

# Hospital



"AINDA NÃO  
CONSEGUIMOS  
IMPOR A CARREIRA  
DE ADMINISTRAÇÃO  
HOSPITALAR"

**Ana Escoval**  
Presidente da APDH

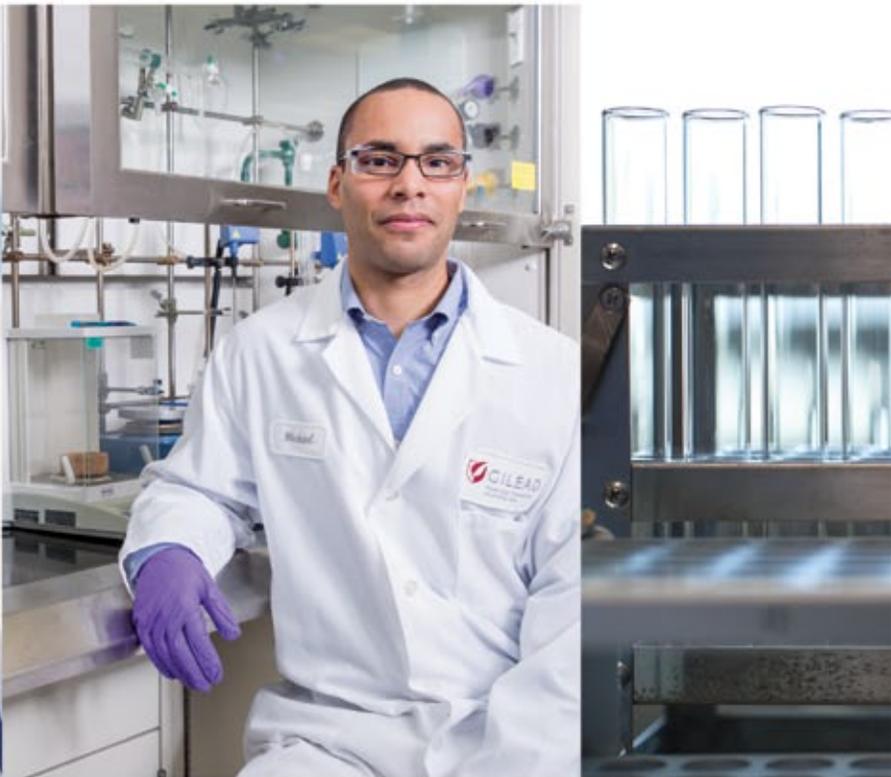
**schülke** 

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

Prevenir a Contaminação • Proteger a Saúde

the plus of pure  
performance





# Advancing Therapeutics, Improving Lives.

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

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

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

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



Gilead Sciences, Lda.

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

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

000/PT/14-10/IN/1768

# ÍNDICE

EDITORIAL	4
BENCHMARKING HOSPITALAR	6
OPINIÃO	8
ESTUDO HEPATITE C	18
VIH / SIDA	20
GRANDE ENTREVISTA	22
FINANCIAMENTO DA INOVAÇÃO DISRUPTIVA	28
INVESTIGAÇÃO	34
INFEÇÃO HOSPITALAR	36



Revista da Associação Portuguesa de  
Desenvolvimento Hospitalar



#### Diretora

Ana Escoval

#### Editora

Marina Caldas

#### Redação

Edite Espadinha, Marina Caldas, Marina Tovar Rei

#### Editora de Arte e Paginação

Ana Rita Gama

#### Fotografia

L. Ribeiro

#### Diretor Comercial

José Ferreira

#### Impressão

UE

#### Tiragem

4.000 exemplares

#### Distribuição

Gratuita

#### Periodicidade

Bimestral

#### Projecto

**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

APDH  
Associação Portuguesa para o Desenvolvimento  
Hospitalar

#### Gabinete HOPE&IHf Portugal

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 Lisboa  
Tel. 217548279  
Telm. 963668745  
Email: geral@apdh.pt  
HOPE hopemail@hope.min-saude.pt  
IHf ihf@ihf.min-saude.pt



# Editorial

A APDH chega com este primeiro número d'O Hospital junto de si, instituição hospitalar e de cuidados de saúde ou profissional prestador, instituição hospitalar e de cuidados de saúde ou profissional prestador, investigador, estudante ou cidadão interessado na área da saúde, para dar espaço à vida hospitalar ao serviço dos cidadãos, à capacidade de desenvolvimento profissional, à identificação de potencial de inovação e à comunicação científica e social entre as comunidades do hospital e da sociedade em que o mesmo se insere.

O sistema de saúde português cresceu e desenvolveu-se na sequência do ímpeto político-social de Abril, que permitiu a democratização da saúde enquanto uma das funções soberanas dos países desenvolvidos e da Europa em particular.

O coração dos cuidados de saúde – o SNS, promoveu assim, em três décadas e meia, a circulação do estado da arte de cada instante pelas redes de prestação primária, hospitalar e de cuidados continuados, em recursos humanos, dispositivos organizacionais e logísticos, que dão hoje a Portugal posições favoráveis em rankings internacionais, especialmente em vários indicadores de saúde das crianças e jovens, da mulher e da maternidade e do adulto ativo.

O caráter incessante da(s) mudança(s) operada(s) no sistema de saúde, no conhecimento em saúde e nas expectativas e exigências dos cidadãos,

ao longo do período de existência do SNS, perscrutando sempre a orientação do sentido reformador apontado pela OMS, por organizações e observatórios económico-sociais nacionais e internacionais, experimentado noutros sistemas de saúde nacionais semelhantes e estudado no terreno por instituições académicas e prestadoras de cuidados de saúde, tem trazido evidência de consolidação de alguma(s), fomentadora de exemplos, de descontinuidade de outra(s), geradora de ineficiências, e de ausência de tanta(s), impondo-se a necessidade de reconhecer a(s) mudança(s) do SNS promotoras de eficiência no sistema de saúde português.

Foi este o mote que a APDH pensou para o 5º Congresso Internacional dos Hospitais, de realização bienal, congregador da participação de hospitais portugueses e estrangeiros para apresentação e debate em torno de mudança(s) no SNS a reconhecer e, também, de mudança(s) no SNS a promover nos próximos tempos, quer em resposta à crise económica e social que perdura quer, entretanto, como ação futura pós-crise e a partir de todos os ensinamentos de percurso recolhidos e apercebidos.

Talvez o sentido da(s) mudança(s) futura(s) a ter(em) lugar no SNS, e o futuro já se move, compreenda(m) uma melhor visão da saúde (pública) dos portugueses, o hospital mais voltado para a saúde crítica, a investigação diagnóstica e intervenção ambulatoria, maior efetividade de plataformas de coordenação funcional entre as redes de cuidados, um maior empenhamento intersetorial (educação, solidariedade social, emprego e economia), e uma maior amigabilidade para com as populações vulneráveis e de mobilidade apoiada, especialmente à população idosa.

Esperamos que a revista O Hospital e as informações aqui apresentadas, atraiam a atenção dos leitores profissionais e dos cidadãos interessados.

A Direção da APDH

abbvie

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

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

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

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

abbvie.pt

Siga-nos em:



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



## A razão de ser

Manuel Delgado, Diretor Geral da IASIST – Portugal

***“ The Truth is that for a large part of medical practice, we don't know what works. But we pay for it anyway. ” - In, “ Testing what we think we know” Welch H., G.***

Gilbert Welch é médico, professor universitário e investigador nos E.U.A.

Publica com regularidade, artigos de opinião, ensaios e estudos sobre a avaliação clínica.

A afirmação que citamos, incluída num artigo do New York Times de 19/08/2012, embora polémica, sintetiza bem as principais características e problemas que os cuidados de saúde nos colocam hoje nos países mais desenvolvidos:

a. A relativa ignorância do consumidor, leia-se o doente, que sabe o que sente, mas não sabe exatamente do que necessita e dos resultados que pode esperar;

b. As dificuldades dos financiadores (Estado, seguradoras, as próprias famílias) que não entendem bem a formação dos preços, a pertinência das decisões clínicas e os recursos utilizados para cada caso;

c. A variabilidade da prática clínica entre profissionais e instituições, perante casos similares, e por vezes também, a variabilidade dos resultados obtidos.

Hoje, nas sociedades modernas e nos mercados em geral, exige-se cada vez mais transparência e adequação no uso de recursos, mais informação e conhecimento para os cidadãos e, também, mais garantias sobre a qualidade e a segurança dos produtos e serviços que adquirimos.

Na Saúde, e tendo em conta as características muito específicas dos “Cuidados de Saúde”, estas questões assumem particular relevância: a ética da vida e da sobrevivência, a dor e a inferioridade intrínseca dos pacientes, o progresso das capacidades resolutivas das terapêuticas, o avanço incontornável dos custos, tomam este sector particularmente sensível em matéria de avaliação da qualidade e da eficiência, de processos e de resultados.

Paradoxalmente, fruto das dificuldades de medição objetiva, o sector da Saúde é, em matéria de avaliação, o que tem evoluído mais lentamente.

Muitas vezes, por comodidade, opta-se por avaliações indiretas de desempenho dos serviços de Saúde, através de inquéritos de satisfação dirigidos aos doentes. Nestes se combinam, abusivamente, dimensões hoteleiras ou de relacionamento interpessoal (em que a opinião dos utilizadores pode ser relevante) com dimensões técnico - científicas sobre os cuidados de Saúde recebidos (em que a opinião é, no essencial, inválida).

A natureza da prestação de cuidados de Saúde, assenta prioritariamente na componente técnica da intervenção médica e é aqui que os modelos de avaliação têm investido nos últimos anos: a qualidade dos diagnósticos e das terapêuticas, o tempo oportuno de intervenção, a duração dos episódios de doença e



formas utilizadas para tratar (internamento, ambulatório, domicílio), a segurança no uso de tecnologias e de outros procedimentos clínicos, a sobreutilização de recursos, são alguns dos temas mais relevantes na apreciação do desempenho clínico a par, naturalmente, da atribuição de valor aos ganhos obtidos pelos doentes (imediatos ou de médio e longo prazos).

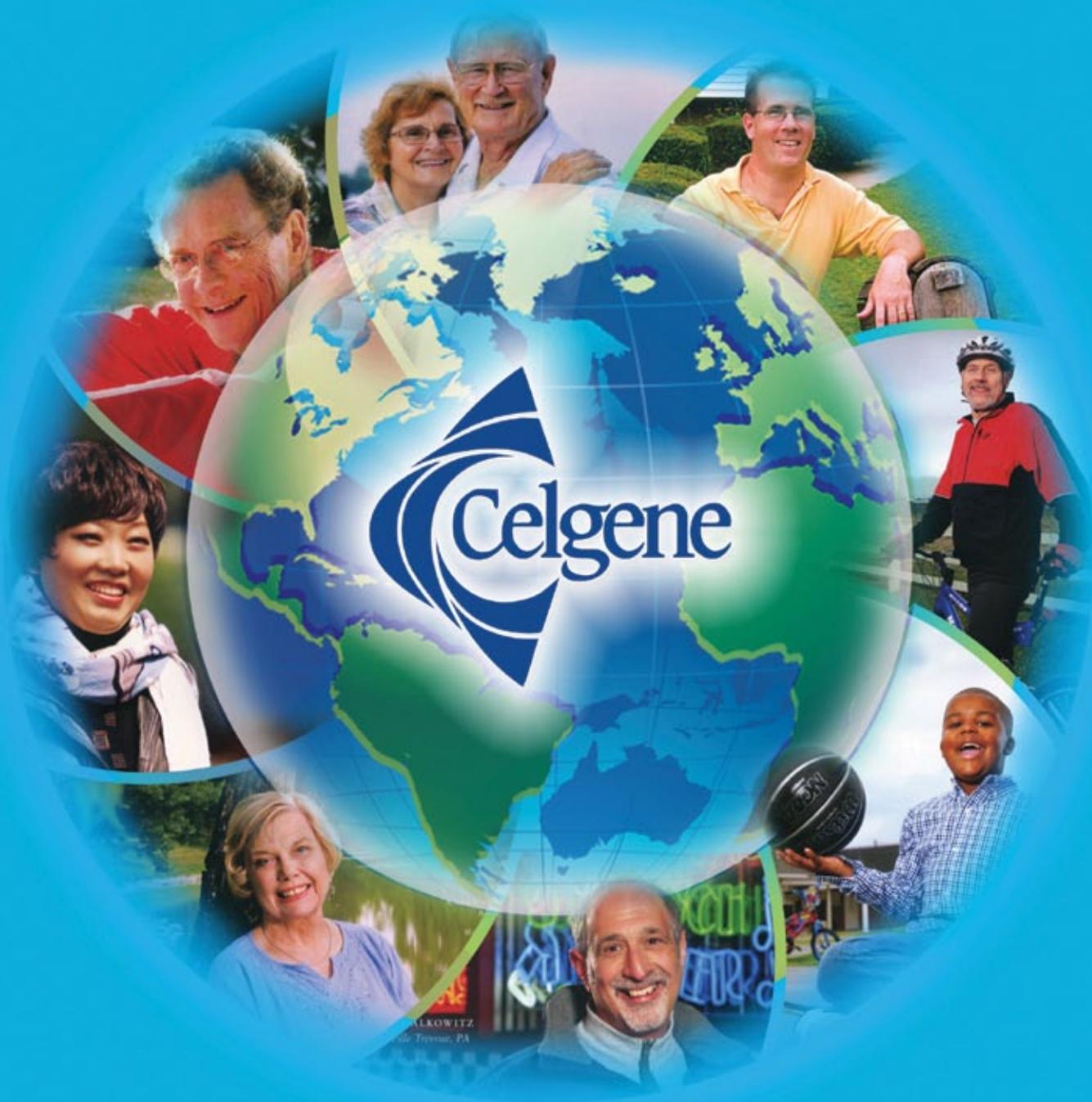
No ambiente especialmente complexo de um hospital, com a multiplicidade de patologias diferentes, níveis de complexidade e de gravidade e características dos próprios doentes, as questões de avaliação clínica e a procura das melhores práticas exigem mais sofisticação nas metodologias e o estabelecimento de modelos de comparação mais exigentes.

O facto de hoje, em quase todos os países europeus, da América do Norte, Austrália, Nova Zelândia, se utilizarem formas de classificação de doentes que facilitam aquele trabalho e são similares ou mesmo iguais, permite fazer benchmarking, não só de âmbito nacional, mas também comparando países ou hospitais de diferentes países.

Citaremos, apenas para ilustração dos leitores, alguns índices particularmente relevantes para os doentes: a mortalidade, as complicações, as readmissões ou reinternamentos e os acontecimentos adversos (sepsis pós-operatória, úlceras de decúbito, traumatismos obstétricos, reanimações mal sucedidas, de uma lista mais vasta de 20 acontecimentos, que utilizamos)<sup>1</sup>.

Pensamos, por fim, que este trabalho se deve desenvolver sem alardes ou exibicionismos, já que, este tipo de ferramentas se destinam a ser utilizadas como instrumentos de governação clínica, contribuindo em primeiro lugar, para a identificação de problemas e para a introdução de melhorias.

<sup>1</sup> cf. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), U.S.A.



# *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

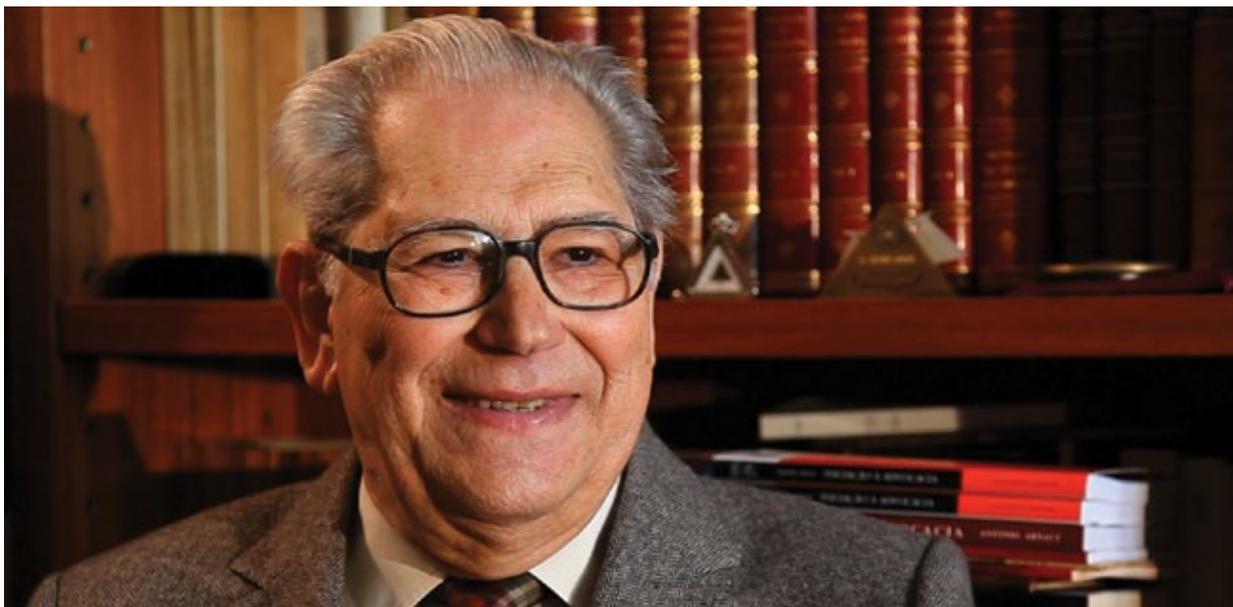
**E-mail:** [celgene.portugal@celgene.com](mailto:celgene.portugal@celgene.com)

## SNS (Re)conhecer as mudanças

No ano em que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) celebra 35 anos de vida, fomos saber o que pensam algumas das principais personalidades responsáveis pela sua criação, crescimento e desenvolvimento. Os sonhos, as conquistas e os desafios de ontem, hoje e amanhã, pela voz do atual e antigos responsáveis pela pasta da saúde. Um percurso que nos faz recuar até 15 de setembro de 1979 e nos desafia a pensar o futuro do SNS e da saúde em Portugal.

### António Arnaut, fundador do SNS

“Foi preciso dobrar o cabo e dobrámos”



Estes 35 anos do SNS foram anos de esperança e de algumas deceções. O SNS começou por ser um sonho, não propriamente meu, mas antes de mim, de muitas gerações, a começar com as carreiras médicas de 1961, passando pela reforma de Gonçalves Ferreira, em 1971, chegando então a 1978, quando o segundo Governo Constitucional começou a pô-lo em letra de lei e a torná-lo concreto. O SNS já estava previsto na constituição mas tinha de dar-se o primeiro passo, o despacho de Julho de 1978, o qual abriu os estabelecimentos de saúde a toda a população, gratuitamente. E essa é a essência do SNS. Costumo dizer que o grande feito do SNS não foi apenas ter alterado substancialmente os nossos indicadores sanitários, fazendo com que passássemos do fundo da tabela para os primeiros

lugares no ranking mundial, foi ter vencido muitos obstáculos. Foi preciso dobrar o cabo e dobrámos.

O SNS baseia-se não tanto numa ideologia mas numa ética, a ética da dignidade da pessoa humana. Não concebo viver numa sociedade em que as pessoas doentes, em risco de vida, sofram ou morram por não terem dinheiro. Ergo a minha voz contra essa injustiça.

O SNS é uma grande conquista. Tem muitas insuficiências, precisa de ser melhorado e também de ser humanizado.



# 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](http://www.amgen.pt) ou contacte a Amgen Biofarmacêutica Lda., Edifício D<sup>a</sup> Maria I (Q60), Piso 2 A, Quinta da Fonte – 2770-229 Paço d'Arcos, Lisboa, Portugal.

**AMGEN**<sup>®</sup>

Pioneering science delivers vital medicines<sup>™</sup>



## Pela saúde 5 por cento

O SNS está a ser feito e desfeito todos os dias. Está a ser feito por todos aqueles que o defendem, pelo povo, por todos os trabalhadores que o querem, pela grande maioria das forças políticas e sociais que o querem. Mas há um grupo restrito, a direita dos interesses, os grandes grupos económicos que vêm na saúde uma grande mercadoria.

Dirijo-me àqueles que defendem a qualidade e eficiência do SNS, àqueles que querem um Estado justo, de justiça social, em que a dignidade do

Homem comanda a vida. No dia em que a classe média deixar de confiar no SNS então já não há SNS. Gastamos com a saúde 5 por cento do nosso PIB. Pergunto: se conseguimos dar bem-estar às populações, tirar-lhes o medo da doença e do sofrimento, se conseguimos alcançar patamares de dignidade e de igualdade, então esses benefícios não valem os 5 por cento de investimento público na saúde? Então esse benefício não se traduz também num retorno económico? Um Estado que não é capaz de investir 5 por cento na saúde dos seus cidadãos não é um Estado digno.

---

## Luis Barbosa, Ministro dos Assuntos Sociais, 1981 – 1983

“Mas não se pode ficar parado no tempo”



O balanço destes 35 anos é francamente positivo. Quem conhecia o que se fazia há 40 anos e a evolução que se conseguiu, reconhece que essa evolução é extraordinária. Os princípios que orientaram o SNS são princípios válidos e indiscutíveis sobre o ponto de vista humano e social.

Mas não se pode ficar parado no tempo. Há que adaptar às novas realidades aquilo que foram os princípios que António Arnaut, como fundador do SNS, pôs em prática e que os ministros foram desenvolvendo ao longo dos anos.

Portugal está muito bem preparado para dar o passo em frente. A realidade é que o SNS é constituído por um conjunto de subsistemas, alguns criados obrigatoriamente pelo Estado. As pessoas sentem-se bem nesses subsistemas. Muitos deles são contributivos ou independentes do Orçamento do Estado.

### Compatibilização racional

Há que separar totalmente o que é a função financiadora dos cuidados de saúde, seja ela proveniente de um seguro, dos variados

subsistemas ou da ADSE, da prestação de cuidados. Penso que o SNS deve ser, no futuro, uma compatibilização racional de todos estes subsistemas. Quem presta cuidados não financia, quem financia não presta cuidados. Quando me apresento numa instituição que presta cuidados, estes vão ser pagos, se é por uma seguradora, se é pelo Estado, se é por um subsistema, se é por um seguro obrigatório, isso para o prestador

é indiferente. Por outro lado, certamente nos casos de doença grave, de situações especiais, o Estado continuará a manter um papel subsidiário. Se não tenho resposta num subsistema, essa mesma pessoa deve pedir ao Estado para ser integrado na fórmula geral de um serviço público que deve ser prestado e que, no fundo, tem que ser financiado por alguma das entidades.

---

## Arlindo de Carvalho, Ministro da Saúde, 1990 – 1993

“Não é preciso fazer mais leis”



Ninguém poderá dizer que não vai precisar do SNS, seja rico, seja pobre, seja da classe média. Por isso mesmo, o SNS é entendido como uma conquista definitiva, que tem que ser sustentável e para que possa prolongar-se para além dos partidos políticos e dos governos. Neste momento estamos perante dificuldades de natureza financeira muito fortes e que vão durar para além desta crise. As novas tecnologias, novos medicamentos, a especialização e contratação de profissionais tornam expectável um crescimento acentuado da despesa. Para que se possa preservar o SNS não é preciso fazer mais leis, basta seguir alguns exemplos. Tenho que citar o case study dos Hospitais da Universidade de Coimbra e de toda a região de Coimbra, onde foi desenvolvido um programa muito bem conseguido, com a fusão de

duas grandes instituições, dois grandes centros hospitalares, a extinção de alguns hospitais, concentrado serviços e evitando redundâncias.

### Qualidade e segurança

Podemos caminhar para a sustentabilidade sem que seja necessário muito mais dinheiro. O que é necessário é partir das experiências que tiveram sucesso e, alargá-las. No caso de Coimbra não há praticamente notícias de grandes convulsões e foram fechados vários hospitais. O número de consultas e cirurgias aumentou. Mais: este projeto foi alvo de prémios nos últimos três ou quatro anos.

Acho que o SNS não pode ser um serviço residual. Há alguns anos o setor privado em Portugal era



esse sim, residual. A área social também está já a desenvolver-se. O que significa que o SNS tem que se preparar para a concorrência sob pena de ficar como uma organização que presta serviço residual àqueles que não têm opção. O SNS

tem que ser uma referência e tem de afirmar-se pela qualidade e pela segurança. Qualidade dos serviços e pela segurança dos doentes. São dois aspetos fundamentais em que o SNS tem que trabalhar nos próximos anos.

## Paulo Mendo, Ministro da Saúde, 1993 – 1995

“O serviço mais barato do mundo”



Tenho uma idade que me deu o privilégio de ver tudo desde o início, de ser um testemunho ativo desde 1959, ano em que me inscrevi na Ordem dos Médicos. Se antes tínhamos 58 por cento de mortalidade infantil no primeiro ano, hoje temos menos de 3 por cento. Todos os nossos índices atuais nos situam entre os países mais avançados do mundo. E ao mesmo tempo, apesar das pessoas não gostarem muito de ver, é o serviço mais barato do mundo. Portanto, o grande defeito é não ter a garantia de uma sustentabilidade financeira.

Fazemos milagres com tão pouco e foi precisamente este pouco dinheiro que ainda foi cortado, não em pequeninos cortes mas num corte brutal de milhares de milhões de euros. Por sorte ou por inteligência, foi convidado para

ministro da saúde um fiscalista e não médico, que conseguiu com essas orçamentações, com esses cortes, poupar o mais possível ao bolso do cidadão. Acaba a crise mas não passamos a ter tudo resolvido, pelo contrário.

### Orçamento próprio

Esse período de recuperação vai demorar anos. Desde a reposição de parte do património que se perdeu, dos técnicos que saíram e começam a fazer falta no interior do país, vamos ter uma série de problemas.

Vai ser outra vez uma espécie de futuro de pioneiros, temos que refazer aquilo que eramos, temos que mudar completamente.

O financiamento por Orçamento Geral do Estado

é perfeitamente ineficaz. Defendo que a saúde tenha como a segurança social um orçamento próprio. Esse orçamento próprio deve ser uma espécie de seguro obrigatório sobre a saúde, de

maneira que todo o cidadão pague de acordo com a sua riqueza e cada cidadão saiba, quanto é que gasta com a saúde no seu país.

---

## Maria de Belém Roseira, Ministra da Saúde, 1995 – 1999

“Portugal no mapa”



Penso que é posição unânime que o SNS é a instituição do Portugal democrático.

Estando nós a lidar com um SNS que é financiado solidariamente, temos que ter transparência na gestão, eficácia e eficiência e temos que ter um rigor enorme na exigência da qualidade. Precisamos entender o contexto, o mundo, e ter uma visão estratégica que nos permita ir do curto ao longo prazo.

A sustentabilidade financeira de que se fala depende do conjunto de verbas que se alocam ao SNS. Para saber quais as verbas que a sociedade está disposta a alocar teria que ser feita uma consulta aos cidadãos, o que nunca aconteceu.

A saúde e o financiamento do SNS, em especial, e o sistema nacional de saúde, mais vasto que o SNS, precisaria que se lhe acrescentasse a análise sobre o que contribuem para a economia. Desde logo pela produtividade, uma vez que pessoas doentes não são produtivas. Por outro lado, porque é uma área de grande concentração

de inovação e onde a inovação pode proporcionar atividades económicas de valor acrescentado. E finalmente aquilo que pode ser feito em prestação de serviços ao exterior e que pressupõe uma estratégia ao nível da UE de colocação de Portugal no mapa.

### Objetivos a longo prazo

Mostrar aquilo que de bem-sucedido se faz na saúde em Portugal, a imagem de marca de um Portugal desenvolvido, não de um Portugal subserviente, muito recentemente colado à nossa imagem. A saúde tem que ter estabilidade política porque os objetivos só se alcançam a longo prazo.

Sobretudo é preciso que a governação no seu conjunto entenda que a saúde tem uma especificidade muito própria e aquilo que pode ser bom em termos de organização para um sistema não é necessariamente bom na governação do setor da saúde.



Penso que a questão principal é como é que vamos preservar a essência do SNS e aquilo que presidiu à sua criação, garantindo a resposta aos

desafios que hoje se colocam mas sobretudo, aos desafios que nós hoje podemos equacionar que serão os do futuro.

## António Correia de Campos, Ministro da Saúde, 2001 – 2002 | 2005 – 2008

“Período de viragem”



Por detrás do SNS estão 110 mil funcionários que asseguram aos 10 milhões de portugueses, cuidados de saúde de nível europeu, de nível mundial e que conseguiram colocar a saúde dos portugueses num dos lugares cimeiros do globo. Sobretudo com um registo fantástico da redução da mortalidade por doenças infecciosas e sobretudo as doenças ocorridas na primeira infância. É evidente que há muito a fazer, que a partir dos 65 anos de idade a qualidade de vida dos portugueses é mais baixa do que noutros países, ainda que tenhamos conseguido um aumento de 6 anos na esperança média de vida. Durante muitos anos preocupamo-nos com a doença na fase aguda, preocupamo-nos com hospitais e nada ou pouco fizemos na prevenção. Não houve esse investimento e temos que inverter rapidamente esta excessiva concentração nos

cuidados clínicos, sobretudo hospitalares e dar mais ênfase aos cuidados primários.

### Razão nenhuma para temer

Sou otimista. Numa situação em que se sentem sinais de que a maioria do povo português rejeita tudo aquilo a que tem vindo a ser submetido nos últimos três anos, em termos de dificuldade de vida, mais impostos, menos rendimento, serviços de pior qualidade e de indicações de que o setor público é para destruir, destruição moral e psicológica da função pública, não me custa a acreditar que estamos num período de viragem.

Os erros foram reconhecidos por Vítor Gaspar que quando abandonou o governo escreveu uma carta afirmando que tinha errado. Não pode haver

reconhecimento mais objetivo dos erros de uma política.

Creio que o SNS se não caiu até agora, se não foi prejudicado até agora não vai ser. No futuro, para

além do curto prazo, dos governos do imediato, creio que não há razão nenhuma para temer pelo SNS. Se o SNS resistiu às sacudidelas destes três anos, acho que vai ser difícil destruí-lo no futuro.

---

## Luís Filipe Pereira, Ministro da Saúde, 2002 – 2005

“De um Serviço Nacional de Saúde para um Sistema Nacional de Saúde”



Um serviço de saúde tem sempre grandes desafios para ultrapassar. Não basta ter frases, que são verdadeiras, a dizer que o SNS é muito importante, que é, que é a vida das pessoas, que é. Mas são frases apenas. É preciso depois perguntar: o que é que se faz? Como é que se modifica? Como é que conseguimos, de uma forma sustentada, dar cuidados de saúde sobretudo às pessoas sem rendimentos? Esta é a questão que não tenho visto discutida.

O crescimento da riqueza em Portugal nos últimos quinze anos, medida pelo PIB, tem sido sensivelmente metade daquilo que são o acréscimo das despesas de saúde, isto é, a taxa anual média de aumento das despesas de saúde é o dobro da taxa anual média da produção de riqueza. E obviamente que isto tem efeitos, e vai-se agravar para o futuro.

### Públicos, privados e sociais

Defendo a evolução de um Serviço Nacional de Saúde para um Sistema Nacional de Saúde. Em que possam existir prestadores privados, públicos e sociais em concorrência, no bom sentido do termo. Defendo que o SNS se abra, contratualizando, dentro do SNS, a outras iniciativas, à iniciativa privada e à iniciativa social. O Estado contratualizaria cuidados de saúde, com contratos em que se estabelecem os objetivos, nomeadamente o número de dias de espera para uma consulta, a resposta às cirurgias. Portanto, contratualizar controlando, dando às pessoas a possibilidade de serem melhor atendidas. Criaríamos assim uma rede. O SNS teria hospitais geridos pelo setor público, como hoje, outros pelo privado, outros geridos pelas misericórdias, todos integrados. Todos eles estariam ao serviço da população, que poderia dirigir-se a qualquer um deles.



## Ana Jorge, Ministra da Saúde, 2008 – 2011

“Um motor que nos faz andar”



Os 35 anos do SNS foram a melhor conquista para a população portuguesa nos seus 40 anos de democracia. Obviamente ainda falta fazer muito, mas o saldo é profundamente positivo. É evidente que há sempre necessidades e um serviço nunca está completo. Quando atingimos um patamar em saúde segue-se outro, portanto, há sempre um grau de insatisfação. Costumo dizer que esse grau de insatisfação é bom, porque é um motor que nos faz andar e nos faz querer mais. E este mais tem que ver com mais qualidade, mais acesso, melhores cuidados de saúde. As carreiras médicas foram sempre um eixo fundamental para o próprio sistema. Quem viveu o SNS, até há poucos anos, vivia sabendo que havia uma carreira médica, que as pessoas eram reconhecidas dentro da instituição e inter pares, pela sua diferenciação técnica.

### Carreiras médicas

É evidente que as carreiras têm que ser adequadas. Provavelmente a carreira médica não pode ser estruturada como há uns anos, mas tem que haver reconhecimento inter pares, provas e avaliação. O que tenho defendido é a diferenciação técnica e só depois a remuneratória. Isto dentro das instituições também tem que ser muito bem pensado, mas é possível. O ânimo dos profissionais e dos jovens internos tem que ver com isto.

Não podemos reduzir os serviços públicos às situações mais complexas e às situações mais básicas. O serviço público para continuar a ser bom, tem que ser um serviço completo. Aquilo que marca e faz com que a saúde seja boa em todas as áreas é um bom SNS, bem diferenciado para determinar qual é o melhor estado da arte. A formação de todos os profissionais passa fundamentalmente pela área pública de saúde.

---

## Paulo Macedo, Atual Ministro da Saúde, 2011 – presente

“Uma boa base para construir o futuro”



O SNS que existe hoje é uma boa base para construir o futuro, mas terá que ser no futuro bastante diferente daquilo que é hoje. A realidade será outra, os custos serão outros, as necessidades das pessoas serão outras, infelizmente a demografia será significativamente outra

Teremos que ter um SNS com uma base de custo de infraestrutura mais baixo. A taxa de cirurgia de ambulatório que hoje estimamos em 70 por cento deverá ser incrementada. A utilização de genéricos não chega aos 60% e terá também de ser incrementada. Teremos que ter mais serviços na comunidade. Será também um SNS com menos desperdícios e menos conflitos de interesses, com mais transparência, com aumento da qualidade. A acreditação será generalizada. E será um SNS para o qual também temos que ter respostas em termos de financiamento mais alargadas.

### Compromisso indispensável

Para atingir estes novos pressupostos no SNS é indispensável gerar-se um compromisso na sociedade portuguesa, não sobre se queremos um SNS, não se queremos um SNS equitativo, transversal, porque sobre isso existe consenso.

O compromisso diz respeito às verbas dos nossos impostos que queremos afetar ao SNS, ao medicamento e à inovação, aos cuidados continuados e também qual deverá o papel da saúde na inversão da evolução demográfica e quais são as áreas em que queremos aumentar o investimento. No fundo, são aqueles compromissos que precisamos de ter em termos de grandes linhas, mas linhas concretas, para atingirmos este desidrato pelo qual vale a pena lutar e para o qual vale a pena ter propostas concretas e debater porque trata-se daquilo pelo qual os cidadãos portugueses têm mais apreço.

## Hepatite C Crónica

Aspectos económicos e financeiros

Jorge Felix, Diretor Exigo

A Hepatite C crónica é um problema de saúde pública global. Segundo a OMS afeta entre 170 e 180 milhões de indivíduos em todo o Mundo e é responsável por 455 mil mortes por ano. Na Europa (22 países), atinge cerca de 9 milhões de europeus e provoca mais de 86 mil mortes por ano. É uma patologia que gera muita incapacidade e, curiosamente, face ao seu evoluir prolongado cerca de 85% do impacto socioeconómico da doença está concentrado nos estádios mais avançados, nomeadamente a cirrose hepática descompensada, o carcinoma hepatocelular, e os transplantes de fígado.

Em Portugal, estima-se que a hepatite C crónica afete cerca de 119.000 pessoas. Destas, aproximadamente 1.600 têm necessidade de tratamento urgente de modo a evitar a progressão. Cerca de 36% dos doentes seguidos em consulta da especialidade apresentam cirrose. A infeção pelo vírus da hepatite C associa-se a mais de 1.000 mortes por ano em Portugal.

Sem alteração do paradigma actual de gestão desta doença, o número anual de casos de cirrose compensada, cirrose descompensada, carcinoma hepatocelular e mortes deverá aumentar significativamente. No que diz respeito aos transplantes hepáticos, a sua evolução ultrapassará a capacidade instalada. Um estudo recente com horizonte até 2030 sugere que, através da incorporação progressiva das novas opções terapêuticas, poderão ser evitados 458 transplantes hepáticos e 8 526 mortes



prematuras relacionadas com o vírus da hepatite C.

Os custos diretos relacionados com o tratamento das consequências da hepatite C em Portugal ascendem a 70 milhões de euros por ano. Face à evolução prolongada desta doença os próximos anos poderão trazer um aumento substancial desta fatura.

Assim, do ponto de vista da intervenção pública, justifica-se uma atenção particular à problemática da hepatite C em Portugal, sob pena de mortalidade acrescida elevada, um impacto marcado na morbilidade e de perda de qualidade de vida substanciais, assim como um conjunto de custos que podem ser evitados se as pessoas forem tratadas a tempo, e que segundo as estimativas mais actuais pode chegar a 2,1 mil milhões de euros até 2030.

Nos últimos anos, têm sido introduzidos no mercado alguns medicamentos inovadores com resultados encorajadores do ponto de

vista da eficácia. Em particular o sofosbuvir, que apresenta taxas de resposta virológica sustentada na ordem dos 90 a 95%, o que configura uma eficácia sem precedentes no tratamento da Hepatite C. É um inibidor da polimerase, pangénotípico e com elevada barreira à resistência, frequentemente apontado pela comunidade científica como a base do tratamento da Hepatite C.

Numa ótica estritamente clínica/terapêutica o valor do sofosbuvir não oferece qualquer dúvida sendo a opção preferencial de acordo com as recomendações das principais sociedades científicas europeias e norte-americanas. Neste aspeto, é curioso verificar que os regimes duplos e triplos à base de interferão peguilado e ribavirina, atualmente financiados pelo Ministério da Saúde, já deixaram de fazer parte do leque de tratamentos recomendados.

Têm sido abundantes as referências aos preços elevados dos medicamentos inovadores para o tratamento da Hepatite C e em particular o sofosbuvir. Contudo, face aos elevados custos de tratamento das consequências da Hepatite C, vários estudos farmacoeconómicos demonstraram que o financiamento do sofosbuvir constitui uma aplicação muito eficiente dos recursos

públicos, estando já financiado na generalidade dos países europeus.

Ao contrário do que tem sido veiculado, pode-se considerar que o financiamento público do sofosbuvir não deve oferecer dúvidas ao Ministério da Saúde, pois não se trata de um problema económico nem financeiro. Antes, os recursos necessários ao seu financiamento colocam um desafio ético e moral à sociedade relacionado com o custo de oportunidade das decisões no setor da saúde. Isto é, qual ou quais as opções que devem ser preteridas para financiar aquelas que representam uma aplicação mais eficiente dos escassos recursos públicos.

Por fim, o financiamento público é determinante na obtenção de resultados em saúde, podendo a opção pela contratualização, assegurar o financiamento adequado dos prestadores públicos, eliminar o hiato entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável desta população, garantindo em simultâneo a equidade no acesso dos cidadãos. Logo, urge definir um modelo de financiamento e contratualização actual e apropriado à realidade presente e futura da Hepatite C em Portugal.



## Financiamento e Contratualização assente na Eficácia e Qualidade

### Autoria:

Ana Escoval

Administradora Hospitalar e Professora convidada da Escola Nacional de Saúde Pública

Rute Ribeiro

Investigadora da Escola Nacional de Saúde Pública

Os modelos de financiamento e contratualização são uma importante linha de investigação na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Nos dois últimos anos, estudámos em particular o financiamento em VIH/sida, dada a sua expressão epidemiológica e o impacto que tem nas organizações de saúde e no sistema, dada também a importância que foi atribuída enquanto área prioritária de intervenção pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção por VIH/SIDA 2012-2016.

A investigação tem vindo a ser considerada um instrumento importante na promoção da atualização das regras de financiamento de acordo com os quadros normativos vigentes, assim como a utilização dos mecanismos da contratualização, para uma execução efetiva das recomendações para o acompanhamento destes doentes. As pessoas que vivem com a infeção VIH/sida são uma população muito particular, com especiais exigências ao nível da organização dos serviços, o que impõe, na nossa perspetiva, uma revisão regular dos pressupostos do financiamento.

Foi nessa medida que entendemos ser esta a altura de repensar o modelo que foi implementado em 2007, abarcando apenas os novos doentes, e que, em 2012, foi alargado a todos os doentes em tratamento. Tornou-se fundamental a revisão dos

critérios que orientaram a formação do preço compreensivo, através do qual as instituições são pagas por seguirem em ambulatório as pessoas com VIH/sida. Mas este não foi o único ponto de reflexão. A problemática do VIH/sida e do financiamento dos cuidados prestados a estes doentes vão, naturalmente, muito além do preço. É preciso falar e refletir sobre os sistemas de informação, sobre a articulação entre níveis de cuidados, sobre os indicadores de monitorização e avaliação dos cuidados prestados e do próprio modelo de prestação, sobre as Normas de Orientação Clínica e sobre o acesso equitativo à inovação terapêutica, que não deve ser restringido pelo modelo de financiamento. O modelo de financiamento deve ser capaz de conter custos, de gerar eficiência, de promover uma prestação de cuidados de qualidade e – muito importante – de integrar a inovação na formação do preço e de permitir uma gestão pelas instituições dos recursos que provêm destas e de outras linhas de financiamento, que não coloque em causa a qualidade de vida das pessoas (ou a sua própria vida) e um tratamento digno e efetivo.

O trabalho que a ENSP/UNL desenvolveu, em colaboração com a Biofarmacêutica Gilead Sciences, teve como propósito uma reflexão cuidada, abrangente e que incluisse todos os stakeholders nesta discussão. Procurámos

estudar as práticas nacionais e internacionais no que se refere à prestação e ao financiamento do VIH/sida, analisar os recursos hospitalares utilizados pelas pessoas que vivem com a infeção, conhecer as boas práticas e o estado da arte e perceber as questões mais relevantes que se levantam quando falamos em financiamento e contratualização em VIH/sida.

Recorremos, finalmente, ao Método Delphi, para consolidar todo o conhecimento alcançado, por via da obtenção de consenso junto de pessoas com uma particular sensibilidade, conhecimento e experiência nesta matéria, nomeadamente, profissionais de saúde, administradores hospitalares, associações de doentes e o Ministério da Saúde, entre outros. Os resultados foram muito interessantes e permitiram-nos detetar pontos de melhoria do modelo atualmente existente. Tornou-se evidente a necessidade de colocar em prática o princípio *“money follow the patient”*, colocou-se já em vista a evolução para o modelo de doente a cargo, que inclui todas as prestações de cuidados de saúde, e foi clara a importância da diferenciação do preço de acordo com a complexidade dos doentes e de tornar transparente o modo como esse preço é formado e modificado. O painel de peritos foi composto maioritariamente por administradores hospitalares (33%) e médicos (31%) (vd. Figura 1)

Resulta também do Painel Delphi a relevância dos sistemas de informação e como é da maior importância o investimento na transparência, no benchmarking clínico e na construção de indicadores clínicos e económico-financeiros. Apresentamos, igualmente, um conjunto de indicadores que poderão vir a servir de base a processos futuros de contratualização e, entretanto, podem constituir uma importante ferramenta na monitorização e avaliação do

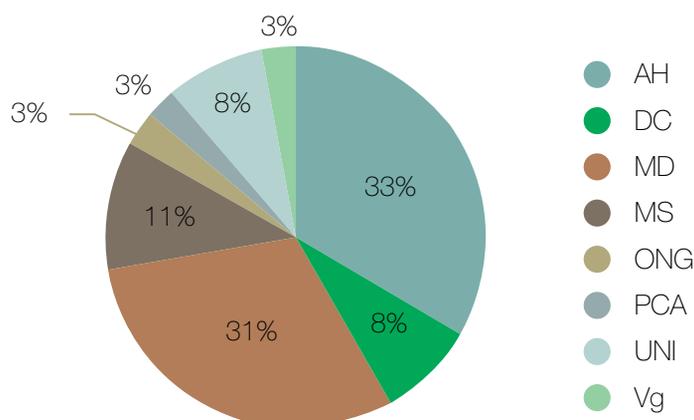


Figura 1. Contexto profissional dos peritos

modelo de financiamento e de prestação. É consensual que se deva definir o que é qualidade e, acima de tudo, com absoluto grau de consensualidade (com 100%), que se envolvam os prestadores nessa discussão.

No que diz respeito à organização da prestação e à articulação entre os hospitais e os cuidados de saúde primários, é inequívoca a importância da reorganização em função dos doentes, assente numa abordagem multidisciplinar, em lideranças clínicas fortes e na autonomia gestonária das equipas de profissionais, integradas na estratégia da organização. É também consensual a centralização da compra de medicamentos e a melhoria da rede de referênciação. Por último, foi considerada como muito importante a incorporação da inovação terapêutica no preço, como garantia da qualidade, e o envolvimento do INFARMED na definição da modalidade de pagamento, de forma a garantir o acesso. Com as conclusões que resultaram deste estudo, a equipa de investigação espera ter, desta forma, acrescentado valor nesta área de conhecimento e ter contribuído para a evolução sustentada do modelo de financiamento em VIH/sida.

## ANA ESCOVAL

### “Os Hospitais Nacionais são excelentes no contexto das dificuldades a que estão sujeitos”

Acredita nas pessoas e no mundo. É administradora hospitalar e Professora da ENSP. Tem estado sempre presente nas realizações da saúde, ao longo dos anos, e tem do futuro uma visão positiva, apesar de todas as vicissitudes.

Acredita que a pobreza condiciona a vida e, logo, a saúde e nesta primeira edição da revista “O Hospital” quisemos apresentar as ideias que defende e a pessoa que é. Aqui fica um retrato de Ana Escoval. Uma mulher do século XXI.

O SNS é considerado uma das conquistas nacionais que mais diferenças fez na qualidade de vida e na saúde dos portugueses. 35 anos depois, qual a situação em que se encontra o SNS?

A realização nacional obreira do SNS encontrou sempre escolhos no decurso da sua construção mas mereceu, todavia, em todas as ocasiões, o reconhecimento nacional e internacional com as capacidades reformadoras e de inovação incorporadas e pelos resultados alcançados, muito favoráveis à saúde dos portugueses, até à chegada deste momento de contração económica drástica e prolongada, geradora da desproteção que se está a viver.

Estas não são as primeiras dificuldades vividas pelo SNS, se quisermos, pelo sistema de saúde, mau grado a evidência estar a trazer à tona que os seus impactos estão a ser mais negativos, como em todo o resto das nossas vidas, mas haverá decerto oportunidade de reconstrução do SNS e porventura com reforços...

Os hospitais foram, sempre, um polo de conhecimento e de inovação. Em Portugal essa evolução cresceu com o SNS?

Sim, foi notório. Embora outros fatores tenham estado de feição, como os sistemas alargados

da qualificação, da investigação e do intercâmbio em redes transdisciplinares e transnacionais.

Naturalmente que o crescimento do SNS concedeu escala para o fomento e a gestão do conhecimento, da inovação e do desenvolvimento.

Como classifica hoje os hospitais nacionais?

Excelentes, no contexto das dificuldades a que estão sujeitos, pela almofada que constituem nas dificuldades sociais que estão a ser sentidas.

Dentro das regras de política de saúde que temos, acha possível existir uma interação positiva e funcional entre o hospital e o centro de saúde?

Naturalmente que sim. Talvez até possibilite o desenvolvimento das capacidades de coordenação funcional entre as o hospital, o centro de saúde e os cuidados continuados, que a experiência passada nas áreas da saúde materna e infantil demonstrou ser uma via possível e de bons resultados.

Como?

Retomando a metodologia das equipas coordenadoras funcionais alargadas, agora, a outras áreas da saúde e até com





outros intervenientes do sistema de saúde, aproveitando o potencial existente na maior capacidade do dispositivo dos cuidados primários e da existência da rede de cuidados continuados, e mesmo das melhores condições que as unidades locais de saúde dispõem. Contando com todos os atores de proximidade e desenvolvendo estratégias locais de saúde.

## Que papel podem ter as autarquias neste contexto no futuro?

Têm um papel fundamental nas referidas estratégias locais de saúde e, é importante que continuem a ser proativas na cooperação no âmbito das intervenções instaladoras de infraestruturas, da educação para a saúde em ações locais, no apoio a populações vulneráveis e isoladas, na participação das unidades de saúde móveis. Este e outros envolvimento podem intensificar-se com as estruturas de saúde (administrações regionais de saúde, agrupamentos de centros de saúde, unidades de cuidados continuados, unidades locais de saúde, hospitais), sobretudo com as intervenções de maior proximidade local.

## A relação entre os profissionais de saúde, diferenciados, é sempre um padrão de referência que acaba por ter influência nos rankings dos hospitais. Como classifica esta relação em Portugal?

A relação de profissionais de saúde diferenciados de cada hospital revela-se adequada quando a referência é padronizada mais em função da população nacional, regional e/ou local que serve, e do seu perfil demográfico, epidemiológico e ambiental. Os rankings focados em padrões de recursos e outputs, e mesmo considerando a mortalidade, podem ser eventualmente menos sensíveis.

O Administrador Hospitalar é muitas vezes considerado como “persona non grata” por parte da classe médica, uma vez que controla a despesa no hospital, devido a imposições exteriores. Como sobrevive este profissional nos tempos atuais?

Os conflitos entre os profissionais da gestão, sobretudo na função *management controller* e os clínicos surgem profusamente narrados na literatura anglo-saxónica como de tensão constante, mas tornam-se importantes, necessários e mesmo proveitosos se existirem processos de liderança que os transformem em resultados favoráveis.

Contudo, talvez não tenhamos conseguido impôr sempre, com o rigor que deveríamos, a carreira de administração hospitalar, mas devemos ser capazes de saber impôr a profissão, que é fundamental no funcionamento das organizações de saúde.

## Que papel tem para o futuro?

Assegurar com efetividade a função de administração hospitalar profissional, juntando-lhe a qualificação e a atualização adequada e, porque não, a autorregulação do exercício profissional, para dar mais garantias aos cidadãos, aos clínicos e ao serviço público.

Na década precedente foi o período da dotação de efetivos na gestão profissional dos hospitais e no futuro poderá ser a fase da promoção da qualidade das funções de administração hospitalar profissionalizada.

## É possível articular trabalho entre a administração do hospital e a direção clínica. Como?

Naturalmente que sim. A simbiose entre a qualidade clínica e a qualidade organizacional,

são fundamentais para a boa governação dos hospitais.

A boa orientação clínica e a prontidão dos serviços clínicos constituem a base da melhor disponibilidade de respostas consignadas aos doentes.

Que papel tem tido o Ministério da Saúde na reorganização dos hospitais?

O Ministério da Saúde tem promovido vários estudos técnicos em torno da organização interna dos hospitais, deixada entretanto para regulamentação interna dos mesmos, e também sobre a organização da(s) rede(s) hospitalar(es). A reforma hospitalar deu agora o primeiro passo com a publicação de uma portaria (82/2014), no primeiro semestre de 2014, e visa a criação e revisão das chamadas “redes de especialidades hospitalares e de referenciação”. Porém, o 1.º Relatório de Coordenação da Reforma Hospitalar, permite concluir que os planos estratégicos que vão definir a futura “arquitetura da rede hospitalar”

têm o horizonte 2014-2016. Em qualquer dos casos, surgiram até bons estudos técnicos que não têm merecido a atenção do legislador e da ação executiva.

A senhora tem lutado muito pela implementação de regras no âmbito da gestão integrada da doença. A crise tem anulado essa implementação? O que pode acontecer no futuro?

A OMS tem vindo a alertar para a alteração paradigmática da tipologia de doença, apontando o aumento do peso da doença crónica sobre o da doença episódica aguda nas sociedades desenvolvidas.

Em Portugal, neste últimos anos, temo-nos empenhado em aprofundar esta matéria e desenhar ferramentas para lidar melhor com as situações de doença crónica e de maior frequência de diversas comorbilidades, por serem as mais incapacitantes, os encargos o justificarem e nalguns casos estarmos mais perante doenças da sociedade do que





individuais, como o exemplo da obesidade.

Já temos em Portugal algumas ferramentas implementadas, designadamente na insuficiência renal, mas há necessidade de avançar mais rapidamente para outras, assegurando aos doentes e às famílias o pronto atendimento multidisciplinar, simultâneo e distinto da abordagem da doença episódica aguda.

## O doente crónico está hoje desprotegido?

O doente crónico, hoje somos todos nós. A maioria da população tem uma ou mais doenças crónicas, já instaladas ou a caminho (hipertensão, colesterol, diabetes, ...)

**Inovação: como podemos ficar caso não se criem regras específicas para que tratar com mais e melhores medicamentos os doentes portugueses (cancro, VIH/Sida e hepatite C, por exemplo)?**

Tem havido algumas resoluções reativas, incontornáveis até por manifestações mediatizadas. Mas, sem regras específicas e forte agência de negociação, as doenças serão mais prevalentes e os doentes portugueses terão menos (sentido de) vida, com menor qualidade e mais acentuada incapacidade funcional; as suas famílias estarão mais sobrecarregadas, como a comunidade próxima e a sociedade em geral.

**Durante muitos anos foi dito que Portugal ocupava um lugar honroso no ranking mundial dos serviços de saúde prestados à comunidade (12º lugar). Em que posição estamos atualmente?**

Portugal obteve a posição 12ª no estudo comparativo do desempenho de 191 sistemas de saúde pública no relatório OMS 2000.

Mais do que uma honra para Portugal é uma responsabilidade de todos os portugueses, cidadãos e dirigentes.

O melhor é sempre pensarmos que se estivermos a fazer o melhor que somos capazes e o que devemos fazer, as posições nos rankings surgem por acréscimo.

Haverá hoje diferenças de posicionamento, não para melhor, pois alguns indicadores mostram retrocesso (a obesidade e o stress), mas outros estamos a ser capazes de os manter, como a posição 8ª na mortalidade infantil, a partir de dados retirados do relatório de 2013 do Fórum Económico Mundial que colocam a saúde e o bem estar em Portugal em melhor posição (23ª), relativamente às quatro áreas analisadas, num universo de 122 países.

**Pensa que uma mudança de governo vai trazer de volta conquistas que a crise nos tirou ou o que perdemos não volta atrás?**

Nas mudanças de governo, normalmente renasce-nos a esperança ... mas há coisas que perdemos que não podemos recuperar e de entre elas destaque ... a emigração de profissionais (jovens promissores), pois é com capital humano que a massa crítica se desenvolve.

**Que sentimento tem ao ver doentes sem fazer tratamentos por não terem dinheiro para se deslocar aos hospitais?**

Uma vontade louca de abanar as pessoas.

# Quem é...

O que a faz feliz?

Um sorriso de criança (Alice e Diana)

O que a deixa triste?

A tristeza, a fome e a doença estampadas na cara de uma criança

Quantas horas trabalha por dia?

Em média 12 horas (dias bons)

Como reage face à adversidade?

Procuro encontrar estratégias e contornar a adversidade, sempre que possível. Sou por natureza otimista.

Com quem conta quando a vida dá um nó?

Com a minha família, comigo e alguns amigos.

Sol ou chuva?

Sol, sempre.

Vinho ou água?

Café ...

Comida alentejana ou minhota?

Alentejana e minhota

Sonho de uma noite de Verão?

Encontros e desencontros ... os mundos da realidade e do sonho ... O que interessa mesmo é nunca perder os sonhos.

Natal é ... ?

Natal ... é a vida que nasce ... é a família que se junta ... são os sabores de infância ... é o crepitar da lareira ... são as conversas e as desconversas em dia ... é a seleção musical que não se conseguiu ouvir antes ... é o espetáculo que se selecionou para esse período ... é o filme que vamos ver ...

Tem estado em contacto direto com Africa, particularmente Angola. Já se sente angolana?

Na minha vida tenho tido a sorte de participar em projetos em várias partes do mundo e algumas delas em África. Nos últimos quatro anos voltei a projetos em Angola. Quem me conhece bem sabe que me envolvo de corpo e alma nos projetos. Este é um deles. Angola tem coisas lindas.

## CV

Coordena desde 1999, em Portugal, o Gabinete HOPE (Federação dos Hospitais da União Europeia) e faz a representação do país nessa organização e ainda na Federação Internacional dos Hospitais (FIH). Esta representação passou a ser feita através da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), criada para o efeito formalmente em 2002. Atualmente preside à sua Direção.

É Professora Auxiliar convidada de Políticas e Administração de Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública, desde setembro de 2004, na Secção de Saúde Pública e Comunidade do Grupo de disciplinas de "Estratégias de Ação em Saúde".

Desde 2004 que criou a linha de investigação "Inovação em políticas de saúde: o caso da contratualização em Portugal", na ENSP/UNL, onde é investigadora coordenadora, bem como na linha de investigação de Gestão Integrada da Doença, criada em 2006.

Administradora Hospitalar de 1ª Classe, provida em lugar de quadro do Hospital de Santa Maria, atual Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Doutorada em Gestão, na especialidade de Métodos Quantitativos de Gestão; Mestre em Ciências Empresariais, na especialidade de Gestão, Estratégia e Desenvolvimento Empresarial; Pós-graduada em Administração Hospitalar; Licenciada em Economia Especialização em Técnicas de Engenharia Industrial (técnicas de apoio à decisão).

Entre 1999 e 2004 fez parte da equipa que concebeu, desenvolveu e foi membro da Comissão Científica e Executiva do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde.

Foi Subdiretora Geral da Saúde de 1997 a 1999

Foi Diretora Coordenadora da Unidade de Financiamento e Contratualização na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e coordenadora do projeto da Contratualização em Saúde, de 2005 a 2008.

Desempenhou funções de administradora hospital adjunta nos Hospitais de Pulido Valente e de Santa Maria ente 1989 e 1997.

Tem publicado dezenas de artigos, livros e capítulos de livros e participado em centenas de congressos e eventos científicos.

REUNIÕES DE REFLEXÃO  
DA REVISTA PORTUGUESA DE FARMACOTERAPIA

## Financiamento da Inovação Disruptiva

Data: 20 de maio de 2014

Local: INFARMED, I.P., Edifício Tomé Pires, Lisboa

Contributos

Introdução

Contextualização

Considerações Gerais

Reflexões e Propostas de Melhoria do Sistema

Leituras Recomendadas

### Contributos

**Armando Alcobia** – Hospital Garcia de Orta (HGO)

**António Vaz Carneiro** – Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE), Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**Carlos Fontes Ribeiro** – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMC)

**Carlos Gouveia Pinto** – Centro de Investigação Sobre Economia Portuguesa (CISEP-UTL)

**Fátima Falcão** – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (FFUL)

**Guilherme Macedo** – Hospital de São João (Centro Hospitalar de São João, E.P.E.)

**João Martins** – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED)

**José Aranda da Silva** – Diretor da Revista Portuguesa de Farmacoterapia (RPF)

**Manuel Lacerda Cabral** – Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH)

### Introdução

A Reunião de Reflexão sobre Financiamento da Inovação Disruptiva teve como objetivo debater possíveis formas de avaliação e de financiamento dos medicamentos de grau de inovação disruptiva que assegurem o seu rápido e efetivo acesso ao mercado e aos doentes.

De facto, novas opções terapêuticas em determinadas áreas podem constituir uma verdadeira quebra com práticas do passado. Esquemas de tratamento, progressão das doenças e características epidemiológicas podem ser absolutamente revolucionados quando surja uma opção terapêutica que mude radicalmente o curso natural da evolução da doença. São estes casos que entendemos que justificam repensar todo o sistema de avaliação, e também de financiamento, de modo a otimizar todo o benefício potencial que o SNS e os cidadãos podem extrair de determinado fármaco que apresente as características atrás descritas.

No decorrer da reunião foram debatidos alguns aspetos relativos aos constrangimentos e estrangulamentos no atual sistema de avaliação e financiamento, tendo sido sugeridas diversas melhorias ao funcionamento do sistema.

A reunião contou com a participação ativa e a opinião de todos os intervenientes. Este documento foi objeto de revisão e aprovação por parte dos participantes na reunião, tendo sido a sua redação final o resultado da discussão presencial e de um processo de consulta posterior realizado com o objetivo de elaborar um documento consensual.

## Contextualização

O papel da inovação é inquestionável e insubstituível no desenvolvimento económico e social, tornando-se cada vez mais importante nas sociedades atuais, onde se alcançaram níveis elevados de rendimento e proteção social. Neste contexto, em Portugal, as Grandes Opções do Plano para a Saúde (2012-2015) identificaram como áreas prioritárias a excelência do conhecimento e inovação e o investimento em inovação e I&D como motor de crescimento económico. Adicionalmente, o atual Plano Nacional de Saúde (2011) faz referência à necessidade de «institucionalizar a avaliação das tecnologias em saúde como requisito para a introdução incremental e criteriosa de inovação, incluindo medicamentos, dispositivos médicos e outras tecnologias».

Existem essencialmente três tipos de inovação: a inovação incremental, a inovação substancial e a inovação disruptiva ou «espetacular», por ordem crescente de gravidade das necessidades não respondidas e de resultados medidos por efetividade comparada, de acordo com o modelo de Morgan. Assim, considera-se que a inovação disruptiva corresponde aos casos em que se verifica uma maior gravidade das necessidades não respondidas, assim como os melhores resultados em saúde.

Em Portugal, a despesa com medicamentos, nomeadamente em função do PIB, apresentou um crescimento significativo até 2010. Contudo, com a entrada da «Troika» no nosso país, verificou-se uma redução significativa desta despesa, quer em ambulatório quer a nível hospitalar, para níveis que se encontram atualmente entre os mais baixos da Europa. Dados da OCDE referem que o crescimento médio anual da despesa com medicamentos per capita, em termos reais, de 2000 a 2011 (ou ano mais próximo), é dos mais baixos da Europa.

Perante as persistentes políticas de contenção da despesa que o Ministério da Saúde tem observado, e tendo em conta o eminente surgimento de novos medicamentos que se enquadram no âmbito da inovação disruptiva,

torna-se essencial refletir sobre o financiamento deste tipo de terapêuticas, que vêm sem dúvida acrescentar ao sistema benefícios de vasta magnitude.

## Considerações Gerais

A avaliação económica de medicamentos, ao procurar aferir o seu real valor para a sociedade, e não apenas o seu valor terapêutico, assume atualmente um papel incontornável como um dos mecanismos essenciais na disponibilização dos medicamentos em geral, e particularmente dos medicamentos inovadores, às populações.

No atual sistema de financiamento de medicamentos em Portugal, verifica-se que, após a obtenção de autorização de introdução no mercado (AIM), concedida a nível europeu ou nacional, e previamente à sua efetiva comercialização, segue-se um processo de aprovação do financiamento dos medicamentos por parte do Estado, cujo prazo se encontra devidamente legislado. Este processo de financiamento, que envolve a avaliação do valor terapêutico acrescentado face a um determinado comparador já utilizado e a estimativa do valor económico, efetuadas pelos peritos responsáveis ao nível do INFARMED, é denominado participação, quando se refere ao mercado do ambulatório, ou avaliação prévia, quando respeita ao mercado hospitalar. Após aprovação pelo INFARMED, tratando-se de medicamentos de ambulatório, o financiamento tem de ser aprovado pelo secretário de Estado da Saúde, sendo que, no caso dos medicamentos hospitalares, o processo de introdução é efetuado de forma individualizada em cada hospital, envolvendo a este nível diferentes serviços e entidades, como sejam a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT), a comissão de farmácia e terapêutica (CFT) do hospital e o conselho de administração do hospital.

Apesar dos prazos para aprovação do financiamento público dos medicamentos se encontrarem legislados, tem-se verificado atrasos significativos e crescentes na finalização dos processos, depois de concluídas as





análises farmacoterapêuticas e económicas efetuadas pelos peritos responsáveis, estando frequentemente associados a longos períodos de paragem na tomada de decisão política. Esta situação, além de provocar atrasos no acesso à terapêutica por parte dos doentes, acaba por conduzir a um excesso de autorizações de utilização excecionais, com evidentes distorções regionais, não garantindo equidade no acesso.

Desta forma, dada a morosidade das tomadas de decisão no nosso país, não é de estranhar a publicação de dados que apontam Portugal como um dos países da Europa com pior acessibilidade aos medicamentos com novas substâncias ativas ou novas indicações terapêuticas. Os dados existentes evidenciam também um predomínio da relevância do impacto orçamental como fator determinante para a tomada de decisão, mesmo quando são cumpridos critérios económicos que garantem a boa aplicação dos fundos investidos e existe valor terapêutico acrescentado reconhecido.

Um exemplo paradigmático da ineficiência do atual sistema de financiamento de medicamentos em Portugal é o caso da hepatite C, em que são anunciados acordos com duas empresas para a disponibilização de fármacos que obtiveram AIM há cerca de três anos, os quais sociedades científicas internacionais vieram recentemente classificar como desaconselhados face à atual possibilidade de disponibilização de novas alternativas terapêuticas incomparavelmente mais eficientes, acarretando uma verdadeira mudança de paradigma no controlo da doença. Este é apenas um exemplo recente que poderá repetir-se em novas situações caso não haja uma melhoria da eficiência do sistema de avaliação.

Tendo em vista gerar uma maior eficiência no processo de aprovação do financiamento das tecnologias da saúde, foi anunciado há alguns meses pelo ministro da Saúde e pelo INFARMED a implementação de um sistema de avaliação das tecnologias da saúde. Aparentemente,

esse sistema está desenhado pelos técnicos do INFARMED mas não surgiu até ao momento, no entanto, qualquer legislação ou proposta legislativa que vá no sentido da sua efetiva implementação.

## Reflexões e Propostas de Melhoria do Sistema

A inovação disruptiva (internacionalmente designada por breakthroughs) tem promovido importantes ganhos em saúde, estando associada a resultados notáveis em diversos indicadores de saúde. O conceito de inovação disruptiva é um conceito dinâmico que deve repousar numa base técnico-científica sólida e considerar idealmente marcadores finais, privilegiando a mortalidade e a qualidade de vida. Contudo, é necessário definir critérios, qualitativos e quantitativos, que permitam elucidar quanto ao real valor das inovações em termos terapêuticos, designadamente no que respeita ao seu impacto na evolução da doença.

Têm sido identificados diversos estrangulamentos e barreiras administrativas que constituem o processo de avaliação e financiamento dos medicamentos em Portugal, quer a um primeiro nível, relativo à decisão administrativa por parte da Comissão Europeia, após parecer da Agencia Europeia do Medicamento (EMA), quer a nível nacional, no que se refere à tomada de decisão por parte do INFARMED, CNFT e CFT hospitalar (processos de avaliação prévia) e INFARMED e secretário de Estado da Saúde (processos de comparticipação). Para lá disso, verifica-se a existência de alguma sobreposição de procedimentos no que se refere às repetidas avaliações por parte do INFARMED, CNFT e CFT hospitalar.

Por outro lado, no que se refere em particular aos medicamentos de utilização hospitalar, verifica-se que a atual forma de financiamento das instituições leva a que os seus administradores considerem à partida a inovação como custo acrescido a curto prazo, não vislumbrando nela

os mesmos proveitos reconhecidos por parte das entidades avaliadoras. De facto, perante o atual modo de financiamento das instituições, estas acabam por não obter a curto prazo os ganhos de eficiência eventualmente plasmados em estudos que até comprovem custo-efetividade na perspetiva da sociedade.

Acresce que a pouca disponibilidade que as empresas farmacêuticas têm para reduzir os seus preços face ao atual sistema de referência internacional é também uma limitação que dificulta a obtenção de uma decisão final com uma base populacional adequada às necessidades. De modo a fazer face a este problema, estão já a ser equacionadas a nível da UE soluções que possam permitir a aprovação de preços de medicamentos diferenciados para clusters de países com situações económicas equiparáveis, nomeadamente em termos de PIB, de forma a permitir flexibilizar a aprovação dos preços em países com realidades económicas totalmente distintas.

A partilha do risco entre empresas e financiadores é um desafio emergente, mas tem de assentar em mecanismos de monitorização suficientemente sólidos, sob pena de redundar em acordos de descontos financeiros entre fornecedores e prestadores. Neste contexto, quanto à monitorização dos resultados clínicos, emerge muitas vezes uma dificuldade que se prende com o facto dos marcadores clínicos adequados surgirem apenas a longo prazo. É assim necessário assumir compromissos entre aquilo que seria o ótimo e aquilo que se consegue obter, considerando a necessidade de tomadas de decisão num prazo que não se revele extemporâneo.

A transparência nos processos de avaliação é um fator gerador de alguma polémica entre as partes interessadas, uma vez que nem sempre existe disponibilidade, por parte da indústria, para tornar pública alguma informação considerada sensível e que poderia, em alguns casos, fornecer indicadores adicionais aos principais destinatários desta informação.

Globalmente, verifica-se a necessidade de adaptação dos critérios de avaliação e de

financiamento das novas tecnologias por parte dos sistemas de saúde, particularmente no que se refere aos seus objetivos estratégicos em saúde.

*Na tentativa de fazer face às lacunas do atual sistema de financiamento, particularmente no que se refere ao acesso dos doentes à inovação disruptiva, foram efetuadas diversas sugestões de melhorias do sistema.*

Entre as principais medidas apontadas pelos intervenientes destacam-se:

*No que se refere ao processo de aprovação e financiamento dos medicamentos em geral*

- Tendo em consideração as ineficiências apontadas no mecanismo de avaliação da participação e avaliação prévia dos medicamentos, revela-se crítica a melhoria dos fluxos de informação entre os diferentes organismos e grupos intervenientes.
- Associar as decisões do INFARMED às estratégias prioritárias do Ministério da Saúde, nomeadamente no que refere a prioridades estabelecidas em documentos estratégicos como o Plano Nacional de Saúde.
- Avaliar a inclusão das dimensões ética e social na avaliação das tecnologias da saúde, com o envolvimento das autoridades competentes e dos diferentes agentes envolvidos no processo.
- Estabelecimento de mecanismos de monitorização da utilização da inovação, de modo a contribuir para o aumento da eficiência da utilização dos recursos alocados à inovação. Perante a oferta de novas tecnologias, os sistemas de saúde terão de dispor de instrumentos de medida dos resultados que permitam comprovar rapidamente a sua efetividade num quadro de contenção da despesa em saúde.
- Implementar sistemas de informação isentos que permitam uma avaliação dinâmica das tecnologias da saúde e das práticas clínicas.
- Promover a transparência do processo





de aprovação e financiamento dos medicamentos.

- Desenvolver uma componente de avaliação ex post, já que a avaliação ex ante não permite aferir em termos de efetividade real de determinado medicamento. Esta avaliação deve ser conduzida transversalmente a todo o país, e não apenas em determinado centro.
- Promover a partilha do risco entre empresas, financiadores e doentes, de forma a minorar as dificuldades com o financiamento dos medicamentos na atual conjuntura económica.

*No contexto da inovação disruptiva*

- Estabelecer critérios que permitam identificar as inovações efetivamente disruptivas.
- Estabelecer um processo nacional (fast track) de aprovação única, vinculativa, do valor terapêutico acrescentado e valor económico dos medicamentos que constituam inovação disruptiva, otimizando as redundâncias de alguns dos procedimentos de avaliação das diferentes entidades (EMA, INFARMED, CNFT, CFT locais).
- Permitir a utilização da inovação disruptiva por via de autorizações condicionais, sujeitas a monitorização acordada, e que correspondam a um financiamento também condicional.
- Definir critérios para a recolha de informação sobre a utilização em vida real da inovação disruptiva, como compromisso para uma aprovação provisória, que permitam claramente monitorizar a sua efetividade e eficiência económica.
- Implementação de um mecanismo de financiamento centralizado, sujeitando os acordos de avaliação prévia dos medicamentos que constituem inovação disruptiva aos contratos-programa hospitalares, evitando ineficiências e

adiamento da aplicação das decisões dos avaliadores centrais decorrentes da forma como os hospitais são financiados.

- Adaptar as normas orientadoras para avaliação económica ao «estado da arte», considerando inclusive a existência de diferentes graus de inovação.
- A maioria dos participantes na reunião concordou ainda que será importante estudar uma forma de financiamento específico, nomeadamente através de fundos específicos, para os medicamentos que constituem inovação disruptiva, conforme já acontece em alguns países.

No âmbito da reunião foram debatidos os aspetos críticos do atual sistema de financiamento dos medicamentos, com especial enfoque para os pontos que apresentam uma clara necessidade de melhoria.

Foi identificado como um fator essencial para melhorar o acesso à inovação na área do medicamento o desenvolvimento de melhorias na articulação entre as diferentes estruturas que participam na avaliação dos medicamentos e na eficiência do sistema de avaliação.

O financiamento de novos medicamentos que constituem uma inovação disruptiva está intrinsecamente relacionado com a otimização da gestão dos recursos terapêuticos já existentes. Assim, relativamente às terapêuticas já implementadas, foi identificada a necessidade do desenvolvimento de uma cultura de avaliação permanente da evidência associada aos medicamentos e terapêuticas a estes associados.

Finalmente, deverá ser equacionada a alteração do modelo de financiamento da saúde, nomeadamente a externalização dos custos com os medicamentos e terapêuticas que constituem efetivamente uma inovação disruptiva, dos hospitais para a administração central, dado que o atual modelo de financiamento hospitalar apresenta insuficiências que podem, inclusive,

atuar como indutores da despesa com os medicamentos e, conseqüentemente, inibidores da sua utilização.

Pelo acima exposto é, assim, claramente necessária uma revisão profunda do atual sistema de financiamento dos medicamentos, de forma a promover o acesso dos doentes à terapêutica, particularmente nos casos em que esta constitui uma inovação disruptiva.

### Leituras Recomendadas

Alto Comissariado da Saúde. Indicadores e metas do Plano Nacional de Saúde; 2011.

APIFARMA. Política de Acesso ao Medicamento em Portugal; 2013 nov 19.

APIFARMA/EXIGO. Financiamento Público dos Medicamentos em Portugal 2007-2011; 2011 nov.

Barber J. Uk Unveils Scheme to Fast-Track Access to Drugs for Serious Conditions. First Word Pharma. 2014 Mar 14.

Escola Nacional de Saúde Pública. Think Tank – Inovar Saúde; 2013 dez 11.

Gabinete de Imprensa do INFARMED, I.P. Acesso à inovação com crescente evolução no SNS desde 2011. Nota de Imprensa de

16/12/2013.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2013. Mar da Palavra – Edições, Lda. 2013 nov (1.<sup>a</sup> ed.).

OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. Disponível em [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en) (acedido em 21/01/2013).

Sherman RE, Li J, Shapley S, Robb M, Woodcock J. Expediting Drug Development – The FDA's New “Breakthrough Therapy” Designation. N Engl J Med. Nov 2013;369:1877-1880.

Darrow JJ, Avorn J, Kesselheim A. New FDA Breakthrough-Drug Category – Implications for Patients. N Engl J Med. 2014;370:1252-1258.

**Artigo publicado na Revista Portuguesa de Farmacoterapia, Vol.6, nº2, Abril 2014**



## Envelhecimento no Alentejo



Texto: Edite Espadinha

**Autonomia, dor e dentição foram alguns dos aspetos analisados no estudo “Envelhecer no Alentejo”, um trabalho que traça um retrato desta população, com avaliação da funcionalidade, reconhecimento das necessidades e orientações para o futuro.**

Mais metade dos idosos no Alentejo carece de cuidados para tratamento da dor, cerca de 32 por cento apresentam dificuldades de locomoção, com necessidade de ajuda para subir e descer escadas e apenas 26,7 por cento dos idosos têm uma dentição funcional. As conclusões são de um estudo realizado por um grupo de investigadores da Universidade de Évora, Escola Nacional de Saúde Pública (ESNP) e Centro

Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). O trabalho, intitulado “Envelhecer no Alentejo” teve como finalidade avaliar a funcionalidade e a saúde oral das pessoas idosas da região do Alentejo, a partir de uma amostra com 931 pessoas com 65 e mais anos de idade. “O envelhecimento, com as conseqüentes doenças crónicas e com o declínio da funcionalidade irão traduzir-se em fortes desafios para o sistema de segurança social e da saúde, principalmente no que concerne às respostas a dar às necessidades deste grupo populacional”, referem os especialistas. “A identificação de indicadores de saúde desta população poderá fornecer informação relevante para o desenho de políticas de saúde e sociais mais equitativas”.

## Analfabetismo e carências

O grupo de trabalho, constituído por Manuel Lopes da Universidade de Évora, Ana Escoval da ENSP, assim como Ana Pereira, Catarina Carvalho, e César Fonseca do CHLN, afirmou “a importância da avaliação da funcionalidade dos idosos, quer como estratégia epidemiológica, quer diagnóstica *stricto sensus*, quer como estratégia de avaliação da eficácia dos cuidados”.

Numa população, em que perto de 41 por cento não consegue ler e quase 44 por cento não sabe escrever, o trabalho evidenciou ainda a existência de um diminuto conhecimento e utilização de suporte social, “de tal modo que apenas 9,3 por cento são beneficiários do Complemento Solidário para Idosos, só 17,7 por cento conhecem o cheque dentista e apenas 1,1 por cento o utilizaram, apesar de 9,3 por cento terem direito direto e imediato” a este benefício.

As dificuldades sentidas, nomeadamente quanto à condição financeira, refletem-se na carência de bens essenciais. De acordo com o estudo, quase 19 por cento dos idosos referem necessidades de alimentação, 19,2 por cento carências relacionadas com a habitação e mais de um quarto não sente as necessidades de saúde satisfeitas. Apesar destas dificuldades, “prevalecem as emoções positivas”, refere o estudo.

## Conhecer para melhorar

“Envelhecer no Alentejo” foi para os investigadores um primeiro passo num caminho que deve ser continuado. “No nosso país, pouco se tem evoluído na avaliação funcional, não existindo informação sobre as necessidades de cuidados aos idosos. Com vista a contribuir para suprir a falta de informação sobre a funcionalidade, decidimos realizar este estudo, de base populacional, na região do Alentejo, numa abordagem multiprofissional, na área das ciências da saúde”.

O conhecimento produzido pelo estudo permite não só aumentar o conhecimento epidemiológico da funcionalidade das pessoas com 65 e mais anos de idade do Alentejo, bem como caracterizar o estado de saúde deste grupo populacional por referência a indicadores de saúde, bases que possibilitam o planeamento de serviços de saúde e sociais a disponibilizar a esta população.

“De acordo com os resultados apresentados pensamos que seja adequado perspetivar a continuação do desenvolvimento do *Core Set* dos Idosos, mas também o desenvolvimento de intervenções terapêuticas dirigidas a estes idosos. Todavia, preconizam-se medidas integradas que permitam o desenvolvimento dos fatores promotores da saúde, em detrimento da medicalização deste grupo populacional”, conclui o estudo.

## Resultados

Na dimensão da funcionalidade, as funções do corpo que apresentam melhores indicadores, em mais de 80% da amostra são: a consciência, funções de orientação, funções do aparelho digestivo e mobilidade articular. Nas atividades de participação verificam-se níveis de desempenho superiores a 80% nas seguintes atividades: receber mensagens, deslocar-se dentro de casa sem dificuldade, lavar-se, vestir-se, comer, beber. Na dimensão da saúde oral apenas 9,3% da amostra é beneficiária do Complemento Solidário para idosos e por isso com direito ao Cheque Dentista. Mais de 73% dos idosos não tem dentição funcional.

# INFEÇÃO HOSPITALAR

Experiência Internacional na  
Prevenção e Controlo da Infecção –

A questão da infecção hospitalar assume-se, cada vez mais, como um problema generalizado para todos os Estados europeus. Neste contexto, a revista *O Hospital* entrevistou Christoph Aspöck, Director da Clínica Universitária para a Higiene e Microbiologia, Clínica Universitária St. Pölten, Áustria, deixando nesta edição muitas das explicações para o problema, assim como as diferentes formas de o minimizar, de acordo com a sua experiência internacional.

A infecção por *Staphylococcus Aureus* Meticilina-resistente (MRSA) é considerado um problema a nível mundial. Qual é a razão para a propagação epidémica deste patogénio?

Os organismos resistentes a múltiplos fármacos (MDRO) representam um problema grave de saúde. Na Áustria, verificou-se, no passado, taxas elevadas de MRSA. No entanto, recentemente, os organismos Gram negativos multiresistentes ultrapassaram o MRSA e representam um desafio crescente para os nossos hospitais. As bactérias, especialmente o *S. aureus*, têm a capacidade de desenvolver resistência aos antibióticos, aleatoriamente devido a mutações assim como à transferência de genes direcionados.

Se por um lado, o uso de antibióticos promove, infelizmente, a propagação de resistência aos antibióticos, por outro, descuidos para com a higiene podem levar à disseminação de múltiplos patogénios.

O MRSA é transmitido principalmente através do contacto direto com as mãos, sendo este o principal foco da higiene hospitalar na



Christoph Aspöck

prevenção de transmissão. Para além deste facto, a necessidade de antibioterapia deverá ser ponderada antes de qualquer prescrição.

No tratamento especializado/profissional de feridas, a ferida infetada deve ser tratada com antissépticos tópicos modernos. A não ser que haja sinais visíveis de uma infecção sistémica, o tratamento com antibiótico(s) sistémico(s) deverá ser evitado.

A taxa de infecção por MRSA está, atualmente, em declínio nos hospitais austríacos. Verificámos que todas as estratégias que implementámos para o controlo do MRSA estão neste momento a ajudar no controlo da propagação, transmissão e infecção por outros organismos resistentes a múltiplos fármacos (MDROs).



Pelo que percebi, minimizar o problema e evitar a propagação de MRSA e outros MRDOs está ao nosso alcance/nas nossas mãos?

Claro que não podemos prevenir o MRSA totalmente, mas podemos, no entanto, reduzir o seu impacto. Temos que distinguir, se vivemos numa região endémica de elevado ou baixo risco. Em países que são conhecidos por ter uma prevalência de MRSA baixa/moderada, como os países na Europa Central e especialmente na Escandinávia, é importante identificar, assim que possível, os doentes colonizados numa instituição de saúde. Estabelecemos portanto uma monitorização para doentes em risco, definimos fatores de risco e atualmente fazemos uma monitorização primária e secundária para o MRSA. No caso de uma infeção sistémica por MRSA, temos disponíveis antibióticos eficazes. No entanto, todos sabemos que há muito poucas novas substâncias de antibióticos em desenvolvimento em pipeline. Por esse motivo, uma gestão cuidadosa dos fármacos é essencial! De facto, existem formas simples de prevenir o MRSA. Porém, como sabemos, a compliance/adesão a estas práticas nem sempre são fáceis de estabelecer.



Assim que se saiba que um doente está colonizado com MRSA, quais são os próximos passos no seu hospital?

Isolamento e erradicação do MRSA! O *Staphylococcus* é uma bactéria que pode estar presente na flora da nossa pele, e diferentes instituições como o CDC ou o RKI identificaram fatores específicos que fazem com que um doente esteja mais vulnerável a infeção.

Um regime de descolonização eficaz está indicado especialmente se a pessoa representa um risco de propagação de MRSA (ex. feridas infetadas extensas, feridas de queimaduras extensas, infeção do sistema

respiratório).

A partir do momento em que os doentes estejam colonizados pelo MRSA, e visto que há muitas oportunidades para desenvolver uma infeção, como estar internado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), a presença de cateteres centrais, feridas cirúrgicas ou tomarem medicação imunossupressora, estes doentes não só têm a sua própria saúde em risco, mas também a de outros doentes. Quando o MRSA entra no lugar errado, na hora errada, pode causar uma série de problemas.

Além disso, também começámos a monitorizar os doentes no nosso Departamento de Cirurgia Cardíaca de modo a identificar portadores nasais de *S. aureus*. Existe evidência, que sugere que a erradicação de *S. aureus* antes da cirurgia reduz significativamente as infeções graves nos locais cirúrgicos. Implementámos a monitorização e análise de MRSA usando a tecnologia de reação em cadeia da polimerase (PCR), que nos permite ter resultados dentro de 2 horas. Como consequência, os únicos doentes elegíveis para cirurgia eletiva no nosso hospital, são aqueles que têm um resultado negativo para o *S. aureus* no esfregaço/swab nasal.



Que substâncias é que precisa para obter uma erradicação satisfatória? Existem novas abordagens no horizonte?

Pois bem, é claro que a Mupirocina ainda tem muito boa evidência no contexto de erradicação de portadores nasais de MRSA, mas parece que, devido ao seu uso repetido, tem-se verificado um aumento da resistência desenvolvida pelo *S. aureus*. Por esse motivo, é muito importante que haja alternativas como produtos baseados em Polihexanida ou Octenidina. Estas substâncias estão também indicadas para aplicação na pele e mucosas. Existem algumas publicações disponíveis e vários estudos a decorrer para identificar novos regimes de descolonização de MRSA





com novos antissépticos. Na União Europeia, há um novo regulamento, válido a partir de 2015, que proíbe o uso de Polihexanida como um conservante nos produtos cosméticos. Teremos que esperar e observar se este

novo regulamento terá alguma influência no uso desta substância em protocolos de descolonização de MRSA.

## International experience for the Prevention and Control of Infection – MRSA, Austria

The issue of hospital-acquired infections became a matter of concern and a general problem for all European countries. Due to this context, the magazine "O Hospital" interviewed Christoph Aspöck, director of the Institute for Hygiene and Microbiology Hospital of St. Pölten, Austria, who clarifies many aspects of this problem and presents his own recommendations, based also on his own international experience.

MRSA is a world-wide problem. What is the reason for the epidemic spread of this pathogen?

Multidrug resistant organisms (MDRO) are a serious health issue. In Austria, we have had high rates of MRSA in the past, but recently Gram negative multiresistant organisms even overtook MRSA as a challenge for our hospitals. Bacteria, especially *S.aureus*, have a talent for developing antibiotic resistance, which occurs randomly due to mutations as well as targeted via gene transfer.

Unfortunately, we foster the spread of antibiotic resistances by using antibiotics on the one hand, and on the other hand we distribute the pathogens, because of failure in hygiene.

MRSA is mainly transmitted by direct contact with hands. Hospital hygiene focuses on this key problem. In addition, it is important to consider whether antibiotics are necessary before prescribing. In professional wound management for example, infected wounds should be treated with modern topical antiseptics - without systemic antibiotics, unless there is any sign of a systemic infection visible.

MRSA infection rates are declining in Austrian hospitals. And all the management strategies we utilized to control MRSA are now helping in the management of other MDROs.



As far as I understood, we have it in our hands to minimize the problem and to avoid the spread of MRSA and other MRDOs?

Of course, we cannot totally prevent MRSA, but we can reduce the burden. We have to distinguish, if we live in a low or high endemic region. In countries which are known to have a low/medium MRSA prevalence, like countries in Central Europe and especially in Scandinavia, it is important to identify colonized patients within a health care institution as fast as possible. We established screening for patients at risk, defined risk factors and actually perform primary as well as secondary screening for MRSA. In case of systemic MRSA infections we still have effective antibiotics available. But of course, we all

know that there are very few new antibiotic substances in the pipeline. Therefore a careful drug management is essential! In fact, there are simple ways to prevent MRSA. But as we all know, compliance is not always easy to establish.



Once a patient is known being colonized with MRSA, what are the next steps in your hospital?

Isolation and MRSA eradication! Staphylococcus is a bacterium that can be part of our skin flora, and different institutions such as CDC or RKI identified certain situations which make a patient more vulnerable to infection. Especially if the person poses a risk in spreading MRSA, (i.e. extensive infected wounds, extended burn wounds, infection of the respiratory system), an effective decolonization regime is indicated. As long as patients are colonized by MRSA, they are not only a risk to their own health, but also to other patients, as there are a lot of opportunities to develop an infection, like being inpatient at ICU, having central lines, surgical wounds or taking immunosuppressive medication. When MRSA gets into the wrong place at the wrong time it can cause a lot of problems.

Furthermore, we also started to screen patients in our Department of Heart Surgery for

nasal S. aureus carriers, as there is evidence, that eradication prior to surgery significantly reduces severe surgical site infections. We implemented MRSA screening and analysis by using PCR technology, which yields results within two hours. As a consequence, we only admit patients for elective surgery, when nasal swabs are negative for S.aureus.



Which substances do you require for sufficient eradication? Are there any new approaches on the horizon?

Well, of course Mupirocin still has very good evidence in the context of eradication of nasal carriage of MRSA but it seems that resistance due to its use is increasing. Therefore it is very important that there are alternatives like products based on Polihexanid or Octenidine. These substances are also suitable for application on skin and mucosa. There are some publications available and several studies are ongoing to identify new antiseptic MRSA decolonization regimes. Within the European Union there is a new regulation, valid from 2015, prohibiting the use of Polihexanid as a preservative in cosmetics. We will have to wait and see, if this has any influence on the use of this substance in MRSA decolonization protocols.

## Professor Christoph Aspöck, MD

- Director da Clínica Universitária para a Higiene e Microbiologia, Clínica Universitária St. Pölten, Áustria
- Head of University Clinic for Hygiene and Microbiology, University Clinic of St. Pölten, Austria
- Membro do Comité Executivo da Sociedade Austríaca para a Higiene, Microbiologia e Medicina Preventiva
- Member of the executive Committee of the Austrian Society for Hygiene, Microbiology and Preventive Medicine

# 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](http://pfizer.pt)



1MISC1005001

Copyright © 2009 Pfizer Inc. Direitos reservados.

A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL

