



○ CANCRO:

“SE FOR DETETADO
PRECOCEMENTE
TEM MELHOR
PROGNÓSTICO
E SAI MAIS BARATO
PARA A SOCIEDADE”

Maria de Belém Roseira
Deputada AR

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

schülke -+





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

ÍNDICE

EDITORIAL	4
REALIDADES	6
ESTUDO	8
ANÁLISE	12
OPINIÃO	18
GRANDE ENTREVISTA	20
ENFERMAGEM	28
ESTUDO II	30
INOVAÇÃO	34



Revista da Associação Portuguesa para o
Desenvolvimento Hospitalar



Diretora

Ana Escoval

Coordenadora

Marina Caldas

Redação

Edite Espadinha, Marina Caldas, Marina Tovar Rei

Editora de Arte e Paginação

Ana Rita Gama

Fotografia

Bruno Serra

Revisão

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

Diretor Comercial

José Ferreira

Editora

HOSPIPRESS - Cooperativa Editorial
978-989-99359

Impressão

UE

Tiragem

4.000 exemplares

Distribuição

Gratuita

Periodicidade

Bimestral

Projeto

COMPANHIA DE IDEIAS

branding | tv | eventos | web | health

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

Propriedade

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

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



Editorial

Francisco Gentil (1878-1964), médico e gestor sempre preocupado com o doente, cuja imensa obra foi realizada na luta contra o cancro, afirmava: “Os doentes que não trazem carta de apresentação são recomendados pelo Director” e “Nada, nem mesmo a clássica vaidade médica, deve sobrepor-se ao interesse dos doentes”.

O quarto número da revista “O Hospital” chega-nos às mãos em tempo de férias, com artigos e autores que aqui disponibilizam os seus pontos de vista, especialistas na área e/ou titulares de responsabilidade na saúde pública, sobre a primeira causa de morte prematura – as doenças oncológicas (segundo o PNS 2012-2016, em Portugal, as principais causas de mortalidade prematura, medida através da taxa de Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP), são os tumores malignos - 31,7%).

O cancro costuma aparecer sem “aviso prévio”

Uma das características peculiares nestas doenças é o seu surgimento e crescimento silenciosos. Os sintomas e sinais decorrentes do crescimento de um tumor são decorrentes da invasão ou compressão do órgão acometido. Dependendo do órgão, da localização e da velocidade do crescimento do tumor, os sintomas podem aparecer dias ou meses após o surgimento do cancro. O tempo é crucial no tratamento desta doença e quanto mais cedo for diagnosticada, mais hipóteses de cura terá o doente. Aqui reside a importância da prevenção, diagnóstico e deteção precoces através de exames médicos e de meios complementares de diagnóstico, direcionados de acordo com a idade e o sexo de cada cidadão. Atualmente, os avanços na medicina permitem a diminuição do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, mas é necessário garantir o rápido acesso a todos aqueles cujos sintomas ou manifestações indicem a doença.

Para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes oncológicos, importa operacionalizar planos e passar da intenção à ação.

Embora tenha sido criada em 2002, a Rede de Referenciação Hospitalar (RRH) em oncologia cujo objetivo é a regulação das relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, na área da oncologia, apoiando, assim, um sistema integrado de informação interinstitucional, de acordo com o programa do Plano Nacional das Doenças Oncológicas (PNDO) de 2012, a RRH não responde ainda adequadamente, pelo que se “deverá tornar mais efetiva, de modo a oferecer aos doentes os melhores cuidados disponíveis e permitir a melhor rentabilização dos recursos existentes”.

O choque do diagnóstico, as limitações associadas aos tratamentos e a incerteza quanto ao futuro, contribuem para um sentimento de tristeza, solidão e angústia (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2014).

Porque o cancro continua a ser uma das principais prioridades nos sistemas de saúde de todo o mundo, dado que a sua incidência continua a aumentar, potenciado pelo crescimento e pelo aumento da longevidade, as consequências económicas decorrentes do tratamento destas doenças tornam-nas uma prioridade. As recentes e inovadoras opções de tratamento levantam preocupações sobre a capacidade de financiamento dos sistemas de saúde, pois da investigação recente surgiu inovação para os vários tipos de cancro, tendo sido desenvolvidas diferentes terapêuticas, incluindo as vacinas preventivas. Dado ser o cancro a doença com maior impacto económico, quer a nível mundial, quer a nível nacional, não só pela sua elevada taxa de mortalidade, como pela perda de produtividade associada, um dos principais desafios que se colocam é encontrar estratégias e mecanismos que permitam contribuir para a garantia do acesso à inovação terapêutica que melhor se adequa a cada cidadão.

Por isso também, importa desenvolver mecanismos que visem a participação informada do cidadão, no que respeita à autonomia e à tomada de decisão em saúde.

A photograph of two children in school uniforms standing in front of a chalkboard. The child on the left is a young boy with a joyful expression, looking towards the right. The child on the right is a girl with her back to the camera, her hair in a ponytail with a decorative hair tie. The background is a dark, textured chalkboard.

BE WELL.
A PROMISE MADE TO THE WORLD.*

* FIQUE BEM.
UMA PROMESSA QUE FAZEMOS AO MUNDO.

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

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

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

Todos os direitos reservados. CORP-1021808-0000

O QUE FAZ PELA SUA SAÚDE?

A consciência de que cuidar de nós, diariamente, pode ajudar a diminuir os riscos de um futuro pouco saudável e com menos doenças, levou a revista "O Hospital" a criar um espaço que pretende dar voz a diferentes personalidades da sociedade civil, ajudando a encontrar caminhos concretos na realidade da Educação para a Saúde.

Assim, em cada edição, oferecemos este espaço a uma figura da sociedade Portuguesa, com provas dadas em diferentes domínios, para que nos diga o que faz (ou não) pela sua Saúde.

Como primeira escolha, convidámos a escritora Rita Ferro a abrir o livro e dizer TUDO sobre o seu comportamento diário e os efeitos que tal conduta tem tido na sua Saúde e no seu bem estar físico e psicológico.

Controversa, pragmática, direta, Rita Ferro não esteve com rodeios: não tem feito muito mas esta no bom caminho. Aqui fica o seu texto.

Até hoje, pouco fiz pela minha saúde. Toda a vida fumei, comi e bebi o que me apeteceu. Entretanto, fiz erros crassos: dormi anos a fio encavilhada sobre duas almofadas, sabendo de antemão que me arquearia a coluna; escrevi catorze horas por dia durante décadas, sem preocupações de postura; carreguei pesos contra a recomendação dos médicos, nas mil vezes que mudei de casa, ganhando duas hérnias resabiadas; abusei (e ainda abuso) do sal; nunca eduquei as vísceras, pois não tenho horários e sou desarvorada.

Sentia-me precocemente envelhecida e demasiado cansada para a atividade física que fazia. De um dia para o outro, tomei consciência de que precisava de contrariar sem drama todas estas autoflagelações. Custa-me admitir, mas um pouco mais de sentido de luta ter-me-ia ajudado. Sou orgulhosa e não gosto de perder, de modo que tenho tentado, embora sem grande convicção.

Só agora, chegada aos 60, numa idade em que serenei um pouco a minha sofreguidão sobre a vida, as pessoas e o Mundo, pensei que talvez pudesse suspender as minhas indagações inglórias para me dedicar um pouco mais à saúde. Na verdade, pensando bem, é indecente deixar para os meus, que tanto adoro, a espiga de arrastar para o médico, nos dez ou quinze anos que possa ainda viver, um trambolho avariado - talvez agora.

Comecei por deixar de fumar e, meses depois, como engordei disparatadamente, fiz uma dieta racional e perdi 15



RITA FERRO

Escritora portuguesa.

Estudou design e foi professora de Publicidade Redigida no Instituto de Artes Gráficas, Design e Marketing.

Começou a publicar em 1990.

Durante 11 anos exerceu o cargo de redatora de publicidade nas Selecções do Readers Digest.

Em 1994 apresentou, conjuntamente com Mário Zambujal, o programa "Quem conta um conto" na RTP2.

quilos; passei a preocupar-me mais com a minha pele; bebo mais água e como mais fruta, vegetais e saladas, embora menos ainda do que deveria. Falta-me fazer exercício físico continuado e talvez pilates, porque até agora, infelizmente, desisti de todas as atividades que comecei. Enfim, estou no bom caminho: sinto-me melhor, não me rio sem desatar a tossir, deixei de ter dores na coluna e já ando seis metros sem arfar. Para mim, são progressos gigantes. ■



Committed to Improving the Lives of Patients Worldwide®

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

E-mail: celgene.portugal@celgene.com

GLIPICANO-1 - UM BIOMARCADOR PARA DETEÇÃO PRECOCE DO CANCRO DO PÂNCREAS

SÓNIA MELO*

(colaboração de Carolina Ruivo)

O cancro do pâncreas é atualmente o quarto cancro mais mortal a nível mundial. O Eurostat estimou em 2011 que a nível europeu cerca de 78 mil mortes foram atribuídas a esta neoplasia. No ano de 2014 foi apresentada uma previsão sobre o aumento da incidência da mortalidade devido ao cancro do pâncreas, sendo de 8.13 mortes para homens e 5.56 mortes para mulheres por cada 100 000 habitantes europeus[1]. Esta patologia apresenta uma taxa de sobrevivência a 5 anos de apenas 1% e uma taxa média de sobrevivência de 4 a 6 meses [2]. Acresce também, que o diagnóstico precoce é muito pouco frequente, sendo que somente 10 a 15% dos pacientes diagnosticados podem ser sujeitos a cirurgia [3]. Adicionalmente, o cancro do pâncreas é associado a um prognóstico muito desfavorável e apresenta resistência a terapias convencionais tais como quimioterapia e radioterapia. Assim decorrente destes dados, torna-se claro a urgência do desenvolvimento de testes de diagnóstico mais precisos e de terapias novas e mais eficazes.

Os exossomas são nano-vesículas extracelulares protegidas por uma bicamada lipídica, cujo o diâmetro varia entre os 50 e 150 nanómetros e que são virtualmente secretados por todos os tipos de células. Muito embora tenham sido descobertos no final dos anos 80, poucos autores exploraram a funcionalidade destas vesículas até muito recentemente. No ano de 2007, Valadi et al. reportou a presença de RNA mensageiro e microRNA funcional no interior de exossomas derivados de células cancerígenas [4]. Desde então, vários estudos têm demonstrado um vasto conjunto de evidências, sobre o papel dos exossomas na promoção do cancro.



No caso concreto do cancro do pâncreas, exossomas produzidos por células do tumor primário demonstraram ser responsáveis pela formação do nicho pré-metastático no fígado contribuindo significativamente para a formação de tumores secundários [5]. Também em exossomas derivados do plasma de pacientes com adenocarcinoma do ducto pancreático, foi encontrado DNA com cadeia dupla, que muito embora não se demonstre biologicamente ativo, contem sequências pertencentes a todos os cromossomas das células parentais, permitindo a avaliação das mutações genéticas dos genes KRAS e TP53, frequentemente mutados em cancro do pâncreas[6]. Os referidos estudos permitiram vislumbrar o potencial que os exossomas possam vir a ter como biomarcadores tumorais.

No estudo levado a cabo por Melo et al., a análise de exossomas foi realizada utilizando a técnica de espectrometria de massa, através da qual foi possível detetar a presença específica de glipicano-1 (GPC1), um proteoglicano situado geralmente na superfície celular, em exossomas derivados de células cancerígenas de cancro da mama e do pâncreas [7]. Particularmente, não





Traduzimos a linguagem da vida em medicamentos vitais

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

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

AMGEN[®]

Pioneering science delivers vital medicines[™]



foi detetada a presença desta proteína nos exossomas de linhas celulares não tumorigénicas. Os resultados obtidos na deteção de exossomas positivos para GPC1 em modelos animais atímicos, injetados com as referidas linhas celulares, mostraram que a percentagem de exossomas positivos para esta proteína era positivamente correlacionada com a dimensão do tumor e a carga tumoral.

Seguidamente, foram analisados exossomas isolados a partir de soro de um total de 190 casos de adenocarcinoma do ducto pancreático (PDAC) e de 100 indivíduos saudáveis. A comparação entre os exossomas PDAC e o grupo de controlo revelou uma significativa diferença nos níveis de GPC1 ($P < 0.0001$). Adicionalmente, descobriu-se que os níveis exossomais de GPC1 permitiam distinguir pacientes com lesões precursoras de cancro do pâncreas (histologicamente validadas) de dadores saudáveis e ainda permitiram uma clara distinção de doenças pancreáticas benignas.

De forma a avaliar as implicações que os níveis de exossomas positivos para GPC1 poderiam ter num cenário de diagnóstico, foi comparada a sua especificidade e sensibilidade aos níveis do antígeno carboidrato 19-9 (CA19-9; também conhecido como sialyl LewisA), que se trata do standard clínico para avaliação de PDAC. Verificou-se efetivamente que os níveis de CA19-9 se encontram significativamente elevados no grupo de pacientes PDAC. No entanto, os níveis de CA19-9 falharam na distinção de pacientes com doenças pancreáticas benignas visto serem igualmente elevados nestes casos, e mais ainda não permitiram distinguir pacientes com lesões precursoras de indivíduos saudáveis.

Pela comparação dos resultados obtidos para pacientes de cancro do pâncreas estadios I-IV com dadores saudáveis e doenças benignas do pâncreas foi obtida uma curva receiver operating characteristic (ROC) que revelou um classificador praticamente perfeito com um valor AUC igual a 1.0, uma sensibilidade e especificidade de 100% e um valor preditivo positivo e negativo de 100% para todos os estadios (carcinoma in situ assim como estadios I-IV). Foi também estudada a relação entre os níveis de exossomas positivos para GPC1 e carga metastática, sendo que pacientes com metástases distantes mostram níveis mais elevados (média 58.5%) do que pacientes com metástases restritas aos nódulos linfáticos (média de 50.5%) ou mesmo sem apresentação metastática (média de 39.9%).

Da mesma forma, foram comparados os níveis de exossomas positivos GPC1 pré e pós cirurgia (7 dias) sendo que foi descoberta uma diminuição significativa dos mesmos ($P < 0.0001$ para pacientes com PDAC e $P < 0.001$ para pacientes com lesões precursoras). Para avaliar a capacidade de prognóstico dos exossomas positivos para GPC-1, os pacientes avaliados previamente

foram divididos em dois grupos: o primeiro corresponde aos casos cuja diminuição de GPC-1 foi maior ou igual à mediana da diminuição de exossomas GPC1 positivos pós-cirurgia, sendo que o segundo corresponde à situação inversa. Verificou-se que o primeiro grupo apresentou uma sobrevivência geral de 26.2 meses e sobrevivência associada à doença de 27.2 meses quando comparado com o segundo grupo cuja sobrevivência foi de 15.5 para ambos os casos. Utilizando o modelo de regressão de Cox, com análise multivariável, foi confirmado que a diminuição de exossomas GPC1 positivos é de facto um marcador tanto de prognóstico, como um marcador preditivo independente para sobrevivência específica de doença.

Por último estes resultados foram ainda validados com um modelo animal geneticamente alterado para desenvolver PDAC. Foi confirmado que o nível de exossomas GPC1 positivos foi aumentando ao longo do tempo e proporcionalmente com a carga tumoral. Curiosamente, os níveis de exossomas GPC1 positivos foram detetados primariamente à deteção de lesões neoplásicas com exames de ressonância magnética.

Em conclusão, este estudo demonstra que é possível usar a deteção do nível de exossomas GPC1 positivos para diagnosticar e monitorizar o cancro do pâncreas, com ênfase na deteção precoce desta patologia. ■

1. Malvezzi, M., et al., European cancer mortality predictions for the year 2014. *Annals of Oncology*, 2014. 25(8): p. 1650-1656.
2. Jemal, A., et al., Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin*, 2010. 60(5): p. 277-300.
3. Loos, M., et al., Surgical Treatment of Pancreatic Cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2008. 1138(1): p. 169-180.
4. Valadi, H., et al., Exosome-mediated transfer of mRNAs and microRNAs is a novel mechanism of genetic exchange between cells. *Nat Cell Biol*, 2007. 9(6): p. 654-659.
5. Costa-Silva, B., et al., Pancreatic cancer exosomes initiate pre-metastatic niche formation in the liver. *Nat Cell Biol*, 2015. 17(6): p. 816-826.
6. Kahlert, C., et al., Identification of Double-stranded Genomic DNA Spanning All Chromosomes with Mutated KRAS and p53 DNA in the Serum Exosomes of Patients with Pancreatic Cancer. *The Journal of Biological Chemistry*, 2014. 289(7): p. 3869-3875.
7. Sonia A. Melo, et al., Glypican-1 identifies cancer exosomes and detects early pancreatic cancer. *Nature*, 2015.

* Investigadora

Juntos pela inovação.



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

Lilly

OS IPO TÊM FUTURO?

No debate que O Hospital pretendeu realizar, relativamente à realidade do cancro em Portugal, era obrigatório ouvir os responsáveis máximos pelas administrações dos IPO.

Considerados, desde o seu nascimento, locais de excelência no tratamento de uma patologia que vai crescer nos próximos anos, interessa saber que futuro têm estes institutos e que mudanças terão que fazer. Por outro lado, e assumindo que o crescimento da patologia vai obrigar a uma necessidade de proximidade entre o doente e o hospital, será que faz sentido a sua existência ou o tratamento destes doentes deve ser realizado no conceito da saúde de proximidade?

Esta foi a questão base que colocámos aos presidentes dos Conselhos de Administração dos três IPO do país – José Maria Laranja Pontes (Porto); Manuel António Leitão da Silva (Coimbra) e Francisco Ramos (Lisboa), deixando a porta aberta para respostas a problemas que estão na ordem do dia: Sabendo-se que a incidência do cancro em Portugal e no Mundo vai aumentar, está o IPO preparado ou não? O Plano Nacional para as Doenças Oncológicas (da DGS) é realista ou está ultrapassado? Que mudanças implementaria? Os IPO são locais onde melhor se trata o cancro ou nos tempos atuais, onde tudo é global, esta referenciação tão particular ainda faz sentido?

IPO - PORTO PORTUGAL E O CANCRO

LARANJA PONTES*

De acordo com dados publicados recentemente pela OMS, 14 milhões de pessoas são diagnosticadas com cancro todos os anos, mas a previsão é de que esse número aumente para 19 milhões em 2025, 22 milhões em 2030 e 24 milhões em 2035.

Os dados nacionais apontam para um crescimento semelhante em termos percentuais e evidenciam que este aumento progressivo da incidência do cancro é fruto da longevidade crescente, dos erros comportamentais de alimentação, dos estilos de vida e do diagnóstico mais precoce e frequente.

Neste contexto é expectável que cada vez mais se detetem lesões iniciais e se assista a mudanças nos hábitos comportamentais. Contudo, também continuaremos a ter um número crescente de situações de evolução desfavorável e a apresentação de casos em estágio avançado em doentes idosos e com multipatologias que levarão à necessidade de instalações com alta tecnologia, acesso à inovação, internamento prolongado e apoio na fase terminal da doença.

O IPO-Porto tem sido ao longo dos anos um centro de referência nacional e internacional no domínio do tratamento,



ensino e investigação em oncologia, estando toda a sua atividade, assim como a sua organização funcional, centrada no doente. Como centro de oncologia e hospital certificado e acreditado, garantimos acesso rápido aos cuidados de saúde, o que nem sempre é tarefa fácil. Tratamos mais de 10 mil novos doentes por ano na instituição, o que nos coloca como o maior prestador nacional de cuidados em internamento, ambulatório, em tratamentos altamente diferenciados de radioterapia, cirurgia e medicamentos. O





IPO-Porto dispõe de todo o equipamento necessário, bem como dos recursos humanos especializados o que lhe permite acolher e assistir todos os doentes que a ele se dirigem em busca de tratamento em qualquer estágio ou qualquer localização, mesmo os doentes comunitários que a nós recorrem ao abrigo dos cuidados transfronteiriços. Acresce ainda o tratamento aos doentes estrangeiros que já nos procuram.

Fruto de quatro décadas de trabalho e investimento, em termos de recursos humanos e tecnologias, o IPO-Porto é uma referência positiva e valorizada na comunidade. Atualmente, a organização dos cuidados encontra-se dividida em 11 clínicas, sendo o critério diferenciador a patologia do doente e não a especialidade médica. Fala-se em Clínica de Patologia Digestiva ou da Mama, em vez de Consulta de Medicina ou de Cirurgia. Este modelo organizacional encontra-se perfeitamente sedimentado, estando neste momento a ser criadas condições para que os hospitais da região tenham acesso às consultas de grupo das várias clínicas onde trabalham especialistas de patologia. O elevado número de doentes que recebemos todos os anos permite que o pessoal para além de um elevado nível de formação, possua experiência alargada que a todos os títulos é indispensável, para desempenhos de excelência em todas as áreas.

O modelo nacional de prestação de cuidados oncológicos passa pela existência dos três IPO, aglutinados num grupo hospitalar, GHIPOFG, conjugado com a prestação de cuidados oncológicos nos hospitais gerais.

Os IPO funcionam como centros especializados de alta diferenciação que detêm conhecimento e experiência ao serviço do doente, nomeadamente:

- No tratamento de cancro raros que devem por norma ser direcionados para centros com elevado volume de intervenções;
- Na elaboração de normas de orientação clínica atuais e consensuais;
- Na realização de intervenções complexas;
- Na realização de tratamentos de radioterapia com recursos especializados, não só equipamento e infraestruturas, mas também recursos humanos, tais como, físicos, radioterapeutas, entre outros;
- No acesso a ensaios clínicos de origem académica ou da indústria farmacêutica.

Estes argumentos não implicam, no entanto, que todos os doentes devam ser tratados nestes centros de alta diferenciação. Os cancros menos complexos e mais comuns podem ser acompanhados de forma segura e efetiva nos hospitais gerais. Os cuidados devem ser prestados, tanto quanto possível na proximidade do doente, por questões de

comodidade do mesmo, mas também porque a articulação com os cuidados primários é mais fácil de gerir a partir de hospitais gerais onde as relações já estão estabelecidas. Contudo, o direito à equidade dos cidadãos só será exercido se as normas de orientação clínica forem explicitamente cumpridas e extensíveis a toda a rede.

Este modelo misto de tratamento, dos cancros mais comuns na proximidade e dos mais complexos nos centros de alta diferenciação, requer um compromisso explícito para a coordenação, quer ao nível político quer operacional na busca de um funcionamento mais adequado. A partilha de informação, de registos médicos e comunicação e o regimento de normas de orientação clínica eficaz são condições fundamentais para o bom funcionamento destas redes.

Tendo em conta as perspetivas futuras de aumento da incidência desta doença, torna-se premente a nível nacional colocar o doente e a gestão da doença no centro do sistema, alargando as redes de cooperação aos diferentes níveis de cuidados de saúde. Aproveitar o conhecimento dos centros especializados e usá-lo de modo a redefinir a Rede de Referência em Oncologia poderá representar uma excelente oportunidade para a implementação de iniciativas neste sentido. Adicionalmente, teremos de continuar a apostar em prevenção primária e secundária a título de exemplo, as campanhas relacionadas com a cessação tabágica (cancro do pulmão) e o contexto legislativo promulgado tem de ser cumprido na prática, com vigilância e políticas repressivas nos ambientes públicos principalmente frequentados por jovens. A sensibilização para os efeitos da exposição solar em demasia (cancro da pele) ou a vacinação contra o HPV (cancro do colo do útero) são programas a perseguir com afinco. No que se refere à prevenção secundária são de destacar os vários programas de rastreio, nomeadamente nos cancros da mama, colo do útero, já em curso em várias regiões do país, e o cancro colorretal que, necessitando de uma logística muito exigente, deve ser abordado como projeto investigacional a não descorar.

Em conclusão, sabemos da existência e extensão da doença e de doentes, temos profissionais e equipamentos para continuar a prestação em padrões desejáveis, mas temos de não parar com o investimento na organização e expansão da rede de tratamento. Seria muito negativo que um incremento no diagnóstico não pudesse encontrar no acesso e no tratamento respostas prontas e efetivas. O SNS tem de saber cumprir este desafio societário. ■

* Presidente do Conselho de Administração do IPO-Porto

Licenciatura em Medicina pela Universidade do Porto em 1976.

Especialização em Cirurgia plástica estética e reconstrutiva em 1988.

IPO - COIMBRA RECLAMAR O FIM DOS IPO NÃO FAZ O MENOR SENTIDO



MANUEL ANTÓNIO L. SILVA*

O IPO de Coimbra está preparado para o aumento da incidência do cancro?

O aumento da incidência do cancro, particularmente ao nível das localizações mais frequentes, é admitido pela generalidade dos estudos de forecast e os resultados estão alinhados com as previsões para a Europa e, de um modo geral, para os países da OCDE embora com especificidades que podem ser significativas de país para país.

Do nosso ponto de vista, nunca uma Instituição de per si, ainda que seja um centro de referência para o diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas, como é o IPO de Coimbra, poderá dizer que está preparada para um qualquer aumento da procura resultante do aumento da incidência do cancro.

Mas o que é crítico não é que as instituições estejam preparadas, mas sim o sistema de saúde. O SNS, enquanto rede estruturada e hierarquizada de serviços, terá que encontrar os modelos de organização de cuidados, mais eficientes do ponto de vista da utilização dos recursos, mas também os que sejam clinicamente mais efetivos, para responder bem a um aumento de procura.

Um Serviço Nacional de Saúde que tem a vantagem de poder contar, na sua matriz de organização, com um pilar fundamental na luta contra o cancro, como são os três Institutos de Oncologia, está seguramente melhor posicionado do que os sistemas que têm a vertente da oncologia dispersa pela generalidade das suas organizações de saúde.

E se esta realidade tem expressão no sistema de saúde há 90 anos, tantos quantos o da existência do Instituto Português de Oncologia, resultado da visão de Francisco Gentil, agora estará ainda mais reforçada com a criação do Grupo Hospitalar como forma de promover a coesão estratégica e a atuação concertada dos 3 Centros nos domínios da clínica, da investigação, da formação e treino dos profissionais e da gestão dos recursos, fortalecendo aquele que é, porventura, um dos principais ativos do SNS – a marca IPOFG.

Naturalmente que a capacidade de resposta do sistema estará dependente de um conjunto de variáveis críticas e da forma como essas variáveis podem interagir. Embora o cancro não se combata exclusivamente com recurso a tecnologia sofisticada, há uma dimensão de atualização da plataforma tecnológica que é determinante no sucesso das terapêuticas, não apenas na área do diagnóstico como também em domínios como a radioterapia, as técnicas cirúrgicas inovadoras ou mesmo na área do medicamento.

Ora a excessiva ênfase que, por razões decorrentes do plano de ajustamento, tem sido dada a valores de EBITDA próximos de zero como objetivo de desempenho coloca, a nosso ver, em risco a atualização indispensável do plateau tecnológico das unidades de saúde, fomenta a obsolescência das estruturas e compromete os resultados no futuro.

Felizmente que o panorama começa a mudar, lenta mas consistentemente, havendo hoje uma maior consciencialização dos decisores para a criticidade destas variáveis, podendo os fundos comunitários provenientes do Portugal 2020 desempenhar um papel determinante na modernização da infraestrutura de prestação de cuidados,



não apenas no domínio da oncologia, mas em todas as patologias.

O Plano Nacional das Doenças Oncológicas ainda faz sentido?

Todos conhecemos o cliché segundo o qual os portugueses têm aversão ao planeamento e que o verbo “desenrascar” só se conjuga na língua portuguesa.

Apesar disso, o que não tem faltado em Portugal são planos. O que verdadeiramente tem faltado é uma cultura de avaliação das ações planeadas.

Se nos dermos ao trabalho de reler os planos oncológicos nacionais dos últimos 20 anos constataremos que, não apenas estaremos de acordo com a maior parte das ações, como muitas delas mantêm plena atualidade.

Como é público, fui Coordenador Nacional das Doenças Oncológicas e o plano que tracei com os meus colaboradores assentava em três grandes eixos de orientação estratégica: 1 – uma rede de referência em oncologia, de âmbito nacional, coerente, integrada, tecnologicamente suportada em TIC e desenhada a partir da necessidade de garantir resposta em tempo útil para as necessidades do doente oncológico, agilizando a sua entrada no sistema; 2 – um Registo Oncológico Nacional, integrando a informação residente nos Registos Oncológicos Regionais, como instrumento de apoio às políticas de saúde no domínio da oncologia; 3 – identificação de centros ou polos de referência/excelência, para os tratamentos mais diferenciados, que exigem investimentos significativos por forma a assumirem-se como aglutinadores de conhecimento e centros de formação, concentrando recursos escassos e garantindo qualidade clínica, eficiência, equidade e reprodutibilidade dos resultados.

O atual Diretor do Programa Nacional, sendo profundamente conhecedor da realidade da oncologia em Portugal, tem uma visão muito correta para o modelo de organização da luta contra o cancro e tem definida uma estratégia clara, com identificação das prioridades e dos recursos, quer necessários, quer disponíveis.

O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas mantém-se atual e identifica três áreas que cobrem a totalidade dos onze objetivos definidos no documento e que constituem uma síntese da abordagem estratégica adequada em Oncologia: programas de rastreio tecnicamente sólidos que sinalizem o mais cedo possível os doentes; registos temporalmente úteis que produzam informação uniformizada; uma rede de cuidados em oncologia assente em níveis elevados de qualidade e racionalidade.

Justificar-se-á a existência de Instituições dedicadas ao diagnóstico e tratamento do cancro?

Esta questão, que tem vindo a ser colocada de forma recorrente, tem subjacente, salvo melhor opinião, um enorme equívoco. Quando alguns defendem o fim dos hospitais especializados, com argumentos que vão da necessidade da racionalização dos recursos, ao fim da estigmatização dos doentes, passando pela capacidade dos hospitais gerais tratarem todo o tipo de patologias, têm em mente os hospitais ditos monovalentes que têm na psiquiatria o seu exemplo paradigmático.

Reclamar o fim dos Institutos de Oncologia com base em idênticos argumentos não faz o menor sentido. Os Institutos de Oncologia não são hospitais especializados, no sentido de monovalentes. Possuem, na sua carteira de serviços, um leque de especialidades e de competências idêntico ao de qualquer hospital central universitário. Se excecionarmos a obstetrícia, os Institutos possuem, no âmbito do Grupo, praticamente todas as valências.

O que verdadeiramente diferencia os Institutos de Oncologia é o foco que todas as competências, valências ou especialidades têm no diagnóstico, tratamento e seguimento das doenças oncológicas. Em síntese, são Instituições dedicadas ao cancro e às suas especificidades de doença tendencialmente crónica e cujo sucesso terapêutico assenta numa abordagem multidisciplinar.

Este património organizacional de multidisciplinaridade é verdadeiramente diferenciador dos Institutos de Oncologia e determinante do sucesso no diagnóstico e tratamento dos doentes com cancro e é para um tal modelo de organização que os hospitais generalistas terão que evoluir se quiserem ter a oncologia na sua carteira de serviços.

Os Institutos são hoje e continuarão a ser no futuro, o referencial de qualidade, equidade e efetividade clínica para que as diferentes plataformas da rede de referência de oncologia deverão, progressivamente, tender. ■

* Presidente do CA do IPO de Coimbra Francisco Gentil, EPE

Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Coordenador Nacional para as Doenças Oncológicas de julho de 2010 a dezembro de 2011

IPO - LISBOA ONCOLOGIA, REFORMA HOSPITALAR E INOVAÇÃO

FRANCISCO RAMOS*

(colaboração de João Oliveira)



As previsões das entidades internacionais apontam para um crescimento significativo da incidência das doenças oncológicas nas próximas décadas, estimando-se, em Portugal, que o número de novos casos atinja os 60.000 em 2030 (Globocan, 2012). Em resultado do aumento da sobrevivência, a oncologia é mais um exemplo da transição epidemiológica com um aumento do número de casos de doença crónica. Verifica-se também uma mudança nas alternativas terapêuticas, em resultado da forte aposta de várias empresas farmacêuticas na investigação dos chamados medicamentos inovadores e de enormes progressos na fiabilidade das tecnologias de biologia molecular, imagiologia funcional e radioncologia.

O Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (IPOLFG) é uma instituição de referência nacional, com experiência acumulada ao longo de 90 anos no estudo, prevenção, ensino e tratamento do cancro. Integrado no Grupo Hospitalar Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, recebe cerca de 6.000 novos doentes oncológicos por ano, cerca de 25% de todos os novos casos das Regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, acompanha mais de 7.000 famílias em situação de risco e cerca de 50.000 doentes no total da sua atividade. Foi pioneiro em áreas tecnológicas como a transplantação de medula, a medicina nuclear e a radioterapia, e em matérias organizacionais como a abordagem multidisciplinar organizada em clínicas temáticas. O IPOLFG desenvolve um intenso trabalho de investigação clínica, baseado em meios próprios e em consórcio com outras instituições académicas nacionais e internacionais. A

recente constituição do iNOVA4Health, que integra o IPOLFG, o CEDOC, o ITQB e o IBET, representa um avanço qualitativo para o desenvolvimento de investigação translacional, em que a forte componente assistencial permite uma rápida transferência para a prática clínica do conhecimento gerado pelos múltiplos grupos de investigação.

Nos anos mais recentes, a tendência de crescimento do IPOLFG foi naturalmente afetada pelo ambiente de crise que o País vive. Avultam as limitações de gestão em matéria de recursos humanos e as restrições orçamentais que dilatam os prazos de execução dos planos de investimento. Apesar dessas restrições, foi possível modernizar todos os espaços destinados ao internamento, recuperar a capacidade de tratamento em radioncologia e aumentar a capacidade em imagiologia especializada e em medicina nuclear. No momento presente, estão delineados planos de reforço das condições de oferta em genética e biologia molecular, em aumentar a dimensão em transplante de medula e em capacidade cirúrgica, em modernizar as instalações destinadas aos tratamentos em ambulatório. A concretização está dependente da obtenção de financiamento com origem no reforço do capital estatutário e no programa Portugal 2020.

A criação, em 2014, do Grupo Hospitalar que integra os 3 centros do IPO Francisco Gentil veio clarificar a opção política de manter estas estruturas especializadas em oncologia, como parte integrante do Serviço Nacional de Saúde. Por coerência e pela sua especificidade, os





IPO tendem a ser os hospitais “fim de linha” para os casos de doença oncológica de maior complexidade e severidade. São também as instituições onde a especialização dos saberes, tecnologias e organização da prestação de cuidados se praticam e investigam para produzir os conceitos e modelos de que o SNS poderá generalizadamente tirar partido na otimização do tratamento das doenças mais frequentes. Esta liderança deve resultar de processos de avaliação de práticas e de reconhecimento do mérito e da qualidade das equipas clínicas, em detrimento de escolhas administrativas.

Por isso, o processo de reforma da oferta hospitalar do SNS deve conduzir a soluções inovadoras e coerentes com o modelo hierarquizado que o SNS deve revestir. A revisão das redes de referência na área da oncologia e a criação de Centros de Referência, atualmente em curso, deverão promover soluções que conjuguem proximidade da prestação de cuidados com maior rigor e exigência nos padrões de qualidade das escolhas clínicas.

O aumento da capacidade interna do IPO na avaliação de novas tecnologias é um desiderato muito importante, no momento em que se anuncia a chegada de novas

opções terapêuticas, com o conseqüente acréscimo de custos que se discute em todos os países desenvolvidos como podendo colocar em crise a sustentabilidade dos sistemas de saúde baseados em financiamento público. A articulação com o recentemente criado SINATS é uma oportunidade, mas a questão mais relevante é conseguir inverter a situação em que a prioridade de utilização das novas tecnologias, incluindo os medicamentos, é determinada pelo marketing dos fabricantes, reforçando a capacidade de análise e decisão dos clínicos utilizadores. Reforçar o conhecimento epidemiológico da doença oncológica é também uma necessidade, possível de concretizar através da uniformização dos registos oncológicos que permitirá a obtenção de informação à escala nacional.

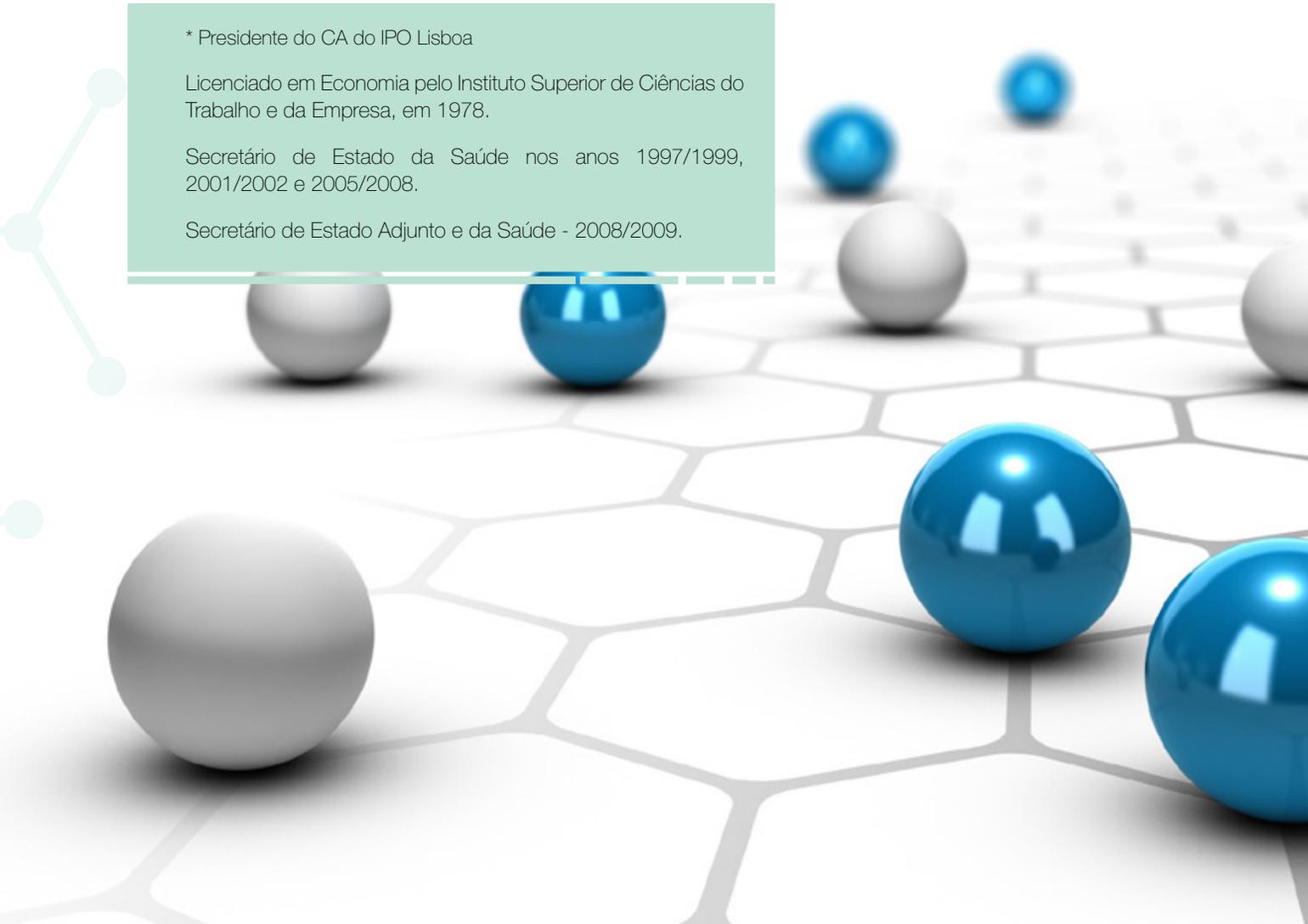
Mudanças estruturais que melhorarão a capacidade de resposta do IPOLFG, desde que acompanhadas pelo “regresso à normalidade” em termos de capacidade de gestão corrente da instituição. ■

* Presidente do CA do IPO Lisboa

Licenciado em Economia pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, em 1978.

Secretário de Estado da Saúde nos anos 1997/1999, 2001/2002 e 2005/2008.

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde - 2008/2009.



CANCRO DO PULMÃO – O PARADIGMA NA ONCOLOGIA

ANTÓNIO ARAÚJO*

O cancro do pulmão avançado ou metastático, para quem se dedica à Oncologia há mais de 20 anos, pode ser considerado o tipo de patologia paradigma desta área da Medicina.

Apenas em 1995, com uma meta-análise publicada na revista *British Medical Journal*, se demonstrou definitivamente que administrar a estes doentes um protocolo de quimioterapia lhes conferia mais tempo de vida do que apenas os melhores cuidados de suporte. A Oncologia Médica iniciava aqui a sua razão de ser - dar mais quantidade e mais qualidade de vida aos doentes que sofriam de cancro do pulmão.

O tratamento desta patologia evolui com a descoberta de novos fármacos e, em 2002, Joan Schiller publica um estudo na *The New England Journal of Medicine* demonstrando o valor desses fármacos mas mostrando também que se tratavam todos estes doentes da mesma forma. O que os distinguiu era o seu perfil de toxicidade, destacando-se, neste capítulo, a gencitabina relativamente aos outros (vinorelbina, paclitaxel e docetaxel).

A visão que os médicos tinham sobre o cancro do pulmão começa a transformar-se, sem ainda percebermos muito bem o seu alcance, por volta de 2004, com o aparecimento no armamentário terapêutico do gefitinib e de um alvo terapêutico (o EGFR, *Epidermal Growth Factor Receptor*). Tínhamos que aguardar ainda mais uns anos até entendermos a importância deste recetor, como o detetar e qual a sua aplicabilidade na prática clínica diária.

Entretanto, Giorgio Scagliotti publica, em 2008, no *Journal of Clinical Oncology* um ensaio de fase III em que compara a utilização da associação cisplatina/pemetrexedo com a de cisplatina/gencitabina e demonstra, pela primeira vez, a importância da histologia na escolha da quimioterapia.

O final da primeira década do século XXI é marcado pela descoberta do valor da mutação do gene EGFR e, quando presente no tumor, do seu valor no desenvolvimento do cancro do pulmão. Com este entendimento, houve o



relançamento dos inibidores da tirosina cínase do EGFR, como o gefitinib, o erlotinib e, mais tarde, do afatinib. Com estes medicamentos, os doentes com carcinoma do pulmão de não pequenas células portadores desta mutação atingiram taxas de sobrevivência global nunca antes imaginadas. Estávamos no dealbar de uma nova era no tratamento do cancro do pulmão – o tratamento personalizado dos nossos doentes. Já não interessava saber o tipo histológico, importava-nos conhecer as alterações genéticas do tumor de forma a escolher seletivamente os medicamentos mais adequados ao nosso doente. O único senão, prendia-se com o facto de estarmos a seleccionar apenas uma fração do global dos nossos doentes (cerca de 15% da população ocidental e mais de 30% da oriental) e necessitarmos de tecido para os testes (o que nem sempre era conseguido). Após o EGFR, surgiram inúmeros outros estudos demonstrando a importância de alterações genéticas tumorais em faixas de doentes cada vez menores, como o ALK (presente em cerca de 3-5% dos doentes) ou o ROS1 (mutado em cerca de 1%).

Para um maior número de doentes e na mesma altura, foram publicados vários estudos sobre o papel do tratamento de manutenção com o pemetrexedo (T. Ciuleanu, em 2009, e L. Paz-Ares, em 2012) e com o erlotinib (F. Cappuzzo, em 2010). A filosofia subjacente



a estes estudos prendia-se com o desejo de tomar o cancro uma doença crónica e, assim, ser lógico utilizar uma terapêutica de forma prolongada. Conseguíamos aumentar a quantidade de vida dos nossos doentes com uma razoável qualidade de vida.

Atualmente, estamos a assistir a uma nova revolução no tratamento do cancro, em geral, e do cancro do pulmão, em particular. Com o surgimento da imunoterapia no armamentário terapêutico, tentamos reativar a imunidade do doente de modo a ser este a combater o seu próprio tumor. Esta nova arma consegue ser eficaz mesmo em doentes para os quais não tínhamos grandes alternativas (como o carcinoma escamoso) e confere aos doentes, em que é eficaz, tempos de sobrevivência muito prolongados com muito poucos efeitos laterais.

O futuro é muito promissor para os nossos doentes.

Olhando para o passado vemos como a indústria farmacêutica, para lá de todas as críticas que lhe possamos tecer, conseguiu ter um papel decisivo no conhecimento desta doença e no seu tratamento. Apenas para dar um exemplo, laboratórios como a Eli Lilly, que com o desenvolvimento de fármacos como a gencitabina e o pemetrexedo conseguiu colocar em perspetiva o valor da histologia, do tratamento de manutenção e da qualidade de vida dos nossos doentes.

Tentando ter um vislumbre do futuro, confio que esta mesma indústria farmacêutica vá realizar um esforço para colocar no mercado a nova imunoterapia oncológica a preços que sejam socialmente comportáveis. Este grau de exigência vai-se fazer ouvir pelos doentes e pelas associações que os representam. A Pulmonale – Associação Portuguesa de Luta Contra o Cancro do Pulmão terá, com toda a certeza, uma ação importante e consistente de informação dos doentes e da sociedade, de sensibilização dos decisores políticos e dos responsáveis pela indústria farmacêutica, para que todos consigam atingir o objetivo final – disponibilizar em tempo útil e a todos os doentes as melhores terapêuticas possíveis, para que se lhes proporcione o máximo tempo de vida com a melhor qualidade de vida. ■

*** Presidente da Pulmonale**

Director do Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar do Porto, EPE



MARIA DE BELÉM ROSEIRA

“Estou preocupada com cortes a curto prazo que podem determinar tragédias”

Na rua chamam-lhe, ainda, “Senhora Ministra da Saúde” e o cargo que ocupou no governo de Antonio Guterres vai ficar associado para sempre à sua personalidade. Quem a conheceu como administradora delegada do IPO de Lisboa, diz que ela marcou, sem dúvida, o funcionamento da instituição: exigente, correta, determinada, trabalhadora incansável e humana são alguns dos adjetivos que se podem associar ao seu caráter profissional mas, também, à sua forma de estar na vida: em família ou com os amigos.

Nesta entrevista à revista **O Hospital**, Maria de Belém Roseira traz para a discussão algo em que há já alguns anos ninguém fala: a humanização da saúde.

Segundo a atual deputada socialista, quando se analisa a situação do cancro em Portugal tem, obrigatoriamente, de se falar de humanização dos cuidados e de humanidade na forma de tratamento. Mas diz mais. Diz que temos de encontrar caminhos para que a inovação chegue a todos, mas para isso Portugal tem de ter os líderes certos para nos representarem no estrangeiro. Para o Ministro da Saúde, deixa um recado: tem de ser capaz de enfrentar a sua colega das Finanças e estabelecer as regras do jogo para bem da nossa Saúde. Uma entrevista forte, determinada e humanizada. Tal como a entrevistada.

Nos próximos anos a incidência das doenças oncológicas vai aumentar exponencialmente....

Um aumento que está relacionado com o aumento da esperança média de vida. Principalmente por causa disso...

Acha que os Estados, principalmente os europeus, se têm preparado para aquilo que vai acontecer?

Há países que, por natureza, têm uma organização mais forte do que outros. Têm atividades mais robustas de planeamento estratégico, de programação e, sobretudo, de estabilidade das políticas. Infelizmente em Portugal não é assim. Não há dúvida que precisávamos mais de ter uma visão prospetiva com alguma estabilidade, que fosse construída do ponto de vista daquilo que são os ensinamentos da ciência: cenários credíveis, em termos de previsibilidade, que nos permitissem ir adaptando

e ajustando no sistema de saúde as nossas preocupações, a nossa forma de funcionar - que não é apenas uma questão ligada ao Ministério da Saúde.

O problema base e principal, em Portugal, é a enorme dificuldade que temos de trabalhar uns com os outros, acabando por existir uma enorme verticalização do ponto de vista da administração, das matérias e dos problemas e, assim, acabamos por ter muito pouca cultura de cruzar e de fazer aquilo que deve ser a intersectorização das políticas.

Mas ninguém está preocupado com isso em Portugal, pois não?

Eu penso que as pessoas, que percebem verdadeiramente destes assuntos, têm essa noção e essa preocupação; a questão é saber se elas vão ter posições de liderança no sentido de influenciarem um processo desta natureza,

O problema principal, em Portugal, é a enorme dificuldade que temos de trabalhar uns com os outros. A Saúde não é exceção





porque quem tem mais sensibilidade para o tema é, com certeza, o Ministério da Saúde, uma vez que é ali que chegam os doentes e, ao mesmo tempo, onde se pretende evitar que os doentes não cheguem, ou melhor: que as pessoas não cheguem com a doença (que é o mais correto).

Portanto, temos duas abordagens a que interessa dar atenção: a questão da prevenção e o tratamento da doença quando esta já existe. Como é que nos devemos preparar para a primeira e intervir, corretamente, na segunda?

A questão da prevenção, para mim, ainda é um enorme mistério. Como é que se acabou com o programa da saúde nas escolas, que é algo que toda a gente sabe que tem efeitos muito bons e positivos? Neste sentido, e para que o trabalho funcione devemos ter os agentes todos envolvidos, e quando digo todos é mesmo todos; principalmente aqueles que fazem política - seja a nível central seja a nível local - no sentido de se encontrarem abordagens mais globais e em que a saúde aparecesse como aquilo que é mais importante para cada um de nós.

Evidentemente que a prevenção é importante mas não é tudo, porque sabemos que a prevenção, muitas vezes, não chega onde deve chegar

precisamente por causa dessa dificuldade de articulação das políticas. Eu pergunto, por exemplo, como é que é estabelecida a articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Agricultura? Como é que está a funcionar a questão do consumo dos antibióticos a nível do Ministério da Agricultura? Qual o controlo que se faz na alimentação animal? Sabemos que existe um problema gravíssimo a esse nível, que tem influência na vida de todos nós. Como está a ser organizada essa ligação entre os dois ministérios?...

O mesmo se pode dizer da questão da obesidade. Existe em Portugal cerca de um milhão e duzentos mil obesos mórbidos, "presos" em casa, que já não saem e são possíveis candidatos a doenças oncológicas....

Claro, porque nós sabemos que a obesidade está diretamente relacionada com doenças dessa natureza. Eu acho que, metodologicamente, não estamos a abordar as coisas como elas devem ser abordadas, e não temos tido a capacidade de ir buscar aqueles que têm que ser nossos parceiros nesta luta, designadamente as próprias famílias, porque tudo isto começa no início, não pode ser no fim, quando as doenças já estão instaladas. Claro que vamos ter sempre pessoas



que vão passar pelo problema, mas era preciso evitar que esse número crescesse, como tem crescido de uma maneira quase descontrolada e que nos preocupa imenso.

Falta uma visão mais alargada sobre a prevenção?

Eu acho que tem havido grande preocupação a nível da gestão, mas tem havido falta de visão estratégica e de empenhamento em torno de objetivos principais. Hoje o peso da administração é tão grande, que se ocupa tempo que poderia ser dedicado, com mais proveito, quer na prevenção das doenças, quer na sua própria cura.

Se tivéssemos quem fizesse isso era uma mais-valia, porque essas pessoas – que não têm de ser profissionais de saúde - deixariam tempo útil para os médicos e outros profissionais puderem tratar daquilo que eles sabem verdadeiramente fazer.

Já passou pelo IPO e deixou a sua marca. As pessoas lembram-se da senhora enquanto gestora de um instituto que marcou muito todos aqueles que conviveram consigo. Quando olha para aquilo que fez e olha hoje para a forma como os IPO se encontram, que diferenças vê?

Eu penso que a verdadeira marca do IPO foi deixada pelo Professor Francisco Gentil que criou o IPO porque a saúde estava sob a dependência do mesmo Ministério que geria as polícias e ele era uma pessoa da oposição e preferiu ficar com outra tutela. Numa primeira fase foi bom e com a integração do IPO no SNS penso que se deu novamente um grande salto.

O IPO é uma instituição extraordinária porque ainda é um exemplo do ponto de vista da filosofia da sua atuação na abordagem da doença oncológica e, sobretudo, por um conjunto de princípios que ficaram muito marcados naquela casa e que deviam ser princípios observáveis a nível do país.

Um desses princípios, que é muito emblemático, tem por base a noção de que se não se tiver um “padrinho” ou uma “madrinha” não se consegue nada. O Professor Francisco Gentil tinha este princípio brilhante: “doente que não vier recomendado por ninguém é doente recomendado pelo diretor” e era feroz em relação a isso.

Este é um princípio de uma nobreza tão grande, de uma importância tão forte e é tão marcante como pedagogia! O Professor Francisco Gentil sabia muito bem como gerir tudo o que estava à sua volta apoiou-se muito nas enfermeiras que vinham da escola técnica de enfermagem. Estas

enfermeiras eram, em geral, as filhas dos grandes médicos, mas como na altura a Medicina não era propriamente uma profissão recomendada a determinados níveis, as senhoras de determinadas famílias iam para enfermagem.

As enfermeiras da escola técnica de enfermagem do IPO tinham uma autoridade forte e uma capacidade de organização e de coordenação da atividade da casa que era extraordinária. Realmente, ainda hoje, esta instituição marca, e marca pela maneira como os doentes são atendidos, não apenas por elas diretamente mas, também, com o apoio e enorme ligação que existe com a Liga Portuguesa contra o Cancro.

Isso é muito importante porque sabemos que nem tudo se cura e mesmo aquilo que se cura dá muito sofrimento. Se não temos a acompanhar estes doentes a grande especialidade dos tratamentos e uma grande competência técnica para abordar as coisas também de uma forma humana podemos cair o céu em cima da cabeça.

Nos IPO, os enfermeiros, os médicos, toda a gente tem, realmente, uma cultura de abordagem das pessoas no sentido de as apoiar, de as cuidar, de as mimar, de ter muita delicadeza na abordagem. Isto é essencial. Claro que haverá sempre um caso ou outro em que tal não acontece mas são exceções e tanto são exceções que são imediatamente identificadas e postas no lugar.

Quer dizer que essa prática especial de abordagem ainda acontece hoje?

Espero que sim e não chega ao meu conhecimento nada em sentido contrário. Eu própria, nos quatro anos que estive como administradora delegada do IPO tive que intervir uma vez e fi-lo com exemplaridade, portanto, não há dúvida que nós nunca podemos controlar tudo. Acontecem situações que nunca deveriam acontecer e aquilo que é importante é que elas sejam atalhadas de imediato porque é muito crucial salvaguardar a maneira e o espírito de acolhimento de uma instituição como o IPO que, aliás, devia existir em todos os sítios. Foi por isso, aliás, que eu fui tão defensora da implementação da estrutura da humanização na saúde e que, infelizmente, já desapareceu. E estou muito grata ao Professor Walter Oswald que assumiu essa presidência num empenhamento pro bono mas que a desenvolveu com grande dedicação. Devemos ter a noção do seguinte: muitas vezes alguém que procura uma instituição de saúde pode não ter a capacidade para avaliar se o que nos fazem é correto ou não do ponto de vista técnico-científico. Agora, há uma





coisa que nós somos todos capazes de avaliar: se somos bem tratados ou não do ponto de vista humano e isso é meio caminho andado. Nós todos sabemos - e cada vez temos mais certezas disso - que a maneira como somos acolhidos e atendidos, o amparo e o afago que nos dão, a segurança que sentimos, o ambiente acolhedor, etc. são importantes no prognóstico e, é preciso não esquecer, que tudo isso é aquilo que não custa dinheiro e que é tão importante. Daí eu achar que é obrigatório investir na Humanização da Saúde. Nem toda a gente, infelizmente, tem esta noção.

Temos que insistir muito na questão da humanização e da humanidade no atendimento e no acolhimento. E no IPO essa questão é obrigatória.

Com base em tudo o que está a dizer, considera portanto que os IPO devem manter-se...

Portugal é um país com instituições muito frágeis. Quando alguém ou algo atinge as suas instituições empobrecemos todos e destruímos o que foi construído. É evidente que se poderia perguntar antes da sua criação: será que é a melhor forma de abordar esta doença? Será que faz sentido criar uma instituição específica para a abordagem do doente com cancro? Será que numa altura em que a doença era tão estigmatizante, a criação destas estruturas não contribuíam para, de certa forma, reforçar esse estigma? Será que????!!!

Por ventura sim, mas a verdade é que depois do enorme passo que se deu, daquilo que a ciência hoje nos permite fazer - que é transformar uma doença que era fatal numa doença crónica em muitas situações - acho que a instituição prestigiada que é, e tendo o bom nome que tem, não deve acabar. Mas isto não quer dizer que só se deve tratar o cancro nos IPO.

Até porque são só três...

Pois, só são três que fazem parte de uma estrutura nacional, para todos os efeitos. No fundo acaba por ser um com três centros regionais. De qualquer forma, se tudo nos diz que a incidência do cancro vai aumentar, tudo nos diz, também, que o cancro tem que ser tratado em todas as instituições. Agora, em termos de rede de diferenciação nacional, com certeza, sobretudo em algumas áreas de cancro, os IPO serão a referência nacional, estarão nesse topo da pirâmide, acompanhados por outras instituições,

designadamente os Hospitais Universitários e, porventura, aqueles que realmente atingiram uma evolução e uma especialização que os colocou nesse patamar e têm que trabalhar todos articuladamente e em conjunto.

Somos demasiado pequenos para estar sempre divididos, temos de nos concertar, temos de crescer uns com os outros, temos de nos juntar, temos de nos somar, não podemos subtrair-nos.

Os oncologistas têm sido muito críticos, especialmente nestes últimos quatro anos, relativamente à ação do governo, que levou a que, com as taxas moderadoras, com algum estancar da inovação no tratamento e tudo isso, conduzisse doentes a não se tratarem nem procurarem tratamento e outros, que procuram, ficam em listas de espera quer para consultas, quer para cirurgias, quer mesmo para a quimioterapia. Olhando para tudo isto, coloca-se ao lado dos oncologistas ou não?

Tenho uma preocupação prévia, que já dei conta ao ministro da Saúde, que é a questão da isenção de taxas moderadoras nestes casos. Aquilo que mais me preocupa é a quantidade de pessoas que perante sinais de uma doença que, infelizmente, é muito silenciosa mas às vezes dá sinais, não tem condições para se tratar. As pessoas estão demasiado massacradas e com enormes dificuldades na gestão dos seus orçamentos familiares.

Não foram só os ordenados e as pensões que desceram: foram as contribuições todas que subiram; foram as rendas das casas; a água; a luz e o gás e, portanto a gestão dos orçamentos domésticos, é muito difícil.

Já tive a ocasião de transmitir isso designadamente a deputados estrangeiros que nos visitaram. Em Portugal, por exemplo, uma mulher que tenha que escolher entre dar de comer aos filhos ou ir pagar uma taxa moderadora porque desconfia de um sintoma que tem, e que pode revelar a ocorrência de uma situação oncológica, é evidente que ela escolhe dar de comer aos filhos, por muito irracional que seja esta escolha (porque é muito pior os filhos ficarem sem a mãe).

Os orçamentos domésticos também não são elásticos, como já disse, e penso que devemos ter um programa de despiste perante determinados sinais em relação aos quais haja a isenção de taxas moderadoras. Porquê? Porque as taxas moderadoras não são um instrumento

O IPO ainda é um exemplo do ponto de vista da filosofia de atuação na abordagem da doença oncológica





de financiamento do SNS! Quanto muito são um instrumento de política do SNS. Desta forma, não devem existir naquilo que quero privilegiar. Todos sabemos que o cancro, se for detetado precocemente, tem muito melhor prognóstico e que é muito mais barato em termos dos custos que implica para a sociedade. Acho que tudo aconselha a que sejamos incentivadores dessa política preventiva e que nessa política de prevenção haja diferentes definições das taxas moderadoras.

Temos de ter muito cuidado com o que se está a passar. O que é que me dizem as pessoas que falam comigo, designadamente profissionais de saúde, é que estão a chegar aos hospitais situações graves como já não se viam há dezenas de anos e isso, para mim, é uma dor insuportável, porque já não devíamos estar aí. Isto é um recuo que não se justifica, nem com nenhum programa de austeridade.

Tem de haver uma defesa muito grande dos objetivos sociais dos países dos programas estratégicos da União Europeia, designadamente no que se refere à redução das desigualdades em saúde entre países, para que estas coisas não aconteçam e não vejo ninguém que represente o país a discutir estas coisas lá fora, não vejo e isso, para mim, é insuportável enquanto cidadã portuguesa e mesmo como pessoa que já trabalha neste setor há tantos anos. Na rua, muita gente se dirige a mim contando-me a sua situação, muitas vezes com muita emoção e com enorme tristeza e temos de ser capazes de dar resposta adequada a estas pessoas... porque somos gente!

O Ministério da Saúde diz que não há dinheiro, as administrações também são pressionadas para não gastarem...

Não há dúvida, mas aquilo que digo e ainda há pouco tempo tive a ocasião de dizer internacionalmente é que o Ministério da Saúde é quem tem sofrido maior impacto das políticas de austeridade. Sofre aquele impacto que é direto, na medida em que teve um corte muito para além daquilo que estava definido no programa de assistência financeira e sofre, também, porque tudo aquilo que seja pobreza, desemprego, disfunção social, vem parar em doença ao Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde, neste momento, está a ser mais pressionado do que seria num período normal, sem austeridade e sem crise. Assim, quando o Ministro da Saúde discute os orçamentos à mesa do Conselho de Ministros

tem de ter a capacidade para convencer os seus colegas - designadamente a sua colega das finanças. Tem de lhe fazer ver que tratar mais tarde custa mais dinheiro! E qual destas palavras é que ela não percebe?

Acha que alguém está preocupado com isso num governo de quatro anos? O problema está aqui também. Os ministros passam muito rapidamente pelos ministérios e querem mostrar serviço a curto prazo. Fica complicado traçar caminhos....

Mas mostrar serviço a curto prazo pressupõe ter um orçamento que permita mostrar serviço a curto prazo. Eu não estou preocupada com o serviço a curto prazo: eu estou preocupada é com os cortes a curto prazo que podem determinar tragédias a curto, médio e longo prazo e temos a obrigação de ver como é que isto tudo está a caminhar. Tenho a certeza absoluta que o Ministro da Saúde gostaria de dispor de mais meios e mais recursos, mas também tenho a certeza que a conversa que se estabelece em Conselho de Ministros é aquela que saiu cá para fora no tempo do Ministro Vítor Gaspar com o então Ministro da Economia, Álvaro Santos Pereira: "Não há dinheiro, qual desta palavras é que não entende?"... o que não é verdade e todos sabemos disso. Tem é de haver reafetação para aquilo que é principal, e que na base tem a ver com o conseguir sair disto tudo sem mazelas para lá daquilo que é necessário.

Posso concluir, por aquilo que diz que a saúde tem sido, nos últimos anos, o parente pobre de toda a governação?

Há muita gente que não percebe que a saúde, muito mais do que nos serviços de saúde, tem determinantes sociais e económicos que a condicionam e esses determinantes sociais e económicos estão no seu máximo esplendor em período de austeridade e de crise, de desemprego e de pobreza institucionalizada, porque tivemos um enorme aumento de pobreza e dentro da pobreza um enorme crescimento da privação severa.

Ainda esta semana saiu um artigo na revista científica *The Lancet*, onde o assunto é apresentado de uma forma muito correta. É esta discussão política que tem de ser feita de forma abrangente (que às vezes não se faz).

Quem está no poder, como é evidente, tem sempre a preocupação do curtíssimo prazo. Para mim, o verdadeiro ónus sobre as gerações futuras é esta pobreza infantil, que está a crescer e que já existe numa percentagem superior à dos idosos e que compromete, definitivamente,





a capacidade cognitiva, como está provado cientificamente pelos principais peritos do mundo. Não esqueçamos que as pessoas ficam privadas de tudo se não tiverem um atendimento adequado, uma alimentação adequada, se não forem integradas adequadamente numa rede de ensino que as promova e que, de certa forma, corrija as deficiências da sua condição do meio onde vivem, da privação em que os pais vivem, da falta de contactos, da falta de estímulos intelectuais etc. Com todas estas carências à volta, vamos ter pessoas que vão ser adultos dependentes e não adultos ativos, criadores de riqueza, autónomos e que sejam, realmente, capazes de puxar o país para a frente.

E pode ter a certeza que esse é que é o verdadeiro peso para as gerações futuras.

A questão do público e do privado na questão oncológica, que é muito importante, o privado começou também a querer intervir de alguma maneira. Não sei se tem dado resultado ou não, mas a verdade é que se criou um "gap" muito perigoso na forma como o doente pode ser tratado nos dois pólos, como é que analisa a situação?

O que me parece é que quando se tratam os recursos humanos, médicos e de enfermagem - altamente especializados da mesma maneira que se tratam recursos administrativos, é evidente as pessoas vão-se embora e, portanto, os privados beneficiaram de uma má política de recursos

humanos a nível do Ministério da Saúde, a qual que foi imposta por quem tem a tutela da Administração Pública. Tão simples quanto isto!

E agora?

Agora é preciso reverter esta situação e é preciso fazer com que as pessoas encontrem, realmente, motivos para regressar aos serviços públicos e para encontrarem aí uma grande motivação na função que desenvolvem.

Agora, não podem é ser mal tratados.

A senhora acredita mesmo que pode haver um "regresso ao passado"?

Eu não falo propriamente de um regresso ao passado porque é muito difícil isso acontecer de facto; agora o que poderia e deveria ser feito era não cometer mais erros que levassem a um grande êxodo dos serviços públicos porque as pessoas não são estimadas, não são enquadradas adequadamente, não são valorizadas, não são bem tratadas ...

Há poucos anos quando alguém perguntava se devia ir ao público ou ao privado o conselho recaía sempre no público. Neste momento acha que as pessoas já vão ao privado com medo de no público não haver qualidade de serviços e de atendimento?

Não digo isso nem acho que se deva dizer, até porque não conhecemos o funcionamento das





coisas para além daquilo que é publicitado sobre elas.

É preciso ter alguma cautela?

É preciso ter muita cautela e, além de tudo, depende daquilo que a pessoa privilegia.

Eleições em breve, um novo governo vem aí, se o PS fôr governo, que medidas considera obrigatório tomar na área da oncologia?

Tem que se conhecer bem o ponto da situação. Acho que alguém que venha a ser Ministro da Saúde deve reunir, desde logo, com quem neste momento está a coordenar a doença oncológica para ter o retrato real da situação. Depois, deve reunir, também, com os registos oncológicos, que dão e têm muita informação. É preciso saber quais são as tendências, o que é que está a acontecer e evidentemente tem que se fazer uma análise da realidade e partir para ações muito concertadas no sentido de evitar que a incidência aumente por causas evitáveis e garantir que Portugal tenha um desempenho na União Europeia que permita que se continue a ter acesso à inovação e à inovação que vale a pena, a verdadeira inovação. Como nós sabemos há muita novidade que não corresponde à verdadeira inovação.

Agora, acho que países como Portugal têm que ser protegidos à escala europeia relativamente a negociação dos preços e embora haja especificidade do ponto de vista do direito europeu - que é a subsidiariedade relativamente àquilo que é competência nacional do direito europeu - mas penso que já era tempo de a União Europeia usar todo o seu poder em termos do número de cidadãos que representa para negociar preços mais baixos relativamente a determinados medicamentos inovadores.

Isso significa que há aqui um trabalho que não pode ser só feito em Portugal, não é?

Há aqui um trabalho que é nosso e que passa por conhecer a nossa realidade, para tentar prevenir a ocorrência do cancro. Começar desde muito cedo com comportamentos que acabam por não nos defender de muitos problemas é obrigatório porque, de acordo com aquilo que se conhece, são estilos de vida que favorecem o bom estado de saúde ou um melhor estado de saúde, portanto, devemos começar desde pequeninos a não descurar nada a nível da prevenção - porque ela é boa quer para o cancro como para outras doenças não transmissíveis. Para as transmissíveis ainda é mais importante, pois nesses aspetos a causa e o efeito estão diretamente relacionadas.

Por outro lado, temos de apostar naquilo que está consignado mundialmente como a garantia do sucesso, com terapêuticas que cada vez podem ser mais curativas do que paliativas e a que todos possamos ter acesso. Isso pressupõe que a Europa transforme, em concreto, aquilo que são os seus anúncios de princípio e os seus anúncios de princípio da estratégia 20-20, a nível dos planos de saúde pública para a União Europeia, os quais devem ser postos em prática e não apenas anunciados.

Portugal está a fazer um bom trabalho a nível da investigação oncológica. Será que aproveitamos corretamente estas descobertas?

Essa é uma das minhas grandes dores! Eu acho que a saúde e os níveis de indicadores de saúde que nós obtivemos deveriam estar na linha da frente para a imagem de marca do país, porque não há dúvida que sofremos um custo "reputacional" com o programa de assistência financeira, mas a saúde é um exemplo fantástico de como somos capazes de nos ultrapassar nas coisas boas que fazemos, quando fazemos o investimento no sítio certo.

E o investimento que fizemos no sítio certo foi a nível da formação dos recursos humanos da saúde e, também, com o apoio da União Europeia, na modernização das nossas instituições, do equipamento, etc.

Com estas mudanças, conseguimos verdadeiros milagres e isso também se verifica relativamente à capacidade e à competência dos nossos investigadores. Sou de opinião que devemos estar envolvidos em todas as redes internacionais da investigação e saber como é que são as redes de contactos que nos permitem estar no sítio certo. Não podemos estar isolados e, sobretudo, temos que ter uma grande autoestima! Temos de ter quem nos defenda lá fora; não podemos ter quem diga lá fora que somos uns desgraçados, que não temos cabeça para nos governar. Nós, portugueses, somos fantásticos e só estará à altura de nos representar, aqui e lá fora, quem perceber que os portugueses são, realmente, fantásticos e quem o afirmar nos sítios onde isso é verdadeiramente importante para conseguirmos aquilo que outros conseguem com muito menos méritos do que nós. ■

Entrevista **Marina Caldas**

Fotografia **Bruno Serra**



Quem é...

Porto ou Lisboa, qual prefere?

Ambas. O meu coração é suficientemente grande para ter uma ligação enorme à cidade que me formou o carácter e para poder gostar muito, também, da cidade que me acolheu.

Quais as pessoas mais importantes na sua vida?

A minha família e os meus amigos mais próximos.

Filme da sua vida?

Casablanca.

Momento que nunca esquece?

Não revelo.

A sua música de sempre?

Concerto nº 21 de Mozart.

O que a faz vibrar mais na vida?

A injustiça.

Qual a sua cor? Porquê?

Azul – É céu e mar.

Destino preferido de férias?

Praia com campo e pouco movimento.

CV

Licenciada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra em 1972, Advogada e Jurista.

Desempenhou inúmeros cargos ao longo de mais de três décadas, tendo a última delas sido dedicada à actividade política. Ministra da Saúde, Ministra para a Igualdade e Deputada em várias Legislaturas. Foi Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde, tendo desenvolvido uma intensa intervenção que passou por ser proponente de várias iniciativas que marcaram o progresso do País, como a Lei da Paridade e a Lei da Procriação Medicamente Assistida.

Foi, ainda, Presidente da Comissão de Inquérito sobre a situação que levou à nacionalização do Banco Português de Negócios e sobre a supervisão bancária inerente.

Foi Presidente da Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde.

Desenvolve uma ação intensa no domínio do voluntariado, em órgãos de direcção de várias instituições não lucrativas da área da Economia Social.

Foi Presidente do Partido Socialista.

É membro do Conselho Geral da Universidade de Coimbra e da Assembleia de Representantes de várias Faculdades.

É membro de Júris nacionais e internacionais. Tem sido Conferencista no país e no estrangeiro, docente colaboradora de instituições universitárias, prefaciadora e co-autora de várias publicações e autora de múltiplos artigos de opinião na imprensa escrita.

Para além de variadíssimos prémios e distinções, foi-lhe atribuída pelo Presidente da República a Grã-Cruz da Ordem de Cristo em reconhecimento da sua carreira.

ENFERMEIRO: O ELO HUMANISTA EM ONCOLOGIA

ALEXANDRE TOMÁS*

O aumento da esperança média de vida, a maior preocupação dos cidadãos com a sua saúde e o desenvolvimento tecnológico na área da saúde, determinaram a existência de uma cada vez maior orientação dos Sistemas de Saúde para organizar respostas na área da oncologia.

Nascer e morrer, dimensões aparentemente antagónicas da existência humana, despertam as mais variadas e complexas explicações também mitológicas. Vividos com intensidade, talvez o início e o fim de vida incorporem o expoente máximo de esperança e nostalgia.

Em Portugal, bem como em grande parte dos países da União Europeia, as 'Doenças do Aparelho Circulatório' e 'Tumores Malignos' continuam a ser as duas principais causas de morte.

Neste contexto, as intervenções na área da oncologia assumem especial relevância, nomeadamente pela fragilidade e vulnerabilidade associadas a estes doentes.

Atropelados emocionalmente pelo diagnóstico de uma patologia oncológica, a pessoa e família procuram nas equipas e nas unidades de saúde respostas para uma situação clínica que com frequência se transforma em crónica e incapacitante.

Se o confronto com a súbita perda de uma vida humana é dramático, não será menor a exigência colocada às famílias de pessoas com situações/doenças crónicas.

Neste âmbito, como enfermeiros, prestamos cuidados a pessoas e famílias em contexto hospitalar, na comunidade e também em unidades da rede nacional de cuidados continuados integrados, em diferentes fases de evolução clínica.

Assumindo o conceito da Organização Mundial de Saúde de Cuidados Paliativos como sendo "uma resposta às necessidades dos doentes que apresentam doença avançada, incurável e progressiva, com múltiplos sintomas



em evolução tendo como objetivo principal a garantia da melhor qualidade de vida ao doente e sua família", os enfermeiros prestam cuidados especializados, altamente qualificados, de forma contínua à pessoa em situação crónica avançada ou em fase final de vida, bem como aos familiares/cuidadores.

Integrados e devidamente articulados num efetivo trabalho em equipa multidisciplinar, os enfermeiros estabelecem o diagnóstico de necessidades, também psicoemocionais, assim como a conceção, implementação e avaliação de planos individuais de cuidados.

Considerando a elevada complexidade e heterogeneidade do impacto para a pessoa e família desta área clínica, estes planos individuais incluem intervenções relacionadas com: promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento; prevenção de complicações; (re)adaptação funcional às perdas sucessivas; bem como satisfação do doente e família.

Constatamos que as pessoas e famílias com necessidades em cuidados paliativos, exigem e têm direito a equipas de saúde, como já referi multidisciplinares, com dotação adequada de enfermeiros e de enfermeiros especialistas



de várias áreas de especialidade, nomeadamente de enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa.

Os enfermeiros de cuidados gerais, em função da sua atividade profissional, adquirem, desenvolvem e consolidam competências relacionadas com o contexto específico de prática clínica onde exercem, decorrente da permanente interação qualitativa que estabelecem com os doentes, famílias e equipas de saúde.

Este percurso é também acompanhado pelo investimento na formação e na investigação em saúde, que permite aos enfermeiros melhorarem progressivamente o desempenho profissional.

Esta área de especialidade, enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, já criada mas em fase de 'operacionalização', permite a identificação, reconhecimento e certificação de competências específicas dos enfermeiros, com evidentes resultados em saúde, para as pessoas, famílias, serviços e Sistema de Saúde.

Este desenvolvimento profissional, de enfermeiro de cuidados gerais para enfermeiro especialista, apesar de depender da iniciativa individual de cada enfermeiro, terá de resultar de uma responsabilidade partilhada e assumida também pelos serviços e instituições de saúde. De igual forma, fruto deste desenvolvimento diferenciador, terá de existir responsabilidade conjunta para a valorização, também financeira, dos enfermeiros especialistas, a qual o decisor político não pode continuar, hipocritamente, a negligenciar.

Não obstante a intensidade de intervenções em contexto hospitalar do Sistema de Saúde Português, importa salientar a necessidade de reforço das intervenções comunitárias, nomeadamente com a criação de Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, francamente deficitárias no nosso país.

O contacto da pessoa/família com patologia oncológica com as unidades hospitalares, sendo necessariamente pontual, será tanto mais eficiente, seguro e de qualidade, quanto melhor suporte comunitário existir. Neste sentido, torna-se essencial promover a articulação com e entre as diversas unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde, nomeadamente Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.

Esta articulação, essencial para garantir integração de cuidados, promove e simultaneamente resulta da confiança que a pessoa/família sentir na relação que estabelece com as equipas de saúde.

A tão necessária integração de cuidados pode também beneficiar com a implementação nos cuidados de saúde

primários da metodologia de trabalho de enfermeiro de família. A família, para além de um contexto e de um recurso dos elementos que a constituem, é em si mesma uma unidade orgânica e como tal deve, ela própria, ser alvo de diversas ações concretas.

Da diversidade e amplitude de resultados das intervenções da metodologia de enfermeiro de família, destacam-se, neste contexto: processo familiar funcional; interação de papéis eficaz; *coping* familiar funcional; e papel de prestador de cuidados adequado. Para além destes resultados específicos, esta metodologia de resposta familiar permite a identificação precoce de situações-problema e respetiva referência profissional.

Constatamos assim que estamos perante vários desafios, uns de carácter socioprofissional e outros de carácter organizacional, onde a centralidade na abordagem familiar assume especial relevância, sendo necessário desenvolver ações e políticas intersectoriais que reduzam definitivamente as viciosas assimetrias e iniquidades de acesso a cuidados de saúde.

Reconhecemos também que em grande parte das situações em oncologia e na abordagem à pessoa em situação crónica e paliativa, a prioridade não será «apenas» promover a vida mas sim preservar a dignidade e maximizar a qualidade de vida.

Numa vida em que os ritmos frenéticos se sobrepõem a momentos de contemplação, faz sentido que possamos viver também a nostalgia com esperança. ■

* Candidato a bastonário da Ordem dos Enfermeiros

“Terá de existir responsabilidade conjunta para a valorização, também financeira, dos enfermeiros especialistas, a qual o decisor político não pode continuar, hipocritamente, a negligenciar.”

O TEMPO DA TROIKA NA EXPERIÊNCIA DOS MÉDICOS: LER AS LINHAS E AS ENTRELINHAS

TIAGO CORREIA*



Foi recentemente divulgado o estudo “O Sistema de Saúde Português no tempo da Troika: a visão dos médicos”, uma encomenda da Ordem dos Médicos a uma equipa de sociólogos do ISCTE-IUL. Os dados reportam-se a uma amostra não probabilística composta por 3183 inquéritos validados referentes apenas a médicos com exercício ativo e a exercer em Portugal. O propósito foi obter-se a leitura mais fidedigna possível da experiência destes profissionais nos últimos anos. Não sendo possível qualquer extrapolação dos números, tanto quanto é do meu conhecimento, esta é a maior amostra nacional de médicos acerca do tema da reforma dos sistemas de saúde a nível europeu. Por pudor não reivindico ser a maior amostra a nível mundial.

Os dados recolhidos permitem várias análises. Entre 10% e 38% do total de médicos inquiridos consideram ter havido desde 2011 um aumento de interferências na sua prática por motivos financeiros ao ponto de afetar a qualidade dos cuidados prestados; para 41% dos médicos hospitalares as faltas de medicamentos nas organizações é mais recorrente do que no passado e 30% já foram confrontados com o adiamento de cirurgias especificamente devido a faltas de material; para 79% dos internos de especialidade e para 50% dos tutores a qualidade do internato diminuiu face a 2011; e que dificuldades económicas têm afetado o acesso dos utentes e o consumo de cuidados de saúde (53.3% dizem que o abandono de terapêuticas por motivos económicos aumentou face a 2011 e 23.5% que o pedido para a não prescrição de medicamentos por motivos económicos aumentou face a 2011); para 80% dos médicos do SNS as reformas prosseguidas já comprometeram a qualidade

dos cuidados prestados, enquanto para 85% o SNS já não pode acomodar mais cortes no financiamento.

Igualmente pertinente é a comparação entre especialidades médicas, embora neste caso prudência é devida. Dado a amostra não ser extrapolável, algumas críticas – mesmo tendo mais substância política do que científica – facilmente centrariam a atenção no facto de os resultados desagregados corresponderem a sub-grupos de médicos com reduzida expressão numérica. Ainda assim, alguns números não podem ser menosprezados. No que diz respeito ao aumento do abandono das terapêuticas por dificuldades financeiras dos doentes face a 2011, as percentagens oscilaram entre os 84.5% na medicina física e de reabilitação (MFR) e os 30.6% na pediatria, sendo que oncologia registou 51.2%. No que diz respeito ao aumento do absentismo dos doentes nas consultas do SNS face a 2011, as percentagens oscilaram entre os 68.3% novamente na MFR e os 29.6% na saúde pública, sendo que oncologia registou 39.5%. Os especialistas de oncologia médica e radioncologia foram ainda aqueles que mais assumiram sentir pressões (sem que saibamos ao certo quais) para a não prescrição de medicamentos e dos que mais afirmaram terem-se deparado com a





recusa de tratamentos inovadores (discriminando quando assim o entenderam que se reportavam a tratamentos relacionados com o cancro da próstata).

Tentemos, por isso, recenrar a atenção no que é essencial. Entre outras coisas, estes números demonstram que, no contacto quotidiano com os doentes, os médicos percecionam maiores obstáculos no acesso aos cuidados e que nem sempre conseguem assegurar a assistência que os mesmos avaliam como adequada devido a constrangimentos financeiros.

Tais factos são merecedores por si só de uma reflexão profunda. Ainda mais se atendermos aos princípios de universalidade e tendencial gratuidade de um serviço nacional de saúde de base geral. Não obstante compreensíveis diferenças internas à profissão médica, a experiência dos médicos face a 2011 é globalmente negativa, quer entre as especialidades que operam nos cuidados de saúde primários quer as que envolvem cuidados hospitalares de elevada diferenciação tecnológica.

Não é difícil encontrar argumentos que procuram justificar números como aqueles que apresentamos. Muitos deles prendem-se no facto de as reformas prosseguidas terem um cunho obrigatório decorrente da intervenção da *troika* ou que as medidas adotadas vão no sentido de assegurar a sustentabilidade do SNS. Façamos, pois, uma interpretação destes argumentos. Em primeiro lugar, falamos “no tempo da *troika*” precisamente no sentido de dar conta da indefinição sobre que medidas – e se estavam explicitamente inscritas no memorando – tiveram efeitos nas respostas dos médicos. Em segundo lugar, o memorando teve claramente um pendor de redução do financiamento público, não obstante a despesa pública em saúde ser consistentemente mais baixa em Portugal comparativamente à média europeia e o facto de outras áreas de reforma do sistema de saúde terem sido desaproveitadas no contexto do resgate. Pense-se nas fortes assimetrias regionais no acesso aos cuidados, na necessidade de clarificação da relação público-privada (no financiamento do Estado, na utilização dos doentes e nos vínculos dos profissionais) ou na quase omissa política de recursos humanos na saúde. Em terceiro lugar, a famígera ideia da sustentabilidade, entenda-se que remetida a uma vertente financeira. Ao falar-se da sustentabilidade financeira de um serviço nacional de saúde denota-se, desde logo, o não entendimento sobre o que representa numa sociedade e os seus mecanismos de funcionamento. A existência de SNS não é apenas ideológica, de defesa de princípios coletivos de saúde e bem-estar das populações. Mesmo do ponto de vista financeiro, os estudos comparativos mostram que o total de gastos tende a ser mais baixo nesses países sem afetar os indicadores de saúde das populações.

Um serviço público de financiamento e prestação de cuidados representa um mecanismo de investimento social. Os seus gastos não podem ser medíveis a não ser por intermédio dos ganhos introduzidos a jusante e em áreas tão diversas como o sistema de segurança social (assumindo a sua base pública) ou a atividade económica, tanto pública como privada. Além disso, acresce a presunção e o dever de garantia de idoneidade no investimento realizado, sobretudo em áreas como a oncologia, de elevada diferenciação técnica e inexistente retorno financeiro direto.

Não poucas vezes ignora-se o princípio que quanto mais coletivo um sistema de saúde for, mais a sustentabilidade deve ser medida por intermédio da qualidade de vida da população. A equação é simples: o equilíbrio de um serviço nacional de saúde mede-se pelas condições prévias que evitem a utilização de cuidados de saúde. No caso de sistemas privados, sobretudo os de base lucrativa, o equilíbrio envolve um duplo princípio, ora de restrição no acesso e nos serviços garantidos (na ótica dos custos e do retorno do investimento) ora de incentivo ao consumo (na ótica de manutenção ou aumento do mercado).

As linhas deste estudo apontam para a existência de realidades referentes à prestação quotidiana de cuidados de saúde nem sempre visíveis noutros dados. Os números são consistentes e mostram problemas no SNS. Nas entrelinhas vemos com preocupação as implicações sobre um sistema de saúde baseado nos princípios que sabemos garantirem melhor saúde e coesão social. ■

* Investigador ISCTE-IUL



INVESTIGAÇÃO INOVADORA EM ONCOBIOLOGIA NO IMM LISBOA



O Instituto de Medicina Molecular, parte integrante do Centro Académico de Medicina de Lisboa, é uma referência nacional e europeia na investigação biomédica. Dos seus 34 grupos de investigação, nove trabalham na área do cancro, desenvolvendo estudos básicos (sobre a biologia do cancro em modelos experimentais) ou clínicos (em doentes oncológicos). Uma prioridade comum é a identificação de novos alvos, celulares e moleculares (ao nível dos genes), que possam ser explorados para tratamento do cancro.

O grupo liderado por Sérgio Almeida pretende decifrar de que modo a estrutura que envolve todos os genes – designada cromatina – interfere na forma como é transcrito o código genético, incluindo anomalias associadas a cancro. Por exemplo, descobriram o mal funcionamento de uma proteína da cromatina envolvida na reparação de lesões nos genes e a sua contribuição para determinados carcinomas do rim. Por outro lado, João Barata e seus colaboradores estudam como lesões genéticas nas células tumorais, e fatores produzidos no ambiente onde estas se encontram, contribuem para a iniciação e desenvolvimento de cancro, sua disseminação e resistência a tratamento. Uma importante área de investigação tenta encontrar agentes que matem exclusivamente células cancerígenas com uma mutação que identificaram no gene *IL7R*, o que pode ter grande impacto em leucemia infantil.

O laboratório de Maria Carmo-Fonseca desenvolve projetos em estreita colaboração entre equipas especializadas em genómica molecular e oncologia clínica, visando identificar alterações de funcionalidade genética presentes nas células cancerosas de doentes. Tal é o caso de uma linha de trabalho em curso no cancro da mama, que visa auxiliar a decisão clínica sobre a melhor opção terapêutica para cada caso.

O grupo de Cláudio Franco tenta descodificar os processos moleculares responsáveis pela formação e funcionalidade de novos vasos sanguíneos, essenciais para o fornecimento de oxigénio e nutrientes para o crescimento e desenvolvimento de tumores sólidos. Recentemente, identificaram genes envolvidos no crescimento dos vasos sanguíneos e pretendem desenvolver novos fármacos para bloquear a função destes genes, com vista a aumentar a eficácia das terapias convencionais. Já a equipa de Sérgio Dias procura compreender como um cancro passa de uma doença localizada num órgão específico para se disseminar para outras partes do corpo (metastização). Estudos em curso abordam os mecanismos envolvidos na aquisição de maior mobilidade celular, de resistência a terapêuticas, e de modificações metabólicas pelas células tumorais.

O laboratório de Gonçalo Bernardes desenvolve estratégias na interface da Química com a Biologia, nomeadamente novos métodos de modificação específica de proteínas. A geração de novas drogas que consigam distinguir entre células cancerígenas e células normais irá permitir tratamentos mais seletivos, mais eficazes e com menos efeitos secundários. Uma nova linha de investigação ambiciona recrutar células imunitárias capazes de controlar o crescimento tumoral. Tais células são o foco da equipa de Bruno Silva-Santos, que além de estudar a sua biologia fundamental, está a desenvolver uma imunoterapia celular inovadora, baseada num tipo de linfócitos T capaz de destruir eficazmente células tumorais (de cancros sólidos ou hematológicos). Tendo recentemente terminado com sucesso os estudos pré-clínicos, ambicionam iniciar um ensaio clínico em leucemia linfocítica crónica em meados de 2016.

Os dois grupos eminentemente clínicos, com presença no Hospital de Santa Maria, são chefiados por Luís Costa (oncologista) e João Forjaz de Lacerda (hematologista). O laboratório de João Lacerda trabalha na área da reconstituição imunológica e imunoterapia celular associadas ao transplante de progenitores hematopoieticos, que é uma terapêutica com intuito curativo para leucemias agudas, linfomas e mieloma múltiplo. Têm em curso um ensaio clínico, financiado pelo programa da Comunidade Europeia Horizonte 2020, em que administram um subtipo de células do dador



do transplante com função supressora (células T reguladoras) para o tratamento de uma complicação pós-transplante grave denominada doença do enxerto contra o hospedeiro. Finalmente, Luís Costa e colegas estudam mecanismos de invasão e de metastização de tumores sólidos, particularmente para o osso e fígado. O seu trabalho com amostras de vários tipos de cancro (nomeadamente, cancro do cólon e da mama) visa identificar marcadores moleculares que

sejam fatores de risco para metastização e possíveis futuros alvos terapêuticos.

Em suma, o iMM Lisboa é um polo de excelência cuja produção de conhecimento na área da Oncobiologia ambiciona contribuir para estratégias inovadoras e melhorias significativas no tratamento de doentes com cancro. ■



BRUNO SILVA -SANTOS



CLÁUDIO FRANCO



GONÇALO BERNARDES



JOÃO TABORDA BARATA



JOÃO FORJAZ DE LACERDA



LUÍS COSTA



MARIA CARMO-FONSECA



SÉRGIO DE ALMEIDA



SÉRGIO DIAS

NOVOS FÁRMACOS EM ONCOLOGIA - UM DESAFIO PARA TODOS

MANUELA MACHADO*



A Oncologia médica é a especialidade que estuda as neoplasias, benignas ou malignas. A abordagem de um doente oncológico é complexa e implica a multidisciplinariedade médica, envolvendo não só oncologistas médicos, mas também radioncologistas, cirurgiões, imagiologistas, entre outras especialidades.

Nos últimos anos, observaram-se grandes avanços nos meios de diagnóstico e, sobretudo, nas terapêuticas de uma grande maioria das doenças oncológicas, com aumento da sobrevivência global, do tempo livre de progressão das doenças oncológicas, da qualidade de vida, entre outros parâmetros, em diversas doenças oncológicas.

Como médica, o meu principal objetivo é tratar doentes.

Como oncologista médica, o meu objetivo primordial é o tratamento do doente oncológico, tentando aumentar a sobrevivência global, entre outros parâmetros, à custa da menor toxicidade possível, e, em simultâneo, tentando aumentar a qualidade de vida do doente.

No entanto, hoje, na Saúde, e de um modo particular, na oncologia médica, é inevitável pensar também no

custos do tratamento dos doentes. Sendo o aumento dos custos na Saúde transversal e multifactorial, como oncologista médica não posso deixar de me questionar sobre: o motivo dos preços tão elevados dos fármacos em oncologia médica; será que existem medidas que poderiam ser implementadas para a redução desses mesmos preços.

Quanto à primeira questão, o preço elevado dos fármacos, não posso deixar de mencionar vários fatores: apenas 16 a 19% das moléculas estudadas clinicamente, obtêm algum grau de sucesso, e são aprovadas para uso terapêutico; a aprovação de um fármaco para uso em oncologia é moroso e longo, envolvendo, entre outros, estudos pré-clínicos, estudos de fase I, II e III, sendo que a média de tempo entre o início dos testes clínicos de uma molécula e a sua hipotética aprovação para uso clínico é de 8 anos; a maioria das doenças oncológicas são doenças crónicas, não “curáveis”, sendo que os diversos fármacos irão funcionar apenas durante um período de tempo (tempo livre de progressão), e o doente irá, se mantiver condições físicas e analíticas, na maioria dos casos, ser tratado sequencialmente, com todas, ou quase todas, as opções terapêuticas.

Quanto à segunda questão, essa é ainda mais complexa. Na realidade, a maioria dos atuais ensaios clínicos de fase III, estão desenhados para obter resultados de eficácia e segurança; na maioria dos casos, não se pode realizar uma análise de efetividade.

Os melhores estudos para a avaliação de efetividade são os estudos observacionais de fase IV, o que vem ainda atrasar mais a avaliação das novas moléculas. Como realizar esta análise de efetividade mais precocemente e mais rapidamente é algo que se me afigura como fundamental em oncologia, sendo que nesta, a farmacoeconomia poderá ter um papel crucial.

A farmacoeconomia é a descrição e análise do custo de uma terapêutica/fármaco para o sistema de saúde e para





a sociedade. Uma avaliação farmacoeconómica, consiste numa avaliação que considera os efeitos (consequências, resultados) e os custos; na prática consiste numa análise comparativa de alternativas de ação em termos dos seus custos e consequências.

Numa avaliação farmacoeconómica temos que avaliar os resultados clínicos, humanísticos e económicos (Modelo ECHO). Os resultados clínicos são os eventos médicos que ocorrem como resultado de um tratamento (aumento da sobrevivência, aumento do tempo livre de progressão, entre outros). Os resultados humanísticos são os resultados que incorporam a satisfação do doente e/ou qualidade de vida; resultam do tratamento e são expressos em termos das perceções do doente. Os resultados económicos são expressos em termos de custos de tratamento, de despesa global.

Numa avaliação farmacoeconómica tem de se ter em atenção alguns conceitos, como:

- Análise de custo –minimização: examina apenas o custo dos fármacos/terapêuticas comparadas, isto é, custo/doente tratado.
- Análise de custo-benefício: os custos são medidos em unidades físicas e avaliam-se em unidades monetárias; o benefício é medido em unidades naturais de melhoria de saúde, do resultado clínico, do tempo livre de progressão; os resultados são expressos como custo/efeito
- Minimização de custos: comparação entre 2 tipos de tratamentos/terapêuticas, cujo resultado é, presumivelmente, semelhante
- Custo–benefício: avalia-se o custo e o resultado de um tratamento/terapêutica
- Custo–eficácia: define-se apenas um parâmetro de avaliação e comparam-se vários tipos de tratamento/terapêutica quanto ao parâmetro em questão
- Custo–utilidade: expressa todos os efeitos de uma determinado fármaco até à morte do doente

A Oncologia é uma área muito especial da medicina em que, por exemplo, um aumento de 4 semanas na sobrevivência global, ou a melhoria da qualidade de vida não podem de modo algum ser desprezados; talvez por esse facto, uma percentagem bastante significativa das *guidelines* de tratamentos de grande parte das doenças oncológicas atuais referia uma "lista" de opções terapêuticas, mas não mencione qual/quais a(s) opção/ões com melhor custo-efetividade.

Essa avaliação seria, na minha opinião, muito pertinente,

embora, provavelmente, não fosse alterar a realidade da prática clínica atual: sendo a maioria das doenças oncológicas doenças crónicas, na maioria dos doentes, o oncologista, com base em fatores como comorbilidades, experiência clínica com os diferentes fármacos, vontade do doente, entre outros fatores, decide o "*timing*" em que cada opção/terapêutica é utilizada, de modo sequencial.

Encontrar o equilíbrio que permita um gestão racional dos recursos sem prejudicar a missão do oncologista, tratar os seus doentes o melhor possível, é um desafio que deve ser partilhado entre o médico, o gestor, as entidades governamentais, a indústria farmacêutica e, na minha opinião, por vezes pelo próprio doente.

Bibliografia:

1. "Cancer Drugs at the cost of bankruptcy: will the oncologist tell the patients the benefit in terms of days/weeks added to life?" ; *The Oncologist* 2014;19:1291 www.TheOncologist.com
2. Mustaqeem Siddiqui, MD, and S. Vincent Rajkumar, MD "The High Cost of Cancer Drugs and What We Can Do About It" ; *Mayo Clin Proc*; October 2012; 87 (10); 935-943
3. Satoh T, Bang YJ, Gotovkin EA et al. Quality of life in the Trastuzumab for Gastric Cancer Trial. *The Oncologist* 2014; 19: 712–719.
4. Gatesman ML, Smith TJ. The shortage of essential chemotherapy drugs in the United States. *N Engl J Med*. 2011; 365(18): 1653-1655.
5. C. Bombardier, A. Maetzel; "Pharmacoeconomic evaluation of new treatments: efficacy versus effectiveness studies?" *Ann Rheum Dis* 1999;58:(Suppl I) I82-I85
6. J. Lyle Bootman, Raymond J townsend and William F. McGhan; "Introduction to pharmacoeconomics"
7. Sullivan ; Weiss; " Current reviews of allergy and clinical immunology"; *J Allergy Clin Immunol* vol 7; nº2; 203-210
8. "Cost-effectiveness of new drugs impacts reimbursement decision making but room for improvement" - PubMed - NCBI

* Oncologista Médica

A ONCOLOGIA EM PORTUGAL: DESAFIOS PARA O FUTURO

GABRIELA SOUSA*

A Sociedade Portuguesa de Oncologia ao longo dos seus 33 anos de existência tem contribuído para a promoção do conhecimento científico, desenvolvimento da formação médica contínua, educação da população sobre cancro e generalização das boas práticas clínicas em Oncologia. A oncologia moderna é uma oncologia praticada de forma multidisciplinar e multiprofissional, onde diariamente trabalham em estreita colaboração em prol do doente, inúmeros profissionais, de diversas áreas do saber.

O cancro tem sido descrito como a doença com maior impacto económico tendo em conta os anos de vida perdidos ajustados à incapacidade. Apesar da diminuição da mortalidade por cancro verificada nos últimos anos na Europa, Portugal foi dos países que menos reduziu esta mortalidade.

De acordo com os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) no estudo Health at a Glance 2013, Portugal gasta *per capita*, no tratamento do cancro 53 euros, cerca de metade da média da União Europeia que é de 102 euros, e menos de um terço do que gasta a Alemanha ou a França. Estes 53 euros correspondem a 2% da despesa total *per capita* em saúde, quando existem recomendações internacionais de que o investimento no tratamento do cancro deve estar próximo dos 10% da despesa total da saúde. Ainda em 2013 foi publicado na revista "Annals of Oncology" um estudo belga que demonstrava a correlação linear entre o investimento em saúde e a mortalidade por cancro, tendo-se verificado que os países com investimento *per capita* superior a 2 000,00 euros têm taxas de mortalidade por cancro entre os 45-50% e países cujo investimento em saúde é menor que 2 000,00 euros *per capita*, têm taxas de mortalidade por cancro entre os 50-60%.

Em Portugal a principal causa de morte prematura abaixo dos 65 anos (conforme demonstrado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016) medida através da taxa de anos de vida potencial perdidos (AVPP) é o cancro (31,7%). Esta mesma publicação refere que de entre as causas de morte consideradas mais sensíveis à prevenção primária e



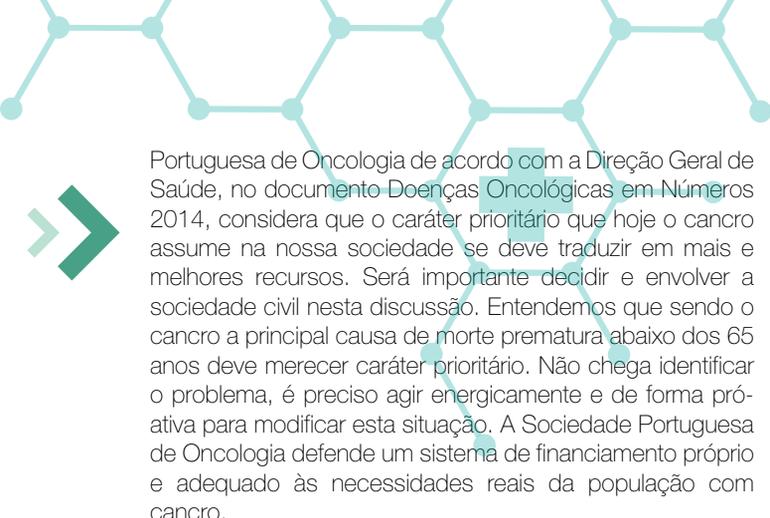
a cuidados de saúde, identificaram-se os tumores malignos (com especial relevância para o cancro da mama, traqueia, brônquios e pulmão, colon, reto e ânus, e colo do útero) e afirma que são passíveis de prevenção primária, através do controlo dos seus fatores de risco (tabaco, álcool, regime alimentar desequilibrado, sedentarismo) ou da prevenção secundária através de rastreios e deteção precoce (cancro da mama, carcinoma do colo do útero e cólon). Também o acesso ao tratamento em tempo útil é fundamental para minimizar as consequências.

Contudo, o que verificamos é que as medidas instituídas neste sentido são avulsas e sem metas determinadas ou pré-estabelecidas (o último Plano Oncológico Nacional esteve em vigor de 2007/2010).

Já este ano a Sociedade Portuguesa de Oncologia esteve presente na Comissão Parlamentar de Saúde onde assumiu formalmente a sua posição relativamente ao tratamento dos doentes com cancro em Portugal, alertando para que:

- 1 A falta de recursos humanos e meios técnicos são as principais dificuldades na obtenção de melhores resultados no tratamento do cancro em Portugal. Atualmente as instituições que prestam cuidados aos doentes oncológicos estão no limite das suas capacidades.
- 2 Há um problema de suborçamentação para as doenças oncológicas, pelo que a Sociedade





Portuguesa de Oncologia de acordo com a Direção Geral de Saúde, no documento *Doenças Oncológicas em Números 2014*, considera que o caráter prioritário que hoje o cancro assume na nossa sociedade se deve traduzir em mais e melhores recursos. Será importante decidir e envolver a sociedade civil nesta discussão. Entendemos que sendo o cancro a principal causa de morte prematura abaixo dos 65 anos deve merecer caráter prioritário. Não chega identificar o problema, é preciso agir energeticamente e de forma pró-ativa para modificar esta situação. A Sociedade Portuguesa de Oncologia defende um sistema de financiamento próprio e adequado às necessidades reais da população com cancro.

3 Quanto à prevenção primária a Sociedade Portuguesa de Oncologia defende que se deve reforçar a aposta na melhoria dos estilos de vida, mantendo um programa de educação e de promoção para a saúde junto dos adolescentes e jovens. Quanto ao rastreio, o nosso entendimento é que devem ser rastreados com campanhas efetivas todos os cancros rastreáveis, e de forma uniforme em todo o país. Contudo, será importante que o SNS consiga acomodar e tratar em tempo útil os cancros que são identificados neste contexto.

Ainda ao nível das preocupações atuais a Sociedade Portuguesa de Oncologia promoveu um estudo sobre a “Perceção dos profissionais relativamente ao tratamento do cancro em Portugal” e verificou que a maior parte dos inquiridos responderam que a principal preocupação é a assimetria na prestação de cuidados e no acesso ao melhor tratamento, referido por 74% dos profissionais. Estes resultados espelham uma preocupação *major* com o acesso aos tratamentos “ditos” inovadores sendo esta também uma preocupação da Sociedade. Durante o período de avaliação prévia do medicamento pelo INFARMED (e que pode durar anos), o recurso a estes fármacos que já demonstraram a sua eficácia em ensaios clínicos e que já foram sujeitos a autorização de introdução no mercado para utilização no espaço europeu, é feito individualmente e está dependente de uma cadeia de autorizações, sendo que em última instância cabe ao Conselho de Administração de cada hospital do SNS a decisão de permitir ou não o acesso ao tratamento. No contexto de serviço público parece-nos que este método é desajustado e gerador de assimetrias.

Como temos referido é de todo o interesse que estes novos medicamentos sejam devidamente monitorizados em termos de eficácia e segurança, no sentido de se aferir a sua “mais valia”. Entendemos contudo, que várias medidas poderão ser tomadas no sentido de reduzir os custos dos tratamentos inovadores, nomeadamente a comparticipação mediante risco partilhado com a Indústria Farmacêutica, ajustando o preço dos fármacos à eficácia dos mesmos e à duração do tratamento. Também entendemos que deverá ser estudada a hipótese de aumentar a possibilidade de acesso aos medicamentos inovadores através de programas de uso compassivo, e do aumento da competitividade do país para a investigação clínica.

De facto, o futuro reserva-nos grandes desafios:

1) É preciso salvaguardar a saúde dos profissionais. Os números revelam-nos que em Portugal fazemos mais com menos recursos económicos. E estes resultados só se obtêm pela excelência dos profissionais!

Contudo, hoje os profissionais da área de oncologia pela demanda crescente e a necessidade permanente de acomodar uma incidência cada vez maior de novos casos de cancro, estão completamente absorvidos em trabalho assistencial, muitas vezes com elevada carga emocional, com enorme desgaste físico e emocional. O tempo para áreas tão importantes do desenvolvimento da oncologia como a formação e a investigação é cada vez menor em cada uma das nossas instituições. Esta “carga assistencial” por vezes associada a condições laborais que não são as melhores, bem como a crescente diminuição da valorização profissional, tem feito com que muitos oncologistas solicitem mais cedo a aposentação e que os mais novos façam outras opções de vida, como emigrar ou apenas sair da carreira hospitalar. Pensamos que é fundamental garantir a saúde dos profissionais, por exemplo, com melhor gestão de horários de trabalho, nomeadamente com tempo bem definido para outras tarefas que não apenas a assistencial.

2) Outro desafio importante será ao nível da população de sobreviventes – como vimos em toda a Europa se tem reduzido a taxa de mortalidade por cancro, fruto da melhor deteção, dos programas de rastreio, mas sobretudo dos avanços ao nível do tratamento do cancro. Esta população de sobreviventes que é crescente tem necessidades médicas e psicossociais muito próprias pelo que é preciso preparar as condições necessárias à sua reinserção social e laboral.

3) A investigação também deve merecer destaque. Como já referido devemos encontrar os meios para poder captar para Portugal mais investimento em investigação clínica. Contudo, um dos problemas do futuro da investigação clínica em Portugal, sobretudo ao nível dos Ensaios clínicos de fase III, prende-se justamente com a aplicação atual do tratamento de acordo com o estado da arte. Se não o fizermos perdemos a possibilidade de testar novas estratégias.

O ano passado no 13º Congresso Nacional de Oncologia ouvimos o Prof. Peter Boyle (Global Public Health at UK) referir a propósito de um estudo feito na Europa sobre assimetrias no tratamento do cancro, que a pobreza é cancerígena! De facto em Portugal a comunidade científica enfrenta grandes desafios no sentido, de garantir que a pobreza do país e a época de crise que atravessamos não provoquem danos irremediáveis na saúde da nossa população. À Sociedade Portuguesa de Oncologia cabe a tarefa de diariamente pugnar pela melhoria da prática da Oncologia em Portugal, pela equidade de acesso ao melhor tratamento e pela melhoria contínua de prestação de cuidados a todos os doentes com cancro. ■

O COMPROMISSO DA MSD NA ONCOLOGIA



MAFALDA NOGUEIRA*

Administration (FDA) em 1986 e temos prosseguido nos nossos esforços de desenvolvimento de novos medicamentos.³

Atualmente, o foco da MSD é o progresso de moléculas inovadoras que mobilizam a capacidade de combater doenças oncológicas do sistema imunitário. A Companhia está investindo significativamente no âmbito da imunooncologia, comprometendo-se a acelerar todos os aspetos do desenvolvimento e comercialização, para disponibilizar os nossos medicamentos inovadores em investigação aos doentes de todo o mundo.

As doenças oncológicas são um dos desafios globais mais significativos da atualidade, representando uma das necessidades clínicas mundiais não resolvidas mais urgente. Em 2012, foram diagnosticados mais de 14 milhões de novos casos de cancro no mundo.¹ Estima-se que o número de novos casos ultrapasse os 20 milhões em 2030.²

Na MSD o nosso objetivo é traduzir os avanços significativos da Ciência em inovações biomédicas que ajudem os doentes oncológicos de todo o mundo. Ajudar as pessoas a lutar contra o cancro é a nossa paixão, apoiar o acesso aos nossos medicamentos oncológicos é o nosso compromisso, e prosseguir a investigação em imunooncologia é o nosso foco para potencialmente trazeremos nova esperança às pessoas com cancro.

A MSD tem uma forte tradição no desenvolvimento de fármacos inovadores em diversas áreas terapêuticas, incluindo Oncologia. O nosso primeiro fármaco de oncologia foi aprovado pela U.S. Food and Drug

Administration (FDA) em 1986 e temos prosseguido nos nossos esforços de desenvolvimento de novos medicamentos.³

O pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado que bloqueia a interação entre PD-1 e os seus ligandos, PD-L1 e PD-L2, e está atualmente a ser avaliado em estudos clínicos para tratamento de vários tipos diferentes de doença oncológica.^{4 e 5} O programa de desenvolvimento clínico de pembrolizumab inclui ensaios clínicos para avaliar pembrolizumab em monoterapia e em combinação com outras terapêuticas em mais de 30 tipos diferentes de doenças neoplásicas, incluindo melanoma, carcinomas não de pequenas células e de pequenas células do pulmão, tumores da cabeça e pescoço, carcinomas gástrico e esofágico, carcinomas do urotélio, mama e doenças hematológicas malignas, entre outros.⁶ A MSD está adicionalmente a desenvolver estudos de fase 1 com MK-4166, anticorpo anti-GITR, estudos de combinações imunomoduladoras, e estudos pré clínicos de oncologia, estando disponível informação adicional em www.merck.com/clinicaltrials.

³ Food and Drug Administration Clinical Review. http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/bla/1997/1fnasch110697r.pdf. Acedido em 9 de Junho 2015.

⁴ Merck, Oncology, <http://www.merck.com/product/oncology/home.html>. Acedido em 9 de Junho 2015.

⁵ KEYTRUDA (pembrolizumab) Prescribing Information. Whitehouse Station (NJ).

⁶ ClinicalTrials.gov [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). 2000 Feb 29 - MK-3475 and/or Pembrolizumab, <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/results?term=MK+3475+AND%2FOR+pembrolizumab>. Acedido em 9 de Junho 2015

¹ Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013, http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx. Acedido em 9 de Junho 2015.

² American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures. 2nd Edition. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027766.pdf>. Acedido em 9 de Junho 2015.



Como companhia de cuidados de saúde global, o primeiro e principal papel da MSD é descobrir e desenvolver fármacos e vacinas que representem avanços relevantes, *breakthroughs*, na resposta a necessidades clínicas não resolvidas. Reconhecemos também que temos um papel a desempenhar, em parceria com outros *stakeholders* chave, para assegurar acesso a todos os que precisam dos nossos fármacos. Queremos ajudar tantos doentes

oncológicos quanto possível, através de programas de acesso, parcerias com a comunidade e expansão das nossas capacidades. ■

* Associate Director Medical Affairs, Oncology, MSD Portugal



CELGENE

COMPROMISSO COM O NOVO PARADIGMA DE INOVAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E ACESSIBILIDADE

ALBERTO AVALTRONI*

A Celgene é ainda uma jovem empresa cuja história ilustra o modelo de inovação na descoberta e desenvolvimento de medicamentos (I&D) baseado na partilha e transferência de conhecimento adquirido no seio das instituições académicas. Assim, fruto da visão e empreendedorismo comum, Sol Barer, fundador da Celgene nos Estados Unidos e detentor de um passado de relevo enquanto cientista, aceitou o repto dos investigadores da Universidade de Rockefeller para iniciar o desenvolvimento clínico da talidomida, uma vez que ao identificarem as propriedades imuno-imoduladoras e anti-angiogénicas da talidomida, acreditaram na sua relevância no tratamento de doenças graves com manifestas necessidades terapêuticas, incluindo doenças oncológicas, cuja progressão se caracteriza por alterações no sistema imunitário e proliferação vascular.

Desde então tem sido crescente a atividade de investigação básica, de translação e clínica no modelo de parceria em estreita colaboração com instituições de prestígio, com um extenso programa de investigação em diversas áreas científicas com fármacos de nova geração na imunooncologia, sinalização intracelular e imunomodulação. A Celgene é uma das companhias farmacêuticas com maior percentagem dos seus proveitos operacionais reinvestidos em I&D, acima de 30%.

A nível internacional a Celgene conta com cerca de 6500 colaboradores. Na Europa, onde está estabelecida há 10 anos, cerca de 25% dos 2000 trabalhadores estão exclusivamente dedicados a atividades médicas e de I&D. O investimento em I&D a nível europeu tem sido crescente, contando com cerca de 18 compostos em investigação para doenças orfãs e para mais de 45 outras indicações. A investigação em doenças raras é de maior complexidade e com riscos acrescidos, pelo que é de realçar o facto de termos nesta área 4 medicamentos órfãos e 20 designações.

Os nossos tratamentos têm contribuído para a melhoria dos resultados em saúde em doenças hemato-oncológicas, como o mieloma e as síndromes mielodisplásicas. Baseado na experiência adquirida nesta área, parte do nosso investimento está a ser feito noutras áreas com manifestas



necessidades como o cancro do pâncreas e outras doenças crónicas debilitantes como a psoríase e a artrite psoriática. O empreendedorismo da Celgene no modelo de investigação e de comercialização dos seus medicamentos foi premiado por diversas vezes. Desde 2008, a lenalidomida e a azacitidina já foram agraciadas com diversas categorias do *Prix Galien* para medicamentos inovadores devido ao impacto demonstrado na vida dos doentes e ao seu potencial no futuro. A EURORDIS (*European Rare Diseases Organization*) reconheceu em 2013 a Celgene pela excelência na inovação em doenças raras.

Responsabilidade Social - Celgene Global Health (CGH)

Dentro dos projetos de responsabilidade social, destacamos o da CGH. A CGH foi fundada em 2009 especificamente para desenvolver parcerias de colaboração na procura de soluções para os desafios da saúde no mundo em desenvolvimento, identificando as melhores práticas para expandir o acesso a medicamentos de modo seguro. Neste projeto participam instituições académicas, ONG, organizações de financiamento público/privado, CRO e diversas empresas farmacêuticas que contribuem com o seu pipeline e conhecimento com o objetivo de identificar compostos com atividade em doenças negligenciadas do mundo em desenvolvimento, como a tuberculose, a malária, a leishmaniose, a tripanosomiase, a filariase e outras.





O compromisso da Celgene em Portugal

A Celgene opera em Portugal desde 2007, atualmente com 24 colaboradores, sete dos quais integrando o departamento médico, devidamente qualificados para apoiar os projetos de investigação e responder às solicitações dos profissionais de saúde sobre a gestão e otimização da medicação.

Desde o início das suas atividades em Portugal, a Celgene tem vindo a apoiar o desenvolvimento das instituições nacionais de modo a potenciar a sua participação, quer em ensaios clínicos (EC) internacionais do programa de desenvolvimento clínico da Celgene, quer em estudos de iniciativa académica.

Entre 2012 e o primeiro trimestre de 2015 o número de EC da Celgene a decorrer em Portugal, triplicou, conforme ilustrado na figura 1. Na realidade, os estudos da Celgene, apesar de operarem em patologias mais raras, têm frequentemente superado os objetivos de recrutamento e contribuído para o sucesso do recrutamento global, o que indicia não só a pertinência do EC para responder a questões relevantes em patologias com evidentes lacunas terapêuticas, bem como o contributo dos estudos para a aquisição de conhecimento no manejo dos doentes submetidos aos tratamentos em avaliação. Estão envolvidas dezasseis instituições de saúde de referência nacional, correspondem a 52 centros de investigação e 37 investigadores, que incluíram 114 doentes até à data atual.

Na sequência do bom desempenho nos EC os investigadores portugueses têm sido chamados a colaborar na interpretação e discussão dos resultados e na apresentação em reuniões internacionais de referência para as áreas terapêuticas em causa.

Não perdendo de vista que o objetivo único da participação

dos médicos e doentes em EC é a aquisição de conhecimento sobre a doença e manejo dos tratamentos, não podemos ignorar que os EC constituem, simultaneamente, uma fonte de investimento e poupança de recursos. Cada doente incluído em EC representa um financiamento direto decorrente da verba atribuída às instituições para a monitorização clínica dos doentes, bem como uma redução das despesas que estes doentes representariam ao serem tratados fora do ambiente de EC, tais como a medicação do estudo e os exames complementares de diagnóstico para caracterização e monitorização da doença.

O doente no centro das nossas atividades

Estamos cientes da nossa responsabilidade social ao apoiar, sem condições, projetos de instituições que privilegiam educação e literacia em saúde contribuindo para uma participação mais informada da sociedade sobre as decisões em saúde, bem como a investigação sobre as perspetivas dos doentes e cuidadores.

Queremos também contribuir com soluções inovadoras para assegurar o acesso aos melhores cuidados de saúde dos doentes em Portugal, de forma a que sejam otimizados os benefícios e a utilização dos recursos para a saúde.

Podemos hoje afirmar, com orgulho, que a Celgene é uma empresa biofarmacêutica global, tendo o doente no foco das nossas decisões, comprometida com a investigação, desenvolvimento e comercialização de terapêuticas inovadoras para o tratamento de doenças oncológicas e imuno-inflamatórias ameaçadoras da vida e patologias crónicas debilitantes. ■

* Country Manager da Celgene em Portugal

CELGENE: EVOLUÇÃO DA ATVIDADE EM EC EM PORTUGAL

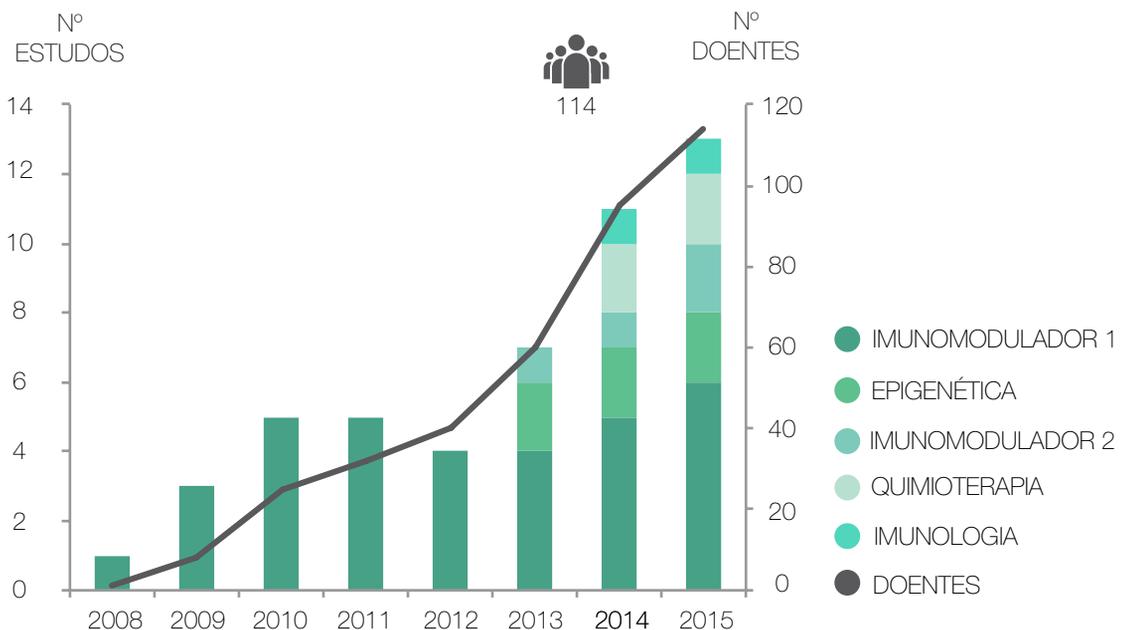


Figura 1

PREVENIR INFEÇÕES NO DOENTE ONCOLÓGICO: UMA LEITURA COMENTADA DAS NORMAS E ORIENTAÇÕES DA **DGS**



FILIPPE FROES*

A prevenção das infeções no doente oncológico merece, assim, uma especial atenção dos profissionais de saúde e das diferentes organizações de saúde, em particular, no nosso país da Direção-Geral da Saúde (DGS).

No âmbito das infeções respiratórias, a DGS publica anualmente uma Orientação¹ de vacinação contra a gripe e disponibilizou, mais recentemente, uma Norma² com a identificação dos grupos de risco para doença invasiva pneumocócica e indicação para a vacinação antipneumocócica.

O doente oncológico pelas suas características únicas apresenta um risco acrescido de contrair infeções e de desenvolver infeções com maior gravidade. Este risco resulta da conjugação de vários fatores. Além da imunossenescência que acompanha o envelhecimento, o doente oncológico frequentemente apresenta comorbilidades, tais como a anemia e a diabetes mellitus, que se associam a imunocompromisso e é habitualmente sujeito a terapêuticas, como a quimioterapia e/ou radioterapia, com profundo efeito imunossupressor.

Os contactos recorrentes do doente oncológico com as instituições de saúde, em regime de hospital de dia ou internamento, favorecem também a exposição à flora microbiana hospitalar, onde se encontram as taxas mais elevadas de resistência aos fármacos antimicrobianos.

Neste contexto de elevados custos diretos e indiretos quer para os doentes e respetivas famílias, mas também para a sociedade, é de crucial importância a prevenção de todas as possíveis complicações que podem ocorrer, influenciar o prognóstico e comprometer todo investimento efetuado na gestão destes doentes.

Em relação à vacinação antigripal, o doente oncológico sujeito a quimioterapia imunossupressora, independentemente da presença de outras patologias ou condições, está incluído nos grupos prioritário de vacinação e com indicação formal para ser vacinado. Se o doente tiver 65 ou mais anos de idade, residir em lares de idosos das Misericórdias Portuguesas ou lares de idosos com acordos de cooperação ou gestão da Segurança Social, ou estiver integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados beneficia da vacinação gratuita.

De igual modo, os doentes com doença neoplásica ativa ou submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia estão englobados no grupo dos doentes imunocomprometidos de risco para doença invasiva pneumocócica. À semelhança da vacinação antigripal, alguns doentes oncológicos beneficiam da vacinação antipneumocócica

¹ Direção-Geral da Saúde. Vacinação contra a gripe com a vacina trivalente para a época 2014/2015. Orientação N.º 16/2014 de 24/09/2014.

² Direção-Geral da Saúde. Identificação de grupos de risco para doença invasiva pneumocócica para vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae*. Norma 009/2015 de 01/06/2015.





gratuita. De momento apenas estão incluídos neste grupo os doentes com leucemias, linfomas, mieloma múltiplo e doença de Hodgkin.

Finalmente, a prevenção da colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina (Methicillin-resistant *Staphylococcus Aureus* ou MRSA) é uma prioridade de saúde em Portugal e justificou uma Norma³ da DGS. Na atualidade, *Staphylococcus aureus* permanece uma das principais causas de infeções da comunidade e sobretudo associadas a cuidados de saúde. A emergência da resistência a metilina (MRSA) transformou este agente patogénico ubíquo num desafio terapêutico à escala global, representando o agente etiológico mais frequente de infeções associadas a cuidados de saúde resistentes a antimicrobianos no mundo.

No último inquérito de Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses, que decorreu de 23 de maio a 8 de junho de 2012 e que contou com a participação obrigatória dos hospitais públicos, *Staphylococcus aureus* foi o microrganismo mais frequente (17,0% do total dos isolamentos), com uma taxa de resistência à metilina de 80% e tendo sido o agente patogénico principal nas pneumonias (25,0%), nas infeções do local cirúrgico (24,8%) e da corrente sanguínea (18,6%). Como já foi referido, o doente oncológico pela sua fragilidade e contactos frequentes com o ambiente hospitalar é um dos alvos preferenciais deste microrganismo.

Nesta norma são definidos um conjunto de procedimentos, dos quais destacam-se:

- Os doentes internados em unidades de cuidados intensivos e em unidades de hematologia por um tempo previsível superior a 48 horas devem ser submetidos a higiene corporal (incluindo o couro cabeludo e excetuando a face) com gluconato de cloro-hexidina a 2% em toalhetes, pelo menos, nos primeiros 5 dias após admissão;

- Os doentes que vão ser submetidos a cirurgias eletivas devem ser submetidos a, pelo menos, dois banhos prévios à intervenção cirúrgica, com gluconato de cloro-hexidina \geq a 2%, um na véspera da cirurgia e outro no dia da cirurgia (com, pelo menos, duas horas de antecedência);

- Pesquisa ativa (rastreamento) de portadores de MRSA, em todos os serviços/unidades de internamento de hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados, aos doentes com risco acrescido de colonização ou infeção por MRSA, nomeadamente:

- todos os doentes transferidos de outras unidades hospitalares com internamento nessa unidade de saúde superior a 48 horas; e

- todos os que verifiquem um ou mais destes critérios: uso de antibióticos nos seis meses anteriores, internamento nos seis meses anteriores, hemodiálise, internamento em unidades de cuidados continuados ou lar/residência de idosos, presença de dispositivos invasivos, presença de feridas crónicas e colonização prévia por MRSA.

A norma refere ainda que a higiene corporal repetida e continuada com gluconato de cloro-hexidina pode originar irritação e/ou reações de hipersensibilidade de pele e mucosas e que o dicloridrato de octenidina e fenoxietanol (solução cutânea ou toalhetes) parece ter efetividade similar à do gluconato de cloro-hexidina e melhor perfil de tolerabilidade, nos estudos realizados, embora estes tenham carácter não controlado e não aleatorizado e envolvam muito menor número de doentes.

Como em tudo na vida ter alternativas é fundamental e recentemente mais estudos, sobretudo europeus, têm sido publicados que corroboram a eficácia e maior tolerabilidade da octenidina em relação à cloro-hexidina, nomeadamente na neonatologia e pediatria.

Em conclusão, se Hipócrates nos ensinou a importância do *primum non nocere*, o risco de infeções no doente oncológico exige de todos nós, profissionais de saúde e dos próprios doentes, uma maior adesão ao *secundus prohibere*, ou seja, segundo prevenir! ■

* Pneumologista e Intensivista do Hospital Pulido Valente - CHLN

Consultor da Direção-Geral da Saúde (Membro da Comissão Técnica de Vacinação e do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos)

³ Direção-Geral da Saúde. Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados. Norma 018/2014 de 09/12/2014 (atualização 27/04/2015).

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

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

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



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

Saiba mais em pfizer.pt



1MISC1005001

Copyright © 2009 Pfizer Inc. Direitos reservados.

A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL

