

Revista 

ANO III, Nº 13  
JUNHO-JULHO 2017

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

# Hospital

Nesta edição análise  
sobre os transplantes  
em Portugal

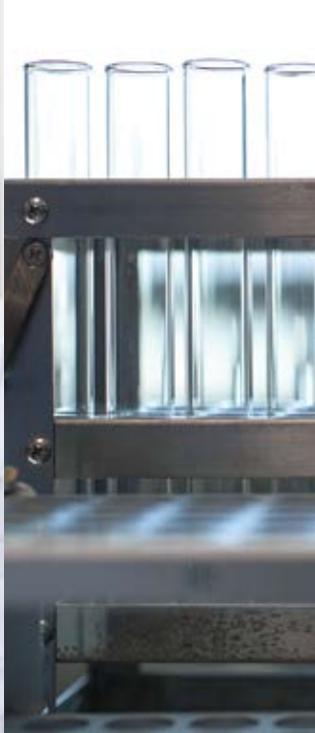
- Reportagem no IPST
- Entrevista à presidente  
da SPT



## GRANDE ENTREVISTA

José Fragata, um médico de 

“O Estado da Arte é atual.  
O que não correrá tão bem  
será a logística.”



# 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](mailto:portugal.safety@gilead.com)

000/PT/14-10/IN/1768

# ÍNDICE

EDITORIAL	4
ANÁLISE	6
GRANDE ENTREVISTA	20
INOVAÇÃO	28
ESTUDO	40
APDH	46



Revista da Associação Portuguesa para o  
Desenvolvimento Hospitalar



#### Diretora

Ana Escoval

#### Coordenadora

Marina Caldas

#### Redação

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

#### Editora de Arte e Paginação

Joana Rita Bastos

#### Fotografia

Pedro Mensurado e APDH

#### Revisão

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

#### Diretor Comercial

José Ferreira

#### Impressão

UE

#### Tiragem

4.000 exemplares

#### Distribuição

Gratuita

#### Periodicidade

Bimestral

#### Projeto



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

#### Propriedade

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

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 Lisboa

Tel. 217548278/79

Telm. 963668745

Email: geral@apdh.pt

HOPE: hopemail@hope.min-saude.pt

IHF: ihf@ihf.min-saude.pt

Website: www.apdh.pt



## O Sangue e a Transplantação em Portugal

*" Aquilo que dás é teu para sempre;  
O que guardas, perdes para sempre."*

Eric-Emmanuel Schmidt (2013), in *O Senhor Ibrahim e as Flores do Alcorão*. Editora Marcador. 72 pp.

A prática regulamentada da transfusão de sangue e da transplantação de órgãos humanos em Portugal remonta ao século XX, respetivamente, às décadas de cinquenta e oitenta, baseada em valências clínicas e orgânicas diferenciadas e, desde logo, assente em princípios de benevolência da dádiva, de proteção do anonimato, de serviço público e de observância da ética profissional e das ciências da vida.

No século XXI foi desenvolvido um caminho progressivo de fusão de serviços centrais, iniciado com a constituição, em 2007, de uma Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação, e completado com nova realocação de todas as funções do Estado, principalmente pelo Decreto-Lei nº 39/2012, em cumprimento da ação de reformas da Administração Pública, quanto à racionalidade na afetação dos recursos públicos, e transposição de diretivas europeias sobre normas de qualidade e segurança nestas áreas.

O atual modelo Português do serviço nacional de transfusão do sangue e da transplantação de órgãos humanos compreende a Autoridade Competente para Células, Tecidos, Sangue e Órgãos, incumbida à Direção-Geral da Saúde, com as atribuições de autorizar as unidades, regulamentar a qualidade e segurança e fiscalizar as atividades; o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, com as atribuições de coordenação nacional das estruturas e serviços do sangue e da transplantação, do funcionamento dos sistemas de hemovigilância e biovigilância, bem como a articulação com as entidades nacionais e internacionais afins; e pelos Centros de Sangue e Transplantação de Lisboa, Coimbra e Porto, e todas as Unidades Hospitalares de colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição, devidamente autorizadas.

As áreas do sangue e da transplantação em Portugal alcançaram cedo, cada uma a seu tempo, padrões de grande reconhecimento nacional e internacional, primeiro com treino e formação de equipas profissionais nos melhores centros de referencia

estrangeiros e, depois, bastando-se com idoneidade e capacidade formativa próprias e com sustentabilidade sensível de recursos humanos nestes campos, e beneficiando de uma dinâmica de investigação científica relevante, muito valorizada institucionalmente, pelos hospitais e pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, mas sobretudo pelo ativismo da Sociedade Portuguesa de Hematologia e Sociedade Portuguesa de Transplantação.

O serviço nacional do sangue e da transplantação desenvolveu desde sempre uma logística pronta, segura e de qualidade, segundo os melhores standards, agregando a atuação de vários serviços públicos, de saúde, de segurança interna, de transportes, entre outros, passou por períodos recentes de menos alento, associados à redução de incentivos e ao procedimento de fusão de serviços, e chegou entretanto à fase estabilização do dispositivo organizacional, com as funções principais de autoridade competente, de coordenação nacional e de operação local, desenhadas e alocadas com adequação.

O desempenho nas áreas do sangue e da transplantação revelou-se muito satisfatório, em 2016, com um crescimento das reservas de sangue, da colheita e transplantação de órgãos e mesmo da taxa de utilização destes, sendo de salientar o maior número de transplantes dos últimos cinco anos, pois reflete decerto o esforço dos profissionais envolvidos nas áreas.

Contudo, os especialistas apontam a necessidade de aumento de dádivas de sangue, sobretudo por parte dos jovens, pois nesta área "é essencial dar", e de atualização da Rede de Referenciação Hospitalar da Transplantação, principalmente para obviar à assimetria de colheitas que se acentua, garantindo por esta via o crescimento das mesmas, sobretudo de rim, pois nesta área "é essencial ser compatível". ■



Na Astellas, estamos empenhados em transformar as inovações científicas em soluções médicas que tragam valor e esperança aos doentes de todo o mundo.

Todos os dias, trabalhamos para responder a necessidades médicas não atendidas nas áreas terapêuticas prioritárias, com foco em oncologia, urologia, anti-infecciosos e transplantação, ao mesmo tempo que promovemos novas áreas terapêuticas e alavancamos novas tecnologias de investigação. Continuamos dedicados a ir ao encontro das necessidades dos doentes, nunca deixando de os apoiar.

Através do nosso compromisso de proporcionar aos doentes a esperança de um futuro melhor, procuramos liderar o caminho nas nossas áreas de experiência terapêutica, concentrando-nos naquelas em que as necessidades médicas permanecem insatisfeitas. Através da inovação, continuaremos a identificar e a desenvolver novas formas de melhorar a saúde dos doentes.

**Na Astellas, estamos focados em mudar o amanhã.**

[astellas.com.pt](http://astellas.com.pt)





**Luís Tomé \***

Director do Serviço de  
Gastroenterologia do CHUC

## TRANSPLANTE HEPÁTICO

### AS FUNÇÕES DO FÍGADO

#### O Fígado e o metabolismo

O fígado é o garante da manutenção de níveis apropriados de glicose em circulação. Para assegurar essa tarefa armazena glicogénio que pode ser degradado, durante períodos de jejum prolongado, para gerar aquele açúcar, molécula fundamental ao funcionamento cerebral. Em circunstâncias em que o fígado colapsa de forma aguda (as chamadas falências hepáticas agudas) a perda dessa capacidade leva ao aparecimento de hipoglicémias severas capazes de pôr em risco a vida dos doentes.

Nos doentes afectados por doenças hepáticas crónicas a capacidade de armazenamento de glicogénio diminui muito sendo necessário metabolizar aminoácidos para gerar glicose. Estes aminoácidos provêm das proteínas do tecido muscular periférico cuja degradação se torna patente à medida que a doença evolui.

O fígado sintetiza muitas proteínas as mais emblemáticas das quais são albumina e as proteínas do sistema da coagulação (protrombina e moléculas que a antagonizam). Na evolução das doenças hepáticas crónicas a produção dessas substâncias declina resultando consequência nefastas, a mais notória das quais é a ascite (acumulação de líquidos na cavidade abdominal).

O fígado tem importantes funções depurativas. Desde logo todas as moléculas

que não são solúveis na água são eliminadas por via biliar depois de um processo de conversão realizado pelas células do fígado. Mas, mais importante que isso, o fígado encarrega-se de eliminar radicais azotados (amónia) que resultam do metabolismo proteico. O fígado pode incorporar a amónia no bicarbonato gerando ureia ou incorporar a amónia numa molécula de ácido glutâmico. Se estes processos não forem suficientes para absorver toda a amónia produzida então este composto entra em circulação e provoca devastadores efeitos no sistema nervoso central.

#### O Fígado com filtro

O fígado filtra todo o sangue que provém da cavidade abdominal designadamente todo o sangue que percorre o intestino para absorver os nutrientes. Quando o fígado adoece na sequência de uma hepatopatia crónica constituem-se na sua intimidade cicatrizes que vão interferir com esta normal passagem de sangue. Não podendo o sangue ultrapassar o fígado tem de procurar vias alternativas para alcançar a circulação geral. A constituição destas vias alternativas faz com que o organismo produza grande quantidade de vasodilatadores que favorecem o aparecimento de veias rodeando o esófago (as chamadas varizes esofágicas) que podem sangrar.

A vasodilatação mencionada tem ainda outra consequência: o organismo não

# MIELOMA MÚLTIPLO

BOLSA DE INVESTIGAÇÃO 2017



01 DE MARÇO  
ABERTURA DAS CANDIDATURAS

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

MAIS INFORMAÇÕES SOBRE O REGULAMENTO EM:

[APCL.PT](http://APCL.PT)

[SPH.ORG.PT](http://SPH.ORG.PT)

[AMGEN.PT](http://AMGEN.PT)

tem sangue suficiente para preencher todos os vasos dilatados aumentando, por isso, muito a retenção de líquidos no rim. Cria-se um excesso de líquidos no organismo que se virá posteriormente a acumular-se na cavidade abdominal como ascite como consequência do aumento de pressão nos vasos abdominais e da citada descida da concentração de albumina.

### Consequências da insuficiência hepática

Quando o fígado tem o colapso agudo de que se falou ( após certas hepatites ou após certos medicamentos) cria-se uma situação em que pode ser necessária a substituição do órgão para salvar o doente.

Quando o fígado perde as suas capacidades depurativas e se instala a referida hipertensão portal (nas cirroses) a doença evolui mais lentamente. A necessidade de substituir o órgão depende da causa (para algumas causas existe tratamento que pode inverter a evolução) mas também do estágio em que a doença é detectada.

Finalmente nas doenças hepáticas evoluídas (mais vezes nas cirroses) pode surgir um tumor primitivo do fígado que pode implicar a realização de um transplante mesmo que a condição geral do órgão não esteja ainda demasiado comprometida.

### A seleção dos doentes

Em Portugal vigora o critério dos dadores presumidos ou seja qualquer pessoa que tenha morrido é considerado um potencial dador se não se tiver oposto a essa doação em vida. Deve contudo dizer-se que nem todos as pessoas que morrem são potenciais dadores: assim o dador tem que alcançar um hospital com o coração a bater e o aparelho respiratório a funcionar para se poder considerar a doação. A doação é considerada, apenas, quando uma equipa independente declara que as funções cerebrais estão irreversivelmente comprometidas.

Na maioria dos países civilizados a distribuição dos fígados disponíveis depende de critérios objectivos definidos na literatura médica e aplicados por uma entidade autónoma.

Para as doenças hepáticas agudas os critérios são diferentes dos critérios usados para as doenças hepáticas crónicas. No primeiro caso, os referidos critérios desenvolvidos num hospital Inglês têm em conta a causa da doença hepática aguda)

No segundo caso os critérios, igualmente muito objetivos, foram desenvolvidos na Mayo Clinic vigorando nos USA desde 2002 e na Europa desde 2006. Estes critérios têm sofrido pequenos ajustamentos ao longo do tempo (conhecidos pelo acrónimo MELD) que foram melhorando a sua capacidade para seleccionar os doentes com justiça e celeridade.

A priorização dos doentes com um tumor primitivo do fígado nas listas de espera exige certas condições que não adianta descrever mas que estão muito bem definidas. Estes critérios servem para facultar um órgão antes que o tumor avance para uma fase em que nada possa ser feito.

Em Portugal não existe uma entidade que centralize a transplantação de fígados (mas existe para o rim por exemplo) e que garanta a equidade da distribuição dos órgãos pelos indivíduos que deles mais necessitem. Saliente-se que não são respeitados critérios objectivos na alocação dos órgãos. Os poderes públicos, que como se sabe, não são especialmente letrados ou esclarecidos (isto, assim escrito, da forma mais suave que se encontrou) não se têm interessado pelo assunto o que coloca o País numa situação ridícula que ninguém compreende nos aerópagos internacionais.

### Situação em Portugal em comparação com o resto da União Europeia

A taxa de obtenção de fígados em Portugal colocava-nos em 2017 em quarto lugar da longa lista de países da Comunidade Europeia. Saliente-se que o número de cidadãos que se opõe à doação é desprezível entre nós.

Portugal realiza um considerável número de transplantes hepáticos por ano. O valor exacto não é fácil de conhecer não estando publicado no site da Sociedade Portuguesa de Transplantação nem no

site do Instituto Português do Sangue e da Transplantação mas deve situar-se próximo entre 250 e 280: cerca de 120 no Hospital Curry Cabral e cerca de 70 quer nos Hospital da Universidade em Coimbra quer no Hospital de Santo António. Estes dados são registados no European Liver Transplant Registry (ELTR) mas esta Instituição apenas fornece dados globais sobre a atividade no espaço europeu o que não facilita comparações. Saliente-se, ainda, que um dos Centros nacionais não facultava dados ao ELTR por razões difíceis de discernir.

Mais uma vez se deve sublinhar a incapacidade dos poderes públicos para levar estes dados ao conhecimento da população havendo um inexplicável desinteresse por tão relevante assunto.

### Custos dos transplantes

A realização de um transplante envolve a execução de diversos procedimentos diferenciados que devem existir nos hospitais que praticam esse tipo de intervenções. Dizendo de outra maneira não é possível efetuar transplantes em Hospitais onde não exista a possibilidade de executar a qualquer hora e todos os dias um Raios X do Torax, um ECG, um ecodoppler abdominal, uma endoscopia digestiva alta, uma tomografia computadorizada ou uma angiografia convencional para citar apenas os procedimentos mais comuns. Acentue-se, mais uma vez, que nenhum desses procedimentos foi instalado por causa das transplantações. Esses procedimentos são

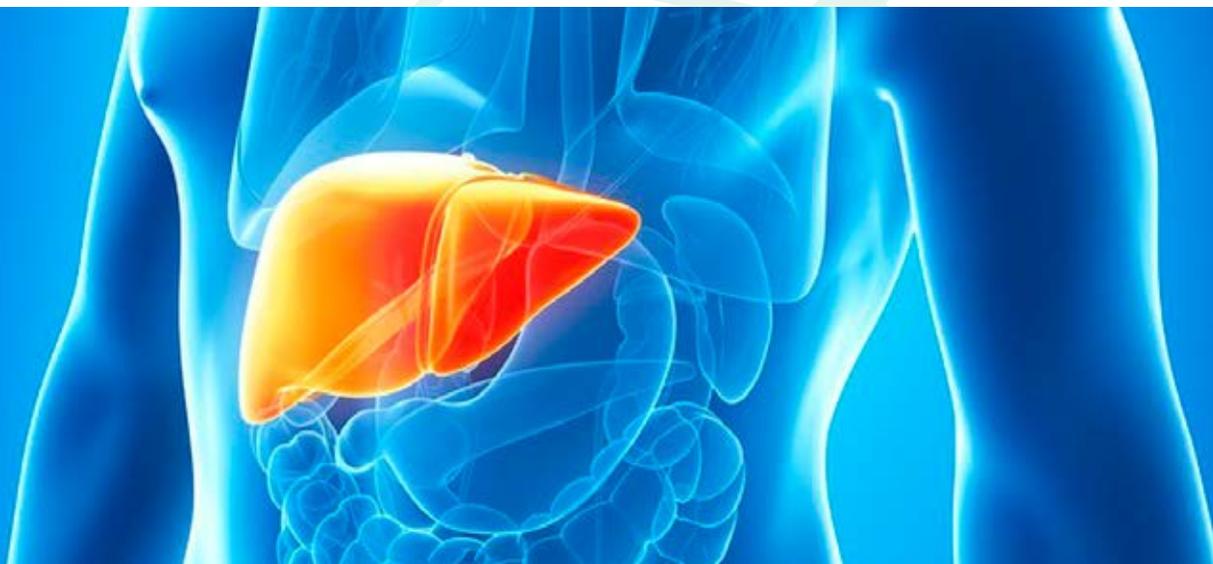
todos anteriores à implementação de um programa desse género. Estas observações equivalem a dizer que na transplantação não houve custos acrescidos deste ponto de vista.

Do mesmo modo, a existência de executantes capazes de efetuar esses procedimentos já estão escalados para quase todas as técnicas mencionadas dentro das necessidades usuais de um Hospital diferenciado. Mais uma vez se deve dizer que também neste capítulo não existem custos acrescidos face à generalidade destas escalas.

Existem contudo gastos acrescidos com pessoal na medida em que se torna necessário ter uma equipa de prevenção de médicos, enfermeiros e assistentes operacionais para concretizar uma intervenção cirúrgica que se pode realizar em qualquer hora do dia ou da noite e que pode demorar muitas horas (valores médios 6 a 7 horas com uma valor extremo raramente ultrapassado de 12 horas).

Os hospitais recebem uma compensação por cada procedimento que executam com vista a poder arcar com esses custos. Essa compensação é de cerca de 27 000 euros (despacho 1886/2014 de 6 de Fevereiro). ■

\* Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia  
Membro da Equipa médica que acompanha os Transplantes hepáticos no CHUC



**Susana Sampalo**

Presidente da SPT - Sociedade Portuguesa de Transplantação

## A TRANSPLANTAÇÃO EM PORTUGAL

### Quem é a Sociedade Portuguesa de Transplantação?

A Sociedade Portuguesa de Transplantação fundada em 1987, é uma sociedade sem fins lucrativos que pretende congrega os diversos profissionais das ciências da saúde ligadas à atividade da transplantação em Portugal.

A sua atuação faz-se através da promoção da investigação científica e da formação na área da transplantação em Portugal, e do estabelecimento de colaboração com associações e sociedades congéneres noutros países. A SPT está também empenhada em manter ativo um registo anual com recolha de dados clínicos e epidemiológicos da atividade transplantadora em Portugal.

### Quais os objetivos da Sociedade?

Para além dos acima referidos, os seus principais objetivos são essencialmente a divulgação científica na área da transplantação quer de especialistas quer de internos de formação específica. Para atingir este ob-

jetivo tem um papel importante na realização de congressos, reuniões científicas e cursos de formação, assim como fornecer o seu patrocínio científico em múltiplos eventos científicos.

Para além de estar vocacionada para os profissionais de saúde também tem como missão a informação para a população geral e para os doentes transplantados.

A SPT tem também colaborado institucionalmente como consultora, com a presença de peritos na elaboração de pareceres, normas e legislação nesta área.

A SPT considera que deve ter um papel preponderante no incentivo à investigação científica, para isso, atribui anualmente uma bolsa de investigação e um prémio à publicação na área da transplantação.

### Quais as atividades que promove?

Anualmente promovemos várias atividades de carácter científico. Organiza alternadamente o congresso Luso brasileiro conjuntamente com a sua congénera brasileira



## *Better Health, Brighter Future*

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

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

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

**Gastroenterologia**  
**Oncologia**  
**Sistema Nervoso Central**  
**Vacinas**

mantendo um protocolo de colaboração. O Congresso Luso brasileiro ocorre alternadamente em Portugal e no Brasil, sendo a responsabilidade da organização a Sociedade do país em que se realiza o congresso.

Promove de dois em dois anos a realização do Curso de Transplantação Renal destinado essencialmente a internos de formação específica e jovens especialistas.

Promove a realização do Encontro Ibérico em colaboração com a Sociedade Espanhola de Transplante. Tem também realizado de Fóruns para debate de assuntos relacionados com a transplantação quer de carácter científico quer legislativo.

Organiza desde há nove anos no dia 20 de Julho, o Dia do Transplante que pretende comemorar a realização do primeiro transplante em Portugal que ocorreu no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra neste dia em 1969. Neste dia, para além de uma sessão solene que reúne os diversos intervenientes na transplantação, promovemos um almoço convívio para doentes transplantados.

### **Qual a importância dos transplantes?**

Como em qualquer sistema de saúde e país do mundo o transplante é uma área muito importante. É uma técnica disponível para substituir um órgão que se encontre em falência e pode salvar milhares de vidas. Traza em qualquer país o avanço e a qualidade de saúde.

Quando comparado com algumas técnicas permite melhor qualidade de vida, reabilitação social e profissional, aumento de sobrevida do doente e se pensarmos nos gastos para o orçamento de saúde também em redução de custos.

### **Qual o estado da arte? Como está o financiamento do Estado para a transplantação?**

Portugal pode e deve orgulhar-se da sua atividade na área da transplantação. Em relação à doação de cadáver tem das melhores taxas por milhão de habitante e em relação aos seus resultados, avaliados pela sobrevida do enxerto (órgãos) e dos doentes comparam-se aos resultados europeus. Existem unidades de Transplantação cardíaca, pulmonar, hepática, renal, rim-pâncreas e também já foi efetuado de intestino. Também existe em Portugal transplante de tecidos como medula, córnea e osso.

A doação em vida de rim também é possível em várias unidades de transplantação portuguesas e existe o Programa Nacional de Doação Cruzada Renal. Este programa permite que pares dador-recetor de rim que não possam prosseguir diretamente com a doação o possam fazer através de uma inscrição num programa nacional que tenta arranjar um par compatível. Com este programa já foi possível efetuar transplantes que de outra forma não seriam possíveis.

Para que estes transplantes tenham sucesso estão disponíveis em Portugal fármacos imunossupressores e técnicas que permitem tratar as rejeições.

Por tudo isto, podemos dizer que nesta área estamos na vanguarda e com ótimos resultados.

Em relação ao financiamento está legislado em Diário da República e deve ser considerado também como um fator importante para a motivação das equipas numa atividade muito exigente do ponto de vista profissional como pessoal. Implica dedicação e grande disponibilidade dado que um transplante pode surgir em qualquer dia da semana e a qualquer hora. Pensamos que a sua atribuição deveria ter os mesmos critérios

sem diferenças entre os vários hospitais com unidade de transplantação, o que atualmente não acontece. Existe ainda muito discrepância entre as diversas unidades.

### **Qual o órgão mais transplantado em Portugal? Existe alguma razão para ser?**

O órgão mais transplantado é o rim em Portugal e no mundo. Este facto deve-se à prevalência da doença renal crónica que em relação às outras doenças de outros órgãos é maior e porque cada dador se não houver contra-indicação pode doar dois rins, o que geralmente não acontece com outro tipo de órgãos.

### **Recebemos órgãos do estrangeiro? E damos para fora do país?**

A necessidade de órgãos não consegue suprir as necessidades em nenhum país do mundo, daí que, raramente recebamos ou enviemos órgãos de e para outros países. Existem, no entanto, situações urgentes principalmente no caso de transplante de fígado e coração em que o apelo pode ser internacional (geralmente para ou do nosso país vizinho) ou, nos casos em que não exista recetor para o órgão disponível, pode ser possível receber ou enviar um órgão de e para o estrangeiro. No entanto, são situações muito raras.

### **Por defeito somos todos dadores de órgãos depois da morte. Em que casos é que podemos não ser?**

A nossa legislação no que se refere à doação consigna o consentimento presumido, ou seja, “todos somos potenciais dadores” exceto se for manifestado em vida a vontade de o não ser através da inscrição no Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA). Este registo pode ser efetuado através do preenchimento de um formulário existente nos centros de saúde.

Existem ainda outras situações de índole clínico ou jurídico, que podem contrain-

dicar a doação como transmissão de doenças infecciosas, neoplasias por exemplo, ou morte violenta com necessidade de autópsia, respetivamente.

### **Como está a lista de espera para transplantação? Qual a maior lista? Como funciona a transplantação?**

Pelas razões acima apontadas a maior lista de espera é a de rim. Em média tempo de espera para um rim é de cerca de 5.5 anos desde a entrada em diálise.

Dependendo do órgão o sistema de atribuição varia. No caso de fígado, coração ou pulmão os doentes são inscritos e o transplante depende do grau de urgência, dado que são órgãos vitais sem possibilidade de substituição da sua função e por isso a sua falência implica a morte. No caso do rim, uma vez que existe forma de substituição da sua função através da diálise a lei da alocação é diferente. Tentando simplificar este processo, para a atribuição do órgão para além da compatibilidade ABO (grupo sangue) são atribuídos pontos para o tempo de diálise, compatibilidade do órgão, idade do recetor e órgão e grau de sensibilização e cujo somatório de pontos permite seriar os candidatos. Assim, com base neste pressupostos é fornecido ao médico da unidade de transplante uma lista de potenciais candidatos ordenados pelo somatório de pontos. O doente com maior pontuação é chamado para transplante.

### **Quais as perspetivas futuras da Sociedade?**

A Sociedade pretende manter a sua função principal que é a divulgação da transplantação, promovendo a formação dos profissionais da saúde e da investigação nesta área. Neste último caso com a atribuição anual de uma Bolsa de Investigação e de prémios à publicação de artigos científicos. ■

**Filipe Novals**

Diretor Geral Astellas Farma, Lda

## A Astellas na Transplantação

A Astellas Pharma é uma Companhia Farmacêutica global, com uma visão muito clara – produzir medicamentos excepcionais que transformem o amanhã dos doentes que deles necessitam. Investimos no desenvolvimento de terapêuticas que são “first-in-class” e “best-in-class”. Tratamentos que oferecem aos doentes e aos seus médicos inovadoras opções terapêuticas.

A Astellas orgulha-se por contribuir para a comunidade transplantada, suportando organizações de doentes e suportando a bienal dos World Transplant Games. A Astellas tem também enorme orgulho pelo apoio que presta ao TACKERS (Transplant Adventure Camp for Kids). Desde 2002, quando foi fundado, a Astellas apoia o TACKERS tendo ajudado centenas de crianças transplantadas em todo o mundo, a participar, dando-lhes oportunidade para partilhar e conviver com os seus pares que passaram pela mesma experiência.

Localmente, a Astellas tem uma parceria estabelecida há vários anos com a Sociedade Portuguesa de Transplantação

(SPT), apoiando esta Instituição nas suas atividades de Investigação e Educação Médica, nomeadamente na realização do Curso de Transplante Renal que acontece em 2017 pelo 5º ano consecutivo e se destina a jovens especialistas.

Recentemente, e ainda em parceria com a SPT, a Astellas Farma Portugal, com o apoio da Editora Bertrand, lançou um livro, intitulado “Uma Vida, Duas Vidas... - O livro que retrata o milagre médico do século: A transplantação de órgãos”.

Um livro inédito e inspirador que conta com o relato de 22 médicos portugueses ligados ao transplante de órgãos, que retratam na primeira pessoa a sua relação com os doentes. São histórias de esperança, que reforçam a relação entre médico e doente num objetivo comum - a luta pela vida!

“Uma Vida, Duas Vidas...” pretende demonstrar que cada doente que recebe um transplante não está só a receber um órgão, mas sim a oportunidade de uma nova vida.

Otacrolímus, fármaco imunossupressor da classe dos inibidores da calcineurina (calcineurina inibitor, CNI), amplamente utilizado na transplantação de órgãos, foi descoberto por uma equipa de investigadores japoneses, em 1984 a partir do caldo de fermentação de uma amostra de solo contendo a bactéria *Streptomyces tsukubaensis*.

Foi aprovado pela FDA para utilização na transplantação hepática em humanos em 1994, para prevenir e tratar a rejeição pós-transplante. Posteriormente, a sua indicação foi alargada à transplantação renal e a outros órgãos.

Até aos dias de hoje, o tacrolímus é produzido na fábrica Toyama, no Japão, e daí distribuído para todo o Mundo.

Disponível atualmente em cerca de 100 países, é o pilar essencial dos protocolos de imunossupressão, contribuindo global e significativamente para o avanço da medicina na área da transplantação.

Possui atualmente, formas farmacêuticas para administração endovenosa e oral, incluindo formulação de libertação prolongada que permite administração de toma única, mais conveniente para o doente bem como uma apresentação destinada à população pediátrica.

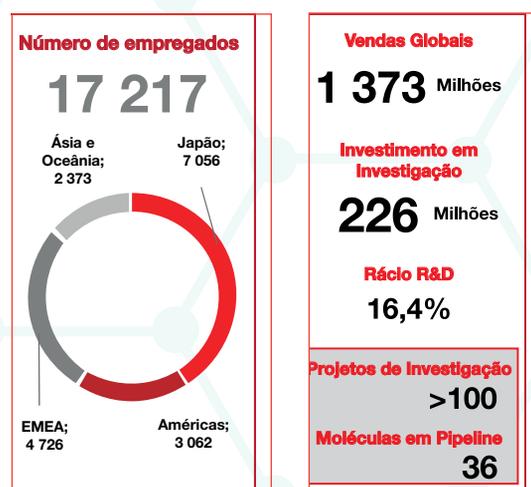
O legado da Astellas está profundamente enraizado na área da Transplantação onde mantemos a liderança até aos dias de hoje e onde continuamos a alocar os nossos recursos.

Planeamos expandir a nossa contribuição para o avanço científico na

transplantação e imunologia com vários novos fármacos que se encontram em fase avançada de desenvolvimento colocando à disposição de médicos e doentes fármacos que venham preencher lacunas onde as opções terapêuticas são limitadas, permitindo assim melhores e mais gratificantes resultados clínicos. Um excelente exemplo é a inovadora vacina para prevenir a infeção/reativação do citomegalovírus (CMV) nos doentes transplantados que se encontra em fase adiantada de desenvolvimento.

### Astellas em números

<https://www.astellas.com/en/about/astellas-at-a-glance>



A Astellas é uma empresa farmacêutica global presente em mais de 50 países em todo o mundo, estando organizada em quatro regiões, Japão, Américas, EMEA e Ásia e Oceânia no desenvolvimento das suas atividades de forma equilibrada. ■



## SANGUE E TRANSPLANTAÇÃO REQUEREM MAIS PARTICIPAÇÃO DOS HOSPITAIS

A atividade do Instituto Português do Sangue e da Transplantação depende da dádiva. Mas não só. Fomos conhecer os projetos e as medidas que estão em marcha e saber o que João Paulo Almeida e Sousa, presidente do instituto, espera das administrações hospitalares

O Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) reúne, desde 2012, as duas áreas de doação: sangue e órgãos. João Almeida e Sousa, preside à direção desde dezembro de 2016, já o processo tinha sido iniciado. Para os dadores que chegam ao posto de colheita de sangue, no Parque da Saúde, em Lisboa, esta questão é irrelevante. Doar é, para muitos portugueses, uma forma de estar na vida. Mesmo em pleno verão, e apesar da redução do número de dadores, há sempre alguém na sala de colheitas. Não há falta de sangue e a resposta é igualmente positiva quando se fala de plasma. Há, aliás, potencial para maximizar estes preciosos recursos, explica o presidente

**“Deixaremos de recorrer a plasma proveniente do estrangeiro, de dádivas, muitas vezes, remunerada”**

do IPST. “Neste momento, na área do sangue temos um projeto em marcha que tem que ver com a maximização do aproveitamento do plasma”.

O País é autosuficiente em plasma para transfusão. “Dentro do princípio de luta contra o desperdício de plasma, disponibilizamos três tipos de plasma para transfusão, incluindo o inativado pelo método do solvente detergente. O nosso método, in house, é a inativação pelo amotosaleno e externamente adquirimos o serviço de inativação pelo método solvente detergente. Desta forma conseguiremos ter plasma português para transfusão de três tipos: plasma de quarantena, depois plasma inativado pelo método do amotosaleno, o método utilizado pelo IPST, e finalmente plasma inativado pelo método do solvente detergente, cuja inativação adquirimos à única empresa que atualmente é detentora desta metodologia, mas que é plasma português”. Para o responsável



do instituto não há necessidade de importar plasma do estrangeiro, uma prática comum até aqui. “Teremos plasma para transfusão em quantidade suficiente provenientes destes três métodos, o que significa que deixaremos de recorrer a plasma proveniente do estrangeiro, de dádivas, muitas vezes, remuneradas”.

### Máximo aproveitamento do plasma

O projeto integra-se num plano estratégico mais vasto para fracionamento do plasma, para retirar do plasma os medicamentos derivados. “O concurso deverá acontecer ainda este verão”, avança João Almeida e Sousa, que refere tratar-se de um concurso público que levou algum tempo a ser desenvolvido. “É o mais transparente e objetivo possível, seguindo a metodologia do diálogo concorrencial”, afirma. Através deste concurso prevê-se o fracionamento de 30 mil litros, que representam cerca de 120 mil unidades de plasma para fracionamento. “Será plasma dos portugueses, para além daquele que é usado para transfusão. Dentro deste princípio de aproveitamento máximo do plasma, teremos plasma para transfusão e ainda para medicamentos derivados”. O presidente do IPST sublinha que o concurso terá de decorrer ainda este ano, para que haja resultados concretos

em 2018, permitindo uma poupança de milhões de euros em medicamentos derivados. No entanto, adverte Almeida e Sousa, nesta área o País não conseguirá ser autossuficiente. “Não temos quantidade de plasma no país que permita fazer a extração de todos os medicamentos necessários. É uma questão de escala. Para alguns iremos conseguir, e para esses evitaremos a importação”, sublinha.

### Cooperação e sinergias com os hospitais

Os hospitais não vão ficar de fora, com quem o IPST espera ter um novo modelo de relacionamento, assente na cooperação e sinergias. “Convidámos os hospitais que têm volume assinalável de colheita, aqueles que já tinham um relacionamento direto com o IPST, e que aceitaram participar na formação de um lote que permita fazer um segundo concurso de fracionamento de plasma em 2018/2019”. O presidente do IPST explica que esta será a segunda fase do plano estratégico, o caminho natural que deverá resultar da aprendizagem e experiência adquiridas neste primeiro concurso. O objetivo é reunir o plasma do IPST e o plasma dos hospitais convidados para, em 2018, enviar mais plasma para fracionamento. “Desta forma, vamos fechando as portas ao desperdício. Vai

**“O objetivo é reunir o plasma do IPST e o plasma dos hospitais convidados para, em 2018, enviar mais plasma para fracionamento”**





João Almeida e Sousa, Presidente do Instituto Português do Sangue e da Transplantação

levar o seu tempo. Nada se faz em passes de mágica”, diz. O projeto, que se inscreve no plano estratégico de 2015, está em marcha com o apoio da tutela. “Tem havido vontade política nesse sentido e o reforço necessário do IPST”, salienta. “Esta é a melhor forma de respeitarmos a dádiva benévola e voluntária dos doadores portugueses. A maioria dos cidadãos não pensa nisto, mas é um gesto de enorme solidariedade”.

### Desafios na transplantação

E se, no que diz respeito à doação de sangue, há uma mobilização reforçada pelas associações de doadores e dos próprios doadores, o mesmo não acontece na área da doação de órgãos para transplantação. Segundo João Almeida e Sousa, “cabe sobretudo às estruturas hospitalares a obrigação de identificar todas as oportunidades de doação, desde a entrada na porta da urgência até ao internamento nos cuidados intensivos ou outros serviços”. O presidente do IPST observa a evolução social e demográfica que está a mudar a forma como deverá ser encarada a transplantação. “No futuro, corremos o risco de termos menos doadores de órgãos.

Essa diminuição era previsível e vai tornar-se mais evidente, prendendo-se com questões nos devem deixar satisfeitos. Por um lado, diminuíram muito os acidentes de viação e a mortalidade”, sublinha. “No primeiro semestre desde ano, apenas 16 por cento dos órgãos resultaram de causas traumáticas”. João Almeida e Sousa, médico intensivista durante 28 anos, recorda uma época em que 80 por cento dos órgãos doados eram provenientes de situações traumáticas. Por outro lado, a melhoria no tratamento do doente neurocrítico tem vindo também a provocar uma redução na doação de órgãos para transplante. “A medicina evoluiu, permitindo uma melhor monitorização, melhores técnicas cirúrgicas e terapêuticas, um conjunto de cuidados relevantes que permitem uma maior taxa de sobrevivência destes doentes, que acabam por não ser doadores”, nota. O mesmo se passa na área da prevenção e tratamento da doença cerebrovascular, , os AVC ocorrem mais tarde na vida, em situações de múltipla patologia e comorbilidade, “o que faz com que os órgãos não tenham qualidade para transplantação”, explica o responsável. “Temos potenciais doadores que depois nunca chegam a sê-lo. É um desafio muito grande

ultrapassar estas circunstâncias e agarrar todas as oportunidades de de doação para transplantação”.

### Mobilizar os hospitais para a transplantação

No primeiro semestre de 2017, cresceu o número de transplantes de rim a partir de dadores vivos, uma oportunidade de doação que está a ser incrementada pelo IPST. A par disso, João Almeida e Sousa acredita que o caminho será também sensibilizar os hospitais para a necessidade de haver cada vez empenho na identificação de possíveis dadores. “Temos de ter uma malha muito apertada para que nenhuma oportunidade de doação seja desperdiçada. Os órgãos para transplante sempre foram um bem precioso, tal como o sangue, mas atualmente, temos de olhar para todas as oportunidades de uma forma mais efetiva”, defende. Nesse sentido, foi publicado um despacho que cria um grupo de trabalho para elaborar uma matriz de normas hospitalares de doação, um conjunto de regras pelas quais os hospitais deverão reger-se para identificação dos possíveis dadores. “Não se trata de produzir normas que sirvam para todos da mesma forma. É uma matriz, a partir da qual cada hospital deverá elaborar as suas próprias normas, de acordo com a realidade da instituição e a cultura do hospital”. João Almeida e Sousa esclarece que não se trata de impor normas genéricas para todos, mas uma matriz para que cada administração possa desenvolver normas hospitalares de doação. “Sabemos que o potencial de doação em dadores em morte cerebral, nos hospitais, ainda não está esgotado, portanto, vamos ter de ser capazes de agarrar todas as oportunidades”, defende.

### Novas realidades, novas oportunidades

Segundo o presidente do IPST, o futuro obriga ainda a olhar para a doação de órgãos com critérios expandidos. “Órgãos que há alguns anos, por determinada patologia eram desperdiçados, hoje sabe-se que podem ser utilizados na transplantação porque não advém daí prejuízo algum para quem recebe”. Por fim, e para ultrapassar os desafios que se vivem na área da doação de órgãos, o IPST tem em vista programas de doação de órgãos a partir de dadores em paragem cardiocirculatória. “O

programa piloto já está a funcionar no Hospital de S. João, no Porto, com bons resultados. Esperamos replicar esse programa noutros hospitais”, avança. O projeto envolve questões éticas e técnicas, além do fator demográfico. “É um programa que tem de ser implementado onde a casuística é maior. Vamos avançar na área de Lisboa e até ao final do ano, esperamos ter novidades. São programas que têm de ser bem pensados, meios que é necessário acautelar, requerem um trabalho muito bem estruturado e, portanto, não podem ser implementados de um dia para o outro”, explica. Convencido de que no futuro o IPST poderá ter mais programas de doação por paragem cardiocirculatória, para João Almeida e Sousa, o grande desafio é conseguir manter o nível de doação. “Em 2016, atingimos valores máximos de doação. É difícil manter esses valores, mas estamos empenhados para que o máximo de portugueses que precisam de um transplante possam ter um órgão para viver com qualidade”.

**“Em todos os hospitais temos a obrigação de encarar a doação de órgãos como uma questão de solidariedade nacional”**

### Tomar a doação uma atividade de rotina

Para o dirigente do IPST, a atividade da doação para transplantação deve ser encarada de forma especial. “Insere-se num gesto de enorme solidariedade. Temos todos de estar envolvidos e comprometidos neste projeto: conseguir o máximo de órgãos para atender os cidadãos portugueses que precisam. Esta preocupação não pode ser apenas do IPST e da Coordenação da Transplantação, cujo trabalho tem sido excelente. Não podemos ser apenas nós, os gabinetes de colheita e transplantação, não podem ser só os coordenadores hospitalares de transplantação a ter essa preocupação”. E deixa o apelo às administrações hospitalares: “Facilitar tudo o que diga respeito à atividade de doação, independentemente de nos seus hospitais haver ou não esta atividade. Em todos os hospitais temos a obrigação de encarar a doação de órgãos como uma questão de solidariedade nacional. A doação de órgãos deve ser encarada como uma atividade de rotina e não uma atividade de exceção”. ■

## JOSÉ FRAGATA

“Na transplantação cardíaca deverá haver concentração de atividade. Dois centros serão suficientes”

José Fragata é um homem e um médico respeitado em Portugal. De tempos em tempos, o seu sorriso, simpático e afável, entra nas nossas casas através da comunicação social, sempre por ter sido pioneiro em diferentes vertentes da transplantação. Habitou-nos a ligar a sua atividade a mudanças na cirurgia cardiotorácica e na capacidade de salvar pessoas. Salvou já crianças que sem ele não teriam sobrevivido. É um homem transparente e direto. Que não deixa de dizer o que pensa, seja em que circunstancia for, mas que tem na sua génese o humanismo muito vincado.

Na entrevista que concedeu a O Hospital sentimos alguma magoa nas suas palavras: embora reconheça que a área da transplantação em Portugal já sentiu algumas melhorias significativas, a verdade é que há muito a fazer. Há muito que pode e deve ser feito. Aponta a logística e a organização como pontos a melhorar e diz deixa perceber que tudo o que faz é muito pensado: “ em termos de inovação em Medicina devemos ir, não na carruagem da frente, nem na do fim, mas prudentemente na do meio, sem que sejam os doentes a sofrer”.

Refere sempre a sua equipa como parte essencial do trabalho que faz e reconhece que “temos recursos limitados e devemos fazer as escolhas certas, num compromisso entre dar aos doentes o estado da arte e, simultaneamente, minimizar o sofrimento pelas curvas de aprendizagem iniciais”.

O ano de 2016 foi um ano muito bom para os transplantes em Portugal: realizaram-se, entre Janeiro e 20 de Dezembro 841 transplantes de órgãos, na generalidade. Em 2017 a tendência é a mesma?

Efetivamente, o ano de 2016 foi um bom ano para a transplantação em Portugal, com um total de 841 transplantes de órgãos. Os dados disponíveis pela autoridade Nacional de transplantação e do IPST, para 2017, referem-se, naturalmente, ao primeiro trimestre, e mostram que houve um ligeiro decréscimo, cerca de 8 a 9 %, relativamente

a 2016. Mas são flutuações cujo significado desconheço.

Se houve muitos transplantes é porque houve, igualmente, muitos dadores? Se sim, qual a razão, ou as razões?

Até Março de 2017, ainda segundo essa fonte oficial, foram colhidos 224 órgãos para transplante, tendo sido utilizados cerca de 83 % dos órgãos. O perfil dos dadores mudou muito nos últimos anos, assim, hoje, cerca de 84% são dadores de “causa médica”, tendo-se reduzido a cerca de 16% o número de dadores morrendo por



trauma. Como consequência, a qualidade dos dadores tem vindo ao longo dos últimos anos a piorar, paralelamente com o aumento da idade (neste trimestre, cerca de 52 anos!). Respondendo à sua pergunta, o aumento do número de dadores deve-se a uma maior sensibilização hospitalar para a colheita e a medidas estruturais e de incentivação, por parte dos organismos oficiais. Além disso, também tem aumentado o número de dadores vivos e de dadores em coração parado, que se espera possa crescer ainda bastante.

Portugal estava em 4º lugar na taxa de dadores, a seguir à Espanha, Bélgica e Croácia (em 2016). Qual a evolução neste momento?

Segundo creio, estaremos em terceiro lugar... Mas 3º ou 4º serão já posições honrosas.

O maior crescimento de transplantes terá acontecido em transplantes de fígado e de pulmão (apesar do transplante de rim continuar a ser o mais realizado). Quer explicar o fenómeno?

Sim, o maior crescimento tem ocorrido na transplantação hepática e na pulmonar. Não conheço a realidade da transplantação hepática suficientemente para me pronunciar, mas poderei falar-lhe do pulmão. Até hoje, e desde Janeiro, fizemos em Santa Marta, 20 transplantes pulmonares. Se atendermos a que no ano anterior fizemos um total de 26 transplantes e que, neste ano de 2017, temos no início de Julho 20... poderemos esperar um excelente ano para a transplantação pulmonar em Portugal, e um crescimento impar. Porquê?

Primeiro é mais fácil crescer onde os



números são mais baixos, mas a verdade é que o esforço da Equipa do Centro de Referência Nacional de Transplantação Pulmonar, começa agora a dar frutos. A história recente da transplantação pulmonar em Portugal é já um enorme sucesso e tenho um orgulho, naturalmente justificado, em liderar uma equipa tão excepcional. O mérito é, grande parte, desta equipa que conseguimos reunir e fazer treinar.

Qual a situação, nacional, para o transplante cardíaco? Qual a evolução? Como está o Hospital de Santa Marta nesse domínio?

A situação da transplantação cardíaca tem sido estável, após o enorme contributo do centro de Coimbra. Ao que sei, tem-se verificado um decréscimo ligeiro da atividade, o que se entende se se tomar em conta a idade média dos dadores, muitas vezes, desaconselhando o uso desses corações. Na transplantação cardíaca deveria haver, como tem sido para a pulmonar, uma concentração da atividade, sendo que Portugal precisará de 2 centros para transplantação cardíaca, fazendo cada um cerca de 25 transplantes por ano. Assim se concentraria experiência, recursos e escala, sendo que, também não há corações para muito mais.... Mais tarde ou mais cedo, as autoridades tenderão a evoluir para estas medidas de concentração de práticas especiais e dispendiosas. O Governo deveria ter a coragem de o fazer.

Em Santa Marta, têm-se feito não mais de 10 transplantes cardíacos por ano, o que é pouco, face a um grande serviço de Cardiologia que deveria gerar mais recetores potenciais. No Departamento do Coração, Vasos e Tórax, à minha responsabilidade,

estamos a trabalhar nesse sentido, e, espero que no próximo ano seja possível duplicar este número. Temos condições, temos um ativo programa de assistência cardíaca mecânica e, vamos fazê-lo!

Considera que tem havido uma política específica para a transplantação em Portugal?

Sim, tem havido, e a criação da Autoridade Nacional permitiu estruturar ainda mais o setor. Mas há questões para resolver e não tem sido possível, ou não tem havido coragem para lhes tocar. Dou-lhe dois exemplos – o tema dos incentivos para implantação, gerando enormes verbas, mas cuja distribuição se caracteriza por marcada assimetria de critérios de distribuição e nos valores - entre regiões, entre hospitais, entre programas, e até, dentro do mesmo hospital. Por exemplo, no meu centro, a transplantação hepática e a torácica têm tratamentos, incompreensivelmente distintos, estando bloqueado alterar esse status quo... Mas dou-lhe outro exemplo, a transplantação pulmonar, atividade só praticada no nosso Centro, é servida por uma estrutura logística demasiado semelhante à que possuía quando transplantávamos só um doente por ano, e que se torna agora insuficiente! É incompreensível, e, apesar de todas as boas vontades, não se vê um investimento claro na atividade.

O setor da transplantação é um setor dispendioso e que envolve muito trabalho. Qual o Estado da Arte, em Portugal?

Direi que o estado da arte em Portugal é perfeitamente atual. O que não correrá tão bem será a logística e alguns aspetos

“Apesar de ter havido uma política específica na transplantação em Portugal, há coisas por resolver”

de organização, curiosamente, aspetos que em Espanha tem sido possível otimizar. O “sistema” da transplantação é muito sensível, veja-se a queda da atividade durante a crise económica, em cerca de 30 %... Se a atividade não for acompanhada e “acarinhada”, com meios e com logística, poderá sofrer. Não queremos isso, pois estamos já numa posição algo distinguida.

Se houvesse mais possibilidade de investimento económico, por parte do Estado, nesta área, onde se deveria investir (médicos, equipamentos, consciencialização da população, centros de referência)?

Relativamente à transplantação torácica: cardíaca e pulmonar, esta atividade tenderá a permanecer no setor Público da Saúde, e o Estado deveria investir, sobretudo no que, custando poucos recursos, teria um enorme impacto: concentrar a atividade, lutando contra a dispersão excessiva, e melhorando a logística e os meios em cada grande centro. Estou a lembrar-me da transplantação pulmonar, que constituindo um centro de referência, o único entre nós, precisava de enorme apoio logístico – espaços, expansão da Pneumologia, broncologia de intervenção, sistema de perfusão ex-vivo, etc...., mas que continua desinvestida e a regatear, sem sucesso, espaços às restantes especialidades médicas do hospital com as quais, claramente, compete.

A nível de hospitais, considera que os centros especializados que temos, para a transplantação cardíaca, são suficientes?

Como já referi, as contas são simples: o País carece de 5 a 6 transplantes cardíacos por milhão de habitantes, ou seja, cinquenta a sessenta transplantes por ano. Cada centro

deve, idealmente, praticar 25 transplantes por ano – logo, os dois centros - com adequada distribuição geográfica, seriam suficientes. Este número não é mágico, é que a qualidade se atinge com o volume, e o ponto ideal de qualidade acha-se entre os 20 e os 25 casos por ano.

Os profissionais existentes no setor são em número suficiente?

Acho os profissionais com uma qualidade excelente, mas deveriam estar mais focalizados na transplantação.

Muito em particular, os nossos pneumologistas, os anestesistas e os enfermeiros, têm uma carga assistencial pesadíssima, que acumulam com a exigente atividade da transplantação. Para além de uma verdadeira profissionalização da atividade de transplantação, organizada assim por programas específicos, seria fundamental aumentar o pessoal médico, técnico e de enfermagem. Não só se melhoraria a resposta na transplantação, como se minimizava o impacto muito negativo desta sobre as listas de produção cirúrgica normal.

Para quando a transplantação do primeiro coração artificial em Portugal?

Fizemos em Março a implantação de um dispositivo de assistência ventricular esquerda, vulgo “coração artificial”. Não é, verdadeiramente, um coração artificial total, pois o coração do doente persiste, ficando este sistema em paralelo. Com efeito, enquanto lhe digo que temos planos para expandir, de modo sustentável, esta atividade de que os doentes e o País carecem, mas

“Seria fundamental aumentar o pessoal médico, técnico e de enfermagem”



não temos planos para implantar um coração artificial total, especialmente porque os resultados têm sido superiores com o sistema que já utilizámos. Não penso que, no estado atual da tecnologia, haja benefício para os doentes, comparativamente com o sistema Heart Mate que utilizámos.

Sabemos que o Professor nunca está parado e tem no seu CV situações únicas de realizações em cirurgia cardíaca em Portugal. O que está, neste momento, a preparar?

Temos de facto, na Equipa que me orgulho de liderar, feito algumas das primeiras realizações da cirurgia cardíaca em Portugal, apesar de alguns me criticarem por pouca inovação...Sabe, em termos de inovação em Medicina, devemos ir, não na carruagem da frente, nem na do fim, mas prudentemente na do meio, quando a curva inicial de

aprendizagem se abateu, sem que sejam os nossos doentes a sofrer por ela. Além disso, temos recursos limitados e devemos fazer as escolhas certas, num compromisso entre dar aos doentes o estado da arte e, simultaneamente, minimizar o sofrimento pelas curvas de aprendizagem iniciais.

Tendo dito isto, neste momento, não estou a preparar nada de particular. Preocupo-me, antes, em consolidar de forma reprodutível, os serviços que prestamos aos doentes que nos procuram e que em nós confiam. Esse já é um enorme serviço - o da inovação na continuidade e, particularmente, o da resposta em tempo e com qualidade. ■

Entrevista | **Marina Caldas**  
Fotografia | **Pedro Mensurado**



# CV

O Professor José I. G. Fragata nasceu em Lisboa em 1953 tendo feito a sua educação médica em Portugal e no Reino Unido, país onde percorreu todos os degraus na carreira, desde “residente” a “consultant”. Graduou-se em Medicina em 1976 pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e completou o exame final da especialidade de cirurgia cardio-torácica em 1986.

Em 1992 concluiu o seu Doutoramento em Medicina na Nova Medical School, Universidade Nova de Lisboa e, três anos depois, obteve o título de Agregado em Cirurgia Cardiororácica, na mesma Universidade.

Em 1999 tomou-se “Fellow” do European Board of Thoracic and Cardiovascular Surgeons – “FETCS” e, algum tempo depois, também da European Society of Cardiology (EU) - “FESC”. É ainda “fellow” da STS - Society of Thoracic Surgeons (USA) e da AATS – American Association of Thoracic Surgeons”.

Em 2007 o Professor José Fragata foi nomeado Diretor do Departamento de Cirurgia Cardiororácica do Hospital de Santa Marta em Lisboa e, por concurso de provas públicas, também Professor Catedrático de cirurgia na NOVA Medical School. Em 2016 seria nomeado Diretor da Área do Coração, Vasos e Torax, um departamento englobando todas as especialidades da Medicina Torácica e Vascular no Hospital de Santa Marta.

O Professor José Fragata detém uma larga experiência em todos os tipos de cirurgia cardíaca, em adultos e crianças, sendo a cirurgia cardíaca pediátrica a sua sub-especialização. Também acumulou experiência considerável na transplantação torácica – cardíaca e pulmonar - dirigindo actualmente o centro nacional de transplantação pulmonar. Durante a sua longa carreira cirúrgica o Professor José Fragata esteve diretamente envolvido, como cirurgião principal, em mais de 10 000 intervenções de grande cirurgia cardíaca. Esta actividade e foi desenvolvida em Portugal, no Reino Unido e também no Médio Oriente, dado que trabalhou por um período breve no Qatar, desempenhando funções como Cirurgião Chefe.

O Professor José Fragata é Director da Unidade de Cirurgia Cardíaca do Centro do Coração dos Hospitais Cuf em Lisboa, representando uma das maiores práticas privadas de cirurgia cardíaca na cidade e no País. Na José de Mello Saúde, ocupa ainda o cargo de Consultor Clínico.

O Professor José Fragata é membro de um largo número de Sociedades Científicas no país: Ordem dos Médicos, Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardiororácica e Sociedade Portuguesa de Cardiologia; no estrangeiro: EACTS, ECVCS, AEPC, STS, ESC, AATS, CHSS (Honorary Membership), da World Society of Pediatric and Congenital Heart Surgery (WSPCHS) - membro do Council, e da European Congenital Heart Surgeons Association (ECHSA), onde serviu como Secretário Geral por quatro anos, tornando-se Presidente desde 2014. O Professor José Fragata publicou oitenta artigos científicos, com arbitragem entre pares e sete livros nos campos da Cirurgia Cardiororácica, do Erro em Medicina e da Governação Clínica.

O Professor José Fragata pretence ao “Board” Editorial, ou atua como revisor regular, das seguintes publicações: European Journal of Cardiothoracic Surgery, Asian Annals Thoracic Surgery, World Journal of Pediatric and Congenital Heart Surgery e Revista Portuguesa de Cardiologia.

O Professor José Fragata é membro correspondente da Academia Portuguesa da Medicina e do Conselho Geral da Universidade NOVA de Lisboa. O seu hobby principal é velejar com a família e os amigos.



**Robert J. Lasek.**

Diretor Geral da Takeda

## O COMPROMISSO DA TAKEDA NA MELHORIA DOS RESULTADOS DO TRANSPLANTE

### Há quanto tempo está a Takeda em Portugal?

A Takeda está presente em Portugal há cerca de 8 anos, desde 2009. A aquisição global da Nycomed, em 30 de setembro de 2011, e a conclusão do processo legal de fusão das duas empresas um ano mais tarde, permitiu à Takeda alcançar uma outra visibilidade no mercado farmacêutico nacional.

### Quais as áreas de atuação da Takeda?

O portefólio de produtos da Takeda inclui uma grande variedade de áreas terapêuticas. Contudo, em Portugal, a Takeda foca-se nas especialidades Gastroenterologia e Oncologia, com particular incidência na Hemato-Oncologia, atuando com maior foco em doenças como Linfoma de Hodgkin, Mieloma Múltiplo, Doença de Crohn e Colite Ulcerosa.

### Há quanto tempo assumiu a Direção da Takeda Portugal?

Assumi as funções de direção da Takeda Portugal em julho de 2016. O meu compromisso é o de continuar a cumprir, em Portugal, a nobre missão da Takeda de contribuir para melhorar a saúde dos doentes através da inovação em medicina.

### Das principais áreas de intervenção da Takeda qual a importância que a área da Transplantação tem para a estratégia e visão que a Takeda tem naquelas áreas?

Tendo em conta as áreas terapêuticas em que nos movemos, focamo-nos no transplante de células estaminais hematopoiéticas.

A transplantação, por si, tem impactos sociais e económicos muito relevantes. Permite ganhos na saúde individual do doente transplantado, mas também para a sociedade permitindo que o doente consiga voltar à atividade diária com qualidade de vida, o que, quando em presença de doenças incapacitantes, limita o seu contributo para a sociedade. No Mieloma múltiplo e Linfoma de Hodgkin o transplante hematopoiético é muitas vezes a melhor alternativa para o doente na gestão da sua doença.

Nesse sentido, há um paralelismo com a missão da Takeda: ambicionamos melhor saúde para todos os doentes em todo o mundo através da inovação em medicina, o que contribui para cidadãos mais ativos na sociedade.

### Com novas terapias para mieloma múltiplo, o transplante ainda é necessário?

O transplante continua a ter um papel fulcral na gestão do mieloma múltiplo que

é uma doença crónica e incurável, tendo sido durante algum tempo a única modalidade capaz de induzir uma remissão em uma proporção substancial de doentes. A introdução de novos agentes resultou em regimes de indução que atingiram taxas de remissão elevadas mesmo antes do transplante, começando a desafiar o papel do transplante. Estão também a ser exploradas estratégias de consolidação e manutenção pós-transplante, com a expectativa de que estas estratégias atrasem a progressão, contribuindo também para o prolongamento da sobrevivência destes doentes.

### **Qual a importância da aprovação do Ixazomib para o tratamento do mieloma múltiplo?**

O ixazomib é uma terapia inovadora e vem contribuir para que os doentes tenham um maior bem-estar. Numa patologia como o mieloma múltiplo, que é uma doença crónica e incurável, é importante providenciar opções terapêuticas que possibilitem uma maior conveniência para o doente, com um perfil de toxicidade manejável, permitindo-lhe manter-se em tratamento durante mais tempo.

### **Quais os tipos de doentes a quem este tratamento é indicado?**

Em associação com lenalidomida e dexametasona, o ixazomib é indicado no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo que receberam pelo menos uma terapia anterior. A combinação tripla de fármacos permite ganhos importantes na sobrevivência livre de progressão sem adicionar toxicidade significativa.

### **Em relação aos doentes de Linfoma de Hodgkin, qual a importância da terapia brentuximab vedotina para tratar estas doenças? É mais importante para os doentes após a transplantação?**

O brentuximab vedotina está atualmente indicado para o tratamento de doentes com LH

CD30+ recidivante ou refratário no seguimento de transplante autólogo de células estaminais (TACE) ou no seguimento de pelo menos duas terapêuticas anteriores (quando o TACE ou a quimioterapia combinada não constituem uma opção de tratamento). É também indicado no tratamento de doentes adultos com LH CD30+ com risco aumentado de recidiva ou de progressão após TACE.

De facto o brentuximab vedotina é importante após o transplante (como tratamento após recaída ou consolidação do transplante) mas também em estádios pré-transplante, quando o transplante ou terapêutica combinada não constituem uma opção. Continuamos a estudar a utilização de brentuximab em fases mais precoces da doença.

### **Que inovação podem esperar os portugueses da Takeda que contribua para melhorar a sua qualidade de vida?**

A Takeda procura sempre e para qualquer patologia da sua área de atuação, trazer a melhor inovação aos doentes, por forma a contribuir de forma positiva para a melhoria da sua saúde. Este é o compromisso da Takeda para com os doentes em Portugal e em todo o mundo.

Para além da inovação que está já aprovada pela EMA, nas áreas que já falámos, Mieloma Múltiplo, Linfoma de Hodgkin e Colite Ulcerosa e Doença de Crohn, a Takeda terá num futuro próximo também aprovação para outros fármacos na área da oncologia (nomeadamente no Cancro do Pulmão) e da doença inflamatória intestinal. Estes fármacos trarão ganhos em saúde significativos com melhoria da qualidade de vida dos doentes. ■

## BOLSA DE INVESTIGAÇÃO 2017 EM MIELOMA MÚLTIPLO



No passado mês de março foram abertas as candidaturas à 1ª edição da Bolsa de Investigação em Mieloma Múltiplo - clínica, básica, epidemiológica e/ ou qualidade de vida. Esta bolsa era destinada a investigadores nacionais ou estrangeiros que se encontrassem a desenvolver projetos em instituições portuguesas. O projeto teria a duração de um ano e o prémio o valor de 15 mil euros.

De entre um total de 8 candidaturas, o projeto vencedor foi escolhido por um júri presidido pelo Sr. Dr. Fernando Leal da Costa e a cerimónia de entrega realizou-se no dia 29 de junho, na Fundação Calouste Gulbenkian, em Lisboa.

A Bolsa de Investigação em Mieloma Múltiplo é uma iniciativa da Associação Portuguesa Contra a Leucemia (APCL), da Sociedade Portuguesa de Hematologia (SPH) e da Amgen Biofarmacêutica. A cerimónia iniciou-se com as palavras do Prof. Doutor José Eduardo Guimarães, presidente da SPH, seguido do Prof.

Doutor Manuel Abecasis, Presidente da APCL, do Dr. Tiago Amieiro, Diretor-Geral da Amgen, em Portugal e do Senhor Secretário de Estado da Saúde, Dr. Manuel Delgado.

A Bolsa foi entregue pelas mãos de Dr. Manuel Delgado, em representação do Ministro da Saúde, ao projeto liderado pelo Dr. Rui Bergantim, do serviço de Hematologia Clínica, do Hospital de São João, no Porto. Da equipa fazem ainda parte a Dr.ª Fernanda Trigo, também ela especialista de Hematologia Clínica no mesmo hospital e a Prof.ª Dra. Maria Helena Vasconcelos, Professora Assistente na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto e líder do Grupo de Estudo da Resistência a Medicamentos para o Cancro.

Nas palavras do Dr. Rui Bergantim, “A introdução de novos fármacos no tratamento de Mieloma Múltiplo (MM), tem proporcionado uma melhoria significativa na sobrevivência global dos doentes, de 2 para 5 anos. No entanto, o MM é uma doença oncológica rara e ainda con-

siderada incurável. Enquanto alguns doentes reagem bem aos tratamentos, outros mostram uma grande resistência à terapêutica.

Assim, impõe-se a necessidade de encontrar formas de estratificar os doentes para orientar as decisões terapêuticas. Estamos convictos que receber esta Bolsa muito nos irá ajudar a prosseguir a investigação de forma mais célere.”

***Sobre o projeto: Identificação de microRNAs como biomarcadores de resistência a fármacos em Mieloma Múltiplo: projeto piloto na orientação de decisões terapêuticas personalizadas***

O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de plasmócitos na medula óssea e produção de uma proteína clonal detetável no sangue e/ou urina com subsequente lesão de vários órgãos, como por exemplo o rim. O Mieloma Múltiplo é uma neoplasia rara (1% de todas as neoplasias), sendo a segunda neoplasia hematológica mais frequente.

A introdução de novos fármacos, como os inibidores de proteassoma e os imunomoduladores, no tratamento de Mieloma Múltiplo tem proporcionado uma melhoria significativa na sobrevida livre de doença e sobrevida global destes doentes. No entanto, ainda é uma neoplasia considerada incurável, sendo o seu comportamento clínico variável. Enquanto alguns doentes têm sobrevidas longas, outros rapidamente se tornam refratários ao tratamento ou recidivam precocemente, tendo uma sobrevivência extremamente curta. É uma neoplasia com grande impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e seus familiares. A refractariedade aos fármacos/recidiva é um dos maiores obstáculos ao seu tratamento, dificultando o sucesso terapêutico inclusive de fármacos mais recentes e inovadores. Esta situação constitui um importante desafio na abordagem destes doentes, impondo-se a necessidade de encontrar

formas de estratificar e orientar as decisões terapêuticas. Até ao momento não existem descritos nenhuns biomarcadores capazes de fazer essa estratificação de forma eficaz.

O Mieloma Múltiplo é caracterizado por grande instabilidade genómica com múltiplas alterações entre as quais a desregulação de microRNA. Estes são pequenas moléculas não codificadoras, mas que constituem importantes reguladores celulares da expressão de vários genes, sendo fundamentais na patofisiologia de muitas neoplasias e na modulação de resposta a fármacos.

Assim, os principais objetivos deste projeto piloto são 1) identificar um painel de microRNAs que se possam tornar bons biomarcadores da resistência/sensibilidade aos inibidores de proteassoma e imunomoduladores em doentes com Mieloma Múltiplo; 2) estabelecer padrões de associação entre os microRNAs identificados neste projeto, principais alterações citogenéticas relacionadas com Mieloma Múltiplo e outras características clínicas; 3) explorar o conceito de plasmócitos circulantes no sangue periférico como biópsias líquidas, de modo a evitar a realização de biópsias ósseas invasivas e dolorosas; 4) estabelecer correlações entre os resultados obtidos neste projeto com a resposta aos fármacos por parte dos doentes com Mieloma Múltiplo e o desfecho do tratamento em termos de sobrevidas livre de doença e global, de modo a contribuir para a estratificação dos pacientes e terapêutica individualizada.

Em suma, no fim deste projeto piloto, espera-se identificar pela primeira vez um painel de microRNAs que permita distinguir precocemente os doentes respondedores e os doentes refratários/recidivantes às opções de tratamento disponíveis. Posteriormente, será necessário validar este painel em muitas outras amostras colhidas ao longo deste projeto de modo a contribuir para uma melhor abordagem terapêutica destes doentes, com objetivo último de melhorar a sua qualidade de vida. ■



**Fernando Leal da Costa**

Assistente Graduado Sênior  
de Hematologia IPO de  
Lisboa

## MIELOMA, UMA VISÃO PESSOAL

Há 30 anos, quando comecei a tratar pessoas com mieloma, ainda interno de Hematologia no Hospital de Santa Maria, o prognóstico destes doentes era sempre sombrio. Verdadeiramente, depois de várias incursões em associações terapêuticas com vários agentes, a combinação de melfalano com prednisolona era o tratamento mais eficaz, pese embora que a ciclofosfamida podia substituir com sucesso o melfalano. Não se esperavam remissões completas e aqueles com doença em estágio 3 de Salmon e Durie, o sistema de estadiamento em uso, raramente viviam mais do que 1 ano e meio a 2 anos.

Em 1989, como parte do meu plano de formação, parti para o Royal Marsden Hospital, em Londres, com a intenção de aprender técnicas de cultura de unidades formadoras de colónias hematopoiéticas, as CFU que permitiam quantificar o potencial hematopoiético de um enxerto medular ósseo, criopreservação de medula e manejo clínico de doentes transplantados. Nessa altura, trabalhavam no referido hospital os Prof. Tim McElwain e Ray Powles, pioneiros da quimioterapia de alta-dose e inventores do tratamento com melfalano em alta dose.

A minha visão sobre o mieloma mudou-se radicalmente. A escolha preferencial para doentes com menos de 60 anos era a indução com VAD, ou VAMP como se fazia no Marsden, com a combinação de vincristina, adriamicina e dexametasona ou metilprednisolona. Curiosamente, esta proposta que foi usada durante muitos anos, inclui vincristina que já se sabia ser isoladamente ineficaz no mieloma. A este tratamento de indução seguia-se um curso de melfalano em alta-dose (140 ou 200 mg/m<sup>2</sup>) com autotransplantação de medula óssea.

Uma revolução que foi imediatamente adoptada por Bart Barlogie, um alemão migrado do Texas para o Arkansas, que acabou por ser a personalidade mais marcante no desenvolvimento dos tratamentos modernos do mieloma. No início da década de 90 estávamos a dar os primeiros passos com inibidores HT3, que suprimiram a ordem da náusea associada à quimioterapia, a começar a usar fatores de crescimento hematopoiético (GM e G-CSF) e no advento do recurso a células progenitoras hematopoiéticas, colhidas por citafereze, em vez de medula óssea, como suporte após quimioterapia de alta-dose. Ainda em Inglaterra, baseados nos resultados

encorajadores que tinham sido reportados em Itália, tomei parte na aplicação do alfa-interferão como tratamento de manutenção após melfalano em alta-dose.

Chegado a Portugal, ainda no Hospital de Santa Maria e, mais tarde, no IPO de Lisboa, tive a satisfação de poder trabalhar com equipas de pessoas altamente motivadas que deram os primeiros passos, em Portugal, para a mudança do paradigma de tratamento de doentes “jovens” com mieloma. Indução com VAD(MP), melfalano em alta-dose e manutenção com interferão, foi o esquema usado durante mais de 10 anos para estes doentes. Estudos randomizados, em França e no Reino Unido, confirmaram a superioridade do tratamento com melfalano em alta-dose em doentes jovens com mieloma. A manutenção com alfa-interferão, ainda que relativamente eficaz e, provavelmente, abandonada demasiado cedo, não teve a mesma obtenção de prova em ensaios randomizados.

Entretanto, nos EUA, em especial a partir dos trabalhos de Barlogie, estudavam-se abordagens de grande intensidade terapêutica, e tóxica, com intenção curativa de doentes com mieloma. Os resultados, de que muitos ainda duvidavam, apesar da grande toxicidade, eram impressionantes. No Arkansas desenvolveram o conceito de Terapêutica Total, imitando o que já se fazia para tratar leucemias linfoblásticas, com indução, intensificação (neste caso com alquilantes em alta-dose e autotransplantação), consolidação e manutenção.

Foi Barlogie quem trouxe para o mieloma o primeiro agente novo desde os anos 70. No fundo era um medicamento muito antigo, a talidomida, proscrita no início dos anos 60 do século XX, mas com um potencial imunomodulador que o mantinha como alternativa em algumas doenças imunológicas e na lepra. Inesperadamente, a talidomida demonstrou-se eficaz no tratamento de doentes resistentes/recaídos/refractários, em combinação com corticosteróides. Estudos europeus confirmaram o seu valor em associação com alquilantes e corticosteróides e a investigação americana, sublinhada por estudos randomizados

europeus, demonstrou que a talidomida tinha um papel como tratamento de indução e na manutenção após quimioterapia de alta-dose.

Finalmente, tínhamos um agente que melhorava muito o prognóstico de doentes que não eram candidatos a quimioterapia de alta-dose e um medicamento com resultados visíveis na manutenção. A partir da talidomida desenvolveu-se uma nova classe de imunomoduladores (IMiDs) de que a lenalidomida e, mais recentemente, a pomalidomida, são os exemplos com ação incontestada no tratamento do mieloma. O primeiro destes dois agentes já é usado em 1ª linha.

O passo seguinte foi monumental e só comparável ao da invenção do tratamento com melfalano em alta-dose. Surgiram os inibidores de proteasoma (IP). O primeiro a ser usado na clínica, o bortezomib, começou por se demonstrar útil em doentes avançados, associado com dexametasona, para depois tornar-se num agente de referência no tratamento de todos os doentes com mieloma, candidatos a autotransplantação ou não, associado a alquilantes, IMiDs e corticosteróides. Tem a vantagem de poder ser usado em doentes com insuficiência renal sem ser necessário adaptar a dose. Depois do bortezomib foi desenvolvido o carfilzomib, eficaz em doentes resistentes ao primeiro fármaco da classe, não sendo indutor de neuropatia e já a ser investigado em tratamentos de primeira linha. O ixazomib que é administrado oralmente, tal como os IMiDs, mas com menor potência se usado só com corticosteróides, é o terceiro inibidor de proteasoma a chegar ao uso na clínica.

Hoje, depois da talidomida, já não restam dúvidas de que o tratamento ideal de manutenção, provavelmente em todo o tipo de doentes com mieloma, deve ser feito com lenalidomida, o que corresponde a um alargamento significativo do emprego deste agente. Estão a decorrer estudos com IP em manutenção.

A última adição, também revolucionária, no tratamento desta doença linfoproliferativa, foi o surgimento de anticorpos monoclonais



(MoABs) dirigidos a antígenos “específicos” da doença mielomatosa, como o SLMF7 e o CD38, além dos modificadores da interação PD1-PDL que “libertam” linfócitos T antitumorais. De todos estes MoABs, muito provavelmente serão o daratumumab e o izatuximab (anti-CD38) que deixarão a marca mais profunda no tratamento do mieloma, sendo expectável que, tal como aconteceu com os anti-CD20, venham a ser agentes incontornáveis, combinados com IMiDs e/ou IP, desde a indução até à manutenção. Entretanto, os estudos realizados com novos agentes continuaram a reforçar o papel dos medicamentos mais resilientes na luta contra esta doença, os corticosteróides e o melfalano em alta-dose.

A auto-transplantação, como parte da intensificação, ainda não foi superada e deve ser usada em todos os doentes com condições para serem tratados com alquilantes em alta-dose, sendo o melfalano o melhor agente, inclusivamente em doente com insuficiência renal. Hoje em dia, o critério de seleção para a quimioterapia de alta-dose já não é apenas a idade e há doentes com mais de 70 anos a quem se deve oferecer este tratamento. Atualmente, o processo de suporte hematopoético autólogo é feito preferencialmente

com células progenitoras colhidas a partir do sangue periférico e o potencial reconstituente do enxerto é determinado por quantificação, usando citometria de fluxo, de células CD34+. Já não é preciso cultivar CFU.

Em 30 anos, tive a satisfação de assistir a grandes progressos no tratamento do mieloma e contribuir, ainda que modestamente e sempre com a ajuda de muitos, para a melhoria da sobrevivência destes doentes no nosso País. A esperança de vida de um doente com mieloma é já de mais de 5 anos para a maioria doentes, com uma mediana de 8 anos. Existem doentes com sobrevivências superiores a 20 anos e, talvez, doentes curados sem recurso a transplantação alogénica, cujo papel não abordei nesta brevíssima resenha. Houve avanços muito significativos nas ferramentas diagnósticas e nos conceitos de estadiamento e prognóstico. O aparecimento de medicamentos como o venetoclax e, talvez o selinexor, acrescentará mais capacidade terapêutica e, desejavelmente, respostas dirigidas a alterações genéticas específicas como a t(11;14) e a del17p, sendo esta última aquela que ainda escapa, quase inexoravelmente, a tudo de que hoje em dia dispomos. ■



# 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](http://www.apdh.pt/comotornarsesocio)

**Carlos Alves**

Business Unit Director  
Hemato-Oncologia

Gilead Sciences, Portugal

## ENVISIONING CANCER CARE IN 2030

No ano em que a Gilead celebra 30 anos, questionei-me sobre como poderá vir a ser a ainda recente unidade de Oncologia daqui a alguns anos, acabando por ser inevitável pensar em terapêuticas dirigidas, em Imuno-Oncologia ou mesmo no que poderá estar para além da Imuno-Oncologia.

Talvez por estar com o número 30 bem presente, chamou-me à atenção uma publicação com o título “Shaping the Future of Oncology: Envisioning Cancer Care in 2030”. Um documento desenvolvido e publicado pela ASCO (American Society of Clinical Oncology) em 2011, que alimentou na perfeição este exercício de conjecturar sobre o futuro.

Na opinião dos especialistas que desenvolveram este documento, o primeiro ponto que revolucionará o futuro do tratamento do cancro são as tecnologias de informação (TI). Para minha surpresa, admito, este primeiro ponto não termina em *nib*, *mab* ou outro acrónimo de fármacos ou classes de fármacos, mas está sustentado na visão de que em 2030 será possível usar as TI para aprender de cada doente. A expectativa é que com os enormes avanços nesta área, passe a ser possível compilar através de sistemas integrados e seguros, informação

de cada doente oncológico, como as suas características demográficas, perfil genético, tratamentos e respectivos resultados (quer seja efectividade como segurança), e diversos outros dados relacionados com a evolução do doente e da doença. Este grupo antevê que ao juntar e tratar dados de milhões de doentes, será possível identificar tendências e associações de entre uma imensidão de variáveis, o que por sua vez permitirá gerar novas hipóteses e rapidamente aplicar estas descobertas na prática clínica.

O segundo ponto deste documento é intitulado de Cancer Panomics, ou seja o uso combinado de várias tecnologias de biologia molecular, que permitirão dar um enorme salto na tão falada terapêutica personalizada. Com o uso generalizado desta tecnologia, os Médicos terão informação de quais os “alvos” a ser considerados na muito complexa rede de caminhos e cascatas moleculares das células oncológicas. Acaba por ser um mapa de “sensibilidade” de cada tumor e de cada doente, sendo expectável que em 2030 já seja possível associar várias terapêuticas dirigidas a diferentes alvos. Significará passar do “one fits all” para o “one fits one”.

O terceiro e último ponto do documento tem como título “Resources – From Cost to Value

in Cancer Care”. Dos vários tópicos debatidos nesta última parte do documento, chamou-me a atenção a afirmação de que o custo actual destes fármacos tem por base o insucesso, ou seja as inúmeras moléculas que ficam pelo caminho depois de investidos muitos milhões, devendo ser uma prioridade tentar fazer melhores ensaios, reduzindo assim os custos de investigação e consequentemente os custos destes novos fármacos. Como desenvolver os nossos modelos de financiamento que tenham por base o valor, e otimizar os custos de investigação, promete continuar a ser o grande desafio.

Reflectindo um pouco mais sobre o segundo ponto do documento da ASCO, o facto é que a cada congresso que vamos, ouvimos falar de um novo potencial alvo, de uma potencial nova molécula. Havendo já no mercado várias dezenas de fármacos dirigidos, sejam grandes ou pequenas moléculas, na verdade existem muito mais alvos identificados do que moléculas aprovadas. Por outro lado, e como referido no documento, como e quando combinar estas muitas terapêuticas dirigidas promete continuar a preencher muitas das sessões dos principais congressos internacionais.

A Imuno-Oncologia, que tantas expectativas tem criado, parece ser a área onde todas as empresas de Biotecnologia querem estar, estimando-se que hajam cerca de 800 estudos clínicos em curso nesta área. Esta classe de fármacos que estimula o sistema imunitário do próprio doente para “combater” o cancro, já deixou de ser apenas um sonho, para ser uma realidade bem presente, com várias moléculas a apresentarem avanços significativos em diversos tipos de tumores, sólidos e hematológicos.

Das diversas *immunotherapies*, as que provavelmente são mais associada ao factor “WOW”, são as chamadas CAR (Chimeric Antigen

Receptor) T-Cell. De forma muito resumida, consiste em retirar células do sistema imunitário (linfócitos T) do sangue do doente, células estas que são posteriormente modificadas em laboratório e novamente administradas ao doente com a missão de destruir as células tumorais. Ou seja, é a personalização do tratamento oncológico elevada a um novo patamar. Não falamos de um “mapa” molecular e do respectivo “cocktail” de tratamentos dirigidos, mas de um tratamento desenvolvido para cada doente oncológico.

E onde estará a Gilead em 2030 na área de Oncologia?

Sendo simplesmente impossível imaginar, resta especular e desejar que também nesta área terapêutica, a Gilead não faça apenas parte da evolução, mas sim da revolução, descobrindo e desenvolvendo mais e melhores soluções para os doentes oncológicos. Que daqui a apenas 13 anos, a Gilead tenha contribuído para que a sobrevivência de muitos dos tumores mais frequentes deixe de ser “apenas” de alguns anos, ou mesmo “alguns” meses quando em estadios avançados, para se aproximar da sobrevivência da população em geral. Que tenha contribuído para que a curvas de Kaplan-Meier deixem de ter o frequentemente chamado efeito “banana” para cada vez mais apresentarem um plateau bem acima do ponto mediano, e que Hazard-Ratios abaixo de 0,4 deixem de ser a excepção e passem a ser a regra também nas doenças mais agressivas.

Tendo em mente a enorme expectativa que todos temos para que já em 2030 muitos mais cancros possam ser curáveis, ou pelo menos controlados ao ponto de se tornarem doenças crónicas, só posso desejar que a Gilead contribua para este enorme avanço assim como o fez na área do HIV e da Hepatite. ■

## CONFERÊNCIA DO EUROPEAN FORUM FOR PRIMARY CARE (EFPC) A VOZ DO CIDADÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UM COMPROMISSO SOCIAL PELA “SAÚDE PARA TODOS”



**André Biscaia \***

Médico de Família da  
USF Marginal - ACES  
de Cascais



**Tiago Vieira Pinto \*\***

Enfermeiro na USF  
Serpa Pinto - ACES  
Porto Ocidental



**António da Luz Pereira \*\*\***

Médico de Família da  
USF Prelada - ACES  
Porto Ocidental

Portugal vai receber pela primeira vez uma conferência do EFPC - European Forum for Primary Care e o que se vai ouvir é a voz do Cidadão nos cuidados de saúde.

Num momento em que se discutem os sistemas de saúde em vários países no Mundo, em que mudanças políticas colocam em causa os modelos sociais atuais e, em Portugal, se tenta lançar estratégias para uma maior participação cidadã na Saúde, esta Conferência vai trazer preletores de toda a Europa e estimular a discussão sobre como se pode promover a participação cidadã na Saúde para que se possa alcançar um compromisso social pela 'saúde para todos'.

### A Voz do Cidadão na Saúde

Esta voz será ouvida de vários focos. Os mais habituais (e não menos importantes por isso) – os investigadores, os políticos, os jornalistas e os peritos - estarão presentes, mas também se ouvirão os porta-vozes das associações de doentes e de utentes dos serviços de saúde ou de movimentos que procuram mais e melhor participação cidadã na saúde e, mais “original”, terão voz, em discurso direto, as próprias pessoas que procuram e têm experiências de cuidados de saúde.

A lista de preletores inclui utilizadores do SNS como utentes, familiares de utentes ou cuidadores como Susana Constante Pereira, Nicola Bedlington (secretary general of the European Patients' Forum), Katerina Koutsogianni, (president Association People with Rheumatic Diseases Crete); Inês Alves (President ANDO Portugal, Fellow of the European Patients' Academy on Therapeutic Innovation (EUPATI), assim como Sofia Crisóstomo pelo projecto “Mais participação, melhor saúde”, mas também a Eurodeputada Marisa Matias, o Prof Constantino Sakellarides ou o Dr Rui Moreira da Câmara Municipal do Porto.

### Este será o único tema na Conferência?

Este será o tema central da conferência, mas outros também terão o seu espaço: a contratualização adequada de serviços, a construção de políticas

adaptativas como instrumentos fundamentais para se alcançar a felicidade e o bem-estar individuais e coletivos; o tópico dos cuidadores informais – tema da conferência anterior – também terá continuidade, assim como teremos uma sessão sobre a Saúde do Mediterrâneo com uma abordagem dos sistemas de saúde dos países mediterrâneos e de como cada um vive a participação cidadã na Saúde e uma grande sessão sobre Portugal com a participação do Ministro da Saúde.

Teremos preletores como Mitch Blair, Professor of Paediatrics and Child Public Health, Imperial College London “How can children and their families support primary care to be the natural home for child health care in Europe?”, Jan De Maeseneer & Sally Kendall do European Forum for Primary Care ou André Biscaia da Associação Nacional de USF – USF-AN.

Para ver toda a lista de preletores e de workshops: <http://www.euprimarycare.org/porto/efpc-2017-porto-conference-24-26-september>

### O que é o EFPC e qual a importância de Portugal receber a sua conferência anual?

O European Forum for Primary Care (EFPC) é uma organização europeia multiprofissional que agrega uma série de organizações ligadas aos Cuidados de Saúde Primários com o objetivo de melhorar a Saúde da População através da promoção de Cuidados de Saúde Primários fortes. É uma organização com muita influência nas políticas de saúde europeias e mundiais e a escolha de Portugal para uma das suas conferências vai trazer visibilidade a Portugal e às suas políticas e realizações na área da Saúde.

Para saber mais sobre o European Forum for Primary Care: <http://www.euprimarycare.org/>

### A Conferência, a Pré-Conferência, os Young Experts e a Cultura

A conferência é uma realização conjunta da Associação Nacional de USF – USF-AN com o EFPC, apoiado por um consórcio que integra a

Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a ADSO - Associação dos Docentes e Orientadores de Medicina Geral e Família e a AUCC – Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade.

A Conferência decorrerá de 25 a 26 de setembro de 2017 na Casa do Médico no Porto havendo uma Pré-conferência a 24 de setembro com workshops, visitas a unidades de saúde do Porto e uma discussão sobre o consumo de droga que ocorrerá nos locais de consumo da cidade do Porto e com as equipas de saúde que com ele lidam.

No sábado, dia 23/09, decorrerá a 1ª Reunião do Grupo de Trabalho Young Experts in Primary Care. Este grupo de trabalho do EFPC que agrega profissionais até aos 35 anos envolvidos com o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários nos seus países tem como missão facilitar a sua interação e tem como objetivo a construção de soluções para os desafios europeus na área da Saúde. Estão planeadas para essa reunião, sessões plenárias e grupos dinâmicos de trabalho em torno, entre outros, da construção da Carta do Porto para a Promoção da Participação Pública na Saúde.

Haverá ainda um grande programa cultural com visitas pelo Porto e uma sessão de saúde narrativa em locais icónicos da cidade do Porto como o Teatro Rivoli.

Será uma conferência que se quer com uma dimensão (250-275 participantes) que permita o encontro, a interação e a discussão produtiva.

### **As interfaces entre níveis de cuidados de saúde e o compromisso social pela “saúde para todos”**

O envelhecimento da população, a importância crescente das doenças crónicas, a necessidade de uma maior individualização dos cuidados e o aumento do consumo de recursos em saúde exigem cuidados mais próximos, mais integrados e de grande qualidade para uma melhor Saúde e a necessária sustentabilidade financeira que esta exige.

Portugal passa atualmente por reformas nos vários níveis de cuidados. A mais profunda ocorreu em 2005 nos cuidados de saúde primários com a constituição das USF (Unidades de Saúde Familiar) e dos ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde) e vive agora um novo ciclo com uma aposta nas pessoas - pessoas que procuram cuidados de saúde e os profissionais que os prestam -, na governação clínica, numa maior capacidade de resposta na resolução dos problemas e num novo modelo de contratualização. Existem agora 484 USF no País que cobrem aproximadamente 5,6 milhões de pessoas e integram cerca de 9000 profissionais.

Nesta conferência e de forma a aproximar territórios habitualmente afastados da estratégia de saúde serão discutidos vários princípios orientadores:

- a promoção de uma cidadania participativa;

- o desenvolvimento de contextos e processos de contratualização orientados para a melhoria e integração dos vários níveis de planeamento e prestação de cuidados de saúde;

- e a construção de políticas adaptativas que se baseiem em análises integradas e voltadas para o futuro, incluam os contributos do maior número possível de stakeholders, prevejam a capacitação para ajustamentos automáticos da política, através da monitorização de indicadores-chave, fomentem a auto-organização e o networking social, descentralizem e incentivem respostas variadas para se potenciar a inovação e finalmente que implementem rotinas de avaliação, revisão e de aprendizagem permanentes.

Estes princípios estão diretamente associados a instrumentos de participação cívica, de transparência, de compromisso público, de prestação de contas de todos os envolvidos e de valorização de aspetos específicos referentes às necessidades e realidades locais, regionais e nacionais.

Esta configuração concetual deve ser claramente posta ao serviço de metas de bem-estar e felicidade, individuais e coletivas, sendo estas as principais finalidades de um compromisso social para a saúde que se quer neste contexto construir.

Nesta área da integração dos cuidados e das políticas adaptativas, destacamos as várias comunicações que acontecerão na conferência vindas de Itália sobre a experiência das Casa della Salute e de Portugal sobre a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

### **Como se pode fazer a inscrição?**

Para inscrições ir: <http://www.euprimarycare.org/porto/registration>

### **Onde se pode saber mais informação sobre a Conferência?**

Para mais informação sobre a conferência consulte o site da USF- AN: <https://www.usf-an.pt/proximos-eventos/porto-efpc-2017/>

e o micro-site da Conferência: <http://efpc2017.pe.hu/>

Estamos apostados em transformar esta conferência num grande acontecimento para a Saúde e os Cuidados de Saúde Primários Portugueses e Europeus. ■

\* Presidente da Comissão Científica Portuguesa

\*\* Comissão Organizadora Portuguesa

\*\*\* Comissão Científica Portuguesa

## INOVAÇÃO E TECNOLOGIA AO SERVIÇO DA SAÚDE

### APLICAÇÃO DA METODOLOGIA TIME-DRIVEN ACTIVITY-BASED COSTING

#### À UNIDADE DE DIÁLISE DO CENTRO HOSPITALAR DO PORTO

#### Ângela Felix

Serviço de Informação de Gestão do Centro Hospitalar do Porto

#### António Cabrita

Director do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto

#### Delfim Garrido

Serviço de Informação de Gestão do Centro Hospitalar do Porto

#### Miguel Guimarães

CEO Cost and Profitability Consulting

#### Rui Pedroso

Vogal do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto

**Objetivos:** Caracterizar detalhadamente os custos por produto, serviço, processo e atividade da Unidade de Diálise do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto, EPE (CHP) por forma a evidenciar pontos estratégicos de atuação que conduzam a um aumento da sua rentabilidade.

**Métodos:** Recolha, análise e cruzamento de toda a informação relevante para aferir, com o maior rigor possível, o custo da diálise por doente: farmácia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (mcdt), recursos humanos envolvidos e respetivo tempo dedicado a cada atividade. Aplicação da metodologia Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC) para simular cenários em decisões de natureza variável, como custos, recursos humanos, capacidade instalada e análise custo-benefício, criar relatórios multidimensionais de gestão, avaliar resultados a nível de processo, episódio, unidade e procedimento, e estudar quadros reais de otimização da atividade de diálise. Utilização de tecnologia avançada (PA5G Acom Systems) para extração e limpeza de dados (ETL), cálculo e alocação de custos e criação de cubos multidimensionais de reporting.

**Resultados:** Em 2015 foi obtido um défice global de aproximadamente 349 mil euros: 94 mil euros para a hemodiálise (HD), 81 mil euros para a diálise peritoneal (DP) e de 174 mil euros para o apoio dialítico a outros serviços do hospital.

Identificaram-se cinco cenários concretizáveis com os seguintes impactos: criação de mais um posto dialítico (33 mil euros), renegociação com os fornecedores de diálise peritoneal (68 mil euros) renegociação com fornecedores de material equipamento de hemodiálise (159 mil euros), reposição salarial para 2017 (-22 mil euros) e uma recomendação de registo alternativo de um procedimento sem impacto terapêutico (48 mil euros).

A implementação simultânea destas propostas podem permitir um ganho de 296 mil euros, ou seja, o défice passaria para 52 mil euros.

**Conclusões:** A atividade de diálise no Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto revelou-se deficitária. A metodologia TDABC permitiu a análise detalhada e multidimensional dos custos da Unidade de Diálise e propor cenários para a melhoria da eficiência

garantindo a mesma qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes.

**Palavras-chave:** Hemodiálise, Time-Driven Activity-Based Costing, Centro de Resultados

#### 1. Introdução

No último meio século a despesa no sector de saúde cresceu acentuadamente em todos os países desenvolvidos. É um sector que está frequentemente em evidência devido aos montantes envolvidos, à tecnologia usada, à inovação relacionada com a descoberta de novas terapêuticas e pela relação direta com a vida das pessoas. Sendo óbvio que a comparticipação do Orçamento de Estado para as despesas de saúde não irá aumentar indefinidamente, impera a necessidade de adotar modelos de gestão que promovam uma maior eficiência.

Um conhecimento efetivo e detalhado dos custos que compõem determinada atividade é essencial para a definição de estratégias de gestão adequadas ao objetivo pretendido, e neste sentido, assume extrema importância um sistema de custeio implementado. Como Kaplan e Cooper [18] defendem, uma má informação sobre os custos dos produtos conduz a uma má definição de estratégias.

As metodologias de custeio no sector da saúde continuam sem grande inovação, como pode constatar-se por uma análise aos custos e preços praticados na saúde e publicados na literatura dos últimos anos. Neste quadro, a abordagem da metodologia de custeio baseada em atividade altera a cultura dominante no sector e demonstra a possibilidade de aumento de eficiência.

Neste trabalho será analisado o impacto da aplicação da metodologia TDABC na eficiência económica da Unidade de Diálise do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto. Serão descritos os passos desenvolvidos no apuramento dos custos de produção, gestão e tratamento da doença renal crónica realçando-se a constituição de cenários com vista ao conhecimento da viabilidade económica, alcançando a base para a criação de um centro de resultados na área da diálise hospitalar.

## 2. Enquadramento

Portugal normalizou, concebeu e implementou um programa de gestão da doença renal crónica (DRC), para o sector público e privado, ao estabelecer um conjunto de indicadores de qualidade e um modelo de pagamento prospetivo. Importa assim verificar, a par da qualidade dos cuidados de saúde prestados, a viabilidade económica destes centros de tratamento quer em termos da aplicação de fundos públicos quer em termos de informação para a gestão.

Nos últimos anos a metodologia do contrato programa hospitalar designa a área de diálise para a constituição de novos modelos de gestão propondo, por um lado, o incremento significativo dos programas hospitalares de diálise peritoneal (DP) e hemodiálise (HD), e por outro, a criação de centros de resultados, particularmente nas instituições do sector empresarial do Estado, assumindo que pode constituir um instrumento de motivação dos profissionais e, simultaneamente, de obtenção de um elevado grau de eficiência.

Neste sentido, o Serviço de Nefrologia do CHP elaborou uma proposta contendo a descrição e funcionamento do Serviço bem como a capacidade instalada para o tratamento da doença renal crónica severa, solicitando uma demonstração simplificada dos resultados da Unidade de Diálise. O estudo preliminar obteve um défice de 10%, todavia era esperado, dado a incerteza provocada pela necessidade de recursos para sustentar a procura de doentes internados em outros serviços do hospital com DRC. Este apoio pode não estar refletido nos preços da Portaria.

O Conselho de Administração, perante a proposta de melhoria, autoriza todo o processo de aprofundamento dos resultados adjudicando à Cost and Profitability Consulting em colaboração com o Serviço de Informação de Gestão do próprio hospital. O projeto teve a duração de seis meses.

## 3. O Serviço de Nefrologia e a Doença Renal Crónica

### 3.1 O Serviço de Nefrologia

O Serviço de Nefrologia foi fundado no Hospital de Santo António em 1975. É constituído por 17 Nefrologistas, 5 Internos, 1 Nutricionista, 42 Enfermeiros, 2 Assistentes Técnicas e 16 Assistentes Operacionais e dispõe de 19 camas de internamento próprio, além de apoiar todos os doentes renais do hospital. Realiza anualmente 650 a 700 internamentos 100 a 120 transplantes renais, 2000 consultas internas, 19000 consultas externas, cerca de 9000 Sessões de HD (das quais 6000 a doentes ambulatórios e 3000 a doentes internados).

O programa de hemodiálise crónica trata cerca de 40 doentes, que permanecem no hospital por critério de gravidade. Os restantes são referenciados e tratados em unidades ambulatórias da sua área de residência, geralmente convencionadas, e são apoiados

pelos CHP em caso de necessidade de cuidados especiais como internamento, ou para transplante renal. Por razões organizacionais, o Serviço é também responsável por todos os tratamentos de plasmaferese do CHP assim como do programa de aférese das LDL (lipoproteínas de baixa densidade).

O programa de Diálise Peritoneal (DP) existe desde 1985 e tratou um número cumulativo de 570 doentes, estando em ativo cerca de 60 doentes. O Serviço ensina os doentes na execução da técnica, segue-os na consulta, mas subcontrata o fornecimento de material e o apoio de enfermagem para o tratamento domiciliário.

### 3.2 O Mercado da Diálise

O último relatório da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) sobre Hemodiálise de 2015 refere um total de 10753 doentes em hemodiálise dos quais apenas 801 (7%) eram tratados em unidades integradas no SNS. Se a estes forem acrescentados 750 doentes em Diálise Peritoneal [9], teremos um total de 12,6% dos doentes com doença renal crónica (DRC) tratados no sector público.

A oferta de hemodiálise crónica no setor público está limitada, por um lado pela disponibilidade dos serviços que estão estruturados para tratar doentes agudos, e por outro pela opção política que foi mantida desde 1978 de tratar a maioria dos doentes em regime convencionado. Esta política tem sido muito eficaz a tratar os doentes perto do seu domicílio, mas não tem favorecido o investimento público. Por outro lado, a diálise peritoneal, que poderia ser aumentada com menor investimento inicial em capacidade instalada, e que alguns consideram que poderia ser mais barata, tem uma utilização considerada subótima em Portugal. Esta situação gerou uma alta dependência do Estado perante o setor privado, pouco confortável para os governos quando têm que negociar revisões de preços. E fica sempre o desconhecimento dos custos reais da diálise e a suspeição de que o Estado poderia fazer melhor e mais barato e não o faz por conflitos de interesses dos médicos.

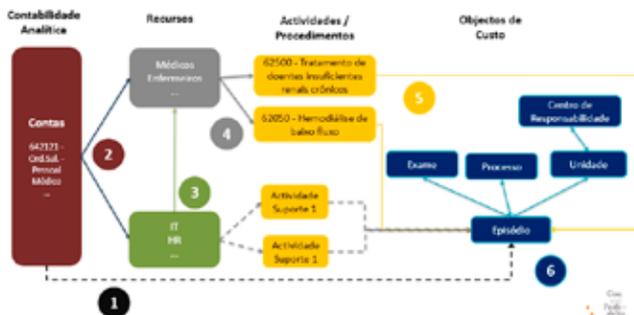
No caso da utilização de técnicas dialíticas a doentes internados os custos dos procedimentos são avaliados teoricamente pela ACSS através da auscultação de peritos e publicados em tabelas, nem sempre refletindo o custo efetivo nas condições reais de operação. No caso dos programas de diálise em doentes ambulatórios (Hemodiálise e Diálise Peritoneal), o preço compreensivo deveria ser compensador, já que paga o tratamento dos doentes e gera lucros no setor convencionado. Resta saber se é verdade no setor público, e se não, porquê.

## 4. Processo de Implementação do Projeto

### 4.1 – Metodologia

A implementação do projeto tem por base um modelo de arquitetura de custeio que permite a utilização e aplicação de diferentes tipos de metodologias

conforme o tipo de despesa a alocar, a relação causa-efeito entre indutor e recetor e os dados disponíveis para o efeito. Este modelo de arquitetura de custeio segue, no seu core, os princípios da metodologia Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC) (metodologia desenvolvida pelo Prof. Robert S. Kaplan e Steven R. Anderson com publicação da Harvard Business School em 2004) que permite alocar corretamente a cada paciente, exame e episódio o correto custo de tratamento por tipo de recurso utilizado.



Este modelo de arquitetura permite desde logo perceber a complexidade na construção de um modelo de custeio pela necessidade de:

- Obter dados da contabilidade analítica que isolem o serviço no âmbito,
- Definir os recursos a considerar e respetiva capacidade disponível,
- Mapear e identificar as principais atividades e procedimentos de cada recurso,
- Definir a estrutura multidimensional de objetos de custeio obtendo, para cada um, dados representativos do período em análise, e definir que diferentes tipos de custo podem ser alocados por diferentes níveis:

1 - Representa a alocação de custos que podem ser imputados diretamente a um elemento de um dos objetos de custo. Um exemplo específico seria o custo por kit de DP que pode ser alocado diretamente do ficheiro de aprovisionamento a cada paciente.

2 - Representa a alocação de custos que pertencem a um determinado tipo de recurso, funcional ou de suporte. Tipicamente são custos que são alocados a 100% a um tipo de recurso / departamento. No modelo implementado um exemplo específico será o custo com salários médicos em diálise que irá a 100% para o grupo de profissionais médicos no âmbito do projeto.

3 - Para alguns tipos de recursos, tipicamente de suporte e sem ligação direta com os objetos de custo, é possível realocar aos recursos funcionais através de indutores simplificados. Um exemplo seria alocar o custo do departamento de Recursos Humanos pelo número de profissionais de cada função (Médicos, Enfermeiros, etc.).

4 - Representa alocação do custo dos recursos pelas suas atividades.

5 - Representa a alocação do custo das atividades a cada objeto de custeio via time-equations. As time-equations permitem a utilização de atributos e condições que diferenciem os vários elementos dos objetos de custo. No modelo implementado conseguiu-se extrair o tempo utilizado ao nível dos procedimentos para cada grupo profissional e desta forma alocar corretamente o custo a cada episódio, exame e processo.

6 - Representa a alocação entre objetos de custeio. Este nível é importante quando temos determinado tipo de custos que sabemos que só pertencem a um tipo de tratamento, unidade, etc. e queremos garantir que este tipo de custos não irão "fluir" por todas as dimensões.

A seleção da arquitetura de modelo e metodologia foram elemento fundamental para o sucesso deste projeto pois permitiu:

- Perceber que o modelo se constrói com diferentes opções / níveis em termos de alocação de custo.
- A utilização da metodologia TDABC para a correta alocação dos custos dos diferentes grupos profissionais através das time-equations a cada procedimento, episódio, processo.
- A análise de custos e rentabilidade multidimensional.
- Perceber onde integrar cada conjunto de dados extraídos para o modelo.
- Garantir a rastreabilidade de cada alocação e permite com facilidade voltar a atualizar o modelo em cada período.
- Realizar simulações e criação de cenários com a alteração de parâmetros transacionais.

## 4.2 Fontes e Tratamento de Informação

Os dados pesquisados e trabalhados no Hospital existem em várias fases do processo de tratamento do doente de uma forma pouco interdependente. As fontes de informação foram tratadas de forma a convergir para o objetivo final do projeto e de forma a coincidir com a realidade operada no serviço.

No projeto custeamos os fatores de produção de cada procedimento e em todos os doentes e episódios, conseguindo o resultado no tratamento dialítico num período e nas duas modalidades de tratamento. Não foram considerados os custos com os acessos vasculares nem estão incluídos na receita os valores dos proveitos "não core" à diálise (ex: proveitos suplementares).

Destaca-se a envolvimento dos diferentes grupos profissionais no tratamento da informação conseguindo assim, através de estudos específicos, um detalhe e validação superior em todo o projeto.

## Contabilidade Analítica

O projeto de custeio teve como suporte base a informação da contabilidade analítica do hospital. O custo apurado na analítica do Serviço de Nefrologia estabeleceu os valores por rubrica contabilística: medicamentos, materiais e recursos humanos. Os custos indiretos representam 11% do custo total e foram igualmente repartidos por ato médico (transação). Consideramos como custos indiretos os fornecimentos e serviços externos (eletricidade, renda, telefone,...), os custos da administração (aprovisionamento, recursos humanos, serviços financeiros,...), a área de instalações e equipamentos (oficinas,...) e a área da logística (contínuos, serviço rouparia, higiene e limpeza,...).

## Organização, Procedimentos e Tempos

Respeitando a organização do espaço físico do serviço e a relação dos recursos humanos necessários por posto dialítico foi estabelecida a duração para cada um dos procedimentos por grupo profissional. A duração apurada inclui as atividades auxiliares ao procedimento (preparação do material, higienização da sala,...). Os procedimentos a custear foram os publicados em portaria (Portaria 234/2015 de 7 de Agosto) para a área da Nefrologia, de forma a obter os objetos de custeio relevantes e de âmbito nacional.

Todos os episódios foram caracterizados com a informação relativa ao exame realizado, data, número do processo clínico do doente, serviço prescritor, etc..

## Dimensões de Análise

### Custos

A informação de gestão hospitalar, apesar da elevada evolução, ainda não compreende o custeio do doente e do ato médico. Tradicionalmente nos hospitais são apurados os custos por serviço, porém quando o objetivo é custear o doente num determinado episódio clínico a média geral de utilização de recursos pode não ter a relevância necessária.

Assim, e de forma a obter os mcdt prescritos por episódio (ex: análises sanguíneas, imagiologia,...) utilizou-se a informação extraída da aplicação de business intelligence do CHP que foram posteriormente valorizados aos preços da portaria (Portaria 234/2015 de 7 de Agosto). Para os custos com a farmácia usou-se a cedência de medicamentos por episódio extraídos da aplicação de Gestão Hospitalar de Armazéns e Farmácia (GHAF).

O tratamento desta informação revelou dados não convencionais ao atribuir aos doentes de DP consumos superiores de medicamentos relativamente ao que seria previsível (consumo indiferente à modalidade de tratamento). Não foram estudados os motivos para estes resultados, contudo os doentes que realizam hemodiálise num centro são acompanhados pelo médico e pela enfermagem três vezes por semana e os que

fazem DP efetuam apenas uma consulta por mês, levantando a medicação nesse mesmo dia. De notar que ainda existem prescrições manuais de medicamentos para doentes em hemodiálise e prescrições eletrónicas para doentes de DP, resultando numa falta de uniformização nos procedimentos de registo e, conseqüentemente, em dificuldades na imputação de custos.

Para obter o número efetivo de dias de tratamento do projeto por paciente de DP cruzou-se os dias de tratamento prescritos e encomendados com os dias de tratamento faturados à Administração Regional de Saúde, ou seja, foi necessário verificar o percurso clínico de cada doente de forma a alinhar as três plataformas de informação: encomendas, informação clínica e aplicação da faturação.

O material consumido é requisitado para o armazém do Serviço através do GHAF. Este depois é usado conforme as necessidades de cada doente sem qualquer registo. Para o projeto, a afetação do material ao procedimento resultou de um estudo específico que estabelece a correspondência entre o artigo e o ato médico.

Uma vez que o equipamento existente está amortizado, os custos foram introduzidos supondo a aquisição de equipamento novo. Para alocação do equipamento ao ato médico foi usado o estudo prévio à elaboração da portaria (Portaria 234/2015 de 7 de Agosto).

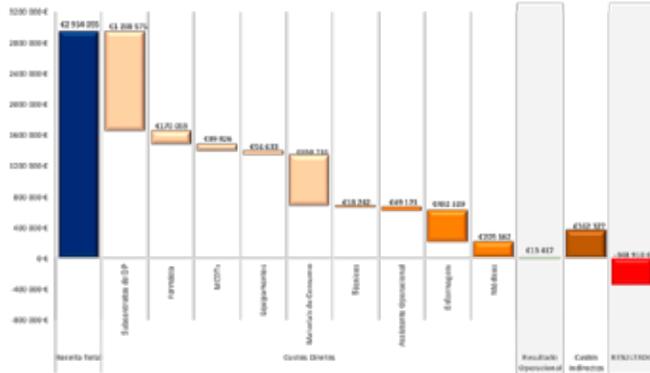
## Proveitos

Para a atividade de apoio a doentes internados (no Serviço de Nefrologia ou noutros Serviços do Hospital), cada mcdt realizado pela nefrologia foi valorizado ao preço estabelecido em Portaria e, para a atividade própria, foi usado o preço compreensivo como qualquer centro de hemodiálise privado. O preço compreensivo remunerava a atividade seguindo padrões de qualidade estabelecidos para a DRC independentemente da modalidade terapêutica prescrita. Em resumo, apuramos o resultado para cada ato médico, episódio e doente sempre de acordo com o que está previsto no âmbito da legislação para a prestação de cuidados de saúde na área da diálise.

## 4.3 Resultados do Projeto Base

Os resultados são negativos em cerca de 349 mil euros, todavia os custos indiretos são de 362 mil euros, conseguindo custos de atividade positivos. As receitas são as consideradas para o sector privado sendo que o sector público tem que assegurar a atividade urgente e o tratamento de qualquer doente com DRC que esteja internado no hospital. Segmentando a Unidade de Diálise em três (HD, DP e apoio a doentes internados (no Serviço de Nefrologia ou outros) verificamos que todos estão negativos e que o segmento de HD apresenta -94 mil euros, que o segmento de

DP atinge o montante -81 mil euros e o apoio dialítico a outros serviços do hospital ascende a -174 mil euros.



Verifica-se que os custos da administração, instalações e equipamentos propulsionam os resultados negativos, contudo os materiais de algumas técnicas no segmento do apoio também não estão suficientemente remuneradas. Os custos com pessoal em períodos noturnos estarão influenciados por tempos mortos em termos de atividade, no segmento de DP o subcontrato dos cuidados domiciliários compreende 85% da receita todavia contém os doentes com os melhores e piores resultados atendendo à terapia realizada.

Unidade	Designação	N.º de	Receita	Custos	Custos	Custos	Custos	Custos	Resultados	Resultados
Operativa	Operativa	Unidades	por Unidade							
0300	OPERAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE CUSTOS POR H. D. D. C.	780	22,410.00	6,790.00	0.000	8,810.00	11,310.00	11,310.00	-9,100.00	8,198.000
0300	OPERAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE CUSTOS POR H. D. D. C.	834	24,240.00	407,700.00	-3,210.00	0.000	88,220.00	88,220.00	-8,180.00	478,840.00
0300	SUBVENÇÃO ADICIONAL DE FOMENTO DE INVESTIMENTOS EM DP (CUSTOS)	90	75,600.00	11,710.00	0.000	0.000	0.000	0.000	-1,840.00	278,190.00
0300	SUBVENÇÃO ADICIONAL DE FOMENTO DE INVESTIMENTOS EM DP (CUSTOS)	10	28,200.00	20,210.00	0.000	0.000	0.000	0.000	7,990.00	76,700.00
0300	REMOÇÃO DE ATOPICOS	2283	126,450.00	180,420.00	1,480.00	14,480.00	28,270.00	15,770.00	9,000.00	10,800.000
0300	REMOÇÃO DE TUBOS FLEXÍVEIS	1380	30,960.00	40,200.00	1,480.00	14,480.00	28,270.00	15,770.00	12,810.00	10,100.000
0300	REMOÇÃO DE TUBOS RÍGIDOS	381	110,430.00	40,200.00	1,480.00	14,480.00	28,270.00	15,770.00	12,810.00	9,000.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERICUTÂNEOS/SONDAS PARA HEMODIÁLISE	39	108,900.00	75,240.00	80.70	28,800.00	34,560.00	1,110.00	27,450.00	100.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERICUTÂNEOS/SONDAS PARA HEMODIÁLISE	15	40,500.00	16,940.00	80.70	28,800.00	34,560.00	1,110.00	2,100.00	30.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES PARA HEMODIÁLISE	17	376,710.00	488,700.00	80.70	488,810.00	21,030.00	1,110.00	85,930.00	1,104,400.00
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES DE LONGA DURADA	88	22,820.00	6,120.00	80.70	34,480.00	1,110.00	1,110.00	8,000.00	100.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES DE LONGA DURADA	881	300,840.00	285,710.00	1,110.00	481,110.00	108,110.00	1,110.00	16,800.00	17,100.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES DE LONGA DURADA	79	80,580.00	100,210.00	1,110.00	481,110.00	108,110.00	1,110.00	16,800.00	4,100.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES DE LONGA DURADA	802	160,110.00	110,000.00	1,110.00	144,810.00	36,300.00	1,110.00	28,810.00	16,100.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES DE LONGA DURADA	7	17,910.00	0.000	0.000	0.000	43,200.00	0.000	-25,290.00	100.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES DE LONGA DURADA	91	108,900.00	80,700.00	80.70	0.000	80,810.00	0.770.00	1,810.00	0.000.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES DE LONGA DURADA	34	84,810.00	10,000.00	0.000	31,080.00	46,200.00	4,440.00	14,010.00	80.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES DE LONGA DURADA	2867	140,270.00	61,710.00	1,110.00	31,080.00	62,270.00	1,110.00	88,810.00	100.000.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES DE LONGA DURADA	1459	107,210.00	100,000.00	0.000	48,010.00	1,110.00	0.000	18,110.00	10,000.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES DE LONGA DURADA	1084	107,210.00	40,000.00	0.000	1,110.00	1,110.00	0.000	4,010.00	100.000.000
0300	REMOÇÃO DE CATETERES PERMANENTES DE LONGA DURADA	1260	107,210.00	70,000.00	0.000	1,110.00	1,110.00	0.000	4,010.00	100.000.000
										14,010.00

4.4 Elementos diferenciadores

A metodologia permite isolar qualquer parâmetro, alterá-lo e medir o seu impacto e permite também uma análise detalhada multidimensional e a criação de uma demonstração de resultados ao nível do paciente.

5. Propostas para Mudança Económica

Durante a construção do modelo foram surgindo propostas de melhoria que serviram de ponto de partida para a criação de cenários a simular. Houve a preocupação de partir de pressupostos concretizáveis e de incluir uma análise que considere a reposição salarial prevista ao longo de 2017, resultando num total de 6 cenários.

**Cenário 1 – Criação de mais um posto dialítico.** Uma alteração ao espaço físico, através da demolição de uma das paredes do serviço, permitiria adicionar mais um posto dialítico, com capacidade instalada idêntica, e o tratamento de, até, mais 6 utentes/ano mantendo os custos fixos inalteráveis. A simulação deste cenário resultou num aumento direto da eficiência em 33 mil euros ao ano;

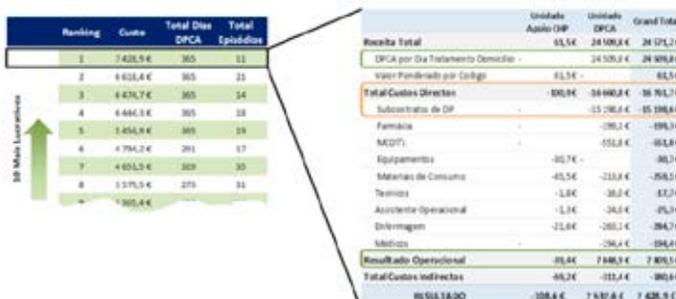
**Cenário 2 - Renegociação com os fornecedores de DP.** Atualmente o valor do tratamento subcontratado representa 85% do preço compreensivo. Os restantes 15% terão de cobrir a medicação, os mcdt e todos os custos com o ensino da técnica e consultas externas. Conseguindo uma redução de 3 euros por tipo de subcontrato (Δ 4,7% a 7,3%) será possível obter um ganho na ordem dos 68 mil euros.

**Cenário 3. Abertura de concurso para material e equipamentos de HD.** Outra das propostas com bastante impacto nos resultados finais, e que já se encontra em fase de implementação, foi a abertura de um concurso com fornecedores de material de HD. Pretende-se negociar um custo fixo de 37 euros que integre consumíveis e equipamento, face aos 48 euros pagos atualmente. Esta alteração resulta num ganho de 159 mil euros anuais para a instituição;

**Cenário 4. Reposição salarial.** Durante o ano de 2016 dá-se o fim do processo de reversão dos cortes salariais aplicados em 2011. Assim, foi considerada uma reposição de 3,5% para equipa de enfermagem e de 10% para equipa médica. O resultado desta operação representa um aumento de custos em cerca de 22 mil euros anuais.

**Cenário 5.** Este cenário considera duas condições: a) ajustamento do preço de transferência interno (valor da portaria em vigor) para as técnicas de aférese e plasmaferese que permita cobrir o valor dos custos diretos; b) otimização da utilização dos códigos hemodiálise de alto fluxo e hemodiálise de baixo fluxo, transferindo cerca de 400 pacientes para o código com maior receita. Esta alteração não tem efeitos terapêuticos e gera um ganho para a Unidade de Diálise na ordem de 48 mil euros por ano;

**Cenário 6.** Neste último cenário consideraram-se todos os 5 anteriores a ocorrer em simultâneo, resultando num otimização de 296 mil euros por ano.





## 6. Base para Criação de Novos Modelos de Gestão em Saúde

Considerando a evolução que se tem verificado nos sistemas de informação, é hoje possível monitorizar um conjunto de dados normalizados e sistemáticos referentes a produção, acesso, qualidade e produtividade, desagregados a nível dos serviços. Esta informação em tempo útil, reforça a intervenção para minorar o diferencial entre resultados obtidos e resultados esperados, assim, a valorização da negociação, dos processos e dos resultados, numa lógica de melhoria contínua, resultará num reforço da autonomia organizativa e de gestão, sendo a metodologia TDABC decisiva para a criação de um centro de resultados na diálise do CHP, uma vez que está vocacionada para a fornecimento de informação relevante à gestão.

## 7. Conclusão e Perspetivas Futuras

A metodologia TDABC evidenciou ser capaz de apoiar a demonstração dos resultados com alto nível de detalhe, quer ao nível da rúbrica quer ao nível do ato médico transcrevendo com eficácia todo o processo de formação dos custos e receitas. Esta demonstração é decisiva para a criação futura de centros de responsabilidade e permitiu:

1. Colocar no centro o resultado por paciente, episódio, tipo de tratamento, fornecedor, cliente e procedimento sempre com o detalhe das rúbricas económicas;
2. Perspetivar os impactos de alterações dos fatores de produção;
3. Controlar a utilização de recursos dos pacientes com maiores gastos (agrupar tipologias de doentes);
4. Aumentar a credibilidade da contratualização interna e a deteção dos desvios entre os resultados obtidos e esperados;
5. Uma visão imediata de códigos deficitários permitindo avançar com recomendações de melhoria interna (preços de transferência) e externa (negociação com a tutela e fornecedores).

## 8. Bibliografia

1. National Kidney Foundation (2002) K/DOQI: Clinical practice guidelines for chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2002; 39 (Suppl 1): S1-S266.
2. Levey AS, Atkins R, Coresh J, Cohen EP, Collins AJ, Eckardt KU, Nahas ME, Jaber BL, Jadoul M, Levin A, Powe NR, Rossert J, Wheeler DC, Lameire N, Eknoyan G: Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int* 67: 2089–2100, 2005.
3. Keith DS, Nichols GA, Gullion CM, Brown JB, Smith DH. Longitudinal follow-up and outcomes among a population with chronic kidney disease in a large managed care organization. *Arch Intern Med* 2004; 164:659-663.
4. Abboud H, Henrich WL. Clinical practice. Stage IV chronic kidney disease. *N Engl J Med* 2010 Jan 7; 362(1):56-65.
5. Coresh J, Astor BC, Greene T, Eknoyan G, Levey AS: Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis* 41: 1–12, 2003.
6. US Renal Data System: USRDS 2009 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, Bethesda, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2009.
7. US Renal Data System: USRDS 2010 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, Bethesda, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2010.
8. US Renal Data System: USRDS 2016 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States, Bethesda, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2016.
9. Registo da SPN 2016. [http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO\\_DRC2016.pdf](http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO_DRC2016.pdf)
10. Ministério da Saúde (1998). Decreto-Lei 97/98 de 18 de abril. Diário da República – N.º91, 1ª série-A.
11. Ministério da Saúde (2002). Despacho n.º 7001/2002 de 7 de março. Diário da República – N.º79 de 4 de Abril de 2002, 2ª série.
12. Ministério da Saúde (2008). Despacho n.º 4325/2008 de 18 de janeiro. Diário da República – N.º35 de 19 de Fevereiro de 2008, 2ª série.
13. Ministério da Saúde (2010). Despacho n.º 19109/2010 de 17 de dezembro. Diário da República – N.º249 de 27 de dezembro de 2010, 2ª série.
14. Ministério da Saúde (2011). Despacho n.º 47-A/2011, de 31 de Dezembro de 2010. Diário da República – N.º1 de 3 de janeiro de 2011, 2ª série.
15. Ministério da Saúde (2011). Despacho n.º 10569/2011 de 01 de agosto. Diário da República – N.º161 de 23 de agosto de 2011, 2ª série.
16. Ministério da Saúde (2013). Decreto-Lei n.º 139/2013 de 09 de outubro. Diário da República – N.º195, 1ª série.
17. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Relatório de Acompanhamento de Actividade – Hemodiálise 2015
18. Kaplan, R. e Cooper, R. (1988). *Cost & Effect: using integrated cost systems to drive profitability and performance*. Harvard Business School Press. Boston. ■

# ATIVIDADES E EVENTOS '17

## Conversas de Fim de Tarde 2017

### Financiamento do SNS. Debater o Futuro da ADSE

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) em parceria com o Hospital de Magalhães Lemos, EPE e com apoio da Astellas Pharma, Lda., realizaram no dia 30 de junho de 2017, no Auditório Hospital de Magalhães Lemos, no Porto a primeira sessão das Conversas de Fim de Tarde Sessão alusiva à temática do "Financiamento do SNS. Debater o Futuro da ADSE"

Este evento foi presidido e moderado pelo Prof. Dr. Carlos Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH e pelo Sr. Enfermeiro Diretor João Teles, que esteve em representação do Dr. António Leuschner, Presidente do conselho de administração do Hospital de Magalhães Lemos, EPE.

O programa científico contou com interessantíssimas participações, de peritos em diversas áreas, tendo estado presentes como comentadores o Professor Doutor Américo Mendes (Economia, Católica Porto Business School), Professor Doutor Luís Pina Rebelo (Economia, Católica Porto Business School), Sra. Enfermeira Isabel Oliveira (Enfermagem Médico-Cirúrgica, ULS Matosinhos) e do Dr. João Ferreira (Economia, Hospital de Braga). Por último, estiveram presentes na qualidade de dinamizadores o Dr. José Laranja Pontes (Medicina Estética e Reconstructiva, IPO Porto) e o Dr. António Franklím Ramos (Medicina de Anatomia Patológica, ULS Alto Minho).



## Sessões Media Training Sessões Lisboa, Coimbra e Porto

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) no âmbito das suas múltiplas atividades, empreende processos de formação destinados a dirigentes e quadros superiores dos organismos e unidades de saúde, nomeadamente a realização de ações formações na área do Media Training dirigidas à Alta Direção de Unidades de Saúde (ao nível hospitalar e dos cuidados de saúde primários), em parceria com a em parceria com a Alter Ego e com o importante apoio da Novartis.

Nos dias de hoje, a maioria dos altos dirigentes das unidades de saúde deparam-se com desafios mediáticos complexos, que implicam uma grande exposição das suas unidades ao público em geral. Esta realidade impõe respostas eficazes, revelando-se fundamental promover a valorização e capacitação das competências no relacionamento dos altos dirigentes de unidades de saúde com os diferentes órgãos de comunicação social.

A formação na área do Media Training dirigidas à Alta Direção de Unidades de Saúde pretendeu assim dotar os seus participantes com competências no relacionamento com os media, pela simulação de entrevistas em contexto real e aprendizagem dos principais conteúdos relacionados com estas dinâmicas.

Foram realizadas quatro sessões, das quais duas em Lisboa (19 e 20 maio de 2017), uma sessão em Coimbra (26 de junho de 2017) e uma sessão no Porto (1 de julho 2017), que se revelaram um grande sucesso, reconhecido por todos seus participantes.



NOVARTIS

## REPRESENTAÇÕES APDH

- “Comemoração do Dia Mundial da Higiene das Mãos e Prevenção e Controlo das Infecções e Resistências aos Antimicrobianos” – Hospital de Magalhães Lemos, 05 maio, Porto – Esteve presente o Dr. António Santos, Vogal da Direção da APDH
- Reunião Restrita: “Projeto SNS + Proximidade” – Ministério da Saúde, 08 maio, Lisboa - Esteve presente o Professor Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH e a Dra. Ana Lívio, Gestora de Projetos da APDH
- “Apresentação Livro Políticas de Saúde” – Auditório do Palácio da Bolsa, 19 maio, Porto - Esteve presente o Dr. António Santos, Vogal da Direção da APDH
- “Seminário APOGEN “Medicamentos Biossimilares: Mais acesso, melhor Acesso” – Museu do Oriente, 24 maio, Lisboa – Esteve presente o Professor Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH
- “Cerimónia de entrega do “Prémio APIFARMA/ Clube de Jornalistas - Jornalismo em Saúde” – Palácio Foz, 30 maio, Lisboa – Esteve presente o Professor Carlos Pereira Alves, Presidente da Direção da APDH e o Dr. António Santos, Vogal da Direção da APDH
- “Lançamento do Global Pain Index” – Auditório da GlaxoSmithKline, 06 junho, Algés - Esteve presente a Prof.ª Margarida Eiras, Vogal da Direção da APDH e a Dra. Ana Lívio, Gestora de Projetos da APDH
- “Apresentação Relatório Primavera 2017” – 28 de junho, Fundação Calouste Gulbenkian, Auditório 3, Lisboa – Esteve presente a Prof.ª Ana Escoval, sócia individual da APDH
- “XII Congresso Nacional do Mutualismo - 07 Julho, Alfândega do Porto - Esteve presente o Dr. António Santos, Vogal da Direção da APDH
- “Apresentação de Conclusões - Inovar na Saúde “Cancro 2020: Podemos fazer (ainda) melhor”, 12 julho, Assembleia da República – Esteve presente a Prof.ª Ana Escoval, sócia individual da APDH
- “ENICOP-Encontro Internacional com o Património - Maia 2017 - dia 14 e 15 de Julho - Esteve presente o Dr. António Santos, Vogal da Direção da APDH • “Sessão divulgação abertura aviso candidaturas TO 3.30 (PO ISE)”: 06 abril, INFARMED – Esteve presente a Dra. Ana Lívio, Gestora de Projetos da APDH”

## EVENTOS FUTUROS

- 2º Lean Health Meeting, Reitoria da Universidade Nova de Lisboa, 2 e 3 de novembro de 2017
- Encontro da 11.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde, 23 de novembro de 2017, Auditório da ESTeSL
- Conferência “Integração de Cuidados e Literacia em Saúde. Capacitar o Cidadão no SNS”, 23-24 novembro 2017, Lisboa



+ ∞

"When We Invest in  
Discovery, the Sky Is  
the Limit"

MSD Chairman and CEO, Ken Frazier

2017

Integração do portefólio  
de Vacinas na Europa

2016

125º Aniversário  
da MSD

2015

Programa de Doação de Mectizan®  
elimina a cegueira dos rios em quatro  
países da América Latina. Prémio Nobel  
da Medicina atribuído a  
William C. Campbell

2014

Aprovação do primeiro tratamento  
imuno-oncológico da MSD

2011

Programa "MSD for Mothers"  
junta-se à luta para acabar com  
a mortalidade materna

2006

Aprovação da primeira vacina  
contra o cancro do colo do útero.  
Nova terapêutica para a  
Diabetes Tipo 2

1996

Terapêutica para o HIV recebe  
a aprovação mais rápida da  
História da FDA

1987

Lançamento da primeira estatina  
para redução do colesterol

1957

Início do desenvolvimento  
de vacinas infantis

1943

Envio de penicilina para  
os campos de batalha da  
Segunda Guerra Mundial

1936

Síntese da  
Vitamina B12

1899

Publicação do primeiro  
Manual MSD

1891

Criação da MSD

Conseguimos feitos  
fantásticos no passado.

Hoje, trabalhamos para alcançar  
feitos fantásticos no futuro.



**MSD**

*Fique bem*