

**“PORTUGAL
TEM CAPACIDADE
PARA FINANCIAR
A INOVAÇÃO RELEVANTE”**

Henrique Luz Rodrigues
Presidente do InFarmed



Traduzimos a linguagem da vida em medicamentos vitais

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

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

AMGEN[®]

Pioneering science delivers vital medicines™



ÍNDICE

EDITORIAL	4
REALIDADES	6
ANÁLISE	8
GRANDE ENTREVISTA	22
INOVAÇÃO	28
APDH	35



Revista da Associação Portuguesa para o
Desenvolvimento Hospitalar



Diretora

Ana Escoval

Coordenadora

Marina Caldas

Redação

Edite Espadinha, Marina Caldas, Marina Tovar Rei,
António Santos e Ana Tito Lívio

Editora de Arte e Paginação

Ana Rita Gama

Fotografia

Marina Rei e APDH

Revisão

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

Diretor Comercial

José Ferreira

Impressão

UE

Tiragem

4.000 exemplares

Distribuição

Gratuita

Periodicidade

Bimestral

Projeto



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

Propriedade

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

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 Lisboa

Tel. 217548278/79

Telm. 963668745

Email: geral@apdh.pt

HOPE: hopemail@hope.min-saude.pt

IHF: ihf@ihf.min-saude.pt

Website: www.apdh.pt



Mudanças e ganhos em saúde com as novas terapêuticas

Editorial

Num Monumento à Aspirina

*“Claramente: o mais prático dos sois,
o sol de um comprimido de aspirina:
de emprego fácil, portátil e barato,
compacto de sol na lápide sucinta.
Principalmente porque, sol artificial,
que nada limita a funcionar de dia,
que a noite não expulsa, cada noite,
sol imune às leis de meteorologia,
a toda hora em que se necessita dele
levanta e vem (sempre num claro dia):
acende, para secar a aníagem da alma,
quará-la, em linhos de um meio-dia.
(...)”*

Melo Neto, J. C. (1965) – A Educação Pela Pedra. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. do Autor, 111 pp.

A compreensão dos processos de mudança interessa cada vez mais às sociedades contemporâneas, na medida em que é determinante para a impactação esperada pela mesma e a geração de transformações sociais percebidas nos mais diversos e alargados campos.

No domínio da Saúde, ao longo das últimas quatro décadas, foi feita em Portugal a edificação social de um sistema de saúde combinado público-privado que consagra, acima de tudo, desde a fundação até 1993, um qualificado Serviço Nacional de Saúde, para atender todos os cidadãos e, assim, com a operação pública essencial e a operação privada complementar, tomar conta da saúde dos portugueses para melhorar efetivamente os sistemas preventivo e terapêutico e, com um desempenho notável, alcançar os indicadores sóciosanitários que internacionalmente nos colocam juntos aos melhores sistemas nacionais de saúde.

Conseguida a democratização da disponibilidade dos serviços de saúde para todos os cidadãos residentes em Portugal, nacionais e estrangeiros, foi introduzido o Plano

Nacional de Saúde, em 1998, periodicamente estendido, agora até 2020, para apontar e medir os ganhos em saúde desenvolvidos pelo sistema de saúde, conceptualmente em torno dos eixos estratégicos (acesso, cidadania, políticas saudáveis e qualidade) que consignam mais valor em saúde, com vista a ganhos em saúde sensíveis de redução de 20% da mortalidade prematura (≤ 70 anos), de aumento de 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade, de redução da prevalência de consumo de tabaco na população ≥ 15 anos e a limitação do crescimento da incidência e prevalência da obesidade na população infantil e escolar.

Algumas ações no âmbito daquelas metas do PNS 2014-2020, alinhadas sobretudo com as duas primeiras, estão aqui abordadas sob o tema “Mudanças e ganhos em saúde com as novas terapêuticas”, com realce para a importância de apostar mais nos medicamentos genéricos e biossimilares, que garantem os mesmos tratamentos com menores custos, libertando recursos para a inovação e para tratar mais doentes, para o caso da medicina de precisão com importância na oncologia e na doença crónica e o caso do tratamento universal no VIH/SIDA para conter a sua propagação.

Não podemos deixar de considerar aqui, nesta linha de análise, aquilo que não sendo propriamente uma novidade terapêutica configura sempre, no entanto, uma “nova” ação conducente a ganhos de saúde efetivos e que consiste no reforço de programas de promoção da adesão terapêutica, tornando efetivas as prescrições efetuadas, através da motivação, da educação, da observação e da comunicação de referenciação profissional.

Por fim, e também não sendo “nova” de novidade terapêutica é, todavia, “nova” enquadrada na prescrição diagnóstica e terapêutica, fazemo-nos aqui eco do alerta lançado pelo Coordenador Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, na Conferência “O meu futuro”, organizada em Lisboa, pelo Expresso e pela Bayer, em 31 de maio último, acerca do sobrediagnóstico e do sobretratamento, enquanto desafios para os sistemas de saúde e, acrescentamos nós, enquanto oportunidade de fomento de ganhos em saúde. É polémico, é verdade. Mas este assunto configura uma dimensão de saúde pública em desenvolvimento que é preciso encarar de frente. Trata-se da prevenção quaternária ou quinto nível de prevenção em saúde, que é urgente ensinar nas escolas de saúde, no exercício profissional tutelado e na educação para a saúde dos cidadãos. ■

A Direção da APDH

A photograph of two young children in a classroom. On the left, a young boy with a joyful expression looks towards the right. On the right, a young girl is seen from behind, her hair in a ponytail with a white flower accessory. They are both wearing light blue short-sleeved shirts and dark blue or black skirts or trousers. The background is a dark, textured chalkboard.

BE WELL.
A PROMISE MADE TO THE WORLD.*

* FIQUE BEM.
UMA PROMESSA QUE FAZEMOS AO MUNDO.

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

Merck Sharp & Dohme, Lda. Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19- Porto Salvo 2770-192 Paço de Arcos. NIPC 500 191 360.
Copyright ©2011 Merck Sharp & Dohme Corp., é uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA.

Todos os direitos reservados. CORP-1021808-0000

O QUE FAZ PELA SUA SAÚDE?

Faço tudo e mais alguma coisa! - é esta a melhor forma de descrever os cuidados que tenho com a minha saúde. E tenho-os desde sempre! Pratico desporto desde criança, o que me sensibilizou para hábitos de vida saudáveis. E esses mesmos hábitos fazem parte da minha forma de estar na vida. Tenho uma premissa simples, se faz mal, não consumo/não faço. Vejo o meu corpo como uma espécie de templo que quero cuidar da melhor forma possível, para que ele me permita estar bem e viver ainda melhor. Isso inclui atividade física regular, ingestão de alimentos saudáveis e sono de qualidade. Somos aquilo que comemos, não só no sentido calórico, tantas vezes sublinhado, mas também no sentido de alimentos processados e geneticamente modificados. Hoje em dia a leitura de um rótulo é coisa para nos deixar com dificuldade em pronunciar alguns nomes, por isso é imaginar aquilo que fará ao nosso corpo.

Estou há alguns meses sem comer carne e tenho-me sentido muito melhor. Reforcei o consumo de peixe e faço ainda mais refeições com legumes e vegetais. As alterações que senti não foram só na minha aparência (melhor pele, cabelo), mas também no humor, na qualidade do sono e na minha forma de estar na vida.

Os meus snacks são sempre à base de frutas, sementes e bolachas de arroz/milho e sinto-me saciada e cheia de energia! Muitas pessoas perguntam-me se não como pão, tantas vezes associado ao lanche. Adoro pão, mas mesmo esse só como uma vez por semana. Apercebi-me que o meu corpo não reage bem ao trigo, por isso evito ao máximo. E lá está, estarmos atentos ao nosso corpo traz também este tipo de vantagens, adequarmos a alimentação de acordo com a reação do mesmo. Não gostamos todos do mesmo, logo, os corpos não têm de reagir de igual forma a tudo. Por exemplo, adoro brócolos e milho, mas não posso comer. O meu corpo não reage bem. Nada que não se substitua!

Escrevo muito sobre as minhas opções de vida saudável no meu blog (www.bastidores.pt) e um dos artigos que mais curiosidades suscita é o meu pequeno-almoço. Chamo-lhe super pequeno-almoço, pois é feito à base de frutas da época, super alimentos (bagas de goji, abóbora, cânhamo, linhaça, sésamo, spirulina, cacau, etc), aos quais adiciono iogurtes naturais. Bato tudo e tenho um pequeno almoço saciante e riquíssimo. Não me lembro da última vez que fiquei doente e não tenho uma gripe há mais de 3 anos. Ultimamente tenho tido também uma ótima aliada na otimização da minha saúde. A meditação. Não sigo nenhuma doutrina. Sou apenas eu com o meu corpo e mente, a tentar escutar e aperceber-me daquilo que o dia a dia tantas vezes camufla. 5 minutos por dia em que o stress toma a verdadeira dimensão que devia ocupar na nossa vida. Ou seja, nenhuma. E estou à vontade para falar, já que a minha profissão não tem horários, nem ritmos definidos, com imprevistos a surgir a cada instante. E no meio de tudo isto ainda tenho a minha marca de roupa para pré-mamã, a BBme by Joana Teles, para gerir. Trabalho 6 dias por semana, acordo todos os dias às 6h da manhã, tenho dias de trabalho muito longos e sinto-me com mais energia do que nunca! Porque será ;)!

Foto: Carlos Ramos

Joana Teles

APRESENTADORA



DESCOBRIR COMO 1ª se fosse a VEZ

A mais antiga empresa farmacêutica do mundo está mais nova do que nunca. Na vanguarda da ciência e da tecnologia, como sempre esteve, a Merck não tem só uma nova imagem. Em Portugal, tem novos projetos de apoio ao doente, parcerias com institutos de investigação e um prazer renovado de saber e descobrir, sempre como se fosse a primeira vez.



Descubra mais em
merck.pt

MERCK

ACESSO AO MEDICAMENTO: UMA QUESTÃO SOCIAL



Maria João Toscano
Diretora Executiva Associação Dignidade

obriga-nos a encarar esta situação não como uma questão específica da área da Saúde, mas como um problema de dimensão social.

Por isso, todos temos que ajudar estas pessoas cujas vidas se encontram em risco.

Localmente, autarquias, IPSS e instituições da área social têm projetos de apoio financeiro que visam permitir o acesso dos mais carenciados ao medicamento. E há sempre cidadãos que ajudam os mais próximos. Mas nem os apoios são suficientes, nem as respostas são atempadas.

Foi por esse motivo, para dar resposta a esta circunstância, que o Setor Social (representado pela Cáritas Portuguesa e pela Plataforma Saúde em Diálogo) se juntou ao Setor da Saúde (representado pela Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica e pela Associação Nacional das Farmácias), nascendo assim, a 4 de novembro de 2015, a Associação Dignidade, uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que tem o grande objetivo de desenvolver o Programa abem: Rede Solidária do Medicamento.

São muitos os cidadãos portugueses que, por razões essencialmente económicas, não conseguem adquirir os medicamentos que lhes são prescritos. Na verdade, são 22,8%, quase um quarto dos cidadãos com prescrições médicas.

Entre estes, todos os dias há doentes crónicos que, pelos mesmos motivos, interrompem a terapêutica que lhes foi instituída pelo médico, com consequências diretas sobre a sua qualidade e esperança de vida.

A atual crise económica, aliada ao facto de mais de 30% do financiamento das despesas em saúde no nosso país ser suportado pelas famílias, está a produzir efeitos dramáticos, em especial junto das franjas mais carenciadas da população. A realidade ultrapassou já os limites da razoabilidade e a enormidade dos números

PERSONALIDADES PROMOTORAS

Dr. António Duarte Arnaut

General António Ramalho Eanes

Prof. Dr. Francisco de Carvalho Guerra

Dr. João Cordeiro

Dr. João Silveira

Dra. Maria de Belém Roseira

Prof. Dra. Maria Odette Santos-Ferreira

Dr. Paulo Cleto Duarte

A missão do Programa abem: passa por garantir que todos os portugueses têm acesso, na farmácia, aos medicamentos comparticipados que lhes são prescritos. Para tal, foi constituído um fundo solidário através de uma estratégia de *fundraising* de dimensão global, mobilizadora de toda a sociedade civil.

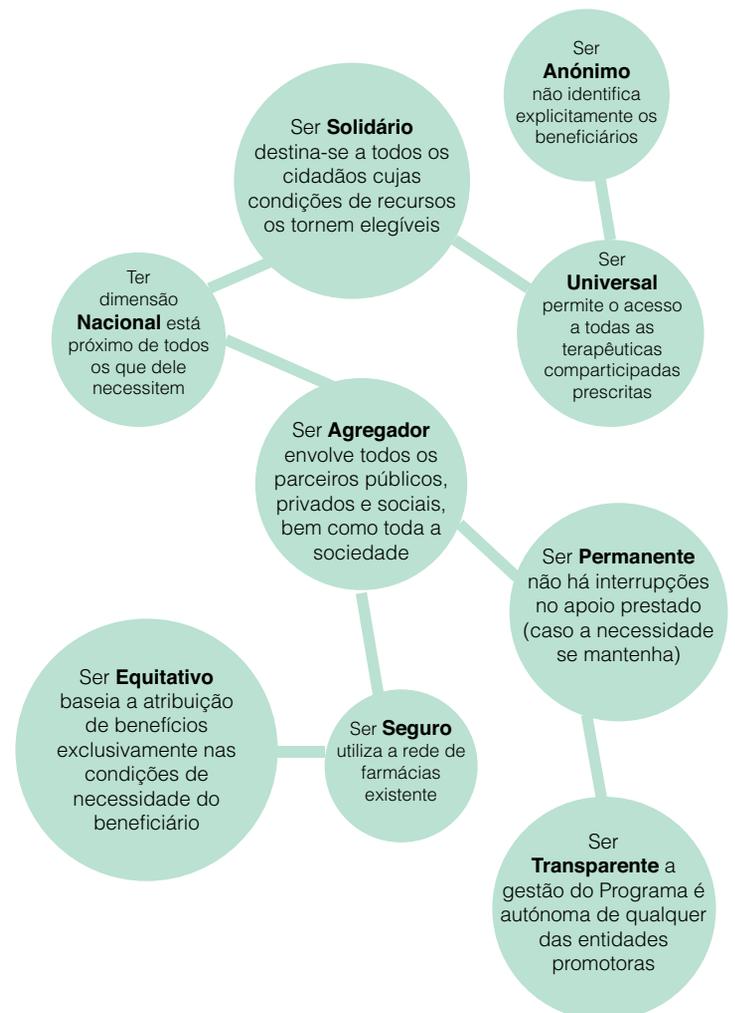
Resultado: qualquer cidadão que se encontre num contexto de carência económica que o impossibilite de adquirir os medicamentos prescritos vai agora ter uma resposta de total inclusão, podendo, mediante a apresentação do cartão abem: aceder a toda a terapêutica comparticipada que lhe foi prescrita.

O Programa abem: é baseado em redes colaborativas, para não duplicar esforços. Usa a capacidade operacional e logística da rede de farmácias portuguesas e está a juntar-se às diversas entidades que já prestam apoio local (IPSS, entidades da área social e autarquias).

É um programa focado em parcerias, que promove sinergias e complementaridade, aumentando a eficiência dos processos.

Será assim possível, através da intervenção destas duas redes, operacionalizar eficientemente um projeto que se pretende agregador de tantos outros existentes no terreno e maximizar os recursos disponíveis. O objetivo é só um: permitir que todos os portugueses tenham acesso aos medicamentos comparticipados que lhes são prescritos.

Noves princípios do Programa abem:



Este ano de 2016 e o próximo são considerados anos de arranque. Em maio, teve início a fase I de implementação do Projeto-Piloto, envolvendo a Cáritas Diocesana de Lisboa, o Centro Comunitário Paroquial de Rio de Mouro, o Centro Social e Paroquial Nuno Álvares Pereira de São Tiago de Camarate e as farmácias da zona, abrangendo um total de 467 beneficiários. Em junho, iniciou-se a fase II do Piloto, envolvendo a Cáritas Diocesana de Setúbal, a Associação Colmeia Vigilante, a Associação Apoio Fraternal, o Grupo Sócio-caritativo Sta. Maria, o Centro Social e Paroquial de Corroios e a Junta Freguesia de Viseu, envolvendo mais 446 beneficiários.

Até ao final do ano, pretende-se agregar neste Piloto pelo menos 5.000 cidadãos dispersos por vários distritos, designadamente Setúbal, Porto, Vila Real, Viana do Castelo, Coimbra e Viseu.

Mas a ambição do Programa abem: é apoiar todos os que precisam, e isso só será possível com a participação de todos! Porque ninguém pode ficar indiferente quando se trata de salvar vidas!

Ser doador abem: é permitir que todos os portugueses têm acesso aos medicamentos de que necessitam. É contribuir para a minimização das desigualdades assistenciais. É garantir a dignidade e a saúde de todos. ■





BIOSSIMILARES - UMA PERSPETIVA DA FARMÁCIA HOSPITALAR

António Melo Gouveia

Presidente do Conselho do Colégio
de Especialidade de Farmácia Hospitalar
da Ordem dos Farmacêuticos

O contexto

Em 2006 foi aprovado pela agência de medicamentos europeia (EMA – European Medicines Agency) o primeiro biossimilar (BS) europeu, neste caso de somatropina (hormona do crescimento). Esta aprovação não teve grande impacto em Portugal nem foi alvo de divulgação.

A aprovação pela EMA, em 2007 e 2008, dos primeiros biossimilares de epoietina e filgrastim teve diferentes consequências. Os hospitais tomaram consciência de que estes medicamentos, até então imunes ao advento de genéricos (recorda-se que a epoietina original Eprex® foi aprovada em 1989), se tornavam óbvios candidatos a poupanças significativas, proporcionais aos elevados valores de despesa ligados aos medicamentos originais.

Seguiu-se intenso debate e discussão. Os titulares de Autorização de Introdução no Mercado (AIM) dos medicamentos originais tentavam enfatizar algumas vantagens posológicas dos seus medicamentos, assim como os riscos supostamente inerentes aos biossimilares. Os titulares de AIM dos biossimilares, começando com tímidas reduções de preço e com fraca

presença técnica no meio hospitalar, gradualmente reforçaram argumentos e reduziram preços para limites que os originais não estavam dispostos a acompanhar (e que acabaram por atingir reduções de 90% face ao preço inicial do inovador).

A introdução de biossimilares como padrão de tratamento foi gradual e demorou vários anos, em parte devido a alguma desconfiança sobre estes medicamentos. Por outro lado, os titulares de AIM dos medicamentos inovadores foram concedendo vantagens comerciais que mitigaram o benefício económico dos biossimilares. Um outro aspecto foi o lançamento oportuno de novos medicamentos pelos titulares dos medicamentos originais, sustentados em vantagens posológicas ou operacionais (maior intervalo de administração, por exemplo).



A introdução dos primeiros biossimilares

Embora existisse confiança na aprovação regulamentar da EMA, foi necessário esclarecer as dúvidas existentes sobre biossimilares com formação idónea sobre o tema, onde os profissionais de saúde tiveram acesso a aspectos do processo de fabrico e o tipo de controlos implementados, assim como as normas rigorosas da EMA sobre a avaliação da qualidade destes medicamentos (comparada com os originais) assim como da sua segurança e eficácia.

Em alguns hospitais foi adotado um conjunto de compromissos para tranquilizar o corpo clínico:

- Numa primeira fase (pelo menos 1 ano) seria utilizada apenas uma marca de biossimilar
- Seriam recolhidos dados de marca e lote para cada medicamento biológico dispensado pela farmácia hospitalar
- Seriam efetuados estudos observacionais comparativos entre o biossimilar e o medicamento original.

Numa tentativa de resumir o que se aprendeu neste processo, poderão ser considerados os aspectos referidos no quadro abaixo:

MOMENTO	EVENTO	AÇÃO
Até 2 anos antes do lançamento do BS	Medicamentos originais apresentam novas formas, com vantagens na posologia, comodidade, etc.	Implementar novas formas com cautela, admitindo a possibilidade de reversão ou, em alternativa, não implementar as novas formas
Até 2 anos antes do lançamento do BS	Titulares de AIM dos medicamentos originais apresentam propostas comerciais que trocam redução de custos pela introdução de novas formas	Aproveitar vantagens com precaução, tendo a consciência do impacto, ou não implementar
Até 2 anos antes do lançamento do BS	Surgem eventos formativos e informativos a alertar para os riscos dos biossimilares	Obter conhecimento e organizar esclarecimento ou formação interna evitando eventuais vieses de informação
No lançamento do BS	Remanescem dúvidas no corpo clínico sobre eficácia e segurança do BS	Assegurar medidas de controlo rigoroso do uso de BS, como estabilidade de marcas (numa fase inicial), registo de marcas/lotes por doente e, se necessário, implementação de estudos observacionais
Após lançamento do BS	Preço do BS pouco competitivo	Utilizar mecanismos de mercado e a continuidade do uso do original para induzir a descida de preços

Trata-se de uma simplificação talvez excessiva de processos complexos e multidimensionais, mas é a sùmula possível do que se aprendeu, e a ponte para os novos desafios que se apresentam.

O primeiro de uma nova geração de biossimilares: infliximab

Um novo desafio já começou: o primeiro biossimilar de um anticorpo monoclonal, o infliximab, foi aprovado pela EMA em 2013. Certamente que outros se seguirão, pelo que é importante rever a experiência obtida com este primeiro caso.

Os anticorpos monoclonais são moléculas proteicas de grandes dimensões, o que pode induzir a noção de que o risco de diferenças face ao medicamento original é maior.

De notar que, enquanto no filgrastim e epoietina existem marcadores de eficácia objetivos (i.e., contagem de neutrófilos e nível de hemoglobina), o infliximab destina-se ao tratamento de doenças autoimunes, onde os

mercadores indiretos de eficácia são pouco relevantes, e a duração de tratamento se pode medir em anos, complicando os próprios ensaios clínicos de equivalência dos biossimilares.

Para a demonstração de eficácia do infliximab, a EMA aceitou como bom o princípio de que os estudos seriam efetuados apenas em algumas indicações e extrapolados para as restantes, na medida em que se assume que o mecanismo de ação do medicamento será semelhante em todas as indicações. Assim, a demonstração de similaridade do infliximab foi suportada nos dados de qualidade absoluta e suportada por dois ensaios clínicos comparativos com o medicamento original, um de farmacocinética em doentes com espondilite anquilosante e outro de eficácia e segurança em doentes com artrite reumatóide.

Existe um conjunto de diferenças entre esta segunda geração de biossimilares, exemplificada pelo infliximab e a primeira, exemplificada, por exemplo, pelo filgrastim, conforme se resume no quadro abaixo:

	FILGRASTIM	INFLIXIMAB
Massa molecular	Cerca de 18 800 Dalton	Cerca de 144 190 Dalton
Existência de marcadores indiretos relevantes para a eficácia clínica	Sim, contagem de neutrófilos no sangue periférico	Não
Indicações terapêuticas	Poucas, essencialmente a mesma em várias situações potencialmente causadoras de neutropenia.	Várias (Artrite reumatoide, Doença de Crohn, Colite ulcerosa, Espondilite anquilosante, Artrite psoriática e Psoríase)
Demonstração de eficácia	Inerente às indicações terapêuticas e marcador indireto	Extrapolada de uma ou duas indicações para o total

Trata-se de uma simplificação talvez excessiva e neste contexto, a introdução deste biossimilar pressupõe um diálogo com o(s) serviço(s) clínicos relevantes, o qual deve levar em conta que a perceção de segurança pode ser insuficiente para alterar tratamentos em curso com medicamento original para biossimilar (ou vice-versa). Mais uma vez há que criar confiança, começando com novos doentes, garantindo um registo efetivo de qual o medicamento usado, e quando possível, criando condições para um estudo observacional.

Existem hospitais em Portugal que iniciaram o tratamento apenas de novos doentes com biossimilar de infliximab desde novembro de 2013, e que em patologias específicas já têm uma taxa de utilização de 20%, sem que até à data se tenham verificado questões sobre a sua eficácia ou segurança.

Um aspeto fundamental é a necessidade de contrariar a tentação de iniciar os tratamentos de novos doentes com outros medicamentos com a mesma indicação terapêutica, que não o infliximab, o que eliminaria os potenciais benefícios económicos dos biossimilares.

Biossimilares de anticorpos monoclonais utilizados em oncologia – o próximo passo.

A existência de ensaios clínicos comparativos e alguma divulgação nos meios profissionais e científicos são indicadores seguros de que os biossimilares de anticorpos monoclonais usados em oncologia, por exemplo rituximab e trastuzumab estão em vias de chegar ao mercado. Também já estão no mercado formas farmacêuticas modificadas destes anticorpos, com tempos de preparação e administração mais reduzidos, o que segue o padrão já conhecido do

filgrastim e epoietina.

Face à experiência passada, quais poderão ser as próximas questões relevantes? Algumas sugestões:

- Haverá extrapolação de indicações, entre patologias (por exemplo linfomas e artrite reumatóide para o rituximab) ou entre contextos da mesma patologia (por exemplo entre cancro da mama em contexto metastático e cancro da mama em contexto adjuvante para o trastuzumab)?
- Haverá dados de suporte e aceitação clínica para a troca do medicamento original pelo biossimilar em doentes com terapêuticas de longa duração?
- Serão os hospitais, que entretanto se adaptaram a formas farmacêuticas de preparação e administração rápida, capazes de se readaptarem a perfusões intravenosas que demoram horas?
- Haverá aprovação (regulamentar e económica, centralizada e local) de medicamentos alternativos a estes anticorpos, que os pretendam tornar obsoletos antes da implementação objetiva dos biossimilares?

A resposta a estas e outras questões é fundamental, estamos perante uma potencial poupança que pode libertar os recursos necessários para a rápida adoção de inovação terapêutica indispensável, numa área que representa uma fatia muito significativa da despesa com medicamentos.

Os biossimilares que já existem e os que virão, são parte dos caminhos que podem permitir a conciliação dos recursos com as necessidades. Cabe aos profissionais de saúde, e em particular aos farmacêuticos hospitalares, saber aproveitar esta oportunidade, para o bem dos doentes. ■



A MEDICINA D

José Germano Rego de Sousa

Médico Patologista Clínico*

Sumário

A Medicina de Precisão é uma abordagem emergente de prevenção e tratamento que integra a variação genética individual, com a sua história médica com o ambiente e estilo de vida do indivíduo. Representa um sonho antigo da medicina tornado possível pelos avanços tecnológicos, nomeadamente nas áreas da genómica e da bioinformática.

Tempo de mudança

O conceito de base da medicina de precisão - da definição de estratégias de prevenção e tratamento de doenças que consideram a variação individual, não é propriamente novo. A determinação do tipo sanguíneo, por exemplo, tem guiado as transfusões de sangue há mais de 100 anos. O que é novo, é que graças a avanços tecnológicos e acumulação de conhecimento sobre as bases moleculares da doença, se pode hoje pensar numa aplicação generalizada desta abordagem a todas as condições que afetam a saúde humana. Para termos uma noção da escala desta mudança, o projeto de sequenciação do genoma humano, completado em 2003, custou perto de 3 mil milhões de dólares

americanos e demorou cerca de 13 anos, envolvendo múltiplos centros de investigação em vários países. Hoje, graças ao desenvolvimento da sequenciação de ADN de nova geração, é possível descodificar o genoma humano em poucos dias por poucos milhares de euros. Estas tecnologias foram adotadas pela maioria dos centros de investigação clínica, e o resultado da sequenciação de milhares de indivíduos, no contexto de estudos em múltiplas patologias, tem ficado disponível em repositórios de dados públicos e analisada em publicações científicas. Em paralelo, tecnologias de caracterização dos doentes, à volta da proteómica e metabolómica, tem sofrido igual desenvolvimento, permitindo hoje à comunidade científica acumular um manancial de dados sobre a genética e caracterização de cada doente sem precedente na história. Finalmente, as tecnologias de análise e gestão de grandes volumes de dados (Big Data), e em especial a sua aplicação no domínio biológico - a bioinformática - tem igualmente progredido, permitindo integrar, analisar e gerar conhecimento a partir da informação descrita acima. Os ingredientes para a medicina de precisão estão assim reunidos.

Exemplos de aplicação

A Oncologia tem sido a área onde a Medicina de Precisão tem tido mais impacto, pelo enorme investimento da indústria farmacêutica neste domínio, bem como por estar associada a alterações ao nível

DE PRECISÃO

José B. Pereira Leal

Diretor Executivo da Ophiomics
- Precision Medicine**



do ADN e assim naturalmente mais suscetível a esta abordagem.

Estudos de famílias com grande incidência de cancro permitiu a identificação de variantes genéticas que aumentam o risco de o indivíduo desenvolver determinados tipos de cancro. Um exemplo famoso é o da atriz Angelina Jolie, que tendo descoberto ter uma variante genética que lhe dava grande probabilidade de desenvolver cancro da mama e do ovário, optou, como recomendado medicamente, por remover preventivamente os seios e os ovários.

Estudos de vários tipos de cancro tem permitido identificar novas alterações genéticas associadas a tumores específicos, permitindo desenvolver novos meios de identificação e estratificação molecular dos tumores. Isto permite a identificação de alvos terapêuticos e o desenvolvimento de novos fármacos, alguns dos quais estão já hoje em uso na clínica. Por exemplo o imatinib (Gleevec) foi desenvolvido para inibir um gene de fusão típico da leucemia mielogénica crónica. Um outro exemplo é o fármaco transtuzumab (Herceptin) usado no tratamento do cancro da mama, que é eficiente apenas no sub-conjunto de tumores que tem uma amplificação do gene Her-2. Alterações moleculares do gene EGFR indicam a susceptibilidade to tumor ao gefitinib (Iressa) e Erlotinib (Taceva), mas por outro lado, alterações no

gene KRAS indicam-nos que o doente terá pouco benefício de ser tratado com o cetuximab (Erbix) ou Panitumumab (Vectibix).

Uma dos desenvolvimentos mais promissores para a medicina de precisão no cancro é o desenvolvimento da biópsia líquida. A descoberta de que os tumores libertam o seu ADN para a circulação sanguínea, permite que ao isolarmos este ADN, possamos ter um retrato molecular do tumor sem ter que fazer uma biópsia do tecido, que tipicamente é invasiva. Dada a natureza heterogénea de cada tumor, uma biópsia, ou seja, o retirar de uma pequena porção do tumor, é necessariamente pouco representativa do tumor todo, podendo não amostrar áreas importantes, nomeadamente focos de quimioresistência que se estão a desenvolver noutras áreas do tumor. A biópsia líquida por outro lado, permite ter uma visão mais abrangente de toda a heterogeneidade do tumor. Para além disso, estudos em vários tipos de cancro indicam-nos que a monitorização do tratamento do doente oncológico por biópsia líquida permite detetar falha de resposta ao tratamento e desenvolvimento de recidivas muitos meses antes de outras técnicas usadas na clínica, sejam imagiológicas como o PET, ou baseadas em marcadores serológicos. O

uso da biópsia líquida no contexto clínico está hoje a começar a receber validação clínica, em ensaios prospetivos, e um exemplo de sucesso recente foi a aprovação da *Food and Drug Administration* dos EUA (a agência que controla medicamentos, equipamentos médicos, etc.) de utilização de biópsia líquida na monitorização de mutações no EGFR na terapia do cancro do pulmão.

O impacto da medicina de precisão não se restringe à Oncologia; outra área onde se esperam grandes desenvolvimentos é a das doenças crónicas. Um exemplo de sucesso é o desenvolvimento do ivacaftor, um novo fármaco que alivia os sintomas de um subconjunto definido de doentes com fibrose cística, doentes facilmente identificados com um teste molecular.

Outra das áreas onde se espera grande impacto da medicina de precisão é nas doenças infecciosas. Se um dos grandes avanços da medicina foi incontestavelmente a descoberta e desenvolvimento de antibióticos que terão salvo milhões de vidas, o desenvolvimento de estirpes resistentes a antibióticos é hoje um problema à escala global. Por razões económicas, as grandes farmacêuticas fecharam as suas unidades de I&D nesta área, o que está resultar na diminuição de novos fármacos, e conseqüentemente no aumento de infeções não tratáveis. As abordagens de medicina de precisão que acelerem o tempo de diagnóstico e a definição exata da estirpe e suscetibilidades farmacológicas permitirão definir regimes terapêuticos adequados e deste modo prevenir o aparecimento de resistências.

Desafios - I&D

Este é um tempo em que há múltiplos desafios ao nível da investigação, para testar de forma rigorosa cada abordagem, definir rigorosamente o seu valor clínico e construir uma base sólida de

evidência que possa guiar a aplicação na clínica. Existem ainda grandes desafios, nomeadamente na definição de alvos, de fármacos e da utilidade clínica da muita informação que a comunidade científica acumulou. Seria também um erro pensar que a medicina de precisão se reduz à genómica e à variação genética. A componente ambiental e de estilo de vida são essenciais e o grande desafio da investigação está em correlacionar e estabelecer relações de causalidade entre a informação genética, comportamentos e intervenções médicas. Importa também investigar e definir o papel dos dispositivos móveis na adoção de comportamentos saudáveis, bem como a utilidade de sensores variados no dia a dia. A diabetes tipo 2 é um bom exemplo, pois embora seja reconhecida uma componente hereditável, é largamente determinada pelo estilo de vida. É uma área onde os dispositivos móveis tem ganho um papel importante, permitindo uma monitorização remota quando acoplados à medição de glucose no sangue, incentivando rotinas saudáveis de exercício, por exemplo monitorizando atividade física, ou promovendo uma dieta mais saudável, por exemplo facilitando a manutenção de diários de alimentação.

Importa salientar que todos estes desafios criam a necessidade de gerir, assegurar a segurança e analisar dados heterogéneos e privados. Entramos no campo do Big Data, e começamos a perceber a ideia da Medicina 4.0, inspirada no termo Indústria 4.0, esta baseada na digitalização, trabalho remoto e automação. A Bioinformática aparece assim como uma pedra angular desta nova medicina.

Desafios - Éticos e Económicos

Todos os avanços que descrevemos acima representam também novos desafios éticos e económicos para a medicina. Devem os testes de deteção precoce de doença ou de

estabelecimento de risco ser aplicados para rastreio global à população? A que população? Como gerir a incerteza associada a muitos destes procedimentos que nos dão apenas respostas probabilísticas? Se há informação sobre risco genético, como se deve proceder? Que prevenção fazer e investir? A que limitações na vida diária se devem obrigar? Que benefícios se irão obter?

Ao nível do diagnóstico precoce levantam-se igualmente questões importantes, particularmente relevantes no caso da biópsia líquida mencionada acima. Como lidar com o diagnóstico da doença antes de ter a doença? Qual o momento de iniciar terapia específica? Qual o valor de qualquer parâmetro medido em laboratório a partir do qual se decide que o indivíduo tem uma doença oncológica, mesmo antes de qualquer deteção imagiológica ou por biomarcadores serológicos mais ou menos específicos? Ao nível da terapêutica, existem questões igualmente complexas, nomeadamente o que fazer quando temos indicação de que o paciente não vai responder à única terapêutica específica disponível? Só se administrará o tratamento a quem beneficia garantidamente? Qual o nível de garantia exigido nestas decisões, quando sabemos serem raros os casos onde podemos ter garantia do diagnóstico 100% específico associado a terapêutica 100% eficaz? As questões acima tem uma forte componente ética, mas também têm uma dimensão económica, pois hoje tanto as abordagens diagnósticas como os tratamentos dirigidos são muito caros. Pelo que em sistemas de saúde com recursos finitos, quem vai ter acesso a esta Medicina Personalizada? Iremos ter uma medicina para pobres e uma medicina para ricos? É certo que a vulgarização tecnológica acarretará descidas de custos, e que a personalização da terapia deverá representar no longo prazo uma enorme redução do desperdício, atuando-se atempadamente e sem utilização de recursos desnecessários, mas

implica um grande investimento à cabeça que pode ser incomportável ou incompatível com ciclos de gestão de curto prazo. Finalmente a questão da confidencialidade dos resultados frente a entidades patronais, seguradoras e terceiros pagadores não pode ser ignorada, pois certamente existirá, em conjunto com tentativas de promover estilos de vida mais saudáveis no utente, a tentação de abusos - a fronteira nem sempre será clara. Todo o progresso da Medicina leva a vitórias sobre a doença mas nem sempre simplifica, nem sempre ajuda na decisão, e não retira a angústia ao médico de estar a tomar a melhor decisão para o doente no melhor momento. Estamos preparados como médicos para gerir esta informação? Estamos preparados como doentes para gerir esta informação?

Oportunidades

O desenvolvimento da medicina de precisão representa hoje uma área de inúmeras oportunidades, e não queremos deixar de as mencionar, pois as tecnologias de informação e as redes sociais abrem hoje possibilidades de participação alargadas, tornando importantes movimentos como o *patient driven innovation*. É igualmente óbvio que existem inúmeras oportunidades de negócio, e internacionalmente vários fundos de investimento e incubadoras dedicadas têm emergido. Em Portugal também vimos recentemente nascer um programa de aceleração e incubação de empresas promovido por uma escola médica e por multinacionais na área da saúde, com grande enfoque na medicina digital. A saúde é hoje um negócio global e os agentes de saúde portugueses, a nossa academia e outros atores têm aqui uma oportunidade que não devemos deixar fugir. ■

* Coordenador do Laboratório de Genómica Computacional do Instituto Gulbenkian de Ciência
Diretor Científico da Healthcare City - Lisboa
jjeal@ophiomics.com

** Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa
germanodesousa@germanodesousa.com

DESAFIOS DO TRATAMENTO UNIVERSAL NO VIH/SIDA

O Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida tem um novo coordenador, Kamal Mansinho, diretor do Serviço de Infeciologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz. A coordenação mudou, mas os encontros com jornalistas, previstos para esclarecimento e discussão informal mantiveram-se na agenda, desta vez para analisar o tratamento da infeção por VIH em Portugal.

Os encontros, “Para Falar de Sida”, promovidos pela Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida, dedicados a jornalistas, concluíram a terceira edição, a qual foi conduzida pelo infeciologista Kamal Mansinho, entretanto nomeado coordenador do programa. No seguimento do trabalho iniciado pelo anterior coordenador, António Diniz, o atual

responsável reuniu com um grupo de cerca de 10 jornalistas da área da saúde, para, em ambiente informal, analisar e debater “o tratamento da infeção por VIH em Portugal”. “Estamos perante um conjunto de desafios que resultam do alargamento do tratamento para um modelo universal, tendo em conta as metas que temos de atingir”, introduziu Kamal Mansinho, referindo-se aos objetivos para 2020 definidos pela ONUSIDA: 90 por cento dos casos diagnosticados, 90 por cento em tratamento e 90 por cento com carga viral indetetável. O responsável lembrou que a terapêutica para o VIH sofreu importantes avanços e que “o que tínhamos há 10 anos, nada tem que ver com o que temos hoje”. Kamal Mansinho dirigiu ainda um apelo especial aos jornalistas, no sentido de continuarem a trabalhar o tema, nomeadamente tendo em vista a informação



e esclarecimento do público, com mensagens que possam contribuir para prevenção de novas infeções.

Com a participação especial de Joaquim Oliveira, infeciologista no Serviço de Doenças Infeciosas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o encontro teve como objetivo esclarecer aspetos relacionados com as linhas de tratamento, opções e decisões, tanto do ponto de vista clínico, como dos custos e sustentabilidade do sistema.

A decisão é do doente

“A nossa prioridade, quando escolhemos uma linha de tratamento não é o custo, no entanto, é um aspeto que temos de ter em conta”, afirmou Joaquim Oliveira. Para o especialista e também na opinião do coordenador, Kamal Mansinho, a decisão deve ser tomada com o doente. “Devemos discutir este aspeto com o doente. Existem diferenças significativas entre os tratamentos disponíveis. É importante expor ao

doente as alternativas e propor-lhe que considere também os custos. No fim, é ele quem decide”.

A questão deve-se sobretudo com a discrepância entre os custos da toma única, em terapêutica combinada, e o comprimido único, significativamente mais caro. Em 2015, o custo total do tratamento para a infeção VIH foi de 212.623 euros. Com a maioria dos doentes em terapêutica combinada, apenas 11% dos doentes são tratados com o comprimido único. Esta opção tem sido a escolha sobretudo para os novos doentes. Em 2014, havia 22 mil doentes em tratamento. A média anual por doente foi de 9.662 euros.

O mais importante, referiu Kamal Mansinho, é o facto das opções atuais permitirem ter os doentes controlados, com cargas virais indetetáveis, o que reduz o risco de transmissão e a probabilidade de novas infeções. “Se formos capazes de tirar partido dos tratamentos que temos hoje, podemos conter a propagação da doença”, concluiu. ■



HENRIQUE LUZ RODRIGUES

Teremos de apostar mais em genéricos e biossimilares

Henrique Luz Rodrigues, presidente da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (Infarmed) desde janeiro, diz que “a despesa com os medicamentos tem rondado os dois mil milhões de euros”, repartido pelo mercado hospitalar e de ambulatório “mais ou menos de forma igual”, ressalva.

Em entrevista à revista “O Hospital”, o presidente do Infarmed acredita que o SiNATS terá “um papel muito importante” na monitorização dos custos e do consumo do medicamento.

Para o futuro, Henrique Luz Rodrigues, diz que “teremos de apostar mais em genéricos e biossimilares, poupando onde é possível, em medicamentos que têm os mesmos resultados terapêuticos, podendo alocar mais verbas à inovação e ao tratamento de mais doentes”. Mas acautela que “temos de reduzir desperdícios, a fraude, melhorar a prescrição e o uso racional dos medicamentos”.

Podemos dizer que os gastos com medicamentos são um dos problemas da Saúde em Portugal, ou a realidade é que dificilmente se consegue diminuir a despesa?

As despesas com medicamentos não são um problema da saúde. São uma inevitabilidade, seja aqui ou em qualquer outro país da Europa ou do Mundo. Temos cada vez mais moléculas novas, com preços muitíssimo elevados que têm de ser negociados, ou irão pôr em causa a sustentabilidade de qualquer sistema de saúde. Se em alguns casos isso é possível, mesmo que com negociações muito duras, como já tenho referido, haverá outros em que a escassez de alternativas terapêuticas permite menor margem de negociação.

Outra coisa que tenho dito é que o problema não é propriamente o custo dos medicamentos, mas sim o seu preço. O preço de um medicamento está

de tal forma envolto em opacidade que há países que começam a querer tomar a divulgação da sua formulação obrigatória. Há estudos que mostram que dos 2,6 mil milhões de euros de custo médio de um medicamento, apenas 1,4 mil milhões dizem respeito à investigação, ficando o restante associado a custos de capital.

As despesas com medicamentos não são um problema da saúde. São uma inevitabilidade, seja aqui ou em qualquer outro país da Europa ou do Mundo

A nível europeu, têm decorrido reuniões ao mais alto nível para debater este problema e a necessidade de encontrar acordos sustentáveis com a indústria. Em maio houve uma reunião que envolveu o ministro da saúde e representantes da indústria. Recentemente, eu o senhor Ministro da Saúde estivemos no Luxemburgo em diversos encontros com dirigentes de outros países europeus. O objetivo foi encontrar soluções nesse domínio, seja com regras comuns de prescrição e avaliação, compras centralizadas, entre outras medidas.



Relativamente ao consumo de medicamentos, qual o ponto da situação?

Anualmente, a despesa com medicamentos tem rondado os dois mil milhões de euros, um teto que tem sido negociado com a indústria e que implica a devolução em notas de crédito quando é ultrapassado. O total reparte-se pelo mercado hospitalar e de ambulatório, mais ou menos de igual forma. A despesa em ambulatório está controlada, apesar de haver mais embalagens dispensadas. No caso dos hospitais tem estado em crescimento, com o aparecimento de novas moléculas. A subida média em valor tem sido de 10% ao ano.

O SINATS é um instrumento que pode ajudar na monitorização destes processos (diminuir custos e controlar o consumo)?

Sem dúvida. O SINATS terá aqui um papel muito importante, sobretudo em duas frentes. Do lado da inovação, fazendo a triagem do que é a verdadeiramente inovador do que é novidade, que poderá ser ou não comparticipada consoante a

A política do medicamento tem sido constantemente ajustada às necessidades

sua relevância em termos de ganhos em saúde. Por outro lado, a avaliação faz sentido também para medicamentos mais antigos, cuja custo-efetividade tem de ser questionada perante o momento atual e o estado da arte. Há medicamentos que serão descomparticipados por falta de eficácia ou segurança, ou porque há alternativas hoje muito mais custo-efetivas. É esse o papel de um regulador do medicamento. Há ainda necessidade de englobar em todo este processo os dispositivos médicos, que são uma área que também representa uma despesa de mil milhões de euros para o Estado, está constantemente em atualização e em que havia uma enorme disparidade de preços reportados em todo o país, estando agora a ser harmonizados.

Recentemente foi nomeada uma centena de peritos que irão garantir que o SINATS seja operacionalizado e colocado em prática.

Pensa que haveria benefícios em mudar a política do medicamento em Portugal? Há necessidade



de alterar as regras? Quais?

A política do medicamento tem sido constantemente ajustada às necessidades, e a criação da Comissão de Avaliação das Tecnologias de Saúde (CATS) é uma prova disso. O mesmo se revela quanto à necessidade de rever os preços de medicamentos quando são muito superiores aos de alternativas terapêuticas usadas com o mesmo fim. Também se distingue aqui o acordo que está a ser trabalhado com as farmácias, que vai trazer mais serviços para os utentes, colocando-as no centro do Serviço Nacional de Saúde, mas também uma remuneração mais estimulante para a dispensa de medicamentos genéricos, que é uma das nossas grandes prioridades.

Aposta na inovação em tempos de crise: como conseguir que a inovação chegue aos doentes que dela precisam, independentemente do preço do fármaco?

A criação do SINATS, e em particular a nomeação dos cem peritos da CATS, dará

certamente um novo fôlego à avaliação e aprovação/comparticipação de tecnologias. Teremos obviamente de negociar melhor, fazer mais contratos de partilha de risco entre o Estado e a Indústria, monitorizar melhor o uso dessas tecnologias, tirando partido de registos e plataformas como a da hepatite C.

Teremos ainda de apostar mais em genéricos e biossimilares, poupando onde é possível, em medicamentos que têm os mesmos resultados terapêuticos, poderemos alocar mais verbas à inovação e ao tratamento de mais doentes.

Do outro lado, temos de reduzir desperdícios, a fraude, melhorar a prescrição e o uso racional dos medicamentos.

Temos de reduzir desperdícios, a fraude, melhorar a prescrição e o uso racional dos medicamentos

A necessidade de optar pelos genéricos e pelos biossimilares (em meio hospitalar) está a ser implementada há vários anos. Mesmo assim, não se consegue diminuir os gastos. Pensa que se tem de avaliar o desperdício, ou o problema será outro?

A opção em torno dos genéricos já tem alguns



anos, mas é preciso reparar que Portugal arrancou mais tarde que muitos países para este processo. Mesmo assim passámos de uma quota residual para os atuais 47% em tempo recorde. A nossa meta agora é chegar aos 60%, impulsionados também pelas novas regras que estão a ser trabalhadas com as farmácias. O mesmo se passa em relação aos biossimilares, uma área em que há muito desconhecimento, mas em que comprovadamente o perfil de segurança e a eficácia terapêutica é semelhante ao dos biológicos. Temos de continuar a trabalhar na sua promoção. Como foi o objetivo da conferência de dia 30 do Infarmed.

A Indústria Farmacêutica continua a queixar-se de atrasos nas AIM em Portugal, comparativamente com outros países da Europa (mesmo os do Sul). Como estamos?

O Infarmed tem reconhecido a existência de atrasos na aprovação de medicamentos, que podem chegar a um ano. A demora tem sido justificada em parte com a carência de peritos avaliadores, mas também de alguma organização. Mas não é verdade que estejamos na cauda da Europa como tem sido dito. A juntar a isso, temos garantido sempre o acesso dos doentes aos medicamentos de que necessitam, nem que seja através das chamadas autorizações excecionais de utilização (AUE). Nos primeiros cinco meses do ano aprovámos 863 AUE. No ano passado foram 1423. O tempo médio para essa autorização foi de nove dias.

Os Hospitais têm controlado os gastos com medicamentos? Há dados?

Esta é uma pergunta que tem de ser colocada aos hospitais. De qualquer forma, apesar do controlo que possa haver, essa despesa tem vindo a aumentar, como já referi. Até abril, os hospitais despenderam quase 370 milhões de euros com medicamentos, mais 9,5% do que período homólogo.

Até abril, os hospitais despenderam quase 370 milhões de euros com medicamentos, mais 9,5% do que período homólogo

Portugal tem capacidade para apostar na inovação?

Portugal tem capacidade para financiar a inovação relevante, mas também para a investigação, nomeadamente na área dos dispositivos médicos em que há inúmeros projetos em curso com as universidades.

Um fundo para a inovação faz sentido? Em que moldes?

A criação de um fundo para a inovação pode fazer sentido e está neste momento a ser estudada no seio do Ministério da Saúde e em conjunto com os parceiros do setor. Ainda não há uma decisão final. Pode recorrer a fundos e instituições públicos mas também privados. ■

Entrevista **Marina Caldas**

CV

Habilitações literárias: Licenciado em Medicina, pela Universidade da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (UL).

Habilitações profissionais: Especialista em Farmacologia Clínica pela Ordem dos Médicos (OM); Doutorado em Medicina pela UL; Especialista em Nefrologia pelo CHLN e pela OM;

Experiência profissional: Presidente do Infarmed; Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica do CHLN; Membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARS do Algarve e ARSLVT em representação da OM; Membro suplente da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica do Infarmed em representação da DGS; Membro da Comissão de Avaliação de Medicamentos do INFARMED em representação da OM; Responsável pela supervisão e revisão científica das Normas de Orientação Clínica da DGS; Membro da Comissão Científica de Boas Práticas Clínicas da DGS; Perito/representante de Portugal no Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP) da Agência Europeia de Medicamentos; Perito/Representante de Portugal no *Working Party on Therapeutic*.

Professor Auxiliar Convidado de Farmacologia da Faculdade de Medicina de Lisboa (FML); Regente da disciplina de Farmacologia do Módulo M.II do Curso de Mestrado Integrado em Medicina da FML; Coordenador pedagógico eleito do 3º ano da Licenciatura/ Mestrado Integrado em Medicina da FML.



Europacolon Portugal

Vítor Neves

Apoio ao doente com Cancro Digestivo
Membro da Europacolon Internacional



O que é a Europacolon Portugal?

A Europacolon Portugal - Apoio ao Doente com Cancro Digestivo é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que faz parte da organização Pan-Europeia Europacolon, membro da World Pancreatic Cancer Coalition, tendo por função primordial contribuir para a diminuição do número de mortes do Cancro Digestivo e também apoiar os pacientes e familiares, melhorando a sua qualidade de vida e bem-estar.

Missão, Objetivos e Valores da Associação

A Europacolon Portugal foi criada em 2006, no Porto, com a missão primordial de contribuir para a diminuição do número de mortes do Cancro do Intestino e dar apoio aos pacientes e familiares, melhorando a sua qualidade de vida, tendo alargado o seu âmbito, em 2014, para todas as patologias oncológicas do foro digestivo, nomeadamente: cancro do pâncreas, estômago, fígado, esófago, tumores Neuroendócrinos e GIST.

Atualmente, o Cancro Digestivo tem uma incidência de cerca de 13 mil novos casos por ano em Portugal e uma mortalidade de 24

pessoas por dia ! Algumas destas patologias têm uma alta probabilidade de cura se detetadas em fase atempada e inicial, sendo assim a prevenção essencial, mas 50% da população desconhece as áreas de risco.

Como tal, a Europacolon Portugal desenvolve um papel fundamental resultando o seu trabalho em:

- Difundir o conhecimento das patologias e dos seus sintomas, pela população, a nível nacional.
- Promover o rastreio e as vantagens do diagnóstico precoce, bem como as atitudes preventivas adequadas à diminuição dos números de incidência e mortalidade.
- Informar e apoiar os pacientes e familiares.
- Sensibilizar a população das áreas de risco destas patologias.

A Europacolon Portugal procura, desde a sua fundação, estar ligada e trabalhar colaborativamente com diversas personalidades de renome e inegáveis qualidades no campo da Saúde, mas não só, de forma a poder desenvolver um trabalho de qualidade e estar sustentada das

mais recentes evoluções proporcionando assim um apoio fundamental à população. O nosso Conselho Superior é composto por:

- Prof. Daniel Serrão
- Prof. Francisco Rocha Gonçalves
- Dr. João Pedro Furtado da Cunha Semedo
- Dr. Joaquim Abreu
- Dr. José Maria Laranja Pontes
- Dr. Luís Portela
- Dr. Manuel Francisco Pizarro de Sampaio e Castro
- Prof. Manuel Sobrinho Simões
- Dra. Maria Paula Rodrigues
- Prof. Rui Medeiros
- Dra. Teresa Margarida Figueiredo de Vasconcelos Caeiro

A Europacolon Portugal é a única associação dedicada exclusivamente aos cancros do foro digestivo, em Portugal, criada, apoiada e constituída por profissionais de saúde, pacientes, sobreviventes e pessoas não ligadas à patologia.

A nossa experiência durante os anos transatos confirmou a necessidade do aumento da divulgação e prevenção destas doenças, da divulgação das vantagens do diagnóstico precoce e do rastreio, a imprescindível atenção à sintomatologia, junto da população, não só nos meios rurais mas também junto dos grandes centros urbanos. Continuaremos com as campanhas de sensibilização e promoção do rastreio, junto da imprensa escrita, TV, Rádio além da Internet e redes sociais.

A Europacolon Portugal constatou no terreno a importante tarefa que é necessário desenvolver, na alteração dos hábitos alimentares das camadas mais jovens e promoção do rastreio nas faixas etárias de risco. Através do Projeto de Prevenção Escolar Alimentar, detetamos que

cerca de 35% das crianças dos 11/13 anos já tem excesso de peso. Concluimos ainda um declarado desinteresse e muita desinformação dos pais nas atitudes comportamentais preventivas.

Vamos continuar a evoluir na bolsa de voluntários, dotá-los de formação adequada para apoio aos doentes, bem como apoio às várias tarefas da Europacolon, promovendo o envolvimento da comunidade na nossa atuação.

Continuaremos a trabalhar colaborativamente com as Parcerias Institucionais e Comerciais já estabelecidas com IPATIMUP, Ministério da Saúde, Faculdade de Psicologia, Health Cluster Portugal, Universidade Fernando Pessoa, Ordem dos Enfermeiros (Núcleo Regional Norte), Unidade de Psicologia Médica/FMUP, "Health in Portugal" da Fundação Gulbenkian, Ordem dos Farmacêuticos, entre outras, e promover novas que aportem valor para os Associados da Europacolon e para a sociedade civil.

A Europacolon Portugal "...existe para dinamizar as atitudes preventivas e promover os meios que aumentem a qualidade de vida dos pacientes das doenças oncológicas digestivas, bem como apoiar as famílias e/ou cuidadores."

A comunidade da Europacolon Portugal

Existem delegações e/ou Associações da Europacolon na Europa Internacional, em Espanha, Bélgica, Bósnia e Herzegovina, Geórgia, Hungria, Letónia, Polónia, Sérvia, Eslováquia, Eslovénia, Áustria, Chipre, República Checa, Finlândia, Grécia, Hungria, Holanda, Macedónia, Roménia, Reino Unido, formando um movimento Pan-europeu relacionado com a prevenção do Cancro Digestivo.

Trabalho desenvolvido pela Europacolon Portugal ao longo dos anos

Disponibilizamos à População os seguintes

serviços:

- Consultas gratuitas de Psicologia (inclusive via Skype), Nutrição e Atendimento Social, para pacientes de cancro digestivo e familiares/cuidadores.
- Linha de Apoio na área do Cancro Digestivo - 808 200 199.
- Apoio Domiciliário a pacientes com Cancro Digestivo avançado.
- Projeto de Prevenção Alimentar Escolar.
- “Grupos de Desenvolvimento Pessoal”, de carácter psico-educativo, nos quais são abordados diferentes temas relacionados com as necessidades e interesses dos pacientes e/ou sobreviventes do foro digestivo.
- Ações de sensibilização, palestras, tertúlias e educação para uma melhor literacia em saúde a nível nacional.
- Divulgação e elaboração de materiais informativos das diversas patologias e outros conteúdos através de meios digitais, tais como o website da Europacolon (www.europacolon.pt) e redes sociais, nomeadamente o seu Facebook (www.facebook.com/EuropacolonPortugal).
- Apoio Jurídico.
- Logística do RAS, teste genético destinado aos doentes com Cancro do Intestino metastático.
- Terapias Complementares: A Europacolon Portugal proporciona vantagens no acesso a terapias complementares a todos os pacientes de cancro digestivo, familiares/cuidadores e seus associados. Temos protocolo com entidades de Yoga, Hipnose Clínica e Reiki.

A Europacolon Portugal já desenvolveu atividades como, por exemplo:

- **Ação de Sensibilização e Informação em Saúde em Juntas de Freguesias, Centros de Saúde, Escolas, na Assembleia da República e em outros**

locais de relevo.

- **Presença na 75ª e 76ª Volta a Portugal em Bicicleta**, nas quais realizamos um importante trabalho de sensibilização da população, em cada etapa de chegada da Volta a Portugal, com a distribuição gratuita de materiais informativos, esclarecimento de dúvidas e realização de questionários sobre Cancro Digestivo de forma a percebermos o grau de literacia da população visada.
- **Ciclo de Tertúlias e Palestras** com diversos temas ligados à oncologia e com presenças como o Prof. Júlio Machado Vaz, Dr. Miguel Guimarães, Dr. Laranja Pontes e outros nomes relevantes em temáticas como a “Acessibilidade dos Medicamentos na Doença Oncológica”, “Cancro: O Papel da Medicina, da Enfermagem, da Nutrição e da Psicologia nos Cuidados com o Paciente”, e “Mitos e Verdades sobre a Sexualidade em Pacientes com Cancro”.
- **Conferência “Perspetivas futuras, a atualidade e áreas de incerteza no cancro do pâncreas” no IPATIMUP**, assinalando o Dia Mundial do Cancro Pancreático.
- **Projetos de Literacia em Saúde** tais como “Health in Portugal” da Fundação Gulbenkian, ou “Conhecer a doença: Os doentes em primeiro lugar”, em colaboração com o IPATIMUP.
- **Formações certificadas**, como por exemplo em Estomaterapia ■



I CONGRESSO DA EUROPACOLON PORTUGAL EM ONCOLOGIA DIGESTIVA

8 E 9 DE JULHO DE 2016

FUND. DR. ANTÓNIO CUPERTINO DE MIRANDA
PORTO

QUANDO?

8 e 9 de JULHO'06

LOCAL

Fundação Dr. António
Cupertino de Miranda – Porto

OBJETIVOS DO CONGRESSO

As ações desenvolvidas pela Europacolón Portugal visam cooperar com a classe médica, pessoal de enfermagem e paramédicos, indústria farmacêutica, serviços e entidades públicas ou privadas, promover a investigação sobre as causas e tratamento destas doenças e sensibilizar a população em geral para a importância do rastreio e o diagnóstico precoce dos Cancros Digestivos e também as atitudes preventivas.

É com estes objetivos por base que a Europacolón organiza o seu primeiro Congresso, estando também a assinalar o 10º Aniversário, neste ano corrente.

O programa foi elaborado procurando envolver diversas áreas multidisciplinares, através de painéis dirigidos não só à classe médica e a outros profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos, entre outros), mas também aos cidadãos, pacientes e seus familiares, que poderão assim ver respondidas algumas das questões pertinentes com que se deparam, tantas vezes sem resposta, e adquirir valiosas informações sobre este tema de oncologia digestiva.

Esperamos que este Congresso seja uma oportunidade enriquecedora de partilha de conhecimento e novas ideias e paradigmas para todos os envolvidos.

QUEM VAI PARTICIPAR

Todas as informações
no Programa Final em:
<https://goo.gl/pfUZ4G>

Inovar ou morrer

Óscar Gaspar

Economista



Sei que o título é radical mas fui colhe-lo a uma conhecida publicação de Tom Peters porque do que vamos falar não é apenas de saúde (e já seria muito!) mas de gestão.

Nas últimas décadas a inovação na área da saúde tem sido impressionante, e está mesmo em aceleração mas, começando por realçar o seu extraordinário impacto positivo, não podemos ignorar os desafios da gestão deste processo, nomeadamente para os diferentes serviços de saúde.

No passado dia 22 de junho foi tornado público o estudo "Access to Cancer Medicines in Europe¹" de Bengt Jönsson, Nils Wilking et al. do Swedish Institute of Health Economics (IHE), que conclui que:

1) As taxas de sobrevivência aumentaram em todos os países europeus, com a sobrevida média de 5 anos a aumentar para os 54%;

2) Embora a incidência de cancro continue a aumentar em toda a Europa - cerca de 30% de 1995 a 2012 - o aumento da mortalidade fixou-se em 11%, o que denota progresso das

¹ <http://www.ihe.se/access-to-cancer-medicines-in-europe.aspx>

terapêuticas;

3) Apesar do número crescente de pessoas diagnosticadas com cancro, os gastos com o seu tratamento têm-se mantido praticamente estáveis em cerca de 6% do total das despesas em saúde.

Sobre a velha discussão se estamos perante uma despesa ou um investimento, o referido documento refere que a despesa com medicamentos oncológicos induz um ganho económico de cerca de 50 mil milhões de dólares só em França, Alemanha, Itália, Suécia e Reino Unido²

Acresce ao 2) e 3) a conclusão de que os novos medicamentos não têm sido o principal condutor de aumentos das despesas com medicamentos oncológicos e, diz o estudo, esta é

² Sebastian Salas-Vegas and Elias Mossialos in Health Affairs, *Cancer drugs provide positive value in nine countries, but the United States lags in health gains per dollar spent*, May 2016, accessible at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27140987>

uma consequência de tratamentos mais eficazes, com menos efeitos colaterais. Aliás, o documento relembra que padrões semelhantes ocorreram, por exemplo, para a asma e as doenças cardiovasculares, após a disponibilização de novos tratamentos de maior eficácia.

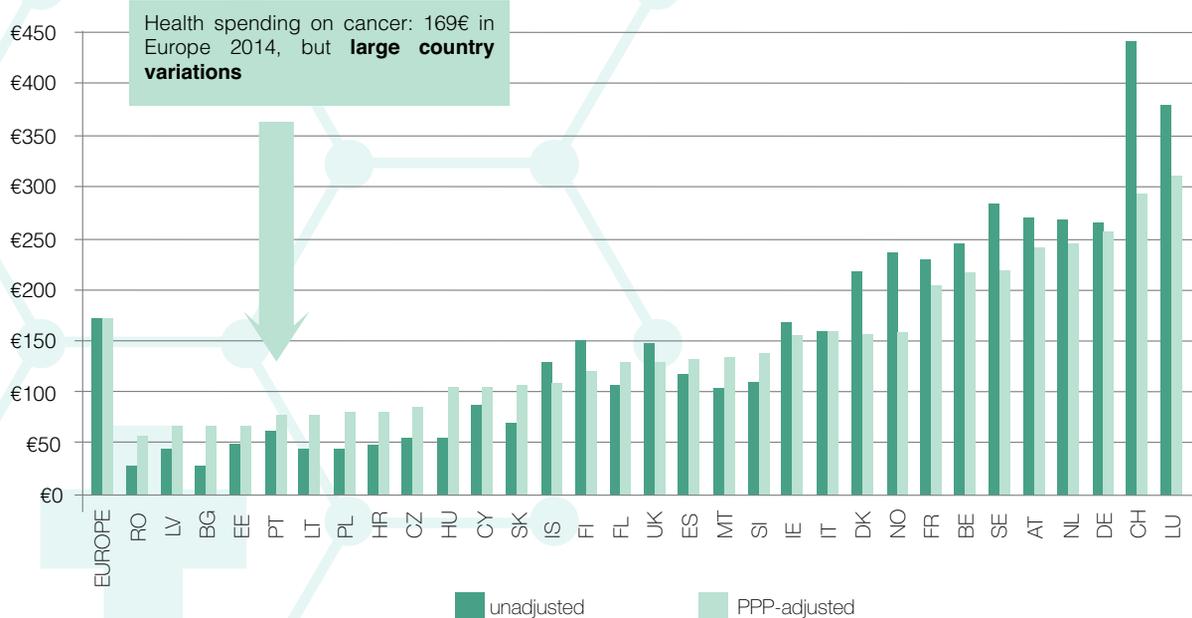
Sendo esta uma análise a nível da Europa, também é verdade que se diga que nem todos os países apresentam o mesmo registo.

O estudo citado recorda, aliás, um triste diagnóstico de uma outra investigação que revelou que há uma variação de oito vezes no período de tempo necessário para disponibilizar novos medicamentos oncológicos, desde os Países

Baixos (cinco meses) até Portugal (quase quatro anos)³. Diga-se, em nome da justiça, que esta não é uma estatística deste ano ou uma novidade dos últimos lustros.

Mas quando se fala em inovação e em acesso há logo quem invoque a (in) comportabilidade orçamental. Deixemos os mitos e voltemos aos factos. O estudo dos investigadores suecos diz que em média foram gastos 169€ per capita com a oncologia mas o valor de Portugal não chega a metade e só estamos à frente de 4

³ Europe Economics, External Reference Pricing, 1 July 2013, page 16, accessible at: http://www.europe-economics.com/publications/external_reference_pricing_-_final_report.pdf



dos 31 países analisados.

Recapitemos: a incidência de cancro está a aumentar, a inovação dos tratamentos tem melhorado e faz uma diferença significativa em termos de vida e qualidade de vida, Portugal compara mal em termos de acesso e gasta muito menos do que a média europeia no tratamento do cancro. Face a estes factos, a questão clássica: o que fazer?

Algumas pessoas parecem assutadas

com a inovação ou, pelo menos, com a velocidade da inovação nos dias que correm. Essa não é a resposta de que os cidadãos precisam.

Qual a resposta para a inovação?

A má resposta de curto prazo é a que impede a inovação. A má resposta a médio e longo prazo é a que prejudica ou atrasa a inovação. A não resposta é ignorar a inovação, como se esta não fosse inevitável e algo de intrinsecamente bom e desejável. A boa resposta para a inovação

é a inovação.

Jaume Ribera denuncia que “no entanto, os sistemas de cuidados de saúde não evoluíram para modelos capazes de incorporar essa inovação no contexto das condições económicas atuais, que exigem um equilíbrio de recursos limitados em simultâneo com a tentativa de manter os níveis de serviço existentes”.⁴

O mesmo professor catalão avança para uma classificação da inovação que vai da inovação de produto e serviço, à inovação de mercados, à inovação de processo, à inovação de marketing, até à inovação organizacional. Neste último domínio dá os exemplos do foco em novas estruturas, redes e parcerias, novas formas de integração da saúde mental e da emergência médica, etc.

É de inovação que precisamos. Recordando um clássico da ciência económica: de nada adianta tentar fechar coercivamente as janelas para proteger a indústria das velas. Há que perceber o que está em jogo e responder de forma racional e efectiva.

A inovação fundamenta a nossa esperança em viver mais e viver melhor. Em termos dos sistemas de saúde o desafio é encontrar as soluções que tornem essa inovação acessível e um processo em contínuo desenvolvimento.

Claro que se esperamos enquadrar e responder à inovação com o *status* quo tendemos a ficar numa espécie de “solução de canto” em que estaremos incapazes de aumentar a nossa satisfação (colectiva).

No que respeita à inovação na área dos medicamentos há a consciência da indústria farmacêutica sobre o impacto da inovação nos orçamentos de saúde e, em conformidade, temos a disponibilidade para encontrar soluções que sirvam os doentes, os orçamentos da saúde e a continuidade da inovação: o tão falado win-win-win.

⁴ Healthcare Innovation Impact Study em <http://www.ieseinsight.com/fichaMaterial.aspx?pk=100980&idi=2&origem=1&ar=14>, tradução nossa

Portugal tem dado alguns passos para responder à inovação com inovação. Nesse sentido saudou-se a criação do SINATS e a assunção de que o Estado na saúde deve pagar mais por *outcomes* do que por *outputs*. Também no sentido correto vão algumas aplicações de preço compreensivo e à abordagem à situação global de saúde dos cidadãos.

É preciso responder à inovação com investimento. Das aplicações clínicas aos softwares de gestão de instituições de saúde, hoje é possível fazer mais e de forma mais eficiente e colaborativa. No âmbito de cada instituição é também possível repensar processos, níveis de responsabilidade e de referenciação e mesmo as atribuições profissionais não têm que ser imutáveis.

Esta abordagem deve ser sistemática e, não podendo (nem devendo) ser aplicada num momento específico, suscita a necessidade de ter planeamento estratégico e financiamento plurianual das funções.

Só pela inovação podemos fazer face aos desafios da sustentabilidade e da inovação.

Em conclusão, se hoje admitimos que Darwin tinha razão e que chegámos onde chegámos pela “evolução das espécies”, acredito que seja possível termos populações mais saudáveis e cidadãos mais felizes agindo em termos éticos com todas as espécies de inovação. ■

ATIVIDADES E EVENTOS '16

Exposição 9.^a

Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde®

A Comissão Organizadora da Prémio de Boas Práticas em Saúde® (PBPS), através das cinco Administrações Regionais de Saúde, tem vindo a promover um conjunto de exposições de posters, de norte a Sul do país. Esta iniciativa pretende cumprir um dos objetivos assentes na génese do PBPS - disseminar as boas práticas - nomeadamente pela divulgação dos projetos nomeados para a categoria de “Melhor Projeto” no âmbito da 9.^a Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde®, de 2015, bem como os distinguidos com o primeiro Prémio e com a Menção Honrosa, na categoria de “Poster Científico”.

Nestas exposições procurou-se ainda destacar, além dos premiados, os projetos candidatos à 9.^a edição convidados para apresentação de poster científico. Assim, estando as exposições a decorrer na região de saúde Alentejo, destacaram-se os posters em baixo indicados:

- “Lancheira Sorriso em Movimento” - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
- “Um CLICK e tudo Acontece - Sistema de Alerta de Controlo de Infeção e Microbiologia” da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA).
- “Organização de Cuidados ao Pé Diabético – um passo à frente da diabetes” - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
- “PAPA em Rede: Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA) nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)” na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Até ao momento já decorreram três exposições na região de saúde do Alentejo:

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Decorreu na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, entre 20 e 27 de junho de 2016, nos Hospitais Dr. José Maria Grande e Hospital de Santa Luzia, respetivamente, a exposição de Posters Científicos do Prémio de Boas Práticas em Saúde.



Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

Decorreu na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE, em Santiago do Cacém, na primeira quinzena de junho de 2016



Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Decorreu na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, até dia 15 de maio de 2016, no hall de entrada do edifício do Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja.



EVENTOS FUTUROS

Conferência “10 anos a Premiar Boas Práticas”

No âmbito das comemorações dos 10 anos de existência do Prémio de Boas Práticas em Saúde® irá realizar-se no dia 23 de Setembro de 2016, no Hospital Pediátrico de Coimbra – CHUC, EPE a Conferência “10 anos a Premiar Boas Práticas”.

Conheça os temas que vão estar em debate

09:30-09:45 | Sessão de Abertura

09:45-10:30 | Painel I – “10 anos a Premiar as Boas Práticas”

Apresentação de Vídeo (6 projetos selecionados por cada Administração Regional de Saúde e Direção Regional de Saúde dos Açores)

Debate: O que o PBPS trouxe aos serviços de saúde?

10:30-10:50 | Pausa

10:50-11:35 | Painel II – “Premiar as Boas Práticas – Que Caminhos Futuros”

Debate: Como melhorar o papel do PBPS no contexto do desenvolvimento do SNS? Perspetivar o futuro do PBPS.

11:35-11:45 | Apresentação da 10ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde®

12:00-12:30 | Concerto - Porto de Honra

PRÉMIO DE
BOAS PRÁTICAS
EM SAÚDE®

10 Anos A Premiar Boas Práticas



6.º CONGRESSO INTERNACIONAL DOS HOSPITAIS

23-24 novembro 2016

A Comissão organizadora convida à submissão de resumos para apresentação de comunicação oral e poster científico no **6º Congresso Internacional dos Hospitais “Inovação em Saúde. Mito ou Realidade?”**.

No âmbito das intervenções com peritos convidados, nacionais e estrangeiros, pretende-se criar um espaço de reflexão e partilha de experiências e saberes com os profissionais que intervêm no terreno, assim como todos os que, no âmbito do seu percurso académico, se encontrem a desenvolver projetos de investigação.

Assim, convidamos os demais profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, administradores hospitalares, técnicos de saúde e outros profissionais de áreas afins), docentes universitários com interesses na área da saúde, investigadores, estudantes de licenciaturas e pós-graduações, mestrandos e doutorandos na área das ciências da saúde, a apresentarem propostas de trabalhos que se enquadrem nos objetivos e nas temáticas do Congresso, nomeadamente, entre outros, projetos em curso ou recentemente concluídos, artigos científicos criativos que abordem novas perspetivas de investigação, soluções e/ou aplicações para problemas reais, trabalhos empíricos e/ou de avaliação.

Todos os resumos submetidos serão apreciados e classificados pela Comissão Científica do 6.º Congresso Internacional dos Hospitais, com anonimato dos autores e afiliação. Terá lugar a atribuição de duas categorias de prémio à “Melhor Comunicação Oral” e ao “Melhor poster Científico”. A entrega de Prémios decorrerá na sessão de encerramento do congresso.

O poster científico e comunicação oral vencedores serão, ainda, convidados a publicar na Revista “O Hospital”, cujo público-alvo inclui profissionais de saúde e outros, bem como as instituições hospitalares e agrupamentos de centros de saúde e ainda as administrações regionais de saúde e outros organismos centrais.

Consulte aqui o Regulamento para submissão de resumos (poster ou comunicação oral) <http://6cih.esy.es/resumos/>

10.ª Edição do Encontro do Prémio de Boas Práticas em Saúde®

23 de novembro de 2016

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar vai realizar no dia 23 de novembro o **Encontro da 10ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde® (PBPS)**, organizado conjuntamente com a Direção-Geral da Saúde (DGS), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e as Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Já foi publicada a Lista dos Projetos pré-selecionados da 10.ª Edição do Encontro do Prémio de Boas Práticas em Saúde®, consulte a mesma em <http://www.boaspraticasemsaude.com/Site/EdicaoActual/Candidatos.aspx>

Consultar mais detalhes sobre o PBPS em <http://www.boaspraticasemsaude.com/> ou <http://www.apdh.pt/pbp>

PARA MUITOS
UMA VIDA ATIVA
TERMINA
DEMASIADO CEDO

OS NOSSOS
CIENTISTAS
NÃO ACEITAM
ISSO



Em 2050, a população mundial com mais de 60 anos já terá duplicado para os 2 mil milhões de pessoas, o que torna as doenças relacionadas com a idade, num desafio ainda maior para a sociedade.

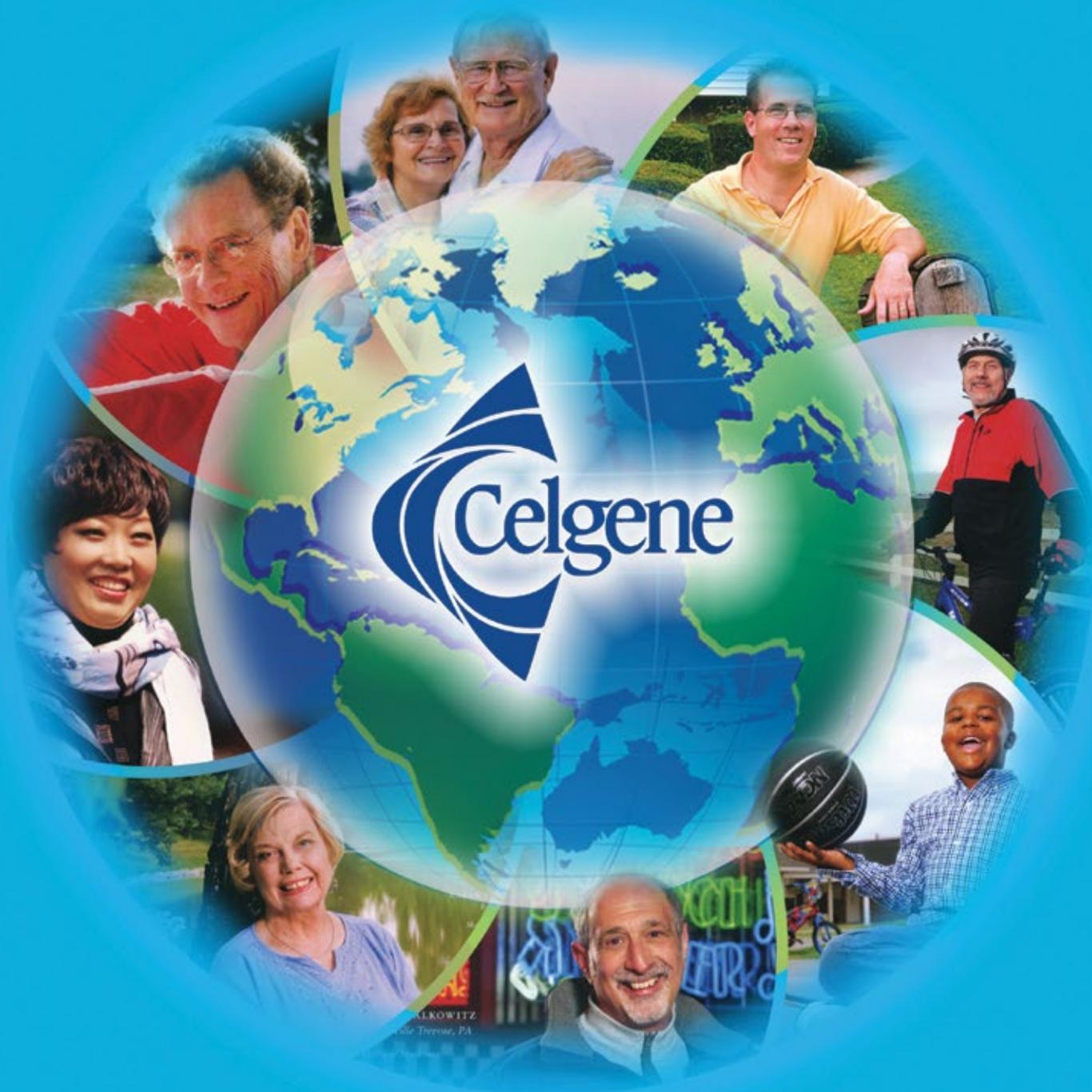
É por isso que procuramos ajudar as pessoas a permanecerem mais saudáveis e mais ativas na terceira

idade, seja através de tratamentos específicos para o cancro, doenças cardiovasculares e oftalmológicas ou formas de manter ativas as pessoas com artrite.

Porque a vida não deve parar aos 60. Para saber mais sobre como as nossas inovações ajudam a mudar vidas para melhor, entre em www.bayer.pt



Science For A Better Life



***Committed to Improving
the Lives of Patients Worldwide®***

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

E-mail: celgene.portugal@celgene.com