

Revista Hospital

ANO 1, Nº 2
FEV / MAR, 2015



"A URGÊNCIA ESTÁ
ESTAGNADA NO
DESENVOLVIMENTO
E CASTRADA NA
REFERENCIAÇÃO"

António Marques
Médico

schülke 

A fazer história na **Prevenção**
e Controlo de **Infeção** desde 1889

Prevenir a Contaminação · Proteger a Saúde

the plus of pure
performance





Advancing Therapeutics, Improving Lives.

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

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

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

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



Gilead Sciences, Lda.

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

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

000/PT/14-10/IN/1768

ÍNDICE

EDITORIAL	4
CLÍNICA	6
URGÊNCIAS	10
GRANDE ENTREVISTA	20
ESTUDO	28
INVESTIGAÇÃO	30
HEPATITE C	32
BOAS PRÁTICAS	38
ANÁLISE	39
APDH	40
VIDA SAUDÁVEL	42



Revista da Associação Portuguesa para o
Desenvolvimento Hospitalar



Diretora

Ana Escoval

Coordenadora

Marina Caldas

Redação

Edite Espadinha, Marina Caldas, Marina Tovar Rei

Editora de Arte e Paginação

Ana Rita Gama

Fotografia

Matilde Vieira

Diretor Comercial

José Ferreira

Editora

HOSPIPRESS - Cooperativa Editorial

978-989-99359

Impressão

UE

Tiragem

4.000 exemplares

Distribuição

Gratuita

Periodicidade

Bimestral

Projeto

COMPANHIA DE IDEIAS
branding | tv | eventos | web | health

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

Propriedade

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

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 Lisboa
Tel. 217548278/79

Telm. 963668745
Email: geral@apdh.pt
HOPE: hopemail@hope.min-saude.pt
IHf: ihf@ihf.min-saude.pt
Website: www.apdh.pt



Editorial

O segundo número da revista “O Hospital” chega-nos às mãos, agora, neste tempo de pleno inverno, com artigos e autores que aqui disponibilizam as leituras que os próprios fazem, porque são especialistas na área e ou titulares de responsabilidade na saúde pública, sobre o principal acontecimento entretanto vivido pelos cidadãos nos serviços de urgência dos hospitais portugueses.

Os serviços de urgência hospitalares possuem experiência nas respostas a dar às situações da típica sazonalidade que nesta altura se faz sentir, com um aumento significativo da espera nas situações não urgentes e sem sacrificar a espera das situações urgentes e mais prioritárias.

Mas desta vez, em alguns serviços de urgência polivalente e médico-cirúrgicos o aumento da espera atingiu, inusitadamente, as situações com prioridade urgente e, mesmo, muito urgente, para além das situações que no decurso da espera dilatada variaram de prioridade.

Ora, os cidadãos acorreram nesta altura por necessidade apercebida como urgente, com a expectativa de serem atendidos no serviço com a capacidade adequada para resolver o seu problema agudo e muitos deles depararam-se com serviços de urgência menos capacitados, e disso se fez eco na imprensa, deram conta os profissionais, com a prontidão de serviço que puderam e, nos casos de incapacidade manifesta, com a participação das dificuldades à consideração superior e às organizações profissionais suas afiliadas, para além do debate político intenso gerado a propósito e a quente.

Talvez agora valha a pena refletir, de forma mais racional, documentada e sustentada, sobre a realidade da rede nacional de urgências hospitalares, a capacidade instalada em cada serviço para a sua vocação e população que

serve, o modelo de organização, clássico, dedicado ou misto, mas em qualquer caso com equipas treinadas localmente e de competência urgencista garantida, e também porque não questionar e pensar em dar resposta diferenciada, mesmo em espaço distinto, às situações de agudização de doença crónica, como no caso dos idosos, a quem violentamos fazendo-os passar por um serviço que não lhes reserva condições sensíveis a que têm direito.

Não se põe em causa a necessidade de tomar mais fiável o sistema de triagem de prioridade clínica, a monitorização sistemática do mesmo, mas só isto será muito pouco para uma rede e serviços de urgência, que carece de uma ação reformadora conceptual, de ser poupada à mitigação de recursos humanos, em quantidade, mas principalmente em competências de urgência, designadamente competências sénior, tanto para o atendimento de observação clínica, como para a realização pronta dos meios complementares de diagnóstico necessários, sem descuidar a ação reformadora dos serviços de saúde com acessibilidade garantida à promoção da saúde, à prevenção da doença e ao acompanhamento clínico das pessoas com comorbilidade(s).

Mas este número da revista “O Hospital” também convoca a atenção do leitor para o tema da hepatite C por concitar, neste mesmo tempo, uma enorme discussão clínica e de política pública sobre o acesso às terapêuticas inovadoras e geradoras de expectativas de cura na importante população dos portadores.

Publicam-se aqui também informações sobre as atividades da APDH, da federação europeia dos hospitais, a HOPE, cuja representação em Portugal é assegurada pela APDH.

Esperamos que os conteúdos presentes neste número da revista “O Hospital” nos interesse a cada um de nós, profissional ou instituição da área da saúde, sendo desejável o retorno de reflexões que o nosso olhar sobre os temas nos suscita e também de sugestões que entendamos poderem ser úteis.

A Direção da APDH

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

Siga-nos em:



AbbVie, Lda.
Estrada de Alfragide, 67 Alfrapark - Edifício D | 2610-008 Amadora
Telf. 211 908 400 | Fax. 211 908 403
Contribuinte e Matrícula na Conservatória do Reg. Com. da
Amadora n.º 510 229 050 | Capital Social 4.000.000€



EVITAR A AMPUTAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

Detetar e tratar precocemente, valorizar o risco de amputação e evitar a perda de um membro, da qualidade de vida, bem como os custos pessoais e sociais associados ao pé diabético foram o mote da palestra e exposição fotográfica apresentadas no Hospital de S. José, uma iniciativa que sublinhou a necessidade de encarar este problema como uma verdadeira urgência.

“Celebramos 10 anos de dedicação à causa do pé diabético, tendo como objetivo principal do nosso trabalho tratar a doença, evitar a amputação, mantendo a máxima funcionalidade do membro”. Foi desta forma que José Neves, cirurgião do Hospital dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), deu início à sua apresentação, no âmbito da palestra “A Importância do Pé Diabético”, realizada no Salão Nobre do Hospital de S. José. A iniciativa, apoiada pela Schülke Portugal, e integrada na sessão de inauguração da exposição “10 anos de experiência – 10 casos de pé diabético”, contou com a participação de importantes personalidades e especialistas dedicados à diabetes: José Manuel Boavida, coordenador do Plano Nacional da Diabetes; Eduardo Gomes da Silva, diretor clínico do CHLC; Luís Mota Capitão, da especialidade de Cirurgia Vascular; João Diamantino, da Especialidade de Medicina Física e Reabilitação; Ana Agapito, de Endocrinologia; Tiago Billhim, Radiologia de Intervenção; Madalena Lisboa, da Consulta de Diabetes do HSAC; e ainda Rui Barbosa, doente.

Urgente como uma apendicite

A mostra fotográfica, apresentada em novembro de 2014, na entrada da Biblioteca do CHLC – Hospital de S. José, deu a conhecer um conjunto de fotografias que “não sendo uma expressão de arte no sentido estrito do termo”, são representativas da patologia. “Apesar de não serem certamente imagens bonitas, revelam a doença e sofrimento destes doentes”, observou José Neves.

A diabetes é já considerada a epidemia global deste século. Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2030,

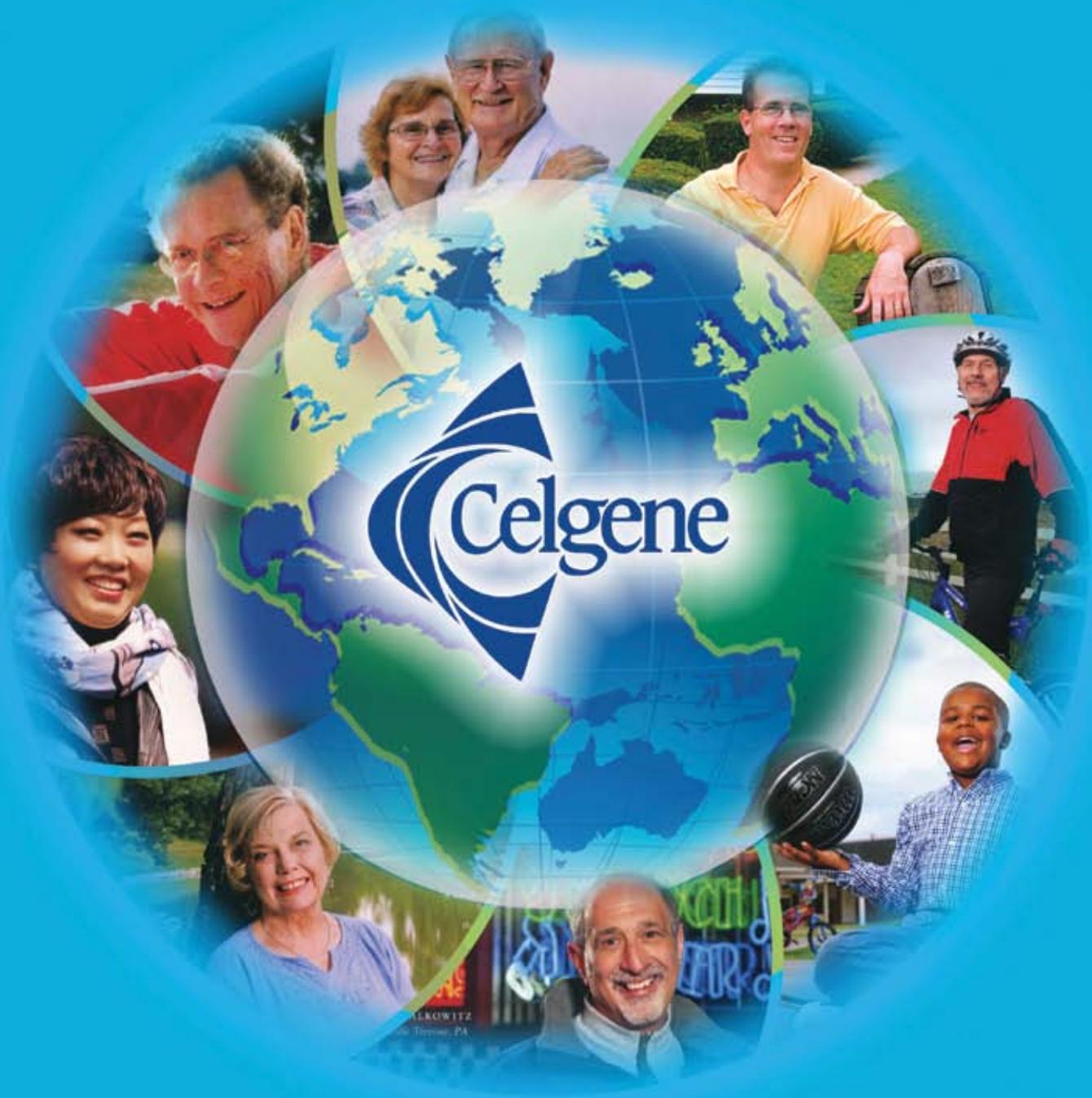
cerca de 552 milhões de pessoas serão afetadas pela doença. Em Portugal, a incidência na população adulta aproxima-se dos 13 por cento. Um quarto dos diabéticos desenvolve úlcera no pé, a principal complicação que leva à mais temida das sequelas: a amputação. Por outro lado, o pé diabético é também a causa mais comum de internamento hospitalar das pessoas com diabetes. “Se pensarmos que 25 por cento dos doentes irá ter um pé diabético ao longo da vida, com consequências como a ausência ao trabalho, reforma antecipada, gastos de tratamento e internamento, entre outros, não haverá Segurança Social que comporte estes custos”, alertou o cirurgião. “É necessário sensibilizar os profissionais de saúde, sobretudo os médicos, para este problema e para a necessidade de o despiste e tratamento precoces da infeção. Um pé diabético infetado é tão urgente tratar como uma apendicite. Uma urgência cuja resposta é essencial para evitar a amputação”.

Equipas multidisciplinares dedicadas

“É preciso olhar para este problema com outros olhos”, referiu José Manuel Boavida, coordenador do Plano Nacional da Diabetes, para quem o trabalho desenvolvido pelo cirurgião José Neves é um “exemplo de referência”, salientando “a necessidade das sinergias, as quais só resultam com um forte apoio e compromisso das várias especialidades, bem como da articulação com os cuidados primários”. Segundo o coordenador, a proposta de criação de uma via verde para estes doentes seria muito benéfica, com o encaminhamento dentro do hospital para uma equipa dedicada.

A diferenciação dos cuidados e a abordagem multidisciplinar, aliada a uma intervenção precoce foram sublinhadas como essenciais para garantir melhores resultados no tratamento do pé diabético. No entanto, esta abordagem depende de uma “organização muito forte”, salientou Luís Mota Capitão, da especialidade de Cirurgia Vascular do Hospital de Santa Marta. “É uma tarefa muito longa e pesada. É preciso amor e resiliência”, disse.





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

Para o doente, Rui Barbosa, presente nesta sessão, “é fundamental perceber que existe uma equipa empenhada em salvar os nossos pés, em curar-nos”. Diagnosticado com diabetes em 2013, na sequência de uma úlcera no pé, Rui Barbosa recorda o medo que sentiu de ser amputado. “Não tinha noção que tinha a doença. Acredito que deve ser feita uma grande aposta na prevenção e no rastreio. Tive muito medo de perder o pé. Graças ao empenho do Dr. José Neves estou bem.”

Centros de referência

Antes do pé diabético há a diabetes e depois da úlcera ou até mesmo da amputação, a diabetes mantém-se. “É uma doença complexa, para ser tratada em centros de referência. O pé diabético é uma unidade fundamental. A passagem de médicos internos para esta unidade é muito importante”, afirmou Eduardo Barroso, cirurgião, referindo-se com otimismo à recente portaria, a qual estabelece o conceito, processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos centros de referência nacionais para a prestação de cuidados de saúde. Na opinião do cirurgião, esta portaria “pode mudar muita coisa

“ É uma doença complexa, para ser tratada em centros de referência. O pé diabético é uma unidade fundamental ”

no tratamento das doenças complexas, em abordagem multidisciplinar”.

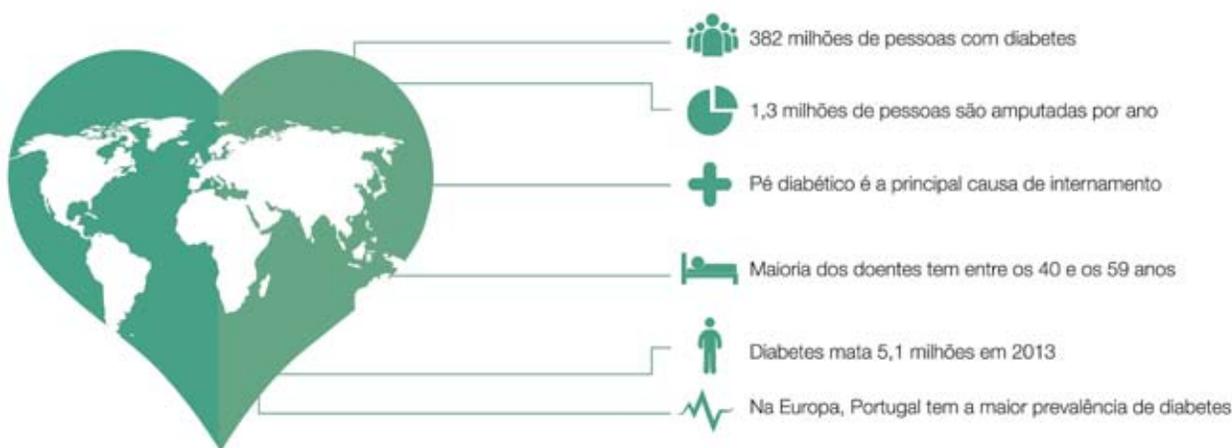
Considerada uma área pouco atrativa dentro da cirurgia, exigente e morosa, o tratamento do pé diabético requer o envolvimento e dedicação de diversas especialidades. “O pé diabético une as pessoas. É importante lembrar que alguns pés perdem-se no diagnóstico tardio. É evidente que não é um ato cirúrgico que massage o ego do cirurgião. Precisa ser tratado por quem sabe e o cirurgião deve saber diagnosticar e tratar, tal como deve

saber responder a uma apendicite”, insistiu José Neves. Por outro lado, “os doentes amputados continuam diabéticos” recordou João Diamantino, da Especialidade de Medicina Física e Reabilitação, sublinhando a importância de vigiar e devolver a funcionalidade e autonomia ao doente “para não cair numa cadeira de rodas e ficar totalmente dependente da família”.

No final, José Neves considerou o encontro muito positivo. “O que se pretendia foi conseguido: acordar as pessoas para o problema do pé diabético. É um trabalho continuado, de persistência, alicerçado em princípios científicos e muita dedicação”. ■

DIABETES

“A cada seis segundos morre uma pessoa por diabetes em todo o mundo”





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[™]

URGÊNCIAS

URGÊNCIAS EM RUTURA

JOSÉ MANUEL SILVA

Bastonário da Ordem dos Médicos

O serviço de urgência é considerado como a montra do sistema de saúde, consequência de ser a única porta aberta ao exterior 24 horas por dia e dispor de todos os recursos para acudir a qualquer situação.

Recordo-me de, como Interno da Especialidade, ter feito um estágio no Hospital Universitário de Hannover e ficar surpreendido com a calma do respetivo serviço de urgência. Percebi que a confusão da urgência não era obrigatória e compreendi as razões que ditavam essa tranquilidade.

Lamentavelmente, a realidade portuguesa é cada vez mais dramática. Em 2007 escrevi o primeiro artigo a isentar os profissionais de saúde dos erros que inevitavelmente seriam cometidos. Em 2013 publiquei novo artigo, afirmando que as condições estavam a piorar.

De norte a sul do país, mesmo sem uma epidemia de gripe grave e sem nenhuma onda de frio siberiana, quase todas as urgências estavam em rutura, algumas em caos. Ocorreram várias mortes seguramente desnecessárias, porque os doentes não tiveram a oportunidade de uma assistência adequada, o que é intolerável.



Os cortes na saúde reduziram a capacidade e a flexibilidade de resposta do SNS quando mais eram necessárias. A porta de entrada no sistema, as urgências, sofreram as consequências, apesar da procura nem sequer ter aumentado desmesuradamente, embora a necessidade de internamento tenha sido superior.

Mas porquê a congestão? Essencialmente por 10 motivos, como consequência facilmente previsível da convergência dos cortes excessivos na saúde e da redução drástica nos apoios sociais. ■



10 MOTIVOS

DA CONGESTÃO DAS URGÊNCIAS

1 ”

As famílias empobreceram, muitas com dificuldades de acesso a tratamentos, a população está fortemente envelhecida, com polipatologia, cada vez mais carente e a viver sozinha, e os idosos portugueses são dos que passam mais frio da Europa. Paralelamente, faltam apoios sociais e domiciliários e as Unidades de Cuidados da Comunidade dos ACES não têm recursos suficientes. É certo que o programa vacinal da gripe correu bem, mas poderia ser complementado com a vacina pneumocócica. Todos estes problemas sociais têm como último recurso e como consequência o aumento da procura dos serviços de Saúde.

2

3

Por razões economicistas, o Ministério reduziu o tempo de abertura dos Centros de Saúde e USFs, não contrata os Médicos de Família reformados de que necessita (reformaram-se 1400 nos últimos cinco anos; 2700 médicos no total-60% antecipadamente), fechou múltiplos SAPs (em Dezembro de 2013 ainda foram feitos dois milhões de atendimentos em SAPs, que desapareceram na monitorização mensal da ACSS de 2014), e atrasou a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Os doentes com doença aguda não urgente ficaram sem alternativa às urgências hospitalares.

Fecharam ou encerraram as camas de agudos dos Hospitais concelhios e as respetivas urgências, concentrando os doentes num menor número de urgências hospitalares.

4

5

Encerraram milhares de camas hospitalares de internamento de agudos, quando Portugal já tinha um número insuficiente de camas. Segundo os mais recentes dados da OCDE, Portugal tem 3,4 camas por cada mil habitantes, enquanto, por exemplo, a Alemanha tem 8,3, a Bélgica tem 6,3, o Luxemburgo tem 5,2 e a Holanda tem 4,7.

Em muitos hospitais as equipas das urgências foram reduzidas abaixo dos limites mínimos de segurança, até para a procura de rotina, e o espaço físico é insuficiente para o afluxo de doentes.

6

7

Os hospitais foram proibidos de contratar médicos diretamente em prestação de serviço para as urgências, mesmo dentro dos limites legais de remuneração, impedindo o hospital de os escolher pela Qualidade e de os integrar nas equipas de trabalho.

Foi imposta a contratação através de empresas de mão de obra temporária, que muitas vezes não têm médicos para os turnos a que concorrem, desorganizando completamente as urgências e, pela permanente rotação de médicos desconhecidos, impedindo a formação de equipas de trabalho.

8

9

Os hospitais não têm autonomia, foram asfixiados financeiramente, com cortes acima das imposições da Troika, e levados à falência técnica pelo Ministério da Saúde.

Não foi feito o planeamento e preparação atempada para o inverno, porque aumentava a despesa.

10

“

Os Cuidados Continuados não têm capacidade de resposta às necessidades, têm uma estrutura organizacional burocratizada e vertical, desligada da realidade local, e não têm meios para tratar as intercorrências clínicas dos doentes institucionalizados, obrigando ao recurso às urgências hospitalares.

O IMPACTO DA CRISE NO VOLUME DE INTERNAMENTOS HOSPITALARES

JULIAN PERELMAN

Escola Nacional de Saúde Pública



No mês de janeiro passado, foi publicado um estudo que realizei com os meus colegas Sónia Felix e Rui Santana (1), no qual analisámos o impacto da crise económica no volume de internamentos hospitalares. Demonstrámos que houve um “salto” no número de internamentos no início da crise, em 2009, que se acrescentou à tendência positiva que existia desde 2001. Um dos aspetos marcantes do estudo foi que este aumento se deveu essencialmente ao crescimento de internamentos não programados. Em 2009, os internamentos via urgência aumentaram 2.5%, invertendo a descida contínua que se verificava desde 2001; considerando o ano de 2011 como ponto de viragem, com o início das medidas de austeridade, o aumento foi de 4.1%. Este aumento requer alguma reflexão, por ser preocupante e paradoxal.

A preocupação prende-se principalmente com os encargos associados aos internamentos não programados. Um estudo americano recente demonstra que os internamentos não programados representam custos muito elevados para os sistemas de saúde (2). O artigo começa por indicar que “admitir um doente no hospital através do serviço de urgências é uma das decisões de rotina mais caras do setor da saúde” (p. 1655). Em primeiro lugar, uma parte importante destas admissões poderia ser evitada; no caso do Serviço Nacional de Saúde inglês, estimou-se que os internamentos urgentes evitáveis em pessoas com doenças crónicas tivessem um custo anual de 1.420 milhões de libras (3). O mesmo estudo americano assinala as situações de internamentos urgentes evitáveis mais comuns: dores no peito, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, infeções dos tecidos moles.

“Admitir um doente no hospital através do serviço de urgências é uma das decisões de rotina mais caras do setor da saúde”

Em segundo lugar, para doenças idênticas, os internamentos não programados são potencialmente mais caros do que os programados, devido à maior incerteza em relação ao diagnóstico, à falta de preparação do médico e do doente para o tratamento, e porventura à maior gravidade dos casos. Esta maior gravidade pode ter várias causas, relacionadas com as características individuais apontadas numa revisão da literatura como associadas aos internamentos urgentes: uma maior idade, poucos recursos financeiros, baixo nível educacional, a doença crónica e a multi-morbilidade (3).

Finalmente, os internamentos não programados também implicam maiores encargos para o hospital, porque a ausência de planeamento complica a gestão das equipas e dos equipamentos, por vezes colocando em causa as intervenções planeadas. Um estudo recente, na Austrália, demonstrou que os hospitais com mais admissões urgentes têm maiores tempos de espera para cirurgias programadas (4); de facto, as urgências obrigam a adiar os internamentos planeados e, por definição, não urgentes, com implicações negativas para o bem-estar

“A alternativa é substituir urgências por um atendimento mais acompanhado.”

MANUEL DELGADO

Diretor-Geral da IASIST Portugal

Penso que existem medidas de longo prazo que deviam ser tomadas para que os portugueses tivessem mais confiança nos serviços de urgência. O comportamento quer dos profissionais, quer das famílias e dos doentes habituaram-se a este modelo “emergencista”/“urgencista” que temos. E é preciso quebrar este fio condutor, é preciso mudar o paradigma. Um modelo muito mais programado, muito mais assente na comunidade, muito mais assente no acompanhamento permanente das pessoas, antecipando doenças, visitando-os no seu domicílio. Nós praticamente não temos visitas domiciliárias médicas em Portugal e isto é péssimo.

Mas depois, no curto e médio prazo há algumas medidas que podem ser tomadas, mas para isto é preciso um apoio governamental. Em primeiro lugar: porque é que as equipas médicas e de enfermagem são iguais ao longo do dia e até ao longo da semana e as equipas, as escalas, deviam ser também flexíveis em número de efetivos em função dos ritmos da procura quer ao longo do dia, quer ao longo da semana. Segundo ponto: há uma legislação que diz que os médicos não fazem urgências a partir dos 50 anos à noite e a partir dos 55 anos qualquer tipo de urgência. Este modelo deveria ser alterado, ou seja, a partir dos 60 não faziam urgência de noite e a partir dos 65 qualquer tipo de urgência. Isto permitiria aproveitar mais os recursos humanos médicos, para o trabalho de urgência, coisa que hoje as administrações não podem utilizar e é uma impossibilidade escalar médicos nestas circunstâncias.

Terceiro ponto: as urgências geralmente são feitas por equipas de 24 horas, isto em termos de trabalho humano é impossível. O que é que nós deveríamos fazer? Devíamos operacionalizar mais as equipas, refrescá-las em períodos de 8 horas. Isto é muito mais funcional e garantimos mais



as competências e o alerta médico face às situações clínicas que lhes aparecem.

Quarto ponto: os meios complementares de diagnóstico e terapêutica. É importante que se estabeleçam tempos máximos de resposta para isto. Não é aceitável que um doente chegue a um hospital é observado clinicamente e depois fica 3 a 4 horas à espera do resultado das análises, para depois o médico instituir uma terapêutica. O que devemos fazer? Devemos acelerar, em termos operativos, a resposta dos meios complementares e o médico dar, assim, o seu diagnóstico e a sua terapêutica mais cedo.

Quinto ponto: a falta de camas. O que é que há a fazer aqui? Por um lado, flexibilizar o uso de camas por forma a que os doentes não tenham de ir para a cama da especialidade x mas utilizar uma cama que tenha uma natureza mais polivalente, de uso mais diversificado. Outra coisa importante que se pode fazer é promover altas aos sábados, domingos e feriados. Ainda verificamos que os hospitais, praticamente, não dão alta aos fim-de-semana e isto é um travão à libertação de camas para poderem ser utilizadas por novos doentes.

“ Não é aceitável que um doente chegue a um hospital é observado clinicamente e depois fica 3 a 4 horas à espera do resultado das análises, para depois o médico instituir uma terapêutica ”

Por fim: os serviços cirúrgicos. Era importante que os serviços cirúrgicos não admitissem doentes em períodos pré-operatórios, quando são doentes programados eliminar os dias pré-operatório e meter o doente na cama apenas no dia em que ele vai ser intervencionado, que seria uma forma de diminuir a ocupação de camas.

Estas seriam um conjunto de iniciativas que permitiria aliviar um pouco o peso das urgências. Mas esta é uma questão imediata onde podemos introduzir respostas imediatas perante uma crise, mas a questão das urgências é uma questão de fundo: falta de organização do sistema, um sistema invertido em que o hospital é a porta de entrada no sistema, quando não deveria ser assim. O hospital deveria estar reservado para as situações mais complexas.

Reeducar a população

Podemos reeducar a população, mas sobretudo dar algumas garantias de resposta à população noutras

sedes. A ideia de: "porque é que não abrem os centros de saúde?", mas num centro de saúde é focar uma prestação também na urgência e deixa de ser a urgência hospitalar e passa a ser as urgências no centro de saúde. O médico não conhece o doente e o doente não conhece o médico, não há segurança, não há continuidade. O doente também pensa que urgência por urgência deixa-me ir ao hospital porque lá tenho os serviços complementares todos e no centro de saúde não tenho. Ou seja a alternativa não é substituir urgências hospitalares por urgências no centro de saúde, a alternativa é substituir urgências por um atendimento mais acompanhado, mais permanente da vida de cada um de nós. Através de um médico de família, com recursos, com um horário de funcionamento muito mais amplo e flexível, com saídas do seu gabinete e visitas domiciliárias, ou seja, um acompanhamento mais próximo dos seus utentes. E assim, sim, criamos confiança por parte dos cidadãos. ■

“Espera-se que os serviços dos cuidados de saúde primários ofereçam melhor acessibilidade aos seus utentes.”

JORGE CADETE

Pres. Conselho Diretivo da SRN da Ordem dos Enfermeiros



Situação das urgências em Portugal

A evidência dos factos e dos acontecimentos ocorridos nas urgências hospitalares durante estes dois últimos meses transmitem uma situação grave, em algumas

circunstâncias caótica, com tempos de espera que não eram comuns nesta época, agravada com mortes de doentes nesse período, sem serem observados pelo médico. Esta situação tem sido muito badalada e empolada pela comunicação social que o governo e a Direção-Geral de Saúde, numa fase inicial, minimizou e denominou por "alarmismo". Os representantes dos profissionais de saúde, em particular as ordens dos médicos e dos enfermeiros, face ao programa político de contenção orçamental na saúde, de cortes e mais cortes, principalmente a não contratação desses profissionais, têm vindo a alertar os decisores políticos da tendência de agravamento das respostas nas urgências hospitalares e em outros serviços de internamento.

Todas as épocas de outono/inverno no país assiste-se ao agravamento da saúde das pessoas mais vulneráveis, este ano por razões de maior número de pessoas em situação de insuficiência económica (5 800 000 utentes,



URGÊNCIAS

segundo dados da Administração Central Sistema de Saúde/2014), já se esperava um aumento do fluxo de utentes com situações mais graves. O número de mortes nesta época também acaba por ser um dado notável. Mas o que assistimos este ano foi a um fato diferente e grave, a morte de doentes no período de tempo de espera nas urgências entre a triagem de Manchester, efetuada por enfermeiros suportados num protocolo com critérios clínicos internacionalmente certificados que permitem classificar o risco clínico de cada situação atribuindo-lhe uma cor com tempos de espera diferentes e a observação clínica efetuada por médicos.

Outra situação grave nas urgências passa-se com o número acrescido de doentes em macas durante horas, senão dias, com decisões clínicas tomadas à espera de encaminhamento para serviços de internamento ou outras saídas/altas. Esses doentes "internados" em macas, nos corredores ou outros labirintos, necessitam de assistência, principalmente dos enfermeiros, tomando o ambiente clínico das urgências confuso e complexo com condições precárias para os doentes e profissionais.

Perspetivas

As perspetivas futuras passam por repensar a política orçamental que o governo pretende continuar a dar ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) para sua sustentabilidade e cumprimento dos princípios para o qual foi criado.

O SNS responsabiliza-se por respostas de saúde em duas áreas fundamentais, cuidados de saúde primários (CSP) e cuidados de saúde hospitalares (CSH) à população.

Ambas áreas necessitam cada vez mais de uma articulação eficiente e eficaz, porque os CSH asseguram as respostas que os CSP não conseguem dar. Por sua vez, os CSP além de serem a porta de entrada aos cuidados de saúde à população, dão também continuidade aos cuidados hospitalares nos domicílios dos utentes e na comunidade.

Nesse contexto, encontramos as principais respostas para as causas dos problemas nas urgências hospitalares. Assim, para diminuir o fluxo dos utentes às urgências, espera-se que os serviços dos cuidados de saúde primários ofereçam melhor acessibilidade aos seus utentes (alargamento de horários, taxas moderadoras ajustadas), melhorem as respostas em tempo útil (medico e enfermeiro de família para todos os utentes, marcação de consultas, consultas de recurso, cuidados domiciliários garantidos) e tenham horários ajustados às necessidades dos utentes.

Para encaminhamento dos doentes com tomada de decisão clínica nas urgências para internamento interno são necessárias camas vagas nos serviços. Logo, os serviços necessitam que os doentes só estejam internados durante o tempo agudo da doença.

Melhorados e a necessitar de continuidade de cuidados devem ser encaminhados/altas para as unidades da rede nacional de cuidados continuados integrados. Em alguns casos, os doentes são encaminhados/altas para os domicílios em articulação com os CSP.

Por último, o funcionamento das urgências hospitalares devem ter nas suas equipas os profissionais de saúde necessários, em número e em qualidade. ■



Urgência

INER



A TRIAGEM DE MANCHESTER

Na década de 90, em Inglaterra, o The Royal College of Nursing Accident, Emergency Association, The British Association for Accident e a Emergency Medicine desenvolveram inicialmente uma escala de triagem com cinco níveis. Mas em 1994 um grupo pertencente à British Accident e Emergency Physicians desenvolveu um novo sistema, o de Manchester. (Kevin, Janet et al. 2006)

O Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester (STPM) surge então através destas duas associações sendo constituído um grupo de consultores de emergência/urgência, enfermeiros e médicos com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência e com vista à criação de normas de triagem, devido aos serviços de urgência serem diariamente confrontados com um grande número de doentes que apresentam uma vasta gama de problemas.

Assim, para o hospital de Manchester, tornou-se essencial um sistema de triagem que assegurasse que todos os doentes fossem observados por ordem de necessidade e não por ordem de chegada.

Era prioridade criar uma nomenclatura comum, definições em comum, metodologia sólida de triagem, programa de formação e um guia de auditoria. Uma vez identificados estes temas comuns foi criado um novo sistema de nomenclatura e definição. Foram atribuídos a cada uma das novas categorias um número, uma cor e um nome e cada uma delas foi definida em termos de tempo aceitável até ao primeiro contacto com o médico de serviço.

Em 1997 foi criado e implementado em Manchester o sistema criado por este grupo – Sistema de Triagem de Manchester, seguindo-se uma série de outros hospitais no Reino Unido. Por toda a Europa, foi divulgado e implementado. Fora do continente europeu existem outros países que iniciaram o processo de integração do STPM.

(Souto-Ramos, 2008)

Em Portugal o STPM foi implementado, tendo sido posto em prática no ano 2000. Foram pioneiros neste processo, o então designado Hospital Geral de Santo António e o Hospital Fernando Fonseca.

O Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester pretende estabelecer uma prioridade clínica e não um diagnóstico.

Baseia-se em três princípios: o objetivo da triagem num serviço de urgência é facilitar a gestão clínica de doentes e, ao mesmo tempo, facilitar a gestão do serviço. A melhor forma de isto ser conseguido é através da atribuição exata de uma prioridade clínica; se o tempo da “observação”

de triagem visar a obtenção de um diagnóstico exato está condenado ao fracasso; o diagnóstico não está precisamente relacionado à prioridade clínica. A prioridade reflete um número de aspetos de uma condição particular apresentada por um doente, por exemplo, um doente com um diagnóstico final de entorse do tornozelo pode apresentar-se com dor aguda moderada ou sem dor, e a sua prioridade clínica deve refletir esta realidade. (Kevin, Janet et al. 2006)

O processo do STPM passa por identificar os critérios de gravidade inerentes à queixa apresentada pelo utente.

Para tal há que identificar a queixa principal do paciente, escolher o fluxograma, de entre os cinquenta e dois existentes, que melhor se adequa à queixa identificada e obter resposta afirmativa a uma das questões ou discriminadores do fluxograma. As questões são colocadas por ordem decrescente de prioridade, isto é, as primeiras questões correspondem a categorias de urgência mais elevadas. Deste modo, é identificado o critério de gravidade do utente.

Os discriminadores podem ser gerais ou específicos. Os primeiros aplicam-se a todos os pacientes, independentemente da condição que apresentam. Os específicos aplicam-se a casos individuais ou a pequenos grupos de apresentação e tendem a relacionar-se com características chave de condições particulares. (Kevin, Janet et al. 2006)

A categoria de urgência para além de indicar a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido, dá também a informação sobre o respetivo tempo alvo de atendimento. A cada categoria de urgência está associado um número e uma cor.

Em Portugal além das cinco categorias (ver infografia) foi introduzida uma sexta, a cor “branca” para as situações não compatíveis com o serviço de urgência. (www.grupoportuguesetriagem.pt/jm/)

O STPM integra o Sistema de Triagem em Catástrofe, apresentando dois fluxogramas denominados “Catástrofe – Avaliação Primária” e “Catástrofe – Avaliação Secundária”.

O STPM foi concebido com a intenção de ser informatizado. Esta informatização permite obter dados importantes e necessários à gestão dos recursos humanos, relativos ao desempenho dos profissionais de saúde, ao número de profissionais necessários para cada equipa e para cada setor do serviço de urgência, e à gestão dos recursos materiais e equipamentos necessários à prestação de cuidados de saúde. ■

O QUE É ?

Triagem é o processo pelo qual se determina a prioridade do tratamento de pacientes com base na gravidade do seu estado. Este processo racionaliza eficientemente os cuidados quando os recursos são insuficientes para tratar todos os pacientes de imediato. O termo tem origem no francês "trier", que significa separar ou selecionar. A triagem pode ter como objetivo determinar a ordem e prioridade dos cuidados de emergência, a ordem e a prioridade do transporte de emergência ou ainda o destino do transporte do paciente.

0 minutos

Emergente

10 minutos

Muito urgente

60 minutos

Urgente

120 minutos

Pouco urgente

240 minutos

Não urgente

ORIGEM

A triagem teve origem na I Guerra Mundial por parte dos médicos franceses que prestavam cuidados de emergência nos hospitais de campanha perto das frentes de batalha. Muito se deve ao trabalho de Dominique Jean Larrey durante as Guerras Napoleônicas. Os responsáveis pela remoção dos feridos de um campo de batalha ou pelos cuidados médicos dividiam as vítimas em três categorias: aqueles com probabilidades de viver, independentemente do tratamento recebido; aqueles com probabilidade de morrer, independentemente do tratamento recebido; aqueles para quem a atenção médica imediata poderá ter influência no prognóstico.

ANTÓNIO MARQUES

“Chegou a hora de reformular a organização dos hospitais”

É médico. Vive e trabalha no norte do país (é do FCP). Chama-se António Marques.

Foi o responsável pela adaptação para Portugal da Triagem de Manchester e hoje diz que “é preciso coragem política para prever (ou impor) que a urgência disponha de condições para cumprir a sua missão”.

Na entrevista concedida a O Hospital, este anestesista e perito em cuidados intensivos e emergência médica, aponta como principal obstáculo a um funcionamento correto das urgências a “ineficácia dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)”, por não assumirem “a centralidade devida no sistema de saúde”.

Assume-se como um *workholic* que gosta de *rock* e de *blues*, e não deixa de dizer que “a morte mais dolorosa é a morte evitável”.

A Triagem de Manchester trouxe vantagens significativas às urgências em Portugal? A que níveis?

De entre as diversas vantagens a considerar, salientam-se as seguintes: a) capacidade de identificar o doente necessitado de atendimento clínico prioritário, de forma uniforme, reprodutível e com controlo médico, b) a adoção de uma metodologia de trabalho uniforme em todas as urgências públicas hospitalares, com a mesma linguagem e critério e, c) ao implicar obrigatoriamente a definição de circuitos de encaminhamento de doentes após a triagem, a triagem contribui para a melhor gestão dos serviços de forma centrada no doente, promovendo assim a crescente organização do serviço de urgência. Assim, ao promover o atendimento do doente em função da necessidade efetiva do mesmo, com as logísticas inerentes e adequadas a essa necessidade, a triagem promove um sistema justo de priorização no atendimento e é estruturante para o funcionamento dos serviços. Salva vidas.

Hoje, quando olha para a situação das urgências em Portugal, em termos globais, que análise faz?

Verificaram-se importantes avanços na última quinzena de anos, a nível de infraestruturas, metodologias de trabalho e competências profissionais. Contudo, permanecem preocupações, sendo de realçar o seguinte: a) na maioria das unidades mantém-se a inexistência de equipas médicas dedicadas, critério organizativo estruturante para

a melhor organização e responsabilização profissional (acreditamos que nenhum serviço ou projeto poderá ser plenamente rentabilizado sem equipa), b) numa percentagem significativa das instituições, mantém-se um critério verdadeiramente incoerente (pela dualidade de atitudes) onde nas enfermarias de internamento existe uma preocupação quase militante com os rácios de pessoal/cama e respetivas condições de trabalho, mas, na urgência, aceita-se que vale quase tudo, dessensibilizados que parece estarem muitos dos profissionais e gestores face às condições de estadia dos doentes e trabalho no serviço de urgência e, c) se bem que podem haver melhorias organizativas importantes se houver mais preocupação com a “escola” (em vez apenas da “escala”) do serviço de urgência e, se, a gestão do internamento for efetuada de forma verdadeiramente integrada com as necessidades do serviço de urgência (que frequentemente não o é), na realidade, a análise final é que, independentemente dessas questões, temos e continuaremos a ter uma realidade difícil na urgência enquanto permanecer em vigor um sistema de saúde centrado no hospital em vez de nos cuidados de saúde primários. É essencial investir nos cuidados primários, valorizando a sua capacidade de garantir a correta gestão da doença crónica e a desejável abordagem da doença aguda não emergente. Esta capacidade dos cuidados primários é fundamental se é que algum dia queremos sonhar com serviços de urgência que realmente trabalham em função da sua missão (o doente verdadeiramente urgente e emergente, missão essa plasmada em legislação há mais que uma dúzia de anos).





Que tempos de espera para consultas nas urgências são os adequados a cada categoria (cor)?

Segundo a metodologia de Manchester, o início do atendimento médico no serviço de urgência pode ser indexado ao nível da prioridade clínica relativa do doente: 0 minutos até o início da observação médica pós-triagem na situação de emergência (classificada com a cor vermelha), 10 minutos na situação muito urgente (laranja), 60 minutos na situação urgente (amarela), 120 minutos na situação pouco urgente (verde) e 240 minutos na não urgente (azul). É de realçar que estas metas são meramente indicativas (não impositivas), constituindo assim a triagem um mecanismo de acompanhamento e aferição da resposta proporcionada ao doente face à efetiva prioridade clínica. Igualmente, é de referir que o sistema se encontra cientificamente validado, inclusivamente na língua portuguesa.

E quando compara os nossos serviços de urgências a outros, da UE, como o classifica?

Quanto à gestão operacional na urgência, os sistemas de vários países partilham uma semelhança com a realidade portuguesa: overcrowding. Essa semelhança existe porque muitos sistemas partilham o mesmo problema: inexistência de um sistema de cuidados primários em proximidade com resposta cabal face às necessidades dos utentes, a custo razoável, com resposta clínica diferenciada e ajustada às necessidades. Para fins comparativos, entre um sistema menos bom e um bom, seria mais adequada a análise da realidade portuguesa versus a capacidade instalada dos países nórdicos europeus, onde existem sistemas socialmente responsáveis. Um exemplo a este propósito: recentemente, num hospital de Oslo comparável com o nosso hospital de origem (em tamanho e população abrangida), verificou-se que o hospital norueguês tinha 4 vezes menos doentes na urgência e que 90% dos quais tinham referência médica prévia (versus o hospital português com 4 vezes mais doentes e mais do que 90% destes sem referência por médico). Obviamente que a carga de trabalho e a conseqüente sobrecarga operacional é diferente. Obviamente que a grande diferença entre as realidades reside na existência, ou não, de um sistema de cuidados primários de saúde forte, como centro da organização do sistema de saúde. Assim, os sistemas que valorizam a medicina de proximidade (sobretudo dos países nórdicos) e os que permitem a maior escolha do doente (como o Francês), são claramente mais vantajosos na ótica dos resultados e no direito de opção, respectivamente, do que o português estagnado no desenvolvimento relativo dos

cuidados primários e castrado por mecanismos cegos de referência de doentes, em redes complexas e desatualizadas. No que se refere à organização clínica e à melhor gestão do risco clínico, defende-se o NHS – National Health Service britânico como pioneiro (e ainda de referência) na criação de mecanismos de implementação e auditoria de qualidade nos cuidados de saúde, também, tradicionalmente, valorizando de forma especial o médico de medicina geral e familiar.

Relativamente aos EUA, o SNS português tem uma grande vantagem sobre o sistema em vigor: é que existe um sistema, enquanto nos EUA o que se verifica é uma amálgama de sistemas (excetuando programas específicos como Medicare, dirigidos a populações específicas). Em Portugal, o cidadão paga os seus impostos (e, através da indexação da taxa de imposto ao índice remuneratório, contribui de forma ajustada e proporcional) tendo direito a ser tratado mediante encargo verdadeiramente simbólico comparativamente aos custos reais de muitas das intervenções clínicas que poderão ser equacionadas na urgência hospitalar. Nos EUA, o cidadão paga imposto e tem de pagar um seguro ou ter verdadeiras fortunas a suportar na hora da doença. Assim, o sistema português (bem como o em vigor em muitos países europeus) pode ser assumido como muito mais adequado e socialmente justo.

Diz-se que quando cerca de 41% das idas às urgências, em Portugal são falsas urgências. E adianta-se que o problema é a ineficácia dos CSP. Concorda?

A estatística entre doentes emergentes/muito urgentes/ urgentes versus os pouco urgentes/não urgentes (cerca de 60% versus 40%, respectivamente, na realidade nacional) varia entre hospitais a considerar, com diferenças marcadas entre unidades centrais polivalentes versus médico-cirúrgicas ou básicas. Mas, genericamente, pelo menos 40% das situações (considerando o presente sistema de triagem como metodologia para a aferição) efetivamente não deveriam precisar de apoio urgente hospitalar. Constatada esta realidade, não é inteiramente justo falar-se em ineficácia nos cuidados primários pois isso pressuporia que existe a capacidade instalada adequada, não se cumprindo com a resposta necessária por ineficácia. De facto, os cuidados primários (com metodologias organizativas como as unidades de saúde familiar) são cada vez mais eficazes. A questão central é que os cuidados primários ainda não são suficientemente robustos e desenvolvidos para efetivamente assumirem a centralidade devida no sistema de saúde. Há que valorizar mais os cuidados primários para se promover o reequilíbrio do sistema.

Dados recentes avançam que em Portugal, em 2014 registaram-se cerca de sete milhões de idas às urgências, o que em média é apontado como 20 mil deslocações por dia. Estes dados incomodam-no?

O utente procura resposta onde acha que tem resposta. É efetivamente um cliente e o mercado funciona. O que incomoda é que o utente está frequentemente a procurar resposta no local errado (mas que efetivamente vai dando resposta, embora deficitária face à sobrecarga operacional), sendo a culpa do sistema, não do utente. Para o utente procurar a resposta no local mais adequado, é preciso criar crescente resposta efetiva na alternativa que são os cuidados de saúde primários, comprovando ao utente que existe resposta adequada em maior proximidade no centro de saúde, o que implica capacidade de resolução clínica (por parte dos serviços) e grande investimento na informação e formação dos utentes (que precisam de ser informados e até reeducados).

Sabemos que o país está a passar por uma crise social e económico-financeira grave. Sabemos também que as pessoas mais idosas e com menos condições sociais são as que mais recorrem às urgências. Um apoio domiciliário mais abrangente poderia resolver o problema?

O apoio domiciliário é fundamental para a correta e efetiva gestão da doença crónica, importantíssimo aspeto pois uma boa parte da patologia aguda no idoso é na realidade uma descompensação e agudização de uma patologia crónica. De ponto de vista clínico e económico, cuidados domiciliários fazem todo o sentido.

Nos finais de 2014 e princípios de 2015, as urgências em Portugal fizeram várias manchetes nos jornais e muitas aberturas de telejornais, por motivos negativos. Situações de mortes (pelo menos cinco noticiadas) colocaram em causa a gestão e a eficácia destes serviços. Quer comentar?

O investimento na formação profissional é crucial para evitar a morte evitável

A morte mais dolorosa é a morte evitável (aquela que não tinha que acontecer, mas que acontece por incompetência ou disfunção, do profissional ou do sistema). Não é linear que haja morte evitável a considerar nos casos “de manchete”.

Mas, sem dúvida que, o investimento na formação e competência profissional, bem como, na correta gestão operacional das instituições, é crucial para o objetivo de evitar a morte evitável. Pelo descrito, genericamente, não nos é possível afirmar de forma comprovada que qualquer morte acontecida tenha resultado diretamente do atraso na observação clínica. O que é sem dúvida possível afirmar é que chegou a hora de reformular a organização





“ Pelo menos 40 por cento de situações (de ida às urgências) não deveria precisar de apoio na urgência hospitalar ”







dos hospitais (do serviço de urgência e da retaguarda do hospital em apoio a este), bem como, da relação destes com os cuidados de saúde primários (onde o doente não urgente, ainda que com doença aguda, deveria ser devidamente observado no centro de saúde e não no hospital) para se poder inverter o rumo da crescente dificuldade no funcionamento das urgências. De uma vez por todas, deveria haver a coragem política de prever (se necessário, impor) que o serviço de urgência disponha das adequadas condições para o cumprimento da sua missão (apoio a doentes emergentes e urgentes) e que, à semelhança do acontecido noutras realidades internacionais, possa haver reorientação em segurança de doentes não urgentes para atendimento agudo não urgente noutros locais, igualmente de acordo com a respetiva missão. Na realidade, o que falta não é apenas o reforço do serviço de urgência, é sim, a coragem de assumir que no serviço de urgência apenas devem ser observadas as verdadeiras urgências, o que permitiria descongestionar os serviços e a concretização do seu trabalho em prol daqueles que efetivamente são doentes urgentes. Considerando que cerca de 40% da casuística na urgência será inapropriada nesse local, será caso para afirmar que boa parte da solução passará pela retirada da sobrecarga sobre a urgência, medida por ventura até mais necessária do que a defesa do reforço da sua capacidade operacional com mais meios.

A falta de médicos e de enfermeiros nas urgências tem sido referenciada muitas vezes. Aliás, em alguns casos têm sido os próprios clínicos a pedirem aos doentes ou familiares para divulgarem junto da comunicação social situações de rutura dos serviços. É normal que tal aconteça, em situações pontuais, ou esta situação não pode nunca acontecer?

Se é verdade que nalgumas instâncias se verifica a escassez de meios humanos, na maioria das circunstâncias considera-se mais gritante a falta de enfermeiros nos serviços de urgência (pois um dos critérios mais importantes para a garantia da adequada gestão de risco é exatamente a relação número de enfermeiros/ número de doentes) e a falta de médicos com diferenciação (pois muitos dos médicos nas urgências são mais jovens, menos experientes e ou indiferenciados relativamente às exigências clínicas desse local). Sobre a denúncia dos profissionais, é dever deontológico dos profissionais o relato de situações respeitantes a condições inadequadas de trabalho, nomeadamente às respectivas Ordens Profissionais (a comunicação de dificuldades deve ser

efetuada junto das entidades adequadas e competentes).

Há quem refira que a forma como a organização das urgências está equacionada não possibilita um trabalho correto e mais harmonioso. Há picos de entradas e, como tal, isso deve ser tido em consideração, quer quanto ao número de profissionais clínicos quer mesmo do restante pessoal de apoio. Pensa que a situação passa por aí?

É legítimo que se opte pelo reforço e ajustamento da composição das equipas de urgência face à casuística verificada. Existem hospitais que assim o fazem, adaptando a equipa conforme o dia da semana (por exemplo, reforçando a equipa à segunda-feira) e no turno da tarde / início da noite (quando habitualmente existe maior movimento). Nada impede outras unidades de procederem com o ajuste e reformulação das equipas de trabalho de forma a melhor ajustar a oferta à demanda.

Que medidas deveriam ser tomadas para melhorar os dramas que têm sido reportados?

Em boa verdade, muitas das medidas necessárias já foram repetidamente sistematizadas, seja em documentação interna do Ministério da Saúde (por exemplo, Recomendações para a Organização do Serviço de Urgência, proposta pela CTAPRU - Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Reforma das Urgências, documentação essa nunca adequadamente divulgada) ou mesmo em legislação já publicada (que, mais recentemente, verte muito do proposto pela CNRREU – Comissão Nacional para a Reavaliação Rede de Emergência e Urgência). Não é preciso escrever de novo o que está escrito. É preciso sim avançar com a implementação do descrito, até em Diário da República (que não se transcreve por se encontrar facilmente acessível no já publicado, mas ainda não cumprido). ■

Entrevista **Marina Caldas**
Fotografia **Marina Rei**

Quem é...

O que significa para si Portugal?

Não tendo sido criado em Portugal, adotei-o como país. É uma terra à beira mar que soube conquistar mundos, com um povo que demonstra resiliência e capacidade de adaptação (e improvisação) perante a adversidade, mas carece da capacidade organizativa e analítica anglo-saxónica, que muito admiro.

Em férias prefere praia ou campo?

A família prefere a praia, eu não prefiro nem a praia nem o campo, sendo por natureza um amante das grandes cidades europeias e americanas.

Qual a palavra que melhor o define?

Workaholic

A maior alegria da sua vida foi...

Os meus filhos.

Sem o que é que não passa todos os dias?

Ler, devorar as páginas de um livro (com folhas para dobrar, não a tela de um computador) é algo viciante.

Qual o seu clube desportivo?

FC Porto, de forma enfática, sem qualquer margem para a dúvida ou discussão, mas por afinidade com a cidade do Porto, não por um fanatismo religioso em torno do desporto.

Que estilo de música, e cantor, ouve quando esta triste?

A única música que agrada, seja qual for o humor, passa pelo metal, rock e rhythm and blues, sem mais nem menos, com orgulho na preferência, controversa que uma parte possa ser.

E quando está alegre?

Quando alegre, a música foge cada vez mais para aquela com forte pendor (e grito) da guitarra elétrica.

Prefere o doce ou o salgado?

O salgado, o picante e até o azedo (com a lima como um dos frutos favoritos).

Quando tem horas vagas, o que mais gosta de fazer?

Descansar, simplesmente descansar de tanto se ter sempre para fazer... que já não se quer (ou apetece) fazer mais quando se tem tempo aparentemente vago.

CV

Presentemente

Médico, Chefe de Serviço de Anestesiologia

Diretor do Centro Materno-Infantil Norte, do Centro Hospitalar do Porto

Professor Associado no Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

Membro da Direção do Grupo Português de Triagem

No passado

Diretor do Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência, do Centro Hospitalar do Porto

Diretor do Serviço de Urgência do Hospital de Santo António, no Porto

Diretor dos Serviços Médicos do Instituto Nacional e Emergência Médica

Membro da Direção do Colégio da Especialidade de Anestesiologia, da Ordem dos Médicos

Membro da Direção do Colégio da Competência em Emergência Médica, da Ordem dos Médicos

“A falta de médicos do SNS deve ser resultado da degradação das condições de trabalho”

ALBERTO AMARAL

Professor

Verificou-se na década de 1970 que existia uma enorme procura em relação ao curso de Medicina, muito da qual se devia ao prestígio social deste tipo de formação. Por exemplo, só na Faculdade de Medicina do Porto tinham entrado, num ano, mais de 1000 alunos o que era insustentável para os recursos de ensino existentes, nomeadamente a nível hospitalar. A solução encontrada para o problema foi a de limitar o acesso criando um sistema de *numerus clausus*. Isso permitiu controlar as entradas em Medicina, sendo em 1979 o *numerus clausus* global igual a 805 vagas.

No entanto, a forma como foi feita a gestão das vagas dos cursos de Medicina não obedeceu a nenhum planeamento entre os Ministérios da Educação e da Saúde, o que provocou uma situação de crise no final dos anos 1990. Na verdade, o número total de entradas foi sendo reduzido de forma significativa nos anos a seguir a 1974, havendo mesmo um espantoso mínimo de 190 novos alunos em todo o país em 1986. Verificou-se, posteriormente, um crescimento muito lento até 1999, mas sem repor os valores iniciais. Em 1999/2000, o *numerus clausus* global era de apenas 566, correspondendo a 70% do valor de 1979. Isto significa que se o *numerus clausus* global se tivesse mantido igual ao de 1979, no período de 20 anos até 1999 ter-se-iam formado mais cerca de 7000 médicos e seria evitada a crise que se veio a verificar.

No final dos anos 1990 começou a haver a noção de que a falta de médicos seria uma realidade (o que não teria acontecido caso não tivesse havido a redução absurda do *numerus clausus* durante demasiado tempo). E esta realidade apareceu associada a dois problemas adicionais. O primeiro era o da aposentação previsível de um grande número de médicos entre 2000 e 2020 (mais de 11000, ou seja, cerca de 50% do total dos efetivos do SNS, dos quais a maior parte dos clínicos gerais), com um pico entre 2015 e 2020, correspondendo ao enorme fluxo de entradas dos anos 1970. O segundo era o da lentidão



dos efeitos de uma alteração do *numerus clausus*; com 6 anos de curso e um longo período de internato, uma alteração do número de vagas de entrada só iria produzir efeito no acréscimo do número de novos médicos 10 a 11 anos depois. O que torna as questões da continuidade do planeamento e monitorização fundamentais.

Para resolver o problema da falta de médicos foi implementado um programa especial para medicina, o qual levou à criação de novos cursos na Universidade do Minho e na Universidade da Beira Interior e, posteriormente, nas Universidades do Algarve e de Aveiro, sendo ainda criados cursos preparatórios de Medicina na Madeira e nos Açores e aumentados progressivamente os *numeri clausi* nas faculdades já existentes. O programa foi acompanhado por contratos de financiamento destinados a permitir a ampliação e renovação das instalações existentes e a construção de novas escolas. Os efeitos positivos deste programa foram notáveis, como se mostra pela análise da tabela seguinte que apresenta o número de diplomados em medicina nos últimos 10 anos.

O quadro mostra uma subida notável do número de médicos formados, o qual, entre 2004 e 2013, aumentou mais de 100%. E será difícil ultrapassar muito este número

“Outra causa para a falta de médicos no Serviço Nacional de Saúde resulta da grande dificuldade em encontrar emprego”

sem quebra significativa da qualidade, uma vez que os lugares disponíveis para internato já estão, aparentemente, saturados. Além disso, estão em formação no estrangeiro (por exemplo em Espanha, República Checa, etc.) números muito significativos de médicos. É, ainda, interessante verificar que só nestes 10 anos se formaram 11029 novos médicos, o que compensa, praticamente, o total das aposentações previstas entre 2000 e 2020. Além disso, mantendo os níveis atuais de entradas nas faculdades de medicina, serão formados mais cerca de 10000 médicos entre 2014 e 2020. Estes números mostram que o sistema de ensino está a produzir diplomados mais do que suficientes para responder às necessidades dos serviços de saúde e esse número será mesmo excessivo em circunstâncias normais. E o mesmo se verifica quanto a outras profissões na área da saúde. Por exemplo, em 2013 formaram-se cerca de 2500 novos enfermeiros.

Então porque faltam profissionais? Se o sistema de ensino superior está a produzir novos diplomados em medicina em quantidades mais do que suficientes, então a causa estará, certamente, em outros fatores, como sejam os problemas relacionados com a dificuldade da sua inserção no mercado de trabalho e/ou com as alterações verificadas neste mesmo mercado de trabalho nos últimos anos.

Na minha opinião, uma das causas para a presente falta de médicos no Serviço Nacional de Saúde deve ser resultado da degradação das condições de trabalho dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, a qual se tem traduzido numa erosão das remunerações e, talvez pior ainda, num clima de perseguição ao funcionário público muitas vezes apresentado, em conjunto com os reformados, como uma das grandes causas dos males deste país. Nos últimos três anos temos assistido a uma redução significativa do número de funcionários públicos, isto num país em que, à data do início da intervenção da troika, o emprego público era da ordem de 11% do total quando a média europeia era de 15%. Uma parte significativa dessa redução tem sido conseguida pelas aposentações antecipadas e, por isso, não admira que os profissionais de medicina tenham optado por essa via como uma forma de porem termo a uma situação de condições de trabalho cada vez mais degradadas, o que se traduziu numa grande antecipação das reformas em relação aos períodos previstos. Outros têm optado por abandonar o Serviço Nacional de Saúde para ingressar no setor privado, ou preferiram, em alternativa, a via da emigração, em geral em condições de remuneração bem mais favoráveis do que as oferecidas em Portugal.

Uma segunda causa para a falta de médicos no Serviço

Nacional de Saúde, apesar da existência de um grande número de diplomados em Medicina que cada ano sai das universidades, resulta da grande dificuldade em encontrar emprego face às restrições de contratação de pessoal pelas unidades públicas de prestação de cuidados de saúde. Há informações inquietantes de que todos os anos estão a emigrar centenas de jovens médicos por falta de emprego condigno e/ou condições dignas de trabalho. E saem deixando graves lacunas nos quadros do Serviço Nacional de Saúde, indo trabalhar para países que os recebem de braços abertos, aproveitando um investimento em recursos humanos que Portugal tem vindo a fazer com os impostos pagos por todos nós e que depois não sabe ou não quer rentabilizar.

A causa deste novo problema de escassez de médicos tem, portanto, razões muito diferentes das da crise anterior. Não se trata agora da falta de novos diplomados em medicina mas da falta de condições de atratividade do mercado de trabalho. E, num mundo em que cada vez mais se verifica um aumento de uma procura global por profissionais altamente especializados em áreas estratégicas, e em que se erige o mercado como o novo regulador das políticas públicas, a resposta só pode ser uma: a melhoria das condições de trabalho para garantir a atratividade do Serviço Nacional de Saúde o que passará, certamente, pela oferta de salários e condições de trabalho condignos.

O que se passa hoje em Portugal tem paralelo com o que aconteceu em Inglaterra nos governos de Margaret Thatcher. Para fazer passar junto da opinião pública a implementação de políticas de privatização, ao mesmo tempo que se ia degradando, paulatinamente, a qualidade dos serviços públicos, foram utilizadas o que se chamou de “políticas de culpabilização”, segundo as quais se apontavam como culpados do mau funcionamento dos serviços diversos agentes – os funcionários públicos, os médicos, os professores.

Na minha opinião, os problemas não podem ser resolvidos sem uma inversão destas políticas. Não consigo, por exemplo, compreender que as unidades de saúde públicas sejam forçadas a recorrer a empresas de prestação de serviços para assegurar as urgências hospitalares (estas empresas recrutam em geral médicos de família pouco qualificados para o trabalho nas urgências), em vez de poderem contratar os profissionais necessários. Não é sensato aceitar que profissionais altamente qualificados, cuja formação custou verbas muito significativas ao país, sejam oferecidos como se fossem trabalhadores sem qualquer qualificação, pagos à hora (e mal) e sem qualquer garantia de emprego compatível com o seu longo período de formação. ■

INVESTIGAÇÃO

O IMPACTO DA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NA QUALIDADE ASSISTENCIAL DOS HOSPITAIS

Isabel Boaventura

O investimento em investigação clínica (IC) tem sido associado a melhores resultados em saúde das instituições. As evidências disponíveis indicam que as instituições especialmente comprometidas com a IC de fármacos, dispositivos médicos ou práticas médico/cirúrgicas, têm melhores resultados em saúde, os quais não se limitam aos benefícios para os indivíduos directamente envolvidos na investigação, mas sim a toda a população abrangida pela instituição. Na realidade, a prática clínica assistencial pode beneficiar dos recursos ou equipamentos atribuídos aos projectos, como por exemplo, a utilização das infraestruturas bem como a aplicação sistemática dos conhecimentos e competências adquiridos pelos profissionais de saúde enquanto investigadores. Por outro lado, os profissionais de saúde das instituições com maior actividade de investigação tendem a aderir mais facilmente a normas de actuação clínica e a aplicar mais precocemente a evidência científica à prática clínica. A avaliação do impacto da IC nos resultados em saúde em termos de sobrevivência global e qualidade de vida é, obviamente, complexa devido à multiplicidade de factores que condicionam esta medição. Contudo, quer os decisores políticos, quer a sociedade civil têm vindo a debater amplamente o tema e têm-se assistido a um crescente financiamento público e privado nos anos mais recentes.

Em Portugal, apesar da excelente capacidade científica e assistencial dos profissionais de saúde, a IC, quer de iniciativa do investigador, quer patrocinada pela indústria farmacêutica (IF) é baixa. Na realidade, Portugal tem perdido capacidade para atrair ensaios clínicos (EC) sendo a taxa de EC por milhão de habitantes das mais baixas da Europa Ocidental. Para além do contributo para o conhecimento científico e demonstração de

evidências robustas com impacto nas decisões clínicas, não podemos ignorar que a atividade de EC possui um efeito multiplicador na economia significativo, estimando-se que tenham representado em 2012 cerca de 76 milhões de impacto no VAB e gerado cerca de 1.000 postos de trabalho directos.

Outros países europeus tem vindo a implementar medidas para a dinamização de um ambiente propício à IC e captação de EC da IF e, simultaneamente, monitorizar a eficiência das mesmas. Destacamos o UK National Institute for Health Research (NIHR) Clinical Research Network o qual, para além do financiamento pelo Department of Health com o intuito de desenvolver um portfolio de IC de alta qualidade, definiu objectivos a atingir em relação ao incremento de doentes, novos estudos e novos centros para possibilitar a um maior número de doentes a oportunidade de participar em investigação. Anualmente, o NIHR publica os relatórios que ilustram a evolução do desempenho e resultados face aos compromissos, quer para a globalidade dos estudos, quer para os “comerciais” e identifica acções para colmatar lacunas. O mote desta entidade é ilustrativo do compromisso nacional: “Delivering research to make patients, and the NHS, better”.

Existem modelos de sucesso de IC em Portugal que é premente replicar. Reconhecendo as vantagens científicas e económicas na dinamização da IC, o Governo publicou a Lei n.º 21/2014 aplicável a todas as áreas da IC. Contudo, independentemente do quadro legislativo, haverá ainda um conjunto de acções em que todos os parceiros são chamados a participar. Como explica, na seguinte entrevista, Fernando Leal da Costa, Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

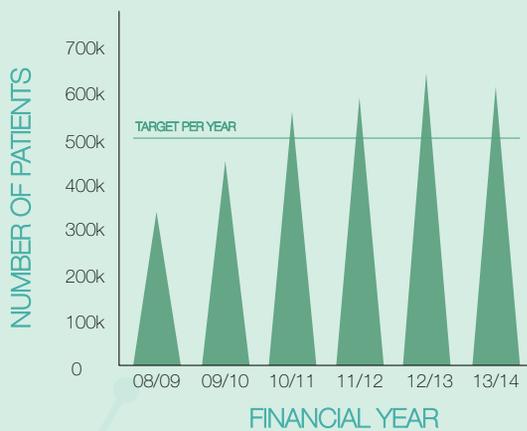
“A avaliação do impacto da IC nos resultados em saúde em termos de sobrevivência global e qualidade de vida é, obviamente, complexa devido à multiplicidade de factores que condicionam esta medição.”

¹ http://annonc.oxfordjournals.org/content/22/Suppl_7/vii2.full, acesso 21-01-15

² <http://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/EstudoInvestig.Clinica%20em%20Portugal.%20jun.2013.vf.pdf>, acesso 21-01-15

³ <http://www.cm.nihr.ac.uk/about-cm/our-performance/key-statistics-2/>, ; [15http://www.cm.nihr.ac.uk/wpcontent/uploads/About%20the%20CRN/Key%20stats%20%20commercial%20contract%20studies%200614%20FV.pdf](http://www.cm.nihr.ac.uk/wpcontent/uploads/About%20the%20CRN/Key%20stats%20%20commercial%20contract%20studies%200614%20FV.pdf), acesso 17-01-15

ESTUDO CLÍNICO : TOTAL



Pergunta (P)-Porque alterou a legislação sobre ensaios clínicos?

Fernando Leal da Costa (FLC) - Porque a legislação que tínhamos versava só investigação com medicamentos, estava dispersa por muitos diplomas e era pouco facilitadora e com, prazos excessivos para a avaliação e aprovação dos estudos. A mudança, deve reconhecer-se, surgiu pela nossa vontade mas também pelo impulso que organizações como o Health Cluster e a APIFARMA nos deram e que muito agradecemos.

A lei não muda comportamentos. Cria oportunidades e, espero bem, remove obstáculos ao mesmo tempo que estimula os interessados a fazerem mais investigação.

P - O que deve Portugal fazer para aumentar a sua competitividade e atrair estudos para o desenvolvimento de medicamentos (incluindo os estudos da iniciativa do investigador)?

FLC - Já temos um mecanismo de financiamento público, através de um fundo para investigação que inaugurámos este ano. Temos algumas bolsas, essencialmente do setor privado e há, não esquecer, os fundos comunitários que têm de ser usados. Vamos lançar um programa específico para investigação médica avançada, em conjunto com o MEC, que vai revolucionar o quadro atual. Tanto o Fundo de Investigação como Programa Avançado de Investigação Médica estão abertos a contribuições de privados que serão muito bem-vindas e bem empregues.

P - A criação de infraestruturas de apoio à investigação clínica poderá colocar em risco os recursos dedicados à atividade assistencial?

FLC - Bem pelo contrário. Sempre que há investigação, em especial se ela for orientada e organizada no sentido da produção de resultados clínicos representativos e cientificamente úteis, dentro dos limites éticos universalmente aceites, a atividade assistencial melhora muito. Melhora em termos de qualidade, de segurança

e de resultados, mesmo que a resposta da investigação possa contrariar a hipótese em estudo. Para já não falar na reputação institucional que passa a ser reconhecida, pelas publicações produzidas e pela exposição pública que deve ser internacional.

P - Que incentivos faltam para que as instituições motivem elas próprias os seus profissionais de saúde para a investigação?

FLC - Penso que, para lá do que já fizemos na revisão da avaliação nas carreiras médicas, é preciso que os incentivos obtidos pela instituição cheguem aos investigadores. Temos um sistema de remuneração dos profissionais de saúde que ainda está presa de um modelo funcionalizado, anti-criativo e pouco discriminatório entre as pessoas. Muitas vezes pagamos salário igual por trabalho que, em boa verdade, é diferente. O pay for performance que tem vindo a crescer nos cuidados primários vai ter de chegar aos hospitais e, isso vai impor uma integração e valorização da investigação produzida.

P - Considera útil ou viável, em Portugal, a definição e comunicação de objectivos e métricas de desempenho a nível nacional ou supra institucional como forma de dinamizar a investigação clínica?

FLC - Mais do que útil, é essencial. Em termos individuais, no que à carreira médica diz respeito, a produção de investigação tem vindo a ter um peso crescente na avaliação nos concursos. Temos de criar um sistema em que a investigação também tenha um valor mensurável e uma contrapartida financeira que não seja só a que resulte dos pagamentos feitos pela entidade promotora. A realização de ensaios que respondam a necessidades comerciais dos fabricantes de tecnologia, medicamentos ou outra, deve ser uma forma de financiamento que a instituições públicas de saúde devem procurar. Mas dá trabalho, impõe rigor, saber e disciplina. Mas há oportunidades em que a qualidade dos portugueses tem de fazer a diferença. ■

HEPATITE C

HEPATITE C: A CURA ASSENTA NA INOVAÇÃO

Há 30 anos atrás a hepatite C aparecia sem nome e por falta de dados concretos e clínicos esta patologia, no início, foi designada por hepatite “não-A” e “não-B”. Muitos dos clínicos que hoje tratam a doença, estavam nos princípios das suas carreiras e foram “crescendo” com a evolução da mesma. Em três décadas a mudança na forma de abordagem e de tratamento da doença foi radical. Do desconhecimento até à cura.

E se esta mudança é motivo de regozijo para doentes, familiares e profissionais de saúde, não deixa de ser também motivo de preocupação para quem gere a saúde em todo o mundo.

Os custos da patologia e do conseqüente tratamento e cura trouxeram muitas dores de cabeça a quem toma decisões, políticas e sociais. Portugal, neste processo, não foi diferente; pelo contrário. A primeira fase do tratamento da hepatite C aconteceu com a terapêutica dupla, com interferão e ribavirina. Apesar dos terríveis efeitos secundários, uma percentagem de doentes (cerca de 15 %) conseguia curar-se, mas a verdade é que muitos dos infetados não resistiam aos dramas da doença e mesmo aos tratamentos.

Recentemente, a esperança apareceu quando entrou no mercado o tratamento triplo para a patologia. Com a possibilidade de cura de 80 por cento dos doentes surge a questão do preço do medicamento. As negociações arrastaram-se por tempo demasiado, na tentativa de ser ajustado um preço “ajustado” à realidade do país.

Durante esse período o Ministério da Saúde e os laboratórios da indústria farmacêutica, responsáveis pelos medicamentos em questão, reuniram-se consecutivamente sem uma resposta concreta que possibilitasse a disponibilização do fármaco aos doentes mais graves, em tempo útil. O arrastar das

negociações levou a que o preço do fármaco baixasse consideravelmente.

Nesta altura, entrava já no mercado internacional a nova terapêutica oral que curava mais, em menos tempo e com menos efeitos adversos. O processo negocial com o Ministério da Saúde, com vista à definição do preço “justo” prolongou-se, novamente, no tempo, com danos colaterais para os doentes com necessidade urgente da nova terapêutica, tendo muitos destes já passado por todos os tratamentos disponíveis.

Finalmente, no início de fevereiro do ano em curso o acordo foi conseguido, com um preço sustentável para o SNS e que permitirá tratar entre 10 a 13 mil doentes em dois anos.

Mudança de atitude

Em todo este processo é interessante referir a postura e a atitude dos doentes.

Em 2011, poucos eram os infetados com hepatite C a dar a cara em nome da patologia, devido a esta estar conotada com vários submundos e o estigma e o medo estarem muito presentes em todo o processo.

A SOS Hepatites, associação de doentes, foi sem dúvida a grande promotora da divulgação dos problemas associados à patologia, estando a fazer um trabalho meritório pela prevenção das doenças do fígado, assim como na luta pelo acesso aos medicamentos.

Emília Rodrigues, presidente da SOS Hepatites, conseguiu ganhar a confiança dos doentes, fazendo com que a presença destes, ao nível dos media, passasse a ser real sempre que tal é necessário. A campanha realizada pela SOS Hepatites na RTP, durante semanas, envolvendo médicos e figuras





Marina Caldas • Carlos Pereira Alves • Maria de Belém

públicas e as duas campanhas realizadas na TSF, com a presença de clínicos, foi fundamental para ajudar a passar as mensagens que eram importantes para retirar o estigma sobre a doença. Para Emília Rodrigues “a batalha pelo acesso à inovação está a ser ganha, mas falta ganhar a luta contra a doença e, neste caso, a aposta da SOS Hepatites para os próximos tempos vai ser pela prevenção, fazendo o trabalho que o Estado português não tem feito”.

O papel do financiamento

A infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) está associada a uma significativa e crescente morbilidade, mortalidade e peso económico. A hepatite C afeta entre 170 a 200 milhões de pessoas, 3% da população mundial. Em Portugal, estima-se que o número de infetados seja de cerca de 100 mil, provocando um número aproximado de mil mortes por ano (Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, 2015).¹

As novas terapêuticas aprovadas pela Comissão Europeia, representam um avanço significativo em relação às atualmente aprovadas, proporcionando a oportunidade de cura de um maior número de doentes

e torna possível a redução substancial do impacto clínico, económico e social da HCC.

O financiamento tem um papel central na prossecução destes resultados em saúde, devendo a contratualização ter como finalidade última, não apenas assegurar o necessário financiamento público dos prestadores, mas eliminar o hiato entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável desta população sendo fundamental garantir equidade no acesso aos cidadãos. Desta forma, é essencial que se discuta o financiamento e contratualização da hepatite C com o objetivo de obter os resultados em saúde já projetados.

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) esteve, desde sempre, atenta a esta realidade e acompanhou de perto a evolução do processo, tendo por isso, com vista a uma reflexão séria sobre esta temática, realizado em novembro de 2014 no seu 5.º Congresso Internacional dos Hospitais o Workshop subordinado ao tema “Financiamento e Contratualização da Hepatite C”, organizado conjuntamente pela Gilead Sciences, Lda. e a APDH, no Auditório do INFARMED. Contámos com a presença de alguns ilustres convidados e peritos na temática,



Agência de Medicamento dos EUA (FDA) aprova o novo medicamento, SOFOSBUVR

16 JANEIRO
2014

SUSANA TEXEIRA, doente com hepatite C apela na televisão “Por favor não me deixem morrer, sem tratamento”

ABRIL
2014

SOS Hepatites assinala o DIA MUNDIAL DAS HEPATITES na Praia do Castelo como objetivo a prevenção, diagnóstico e tratamento

28 JULHO
2014

2º Congresso SOS HEPATITES - “Fígado: entre a doença crónica e a cura”

29 NOVEMBRO
2014

HEPATITE C
DATAS

2014
10 JANEIRO
BOCEPREVIR é aprovado em Portugal

2014
22 JANEIRO
SOFOSBUVR entra no Infarmed para ser aprovado

2014
19 MAIO
1º WORKSHOP “A Sociedade civil e as Doenças do Fígado”

2014
27 NOVEMBRO
SUSANA TEXEIRA morre durante transplante de fígado após meses de luta e de ter conseguido tratamento

2015
06 FEVEREIRO
Após um ano de luta o SOFOSBUVR é aprovado e a Gilead oferece 100 tratamentos.

HEPATITE C

nomeadamente Maria de Belém Roseira (deputada, Assembleia da República), Jorge Félix (diretor da Exigo), Francisco Antunes (Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina de Lisboa), Marta Temido (presidente da APAH) e, na moderação, Maria Caldas (responsável de comunicação na área da saúde).

Hepatite C. Doença curável, mas poucos doentes tratados - Barreiras aos cuidados de saúde

Francisco Antunes, Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina de Lisboa

A infeção por VHC representa a principal indicação para transplante hepático a nível mundial. Na Europa, Portugal é o País com uma das prevalências mais elevadas de infeção por VHC (1,5% na população em geral), semelhante à da Espanha e só suplantada pela Suíça. Na Europa, apenas 3,5% dos portadores crónicos de VHC foram tratados. Em Portugal, até 2011, 1.200 doentes com HCC foram tratados e foram registados 51 transplantados.

Durante cerca de 20 anos (1991-2011) o tratamento da HCC fundamentou-se na utilização, em 1991, de interferão injetável (com efeito antivírico não específico) com uma taxa de resposta muito baixa (6-16%) e, mais tarde (1998-2011), com a associação de ribavirina ao interferão peguilado, a taxa de resposta melhorou para 34-42%. No entanto, o tratamento com interferão tinha que se prolongar por 48 semanas e

estava associado a numerosos efeitos colaterais, que condicionavam a sua eficácia e a adesão ao tratamento. Os estudos de seguimento destes doentes, ao longo do tempo, comprovaram que as taxas de resposta correspondiam, em quase todos eles, à erradicação do vírus, isto é representavam, efectivamente, uma cura, com diminuição do risco das complicações hepáticas, incluindo o cancro do fígado e a morte.

O melhor conhecimento das características de VHC permitiu enfrentar o desafio de identificar regimes terapêuticos mais eficazes, mais curtos e com melhor perfil de tolerabilidade.

Assim se chegou, em 2011, ao tratamento da HCC com dois antivíricos de ação direta (AAD), mas apenas para um dos genótipos (o genótipo 1) do vírus e em associação com interferão e ribavirina, com efeitos colaterais adicionais. Apesar da maior eficácia alcançada com a terapêutica tripla (interferão peguilado, ribavirina e AAD) em cerca de metade do tempo, para além da toxicidade adicional, principalmente a anemia, a complexidade do tratamento é maior, pelo número acrescido de comprimidos, pelas interações medicamentosas e, ainda, pelo risco de resistências. Assim, a disponibilidade destes AAD de 1ª geração não modificou, significativamente, o risco-benefício da terapêutica dupla (efeitos colaterais acrescidos, sem acentuado acréscimo de eficácia nos doentes cirróticos e o referido risco de resistência aos AAD), para além de ser eficaz, apenas, para o genótipo 1.

Francisco Antunes



Em 2014, foram aprovados AAD de 2ª geração, com vantagens para o tratamento da HCC, em regimes livres de interferão, utilizando combinações destes AAD com ou sem ribavirina, mais potentes (eficácia superior a 90%), com melhor perfil de tolerabilidade, com tempo de tratamento reduzido (12-24 semanas) e com acção sobre, praticamente, todo o tipo de genótipos.

Apesar dos avanços na terapêutica da HCC, com maior eficácia e simplificação com os AAD de 2ª geração, ainda permanecem barreiras ao acesso ao tratamento da hepatite C – os custos elevados destes novos antiviricos e o insuficiente compromisso político.

Fragmentação e subfinanciamento dos serviços de saúde pública

- Sistemas de saúde que não se posicionam para melhorar o conhecimento, prevenção, diagnóstico e tratamento da hepatite C potenciam a progressão desta doença silenciosa e silenciada.

Maior acessibilidade à terapêutica tem custos. Qual é o custo para o País?

- Melhorando o diagnóstico e o tratamento da hepatite C tem custos elevados, mas pode evitar mais casos de doença e mortes por cirrose hepática e carcinoma hepatocelular, que com a projecção para

um aumento substancial nos próximos anos terá custos acrescidos para os doentes, para a sociedade e para o país.

Hepatite C crónica. Aspectos económicos e financeiros

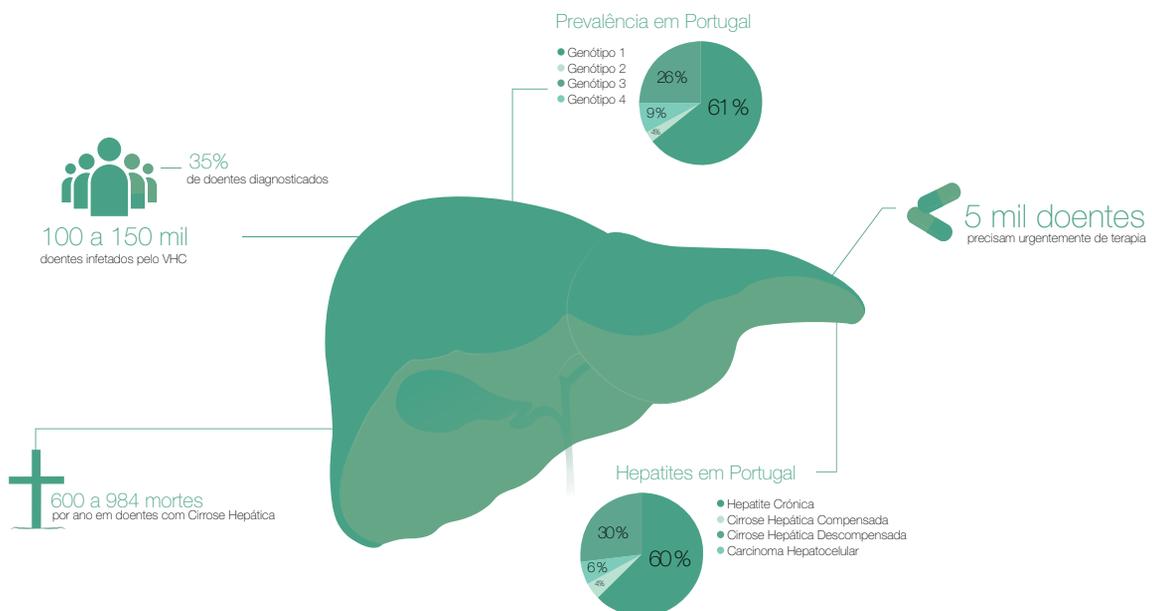
Jorge Félix, Diretor da Exigo

A Hepatite C crónica é um problema de saúde pública global que, segundo a OMS, é responsável por 455 mil mortes por ano.

Em Portugal estima-se que aproximadamente 1.600 dos doentes infetados com a hepatite C crónica têm necessidade de tratamento urgente de modo a evitar a progressão e as consequências nefastas relacionadas com os estádios mais avançados da doença, nomeadamente a cirrose hepática descompensada, o carcinoma hepatocelular, e a necessidade de transplante de fígado. Cerca de 36% dos doentes seguidos em consulta da especialidade apresentam cirrose. A infeção pelo vírus da hepatite C em Portugal foi responsável pela perda prematura de 7.000 anos de vida no ano de 2012.

Os custos directos relacionados com o tratamento das consequências da hepatite C em Portugal ascendem

HEPATITE C: NÚMEROS



100 novos casos de VHC por dia

HEPATITE C

➤ a 70 milhões de euros por ano. Face à evolução prolongada desta doença os próximos anos poderão trazer um aumento substancial desta fatura.

Um estudo recente com horizonte até 2030 estimou que os custos diretos de tratamento da hepatite C em Portugal poderão ascender a 2,1 mil milhões de euros, dos quais 80% devido a doença hepática avançada, logo evitáveis.

Sem alteração do paradigma actual de gestão desta doença, o número anual de casos de cirrose compensada e descompensada, carcinoma hepatocelular e mortes aumentará significativamente. No que diz respeito aos transplantes hepáticos, a sua evolução adensará ainda mais o problema actual das listas de espera.

Assim, do ponto de vista da intervenção pública, justifica-se uma atenção especial à problemática da hepatite C em Portugal, e em particular o acesso adequado às novas opções terapêuticas. Os regimes terapêuticos compostos por sofosbuvir induzem taxas de resposta virológica sustentada na ordem dos 90 a 95%, o que configura uma eficácia sem precedentes no tratamento da hepatite C. A incorporação progressiva destes regimes terapêuticos em Portugal pode ter um impacto pronunciado na saúde pública, evitando-se

458 transplantes hepáticos e 8 526 mortes prematuras relacionados com o vírus da hepatite C.

Vários estudos de avaliação económica demonstraram que os regimes terapêuticos compostos por sofosbuvir são uma aplicação muito eficiente dos recursos públicos, pelo que urge definir um modelo de financiamento e contratualização apropriado à realidade presente e futura da hepatite C em Portugal, de modo a eliminar o hiato entre o estado de saúde actual e o estado de saúde desejável desta população.

Reflexão

Este workshop procurou discutir a importância da infeção pelo vírus da VHC, explorando os desafios e oportunidades no contexto do financiamento e contratualização.

A base de partida para a mesma assentou no reconhecimento do subdiagnóstico, e da mortalidade e morbidade crescente, bem como da complexidade da evolução do prognóstico da patologia e a incapacidade das estruturas de saúde para responder a esse desafio traduzido em necessidades.

Da discussão resultou igualmente a constatação da

Jorge Félix





Carlos Pereira Alves • Maria de Belém

necessidade de definição dos critérios de acesso para a distribuição de recursos escassos, da necessidade de perspetivar o impacto significativo da inovação e das novas terapêuticas sobre a utilização de recursos e os resultados em saúde numa visão de longo prazo.

Foi, ainda, salientado o risco de afunilar e reduzir o pensamento sobre a gestão de uma doença ao acesso a um fármaco, devendo estar o principal enfoque sobre a prevenção, o diagnóstico precoce e a quebra do ciclo de infeção.

Por último, teve lugar uma reflexão sobre o posicionamento dos sistemas de saúde para melhorar o conhecimento, prevenção e tratamento, bem como a responsabilidade social, literacia de cidadania e de saúde e da disponibilidade não só dos beneficiários diretos, mas também da sociedade em geral para pagar pela saúde.

Resultaram algumas propostas para melhorar a atual gestão do contexto dos recursos e dos desafios,

nomeadamente:

- A criação de um fundo para a inovação, a partir de uma verba específica dos jogos sociais, permitindo que os doentes portugueses, em geral, não deixem de ter acesso à inovação sempre que tal seja necessário (proposta defendida pela deputada e ex-ministra da Saúde, Maria de Belém Roseira);
- Um modelo de financiamento (pacote) associado a uma avaliação rigorosa do seu impacto. ■

¹ Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia - Hepatite C – Novas Realidades, Novos Horizontes. In reunião sobre hepatite C, 31 de janeiro 2015. Guimarães. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/hepatite+c.htm>.

BOAS PRÁTICAS

PRÉMIOS APDH

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar promove desde 2006 a realização do Prémio Boas Práticas em Saúde, sob o patrocínio da Direção-Geral da Saúde, com os objetivos primordiais de distinguir o trabalho dos profissionais, das equipas e dos serviços de saúde, que contribuem empenhadamente para a melhoria dos resultados em saúde, nas vertentes equidade, efetividade e eficiência, e de influenciar a replicação das boas práticas reconhecidas e galardoadas.

Este empreendimento envolve também a colaboração tutelar dos institutos públicos da Administração Central do Sistema de Saúde e Administrações Regionais de Saúde e os serviços centrais de saúde das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

A edição do ano de 2014 do Prémio de Boas Práticas em Saúde (PBPS), pretendeu, como sempre, acompanhar os desafios que se colocam à gestão e disponibilização de cuidados de saúde e, por esse motivo a 8ª edição centrou-se no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 especificamente em três dos seus eixos estratégicos: cidadania em saúde, acesso e equidade em saúde e políticas saudáveis. O projeto “Anatomia patológica digital no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (CHCB)”, o qual tem como responsável Rosa Maria Tomé venceu o 1º prémio da edição do ano transato. Este projeto tem como principal objetivo proporcionar um aumento significativo do acesso

da população do interior a médicos especialistas, reduzindo o tempo de diagnóstico e aumentando a eficiência/qualidade do processo. O projeto baseia-se na interação de vários hardwares/software em uma plataforma de Gestão Global (SISPAT) de todos os dados e imagens gerados no laboratório de anatomia patológica, permitindo a aquisição, gestão, visualização e análise de todas as etapas do exame, da entrada no serviço à saída do diagnóstico. As análises anatomopatológicas realizadas por técnicos qualificados/especializados do CHCB são feitas sob a orientação direta de um anatomopatologista à distância, sendo à posteriori enviada a imagem digital da lâmina para o IPATIMUP. Assim que os diagnósticos são definidos, são expedidos do SISPAT informaticamente para o processo dos doentes, ficando visíveis para todos os médicos que precisem de aceder.

Na edição de 2013 o 1º prémio foi atribuído ao projeto “Uma abordagem conjunta da doença nos concelhos de Amadora e Sintra”, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca e ACES Amadora, Cacém-Queluz, Algueirão Rio de Mouro e Sintra-Mafra. O projeto, que tem como responsável Maria Teresa Maia, visa repensar e reorganizar a articulação dos dois níveis de cuidados (Cuidados de Saúde Primários e Secundários), de acordo com o Plano Nacional de Saúde, ultrapassando constrangimentos existentes e caminhando na procura de melhores cuidados de saúde, a par da melhor eficiência. ■



Adelaide Brissos, coordenadora do PBPS e Ana Escoval, presidente da direção da APDH com os representantes dos projetos e posters vencedores da edição de 2014

“Onde persiste a inércia, não persistirá a vida”



GUILHERME MACEDO

Professor e Médico

Novas opções terapêuticas em determinadas áreas podem constituir uma verdadeira quebra com práticas do passado. Esquemas de tratamento, progressão das doenças e características epidemiológicas podem ser absolutamente revolucionadas quando surge uma opção terapêutica que muda radicalmente o curso natural da evolução da doença.

São casos que justificam repensar todo o sistema de avaliação e também de financiamento, de modo a otimizar todo o benefício potencial que o SNS e os cidadãos podem extrair de determinado fármaco que apresente as características atrás descritas.

A inovação disruptiva (internacionalmente designada por *breakthroughs*) tem promovido importantes ganhos em saúde, estando associada a resultados notáveis em diversos indicadores de saúde. O conceito de inovação disruptiva é um conceito dinâmico que deve repousar numa base técnico-científica sólida e considerar idealmente marcadores finais, privilegiando a mortalidade e a qualidade de vida.

Assim, mais do que centrar o debate nas questões de acesso e custo, é importante alargar a discussão e focar os benefícios destas terapêuticas inovadoras que, ao permitirem avanços significativos no tratamento das doenças e mesmo à sua cura, têm um elevado impacto social e económico.

Segundo o Professor Doutor Guilherme Macedo é importante a definição de critérios que identifiquem a

inovação realmente disruptiva sem que, porém, se perca a noção de razoabilidade procurando-se acima de tudo encontrar uma plataforma de entendimento entre as partes: governo, autoridades de saúde, companhias farmacêuticas e doentes.

1 - As principais conclusões prendem-se com a necessidade de estabelecer critérios que permitam identificar inovações efetivamente disruptivas, conseguir monitorizar a efetividade e eficácia económica e promover a criação, desejável, de financiamento específico para medicamentos inovadores.

2 - A avaliação económica dos medicamentos é a pedra basilar para definir a sustentabilidade económica das opções terapêuticas, pois para além de critérios óbvios de eficácia que impactam a qualidade de vida há que garantir a viabilidade do seu consumo numa sociedade civil que pretende, cada vez mais, reger-se por critérios de equidade e democrática acessibilidade. O esforço que tem vindo a ser feito nos últimos anos, por todos os protagonistas envolvidos, assegura que se disponha, num período razoável de tempo, de informação credível e fidedigna, de forma a poder facultar à população, o melhor e simultaneamente, o mais inovador produto farmacêutico.

3 - O principal papel é nitidamente de conseguir com razoabilidade, integridade e sentido prático, encontrar uma plataforma de entendimento, que seja atrativas do ponto de vista comercial, que seja apelativa do ponto de vista de quem gere os consumos, e que inspire confiança no destinatário final, consumidores utentes ou doentes. A criatividade, o conhecimento qualificado, e éticas negociais, tem de ser o universo onde se movem os decisores das regras de financiamento para a saúde.

4 - O que se assiste ainda no final de 2014 em relação à hepatite C, em Portugal, está em completa dissonância com todos os pressupostos prévios. A multiplicação de canais de potenciais decisores e a irredutibilidade negocial tem sido forte obstáculo à concretização dos mais básicos anseios dos doentes e seus médicos, relativamente às opções terapêuticas inovadoras. A desconfiança gera inércia, e todos sabemos que o movimento é uma condição biológica de vida. Onde há movimento, há vista. Onde persiste a inércia, não persistirá a vida... ■

ATIVIDADES E EVENTOS

O ano de 2014 foi pautado por inúmeras atividades, designadamente as já habituais Conversas de Fim de Tarde, que versaram sobre o grande tema da “Gestão Intermédia dos Hospitais - Contratualização Interna”. A 1ª sessão realizou-se em maio, numa iniciativa conjunta com o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo EPE, no Barreiro e, a 2ª sessão, realizou-se em setembro, numa iniciativa conjunta com o Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, na Figueira da Foz.

Convidamo-lo a consultar o site APDH para mais detalhes em <http://www.apdh.pt/conversasdefimdetarde>

5.º Congresso Internacional dos Hospitais. “Serviço Nacional de Saúde. (Re)conhecer as Mudanças” (Auditório do Edifício Tomé Pires, INFARMED, em Lisboa)

A realização do 5º Congresso Internacional dos Hospitais, subordinado ao tema “Serviço Nacional de Saúde. (Re)conhecer as Mudanças” promovido pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) entre 20-22 de novembro de 2014 representa uma de muitas oportunidades de concretização da política de participação, associação e cooperação, contando com intervenientes institucionais e profissionais portugueses e estrangeiros dos mais diversos campos de atuação.

O programa científico incluiu interessantíssimas participações de peritos em diversas áreas, designadamente organismos centrais de âmbito nacional do Ministério da Saúde, das Regiões de Saúde e dos diversos operadores da prestação de cuidados de saúde dos setores público, privado e social. Destes, destacamos, ao longo dos três dias do congresso, a presença do Diretor-Geral da Saúde, do Presidente da ACSS, do Vice-Presidente do INFARMED e dos representantes dos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde. Tivemos ainda a participação da Federação Europeia dos Hospitais (HOPE), na qual a APDH representa os hospitais portugueses, pelo protocolo subscrito com o Ministério da Saúde, na pessoa da Sara Pupato Ferrari, sua presidente, com importantes contribuições na sessão solene de abertura.

Este ano o congresso iniciou-se, no dia 20 de novembro, em simultâneo com a 8.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde, que incluiu uma conferência do especialista em Qualidade na Saúde, Pedro Saturno, do Instituto de Saúde Pública do México, onde é Diretor do Centro de Investigação em Qualidade na Saúde, que nos proferiu uma conferência, com uma abordagem da Perspetiva Global e Sistémica da Qualidade em Saúde e que foi uma magistral lição.

Neste dia, no âmbito do congresso, decorreram 5

workshops, nas mais diversas áreas, designadamente da farmacoeconomia dos novos anticoagulantes orais, do financiamento e contratualização da Hepatite C, dos desafios no tratamento das infeções minimizando o uso dos antibióticos, dos modelos de organização de cuidados para a gestão da doença crónica e do trabalho desenvolvido no âmbito do Projeto internacional DUQuE – Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe, procurando discutir a continuidade do trabalho desenvolvido através de projetos futuros.

Do dias 21 e 22 destaca-se o fato do congresso ter beneficiado da disponibilidade de vários ministros da Saúde, os quais nos concederam previamente uma entrevista que refletiu o pensamento e a ação de cada um deles, e que aproveitaram para endereçar algumas perguntas a cada uma das cinco mesas do congresso e aos congressistas para reflexão e resposta. Destes, destacamos os contributos de Sua Excelência o Ministro da Saúde, Paulo Moita Macedo e dos anteriores Ministros da Saúde, António Arnaut, Maldonado Gonelha, Luís Barbosa, Arlindo de Carvalho, Paulo Mendo, Maria de Belém Roseira, António Correia de Campos, Luís Filipe Pereira e Ana Jorge.

O programa científico dos dois dias do congresso confirmou as elevadas expectativas de interessantíssimas participações, de peritos técnicos, executivos e académicos, designadamente, de instituições de saúde, associativas, académicas e de investigação, nacionais e estrangeiras. Todos tiveram e produziram pontos altos de trabalho e de contribuição.

O 5.º Congresso Internacional dos Hospitais concluiu os seus trabalhos com satisfação, tendo contado com a participação de 341 inscritos de uma larga diversidade de instituições hospitalares e de cuidados de saúde do país, designadamente dirigentes, gestores, médicos, enfermeiros, técnicos superiores e outros profissionais de saúde envolvidos em responsabilidades de gestão, com uma parte significativa de profissionais e instituições associadas à APDH.

Como evento editorial muito importante denotamos, ainda o lançamento do primeiro número da revista “O Hospital”, que foi distribuída a todos os participantes.

Poderá consultar a descrição detalhada deste evento, bem como todas as apresentações em <http://5cih.url.ph/programa/>

33.º Programa de Intercâmbio HOPE 2014: “Primado da Qualidade! Cuidados de Saúde em Mudança”

O Programa de Intercâmbio HOPE, cujo desenvolvimento e acompanhamento é da responsabilidade da APDH desde 2002, realizou em 2014 a sua 33.ª edição subordinada ao tema "QUALITY FIRST! Challenges in the Changing Hospital and Healthcare Environment". O programa decorreu entre 28 de abril e 28 de maio e contou com a participação, em Portugal, de 23 profissionais da área da gestão de serviços de saúde.

Destes, foram selecionados a nível nacional, 15 profissionais, que foram integrados em várias organizações hospitalares europeias e os restantes 8 profissionais estrangeiros acolhidos em Portugal, em diversas organizações de saúde, designadamente no Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE., no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE, no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, no Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE, no Centro Hospitalar do Porto, EPE, no Centro Hospitalar de São João, EPE, na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, no Hospital Cuf Descobertas e no Hospital Beatriz Ângelo.

Na realização das quatro reuniões nacionais, contámos com a colaboração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) no Porto, do Hospital Garcia de Orta, EPE, do Hospital de Braga e do Hospital das Forças Armadas em Lisboa.

Colaboraram ainda nesta edição do programa, a Ordem dos Enfermeiros, que contou com a intervenção do Bastonário, Germano Couto, o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE e Hospital de Vila de Franca de Xira que acolheram as reuniões regionais de estudo destinadas aos participantes europeus.

O Programa de Intercâmbio HOPE 2014 terminou com a realização da reunião final, organizada pela Holanda, em Amsterdão, de 26 a 28 de maio de 2014. Sendo de notar o feito de, pela primeira vez na história do evento, o Reino Unido, a Dinamarca e Portugal obtiveram a mesma votação na contagem final dos votos. Deste empate o Reino Unido foi escolhido para primeiro lugar, tendo Portugal e a Dinamarca ficado em ex aequo no segundo lugar.

34.º Programa de Intercâmbio HOPE 2015: "Hospitais 2020"

Atualmente está em curso o 34.º Programa de Intercâmbio HOPE, promovido pela Federação Europeia dos Hospitais (HOPE), que irá decorrer entre 4 e 30 de maio de 2015, com o tema "Hospitais 2020", estando prevista a realização da reunião europeia de avaliação e da conferência final em Varsóvia (Polónia), entre os dias 31 de maio e 2 de junho. Este ano o programa conta com a participação, em Portugal, de 15 profissionais da área da gestão de serviços de saúde.

Destes, foram selecionados a nível nacional 7 profissionais, que serão, à semelhança de outros anos, integrados em várias organizações hospitalares europeias e 8 profissionais

estrangeiros que serão acolhidos por várias organizações de saúde, a saber o Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, o Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE, o Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE, o Centro Hospitalar do Porto, EPE, o Centro Hospitalar de São João, EPE, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE e o Hospital de Braga.

Convidamo-lo a consultar em mais detalhe o Programa de Intercâmbio HOPE em <http://www.apdh.pt/programadeintercambiohope>

Formação APDH 2013-2014

Por último não queríamos deixar de destacar, o Plano de Formação realizado entre 2013-2014. Foi com grande satisfação que conseguimos concretizar 38 ações de formação nas áreas da segurança do doente, da contratualização nos serviços de saúde, da saúde mental e da comunicação em saúde, em estreita colaboração com a Direção-Geral da Saúde (DGS), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e as cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), dirigidas a profissionais de saúde, nomeadamente a nível hospitalar e dos cuidados primários (Agrupamento de Centros de Saúde).

Beneficiaram destas ações de formação 767 profissionais, provenientes de instituições de saúde de norte a sul do país, resultando num volume de cerca de 13.024 horas de formação assistidas.

Gostaríamos de salientar, o imprescindível apoio para a prossecução desta iniciativa de algumas organizações de saúde e de ensino, a saber, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, EPE, o Hospital de Magalhães Lemos, EPE, o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, o Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, o Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a Direção Regional do Centro - SUCH (Coimbra).

Congratulamos face aos excelentes resultados alcançados!

A APDH compromete-se para este ano de 2015, continuar a trabalhar com os serviços de saúde portugueses e a cooperar a nível europeu e internacional, para assim cumprir a missão que lhe está confiada e contribuir para o desenvolvimento dos cuidados de saúde, para a inovação e para melhores cuidados hospitalares e de saúde para os cidadãos portugueses.

A direção da APDH, agradece reconhecida aos mais de 100 profissionais, peritos, gestores, órgãos dirigentes das organizações associadas e promotores que nos apoiaram na organização e promoção de todas as atividades desenvolvidas em 2014.



HOJE O COZINHEIRO SOU EU!

É este o título da campanha realizada pelos jovens do agrupamento de escuteiros nº 53 da Serafina no âmbito do projeto europeu EYTO – European Youth Tackling Obesity, em parceria com a Companhia de Ideias.

Este projeto envolve grupos de jovens, entre os 12 e os 17 anos, de comunidades carentes em toda a Europa, para a criação de campanhas de marketing social de promoção de estilos de vida saudáveis entre os seus pares, ajudando assim a reduzir as taxas de obesidade. O National Children Bureau (Inglaterra) é quem coordena e conta com parceiros em Espanha, Portugal e República Checa.

Em Portugal, a parceria desenvolveu-se entre a Companhia de Ideias e o Corpo Nacional de Escutas e até à data já podemos contar com um “EYTO Pic-Nic”, que teve como objetivo a realização de um dia de convívio e partilha de informação sobre o projeto sempre no âmbito da alimentação saudável para jovens, e uma viagem a Londres em Outubro de 2014 onde as equipas de jovens de todos os países aderentes puderam partilhar as suas experiências e ambições para a iniciativa.

Quanto à equipa portuguesa, continuamos à procura de parceiros das áreas da saúde, nutrição e acompanhamento de jovens que possam participar connosco no EYTO para que possamos alcançar mais e melhores resultados, medidas e práticas futuras tudo pela saúde dos jovens europeus. O projeto é executado de setembro de 2013 a setembro de 2015, e recebeu financiamento da Agência de Execução da UE para a Saúde e os Consumidores, no âmbito do Programa de Saúde 2008-2013.

SABIA QUE...

A Alimentação de má qualidade é responsável pelo aparecimento de inúmeras doenças, como a obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e oncológicas.

Em Portugal existem cerca de **1 milhão** de obesos

Há mais mortes, no mundo inteiro, associadas a excesso de peso e obesidade do que a excessiva magreza.



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

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

www.apdh.pt/comotornarsesocio

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

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

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



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

Saiba mais em pfizer.pt



1MISC1005001

Copyright © 2009 Pfizer Inc. Direitos reservados.

A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL

