

# R E V I S T A OHOSPITAL

ANO IV, Nº20 // OUTUBRO/DEZEMBRO 2018



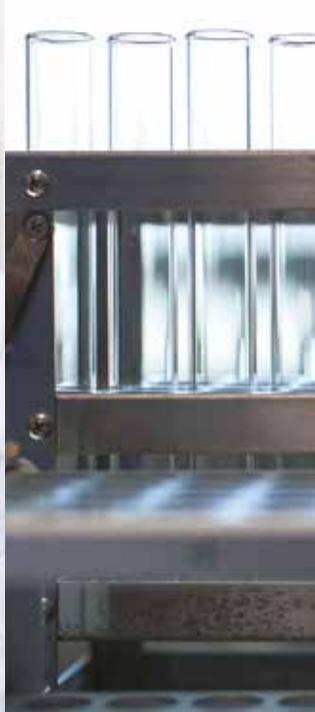
**Objetivo de Graça Freitas na DGS:**

**“Quero os portugueses saudáveis  
até ao fim da vida”**

**schülke** 

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





# 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

## 04 EDITORIAL

O Hospital em tempo de gripe.

## 06 ANÁLISE

Infeção Hospitalar. Dados Nacionais Revisitados.

Evolução do consumo dos antibióticos nas últimas duas décadas (1998-2017) em Portugal.

José Artur Paiva e o consumo de antibióticos: “Devemos alargar os programas de apoio à prescrição de antibióticos aos CSP e aos Cuidados Continuados”.

## 18 OPINIÃO

Compliance e Regulatório. Urge debater, qualificar e balizar procedimentos no Setor da Saúde.

## 20 ENTREVISTA

Grça Freitas e a Integração de Cuidados: “Não podemos ser fatiados por níveis de Cuidados de Saúde”.

## 30 INOVAÇÃO

Mais Literacia, Mais Saúde.

Ensaio clínico: a descoberta de novas possibilidades através da investigação.

O Síndrome do Anticorpo Anti-Fosfolípido: Novidades e Desafios na Abordagem Terapêutica.

## 36 ATIVIDADES APDH

A importância de Saber Comunicar em Saúde.

Aplicação móvel para apoiar doentes oncológicos na gestão da doença durante tratamentos, vence bolsa no valor de 10 mil euros.



REVISTA DA ASSOCIAÇÃO  
PORTUGUESA PARA O  
DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR

**DIRETORA**  
ANA ESCOVAL

**COORDENADORA**  
MARINA CALDAS

**REDAÇÃO**  
EDITE ESPADINHA, MARINA CALDAS,  
MARINA TOVAR REI, ANTÓNIO SANTOS E  
ANA TITO LÍVIO

**EDITORIA DE ARTE E PAGINAÇÃO**  
MARINA TOVAR REI

**FOTOGRAFIA**  
PEDRO MENSURADO E APDH

**REVISÃO**  
ANA ESCOVAL, ANA TITO LÍVIO, ANTÓNIO  
SANTOS, MARISA CRISTINO, RITA SAN-  
TOS, SARA ROZMAN

**IMPRESSÃO**  
UE

**TIRAGEM**  
4.000 EXEMPLARES

**DISTRIBUIÇÃO**  
GRATUITA

**PERIODICIDADE**  
TRIMESTRAL

**PROJETO**



Rua Gomes Freire no9 A r/c  
1150-175 Lisboa  
Tel: 213 530 719  
geral@fdc.com.pt

**PROPRIEDADE**  
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O  
DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR (APDH)

Gabinete HOPE&IHF Portugal

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 Lisboa

Tel. 217548278/79

Telm. 963668745

Email: geral@apdh.pt

HOPE: hopemail@hope.min-saude.pt

IHF: ihf@ihf.min-saude.pt

website: www.apdh.pt

# O Hospital em tempo de gripe

## Aquele que contempla

Rainer Maria Rilke

(...)  
*É tão pequeno aquilo que enfrentamos  
e tão grande aquilo que nos enfrenta  
Se nos deixássemos como as coisas  
fazer reféns da imensa tempestade  
vastos e anónimos seríamos também*

*Triunfamos sobre as coisas pequenas  
Em lugar de nos engrandecer esse triunfo  
tem o efeito contrário Nem o eterno  
nem o extraordinário se deixam subjugar  
por nós Este é o Anjo que apareceu  
(...)*

*In Sombras brancas. Setenta e sete poemas sobre anjos caídos  
de outras línguas. Jorge Sousa Braga (Coletânea e Tradução).  
Lisboa: Língua Morta (2016)*

As autoridades de saúde europeias preparam todos os anos os programas de vigilância epidemiológica da gripe sazonal para os meses de outubro a maio, com especial atenção sobre o período de pico de atividade entre dezembro e fevereiro, para orientar o momento otimizador da toma da vacina da gripe e ativar os planos de contingência dos hospitais e dos centros de saúde previamente estabelecidos.

O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, em articulação com a Região Europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS), faz a monitorização contínua diária e a publicação do boletim semanal da atividade viral da gripe e de outras doenças, reportando para a temporada 2018-2019 e quarta semana de 2019 que o vírus da gripe em circulação está a crescer mas dentro do padrão sazonal.

De igual modo, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge publica o boletim da vigilância epidemiológica da gripe, para Portugal, da mesma temporada e terceira semana de 2019, onde resume a atividade gripal epidémica, de intensidade moderada e tendência crescente.

A Direção-Geral da Saúde acompanha a informação europeia e nacional disponível e aproveita para comunicar

eficazmente as recomendações aos profissionais de saúde e o aconselhamento apropriado à população.

Sendo isto mesmo o que podemos ler na entrevista da Dra. Graça Freitas a esta revista "O Hospital", na qual diz ter boas expectativas para a temporada 2018-2019 na circulação de ambos os vírus A e B, como forma de atenuar os efeitos marcadamente agressivos para os idosos pela dominância do primeiro tipo.

Mais diz que, em resultado da campanha comunicacional continuada, de todos os anos, é positiva a cobertura vacinal alcançada em Portugal, das melhores da Europa. A melhoria do conforto térmico (pois as pessoas vestem com mais aconchego) e a tendência para a utilização dos serviços mais distribuída, entre o contacto telefónico, o centro de saúde e a urgência hospitalar.

O pico de atividade da época gripal tornou-se todavia, nas últimas décadas, num período de forte pressão sobre os hospitais, em qualquer país europeu, com aumentos de várias horas do atendimento da urgência hospitalar. Não, porventura, pela persistência do comportamento dos cidadãos, porque estes até estão a mudar como refere a Diretora-Geral da Saúde, mas mais porque os serviços de saúde e a sociedade portuguesa no seu todo precisam de ser mais amigáveis com os idosos, com vigilância melhorada e próxima das comorbilidades, sobretudo as de carácter respiratório, e um melhor aconchego humano nos tempos de inverno e frio.

Mas a Dra. Graça Freitas não deixa de nos desafiar, nesta sintomática e aguda pressão sobre os serviços de saúde, designadamente os hospitais, acerca por exemplo da necessidade do aprimoramento da integração de cuidados de saúde, quando diz que não podemos ser fatiados pelos vários níveis de cuidados e o sistema de saúde deve assegurar o continuum de cuidados, como também quando diz que gostava de ver as questões do aumento das dotações de profissionais de saúde mais estudadas.

Pelo sentido que faz este racional de pensamento talvez valha mesmo a pena debruçarmo-nos mais sobre estas questões, compreendendo-as melhor e agindo com mais orientação.

**A Direção**

# 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**





**RITA CÔRTE-REAL**  
coordenadora do GCL-PPCIRA  
do Centro Hospitalar Universitário  
Lisboa Central

# Infeção Hospitalar

## DADOS NACIONAIS REVISITADOS

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um grave problema de saúde pública afetando milhões de pessoas anualmente e sendo responsáveis por elevadas taxas de mortalidade e morbilidade, aumento da demora média de internamento e dos custos em saúde.

### IACS em Portugal

A informação sobre IACS, em Portugal, decorre dos estudos de prevalência e de incidência da infeção, especialmente, dos Programas de Vigilância Epidemiológica (VE) das Infeções em Unidades de Cuidados Intensivos, de adultos (UCI) e da Infeção do Local Cirúrgico (ILC), programas em rede europeia, e das Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS) e das Infeções em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCINN), programas em rede nacional.

Portugal tem participado em todos os estudos de prevalência europeus. O 2º Inquérito de Ponto de Infeções Associadas

aos Cuidados de Saúde, Hospitais de Agudos, organizado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) decorreu no 1º semestre de 2017, envolvendo 125 Unidades Hospitalares, a nível nacional. A percentagem de doentes internados com IACS foi de 7,8% após validação. A validação deste estudo foi feita em 26 hospitais e em mais de 2000 doentes considerado, pelo ECDC, o maior estudo de validação feito até agora. A taxa de infeção, em Portugal, no último inquérito europeu, em 2012, foi de 10,8%.

Os dados dos Programas de Vigilância Epidemiológica (VE) apresentados no Relatório do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos, publicado em novembro de 2018, revelam uma diminuição da incidência de várias infeções, entre 2013 e 2017.

Na VE em UCI, em que participam Unidades com mais de 30 doentes, com pelo menos dois dias de internamento, são avaliadas principalmente duas infeções, a nível europeu. Verificou-se uma redução de 10,8% na taxa de pneumonia



## *Better Health, Brighter Future*

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

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

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

**Gastroenterologia**

**Oncologia**

**Sistema Nervoso Central**

**Vacinas**



associada à entubação por 1000 dias de entubação e de 30,8% na taxa de bacteriemia associada a cateter vascular central por 1000 dias de cateter. As Unidades que monitorizaram estas infecções corresponderam a 68,2% das UCI nacionais, 10% mais que em 2013.

A VE da ILC abrangeu 40,5% dos Hospitais tutelados pelo estado e 9 hospitais privados ou do setor social, num total de 54 Unidades, em 2017, 42,6% mais que em 2013. Foram monitorizados sete grupos cirúrgicos, onde se observou redução na: cirurgia do colon e reto - 0,01%; cesariana - 58,1%; artroplastia da anca e do joelho - 0,25% e - 57,6%, respetivamente; laminectomia - 57,8%. A ILC na colecistectomia apresentou uma subida de 14,8%. Globalmente, é possível afirmar, apesar dos diferentes resultados verificados nas cirurgias avaliadas (mais 58,3%) e da sua variação, durante o período 2013-2017, que houve uma redução de 12,8% na incidência cumulativa de ILC por 100 doentes submetidos a cirurgia.

Em 2017 participaram na VE das INCS, 53,2% dos Hospitais tutelados pelo Estado e 3 hospitais privados ou do setor social, num total de 62 Unidades, mais 17,7% de Unidades e 31,7% de internamentos que em 2013. A densidade global de incidência de INCS reduziu-se em 2,5% desde 2013. Em 2015

verificou-se o valor mais elevado da densidade de incidência de INCS por 1000 dias de cateter vascular central. Apesar disso os dados de 2013 e 2017 apontam para a redução de 8,9%, nesta infecção.

A VE em UCINN, incide sobre a pneumonia associada ao tubo endotraqueal (por 1000 dias) e a sepsis associada ao cateter vascular central (por 1000 dias). Verificou-se no período 2013-2017 que os casos de pneumonia diminuíram 25,0% contrariamente aos casos de sepsis que aumentaram em 5,8%.

A participação nestes e noutros programas de vigilância das infeções, pelos Hospitais nacionais, deve ser incentivada, sendo urgentes soluções facilitadoras da recolha, comunicação e tratamento de informação, e a alocação dos recursos suficientes para a sua prossecução.

O Projeto "Stop Infeção Hospitalar!", iniciado em maio de 2015, envolveu 19 hospitais de 12 Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde e teve como objetivo reduzir em 3 anos, 50% das infeções adquiridas em meio hospitalar. O objetivo foi atingido em todas as infeções, exceto na cirurgia do colon e reto, tendo-se verificado a redução de: 55% na taxa de infeção da ILC - cirurgia prótese da anca e



do joelho; 52% na taxa de ILC - cirurgia da vesícula biliar; 51% na incidência de pneumonia por 1000 dias de entubação; 51% na incidência da infecção do trato urinário associada ao cateter vesical por 1000 dias de cateter; 56% na incidência da infecção da corrente sanguínea associada ao cateter por 1000 dias de cateter. Os resultados deste Projeto mostraram que é possível diminuir as IACS e incentivar à sua disseminação.

### IACS e Resistências aos Antimicrobianos

As IACS são causadas, frequentemente, por microrganismos multirresistentes para os quais as opções terapêuticas são limitadas ou inexistentes. Dentro destes microrganismos têm especial importância a *Escherichia coli* e os denominados ESKAPE, acrónimo de: *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterobacter spp.* Os dados nacionais das resistências aos antimicrobianos, constam do relatório anual do European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, EARS-Net, do qual Portugal faz parte através do Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge e da Direção-Geral de Saúde. Apesar dos perfis de resistência continuarem preocupantes, a percentagem de isolados invasivos (sangue e líquido cefalorraquidiano)

destes microrganismos resistentes aos antimicrobianos diminuiu de forma significativa (*Enterobacter spp* sem informação). O surgimento da resistência aos carbapenemos, em isolados de *E.coli*, e a não variação da sensibilidade às fluoroquinolonas pela *P.aeruginosa* são a exceção. A *K.pneumoniae* merece uma referência especial pois a situação é grave devido ao recente aumento exponencial de resistência aos  $\beta$ -lactâmicos (através de produção de  $\beta$ -lactamases de espectro alargado) e aos carbapenemos, com produção de carbapenemases, e à diminuição significativa da sensibilidade às fluoroquinolonas, cefalosporinas de 3<sup>a</sup> geração e aminoglicosídeos, mantida desde 2014. A não suscetibilidade aos carbapenemos, antimicrobianos de última linha, aumentou cerca de 80%, relativamente a 2014, sendo em 2017 de 9,7%.

As IACS são os eventos adversos mais frequentes durante o internamento, evitáveis em muitos casos, por medidas efetivas de prevenção e controlo de infeção e pela utilização adequada de antimicrobianos. O combate às IACS é diário e é de todos, nos Hospitais e na comunidade. É feito de gestos e atitudes, de planeamento e análise, de informação em tempo útil, comunicação e decisões, por vezes urgentes. O combate às IACS é feito da resiliência dos profissionais de saúde e da sua vontade de cuidar bem e sempre melhor.



**FILIPA DUARTE-RAMOS**  
Professora Auxiliar na FFUL

# Evolução do consumo dos antibióticos nas últimas duas décadas (1998-2017) em Portugal

Os antibióticos (ABs) são substâncias usadas para tratar infeções bacterianas com utilização corrente na prática clínica e que constituíram um avanço notável na medicina do século XX, com importantíssimos ganhos em saúde. Nos últimos anos tem-se vindo a dar uma atenção crescente à monitorização da sua utilização, em grande parte, fruto da forte ameaça à saúde pública colocada pela emergência e disseminação de resistências aos antibióticos (RA), que levou à criação e implementação de programas globais para mitigação deste problema, nomeadamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cujo diretor geral, em 2017, alertou para que estamos a ficar sem alternativas terapêuticas para combater as bactérias e que as RA podem vir a pôr em causa a medicina moderna. (1)

A utilização de ABs a nível mundial é muito variável, tendo-se registado um aumento do seu consumo desde 2000, condicionado principalmente pela utilização nos países de baixo e médio rendimento, nos quais -

simultaneamente - a monitorização da utilização de ABs é inexistente ou insuficiente, o que coloca uma série de desafios, uma vez que as bactérias não respeitam fronteiras, pelo que o problema das RA é um problema de todos nós. (2)(3)(4)

Apesar da resistência aos antibióticos ser resultado de múltiplos fatores, a forma como os antibióticos são utilizados, nomeadamente a sua utilização excessiva, é reconhecida como um dos principais determinantes de aparecimento de resistência aos antibióticos, motivo pelo qual é da maior relevância a monitorização desta utilização. (5)(6)(7)(8)

A fulcralidade da utilização dos ABs levou a que, no seu 40º aniversário, a 20ª Lista de Medicamentos Essenciais da OMS (2017) passasse a incluir a categorização dos diferentes antibióticos em 3 grupos (AWaRe) - ACCESS, WATCH and RESERVE - com recomendações acerca da sua indicação.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> [https://www.who.int/medicines/news/2017/20th\\_essential\\_med-list/en/](https://www.who.int/medicines/news/2017/20th_essential_med-list/en/)

Portugal participa ativamente nos programas de monitorização de consumo de antibióticos, o que possibilitou a realização deste trabalho, em que se pretende caracterizar a evolução de consumo de antibióticos em Portugal nos últimos vinte anos (1998-2017).

Para a elaboração deste documento utilizou-se a informação do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)<sup>2</sup> e da Antimicrobial consumption database (ESAC-Net)<sup>3</sup>.

Em virtude da utilização de antibióticos ser substancialmente distinta em ambiente hospitalar e em contexto ambulatorio, neste documento será abordado o consumo de antibióticos de uso sistémico (ATC J01<sup>4</sup>), em ambulatorio, expresso em número de doses diárias definidas por 1000 habitantes, por dia (DHD), segundo

os critérios do WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology<sup>4</sup>. Apesar de trabalhos anteriores terem identificado assimetrias regionais no consumo de ABs, os dados analisados não permitem a análise regional, pelo que os resultados se reportam a Portugal continental. (9)(10)

Como se pode observar na figura 1, nos últimos 20 anos (1998-2017), observou-se uma tendência decrescente na utilização de antibióticos de uso sistémico, em ambulatorio, (23,3 DHDs em 1998 e 16,4 DHDs em 2017), com a redução de cerca de 1 DHD a cada 2 anos.

O consumo médio de antibióticos em ambulatorio, nos países da EU/EEA em 2017 foi de 21,8 DHDs, (min: 10,1 na Holanda; Máx: 33,6 DHDs no Chipre) (11), sendo o valor nacional (16,4 DHDs) cerca de 25% mais baixo do que o da média europeia.

## DHD

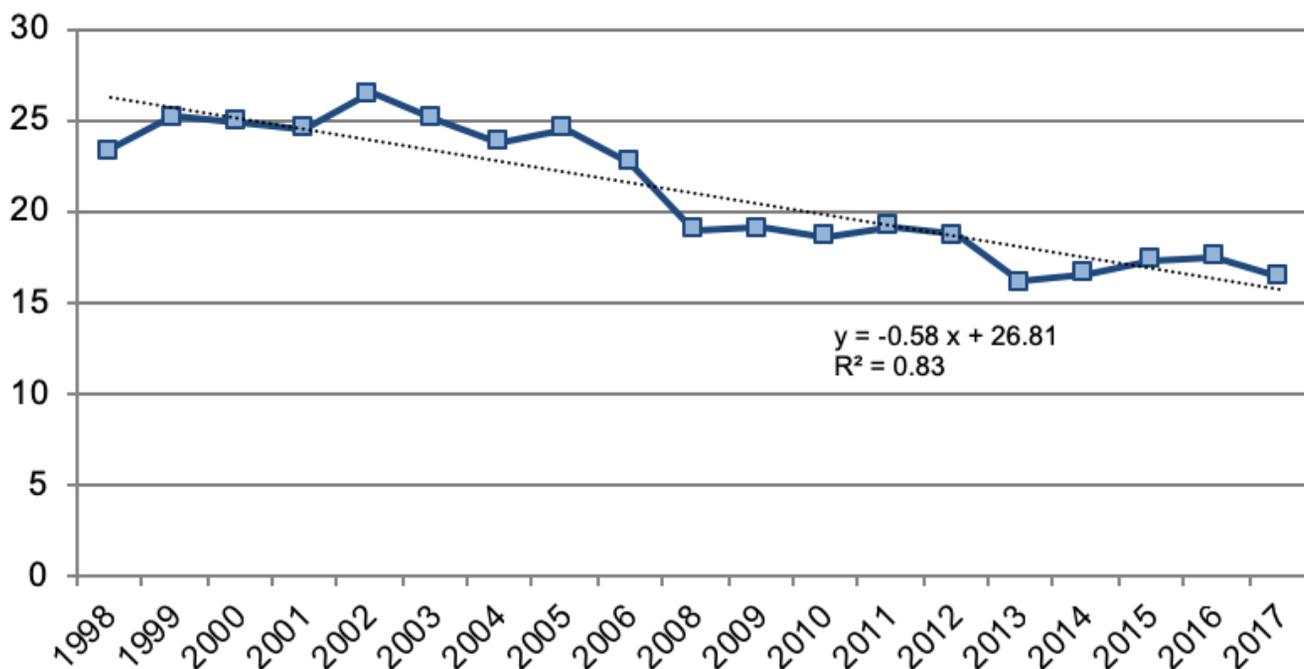


Figura 1 - Consumo de antibióticos para uso sistémico, em ambulatorio, expresso em DHD (DDD/1000 habitantes/dia), Portugal, 1998-2017 (Fonte: ESAC-Net data submitted to TESSy, elaboração própria)

<sup>2</sup> <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption>

<sup>3</sup> <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/surveillance-and-disease-data/database>

<sup>4</sup> WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, ATC classification index with DDDs, 2019. Oslo, Norway 2018.

Entre 1998 e 2007 houve uma redução de 29,83% (23,33 vs 16,37 DHDs) no consumo de ABs (J01), conforme ilustrado na tabela 2. Uma análise mais detalhada, ao nível da classe farmacoterapêutica mostra, no período em estudo, uma redução no consumo de todas as classes de ABs, à exceção dos incluídos no grupo 'outros' (anfenicóis (J01B), aminoglicosídeos (J01G) e outros antibacterianos (J01X)), que registou um aumento superior a 100%.

com o de 2008, observa-se um aumento de consumo (8,67 vs 7,94 DHDs;  $\Delta +9,19\%$ ), que sugere uma tendência para uma maior utilização de medicamentos desta classe farmacoterapêutica.

A figura 2 apresenta a distribuição proporcional do consumo das diferentes classes farmacoterapêuticas de antibióticos, expressos em função das DHDs totais

ATC	Classe farmacoterapêutica	1998	2008	var (%)	2017	var (%)	var (%)
		DHD	DHD	2008 vs 1998	DHD	2017 vs 2008	2017 vs 1998
J01C	penicilinas	10,56	7,94	-24,81	8,67	9,19	-17,90
J01D	cefalosporinas	3,11	1,99	-36,01	1,64	-17,59	-47,27
J01A	tetraciclina	1,84	0,82	-55,43	0,83	1,22	-54,89
J01F	macrólidos	3,24	3,88	19,75	2,44	-37,11	-24,69
J01M	quinolonas	2,98	3,07	3,02	1,26	-58,96	-57,72
J01E	sulfonamidas e trimetoprim	1,05	0,44	-58,10	0,41	-6,82	-60,95
	outros	0,55	0,85	54,55	1,13	32,94	105,45
<b>J01</b>	<b>total</b>	<b>23,33</b>	<b>18,99</b>	<b>-18,60</b>	<b>16,37</b>	<b>-13,80</b>	<b>-29,83</b>

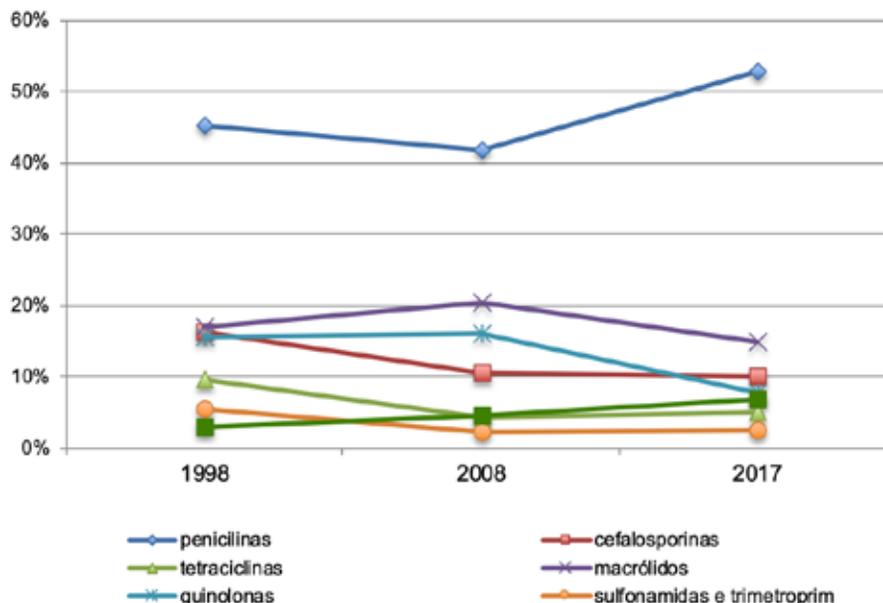
Tabela 1 - Consumo de antibióticos para uso sistêmico (ATC J01) em ambulatório, por classe farmacoterapêutica, expresso em DHD (DDD por 1000 habitantes/dia), 1998, 2008 e 2017 (Fonte: ESAC-Net data submitted to TESSy, elaboração própria)

Entre 1998 e 2017, o decréscimo mais marcado observou-se nas 'sulfonamidas e trimetoprim' (J01E) ( $\Delta -60,95\%$ ), nas 'quinolonas' (J01M) ( $\Delta -57,72\%$ ) e nas 'tetraciclina' (J01A) ( $\Delta -54,89\%$ ), todos com reduções superiores a 50% do consumo, seguidos pelas 'cefalosporinas' (J01D) ( $\Delta -47,27\%$ ).

Interessa salientar que, apesar do consumo de penicilinas ter registado uma redução de consumo de 17,90% DHDs (2017 vs 1998), quando comparamos o consumo de 2017

de antibióticos (J01). Como se pode observar, em 2017, o consumo de penicilinas representou mais de 50% do consumo total de ABs. Neste gráfico observa-se bem a diminuição marcada do consumo de quinolonas no total dos ABs consumidos. Os macrólidos foram a 2ª classe farmacoterapêuticas mais consumida, representando apenas 14,9% do consumo total.

De acordo com o Relatório da OMS, "WHO Report on Surveillance of Antibiotic Consumption, 2016-2018 Early



ATC	Classe farmacoterapêutica	1998		2008		2017	
		DHD	%	DHD	%	DHD	%
J01C	penicilinas	10,56	45,3%	7,94	41,8%	8,67	53,0%
J01D	cefalosporinas	3,11	16,4%	1,99	10,5%	1,64	10,0%
J01A	tetraciclina	1,84	9,7%	0,82	4,3%	0,83	5,1%
J01F	macrólidos	3,24	17,1%	3,88	20,4%	2,44	14,9%
J01M	quinolonas	2,98	15,7%	3,07	16,2%	1,26	7,7%
J01E	sulfonamidas e trimetoprim	1,05	5,5%	0,44	2,3%	0,41	2,5%
	outros	0,55	2,9%	0,85	4,5%	1,13	6,9%
<b>J01</b>	<b>total</b>	<b>23,33</b>	<b>100%</b>	<b>18,99</b>	<b>100%</b>	<b>16,37</b>	<b>100%</b>

Figura 2 - Consumo proporcional de antibióticos para uso sistêmico (ATC J01) em ambulatório, por classe farmacoterapêutica, expresso em % das DHDs (DDD por 1000 habitantes/dia) totais (J01), 1998, 2008 e 2017 (Fonte: ESAC-Net data submitted to TESSy, elaboração própria)

implementation”, referente a dados de 2015, das 17,72 DHDs de antibióticos consumidas em Portugal nesse ano, 10,27 DHDs (58%) corresponderam a ABs incluídos na classe ACCESS da OMS, 5,53 DHDs (31,2%) a ABs da classe WATCH, 0,21 DHDs (1,2%) à RESERVE e 1,7 DHDs (9,6%) a ‘outros’, como se vê na figura 3, sendo que a mediana do consumo proporcional em cada uma das categorias foi, 56% (IQR<sup>5</sup>:49-64%) ACCESS, 29% (IQR: 25-36%) WATCH, 0,2% (IQR:0,1-0,5%) RESERVE e 13% (IQR: 8-18%) ‘outros’.(12)

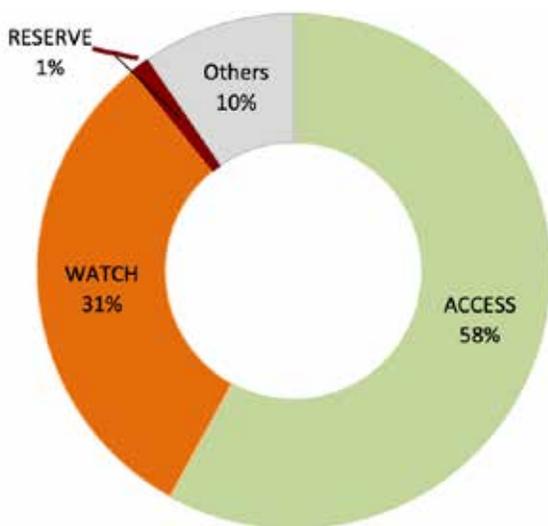


Figura 3 - Distribuição proporcional dos ABs sistêmicos usados em ambulatório em 2015, por categoria AWaRe da OMS, em Portugal

De acordo com os dados apresentados, podemos observar que Portugal tem um consumo proporcional de antibióticos pertencentes à classe RESERVE consideravelmente superior ao valor da mediana, o que deve ser tido em consideração.

Neste período de 20 anos é possível observar os resultados positivos das medidas adotadas em Portugal no que respeita ao consumo de ABs, sendo de sublinhar a redução global de consumo, bem como a redução de consumo de quinolonas e de cefalosporinas, associado ao aumento de consumo de penicilinas. Em trabalhos futuros será imprescindível complementar a perspetiva de análise adotada neste documento com a inclusão da análise de indicadores de qualidade de prescrição (8), em particular o rácio entre antibióticos de largo e estreito espectro de ação.

#### Referências bibliográficas

1. Tao W, Ivanovska V, Schweickert B, Muller A. Proxy indicators for antibiotic consumption: surveillance needed to control antimicrobial resistance. *Bull World Health Organ.* 2019 Jan 1;97(1):3-3A.
2. Antibiotic consumption increasing globally. *Jama J Am Med Assoc.* 2018;319(19):1973.
3. World Health Organization. Nations vary widely in antibiotic use, WHO data show. 2018;
4. Klein EY, Van Boeckel TP, Martinez EM, Pant S, Gandra S, Levin SA, et al. Global increase and geographic convergence in antibiotic consumption between 2000 and 2015. *Proc Natl Acad Sci.* 2018;115(15):201717295.
5. Bell BC, Schellevis F, Stobberingh E, Goossens H, Pringle M. A systematic review and meta-analysis of the effects of antibiotic consumption on antibiotic resistance. *BMC Infect Dis.* 2014;14(1):1-25.
6. Olesen SW, Barnett ML, MacFadden DR, Brownstein JS, Hernández-Díaz S, Lipsitch M, et al. The distribution of antibiotic use and its association with antibiotic resistance. *bioRxiv.* 2018;473769.
7. Čižman M, Plankar Srovin T. Antibiotic consumption and resistance of gram-negative pathogens (collateral damage). *CMS Infect Dis.* 2018;6:Doc05.
8. Adriaenssens N, Coenen S, Tonkin-Crine S, Verheij TJM, Little P, Goossens H. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): Disease-specific quality indicators for outpatient antibiotic prescribing. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(9):764-72.
9. Ramalhinho I, Ribeiro M, Vieira I, Cabrita J. [Evolution of outpatient antibiotic use in Portugal mainland 2000-2009]. *Acta Med Port.* 1999;25(1):20-8.
10. OPSS. Relatório Primavera 2017. 2017. p. 95-104.
11. ECDC. Annual Epidemiological Report for 2017 (Antimicrobial Consumption). *Eur Cent Dis Prev Control.* 2018;(June):16.
12. World Health Organization. WHO Report on Surveillance of Antibiotic Consumption, 2016-2018 Early implementation. 2018. 113 p.

José Artur Paiva e o consumo de antibióticos:

# “Devemos alargar os programas de apoio à prescrição de antibióticos aos CSP e aos Cuidados Continuados”



**JOSÉ ARTUR PAIVA**  
Primeiro Diretor do PPCIRA

Um estudo europeu dado a conhecer em 2013 revelou uma realidade preocupante: de 20 mil portugueses internados, 10,6% tinham contraído uma infeção hospitalar. O assunto deu lugar a uma discussão alargada sobre o assunto e muita tinta correu sobre a responsabilidade da situação.

Hoje sabemos que uma em cada três infeções hospitalares envolve bactérias resistentes e antibióticos e esta é razão mais do que suficiente para voltar a analisar o assunto e tentar perceber o que aconteceu desde 2013 até hoje.

Nesse mesmo ano de 2013, em fevereiro, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e

Resistências a Antimicrobianos (PPCIRA) e o internista e intensivista José Artur Paiva foi nomeado diretor do programa. Na ocasião, referiu que o estudo europeu vinha apenas confirmar o que já se sabia em Portugal, salientando ainda a necessidade de implementar, com carácter prioritário, várias medidas e em várias frentes, uma das quais se focava na necessidade de agilizar e reforçar o sistema de vigilância epidemiológica das bactérias resistentes - que existia há mais de dez anos - de forma a reduzir em 10-%, em três anos, a taxa de prevalência das infeções hospitalares.

#### Processo positivo

O responsável pelo PPCIRA explicava, então, que era obrigatório baixar o consumo de antibióticos, fixando o



objetivo para os 3 anos seguintes em 5%, e dava exemplos concretos que mostravam que existia “prescrição e toma desnecessária de antibióticos, nomeadamente em infeções respiratórias e em infeções urinárias e que, mesmo quando necessários, a duração da terapêutica é frequentemente superior ao necessário”. Na ocasião, referiu igualmente à Comunicação Social que “na profilaxia cirúrgica, os antibióticos não deviam ser usados por mais de 24 horas, uma vez que, com uma duração superior, a efetividade da profilaxia não aumenta e aumenta o risco de infeção pós-operatória por microrganismo multirresistente”.

O Hospital quis falar com o médico José Artur Paiva para saber que análise faz, hoje, da evolução relacionada com

o consumo de antibióticos no nosso país e para saber se as medidas que ajudou a implementar, enquanto primeiro diretor do PPCIRA, tiveram efeitos concretos e positivos, ou não.

“A minha opinião sobre a evolução do processo de controle das infeções e resistência aos antimicrobianos é, apesar de tudo, positiva”, começou por referir o primeiro diretor do PPCIRA, explicando que a criação do programa foi prioritária porque possibilitou o desenvolvimento concatenado e sinérgico de três linhas de intervenção: a prevenção de infeção associada a cuidados de saúde, a prevenção de emergência e transmissão de microrganismos multirresistentes e a promoção do uso sensato de antimicrobianos. Uma

das medidas fundamentais foi “a criação, por despacho em Diário da República, do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA), à escala nacional, em que equipas de peritos reviam as prescrições e apoiavam os prescritores de antibióticos, usando metodologias restritivas, mas sobretudo de capacitação, em que se preconizava a utilização de estratégias educacionais e, também, behavioristas”. Os antibióticos, lembrou, “são uma classe de fármacos utilizados por todas as especialidades e, portanto, naquele momento era necessário capacitar o conhecimento dos profissionais de saúde neste domínio”.

### Dados melhoraram

Foi assim que nasceu o Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos (PAPA) que deu, segundo salientou, “um grande e forte *élan* a este processo e que ajudou a prescrever de forma mais correta e racional”.

“Sendo que o consumo global de antimicrobianos para uso sistémico se manteve estável entre 2013 e 2016, tanto na comunidade como no hospital, hoje sabemos que o consumo de quinolonas, por exemplo, baixou imenso, tanto a nível hospitalar como da comunidade, o que é muito relevante, e que o consumo de carbapenemes a nível hospitalar diminuiu também nesses três anos. Estes resultados positivos têm certamente a ver com o trabalho feito ao nível de apoio à prescrição de antibióticos”, referiu José Artur Paiva.

As quinolonas, como é do conhecimento geral, são uma classe de antibióticos com potencial elevado de dano colateral e o seu consumo global, em Portugal, tem vindo a cair, tendo-se registado entre 2013 e 2016, de acordo com o INFARMED, uma redução de 12% na comunidade e de 22% em meio hospitalar.

Mas para José Artur Paiva, outra muito relevante razão para a evolução positiva que tem havido ao nível do consumo de antibióticos, em Portugal, está relacionada

com o desenvolvimento de campanhas sobre o assunto levadas a cabo pelo PPCIRA junto dos cidadãos, as quais contaram também com largo apoio da comunicação social, o que ajudou muito a espalhar a palavra.

“A mensagem passou bem e as pessoas perceberam que o antibiótico pode ter efeitos colaterais não só a nível individual, em termos de risco de aquisição de infeções por determinados microrganismos e de modificação das bactérias que conosco vivem em simbiose, selecionando as mais resistentes, mas também a nível coletivo, a nível ecológico, porque as bactérias multirresistentes podem ser transmitidas pessoa a pessoa e para o ecossistema”. Em termos da taxa de resistência de algumas bactérias houve também resultados positivos. Assim foi para o *Staphylococcus aureus* resistente à metilicilina que entre 2011 e 2016 revelou uma redução de 20%, do *Enterococcus faecalis* resistente à vancomicina e do *Acinetobacter baumannii* multirresistente que diminuiu 45%.

Portanto, reconhece o médico, “se baixámos o consumo global de antibióticos e se conseguimos reduzir a taxa de resistência de algumas bactérias, podemos dizer que a evolução foi positiva.” Em todo o caso, referiu também, “não podemos pensar que tudo está feito pois há ainda muito trabalho para desenvolver, quer em termos mundiais quer mesmo no nosso país”.

### Muito para fazer

E quando questionado sobre o caminho a seguir, José Artur Paiva não tem dúvidas que, a nível global, falta fazer muito: “É muito importante continuar a falar no assunto, porque globalmente temos ainda realidades muito diferentes, em diferentes países e continentes, e que não permitem que o processo esteja totalmente regulado”.

Segundo o médico, a realidade dos países ocidentais e europeus, por exemplo, não é igual à dos países

subarianos nem à dos países asiáticos, onde nuns casos há falta de acesso ao antibiótico (e onde se morre por isso) e noutros se consome em exagero.

“Na Europa estamos a conseguir manter estável o consumo de antibióticos, mas tal não significa que, na globalidade em que vivemos, essa seja a realidade mundial. Pelo contrário. Se nada mudar, é possível que, à escala mundial, o consumo de antibióticos aumente em cerca de 200%, em relação a 2015, sobretudo à custa do aumento de consumo em países de PIB médio-baixo, mas em rápido crescimento”.

À escala nacional, por outro lado, José Artur Paiva considera que há que manter o esforço para aumentar a literacia do cidadão ao longo dos anos neste tópico, de forma a todos considerarmos que, enquanto sociedade, temos o dever de preservar a eficácia do antibiótico para as futuras gerações.

Outras medidas são também fundamentais, nomeadamente “devemos alargar os programas de apoio à prescrição de antibióticos aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e aos Cuidados Continuados, onde estão insuficientemente implementados (nomeadamente, em apenas 15% dos ACES) e onde o seu impacto pode ser enorme. É fundamental ir nesse sentido, aliás eu diria que é urgente que isso se faça, pois é aí que cerca de dois terços dos antibióticos são consumidos e essa realidade não pode nem deve ser esquecida”, salientou, acrescentando saber que essa é também a vontade da atual direção do PPCIRA.

Em conclusão, o especialista José Artur Paiva reconhece que “o trajeto realizado desde 2013 até hoje deu grande relevância ao tema, permitiu identificar com clareza os *gaps* de qualidade existentes e melhorar consciencialização, práticas e alguns resultados”, mas deixa perceber que não se pode ficar parado.

**M.C.**

## Sobre José Artur Paiva

José Artur Osório de Carvalho Paiva é licenciado em Medicina, em 1984, e doutorado em 2005, com tese na área da sépsis, pela Faculdade da Medicina do Porto.

É especialista de Medicina Interna e especialista de Medicina Intensiva, possuindo ainda competência em Emergência Médica e em Gestão de Sistemas de Saúde.

É Chefe de Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Universitário São João e também Professor Associado Convidado da Faculdade de Medicina do Porto.

Foi Membro da Direção do Colégio de Emergência Médica da Ordem dos Médicos (2010 -2012) e do Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos, desde 2009, sendo nos últimos quatro anos o Presidente da Direção deste Colégio.

Foi Coordenador Nacional da Via Verde de Sépsis, de 2010 a 2013, e Coordenador do Programa Nacional de Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos, ambos em sede da Direção-Geral da Saúde. Em 2011, foi nomeado pelo Ministério da Saúde, Presidente da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência.

Em 2013, foi nomeado como o primeiro diretor do Programa para a Prevenção e Controlo de Infeção e da Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), criado, em sede da Direção-Geral Saúde, sob o seu impulso, tendo exercido esse cargo até 2016.

Em 2015, foi elemento da Comissão Executiva do Programa STOP Infeção Hospitalar, da Fundação Calouste Gulbenkian. Desde 2016, é Diretor Clínico do Centro Hospitalar Universitário São João. Revisor de várias revistas internacionais é ainda autor de mais de 100 artigos publicados em revistas indexadas, vários capítulos de livros e múltiplas palestras.



**DIOGO SOUSA-MARTINS**  
CEO da ELS SOLUTIONS

# Compliance e regulatório

## Urge debater, qualificar e balizar procedimentos no setor da Saúde

Os intervenientes que operam na área da saúde estão, hoje, a ser confrontados com desafios materiais de exigências regulatórias, que se estendem muito para além das suas funções específicas.

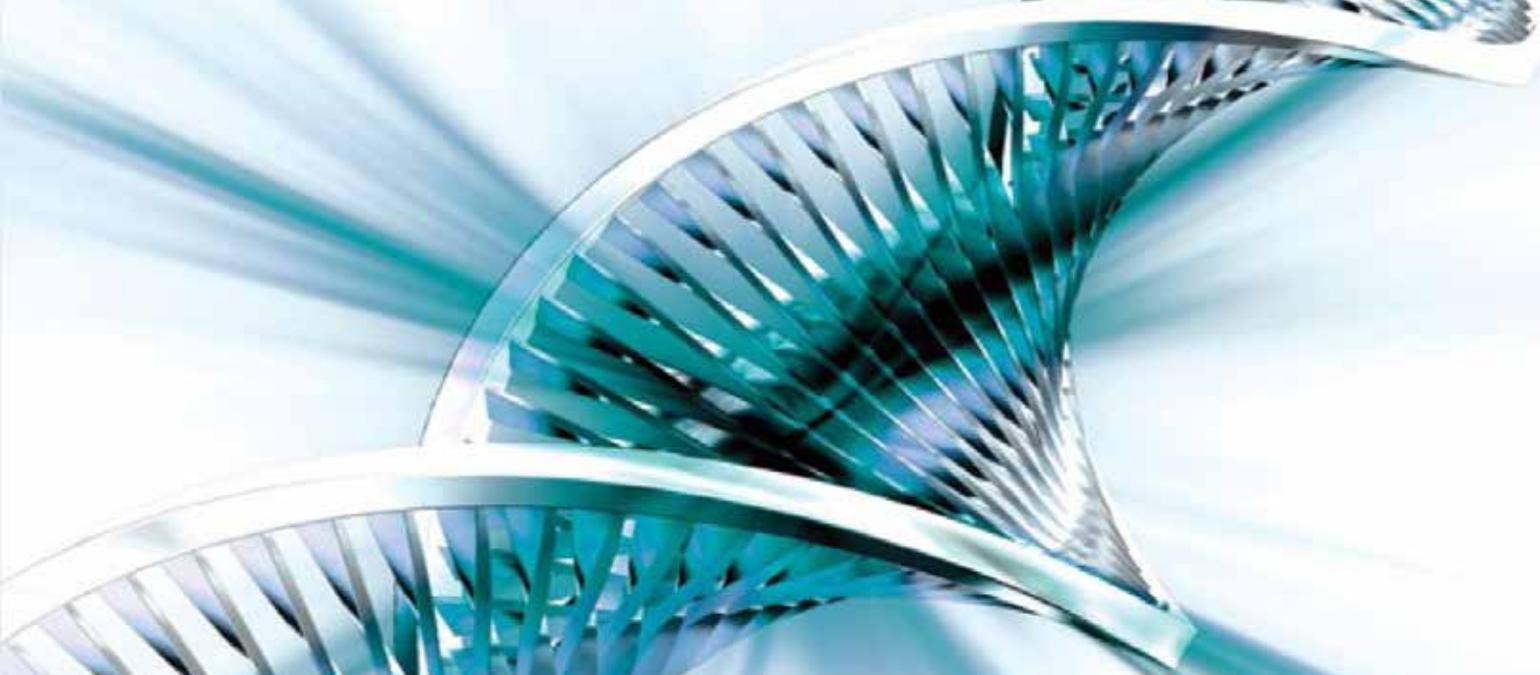
É minha convicção que vivemos numa época onde se está a tornar crucial a necessidade de criar e cumprir, rigorosamente, regras de compliance saudáveis e oportunas. Esta necessidade verifica-se igualmente nos setores já regulados, os quais, após algum debate, reconhecem e aplaudem iniciativas que promovam a clarificação do estado da arte em matéria regulatória e de compliance.

Enquanto que há áreas de intervenção já reguladas quer na indústria farmacêutica, quer na certificação/acreditação/licenciamento de unidades, estabelecimentos ou prestadores individuais, as organizações e empresas em saúde encaram desafios de compliance específicos à medida que buscam romper os limites da inovação, desenvolvimento de produtos e satisfazer as necessidades dos doentes.

Dentro do setor regulado, o Setor de Saúde e Farmacêutico tem assumido uma posição de algum

pioneirismo quando se refere a temas de compliance e regulamentares. Existem cerca de 600 empresas produtoras e/ou comercializadoras de Produtos de Saúde e Farmacêuticos devidamente registadas no INFARMED, todas elas com níveis diferentes de recursos nos seus departamentos de regulatório e compliance, muitas delas com departamentos internos formados, mas outras que recorrem a consultorias e empresas externas especializadas nestas funções. Independentemente da forma como operam, gerem e executam as suas funções e obrigações de compliance e regulatório, não são raros os casos onde se verificam diferentes interpretações e distintas condutas adotadas por empresas semelhantes, que operam no mercado da Saúde e Farmacêutico.

Com este contexto em mente, torna-se relevante pensar estrategicamente num conjunto de atividades para debater, qualificar e balizar procedimentos de compliance e regulamentares no setor da Saúde e Farmacêutico, com vista à consensualização e posterior padronização das melhores práticas a adotar para as empresas do setor. A filosofia subjacente a cada uma das atividades propostas deverá ser a de promover o conhecimento e valorização social desta disciplina de compliance e regulatório.



A Saúde é um domínio privilegiado, por excelência, para a análise dos valores éticos e deontológicos dos seus protagonistas, seja na prestação direta ou indireta de cuidados de saúde. Além de variados outros fatores, estão em causa valores societários e direitos humanos básicos, da maior importância para a vida em sociedade. Algumas tendências já a verificar-se:

**O Custo da Não-Conformidade.** É sem dúvida maior do que o custo de programas de compliance devido aos custos das multas, danos reputacionais e impactos nos pacientes, causados por exemplo por rupturas no fornecimento de produtos. Modelos de prontidão contínua ao invés de auditorias e inspeções são inerentemente mais eficazes e reduziram consideravelmente os custos de conformidade.

**Visão Integrada de Compliance e com Base na Ética.** Departamentos independentes tendem a desenvolver os seus próprios programas de conformidade para suprir as necessidades de compliance. Porém, os riscos de não-conformidade intersejam-se cada vez mais e esta abordagem desfragmentada resulta num conhecimento superficial das responsabilidades e do próprio conceito de compliance. Para evitar este cenário, são criados comités de harmonização introduzindo na cultura da empresa uma visão consistente de compliance. Destaco abaixo algumas problemáticas importantes de analisar: **Problemática da atração de pessoas.** Um gestor de numa organização é uma pessoa que, dentro de outras competências, deve possuir os seus valores alinhados com os da organização. O problema começa quando a própria organização não tem os seus valores de compliance expostos de forma tal que consiga atrair mais pessoas com o perfil correto. Nestes casos, as empresas tendem a gastar mais dinheiro em programas de correção, passando-se de um compliance inatamente integrado para um compliance mais defensivo.

**O impacto do profissional local na empresa global.** Uma vez que os mercados são afetados por regulamentações

locais, é de extrema relevância que as empresas globais contem com equipas de profissionais adequados e dedicados localmente. Os mesmos poderão circular entre áreas de compliance global, para fornecer e administrar treino, mitigando riscos e custos.

**O papel do Big Data.** O tão falado Big Data é ainda explorado de forma insatisfatória na área do compliance. Os sistemas informáticos são frequentemente díspares e desconectados, não oferecendo uma visão abrangente e em tempo real do compliance, funcionando muito mais para reporte do que para análise de dados e identificação/atenuação de riscos emergentes. Inovação e envolvimento de reguladores. A ambiguidade das regulamentações relacionadas com as tecnologias convergentes e emergentes resulta em inúmeros desafios de compliance. Dominar a técnica de navegar pela conformidade melhor do que qualquer outro é uma vantagem competitiva. Estas empresas incorporam a interação com os reguladores nos seus modelos de inovação, modelando regulamentos e orientações. Se por um lado as empresas temem inovar devido à carga regulatória, as entidades reguladoras hesitam em legislar quando pouco sabem acerca dessa inovação. O foco no doente será o cerne de cooperação entre os dois, permitindo o acesso à inovação.

**O compliance no futuro.** A crescente carga regulatória e a sua natureza dinâmica, tal como o elevado impacto da não-conformidade nas empresas e nos pacientes tornam o compliance numa prioridade da gestão de topo, inclusive à frente das decisões de negócio. O compliance deixa assim de ser visto apenas como um seguro contra o risco, reativo, para ser visto como um investimento deliberado. Deste modo, é expectável assistir a um processo de inovação no próprio compliance, que certamente será valioso para o detentor, em que os sistemas de compliance deverão ser eficientes e robustos, resistindo ao tempo e mitigando riscos emergentes.

## Graça Freitas e a Integração de Cuidados

# “Não podemos ser fatiados por níveis de Cuidados de Saúde”

**ENTREVISTA:** Marina Caldas  
**FOTOGRAFIA:** Pedro Mensurado

Graça Freitas é Diretora-Geral de Saúde e uma conhecedora profunda da casa que dirige. Está atenta às realidades em que se move e nem sempre se fixa em opiniões consensuais. Quer fazer mais e melhor e considera que estamos a dar os primeiros passos na integração de cuidados em saúde, algo que deve ser prioritário para que o cidadão seja tratado com a dignidade que merece. Reconhece que a cultura “hospitalocêntrica” ainda domina a forma de pensar dos portugueses, mas diz que, aos poucos, vamos dando passos que podem levar-nos noutra direção. E diz que, este inverno, a procura da linha de Saúde 24 tem subido e tem dado resultados positivos.

Sobre a saúde dos portugueses diz que vivemos tanto quanto os povos do norte da Europa, mas pior do que eles depois dos 70 anos. E quer mudar isso. Como? Com informação. Essa é a base! Depois, com o SNS e com a sua valorização.

Mas deixa uma preocupação: “Estamos a assistir a mudanças e a fases de transição que não sabemos ainda muito bem como se vão consolidar no futuro”. Seja como for, acrescenta “sou sempre uma forte defensora do SNS, enquanto mecanismo que permite o acesso de todos, sem distinção e sem barreiras, de forma equitativa, de forma solidária, com qualidade e segurança, às necessidades de saúde dos cidadãos”.

Sobre a gripe, disse-nos que, até agora, este ano tudo está a correr bem!

### **Estamos em final de janeiro. Qual tem sido a evolução da gripe em Portugal este ano? Estamos melhor ou pior do que em anos anteriores?**

Todos os anos a gripe é diferente. Há anos muito maus, há anos moderados e há anos muito ligeiros. Eu diria que este ano é um ano moderado. Tivemos uma atividade gripal que foi tardia, em relação a outros anos. Habitualmente temos gripe no final do ano – ou início e meio de janeiro. Este ano o pico é agora no fim do mês de janeiro e, por aquilo que temos visto, é uma atividade gripal moderada. Não houve uma grande intensidade e a zona sul do país teve muito poucos casos até agora. O mesmo se passa no resto da Europa o que não deixa de ser espantoso. Tem havido uma atividade média, em alguns casos moderada e até baixa. Se no caso dos dois vírus, que estão a circular, não se registar um domínio de um pelo outro e se não houver mutações significativas, vamos ter uma época gripal moderada. Vai terminar sem grandes picos, sem grande disfunção e sem grande

mortalidade. Portanto, e se esta situação se mantiver, vai ser uma época que vai ficar para a História dentro das gripes moderadas. É isso que se espera.

### **Mas falou se dois vírus e de uma possível mutação. Isso significa que pode haver alterações?**

Pode. A questão da gripe é sempre uma incógnita e até ao fim é, de facto, imprevisível.

### **Quando podemos dizer que é o fim?**

Não sabemos. Costumam perguntar-me muitas vezes se já estamos em pico. E eu costumo dizer que só sei que estive em pico quando começo a perceber que a atividade gripal esta a descer. Portanto, enquanto estamos a subir não podemos ter uma previsão de futuro. É como chegar ao cimo de uma montanha; só sabemos que estamos no topo quando lá chegamos. Se não soubermos a altitude, se não virmos o pico, se



**“SE NO CASO DOS DOIS VÍRUS, QUE ESTÃO A CIRCULAR, NÃO SE REGISTRAR UM DOMÍNIO DE UM PELO OUTRO, VAMOS TER UMA ÉPOCA GRIPAL MODERADA”**

houver muitas nuvens, não sabemos quanto falta para chegar lá acima.

### **E ainda não estamos na descida.**

Ainda não tenho a certeza. Há alguns indícios de que podemos estar a descer, mas no ano passado houve uma coisa curiosa: tivemos um género de dois picos. Tivemos um primeiro e começámos a descer e, depois - quando nada fazia prever - voltámos a subir e tivemos o segundo pico. Não é muito habitual, mas pode acontecer. Portanto, só daqui a umas semanas é que eu saberei como foi esta atividade gripal. Esperemos que não haja nenhuma mutação importante nos vírus. Esperemos que o vírus AH3 não domine o outro (o AH) porque habitualmente o AH3 é mais agressivo para os idosos. Tem mais reflexos negativos na nossa saúde, que se traduzem em mais mortalidade. Enquanto estiverem os dois a circular as coisas são mais equilibradas e, portanto, vamos ver. Tenho boas expectativas, apesar de tudo.

### **Estamos num bom caminho, digamos assim.**

Gostava de ser afirmativa, mas isto não é linear. Às vezes parece que vamos num sentido e não é bem assim, basta o vírus sofrer uma mutação, ou o vírus AH3 tornar-se dominante, francamente dominante, e pode haver aqui uma reviravolta. Vamos ver...

**Em todo o caso, como é que a população portuguesa está a reagir relativamente aos conselhos relativamente aos cuidados a ter com a gripe? Ou seja, as pessoas protegem-se mais, estão a ir mais ao centro de saúde e à linha saúde 24 do que às urgências hospitalares, vacinam-se mais? Qual o ponto de situação?**

O primeiro ponto de situação, muito positivo, é a taxa de vacinação! Como todos sabem, começámos a vacinar de forma gratuita nos últimos anos e temos vindo a subir gradualmente. Não houve nenhum ano, desde a pandemia de 2009 - 2010, em que se tenha registado uma descida da cobertura ou uma estabilidade ao nível dos números de portugueses vacinados. Pelo contrário, todos os anos aumentamos a cobertura vacinal nos idosos, que é aquela que nos preocupa muito porque junta o fator idade e o fator das doenças. Portanto, neste momento, eu calculo - e é apenas um cálculo, que no que se refere à cobertura da vacinação de idosos vamos ultrapassar os dados da época de 2017 - 2018. E é bom que se refira que nesse ano as estimativas da DGS já apontavam para um valor da ordem dos 65% de idosos vacinados, o que é muito bom. É mesmo um dos melhores da Europa e do mundo. Não é fácil obter estas taxas de cobertura.

Relativamente às outras questões, creio que estamos a melhorar no conforto térmico. Penso que as pessoas estão a vestir-se melhor, ou seja, de forma mais adequada ao frio, com mais proteção das extremidades e vestindo mais camadas de roupa. Penso que aí também melhorámos nitidamente e isso não se deve apenas aos nossos conselhos, mas também a uma evolução na literacia em saúde. Hoje somos cidadãos do mundo e vemos como é que os outros povos se comportam. Portanto e em relação ao frio, do ponto de vista pessoal, estamos mais bem protegidos. Tenho que dizer que o conforto térmico das habitações não é o ideal, mas tende a melhorar e, portanto, tudo o que são habitações mais novas e mais modernas já são construídas de outra forma.

Falemos agora das idas às urgências. Todos os anos temos que fazer apelos para que haja algum controlo nesse sentido. No ano passado as coisas não começaram muito bem e, este ano foi idêntico. Depois, à medida que se vai fazendo apelo às pessoas há uma tendência para procurar mais o setor de contacto, portanto a Linha Saúde 24 para se fazer uma triagem à distância.

### **Mas este ano ainda ficámos muito longe do que se pretendia com a Linha de Saúde SNS 24.**

No ano passado foi semelhante. Primeiro houve um distanciamento, mas depois as pessoas começaram a procurar. Aliás, no ano passado houve uma semana a que eu chamei a semana perfeita: um terço das pessoas ligou para a Linha Saúde 24; um terço procurou o Centro de Saúde e o último terço foi à Urgência. Portanto, já houve uma distribuição das pessoas.

### **Equitativa, digamos assim.**

Este ano também aconteceu isso. De início não, mas aos poucos, atingimos um número de chamadas diárias, à medida que a atividade gripal foi aumentando e que as pessoas tomaram consciência que poderiam recorrer ao centro de contacto e a essa triagem e a esse acompanhamento. Olhe que chegamos às 6.000 chamadas por dia, o que é um bom número. Ou seja, muitas dessas pessoas ficaram em casa, em cuidados domiciliários, outras terão sido aconselhadas a ir ao centro de saúde e apenas 10% receberam indicação para se descolar a uma urgência. E portanto, isso é muito bom. Significa que as pessoas foram tratadas e cuidadas como deviam, de acordo com o seu estado de saúde e necessidades.

Como sabemos ainda não estamos num patamar em que possamos dizer que é o ideal, porque ainda subsiste uma cultura de grande procura de urgências.

### **A cultura “hospitalocêntrica” ainda predomina?**

Ainda existe. As pessoas ainda não se habituaram que existem outras respostas e que essas respostas são de qualidade. E portanto, não se habituaram, por exemplo, à ideia de que no inverno cada região de saúde está ativa e que os Centros de Saúde aumentam o horário.

### **Este ano a senhora já aumentou o horário de atendimento nos Cuidados de Saúde Primários.**

Exatamente. Aumentámos o horário e aumentámos o número de profissionais disponíveis. Os Centros de Saúde passaram a funcionar ao fim de semana e com horário noturno (uns até às 22h00, outros até à meia-noite) e, como vê, com várias alternativas. Mesmo quem fica em acompanhamento domiciliário está a ser vigiado, através da Linha Saúde 24, que vai ligando e sabendo da evolução do doente. Como se lembra, a linha deu bons resultados quando era o Trim Trim Dói Dói, há alguns anos, direcionada só para as crianças. Muita gente na altura, particularmente muitas mães e pais, aproveitou esse aconselhamento e foi muito bom. E, portanto, agora a Linha está aberta a toda a população e as pessoas não pagam taxa moderadora quando são encaminhadas através da Linha. É, sem dúvida, um bom centro de

triagem, um ótimo centro de acompanhamento, que funciona 365 dias por ano, 24 horas por dia.

### **Mas as pessoas querem os exames, não é?**

É. A questão dos exames está sempre na mesa. E todos sabemos que em algumas circunstâncias os exames são justificados, mas nem sempre. Nós temos esta ilusão, mas, de facto, há situações com as vulgares constipações de inverno, com infeções respiratórias superiores, que não carecem muitas vezes de exames.

Mas já agora, e falando de exames, também já há Centros de Saúde dotados de aparelhos de radiografia, para fazer Raio-X do tórax, por exemplo. Há uns que já fazem análises clínicas, também em cuidados de saúde primários se podem fazer exames. E obviamente que quando se abrem Centros de Saúde em horário alargado, a maior parte deles já estão dotados de meios.

### **Mas tem noção de que as pessoas procuram o hospital porque querem fazer exames. Aliás, há um estudo que diz isso.**

Sim, querem muito fazer uma radiografia, querem fazer análises.



**“NO ANO PASSADO HOUE UMA SEMANA PERFEITA: UM TERÇO DAS PESSOAS LIGOU PARA A LINHA SAÚDE 24; UM TERÇO PROCUROU O CENTRO DE SAÚDE E O ÚLTIMO TERÇO FOI À URGÊNCIA.”**



**“TEM DE SE PONDERAR MUITO BEM A QUESTÃO DE FICAR EM CASA, COM ACONSELHAMENTO E TRATAMENTO, QUANDO NÃO FOR NECESSÁRIA A IDA AO HOSPITAL.”**

#### **Acreditam mais nos exames do que nos médicos.**

Sim. Muitas vezes os exames não são necessários, mas as pessoas sentem-se mais confortadas. Adquiriram essa ideia nos últimos anos e, portanto, tendem a achar que o seu problema é o pior de todos e que precisam do exame.

#### **E as nossas dores são as que doem mais.**

Claro, e os nossos problemas são sempre os piores. Mas há situações e mesmo doenças que, de facto, não necessitam de tratamento hospitalar e acresce a isto o problema que, nos invernos, os hospitais têm outros doentes com infeções respiratórias, com outros vírus complicados, e ninguém garante que as pessoas não saiam do hospital com infeções graves. Portanto, penso que se tem de ponderar muito bem a questão de ficar em casa, com aconselhamento e tratamento, quando não for necessária a ida ao hospital. A triagem é muito importante e daí o peso positivo que estas linhas podem

ter na saúde dos portugueses. Em 7 ou 8 minutos a pessoa fica com uma indicação do que fazer, porque são seguidos protocolos e algoritmos específicos. Aquilo não são perguntas feitas de qualquer maneira, aquilo são perguntas que seguem determinadas lógicas e saberes científicos. E, nesse sentido, isso não só tranquiliza como orienta as pessoas. E se a pessoa está em casa, se às vezes está sozinho, se não sabe se aquela rouquidão ou aquela tosse ou aquele sintoma ou aquela falta de ar tem algum significado, a Linha Saúde 24 ajuda a entender o significado. E é esse significado que deve ser valorizado com diferentes níveis de cuidados - domicílio, centro de saúde ou hospital. Porque a Linha também envia para o hospital, quando se justifica.

**Depois há o alegado problema da falta de profissionais de saúde que falou no SNS. Por outro lado, devido às greves que se têm registado no setor é natural que também se tenham registado mais entraves. Como avalia a situação?**

É óbvio que há aqui dois fatores que temos de ponderar

Número um: sem dúvida que o inverno é uma altura de grande pressão nos serviços. É típico. Portanto, o frio descompensa doenças crónicas, origina doença aguda, as viroses, não só da gripe, mas de todos os vírus que circulam, originam patologias, sobretudo nos mais velhos, e tudo isso pode levar a uma descompensação. Portanto, está nos livros e é assim em todo o mundo que, no inverno, há maior morbidade e há habitualmente maior mortalidade. Adoece-se e morre-se mais no inverno.

No que é que isso resulta? Resulta em maior pressão sobre os serviços de saúde, obrigatoriamente, seja o INEM, seja na Linha de Saúde 24, seja nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), seja nos Hospitais. Digamos, para todos entenderem que como a quantidade de pessoas doentes é maior aumenta, igualmente, a pressão sob os serviços. E o que é que os serviços fazem? (e isso tem que se dizer), nos últimos anos a maior parte dos serviços habituou-se a ter, aquilo a que se chama, serviços de contingência. Portanto prevê-se um determinado cenário - e ele existe de facto - e para fazer face a esse cenário prevê-se a expansão dos cuidados.

Ora, nos CSP, como já vimos pode haver um horário alargado, pode haver um horário diferente aos fins-de-semana, pode haver mais médicos. Os próprios hospitais reforçam as suas equipas nesta altura, bem como a sua capacidade de internamento, ou seja, há mais camas previstas para o inverno. Há sempre mais camas! Se me perguntar se são as suficientes, aí é que está o problema.

Mas são ativadas, estão programadas e são abertas.

Este ano, por exemplo, a capacidade de expansão dentro dos hospitais era mais 1700 camas. E alguns hospitais ainda tinham planos para contratarem camas fora do hospital, fora do SNS - no setor social ou outro. Mas a verdade é que se há anos em que este reforço é suficiente noutros não será, depende muito da procura. E aqui, há uma coisa que não sabemos controlar: há dias em que parece que tudo se concentra; há dias do ano em que por efeito do frio, da circulação dos vírus, ou de outras circunstâncias há uma pressão imensa sobre os serviços de saúde. E nessas alturas os serviços de saúde nem sempre têm a capacidade de absorver imediatamente o problema e de o resolver. O que acontece é que as pessoas que estão com as pulseiras azuis ou verdes, ficam muitas horas em espera.

**Mas este ano já se ouviu falar de 12 horas de espera.**

A questão é que, provavelmente, essas pessoas não deviam sequer ter ido ao hospital. E pergunto, não teria sido tudo mais fácil se se tivesse optado pelo centro de saúde? Será que não terias sido atendido mais rapidamente e com menos problemas e constrangimentos?

**Chegamos a uma coisa que é muito importante, que é a integração de cuidados.**

Exatamente, essa é que é a questão! Cada um de nós é uma pessoa. Cada um de nós precisa de cuidados específicos. Não podemos ser fatiados por vários níveis

**“O nosso palato começa a ser educado aos dois anos de idade. Obviamente pode-se ir corrigindo ao longo da vida, mas temos que ter a noção que aquilo que fazemos vai determinar o nosso final de vida”**



de cuidados e o sistema de saúde deve assegurar continuidade de cuidados, mesmo que a porta de entrada no sistema seja um centro de contacto, não presencial, como é a linha telefónica do serviço SNS 24. O sistema deve providenciar, de cada vez que o indivíduo entra no circuito, que ele tenha o acompanhamento necessário e adequado e que permita que ele transite entre os vários níveis de cuidados. E isso ainda falta.

Obviamente que está em construção e creio que está a melhorar, até porque há poucos anos nem se falava do assunto. Portanto falávamos de cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, de cuidados continuados... ia-se falando de vez em quando e de paliativos nem se falava. Agora começamos a ter outra linguagem e a falar de integração.

Estas coisas demoram. E se reparar bem, o primeiro passo para que as coisas comecem a alterar-se é mudar a nomenclatura, a semântica. Há vinte anos era quase um tabu falar de custos em saúde. Nenhum médico falava de custos, nem se queria ouvir falar nisso e se alguém falasse era logo referido que estava a prestar um cuidado menos bom ao utente, porque para tratar bem não se devia pensar em gastos. Aos poucos todos os profissionais de saúde passaram a integrar no seu discurso o termo custo-efetividade, custo-benefício, custo da oportunidade. Porquê? Porque temos que relacionar quanto custa uma intervenção e o que é que se ganha com essa mesma intervenção. Mas o conceito levou muitos anos a introduzir. Havia uma espécie de um tabu, não se falava disso...

### **E se se falasse era para dizer que o médico não tinha que se preocupar com isso.**

Exatamente, mas também tem que se preocupar com isso porque se prescrever, por exemplo, medicamentos muito caros havendo alternativas mais económicas está provavelmente a colocar outras coisas em causa. Tudo deve ser equacionado, o preço, a qualidade a adesão à terapêutica. E a adesão do doente à terapêutica não tem a ver com o facto de o médico prescrever um medicamento formidável.

### **Não acaba ali.**

Não acaba ali, antes pelo contrário. Da caneta do médico, ou do seu computador, até à adesão à terapêutica vai um longo caminho ... que passa pela prescrição, pela aquisição do fármaco, pela adesão à terapêutica, pela continuidade do tratamento, etc... São processos sofisticados e complexos e enquanto não os verbalizarmos, enquanto não se falar destas coisas, abertamente, elas não avançam, não acontecem.

A integração de cuidados é isso. Já se fala muito no assunto, é impossível não falar em cuidados, em continuação de cuidados, continuidade do percurso

do doente ao longo de todos os cuidados de saúde. O doente é único, é um indivíduo só e ele deve fluir e transitar no sistema...

### **Estamos no bom caminho a esse nível?**

Penso que estamos a fazer o caminho. Se me perguntar se tudo flui como desejaríamos? Ainda não!

### **Portanto, não faltam recursos humanos?**

Gostava de ver estudos mais aprofundados em relação aos recursos humanos. Ou seja, nós vemos muitas vezes a apresentação de rácios brutos de recursos humanos em relação a doentes. Muitas vezes não sabemos as características dessa população, não sabemos até a demografia dessa população: será que é igual em todo o país? Como é a concentração demográfica? E as morbilidades que essas pessoas têm ou não têm? Qual a sua classe social? E a sua condição social? E a sua fragilidade? É que existem imensos parâmetros que muitas vezes não são apresentados. Não são avaliados. É um "x" número de médicos ou "x" número de enfermeiros por "x" pessoas e as pessoas são todas diferentes. E isso deveria ser ajustado, de alguma forma, para se perceber se esses rácios são ou não são adequados. E depois, passada esta etapa era muito interessante projetar isso no futuro, perceber como é que isso vai ser. Por um lado, ver a parte demográfica e socioeconómica da população (qual a sua evolução e como se projetam os cuidados a essa população) e depois há aqui outras questões que têm a ver com a parte organizacional de que se fala muito pouco, porque não basta ter recursos, muitos ou poucos. É preciso saber como são organizados.

### **Aquele projeto do Garcia de Orta, da hospitalização domiciliária... pode funcionar?**

A ideia é muito interessante.

### **Funciona ou não?**

Se a ideia não for bem integrada e bem desenvolvida na comunidade pode não gerar os resultados que se desejam. Porque isso implica que os doentes têm que ter critérios para ficarem em hospitalização domiciliária, não é numa qualquer situação, depois porque estamos a falar de uma realidade diferente, estamos a falar de uma espécie de internamento em casa. As pessoas às vezes pensam: "Mas deveriam ser os centros de saúde a acompanhar esses doentes." Claro que aquilo que corresponderia, posteriormente, à alta daquele doente seriam os cuidados de saúde primários, seriam os enfermeiros nos centros de saúde, seriam os médicos de família a acompanhar.

Portanto, em minha opinião, temos primeiro que entender que este internamento e este conceito de internamento domiciliário corresponde a um

internamento em que a pessoa em vez de estar no hospital está numa cama em sua casa.

### **E temos capacidade?**

O problema aqui, é também o consumo de recursos, porque tudo isto implica uma deslocação de recursos do hospital para a comunidade. E portanto, todas estas experiências devem ser muito bem monitorizadas. Todas elas são uma espécie de experiência-piloto, que estão a ser avaliadas. Nuns países funcionam muito bem, noutros não funcionam bem e, por isso, deveriam ser muito bem monitorizados quer do ponto de vista dos resultados como do conforto para o doente. Ou seja, será que aquele internamento domiciliário é correspondente ao que seria um internamento em hospital? Porque no fundo é disso que estamos a falar. Até, porque aquela pessoa depois pode ter alta e continuar na sua casa e ser seguida pelo centro de saúde.

Voltamos ao mesmo, a tal integração de cuidados, a tal continuação de cuidados. Mas para isto fluir as pessoas têm que entender os conceitos e estar internado em domicílio ainda é pouco claro para as pessoas. Porque, muitas vezes, as pessoas estão no seu domicílio e isso não significa um internamento, mas pode significar continuidade de cuidados, recuperação ou convalescença.

Mas, tem que ser muito bem monitorizado, medido, os recursos que se gastam e os resultados que se obtêm. Obviamente, que há aqui uma coisa que se obtém sempre, o conforto das pessoas em casa e, obviamente, a diminuição do risco de contrair infeções hospitalares. E este é um grande benefício. Mas quando se faz uma avaliação tem que se ver benefícios, custos, resultados, etc. E isso é muito interessante, mas tem que ser muito bem monitorizado e avaliado.

### **Quais são neste momento as principais preocupações da diretora-geral de saúde?**

Tenho várias preocupações e uma delas tem a ver com a capacidade de envelhecermos de forma saudável. Nós, portugueses, temos uma excelente esperança de vida, sobretudo as mulheres. Tendemos a ser dos melhores da Europa neste domínio e um dia chegaremos ao topo, porque estamos sempre a subir. As mulheres estão fantásticas e os homens estão a recuperar.

### **Quais são as médias?**

As mulheres já estão com 85, 86 anos e todos os meses recuperamos, todos os semestres recuperam meses de vida. Os homens também já alcançam os 80 anos. Portanto, é muito bom em termos de esperança de vida.

Mas temos aqui um problema e essa é a minha maior ambição enquanto diretora-geral da saúde. É que aos

65 anos já temos muita gente com problemas de saúde. Ou seja, há aqui uma conta que se faz às vezes em números redondos e que é, por exemplo, uma mulher nórdica aos 65 anos ainda tem mais ou menos a mesma esperança de vida que em Portugal, só que uma nórdica terá 15 anos ainda com bastante saúde, autonomia e capacidade física e intelectual e, depois, terá 5 anos já com mais morbilidade e mais incapacidade. No caso mulher portuguesa é o oposto, terá 5 anos ainda livres de doença e de incapacidades e terá 15 anos pesados e com muitos problemas de saúde.

E se me perguntar qual é a minha maior ambição é, não só que as pessoas vivam mais, mas que envelheçam de forma mais ativa e saudável. E o envelhecimento ativo e saudável não começa aos 65 anos, começa muito antes. Este é um conceito que ainda não interiorizamos em Portugal, não é quando já tivermos 65 ou mais anos (e eu estou à vontade para falar porque estou quase lá) que, de repente, vamos começar a fazer tudo para ter saúde. Isso pratica-se ao longo de toda a nossa vida.

### **Onde é que erramos mais? Quais são os grandes problemas que nos impedem de chegarmos aos 65 anos saudáveis e prontos para continuar mais vinte e tal muito bem?**

É cultural, são os nossos estilos de vida. É aquilo que fazemos todos os dias sem pensar. O estilo de vida é aquilo que praticamos no dia-a-dia, quase inconscientemente, e isso começa muito cedo. O nosso paladar, o nosso palato, começa a ser educado na infância aos dois anos de idade. Obviamente pode-se ir corrigindo ao longo da vida, mas temos que ter a noção que aquilo que fazemos ao longo da vida - e a alimentação é um fator determinante. Pois, vai determinar o nosso futuro em final de vida. Há pessoas que pensam que não faz diferença comer erradamente nos primeiros 30 anos de vida, porque depois recuperamos e fazemos dietas. Não há nada mais errado.

Repare neste erro, vamos marcar uma data para fazer dieta. Isto significa que se vamos começar uma dieta e também a vamos acabar e, no dia em que acaba, voltamos a adquirir hábitos antigos. Portanto, a modificação dos estilos de vida no que respeita a alimentação, é uma área pela qual ainda temos muito que lutar. Outro grande problema é a nossa baixa taxa de atividade física. Somos um povo de pessoas sedentárias e à medida que deixámos a vida agrícola tornámo-nos muito sedentários. Nós não somos um povo que pratica atividades ao ar livre, que anda muito a pé, que caminha, ou que anda de bicicleta. Agora já se começa a ver algo nesse sentido. Esperemos que não seja uma moda. Esperemos que seja para durar.

Há uns anos, e não muitos, havia a ideia que quem andava de autocarro não tinha dinheiro para comprar um carro. Nos países nórdicos, todos andam de autocarro.



**“NÃO PODEMOS DIZER QUE É MUITO IMPORTANTE REDUZIR AS DESIGUALDADES E DEPOIS NÃO FAZER NADA PARA QUE ISSO ACONTEÇA.”**

A primeira vez que fui a Copenhaga e que entrei num autocarro para ir para a Organização Mundial da Saúde (OMS) olhei para o lado e vi muitos altos responsáveis da Organização Mundial da Saúde e nem queria acreditar, porque ia num autocarro cheio de personalidades. Fora todos os que lá chegaram de bicicleta.

### **Mas é uma das suas preocupações?**

Sim, é. Eu não sinto, em comparação com os outros países (com aqueles países que devemos comparar) que vivemos com mais saúde que estejamos no mesmo patamar. Não podemos pensar só em viver mais tempo, temos que viver mais e com mais saúde. E essa é a minha grande preocupação, a mortalidade prematura. Ninguém quer viver cheio de dores, de mazelas, de problemas, acabado ou incapaz, ou sem se mover ou sem mobilidade. Queremos morrer bem. Portanto, vamos empurrar as doenças até lá ao fundo.

### **Essa é uma das preocupações. Tem mais alguma?**

Prevenir, não morrer prematuramente, chegar aos 65 anos e envelhecer de forma ativa e saudável. Essas são as minhas grandes preocupações.

Depois, há uma coisa que serve para estes objetivos todos e que eu valorizo muito, sobretudo numa altura em que penso que a comunicação está a ser muito maltratada, que é a capacidade de começar a ter informação de muito boa qualidade. Gostava que os portugueses tivessem, de facto, acesso à melhor informação possível e que, na posse dessa informação, tomassem de forma clara e efetiva as decisões que quisessem. Que essa informação possibilitasse fazer escolhas informadas. Não estou a falar apenas sobre questões básicas como o que se deve comer, o que se deve beber, etc. As pessoas têm o direito a saber o que se passa no seu país. Têm direito a saber de que é que se morre, de que se adocece, qual é a nossa esperança de vida, o que podem esperar dos serviços de saúde, como é que as coisas vão evoluir, o que projetamos para o futuro. Portanto, nós temos de ter verdadeiros painéis de bordo e observatórios sobre o estado de saúde das pessoas e não só. Também do que determina esse estado de saúde, Oos determinantes sociais, a pobreza, que são tão importante.

Mas não podemos alimentar o fatalismo, não podemos dizer que é muito importante reduzir as desigualdades e depois não fazer nada para que isso aconteça. Temos de criar esses mecanismos.

### **E temos?**

Estamos a melhorá-los. Até porque as tecnologias de informação e de comunicação, hoje, permitem-nos muita coisa. E esse é que é o problema também, estamos cheios de dados. As tecnologias dão-nos imensos dados e nós não os transformamos em informação que nos permitam uma leitura, um conhecimento e já nem falo em sabedoria.

### **É isso que quer fazer na DGS?**

Eu gostava que a DGS fosse uma casa que apostasse em boa informação. E que essa boa informação permitisse converter o processo de comunicação junto dos profissionais de saúde, dos cidadãos, dos nossos parceiros e do poder político. Para quê? Para mudar o estilo de vida das pessoas e para que isso conduza a uma melhoria contínua da saúde dos portugueses. É isso que me move, quero que cada vez se viva mais e que se viva com mais saúde.

### **O SNS vai fazer 40 anos este ano. E 40 anos é muito tempo. Há quem diga que em vez de estarmos a melhorar estamos em queda. Acha que é isso que está a acontecer ao SNS? E como vê toda a evolução neste período?**

A cobertura universal de cuidados de saúde é das coisas mais importantes que um país pode ter, porque a saúde é o bem maior que as pessoas têm. Costuma-se dizer que “com saúde tudo se resolve”, o resto arranjam forma de solucionar e, portanto, haver cobertura universal e acesso das pessoas a cuidados de saúde e a serviços de qualidade em saúde é um bem que não se pode perder.

A forma como isso vai acontecer, ao longo do tempo, não lhe sei dizer. Não tenho uma varinha de condão que me permita prever a evolução. Agora, o que eu sei é que prezo muito a existência do SNS, enquanto serviço de saúde que permite a todos os cidadãos uma cobertura universal e igual.

Portanto, eu penso que temos de defender o SNS com todas as forças. Se isto é fácil? Creio que não. Estamos todos a assistir a mudanças e a fases de transição que não sabemos ainda muito bem como é que se vão consolidar no futuro. Mas sou, e serei sempre, uma forte defensora do SNS enquanto mecanismo que permite o acesso de todos, sem distinção e sem barreiras, de forma equitativa, de forma solidária, com qualidade e segurança, respondendo às necessidades de saúde dos cidadãos.

Nesse sentido, sou de facto uma defensora do SNS.



**INÊS RIBEIRO**  
Director Government  
Affairs Gilead Sciences

## Mais Literacia, Mais Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1998, literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde: é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia a dia - em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político; possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades.” A definição rotunda em torno do conceito de capacitação para a tomada de decisão fundamentada, acreditando-se que a aquisição de competências se traduz em melhor saúde.

O virtuosismo de termos cidadãos mais capacitados para lidar com temas de saúde, mais conhecedores dos sistemas e mais críticos em relação aos cuidados prestados está, não apenas ligado a incrementos de conhecimento individual, mas também da própria sociedade. Dotar as pessoas de mais ferramentas torna-as mais conhecedoras dos determinantes sociais, económicos e ambientais que afetam a saúde e, com isso, mais capazes de pensar criticamente, de se mobilizarem e de exigirem dos seus governantes as melhores políticas de saúde. A dinamização desta agenda da literacia é muito mais do que uma agenda da ciência ou da saúde: é um exercício de democracia.

À literacia em saúde merecia-lhe ser dedicada mais atenção, na medida em que é indubitável o seu contributo para a melhoria dos resultados em saúde e para a correta e eficaz utilização dos recursos de saúde. Os autocuidados são um ganho óbvio, mas também compreender e conhecer como funciona o sistema de saúde, de modo a recorrer aos serviços mais adequados é outro dos benefícios diretos, mensuráveis em poupanças tangíveis para os prestadores

de cuidados de saúde. De forma menos tangível, mas igualmente relevante está o garante da qualidade dos serviços de saúde: cidadãos informados são mais participativos, interrogativos, responsáveis e vigilantes. E sociedades mais informadas são, também elas, mais tolerantes e menos aptas a estigmatizar. São inúmeras as patologias cujos doentes reportam que um dos principais motivos de sofrimento é o preconceito social. O estigma advém, quase sempre de desconhecimento e ausência de informação atual acerca da etiologia da doença e da sua evolução. Este facto justifica a necessidade de não nos ficarmos apenas pela anuência de que doentes e cuidadores têm de estar na posse de informação relacionada com a doença.

Ainda no verão do ano passado, aproveitando o 26º aniversário da associação, a Abraço lançou em Portugal uma campanha de prevenção (“i=i - Indetectável é igual a Intransmissível”; em inglês U=U - Undetectable equals Untransmittable) que visava não só combater o VIH mas também o estigma associado à doença, com uma mensagem clara desconhecida do grande público: no século XXI, as pessoas que vivem com VIH e que se encontram em tratamento, não transmitem sexualmente o vírus. É uma mensagem que capacita o indivíduo de tomar decisões fundamentadas no seu dia a dia, na sua vida. De salientar, que a campanha foi promovida por uma comunidade global de defensores, ativistas, investigadores e mais de 500 parceiros comunitários de 70 países. Ou seja, também na literacia em Saúde, a união faz a força, possibilitando o aumento do controlo das pessoas não só sobre a sua saúde em particular, mas sobre a sua vida em geral. Informação gera mudança de comportamentos e com essa mudança podemos combater e acabar com o estigma.



Os ganhos sociais de se saber mais sobre saúde, numa ótica da sua promoção e com o intuito de prevenir, mas também de aceitar a doença do outro, deveriam ser razões bastantes para que, enquanto sociedade, vissemos estes temas tratados de forma transversal. Há muito que os currículos escolares deveriam contar com conteúdos específicos que visassem a formação dos alunos em matérias de saúde e utilização de recursos. Sabemos que crianças e jovens têm uma influência essencial no seio das famílias em matérias de informação e fomento de comportamentos de cidadania, pelo que a aposta na formação em saúde em idade escolar seria duplamente benéfica.

A literacia em saúde foi escolhida pelos governantes atuais como um importante eixo de atuação junto das populações, tendo sido inclusivamente criado um Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados em 2016. A criação de planos para esta área não é tema novo. A Literacia em Saúde, já em 2009, mereceu uma declaração do Conselho Económico e Social das Nações Unidas enfatizando a necessidade de serem desenvolvidos planos de ação promotores da literacia dada a sua relevância nos resultados em saúde obtidos pelas populações. É um chavão antigo e uma ferramenta de intervenção em saúde pública muito alardeada, mas que sempre careceu e carece de reais provas de conceito que tornem o investimento sério em literacia em mais do que uma linha modesta nos programas de governo.

Seria, no entanto, demasiado óbvio e tentador apontar ao Governo a responsabilidade única pelo investimento em literacia em saúde, ainda que uma estratégia nacional holística que estabelecesse as áreas de sinergias com outros atores devesse e pudesse ser de grande benefício para todos. Beneficiava, em primeiro lugar, o cidadão por poder usufruir de iniciativas que o capacitavam para melhor gerir a sua saúde; beneficiava o Estado por otimizar recursos

e garantir que entidades além-público enquadravam, de forma alinhada, as suas iniciativas; e beneficiavam as empresas, organizações não governamentais e terceiro sector, que saberiam estar legitimadas por estratégia nacional as suas iniciativas de responsabilidade e intervenção social na área da literacia em saúde.

A dificuldade em estabelecer parcerias com empresas e sector privado por parte das entidades públicas espelha um obstáculo primordial difícil de ultrapassar: a falta de confiança relativamente às reais intenções de quem tem vontade e capacidade de investir. As razões que justificam a menor aposta em parcerias estratégicas são várias, umas mais ideológicas que abominam a intervenção privada em matérias de responsabilidade pública, outras mais operacionais escudando-se em dificuldades legais e logísticas.

Não obstante a ideal relação de parceria estar longe da realidade, os diferentes atores da saúde não podem, nem devem abster-se da sua responsabilidade em matérias de literacia. Em sociedades maduras, com democracias bem estabelecidas, o direito à informação e ao investimento em capacitação são incontornáveis. As empresas do sector da saúde têm um desígnio comum que passa pelo contributo para mais e melhor saúde.

Na prossecução desse objetivo devem à comunidade não só a disponibilização da sua melhor ciência e inovação, mas também o contributo em áreas do conhecimento científico e social, com impacto na vida dos Portugueses. E ter impacto significa comunicar para além das elites, dos decisores políticos, dos profissionais de saúde. Ter impacto significa democratizar o conhecimento, trazê-lo para onde as pessoas estão, comunicá-lo onde as pessoas o vejam, tornando-o mundano e normal. O tema da literacia em saúde ainda não se esgotou, simplesmente, porque falta ser cumprido.



**MARIA REIS**  
Country Clinical  
Operations Manager  
AbbVie



**DIOGO BENTO**  
Diretor Médico  
AbbVie

# Ensaio clínico: a descoberta de novas possibilidades através da investigação

A AbbVie Portugal foi uma das companhias farmacêuticas reconhecidas pelo Infarmed como "Promotores com o maior número de ensaios clínicos em Portugal", no âmbito dos Prémios de Boas Práticas atribuídas pela entidade reguladora. Diogo Bento, diretor médico desta companhia biofarmacêutica, e Maria Reis, Country Clinical Operations Manager da AbbVie Portugal, reconhecem a importância desta distinção que atribuem à crescente aposta em Investigação & Desenvolvimento da AbbVie a nível global, numa entrevista em que sublinham que "a inovação é uma das pedras angulares do negócio".

## Qual o compromisso da AbbVie em Investigação e Desenvolvimento?

**Diogo Bento** - A investigação científica e a inovação são aquilo que consideramos serem as pedras angulares do nosso negócio. Na AbbVie, estamos totalmente focados em descobrir, desenvolver e disponibilizar soluções terapêuticas capazes de dar resposta aos maiores desafios atuais em termos de Saúde, com especial enfoque para áreas onde existem necessidades por satisfazer. A nossa missão é causar um impacto notável na vida dos doentes e sabemos que para lá chegar, a aposta está na Investigação e Desenvolvimento.

O compromisso da AbbVie com I&D é global, mas podemos dar exemplos muito concretos de como se manifesta à escala local. Recentemente, a AbbVie Portugal foi uma das companhias farmacêuticas reconhecidas pelo Infarmed como "Promotores com o maior número de ensaios clínicos em Portugal". E na verdade, temos contrariado a tendência nacional com uma crescente aposta e valorização da atividade de I&D. Em cinco anos, o número de ensaios clínicos submetidos para aprovação em Portugal aumentou apenas 2,8%, enquanto o número de ensaios conduzidos pela AbbVie Portugal teve um aumento de 18,2%.

A título de exemplo, no último ano realizámos em Portugal 36 ensaios clínicos: 23 em Imunologia (em nove indicações terapêuticas nas áreas de Dermatologia, Reumatologia e Gastroenterologia), sete em Oncologia, dois em hepatite C e um em Nefropatia Diabética. Para os próximos anos ambicionamos conseguir aumentar estes números, quer em centros de investigação, quer em doentes envolvidos.

## Qual a posição de Portugal face a outros países europeus no que respeita a este tipo de investimento?

**Maria Reis** - O cenário está muito longe de ser o ideal uma vez que a taxa de ensaios clínicos por milhão de habitantes em Portugal continua entre as mais baixas da Europa Ocidental. Segundo um estudo realizado pela Apifarma / PwC em 2013, sobre o sector da Investigação Clínica em Portugal, entre 2006 e 2012 o número de ensaios submetidos em território nacional caiu 26%, de 160 para 118 estudos (mínimo histórico em 2011, com apenas 88 ensaios). De 2013 até hoje o crescimento observado não foi significativo, o que constitui uma clara perda de competitividade de Portugal na captação de ensaios multinacionais.

Façamos a comparação com um país de dimensão equivalente ao nosso e com similaridades no ambiente regulamentar. Na Bélgica, em 2010, foram autorizados 47 ensaios clínicos por milhão de habitantes. Em Portugal, no mesmo ano, foram autorizados apenas 10 ensaios clínicos por milhão de habitantes. Desses ensaios, apenas 25 por cento diz respeito a ensaios de fase 1 e 2 o que denota aqui que existe espaço para crescimento do setor, em especial nas fases mais precoces da investigação clínica.

Em relação ao potencial de recrutamento também aqui Portugal apresenta menor capacidade quando comparado com países de referência, tanto no número de doentes por ensaio clínico como no número de doentes em ensaios por milhão de habitantes. Uma vez mais, os números mostram que existe um espaço muito significativo para melhorar. E para quem trabalha neste sector sabe que, de 2013 até hoje, apenas melhorias ligeiras podem ser notadas.

## Quais as vantagens para a sociedade do investimento em investigação?

**Diogo Bento** - A investigação é um dos principais motores de progresso da sociedade. Os ensaios clínicos trazem potenciais descobertas e benefícios para os doentes, geram conhecimento científico essencial à melhoria da prática clínica e dos cuidados assistenciais, mas não só. É também uma atividade que se destaca enquanto geradora de impacto na economia portuguesa.

Por cada euro investido há um retorno estimado de 1,98€, o que faz dos ensaios clínicos uma das atividades com maior retorno de investimento do país, sendo ainda responsável por um Valor Acrescentado Bruto (VAB) de 72 milhões de euros anuais. É também um setor gerador de emprego com mais de 1.000 postos de trabalho dedicados aos ensaios clínicos em 2012.

Dado que o tratamento dos doentes incluídos em ensaios clínicos é financiado pelos respectivos promotores e substitui o tratamento prescrito e suportado pelo SNS, permite uma redução da despesa pública. Em 2012, o investimento de 36 milhões de euros permitiu uma poupança em medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs) em 3,5 milhões de euros.

Mas os ensaios clínicos trazem, antes de mais, benefícios diretos e indiretos aos cuidados de Saúde, seja no acesso precoce a tratamentos inovadores, na melhoria da medicina assistencial, no desenvolvimento científico e, consequentemente, na melhoria dos indicadores de Saúde.

#### **Que mais-valias podem ser traduzidas para os doentes e para a prática clínica e assistencial?**

**Maria Reis** - Num primeiro momento, a mais-valia para os doentes consiste no acesso precoce a novos medicamentos e terapêuticas inovadoras, ainda antes da sua disponibilização para comercialização. Se pensarmos de uma forma mais alargada, a investigação proporciona também a melhoria dos fármacos disponíveis no mercado, garantindo aos doentes tratamentos inovadores, mais eficazes e seguros, o que se traduz consequentemente na melhoria dos indicadores de saúde.

Os ensaios clínicos têm ainda um impacto muito positivo na melhoria da prática clínica e da medicina assistencial, uma vez que a participação dos médicos investigadores contribui de forma significativa para a sua formação e desenvolvimento contínuo. A própria cultura de rigor e organização imposta pela metodologia de investigação clínica traduz-se em melhorias sustentáveis a vários níveis dos diferentes serviços prestados nas unidades de saúde. Por último, falta referir os benefícios diretos e indiretos dos ensaios clínicos no desenvolvimento científico. Independentemente da taxa de insucesso associada ao desenvolvimento de novos medicamentos, as atividades de investigação desencadeiam frequentemente novas descobertas ou ramos de estudo, contribuindo para o desenvolvimento de novas moléculas e terapêuticas.

#### **Quais os principais obstáculos identificados na implementação e execução dos ensaios clínicos em Portugal?**

**Maria Reis** - As barreiras são imensas e de natureza muito diversa. Do ponto de vista político, há uma clara falta de reconhecimento da importância da investigação clínica. Não existe uma estratégia de desenvolvimento consistente e estruturada para o setor e os ensaios clínicos continuam a sofrer de uma reputação negativa.

A regulamentação e legislação é outro dos grandes problemas e um dos principais fatores de perda de competitividade de Portugal na captação de ensaios. Apesar da regulamentação nesta área ter sido revista em 2014, as alterações introduzidas ficaram muito aquém das necessidades do setor. Todo o processo continua bastante moroso e complexo, e os prazos legais estabelecidos, quer para as aprovações centrais, quer para a aprovação do contrato financeiro pelas instituições de saúde, não estão a ser cumpridos., com impactos óbvios na competitividade

do país num cenário de ensaios de escala multinacional. Existem outras barreiras mais relacionadas com a organização e estrutura. Apesar de todos os benefícios já conhecidos dos ensaios clínicos, o potencial estratégico da investigação clínica continua a ser desvalorizado pelas administrações hospitalares. As unidades de saúde continuam orientadas para um modelo exclusivamente assistencial, a investigação existente é realizada de forma discricionária e as estruturas de suporte existente são deficitárias em termos de recursos humanos capacitados e dedicados. Também ao nível dos incentivos, formação e carreira encontramos vários obstáculos. Há um incumprimento ao nível dos incentivos financeiros, o impacto da investigação na valorização profissional do investigador e respectiva equipa continua a ser reduzido, a formação académica e avançada em investigação é insuficiente e as condições para a investigação de iniciativa do investigador estão muito aquém do desejável e necessário.

A acrescentar a todos os obstáculos, constatamos outras dificuldades relacionadas com a tecnologia e informação. Continua a não existir em Portugal uma gestão integrada dos sistemas das diferentes unidades de saúde, que não permitem o acesso controlado e restrito à informação sensível monitorizada no âmbito da investigação clínica

#### **Para o futuro, que mudanças são necessárias implementar para que haja um maior investimento em ensaios clínicos?**

**Maria Reis** - Este é um sector com elevado potencial de dinamização em Portugal, mas são necessárias alterações estruturantes. Destacamos três. Em primeiro lugar seria fundamental rever a atual legislação, a fim de a alinhar com o Regulamento Europeu dos Ensaios Clínicos, que trará alterações muito impactantes e desafios que terão de ser acautelados, sob pena de sermos excluídos do setor. Além disso, é necessário continuar a capacitar os centros de ensaio, investindo no desenvolvimento das estruturas dedicadas e do fomento de maior integração e cooperação entre agentes. Por fim, estimular a criação de modelos de incentivos que fomentem o envolvimento de investigadores e de outros profissionais na atividade de ensaios clínicos.

Além destas três grandes alterações, muito mais pode ser feito para potenciar o sector e fazer de Portugal um país mais competitivo na captação de ensaios clínicos. Para atrair mais investimento, seria importante criar condições que reforcem a atratividade do binómio risco/retorno associado ao investimento (reforço dos players presentes no mercado e entrada de novos agentes). Em relação à otimização do investimento público na Saúde, num quadro que sabemos ser de pressão para a redução de custos e aumento de eficiência, acreditamos que o caminho está na especialização e melhoria das condições de investigação, quer ao nível dos recursos humanos como das infraestruturas. Já para aumentar o número de doentes recrutados é urgente que se criem condições que permitam a identificação e recrutamento eficiente de doentes, com sistemas de informação capazes de gerar outputs orientadores à condução dos ensaios clínicos.

Bastariam algumas alterações importantes na forma como o sector está organizado neste momento para que Portugal se tornasse um país atrativo para os promotores dos ensaios clínicos. O espaço para o crescimento é enorme! Falta apenas pôr em prática as medidas há muito identificadas para corrigir os muitos obstáculos já conhecidos por todos os agentes que operam no sector.



**MELISSA ALEXANDRE  
FERNANDES**

Unidade de Doenças  
Auto-imunes, Medicina Interna  
7.2 Hospital Curry Cabral

# O Síndrome do Anticorpo Anti-Fosfolípídico: Novidades e Desafios na Abordagem Terapêutica

O Síndrome do Anticorpo Anti-Fosfolípídico (SAAF) é uma doença auto-imune sistêmica caracterizada por eventos trombóticos (venosos ou arteriais) e/ou morbidade obstétrica, juntamente com imunologia persistentemente positiva para os anticorpos anti-fosfolípidicos (aAF): anticoagulante lúpico (ACL), anticorpo anti-cardiolipina (ACA) e anticorpo anti-beta2 glicoproteína1 (Aβ2GPI).

A doença pode manifestar-se de forma isolada ou associada a outra doença auto-imune (e.g. Lupus Eritematoso Sistêmico). O tratamento standard do SAAF continua a ser um tópico desafiante na prática clínica. É atualmente baseado na anticoagulação com antagonistas da vitamina K (AVK) de longa duração com o objetivo de prevenir eventos trombóticos recorrentes. No caso específico de SAAF na gravidez utiliza-se a combinação de aspirina com heparina em dose profilática para prevenir abortos de repetição e complicações obstétricas.

Contudo, a gestão da doença nos casos refratários permanece uma área incerta, devido à escassez de dados disponíveis e de estudos multicêntricos desenhados de forma apropriada.

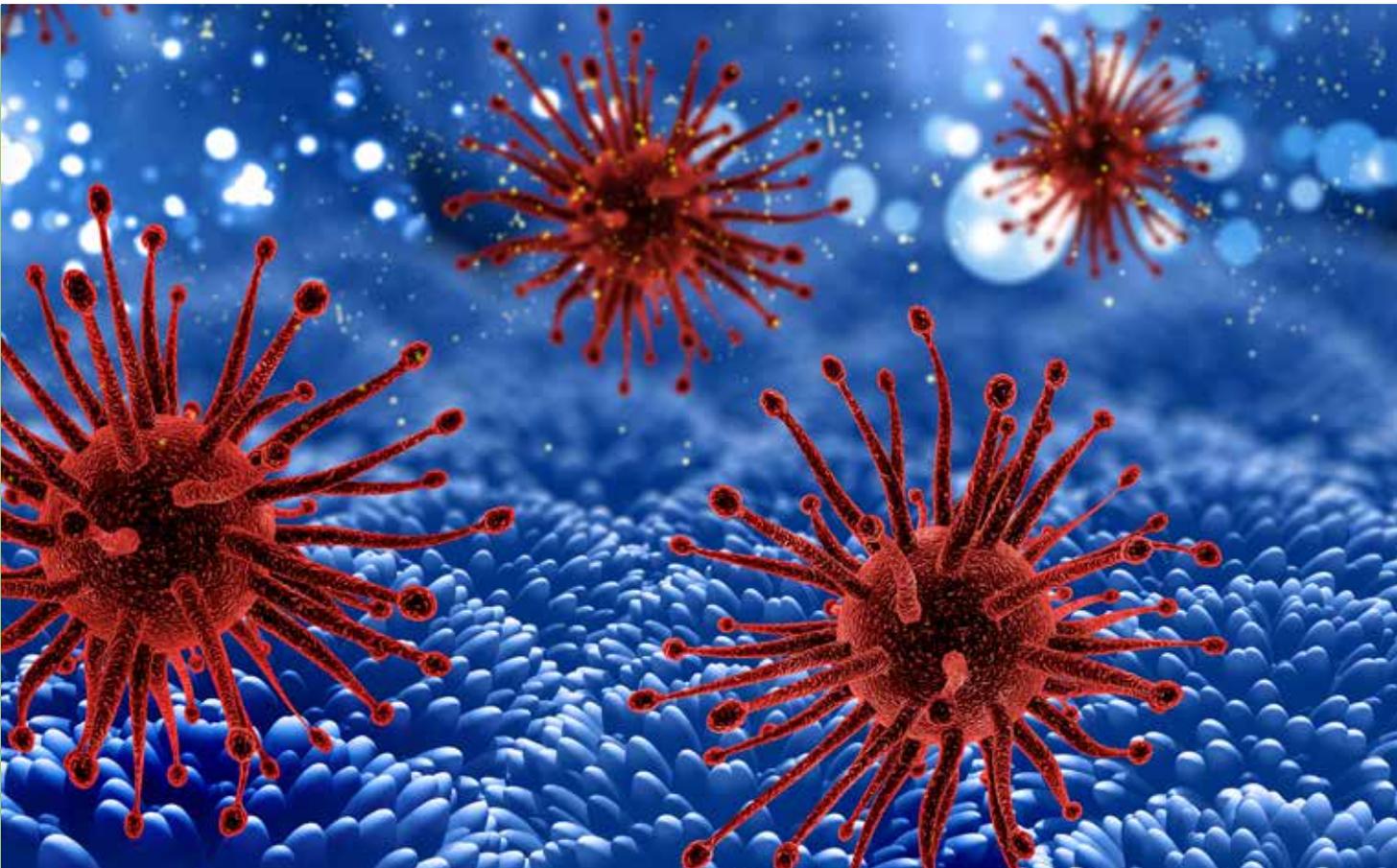
Não existe, portanto, consenso sobre a melhor abordagem na gestão destes doentes com SAAF e trombose arterial ou eventos trombóticos recorrentes. Existem poucos

dados prospetivos que demonstrem a superioridade da anticoagulação com AVK em intensidade moderada ou elevada versus agentes anti-plaquetários na prevenção da trombose arterial. Contudo, uma série de pequenos estudos retrospectivos demonstraram que a combinação terapêutica (anticoagulação e anti-plaquetários) pode reduzir o risco de eventos trombóticos recorrentes nestes doentes. É pois necessária investigação adicional com estudos multicêntricos prospetivos randomizados.

Outro tópico sensível na gestão da SAAF é a dosagem ideal de heparina a ser administrada (profilática ou terapêutica) nas doentes com SAAF obstétrico sem antecedentes de trombose e refratária a terapia standard. Considerando o ganho de peso durante a gravidez, deverá se ajustar a dose de heparina em conformidade?

A profilaxia primária na redução do risco trombótico e obstétrico em indivíduos com aAF sem manifestações clínicas de SAAF, denominados como "portadores de aAF", ou com presença de aAF com manifestações clínicas sem critérios (e.g. trombocitopenia), ainda não é clara e necessita ser investigada em estudos prospetivos.

De acordo com a base de dados do registo de SAAF catastrófico, a opinião de experts relativa ao tratamento agudo de doentes com SAAF catastrófico, é baseado



na anticoagulação, corticóides, plasmafereze e/ou imunoglobulina endovenosa. Foram também reportados alguns casos isolados de SAAF catastrófico em que o uso de Rituximab e Eculizumab foi administrado com sucesso. Justificar-se-iam assim, num futuro próximo, ensaios clínicos prospetivos para testar a eficácia e a melhor abordagem do tratamento destes doentes.

Novos anticoagulantes orais diretos estão sob investigação também na SAAF, mas podem não ser tão eficazes quanto os AVK, especialmente em doentes com eventos arteriais prévios.

Como os fatores de risco cardiovasculares tradicionais aumentam o risco de trombose relacionada com o SAAF, o papel das estatinas é de particular interesse tendo em conta a sua dupla função de inibir a síntese de colesterol e modular a resposta inflamatória. Mesmo havendo evidência relativamente limitada, tem sido relatado que a fluvastatina reduz vários marcadores inflamatórios e pró-trombóticos em indivíduos com aAF positivo e que a pravastatina melhora o outcome na gravidez num coorte de mulheres grávidas com SAAF com pré-eclâmpsia e restrição de crescimento intra-uterino.

Dados experimentais recentes e estudos retrospectivos sugerem um papel protetor da hidroxicloroquina (HCQ) na

prevenção de complicações trombóticas e obstétricas. O estudo controlado randomizado de HCQ versus placebo em mulheres grávidas positivas para aAF (atualmente ainda a decorrer) fornecerá evidências científicas sobre a eficácia do HCQ na redução do risco de complicações obstétricas no SAAF e em portadores aAF.

Apesar da recente melhoria na compreensão dos mecanismos patogênicos, o acompanhamento dos doentes com SAAF permanece um desafio clínico, enfatizando ainda mais a necessidade e relevância de proceder a estudos prospetivos e controlados para encontrar novas abordagens terapêuticas em doentes com SAAF.

#### Referências:

1. Esteve-Valverde E et al. *Obstet Gynecol Surv.* 2018;73:40-55.
2. Jackson WG et al. *Blood Adv.* 2017 Nov 16;1:2320-2324.
3. Bertoletti L et al. *Blood Rev.* 2018 Feb 2. pii: S0268-960X (17)30029-2.
4. Cervera *Thromb Res.* 2017 Mar;151 Suppl 1: S43-S47.
5. Schreiber K et al. *Nat Ver Dis Primers.* 2018;4:18005.

# A Importância de Saber Comunicar em Saúde

Nos dias de hoje, os altos dirigentes de órgãos das unidades de saúde são muitas vezes confrontados com desafios mediáticos complexos, que implicam uma grande exposição a nível institucional e individual junto da opinião pública. Esta realidade impõe uma ação, muitas vezes imediata e adequada, revelando-se fundamental promover a valorização e capacitação das competências no relacionamento dos altos dirigentes do setor da saúde com os diferentes órgãos de comunicação social.

Perante esta realidade a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) tem vindo a promover ações de Media Training dirigidas a Altos Dirigentes de Órgãos de Unidades de Saúde, ao nível hospitalar e dos cuidados de saúde primários, em parceria com a Alter Ego e com o apoio da Novartis.

Como objetivo principal, a APDH pretendeu, através destas ações dotar os seus participantes com competências no relacionamento com os Media, pela simulação de entrevistas em contexto real e aprendizagem dos principais conteúdos relacionados com estas dinâmicas. Até ao momento, beneficiaram desta formação quarenta e nove profissionais e foram desenvolvidas, entre 2017 e 2018, um total de seis ações de Media Training, das quais três decorreram em Lisboa, duas no Porto e uma em Coimbra, cujo sucesso foi reconhecido por todos os seus participantes.

A APDH quis por isso saber o que pensam os profissionais que participaram nesta iniciativa, tendo recolhido alguns testemunhos para dar a conhecer e destacar a importância de Saber Comunicar em Saúde, bem como evidenciar as mais-valias do Media Training e a sua pertinência para a prática profissional.



## **PEDRO BEJA AFONSO**

ADMINISTRADOR, HOSPITAL DA LUZ DE COIMBRA



“Nos dias de hoje, a comunicação é uma componente determinante no exercício da gestão, e, como tal, faz todo o sentido que os gestores obtenham conhecimentos técnicos sobre esta área.

O processo comunicativo vai para além da emissão de palavras. É preciso saber organizar as ideias, identificar o perfil da pessoa com quem se está a comunicar, escolher a melhor forma de transmitir a mensagem e ter uma linguagem corporal adequada. Este exercício torna-se mais rigoroso quando lidamos com a Comunicação Social, onde se exigem técnicas concretas de comunicação verbal e corporal.

Neste sentido, diria que a Sessão de Media Training em que participei foi bastante útil e interessante, tendo sido promovida por profissionais altamente experientes.

## **VERA SOFIA DE ALMEIDA**

DIRETORA EXECUTIVA, ACES LISBOA CENTRAL



O privilégio de integrar uma sessão de media training permitiu-me reconhecer, no contexto da minha prática profissional e considerando a visibilidade e mediatismo das instituições de saúde, a importância de desenvolver competências para uma comunicação eficaz com os órgãos de comunicação social.

Simulamos entrevistas e foram colocados em prática os conteúdos formativos sobre comunicação institucional e estilos jornalísticos. Foram explicadas as regras para desenvolver confiança perante um jornalista, e transmitir de forma clara e objetiva a mensagem sem receio de perder o controlo, mesmo em situações de grande pressão. Compreendi as “subtilezas e armas” dos jornalistas, tentando corresponder às suas expectativas, e aprendi a gerir acusações e questões menos “amigáveis”.

**XAVIER BARRETO**

DIRETOR DO CENTRO DE AMBULATÓRIO, CHSJ.



O contacto com os media é indissociável do exercício de funções de chefia. É fundamental para que os dirigentes transmitam eficazmente as suas ideias e estratégias, quer para o interior das instituições que governam, como para as populações que servem. Partindo deste pressuposto, a formação em media training é de grande utilidade para os dirigentes da saúde, no sentido em que os capacita para uma relação mais eficaz com os órgãos de comunicação social. Considero por isso que o curso organizado pela APDH foi muito pertinente e recomendo vivamente a sua frequência.

**BERNARDO GOMES DA SILVA**

ADVOGADO, ASSESSORIA JURÍDICA, ARSLVT

A minha participação numa das edições da ação de formação Media Training, promovida pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, foi uma experiência muito enriquecedora e que em muito contribuiu para adquirir e estruturar conhecimentos sobre técnicas de comunicação e interação com os meios de comunicação social, nomeadamente em situação de crise mediática.

A ação de formação Media Training foi relevante na minha atividade profissional quer nos subseqüentes contactos institucionais com órgãos de comunicação social, quer com entidades que, no quadro das respetivas atribuições, têm por missão informar o público em geral sobre determinada matéria, exigindo, por isso, o necessário planeamento de uma estratégia sustentada e assertiva de informação.

**CARLOS MOUTA**

VOGAL EXECUTIVO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO, ULSM



A sessão de formação foi extremamente interessante e relevante para a minha atividade diária, uma vez que tenho como responsabilidade o Gabinete de Comunicação e Assessoria de Imprensa da ULSM.

Temos implementada uma estratégia de articulação com os Órgãos de Comunicação Social (OCS), sendo que desta forma pude conhecer, de uma forma muito prática, a perspetiva da(o) jornalista e como se deve ou não deve atuar, permitindo assim introduzir melhorias e validar processos internos.

**SUZETE CARDOSO**

GESTORA DO CONTRATO DE PPP, HOSPITAL DE LOURES, ARSLVT



Foi uma experiência muito interessante, quer pela importância do tema em si, quer pelo “formato” da ação, em que a componente teórica foi complementada por treino técnico-comportamental, cuja dinâmica foi muito enriquecedora. A análise do desempenho nas “entrevistas”, tendo em vista o autoconhecimento nos vários domínios que influenciam a eficácia da comunicação, permitiu identificar aspetos a potenciar, por contribuírem para uma imagem positiva e credível, bem como os que devem ser evitados ou corrigidos, a par das estratégias a adotar para se alcançar o resultado pretendido. Os participantes, com experiências distintas, puderam acompanhar todos os processos individuais, o que teve um efeito multiplicador na aquisição de conhecimento.

## **MÁRIO SANTOS**

DIRETOR CLÍNICO ADJUNTO, CHUC



A sociedade nos dias de hoje é cada vez mais exigente na procura de informação nomeadamente na área da saúde.

Por este motivo a forma de comunicar com os media torna-se cada vez mais importante não só em situações normais como em situações de crise.

Conhecer a dinâmica jornalística, saber como transmitir a mensagem de forma sintética e objetiva e até a postura perante a comunicação social, fazem deste curso de Media Training um instrumento valioso para todos os profissionais de saúde que possam ser chamados a falar com a imprensa.

---

## **RUI GUIMARÃES**

DIRETOR CLÍNICO, HSMM BARCELOS



Recordo que, logo no início, o formador ter dito que o objetivo seria proporcionar uma das melhores formações de sempre. Pensei de imediato que estavam a ser muito ambiciosos tendo em conta até a experiência dos formandos.

Não me arrependi de ter dado o benefício da dúvida. Muito bem organizado, exemplos muito práticos e um excelente equilíbrio entre apresentação e possibilidade de interação. Sem dúvida uma mais-valia para o dia-a-dia profissional.

Os formadores estão muito bem preparados e são muito conhecedores da área específica da saúde.

---

## **RUI LEAL**

COORDENADOR DA ÁREA DA CIRURGIA, CHULC- VOGAL DA DIREÇÃO, APDH



Assumindo que na era atual a comunicação social representa o 4º poder (para além dos poderes instituídos: Judicial, Executivo e Legislativo), ele é um dos elementos responsáveis por influenciar pessoas, derrubar governos, carreiras, manipular opiniões e controlar o comportamento e atitude da maioria da população. Com as novas tecnologias e num Mundo cada vez mais globalizado, a comunicação social rapidamente chega a todo o Mundo, temos como exemplo a tragédia fatídica do 11 de Setembro de 2001 nos EUA.

Assim, torna-se quase imperioso que qualquer gestor público, quando confrontado de forma previsível ou imprevisível com determinado tipo de entrevista, esteja preparado para o efeito. Esta preparação elenca sobretudo em fatores determinantes: imagem, postura e discurso. Ao frequentar este evento, foram sobretudo estas “pistas” que caracterizaram esta formação.

Antes de frequentar esta formação, é normal assumir, que pela nossa experiência de vida tudo poderá ser muito fácil, dependendo muitas vezes da variável, ser tímido ou mais extrovertido. No entanto quando se está confrontado com uma realidade, embora simulada, tudo se torna mais complexo. O estado da arte no Jornalismo tem evoluído de uma forma exponencial, sendo o mais importante: tentar ser o primeiro a dar a notícia, alcançar níveis de share altos e causar impressão da notícia na opinião pública.

Após esta formação embora de curta duração fica por vezes no ar, uma certa impotência dos nossos atos enquanto entrevistado. No entanto somos obrigatoriamente conduzidos a uma reflexão antes de nos disponibilizarmos para qualquer entrevista. Adotar os mecanismos apreendidos nesta formação é fundamental. Quanto à análise de outras entrevistas fica-se mais enriquecido, crítico, sinais que demonstram a repercussão na frequência deste evento.

## ANTÓNIO DE SOUSA GUERREIRO

### À DATA DIRETOR CLÍNICO DO CHULC



Considero que o Curso de Media Training que frequentei constitui uma mais-valia para os profissionais de saúde que frequentemente contactam com os meios de comunicação social.

Na atualidade a Sociedade é cada vez mais exigente no que respeita à informação na área da saúde, pelo que se torna imprescindível otimizar as formas de comunicação com os media, particularmente em situações de crise. Para atingir este objetivo é fundamental conhecer como se comportam os jornalistas e saber transmitir a mensagem de forma sintética e objetiva.

Quero realçar a metodologia utilizada nesta ação de formação, foi muito importante o treino relacionado com a simulação de entrevista televisiva.

## AURÉLIO RODRIGUES

### À DATA PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO, CHBV



Tive a oportunidade e o prazer de participar numa sessão formativa promovida pela APDH sobre Media Training, e que recomendo como imprescindível a todos os gestores e dirigentes.

Comunicar eficazmente “é uma arte” que exige treino de alguma complexidade. Nós somos “formatados” para a comunicação informal, mas a comunicação para audiências que exercerão sobre nós um escrutínio é mais exigente e envolve postura física, colocação adequada da voz, atitude de clareza na mensagem, objetividade e síntese suficientes.

Comunicar para uma audiência num congresso ou seminário é diferente de comunicar para os media, seja numa conferência de imprensa ou numa entrevista. Nestas sessões de Média Training são exploradas as nossas debilidades de comunicação e estimuladas posturas e atitudes adequadas a uma eficaz comunicação com audiências e os media.

## CARLOS SANTOS

### VOGAL EXECUTIVO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO, CHUC



A oportunidade de participação na sessão de formação sobre o relacionamento com os meios de comunicação social (“media training”) foi de enorme importância para a compreensão das especificidades, dos riscos, e dos fatores de sucesso, da comunicação com os públicos através dos media e de quais são as regras elementares de relacionamento dos gestores das organizações de saúde com os órgãos de informação.

Trata-se de uma vertente da gestão que tem sido, de certa forma, negligenciada e que pode determinar o êxito ou o fracasso da política de comunicação.

Trata-se de formação que considero indispensável aos administradores, particularmente aos que detêm responsabilidades de topo nas organizações de saúde, pelos instrumentos que nos são dados, por profissionais da comunicação social, para uma adequada comunicação, pela simulação de situações reais e pela autoanálise dos erros típicos que cometemos, pela consciência

da importância do tempo em televisão ou em rádio, pelo treino que é dado na construção da mensagem que queremos passar e, finalmente, pela desmistificação da ideia de falar para os media não tem nenhuma diferença da comunicação em reunião de trabalho.

Quando perguntámos porque recomendariam esta iniciativa a outros profissionais...



Organização



Parceiro



Patrocínio





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

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

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

---

## Aplicação móvel para apoiar doentes oncológicos na gestão da doença durante tratamentos vence bolsa no valor de 10 mil euros

---



A Bolsa Celgene 2018, no valor de 10 mil euros, foi atribuída ao projeto “iGestSaúde” desenvolvido por Célia Santos, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Bruno Magalhães, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, e Carla Fernandes, da Universidade Fernando Pessoa. Com o valor da bolsa, esta equipa de docentes e profissionais de enfermagem vai poder dar vida à aplicação móvel que vai apoiar doentes hemato-oncológicos a lidar com a doença e com os sintomas que podem surgir associados aos tratamentos de quimio e imunoterapia. A cerimónia de entrega da Bolsa Celgene 2018 de Incentivo às Iniciativas Centradas na Pessoa com Doença decorreu no dia 23 de novembro no 7.º Congresso Internacional dos Hospitais, dedicado ao tema “Envolvimento e responsabilidade do Cidadão no SNS”.

A Bolsa Celgene está integrada no Change Makers & Patient Partners, o programa internacional de responsabilidade social da Celgene. Esta iniciativa visa reconhecer novos projetos centrados nas pessoas com doenças oncológicas e com doenças crónicas ou debilitantes.

# Prémio

Incentivo às Iniciativas Centradas  
na Pessoa com Doença



## BOLSA 2019



**Distingue projecto inovador  
com impacto na vida das pessoas  
com doença hemato-oncológica**

**Desenvolvido e avaliado com as pessoas**

### Se na sua instituição:

- *Tem como missão identificar e responder a necessidades de doentes?*
- *Envolve os doentes na criação do projecto?*
- *Os doentes contribuíram para os indicadores de sucesso?*
- *Os doentes avaliam o impacto do projecto?*
- *Tem um projecto inovador aplicável a outras áreas?*



**Concorra à Bolsa Celgene 2019!**

**Regulamento e candidaturas: [www.celgene.pt](http://www.celgene.pt)**



# INOVAÇÃO, MAIS DO QUE ESTAR À FRENTE, É ESTAR AO SEU LADO

Porque a inovação sempre nos acompanhou, na Pfizer sabemos qual a melhor forma de a partilhar. Aqui, ao seu lado.

**Pfizer** Oncology



A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL\*

Pfizer Biofarmacêutica, Sociedade Unipessoal, Lda.  
Lagoas Park, Edifício 10, 2740-271 Porto Salvo, Portugal · NIPC 513 300 376 – Capital Social 1.005.000 euros