização. Não há registos porque não se pergunta o básico ao doente. A esmagadora maioria dos colegas da medicina geral e familiar não avaliam.

Nos hospitais é igual. Quem está na consulta tem de ver e registar a pulsação, a tensão arterial, a febre e a dor. É só isto. Não custa nada! Porque se não se registar, não se monitoriza, não se dá pelo problema e não trata.

A dor não é valorizada ainda.

Não. E de tal maneira que quando um hospital discute ou assina contrato programa, a dor nunca é contemplada. É difícil de entender...

É caro para o Estado tratar a dor?

Tratar a dor não é caro, é barato. É muito dispendioso, isso sim, se não for tratada. A dor é um assunto de saúde pública e mais dia menos dia a política de saúde tem de o enfrentar. O assunto tem sido abordado a medo há outra forma de encarar o problema. ...

Só se fala de dor no dia mundial...

É, naquele dia e acabou. Portanto enquanto não for considerada de forma permanente como acontece com a hipertensão, a diabetes, asma, o tabagismo... estamos a marcar passo. Quando me perguntou sobre os custos, o Centro Multidisciplinar de Dor onera ao Hospital Garcia de Orta 0,4 por cento do respetivo orçamento. Tratamos muitos doentes com pouco dinheiro, mesmo incluindo técnicas mais diversificadas e mais sofisticadas.

E temos um milhão e meio de portugueses com dor

Um milhão quatrocentos e trinta mil, tendo por base os 10 milhões de portugueses. É brutal. E isso para dor moderada a severa que a ligeira tem pouca relevância em termos epidemiológicos.

Igual ao número de diabéticos

É superior.

Se eu lhe pedir para caracterizar o doente que lhe entra mais vezes no consultório tem um perfil?

Mulher, entre os 50 e 70 anos, de baixa literacia e com lombalgia. É o mais frequente. Depois temos homens, novos e velhos... é igual em todos os países.

Cresce a ideia de que a Cannabis pode resolver parte do problema dador. É verdade?

Prefiro dizer substância canabinóide, porque falar de cannabis, neste contexto, não é correto. Há diversos estudos sobre a substância canabinoide para a dor, mas todos eles com alguma fragilidade e de qualidade relativa. Se há situações em que de facto já há mais consistência relativamente a benefícios é na esclerose múltipla bem como para alguns doentes oncológicos. Na dor ainda nada esta suficientemente e cientificamente provado. Não quer dizer que não venha a estar, mas para já...

Ainda faltam estudos...

Sim, faltam mais estudos para se poder afirmar que as substâncias canabinoides para doentes com dor são uma mais valia".

Como está a Unidade da Dor do HGO?

Esta unidade que já passou a denominar-se Centro Multidisciplinar Dor vai fazer 26 anos e o hospital 27 anos. Estamos bem e posso até dizer que vivo numa ilha neste momento. Claro que temos contrariedades e obstáculos. Por exemplo, temos um handicap terrível que é o espaço....

Precisavam de mais...

Precisávamos de área superior a quatro ou cinco vezes. A rentabilidade seria ainda muito superior e o hospital teria muito mais ganhos. Mas, de momento, não há mais espaço disponível que não é má vontade é por falta de dinheiro.

CV

- . Anestesiologista
- . Competência em Medicina da Dor
- . Directora do Centro Multidisciplinar Dor do HGO



Poema inacabado

(Fragmento)

e assim por entre cinzas e silêncio
vou chegando ao termo da viagem
equinócio sem retorno, árvore
fustigada pelo tempo, pela hesitação
de um verso ainda por abrir,
livre como nas correrias da infância que se
prolongam para além da fadiga
como hoje os passos e o olhar
se prolongam para além da dor,
para lá das sombras,
dos sonhos desfeitos e dos caminhos,
dos inumeráveis caminhos da dúvida,
por isso me escuto e me interrogo
na sucessiva crepitação dos dias
nas palavras necessárias e urgentes
de que vos tenho repetidamente falado
o amor, liberdade e a esperança,
mas falta-me ainda a palavra exata
para dizer aquela virtude que não se escreve
apenas se sente e soletra
intima(na)mente
como uma oração ou um poema,
talvez a possa sugerir ou figurar
num barco alado navegando o futuro
ou num pássaro de luar e fogo
ou numa flor de luz desfolhada
sobre o clamor dos oprimidos, sobre
a terra quente da ternura da morte
e o rio que chora em mim
como ao longe o mar em trevas,

afinal nada nos pertence, apenas o futuro,
o tempo continua à espera
que a a esperança o liberte,
que o amor o redima,
falta-nos porém a palavra e o número
onde o Sol emerge e a essência retoma
a última estrofe da vida,

talvez o Homem finalmente lúcido
encontre um dia a chave do mistério
na mão fechada de Deus
e descubra a palavra perdida
o elo intemporal da cadeia que

António Arnaut

Quem foi.. o que nos deixou

“Um humanista, um visionário, um exemplo de tenacidade e de honestidade”



ANA ESCOVAL*

Uma breve leitura biográfica mostra que António Duarte Arnaut nasceu em Cumeieira, concelho de Penela, a 28 de janeiro de 1936, e faleceu em Coimbra, a 21 de maio de 2018. Que foi um advogado e político português, que ocupou os mais nobres e elevados cargos, quer na vida política, quer profissional ou social. E que foi agraciado com a Ordem da Liberdade, por duas vezes, na primeira com o Grau de Grande-Oficial (no 30º aniversário da Revolução de Abril), e na segunda com o Grau de Grã-Mestre (no dia da Saúde em 2016). Mas o que mais gosto... o que gosto efetivamente e não me canso de ler e tive oportunidade de o conhecer, é que ele foi um humanista, um visionário, um exemplo de tenacidade e honestidade. “Lutador pela liberdade e pela democracia. Criador do SNS”, nas palavras de Marcelo Rebelo de Sousa.

Nas palavras de João Semedo, co-autor no livro que ambos publicaram, com o título Salvar o SNS (2018), “Arnaut foi um insubmisso e permanente lutador pela liberdade, pela igualdade e pela justiça social. Arnaut dizia-se teimoso”.

Conjuntamente, naquele livro, afirmaram que: “Se nada for feito para sustentar e inverter esta curva descendente, o SNS deixará de ter condições para continuar a ser o garante do direito à saúde e, onde hoje temos um direito reconhecido e consagrado, passaremos a ter apenas negócio e nada mais do que negócio. Não permitiremos que a saúde deixe de ser um direito para se converter e degenerar num grande negócio.”

No recente Congresso da FSNS (a sua/nossa Fundação, pois foi também uma das 100 personalidades que se constituíram enquanto sócios subscritores e, que é uma iniciativa de cidadania responsável e independente), enviou uma mensagem onde afirmava que há condições políticas para que “possamos todos voltar a ter orgulho” no sistema e que “é preciso reconduzir o SNS à sua matriz constitucional e humanista”.

Manuel Alegre, sobre Arnaut, defende que para respeitar verdadeiramente o seu legado é preciso continuar a discussão que ele queria que fizéssemos sobre o SNS, sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Estado e sobre a importância da ética no desempenho de cargos públicos.

A grandeza do seu ser pode apreciar-se através desta citação: “Não me conformo com as pequenas injustiças. Aceito as grandes, porque são inevitáveis, como as catástrofes, e atestam a impotência dos deuses. Aquela criança, descalça, apenas precisava de uns sapatos. Se tivesse nascido sem pés, não era tão grande a minha revolta.” in ‘As Noites Afidentes’.

1936

Nasce na freguesia de Cumeieira, Penela.

1958

Integrou a Comissão Distrital de Coimbra da candidatura de Humberto Delgado à Presidência da República



Reconhecimento

Com a humildade que lhe era conhecida, deveria considerar que recebeu em vida o reconhecimento que pensava dever ter. E isso é muito importante. Sentir a inquietude permanente que ele nos transmitia e acreditar no valor de tudo o que recebia, sem esperar para além daquilo que os demais podem dar, decerto o tranquilizava.

Era frontal, expunha-se - mais na política do que na poesia - e isso, a par da sua luta incessante pela redução das desigualdades, talvez tenha deixado alguma homenagem e louvor pelo caminho. Mas a força que os portugueses lhe transmitiam através do reconhecimento pela criação do SNS e o guindar de Portugal a lugares cimeiros nos indicadores de saúde, decerto ultrapassavam qualquer omissão mundana cometida.

Determinação é o que o identifica

Transcrevo aqui, excertos da entrevista dada enquanto testemunho para o IV Congresso Internacional dos Hospitais (2014), organizado pela APDH, associação que fomos criando a partir de 2000 e que contou sempre com o seu abnegado e disponível contributo e, na qual, podemos através das suas palavras ver como se escalam montanhas.

Afirma ali que “Estes 35 anos foram muito difíceis. Difíceis porque... começou logo na aprovação da lei - isso tem que se dizer porque faz parte da estória - os partidos da direita votaram contra na votação final global e, hoje os partidos da direita ou do centro direita, como lhe queiram chamar, refiro-me concretamente ao PSD e ao CDS - é preciso dar nome às coisas - já defendem o SNS e eu costumo dizer às vezes que - e digo agora, que o grande feito do SNS não foi apenas ter alterado substancialmente os nossos indicadores sanitários, fazendo com que nós passássemos dos do fundo da tabela para os primeiros lugares da tabela do ranking mundial, como se sabe. Somos hoje dos países que tem dos melhores Serviços Nacionais de Saúde e que menos gasta por pessoa no seu SNS, mas para chegarmos aqui, de facto, foi preciso muita dificuldade. Foi preciso vencer muitos obstáculos - foi preciso dobrar o cabo e nós dobramos o cabo!”, referindo-se decerto ao Cabo da Boa Esperança.

Mas afirma de forma mais enérgica ainda que “Eu costumo dizer, o SNS está a ser feito e desfeito todos os dias. Porquê?

Porque está a ser feito por aqueles que o defendem, pelo povo, pelos trabalhadores portugueses que o querem, pela grande maioria, das forças políticas e sociais que o querem. Mas há um grupo restrito, a direita dos interesses, os grandes interesses económicos, que veem na saúde uma verdadeira mercadoria”.

Cresci profissionalmente com o SNS e, com António Arnaut, também aprendi que a teimosia e determinação são fundamentais para nunca desistirmos daquilo que é importante - as pessoas.

António Arnaut, poeta, decerto diria “estou sempre à procura de um verso que nunca se encontra”.

Salvar o SNS

Segundo António Arnaut - é preciso reconduzir o SNS à sua matriz constitucional e humanista. E se entre nós permanecer uma filosofia neoliberal, será a destruição do Estado Social, que reduzirá o SNS a um serviço residual para os pobres.

Verifica-se na sociedade portuguesa um amplo consenso sobre a indispensabilidade do SNS, como garante, em primeira linha, do direito fundamental à saúde, mas importa dar voz às pessoas e fazer-se um grande debate nacional e uma ampla mobilização cidadã e esperar que a nova Lei de Bases da Saúde venha apoiar este processo.

Será por isso necessário aprofundar cada vez mais as estratégias da saúde centradas nas pessoas, promovendo políticas de promoção e prevenção da saúde que visem a integração e adequação das respostas às reais necessidades dos cidadãos. Importa, por isso, trabalhar ativamente na participação do cidadão no seu processo de cuidados, através da ativação das pessoas e do aumento da sua literacia. Importa também a valorização dos profissionais, a par da humildade suficiente por parte dos políticos para saberem que só com um SNS, que garanta a universalidade e a equidade no acesso aos cuidados de saúde, poderemos continuar a ser um país global, independente, produtivo e sustentável.

*Presidente do CA do CHLC

1959

Licenciou-se em Direito pela Universidade de Coimbra

1965

Torna-se militante da Ação Socialista Portuguesa



“Inteligente, sensível, coerente e tenaz”



MARIA DE BELÉM*

“Considero que os principais traços de personalidade de António Arnaut eram a inteligência, a sensibilidade, a carência e a coragem e tenacidade para defender aquilo em que acreditava.

Nos últimos anos, o Senhor Dr. António Arnaut recebeu talvez mais distinções do que ao longo da sua vida, apesar de a sua grande obra, o SNS, ter quase 40 anos.

Mas na altura em que o criou em Lei, foi muito, muito criticado e precisou de acreditar muito na sua indispensabilidade para lutar por ele denodadamente, como fez.

Nas várias homenagens que lhe foram sendo prestadas, ele dizia, até com muita graça, que se sentia em cuidados continuados de reconhecimento. E essas distinções não foram

feitas apenas em Coimbra mas por todo o País e, nomeadamente, pelo Senhor Presidente da República, que representa Portugal.

Ele dizia que o SNS tinha sido o seu melhor poema pois, como sabem, ele era escritor e poeta. E tinha despertado para a consciência das injustiças no mundo pela miséria que tinha observado na aldeia da qual era natural.

Eram pessoas alquebradas pelas agruras das suas vidas, às quais chamava “pessoas sem céu” porque com o peso dos problemas não conseguiam olhar para o alto, não tinham esperança!

Por isso assumiu como tarefa sua lutar pelos direitos humanos, sobretudo pela liberdade e pelos direitos sociais que possibilitam que a liberdade seja! E é nesse sentido que o SNS surge como batalha emblemática da sua vida.

É, pois, responsabilidade coletiva aprofundar o SNS e aperfeiçoá-lo, ajustando-o às exigências da modernidade! Sem hesitação e sem dúvidas!”

***Presidente da Comissão da Revisão da Lei de Bases da Saúde**

1969

Candidato da Oposição Democrática, pelo círculo de Coimbra, às eleições legislativas

1972

Convidado para ingressar na Maçonaria por Fernando Valem, na Loja Revolta de Coimbra, só viria a ser iniciado depois da Revolução



“Lição de Vida”



MANUEL ALEGRE*

Conheci-o em Nambuangongo em 1962. Passámos uma noite a conversar. Éramos novos e trazíamos em nós todas as utopias do mundo. Foi a primeira vez que ouvi a expressão “Socialismo em Liberdade”. Mais tarde, já depois do 25 de Abril, ele repeti-la-ia muitas vezes. Para António Arnaut, não eram apenas palavras nem conceitos abstractos, mas uma forma de vida que ele praticava. Foi um dos socialistas mais genuínos que conheci. Socialista praticante, democrata praticante. E sobretudo um humanista, alguém para quem as ideias eram inseparáveis do sentimento e do coração. Tive a honra de ser um dos subscritores do primeiro texto do SNS por ele apresentado na A.R. Sim, ele foi pai dessa causa que, mais do que uma causa ideológica, sempre considerou como um projecto patriótico e humanista. O SNS mudou a saúde em Portugal e mudou a vida de milhões de portugueses até aí excluídos dos cuidados públicos de saúde. Viveu, lutou e sofreu pelo SNS. Até ao fim, preocupado com as deformações introduzidas ao texto constitucional e com o risco do serviço público continuar a ser drenado para o

sector privado. Com João Semedo assinou o livro Salvar o SNS com propostas concretas para alteração da lei actual. Telefonei-lhe há poucos dias, já ele estava no hospital, muito doente. Mas a sua voz, calorosa e fraterna como sempre, enganava-nos. «Eh Manel», dizia, «temos de nos aguentar.» Custa-me acreditar que não mais ouvirei essa voz que vinha do coração e trazia um apelo: Salvar o SNS.

Mas de António Arnaut não fica só esse bem maior da nossa democracia. A sua grande lição é uma lição de vida. O sentido do serviço público e do bem-estar do povo acima de interesses pessoais. A austeridade de comportamento, a lisura, um certo despojamento e até, por vezes, o esquecimento de si próprio. Menos no que respeita à poesia. Ele gostava e precisava da poesia. Escrevia sem preocupações de formalismo. Era um outro modo de comunicar e de intervir, transmitindo os seus recados de esperança e a sua vontade de justiça. Um homem bom e raro. Parecia ingénuo, mas não era. Acreditava no que fazia, vivia de acordo com as suas convicções, era autêntico. E por isso incómodo para os cínicos da vida. Resistiu até ao fim. Só há uma maneira de lhe render homenagem: é cumprir o seu último apelo, salvar o Serviço Nacional de Saúde.

(texto cedido por Manuel Alegre para a revista O Hospital e já publicado no jornal Diário de Notícias)

*Escritor e fundador do PS

1973

Cofundador do Partido Socialista.

1974

Após o 25 de Abril de 1974 foi Presidente da Comissão Administrativa da Câmara Municipal de Penela, deputado e secretário da Mesa da Assembleia Constituinte, deputado e Vice-Presidente da Assembleia da República.

“Um legado exigente”



**CONSTANTINO
SAKELLARIDES ***

António Arnaut foi, essencialmente, um espírito insubmisso, bem expresso num dos seus poemas, Cavalos ao Vento, que aprecio particularmente (extrato):

*“Onde prenderei estes cavalos
de vento na tarde fria
se foi o destino a marca-los
com o ferro da rebeldia?”*

Foi democrata em tempos de ditadura.

Antecipou o Serviço Nacional de Saúde (SNS), como aspiração profunda dos portugueses, quando a maior parte do “sistema político” considerava-o uma ideia de impossível realização no país que tínhamos ou uma inconveniência ideológica.

Homem de convicções profundas – liberdade, solidariedade, responsabilidade – mostrou-nos que é possível manter, através dos tempos, por vezes cinzentos e conturbados, uma coerência inatacável: próximo do início da sua carreira política, como ministro e parlamentar, foi o “pai do SNS”; próximo do fim, escreveu com João Semedo, “Salvar o SNS”. As suas últimas palavras para um primeiro-ministro foram: “Ó Costa, aguenta lá o SNS”!

Felizmente, António Arnaut, recebeu em vida, o reconhecimento que merece.

Houve, contudo, líderes do seu partido de sempre, que o consideraram uma presença incómoda. Era radical. Afastava os moderados. Tirava votos. Parece não terem percebido a importância das referências morais na construção e desenvolvimento dos dispositivos do “bem comum”, e que estas referências são, necessariamente, simples e taxativas: “O SNS é um património moral irrenunciável da nossa democracia” (A. Arnaut, 2014).

Sem entrar em pormenores, ouvi António Arnaut frequentemente preocupado, não tanto com aqueles, muito poucos, que se declararam abertamente contra a existência de um SNS, mas com aqueles outros, que só aparentemente o defendem e promovem, como conveniência do politicamente correto.

A melhor forma de corresponder ao exigente legado de António Arnaut e ao de, pelo menos, duas gerações de portugueses que para ele contribuíram, será aderir à construção de um SNS para o futuro.

Não há defesa conservadora, viável, do SNS como organização. Para preservar os princípios que informam a ideia, é necessário fazer evoluir a organização e influenciar os fatores que a determinam.

Em resumo:

- Há que repor e acrescentar recursos ao SNS – Ao de 2025 não ao de 2005;
- É necessário superar a “segmentação vertical” do SNS, promovendo uma integração de cuidados centrada na gestão do percurso das pessoas através dos seus serviços. Esta responderá aos desafios das pessoas com morbilidade múltipla, às suas agudizações, à importância de cuidar em casa, e requer uma efetiva articulação local com os serviços sociais.
- Para que isso seja possível é necessário levar até aos serviços hospitalares, ao nível mais operacional, o princípio da “autonomia com responsabilidade” e, último, sem mais demoras, a reforma dos cuidados de saúde primários. Mas também, promover a literacia em saúde da população portuguesa aos longo do percurso de vida de cada um, como elemento essencial da proteção e promoção da saúde das nossas comunidades;
- Na gestão do SNS são necessários menos “gerentes do status quo” e mais verdadeiros empreendedores públicos, com todas as incomodidades que isso acarreta;
- É indispensável pôr fim à passividade do SNS face às perdas continuadas do seu capital humano. É preciso finalmente saber como “atrair e manter” os profissionais mais qualificados no SNS. Este necessita de um corpo profissional próprio e exclusivo, com um estatuto atraente em termos de satisfação profissional. Isto é possível, inteligentemente, progressivamente, começando já.
- Finalmente, a estratégia orçamental do estado português, necessita de começar a ter, para além do financeiro e económico, objetivos de bem-estar, de saúde e de desenvolvimento do SNS, de alguma forma traduzidos a nível europeu na revisão, à vista, das metas do Pacto de Estabilidade e Crescimento (PEC).

“Salvar o SNS” só será possível através de uma política e de um discurso sobre a saúde que nos conduza ao SNS do futuro, esse sim, verdadeira homenagem e sustentação do legado de António Arnaut.

***Médico, Professor Catedrático e antigo Diretor Geral da Saúde**

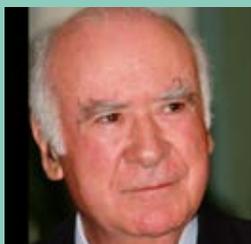
1978

Foi designado Ministro dos Assuntos Sociais do II Governo Constitucional, tendo nessa qualidade lançado o Serviço Nacional de Saúde.

1983

Afastou-se das lides partidárias

“Passou a vida a sonhar com uma sociedade livre, justa e fraterna”



CARLOS PEREIRA ALVES *

“Como traços principais da personalidade de António Arnaut saliente: a defesa intransigente da Liberdade com responsabilidade; a defesa intransigente do Estado Social, de que o SNS é elemento fundamental; a defesa intransigente dos Direitos do Homem; a Ética Republicana e as convicções fortes, defendidas com tolerância e abertura, nunca aceitando imposições ditatoriais ou fundamentalistas.

Em resumo: um cidadão que passou “a vida a sonhar uma sociedade livre, justa e fraterna”, palavras do narrador do seu Livro “Rio de Sombras” publicado em 2007. Aliás, esta faceta de António Arnaut - escritor e poeta - é pouco realçada e conhecida. Recomendo com entusiasmo a leitura deste livro onde, como ele me disse, ‘se dizem coisas que é mais difícil dizer de outra maneira’.

Recebeu o reconhecimento que devia e continuará a receber mais e mais homenagens de maneira reconhecida e sentida senão por todos por esmagadora maioria.

Uma história...

Dentro do seu sonho de uma sociedade fraterna, recordo a história que me contou quando da sua vinda ao Congresso Internacional dos Hospitais, da APDH, de que foi um dos Fundadores aquando dos 30 anos do SNS.

“Sabe, ontem telefonou-me um amigo para me dizer: ‘parabéns ao Pai - que és tu - parabéns ao Filho, que é o SNS, já que o Espírito Santo não é para aqui chamado’, ao que lhe respondi ‘aí é que tu te enganas: o Espírito Santo foi fundamental, dado que havendo opiniões desfavoráveis que alegavam a impossibilidade financeira de levar avante o SNS a sua criação só foi possível porque prevaleceu uma solidariedade progressista e fraterna de outros ministérios ainda impregnados pela onda de alegria e fraternidade dos primeiros tempos da revolução de Abril’.

É possível, necessário e urgente salvar o SNS.

Como ele próprio escreve na proposta conjunta com João Semedo para uma nova Lei de Bases da Saúde, porque “o SNS é uma exigência ética da civilização (...) podemos mesmo falar de um largo consenso nacional que considera o SNS como a grande conquista do 25 de Abril” e da “necessidade de repor a filosofia constitucional e humanista que motivou a criação do SNS”.

É nossa obrigação manter o SNS como elemento fundamental do Estado Social. Não desistir.

Comecei por citar o seu sonho de uma sociedade fraterna, justa e livre, termino com o final do seu poema “Adeus”, com que encerra a publicação de 2005 sobre “O Médico Adolfo Rocha e o Escritor Miguel Torga” e que cordialmente me ofereceu. “NUNCA DESISTIR ; SER EM CADA ATO A PURA REBELDA DA SEMENTE”.

*Presidente da APDH

1995

Fundador e presidente da Associação Portuguesa de Escritores Juristas

2004

Celebrou o 50º aniversário da sua vida literária com a publicação de uma “Recolha Poética” (1954-2004)

“Preferia sofrer a cair na incoerência, violar ditames éticos ou a quebrar a sua palavra”



ANTÓNIO MIGUEL ARNAUT *

António Miguel Arnaut, neto do pai do SNS, acedeu – tal como as restantes individualidades que participaram na homenagem de O Hospital – responder a algumas questões sobre a personalidade e a forma de pensar de António Arnaut. Este será, pois, um conhecimento noutra dimensão, já que a família tem sempre uma visão mais próxima e mais real sobre a pessoa, mesmo quando se trata de uma figura pública ou política.

1. Quais os principais traços da personalidade de António Arnaut?

Quanto aos traços de personalidade, correndo o risco de ser tendencioso, direi que devo destacar a autenticidade, a seriedade, a preocupação ética, a humildade intelectual e a solidariedade. Tenho, como devem compreender, muita dificuldade em assinalar defeitos ao meu Avô – só me recordando de algum desconforto que tinha quando me levantava da mesa mais cedo ou quando levava a faca à boca – uma vez que a profunda admiração que nutro por ele poderá, eventualmente, toldar-me a visão. É a pessoa mais persistente que já conheci, nunca tendo cedido a quaisquer interesses ou tentações na defesa daquilo em que acreditava. Preferia sofrer a cair na incoerência, violar ditames éticos ou a quebrar a sua palavra.

2. Pensa que recebeu, em vida, o reconhecimento devido?

Foi muitas vezes agraciado com distinções, e sei que se sentia sempre profundamente agradecido e honrado a todos quantos lhe prestavam homenagem. Mas a distinção que sempre quis, e que esperava que o seu próprio Partido Socialista lhe desse – reverter a pri-

vatização lenta e dolorosa que vem sofrendo o Serviço Nacional de Saúde em nome do interesse de alguns e da pseudo-estabilidade orçamental –, essa só postumamente a poderá realizar. Se é que virá a ser realizada.

3. Quando pensa em António Arnaut há alguma história, ou palavra, que o identifique?

Há, dois poemas/escritos do meu Avô que me recordo sempre e que lhe associo constantemente:

*“A Liberdade é o que sobra
Depois da fome saciada:
Fome de pão e de amor;
Fome de tudo e de nada.”*

*“Não me conformo com as pequenas injustiças.
Aceito as grandes, porque são inevitáveis, como as catástrofes,
e atestam a impotência dos deuses.
Aquele criança, descalça, apenas precisava de uns sapatos.
Se tivesse nascido sem pés, não era tão grande a minha revolta.”*

2007

Publicou em 2007 o romance histórico “Rio de Sombras” que abarca 20 anos da vida político-social portuguesa (1968-1988).

2007

Recebeu o Prémio Corino de Andrade do Conselho Regional da Ordem dos Médicos do Porto.

Para além disto, recordo sempre as piadas particulares que fazia e as pequenas “tangas pedagógicas” que tentava “pregar” aos amigos, colegas e estagiários.

Mais particularmente o fazer crer que tinha, a dado momento, gasto muitíssimo dinheiro, uma vez que tinha adquirido uma Nossa Senhora de Fátima do Séc. XIX. “Uma verdadeira peça de museu!”, dizia, perante a exclamação crente das pessoas com quem falava.

Uma vez chegou a convencer um colega – na data recém Advogado – que teria que dirigir-se à Ordem dos Advogados para homologar as dimensões e o tipo de letra da placa que tencionava pôr à porta do escritório. Este tipo de piadas inócuas caracterizava-o muitíssimo.

4. Ele falava na necessidade de salvar o SNS. É possível?

Quanto ao Serviço Nacional de Saúde, devo dizer que tínhamos muitas discussões de política, direito e filosofia, e que esse tema era recorrente. Talvez por “culpa” dele e do meu pai, sempre procurei estudar e construir profundamente as minhas opiniões, e ler tudo o que tiver ao meu dispor – principalmente aquilo com que discordo frontalmente. Era regular discutirmos por ele achar que eu era demasiado impulsivo com a “forma” como me pronunciava contra certas atitudes e posicionamentos do Partido Socialista. Recordo que a única frase amarga que me disse foi “não me ponhas à tua direita filho, que não fico lá confortável”. A verdade é que é possível salvar o SNS, e que (passe a imodéstia) a proposta do meu Avô e do Dr. João Semedo é a forma mais razoável de o fazer. No entanto, o PS parece estar a movimentar-se no sentido de “cortar algumas gorduras” dessa proposta. Disse várias vezes ao meu Avô que este posicionamento do PS era uma vergonha – e é! –, principalmente pela responsabilidade histórica que o Partido tem, e pelo gostinho curioso que fazem em bater com a mão no peito quando se fala do SNS. Não basta discursar ocaamente que se trata da principal conquista de Abril enquanto há centenas de pessoas com dificuldades em receber o tratamento que precisam para sobreviver em nome da “sustentabilidade” do sistema.

Basta que haja vontade política – do PS! – para salvar o SNS. Basta que não haja medo de admitir que durante anos (desde 1990), por via da ADSE, PPP’s e outras formas de escoamento de dinheiros públicos para custeio

de instituições privadas prestadoras de saúde, se foi financiando e fazendo crescer o negócio privado da saúde. E é preciso identificar corretamente o problema. Se o “mercado” privado fosse constituído por pequenas clínicas, clínicas dedicadas a um número reduzido de especialidades médicas e profissionais liberais, esse “escoamento” de dinheiro seria verdadeiramente potenciador e corretor das falhas eventuais do sistema público. O problema central existe quando Hospitais Privados concorrem deslealmente com o sistema público, na medida em que este paga a larga maioria dos gastos daqueles. Se eu pago, é meu – ou não é este um dos principais postulados da propriedade? Nas discussões que mantinha com o meu Avô, preconizávamos uma de três possibilidades: a primeira, a manutenção do status quo e inevitável desagregação do SNS, com o surgimento dos privados “salvadores”, e o estabelecimento dum sistema de “cheque-saúde” para mascarar os ganhos de alguns à custa da vida e bem-estar de outros (coisa que já acontece); a segunda, e aquela que ambos acalentávamos, a inversão do status quo, com a regulamentação do mercado de saúde privada e progressiva proibição de existência de hospitais privados ou divisão destes à semelhança do que deveria há muito ter sido feito com as grandes instituições financeiras – “too big to exist”; e, por último, a “inversão alternativa” que representaria o caminho para um sistema de seguro de saúde único, obrigatório e estatal (à semelhança do sistema Canadano) – solução que não agradava ao meu Avô, mas de cujos méritos não descurava.

Salvar o SNS passa por aceitar alguns pontos de princípio que não nos permitam vacilar nem “facilitar” em nome do investimento privado e da sua “livre iniciativa” – a liberdade de outrem deve sempre ser limitada ou suprimida quando contenda de forma desproporcionada e desnecessária, direta ou indiretamente, com a vida, integridade e saúde de alguém. Outro postulado insofismável é a constatação que um Hospital representa uma unidade económica que, pelas suas especificidades, é naturalmente insustentável do ponto de vista económico – isto se cumprir, de facto, a sua função.

Julgo ter respondido satisfatoriamente às vossas questões. Muito me honra o vosso convite, mas gostaria de deixar claro que nada do que eu possa dizer substitui ou se equi-para àquilo que sei que o meu Avô diria.

2009

Recebeu também o título de Membro Honorário da Sociedade Portuguesa de Nefrologia.

2016

A 7 de abril, nas comemorações do Dia da Saúde, foi elevado ao grau de Grã-Cruz da Ordem da Liberdade pelo Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa



2016

Foi, também nomeado presidente honorário do PS no XX congresso do partido, após a morte de António Almeida Santos

2018

A 21 de maio faleceu nos Hospitais da Universidade de Coimbra, onde estava internado.

O CUSTO E A CARGA DA LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA EM PORTUGAL

CENTRO DE ESTUDOS DE MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

A importância da Leucemia Linfóide Aguda

A leucemia é uma doença maligna das células mais primitivas da medula óssea (MO) – as células estaminais, que dão origem às células do sangue – que afeta o seu normal desenvolvimento e diferenciação. A doença classifica-se de acordo com a sua velocidade de progressão e grau de maturação das células malignas (agudas ou crónicas) e de acordo com a linhagem celular envolvida (linfóide ou mielóide).

As leucemias agudas caracterizam-se pela rápida progressão e por poderem conduzir à morte. Apesar de ser um cancro raro, a leucemia linfóide aguda (LLA) é a leucemia mais frequente nas crianças e uma das principais doenças oncológicas em idade pediátrica, representando 80% das leucemias e 25% de todos os cancros em crianças. Nos adultos, a LLA corresponde a 8% das leucemias e a <1% dos casos de cancro.

De acordo com a Direção Geral da Saúde, a evolução da produção hospitalar relativa à leucemia linfóide entre 2009 e 2013 registou um aumento progressivo. O número de doentes com leucemia linfóide saídos dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no ano de 2013 foi de 845, representando um crescimento de 41% face ao ano de 2009.

No ano de 2010 foram diagnosticados em Portugal 363 novos casos de leucemia linfóide, dos quais 29,5% corresponderão à forma aguda (Registo Oncológico Nacional).

De acordo com os dados de doentes diagnosticados com leucemia linfóide aguda em 2007/2008 no IPO do Porto, os doentes apresentam taxas de sobrevivência relativa de cerca de 47% e 43% aos 3 e 5 anos após o diagnóstico, respetivamente.

O presente estudo teve como objetivo estimar a carga e os custos da LLA no contexto português. A LLA afeta crianças e adultos, pelo que se avaliaram estes dois sub-grupos separadamente: os com idade inferior a 20 anos e os com idade igual ou superior a 20 anos. A análise realizou-se sob a perspetiva da sociedade, considerando o impacto da doença em Portugal Continental durante o ano de 2015.

O que são os estudos de custo e carga da doença?

Os estudos da carga da doença têm como objetivo quantificar, num índice global, os efeitos de uma doença nos níveis de saúde de uma determinada população. Os estudos de custos da doença têm como objetivo medir e avaliar o impacto de uma doença ao nível dos recursos económicos que lhe são afetos, ou seja dos custos que geram para o sistema de saúde e para a sociedade. Estes estudos visam estabelecer o retrato rigoroso de um dado problema de saúde e da sua magnitude e, assim, contribuir para a definição de áreas eventualmente mais prioritárias e necessitadas de recursos, planos de intervenção ou de investigação por parte dos sistemas de saúde.

A carga da doença é estimada através dos anos de vida ajustados pela incapacidade (Disability Adjusted Life Years - DALY), uma métrica adotada pela Organização Mundial de Saúde, como medida da quantidade de saúde perdida devido a um problema de saúde. A medida inclui dois componentes. O primeiro é dado pelos anos perdidos por morte prematura (Years of Life Lost - YLL), baseando-se na diferença entre idade na altura do óbito e a esperança de vida padrão para essa idade. O segundo inclui os anos perdidos por incapacidade (Years Lost due to Disability - YLD), que mede o impacto do tempo decorrido sofrendo uma incapacidade, sendo o nível de incapacidade avaliado por um coeficiente entre 0 (sem incapacidade) e 1 (incapacidade total = morte).

Os DALY, na sua metodologia original, utilizada neste estudo, são uma medida que inclui aspetos económicos e sociais. O aspeto social é introduzido através de uma ponderação diferenciada por idades: os grupos de idades intermédias (entre 20 e 50) têm mais peso, o que pretende refletir que nestas idades há uma maior probabilidade de as pessoas terem filhos menores dependentes. O aspeto económico é introduzido por uma taxa de desconto de 3%. Esta taxa de desconto tem o papel de atribuir maior valor a ganhos de saúde próximos no tempo do que a ganhos de saúde que só se irão obter em alturas mais longínquas.

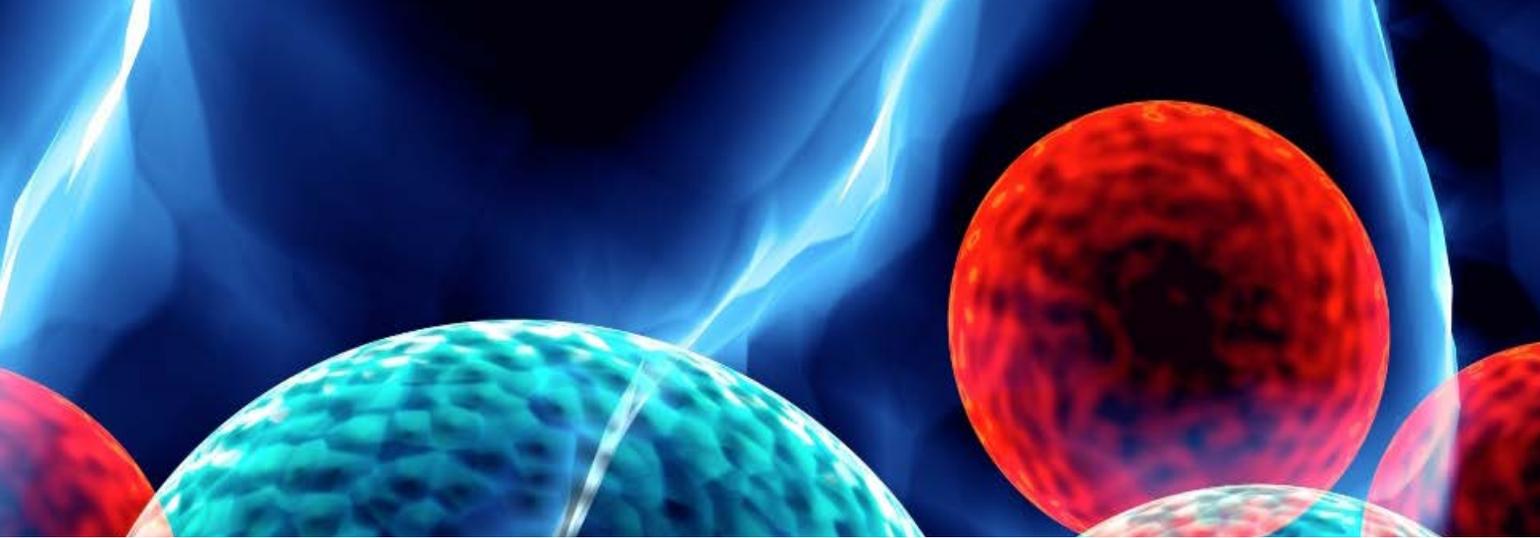
Informação de base usada no estudo

A informação disponível sobre os doentes com leucemias agudas em Portugal é muito limitada, publicando-se geralmente apenas os valores agregados referentes às leucemias linfóides e mielóides, sem distinção da forma aguda e crónica. Assim, este estudo partiu da informação epidemiológica nacional sobre as leucemias linfóides (Registo Oncológico Nacional 2010, ROR-Sul 2011 e INE 2016), complementado quando necessário com informação específica da forma aguda proveniente de dados epidemiológicos internacionais (Espanha e Reino Unido).

Para estimar a carga e os custos associados às leucemias consideraram-se os estadios de saúde definidos pelo Global Burden of Disease Study: diagnóstico e tratamento primário, remissão (após tratamento), fase recidivante e fase terminal.

De forma a estimar a incidência, prevalência e duração da doença em cada um dos estadios de saúde para o ano de 2015, desenvolveram-se modelos de incidência





cumulativa cujas probabilidades de transição entre os estadios se basearam em ensaios clínicos de longa duração, representativos dos subgrupos de doentes relevantes: crianças e adultos com LLA. Os ponderadores de incapacidade utilizados para estimar os anos de vida perdidos por incapacidade foram obtidos no Global Burden of Disease Study 2015.

As estimativas de custos podem usar metodologias diferentes, mas as mais adequadas para a informação disponível em Portugal partem da prevalência da doença, ou seja, dos doentes que tiveram o diagnóstico da doença quer no ano em estudo, 2015, quer em anos anteriores e tenham sobrevivido.

A estimativa de custos incluiu custos diretos e indiretos da LLA. Os custos diretos médicos consistem nos custos em internamento e em ambulatório. Para estimar os custos de internamento e de episódios de ambulatório associados à LLA utilizou-se a base de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) dos hospitais do SNS (Administração Central do Sistema de Saúde ACSS, I.P.), para o ano de 2015, identificando-se os doentes com episódios de internamento por LLA de acordo com a Classificação Internacional das Doenças, mediante a escolha dos códigos de diagnóstico e de procedimentos apropriados. Ao custo dos episódios por transplante foram adicionadas as verbas associadas ao financiamento a atribuir aos serviços e instituições do SNS que praticam atos de colheita e de transplante de órgãos, os custos pela ativação do dador e do recetor e os custos com a colheita de medula óssea e de células do sangue periférico. Os custos de ambulatório incluem os custos diretos médicos com consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e medicamentos. Os consumos destes recursos refletem a prática clínica portuguesa.

Os custos diretos não médicos mais comuns são os custos de deslocação dos doentes aos hospitais do SNS, sendo os doentes com LLA acompanhados em seis hospitais especializados, centralizados nas zonas urbanas do Porto, Coimbra e Lisboa. No caso das crianças com LLA acresce o custo com a educação curricular que lhes é facultada nesses mesmos hospitais durante o seu tempo de internamento.

Os custos indiretos consideram os custos associados à produção perdida devido à doença, nomeadamente o absentismo e a ausência do mercado de trabalho pelos doentes adultos, durante e após tratamento para a LLA, bem como pelos cuidadores das crianças.

Resultados da carga da Leucemia Linfóide Aguda

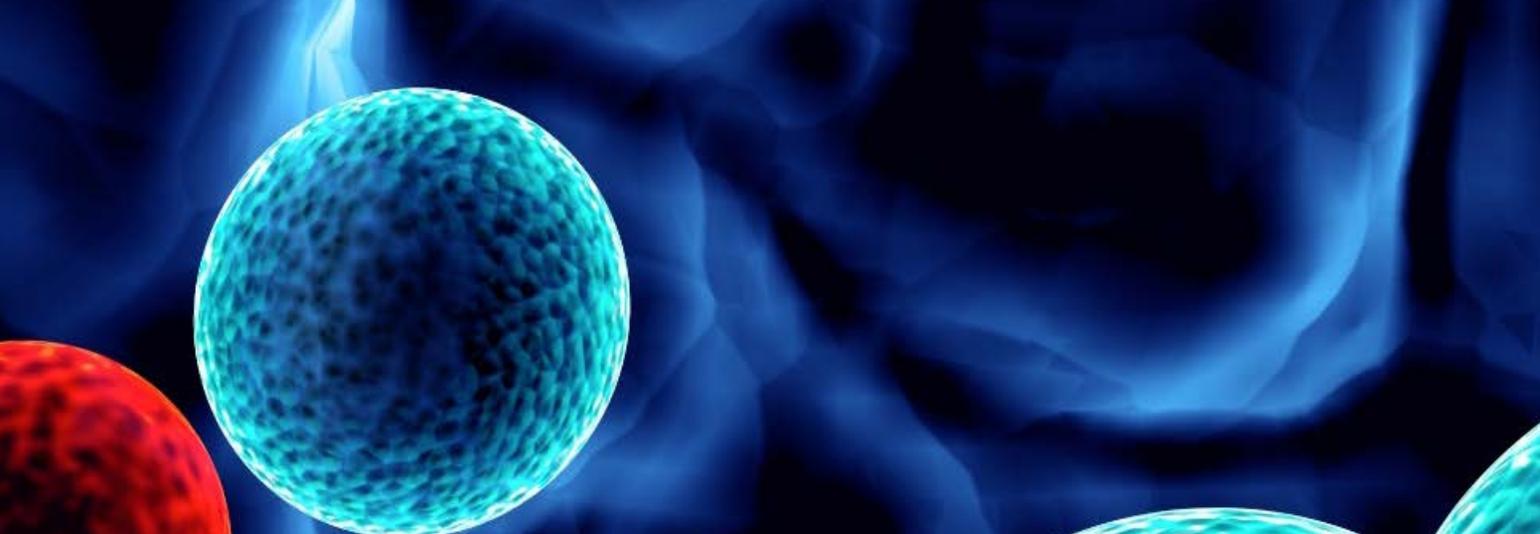
No ano de 2015 ocorreram 56 óbitos por LLA, responsáveis por 1.050 anos de vida perdidos por morte prematura. Estimou-se ainda uma perda de cerca de 96 anos de vida por incapacidade gerada pela morbilidade. A mortalidade prematura ocorre maioritariamente no subgrupo de adultos (64% dos casos), sendo os anos vida perdidos por incapacidade distribuídos igualmente por crianças e adultos. A carga da doença da LLA foi estimada em 1.146 DALY (2,17 DALY por doente).

O Quadro 1 apresenta os detalhes dos resultados da carga da LLA.

Quadro 1. Carga da Leucemia Linfóide Aguda, 2015

	Óbitos	YLL	YLD	DALY
Homens	35	659	56	715
Mulheres	21	391	40	430
Total	56	1.050	96	1.146

DALY, Anos de vida ajustados pela incapacidade; LLA, Leucemia Linfóide aguda; YLL, Anos de vida perdidos; YLD, Anos de vida perdidos por incapacidade.
Fonte: Estimativas dos autores.



Resultados dos custos da Leucemia Linfóide Aguda

A prevalência de doentes com LLA foi estimada através dos modelos de incidência cumulativa previamente referidos. O número de doentes prevalentes estimados, por estadió, constam do Quadro 2.

Quadro 2. Número de doentes prevalentes com LLA, por estadió da doença, no ano de 2015

		Diagnóstico e Tratamento primário	Remissão (após tratamento)	Fase Recidivante
Prevalência LLA	< 20 anos	151	164	15
	≥ 20 anos	98	60	40
Total		249	224	55

Fonte: Estimativas dos autores.

Com base no número de doentes prevalentes em 2015 por estadió da doença e no consumo de recursos de saúde, foi possível estimar os custos associados a cada estadió.

Assim, o total de custos diretos médicos associados à LLA para a sociedade, no ano de 2015, estimou-se em 14,5 milhões de euros, sendo quase na totalidade gerados em internamento (98% do total dos custos diretos). Os custos diretos não médicos somaram aproximadamente 369 mil euros, em que 98% destes custos estão associados à disponibilização de educação curricular nos hospitais SNS para as crianças hospitalizadas com LLA.

Além dos custos diretos consideraram-se também os custos indiretos associados à perda de produção por ausência do mercado de trabalho ou absentismo dos doentes ou dos seus cuidadores, no caso das crianças.

Quadro 3. Custos totais da Leucemia Linfóide Aguda, 2015

	Custos (€)
Custos diretos médicos	14.493.220
Internamento	12.402.728
Internamento, excluindo transplantes	10.594.631
Transplantes	1.808.098
Ambulatório	282.394
Medicação	245.698
Seguimento em remissão após tratamento	24.119
Fase Terminal	12.577
Custos diretos não médicos	369.323
Ensino no Hospital	361.823
Transporte	7.500
Custo indiretos	2.124.351
Total	16.986.893

Fonte: Estimativas dos autores.

Estes custos estimaram-se em 2,1 milhões de euros.

O Quadro 3 apresenta os custos totais com a LLA, em 2015, detalhados por rubrica de custo.

O custo global da LLA foi então estimado em 17 milhões de euros, o que corresponde a um custo por doente de 32.207 €.

Conclusões

No ano de 2015, a carga da LLA foi estimada em 1.146 DALY, dos quais 63% correspondem aos doentes adultos, e um custo total de cerca de 17 milhões de euros em Portugal Continental. Apesar da prevalência da LLA ser pequena, os custos e a carga da doença por doente são elevados, o que reflete a gravidade da doença, levando-a a merecer consideração por parte dos responsáveis pelas políticas de saúde.

Este estudo foi apoiado pela Pfizer Biofarmacêutica.

Portugal sem Vírus da Hepatite C

O que está feito, o que falta fazer, como fazer, quem, com quem? Estas foram algumas das questões em análise, num encontro promovido pela AbbVie, que juntou mais de 100 pessoas no Páteo Alfacinha, em Lisboa.

REPORTAGEM: Edite Espadinha

FOTOGRAFIA: Direitos Reservados

No final de tarde, sexta-feira, 25 de maio, no Páteo Alfacinha, especialistas de diversas áreas reuniram-se para debater o caminho e as estratégias para levar adiante um objetivo comum: eliminar a Hepatite C em Portugal até 2030. O AbbVie Summit Elim8 Hep C juntou mais de 100 participantes, num encontro que começou com uma exposição de arte contemporânea. Obras criadas para dar vida ao “C” de cura. Sete obras, sete interpretações criativas do processo curativo. Da arte para a vida e da abordagem técnica para a estratégia de eliminação da Hepatite C, o encontro revelou que há conceitos que se cruzam: adaptação, flexibilidade, reconhecimento e integração da diferença, mente aberta e compromisso com obra.

Imperativos de saúde pública

“O nosso objetivo é partilhar informação e conhecimento”, afirmou Carlos Pasetto, diretor geral da AbbVie Portugal, no discurso de abertura. “Caracterizar a Hepatite C como um problema de saúde pública e descrever as necessidades das diferentes populações”, bem como



Elsa Belo (Directora Técnica/coordenadora Geral do Programa de substituição Opiácea em baixo limiar de exigência (PSBLE) do Ares do Pinhal (IPSS), Rui Coimbra (Psicólogo e Coordenador da CASO – Consumidores Activos Sobrevivem Organizados), José Vera (Especialista em Medicina Interna do Hospital Barreiro-Montijo), Guilherme Macedo (Diretor do serviço de Gastrenterologia, no Centro Hospitalar de São João), João Paulo Cruz (Director dos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Lisboa Norte)

“identificar os doentes que ainda falta tratar; assinalar a importância de tratar as populações especiais, e finalmente, partilhar e conhecer exemplos de boas práticas com impacto positivo”. O mote estava dado. A jornalista Clara de Sousa conduziu o debate. António Diniz, ex-diretor do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, Hepatites Víricas e Tuberculose e vice-presidente da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da Sida (APECS) sublinhou a necessidade de haver dados sobre a Hepatite C em Portugal. “Temos entre 35 mil a 50 mil pessoas por tratar, mas não sabemos ao certo, e esse desconhecimento não permite definir estratégias”. Para António Diniz, esse trabalho deverá ser feito pelo Ministério da Saúde, ou sob a tutela deste. “Não conseguiremos saber em ponto estamos, sem estudos, sem estimativas. Sabemos algumas coisas: que as populações mais atingidas são também as mais vulneráveis, mas o programa deve ser claro e ter um foco. É importante que se passe do Despacho à prática”, afirmou. “Um Despacho tem de indicar um caminho que seja equívoco, com o qual as pessoas se identifiquem, vejam



Carlo Pasetto, diretor geral da AbbVie Portugal



António Diniz, ex-diretor do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, Hepatites Víricas e Tuberculose e vice-presidente da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da Sida (APECS)

como se aplica e como as envolve”. Por fim, António Diniz reforçou a mensagem de que é “necessário interiorizar o que é a cascata de tratamento”, até porque, concluiu o especialista, “não faz sentido um objetivo para 2030, sem definir objetivos intermédios; só assim poderemos eliminar a Hepatite C”.

A jornada do doente

Miguel Vasconcelos, psiquiatra e coordenador do Centro das Taipas desde 2014, admitiu que os novos tratamentos, simples e eficazes, contribuem para melhorar a adesão nos doentes utilizadores de drogas. Mas lembrou que o tratamento da Hepatite C, neste grupo, inscreve-se num processo mais complexo, que não pode esquecer a reinserção na comunidade. “São pessoas que vivem com doenças infecciosas, em exclusão social, com problemas jurídicos, entre muitos outros. Não têm a mesma apetência e disponibilidade para procurar os serviços de saúde”. Também Ana Horta, infeciologista no Centro Hospitalar do Porto, responsável pela Consulta Externa de Doenças Infecciosas e pelo Centro de Terapêutica Combinada (CTC), apontou a abordagem multidisciplinar como a estratégia mais adequada. “Temos atualmente 172 doentes. 115 fizeram tratamento, 99 por cento com os novos novos fármacos”, disse. “É preciso explicar ao doente o que vai ganhar com o tratamento, porque alguns continuam a consumir álcool e drogas. Em alguns casos, o tratamento é incentivo, mas depois disso temos que promover a saúde e educar para hábitos de vida saudáveis”. Miguel Vasconcelos e Ana Horta, concordam que é importante negociar com a pessoa. “O exemplo do CTC é eficaz. Tem uma equipa multidisciplinar, mas é preciso fazer mais, um trabalho contínuo de reinserção na sociedade”, concordou Ana Horta.

Fazer da boa vontade uma norma

Gonçalo Lobo, presidente da associação Abraço, convidado a fazer um comentário final, afirmou a necessidade conhecer o perfil epidemiológico, apostar no rastreio, de modo a reduzir o tempo entre a infeção e o diagnóstico.

Também João Goulão, diretor geral do SICAD reforçou a importância de conhecer a taxa de infeção em todas as populações e de “institucionalizar este circuito”. Para o Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Alcool, na abordagem aos utilizadores e drogas, enquanto grupo desorganizado, é essencial reconhecer que “precisam de boleia para chegar aos cuidados de saúde”, mas também “é preciso ajudá-los a conquistar níveis básicos de cidadania: teto, alimentação, dignidade”. João Goulão defendeu que a abordagem à Hepatite C não pode ser baseada na “vontade de alguns, tem de ser a norma”.

Estratégias eficazes

O terceiro painel juntou representantes de projetos na comunidade e especialistas no tratamento da Hepatite C. Elsa Belo, Coordenadora Geral do Programa de Substituição Opiácea em Baixo Limiar de Exigência, da Associação Ares do Pinhal, afirmou que não é possível exigir às pessoas, aquilo que elas não são capazes de dar. “As pessoas que estão na cadeia de transmissão não vão ao hospital. O objetivo de tratar é nosso e, portanto, somos nós que temos de ir ao encontro dessas pessoas e promover a proximidade. Temos de nos adaptar”. Rui Coimbra, coordenador da Associação Consumidores Ativos Sobrevivem Organizados (CASO), partilhou também a necessidade de apostar na proximidade. A abordagem da CASO consiste em capacitar pessoas que vivem na comunidade e que funcionam como ponte, para levar a mensagem aos pares, no bairro. O programa, apoiado pela AbbVie, resultou já em 170 contactos. “Os utilizadores de drogas estão afastados dos cuidados de saúde; vivem numa realidade muito diferente; longe dos serviços e dos profissionais. Fazemos esta ligação”.

José Vera, internista dedicado à infeciologia, com vasta experiência na articulação entre organizações de base comunitária e unidades de saúde, nomeadamente na população prisional, alertou para a necessidade de adaptação. “Não basta sermos técnicos. Temos de ter uma relação duradoura, de diálogo com o doente”. Para José Vera, a abordagem aos grupos especiais requer sobretudo flexibilidade. “O que precisamos é de material humano. Não precisamos de equipamentos nem tecnologia sofisticada. Precisamos de recursos humanos”. Recordando a dificuldade que se vive nesta área no Serviço Nacional de Saúde, o es-



Miguel Vasconcelos (Médico Psiquiatra no Centro das Taipas) e Ana Horta (Médica Infeciologista do Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar do Porto e responsável pela Consulta Externa de Doenças Infecciosas e pelo Centro de Terapêutica Combinada (CTC))

pecialista assegurou que “trabalhar sem equipas multidisciplinares é impossível”.

Exemplo para o mundo

“A inovação disruptiva que aconteceu, graças à nova terapêutica, mudou o paradigma”, referiu Guilherme Macedo, diretor do serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de São João, Porto. “Agora temos argumentos e recursos para atuar. As normas não decretam bons comportamentos, mas dão orientações para aquilo que devem ser as boas práticas”, afirmou, lembrando que, “se existe um Despacho, significa que existe consciência”. Além das populações especiais, Guilherme Macedo chamou a atenção para as estimativas que apontam para entre 40 a 60 mil pessoas portadoras de VHC em Portugal. “Não estão todas na prisão, não são todos utilizadores de drogas. É atrás dessas pessoas que temos de ir”, disse. “Muita gente pode ter sido infetada com produtos do sangue contaminado. Tratamentos dentários, trans-

fusões, tatuagens, etc. Todas as pessoas com mais de 50 anos deviam fazer o rastreio, pelo menos uma vez na vida”. Para o especialista, se por um lado, “não há estratégia sem identificação”, por outro, no que diz respeito ao tratamento, afirmou que “estamos pior agora do que há seis meses”. José Vera admitiu igualmente que o acesso à terapêutica não é igual em todos os hospitais e que as velocidades também diferem de unidade para unidade. João Paulo Cruz, diretor dos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Lisboa Norte confirmou rapidez na acessibilidade, mas acrescentou que os farmacêuticos, enquanto profissionais diferenciados podem e devem integrar equipas multidisciplinares, e nessa medida, ser integrados nos programas fora do hospital.

Guilherme Macedo recordou que no que diz respeito ao VHC, “Portugal foi durante algum tempo um bom exemplo para o mundo, um bom exemplo que podemos voltar a ser”.



MIGUEL VIEIRA
Diretor de Unidade
Hepatites & Oncologia
da Gilead Sciences

Novas realidades do contexto hospitalar

Ao longo da história da humanidade é possível observar que a adaptação à mudança e capacidade de reacção são características fortes daqueles que vivem e se movimentam em grupos. O factor mudança é, quase sempre, inesperado e por isso mesmo a capacidade de antecipar cenários e responder rapidamente é fundamental para que as organizações consigam ter sucesso.

Se olharmos para as organizações enquanto grupos de pessoas percebemos que a definição de sucesso e o caminho para o alcançar, pressupõem a capacidade de perceber o contexto local e adaptar comportamentos de forma célere e eficaz. De volta ao princípio básico da vivência em sociedade, não havendo esta capacidade dos grupos se adaptarem e alterarem com-

portamentos, estaríamos apenas perante o princípio básico de sobrevivência do ser humano.

Analisando o sector da saúde numa perspectiva de mudança, podemos constatar que o mercado hospitalar foi, provavelmente, o contexto que mais alterações e mudanças sofreu na última década. São vários aqueles que afirmam a complexidade e a constante mutação da realidade hospitalar nos últimos anos, quer a nível de estrutura quer a nível de procedimentos.

Se há 20 anos podíamos falar de acesso à inovação enquanto realidade expedita e quase automática, certo é que, nos dias que correm, o acesso dos doentes a medicamentos e tratamentos inovadores pressupõe um processo complexo, moroso e tantas vezes quase

impossível de concluir. Hoje, o escrutínio sobre valor da inovação, capacidade de pagar dos Estados e financiamento do SNS, é exaustivo e faz parte da vida diária de todos aqueles que trabalham na saúde, sejam eles, profissionais de saúde, reguladores, administradores de entidades públicas ou empresas. No entanto, esta é uma realidade que deve ser vista como um ciclo virtuoso, que se inicia na avaliação da inovação e termina na monitorização dos ganhos em saúde. Assim, não basta que o INFARMED reconheça a um medicamento valor terapêutico acrescentado, nem tão pouco que seja celebrado um contrato com o Estado para que seja garantido o acesso dos doentes a tratamentos inovadores. O “real” acesso por parte dos doentes portugueses depende de vários factores, muitos deles directamente relacionados com a realidade de cada hospital, nomeadamente avaliações internas e questões financeiras específicas.

Esta realidade complexa é de conhecimento público e, aparentemente, aceite por todos os intervenientes no sector da saúde. Realidade bem diferente do que existia há 20, em que bastava a aprovação por parte do regulador para que os doentes tivessem acesso à inovação. O papel do Hospital é, hoje, absolutamente fundamental na garantia do acesso à inovação pelos doentes portugueses. Desde as políticas internas aos mecanismos de disponibilização de medicamentos, o acesso depende da análise e valorização que é feita por cada um dos hospitais, em consonância com os seus indicadores de qualidade, orçamento e contrato-programa.

Dito isto, a complexidade dos tempos que vivemos obriga as equipas comerciais da Indústria Farmacêutica, mais do que nunca, a adaptarem-se e adequarem os seus comportamentos às necessidades específicas de cada hospital e para isso todos os detalhes contam. É preciso conhecer o entendimento das várias comissões de avaliação locais e nacional que determinam o acesso e modo de utilização dos medicamentos inovadores em cada área terapêutica. É preciso estudar todas as recomendações e interpretações, assim como o respectivo enquadramento legal face a cada um dos hospitais.

O que temos como certo é que a capacidade de adaptação a este contexto determinará o sucesso das em-

presas. É importante apresentar soluções e produtos inovadores, contudo sabemos que não é suficiente. É importante perceber o contexto legislativo assim como a sua aplicabilidade.

É essencial perceber como devemos navegar o ecossistema hospitalar, que requer um vasto conhecimento das suas forças e limitações. Cada hospital é único. Vejamos, como exemplo, as alterações à acção promocional nos hospitais no seguimento do Decreto-Lei n.º 5/2017 de 6 de janeiro, que exigiu uma alteração estrutural na forma como a IF trabalhava, com um prazo de implementação imediato. São exemplos como este que não deixam dúvidas sobre a necessidade de sermos céleres e eficazes na aceitação e adopção da mudança. É este o factor decisivo para o sucesso de qualquer empresa. O ambiente regulamentar, o controlo da despesa com medicamentos, o acesso à inovação de acordo com a especificidade de cada Hospital, tornam o trabalho das equipas comerciais menos linear do que no passado. Ao ponto de várias empresas terem vindo a criar funções novas, como gestores de conta, ou mesmo, a alteração do clássico perfil de Delegado de Informação Médica, para permitir gerir de forma eficiente as necessidades de cada Hospital, como um caso concreto.

As equipas comerciais devem ser exímias na capacidade de adaptação e flexibilidade, devem aprender rápido e executar de forma diferente num curto espaço de tempo. Isto será suficiente? No meu entender, não. Têm de ser capazes de utilizar de modo excepcional os recursos ao seu dispor e trabalhar em equipa, para além de tudo o resto.

As equipas comerciais de sucesso são aquelas que interpretam melhor as tendências, que utilizam melhor os recursos à sua disposição e que apresentam, para além de produtos inovadores, soluções inovadoras. São, por tudo isto, mais e mais, gestores de recursos, e não, apenas e só, equipas de promoção de medicamentos.

Deixo uma última reflexão: também a forma como se avalia e se mede o trabalho destas equipas está a mudar, será que conseguiremos acompanhar também esta tendência de forma célere e eficaz?

Caso Sindactilia



MARTA MOREIRA DA SILVA
Enfermeira Especialista em
Saúde Infantil e Pediátrica

Antissépticos como a iodopovidona e a clorexidina têm sido utilizados nos pensos pós-cirúrgicos em diferentes unidades hospitalares ao longo de vários anos. No entanto, pelos efeitos adversos que têm vindo a surgir, e crescente aparecimento de microrganismos resistentes, surgiu a necessidade de antissépticos como o octiset, um antisséptico aquoso à base de Octenidina.

A Octenidina é uma molécula antisséptica de nova geração recomendada como medicamento Órfão pela Agência Europeia de Medicamentos para utilização em bebés prematuros de idade inferior ou igual a 32 semanas de gestação pela ausência de absorção do princípio ativo, e logo, de efeitos sistémicos e citotóxicos derivados da sua utilização.

Para além disso, a Octenidina apresenta eficácia antimicrobiana alargada, inclusive contra multi-resistentes, com um início de ação reduzido e ação remanescente prolongada, o que permite pensos espaçados e rápidos na sua execução. Para além da segurança da molécula, mesmo nos bebés prematuros, o antisséptico octiset é incolor, o que permite uma correta visualização do processo de cicatrização de feridas, e é também indolor pela ausência de álcool na sua composição. Talvez por estas razões este tenha sido o antisséptico escolhido pelo hospital alemão Wilhelmstift-Katholisches Kinderkrankenhaus, onde uma paciente em idade pediátrica (4 anos) com Síndrome de Apert foi submetida a cirurgia para correção de sindactilia complexa com sinostose na mão direita, com colocação de distratores por osteotomia.

O tratamento e vigilância da ferida cirúrgica foi efectuado com octiset no Centro Materno-Infantil do Norte a partir da segunda semana (pós -cirurgia): limpeza

por irrigação com soro fisiológico (tépido); aplicação de octiset por spray; aplicação de gases impregnadas (no primeiro tratamento, gase parafinada, e posteriormente gase siliconada).

O tratamento até à alta teve uma duração de 6 semanas, com rotação diária dos fixadores externos (distratores) no domicílio. O octiset foi utilizado apenas nas primeiras três semanas: tratamento realizado 3 vezes na segunda semana e 2 vezes por semana nas 2 semanas seguintes. A ausência de aplicação nas últimas 3 semanas de tratamento deveram-se ao facto de a ferida não apresentar quaisquer sinais inflamatórios ou de infeção a partir da 4ª semana, e por isso proceder-se apenas à limpeza da mesma. A paciente regressou à Alemanha no fim deste período para retirar os distratores e corrigir sindactilia, com cicatrização ao fim de 1 semana.

Com este caso, foi possível verificar que o octiset demonstrou ser uma boa alternativa para antisepsia e tratamento da ferida pós-cirurgia pela ausência de cor, que evitou falseamento de resultados, e pela sua excelente tolerância por parte da paciente e compatibilidade com o material dos distratores. A pele cicatrizou bem, o octiset revelou um elevado poder antimicrobiano e ação remanescente prolongada, sendo capaz de prevenir a infeção, o que possibilitou uma redução dos custos e do tempo da troca do penso, revelando-se uma mais-valia em tratamentos pós-cirurgia em Cirurgia Pediátrica.

UNIDADE DE QUEIMADOS DO CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO

Octenidina: Inovação em Queimaduras

AUTORES: ENF. MORAIS, LA SALETE; ENF. SOUSA, ANA RITA; ENF. NETO, BRUNO

A octenidina é uma molécula antisséptica de nova geração presente em diversas apresentações, entre elas em solução aquosa incolor e inodora (octiset). Esta solução tem um largo espectro antimicrobiano contra bactérias, vírus, fungos e protozoários, eficaz ao fim de apenas 1 minuto e durante 24-48h, eficaz também na presença de proteína. Com uma excelente tolerabilidade nos tecidos, não sendo absorvido mesmo em ferida aberta. Compatível com todos os apósitos à exceção do iodo.

Por todas estas características, e por ser possível aplicar o antisséptico de formas práticas e variadas, a octenidina solução (octiset) foi selecionado para o tratamento de uma paciente na Unidade de Queimados do Centro Hospitalar São João. O caso acompanhado em questão foi de uma doente do sexo feminino, 24 anos, admitida na Unidade de Queimados com queimadura por fogo (ASCQ= 40% - face, membros inferiores e dorso), com antecedente de défice cognitivo (medicada com risperidol no domicílio). A doente foi ventilada à data da admissão

e realizou desbridamentos cirúrgicos e enxertos parciais de pele.

A octenidina foi aplicada embebendo compressas esterilizadas em octenidina solução e aplicando diretamente na ferida e área envolvente, assegurando uma completa distribuição da solução. O tempo de contacto foi de 2 minutos. Posteriormente removia-se a compressa e aguardava-se a secagem do produto durante 1 minuto. Por fim, aplicava-se um penso seco.

A octenidina solução (octiset) revelou-se uma mais valia no controlo da infeção, devido ao largo espectro de ação e evolução favorável na epitelização. Verificou-se a diminuição do exsudado, tecido de fibrina, odor, maceração circundante e presença de sinais inflamatórios.

No dorso observam-se pequenas áreas epitelizadas, nas nádegas não se verifica epitelização, ainda que não apresente retrocesso na sua evolução.



Dia 1

Dia 3

Dia 8

Actividades e Eventos' 18

XXVIII ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA E ELEITORAL

No dia 9 de maio decorreu a XXVIII Assembleia Geral Ordinária e Eleitoral, na qual foram eleitos os novos Órgãos Sociais da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar para o triénio 2018-2020, os quais passamos a apresentar:

Assembleia Geral

Presidente: Artur Aires Rodrigues Morais Vaz
Vogal: Miguel Lemos Ferreira de Nascimento
Vogal: Maria de Fátima Sena e Silva

Direção

Presidente: Carlos Fernando Pereira Alves
Vogal: António Santos da Conceição Machado
Vogal: Francisco António Alvelos de Sousa Matoso
Vogal: Margarida Maria de Matos Rodrigues e Silva Eiras
Vogal: Rui Manuel Antunes Fonseca Leal
Suplente: Ana Maria Escoval
Suplente: Paulo Jorge Espiga Alexandre

Conselho Fiscal

Presidente: Joaquim Daniel Lopes Ferro
Vogal: António Alfredo de Sá Leuschner Fernandes
Vogal: Maria Suzete Pereira Cardoso

CONVERSAS DE FIM DE TARDE 2018 O PERCURSO DO DOENTE ONCOLÓGICO NO HOSPITAL DE DIA

1ª Sessão Da Decisão Terapêutica à Gestão do Hospital de Dia”, Auditório Hospital Garcia de Orta, Lisboa (16 de maio de 2018)

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) em parceria com o Hospital Garcia de Orta e com apoio da Roche, realizaram no dia 16 de junho de 2018, no Auditório Hospital Garcia de Orta, Lisboa a primeira sessão das Conversas de Fim de Tarde Sessão alusiva à temática “O Percurso do Doente Oncológico no Hospital de Dia - Da Decisão Terapêutica à Gestão do Hospital de Dia”.

Este evento foi presidido e moderado pelo Professor Doutor Carlos Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH e pelo Dr. Daniel Ferro, Presidente do conselho de administração do Hospital Garcia de Orta.

O programa científico contou com interessantíssimas participações, de peritos em diversas áreas, nomeadamente do Doutor Nuno Miranda (Diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, DGS), do Doutor Hélder Mansinho (Diretor do Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital Garcia de Orta), da Enfermeira Ana Rita Correia (Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital Garcia de Orta), da Doutora Aida Botelho de Sousa (Diretora da Área Hemato-oncológica do Centro Hospitalar Lisboa Central), da Doutora Ana Joaquim (Responsável médica do Hospital de Dia Oncológico do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia) e do Doutor Rui Dinis (Diretor do Serviço de Oncologia Médica, do Hospital do Espírito Santo de Évora).

NOTA DA REDAÇÃO

A direção e coordenação da Revista O Hospital vem por este meio informar que o artigo “Utilizadores Frequentes da Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta”, publicado na revista nº16, na secção Análise, irá ser republicado numa edição próxima, respeitando a formatação de células das tabelas, quanto ao alinhamento e cores, de acordo com o texto original, oportunamente remetido à redação da Revista “O Hospital” reparando-se, assim, o lapso ali havido.



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



INOVAÇÃO, MAIS DO QUE ESTAR À FRENTE, É ESTAR AO SEU LADO

Porque a inovação sempre nos acompanhou, na Pfizer sabemos qual a melhor forma de a partilhar. Aqui, ao seu lado.

Pfizer Oncology



A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL®

Pfizer Biofarmacêutica, Sociedade Unipessoal, Lda.
Lagoas Park, Edifício 10, 2740-271 Porto Salvo, Portugal - NIPC 513 300 376 - Capital Social 1.005.000 euros