

Revista

ANO IV, Nº 16  
JAN/MAR 2018

apdh  
Associação Portuguesa para  
o Desenvolvimento Hospitalar  
"Através do Bem e para o Bem Hospitalar"

# Hospital



GRANDE ENTREVISTA

Luís Pisco

“O pagamento por desempenho devia ser justo. Não é.”

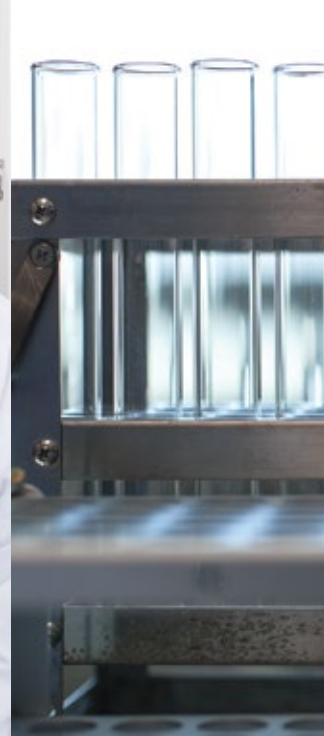
A Fazer História na **PREVENÇÃO**  
e no Combate à **INFEÇÃO!**

schülke 



The plus of pure  
performance





# Advancing Therapeutics, Improving Lives.

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

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

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

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



#### Gilead Sciences, Lda.

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

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

000/PT/14-10/IN/1768

# ÍNDICE

|                   |    |
|-------------------|----|
| EDITORIAL         | 4  |
| ANÁLISE           | 6  |
| GRANDE ENTREVISTA | 18 |
| INOVAÇÃO          | 28 |
| IN MEMORIAM       | 38 |
| APDH              | 40 |



Revista da Associação Portuguesa para o  
Desenvolvimento Hospitalar



## Diretora

Ana Escoval

## Coordenadora

Marina Caldas

## Redação

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

## Editora de Arte e Paginação

Marina Tovar Rei

## Fotografia

Pedro Mensurado e APDH

## Revisão

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

## Diretor Comercial

José Ferreira

## 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



## Integração e continuum de cuidados de saúde

### *Uma árvore na minha vida*

*"Não sei um dia mas alguma coisa me dóia  
ou talvez não doesse mas havia fosse o que fosse  
Era isso sentia a grande falta de uma árvore  
(...)"*

*Ruy Belo (1981) – Obra Poética de Ruy Belo. Lisboa: Editorial  
Presença, Lda., Vol. 2, p. 184*

A Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar promove, matricialmente, o funcionamento agregado das profissões e serviços de saúde, no contexto nacional, e concretiza a representação internacional, por outorga da tutela, da Federação Europeia dos Hospitais e Cuidados de Saúde (HOPE) e da Federação Internacional dos Hospitais (IHF), rumando em linha com programas que fomentam de forma constante a integração dos cuidados de saúde.

A evolução da procura de cuidados de saúde nas sociedades desenvolvidas suscita nos sistemas nacionais de saúde a enorme apreensão face orientação de diversos estudos, especialmente do domínio internacional, que apontam para um aumento inevitável de gastos até 25% do PIB e de recursos humanos idem sobre a força do trabalho, a pronunciar-se entre 2020 e 2040, perspetiva esta que vem sendo percebida como insustentável por qualquer economia nacional e ademais com as próprias diferenças entre valores de PIB e demografia de cada uma.

Ora, se a decisão pública de cada país não pode equacionar aquela afetação de recursos, e por maioria de razão a portuguesa, porque reconhecidamente uma economia mais débil, têm assim de ser sondados outros caminhos, decerto aqueles que se traduzam em eficiência e qualidade, mesmo num ambiente externo aos cuidados de saúde marcado por acentuadas adversidades.

Desde a década de noventa do século XX, passados que foram os anos dourados do pós-guerra, sensivelmente uma década mais tarde em Portugal, que a OMS, os sistemas de saúde dos países desenvolvidos e os centros académicos de economia e gestão em saúde, que a integração dos cuidados de saúde começou a ser perspetivada, por forma a aproveitar potencialidades da mesma, especialmente da integração vertical, tornando alcançáveis a

centralidade no cidadão, a qualidade assistencial de equipas transdisciplinares, a minimização de encargos de transação, o foco no bem-estar da população, a diminuição de atos desnecessários, a máxima ambulatorização, a economia de escala e a baixa da tensão conflitual.

No caso do sistema de saúde português, podemos dizer que perspetiva da integração foi iniciada pela dimensão normativa, reconhecida sempre como a mais fácil, com enunciados precoces, até certo ponto, presentes no preâmbulo do Estatuto do SNS (1993), que acomodou os casos da coordenação funcional efetiva de dois nichos que se revelaram eficientes e ainda hoje ativos, na saúde da mulher e da criança, e a primeira experiência de integração vertical orgânica de unidade local de saúde, com um hospital, 4 centros de saúde e, entretanto, cuidados continuados, abarcando as dimensões clínica, da informação, financeira e administrativa, e bem assim os regimes remuneratórios experimentais.

Mais tarde, a partir de 2005, foi progressivamente intensificada a integração vertical normativa, com a criação de diversas unidades locais de saúde e a implementação dos agrupamentos de centros de saúde e as novas unidades de saúde familiar, de cuidados personalizados, das comunidades e equipas de cuidados continuados integrados domiciliários, momento este que deu lugar a formas de articulação direta entre os hospitais e agrupamentos de centros de saúde, além de nos processos de contratualização de serviços de saúde, a interação está presente nos instrumentos e na negociação.

Nesta altura, como salienta o presidente da administração regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, aqui, na grande entrevista, o nosso sistema de saúde está numa fase que já permite consolidar estruturas de integração de cuidados de saúde, avaliar o nível de integração alcançado e, também, fazer correções ao que está menos bem conseguido.

Mas o desenvolvimento da integração e do continuum de cuidados de saúde, como também está dito nesta relevante entrevista, pode-se fazer sem o aumento saliente de encargos financeiros mas precisa, todavia, que os ganhos de eficiência sejam maiores, designadamente, acrescentamos nós, pela redução da combinação ineficiente de recursos humanos, entre os hospitais e os centros de saúde, entre as profissões de saúde e entre as especializações profissionais. ■

# 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**



**Rui Tato Marinho\***

Professor Catedrático da  
Universidade do Porto

## FÍGADO GORDO, CIRROSE, CANCRO DO FÍGADO

### SENHOR DOUTOR, MAS EU NUNCA BEBI

Senhor Doutor, eu nunca bebi. E tenho uma cirrose? A cirrose não tem a ver com quem bebe muito?

Tenho um tumor no fígado? Mas só por ter peso a mais?

Estas são questões que vamos ouvindo cada vez com mais frequência nas nossas Consultas.

Uma das consequências do pico da dupla epidemia de obesidade e diabetes está a emergir. O fígado gordo não alcoólico. As consequências para a sociedade, incluindo o impacto económico, irão surgir de forma cada vez mais marcante. Há quem fale no “tsunami cinzento” associado ao envelhecimento da sociedade, mas porque não falar também nas consequências do “tsunami calórico” associado à dupla pandemia de obesidade e diabetes. Particularmente em Portugal, que tem uma das percentagens mais elevadas de obesidade infantil da OCDE, dentro de duas décadas, quando estes jovens tiverem perto de 40 anos, poderá vir a sofrer de algum impacto nos recursos de saúde.

O fígado gordo não alcoólico pode progredir para formas mais graves como a esteatohepatite não alcoólica (Non-Alcoholic Steatohepatitis, NASH),

a cirrose hepática e o cancro primitivo do fígado, o chamado carcinoma hepatocelular. O carcinoma hepatocelular é dos tumores malignos associado a pior prognóstico se for detetado tarde. Se for diagnosticado ainda com pequenas dimensões, i.e. inferior a 5 cm, poderá estar associado a uma sobrevivência muito aceitável, perto dos 70% aos cinco anos.

O peso da doença hepática associado à obesidade e diabetes tem vindo a crescer por exemplo nos EUA, sendo já a primeira indicação para Consulta de Doenças Hepáticas a par da crescente indicação nos centros de transplante hepático.

Estima-se que aproximadamente um quarto da população global tenha fígado gordo não alcoólico, 17 a 46% conforme os métodos usados para o seu diagnóstico, o tipo de população e as zonas geográficas. Como atrás se referiu, está associado à “dupla” obesidade, diabetes e síndrome metabólica (incluindo também a hipertensão arterial, hiperlipidemia e obesidade abdominal), respetivamente em 51%, 23% e 43%.

Pois é, estamos a falar de estilos de vida pouco saudáveis, cuja constelação e congregação poderá constituir uma bomba relógio pessoal,



## *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**



familiar e social na idade média da vida, em plena fase produtiva.

Sabe-se que a elevação das provas hepáticas (AST, ALT, GGT) a que se associa a forma já com inflamação e fibrose (esteatohepatite não alcoólica) está associada ao emento do risco de morte, não só por doença cardiovascular, mas também da elevação do risco oncogénico, no que diz respeito ao carcinoma hepatocelular. O carcinoma hepatocelular pode inclusivamente surgir na ausência de cirrose hepática.

A “gordura” é claramente oncogénica. Outras comorbilidades poderão agravar a evolução da NASH, como sejam o consumo excessivo de álcool (mais do que duas a três bebidas por dia) ou a infeção pelo vírus da hepatite C.

Como detetar? Recomendamos a inclusão da determinação das provas hepáticas na avaliação dita de rotina (AST, ALT, fosfatase alcalina, GGT), a par do hemograma, colesterol, glicémia, etc. Quando existe a NASH a elevação da ALT é superior (2-3 vezes) à da ALT. Também não é raro coexistir a elevação da GGT. Alguns doentes, no passado eram rotulados de alcoólicos devido a este facto.

Outros exames ajudam ao diagnóstico como seja a ecografia abdominal (esteatose, cirrose, carcinoma hepatocelular), a elastografia hepática transitória (Fibroscan®). Este último exame, permite em menos de 5 minutos diagnosticar a presença de cirrose e quantificar a esteatose hepática. O Fibroscan mede ao mesmo tempo e de forma quantitativa a fibrose hepática e a esteatose, com cerca de 80% de precisão. Será também da maior relevância excluir o consumo de álcool de forma excessiva, a hepatite C, hepatite B, entre outras.

Numa perspetiva de saúde global, a doença hepática e biliar, considerando o conjunto das diferentes etiologias e formas de apresentação é a oitava causa de morte em Portugal, bem perto da sétima. Logo, é importante intervir em termos de saúde pública. (Mortality Associated with Hepatobiliary Disease in Portugal between 2006 and 2012. Manuel Coelho da Rocha, Rui T. Marinho, Teresa Rodrigues. GE Jornal Português de gastroenterologia, GE Port J Gastroenterol DOI: 10.1159/000484868).

A investigação de fármacos que impeçam a evolução para formas mais graves, i.e. com fibrose hepática não para de crescer.



No entanto, o *primum movens* deve ser a melhoria dos estilos de vida. Nunca é de mais insistir no estio de vida saudável.

Nas consultas, assistimos em muitas ocasiões à normalização das provas hepáticas após a perda de peso, o controlo da hipelipidemia e a melhoria dos níveis de glicemia. Os benefícios para a saúde são muito elevados.

As formas de intervenção médica são várias, ao mesmo tempo simples e complexos. A alteração dos hábitos de saúde é vital. Sem determinação e vontade em mudar o estilo de vida é impossível inverter a situação de risco.

Uma das formas mais baratas e eficazes é a prática de exercício físico. Não é necessário ir para o ginásio, nem fazer desporto de alta competição. O padrão consiste em andar (rápido se possível) duas a três vezes por semana. A prática de exercício físico traz consigo tremendos benefícios, incluindo a melhoria da função cerebral e neurocognitiva. O exercício físico salva vidas!

Mas a mais importante é sem sombra de dúvida a correção dos erros alimentares, “pela boca

morre o peixe”. Reduzir a quantidade de calorias ingeridas, evitar gorduras, molhos, fritos, açúcar (incluindo bolos, bebidas açucaradas), controlar o colesterol, a diabetes, ingerir fruta e vegetais, etc.

Em suma, para evitar fígado gordo, cirrose e cancro do fígado associados à NASH (esteato-hepatite não alcoólica):

- Mexa-se, saia de casa, ande pelo menos três vezes por semana, durante 20-30 minutos.
- O excesso de peso não dá saúde, incluindo a do fígado
- Coma bem, não é necessário fazer dietas especiais, que é impossível de manter para a Vida.
- Faça análises ao fígado na avaliação de rotina (ALT, GGT, etc).
- Não fume, beba café. ■

**\*Fotografia: Nuno Coimbra**



**José Mesquita Bastos\***

Chefe de serviço de cardiologia do  
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE

## A IMPORTÂNCIA DO RISCO CARDIOVASCULAR NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças Cardiovasculares são a principal causa de morte prematura a nível mundial, sendo a nível dos países desenvolvidos o enfarte agudo do miocárdio (EAM) a principal causa de morte, seguindo-se o acidente vascular cerebral (AVC).

Na Europa, a doença cardiovascular é responsável por 42% dos óbitos de mulheres e de 38% dos óbitos de homens, nas mortes que ocorrem antes dos 75 anos.

Com o controlo dos fatores de risco cardiovascular e melhoria do tratamento ao longo dos anos, a mortalidade cardiovascular tem vindo a diminuir na maioria dos países europeus, continuando contudo elevada nos antigos países de leste.

Em Portugal a principal causa de morte é o acidente vascular cerebral (AVC) e não o enfarte agudo miocárdio.

Com as alterações introduzidas na área de saúde na década de 70, nomeadamente no tratamento e na prevenção, verificou-se o aumento significativo do tempo de vida dos portugueses e uma

diminuição, embora mais recente, de mortalidade por AVC. Contudo, esta continua a ser a doença que mais afeta os portugueses.

A prevenção destas doenças deve começar na formação do ser humano e continuar até ao fim da sua vida. O investimento no tratamento, na maioria dos casos, fica restrito ao tratamento agudo da doença, quando esta se manifesta e nas suas consequências, protelando as medidas preventivas.

As doenças cardiovasculares são provocadas pela presença no indivíduo de vários fatores de risco cardiovascular. Estes fatores podem ser caracterizados em fatores mutáveis e não mutáveis. Não é possível alterar o sexo, idade e carga genética que se herda, no entanto é possível alterarmos fatores como a hipertensão arterial, tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidemia, diabetes, stress e os fatores de riscos psicossociais. Ao conjunto destes fatores, que se associam ou até se potenciam, chamamos o risco cardiovascular de um indivíduo ou seja, o risco que o indivíduo tem de a 10 anos ter uma complicação cardiovascular (CV), (AVC, en-

farte agudo do miocárdio, doença arterial periférica, insuficiência renal crônica).

Atitudes que visem a prevenção e a melhoria dessa carga risco, previne ou atrasa o aparecimento de eventos cardiovasculares.

Dos fatores de risco enumerados a Hipertensão arterial é o mais prevalente. As complicações de hipertensão arterial provocam, em todo o mundo, anualmente 94 milhões de mortes. A Hipertensão é responsável, pelo menos, de 45% das mortes de causa cardíaca e de 51% das mortes por acidente vascular cerebral.

Em 2008, em todo mundo, aproximadamente 40% dos adultos com idade superior 25 anos tinham o diagnóstico hipertensão arterial. Em 1980 havia conhecimento de apenas 600 milhões, número que se elevou para um bilhão em 2008. Este aumento da prevalência de hipertensão arterial parece estar associada ao aumento da população ao seu envelhecimento e aos fatores de risco CV comportamentais tais como, estilo de vida sedentário, dieta não saudável, excesso de peso, excesso consumo de álcool e stress permanente.

As consequências adversas da hipertensão são agravadas por várias razões. Primeiro, a hipertensão arterial raramente provoca sintomas nas fases iniciais da doença o que leva ao atraso do seu diagnóstico, segundo, cursa associado a outros fatores de risco que se potenciam e aumentam a possibilidade de aparecimento de eventos cardiovasculares.

A hipertensão arterial por ser uma doença silenciosa tem uma baixa adesão à sua terapêutica. O doente não adere por não entender a necessidade do mesmo.

O tratamento da hipertensão arterial é importante em todas as idades mesmo nos indivíduos com idade superior 80 anos. Para além do tratamento médico é sempre necessário associar as medidas não farmacológicas como, dieta DASH ou a dieta mediterrânica, exercício físico e redução de peso, medidas estas que contribuem por si só para descida tensão arterial.

A título de exemplo, da importância do controle da tensão arterial, estudos sobre diabetes tem demonstrado, ser tão ou mais importante, o controle dos valores tensionais do que o controle da glicémia, uma vez, dos estudos efetuados, o controle da glicémia demonstrou reduzir essencialmente as complicações micro vasculares, enquanto o controle tensional tem um efeito benéfico sobre as complicações micro e macro vasculares.

Outro fator de risco é o tabagismo. Nos doentes fumadores ativos o tabagismo está presente em 50% das causas de mortalidade, sendo metade delas de causa cardiovascular.

O tabagismo está associado ao aumento de risco de todas as complicações Cardiovasculares (CV), nomeadamente o enfarte do miocárdio, o AVC, a doença arterial periférica e aneurisma da aorta abdominal.

Tradicionalmente o tabagismo era associada ao sexo masculino, hoje em dia verifica-se um crescente aumento de mulheres fumadoras ativas. Atualmente o risco associado ao tabagismo é proporcionalmente superior na mulher comparativamente com o homem. Este facto parece estar relacionado com as diferenças do metabolismo da nicotina na mulher, mais rápido que no homem, principalmente nas mulheres que tomam anticoncepcionais orais. O risco associado ao tabagismo está essencialmente relacionado com a quantidade de tabaco fumada por dia, havendo uma relação dose/resposta.

O tempo do hábito é outro fator importante e todo tipo de tabaco seja cigarro, mesmo que Light, cigarrilha, cachimbo e charuto são nefastos para o risco de doenças cardiovasculares.

Os fumadores passivos têm também o risco acrescido de doença cardiovascular comparado com o não fumador sem exposição a ambientes de fumo. Um não fumador, que viva com um parceiro fumador tem um risco acrescido em 30% de ter doença CV.

Deixar de fumar provoca logo, em seis meses, uma redução significativa da morbilidade. Pode-



se afirmar que, em relação ao risco cardiovascular, um ex-fumador se aproxima, apenas, ao fim de dez 15 anos de um não fumador, não chegando contudo a igualá-lo.

A Nutrição é outra condição que afeta direta ou indiretamente o risco CV. Uma das dietas considerada como benéficas é a dieta mediterrânea, que compreende a ingestão de fruta, vegetais, legumes, peixe, gorduras não saturadas (especialmente azeite), consumo moderado de álcool (de preferência vinho, as refeições), baixo consumo de carnes vermelhas e gorduras saturadas.

Meta análises demonstraram que, uma grande adesão a dieta mediterrânea se associa a uma diminuição de 10% da morbidade e mortalidade CV e a uma redução de 8% da mortalidade em geral.

O benefício da dieta, como forma de prevenção das doenças Cardiovasculares, explica-se pela diminuição dos valores tensionais, dos níveis de colesterol e por uma contribuição direta.

Na dislipidemia a presença do colesterol elevado, principalmente de LDL, colesterol oxidado (aquele que se deposita nas paredes dos vasos e origina as placas ateroscleróticas), encontra-se entre os principais fatores de risco CV.

A hipertrigliceridemia e a presença de HDL baixo, são já fatores de risco independentes para a doença CV.

Em prevenção primária, tratar medicamente a presença do colesterol total (CT), mais especificamente o LDL elevado, deve ser considerada se esse risco CV for acima dos 5%, não havendo dúvidas de atuação se o risco for acima dos 10%. Na prevenção secundária é sempre prioritário o tratamento da dislipidemia de preferência com estatinas.

Atividade física regular, associa-se a uma redução do risco CV nos vários tipos de indivíduos, indivíduos saudáveis, indivíduos com fatores risco coronário e doentes cardíacos. Pelo contrário estilo de vida sedentário é um dos maiores fatores de risco para a doença CV. Em indivíduos saudáveis, o benefício da atividade física, pode atingir uma redução



30% de todas as causas de mortalidade cardiovascular. Exemplos dessa atividade física não envolvem só desportos, corrida, ciclismo, natação, remo, mas também atividades comuns do dia-a-dia como subir escadas, jardinagem, vida da casa, entre outras.

Assim, atividades de intensidade moderada a intensa, ou mesmo por vezes vigorosa, em doentes com doença cardíaca conhecida, como por exemplo angina de peito estabilizada, em programas de exercício físico com duração de pelo menos três meses, tem demonstrado em meta análises uma redução de 30% da mortalidade cardiovascular. Esse facto tem sido observado particularmente no caso dos doentes com insuficiência cardíaca por má função ventricular. Observa-se ainda uma menor incidência de reinternamento hospitalar, principalmente nos doentes com insuficiência cardíaca de causa isquémica. Deve-se, contudo, realçar que o exercício físico, nos doentes com doença cardíaca, deve ser sempre supervisionado.

Perante um indivíduo, com ausência de doença cardíaca, devemos calcular o seu risco cardiovascular, isto é, através da avaliação dos seus

fatores de risco avaliar a probabilidade de a 10 anos ter um evento cardiovascular. Existem tabelas que avaliam esse risco, a mais usada é a tabela de SCORE de risco. Nesta tabela, o risco superior a 5% merece uma atitude interventiva mais agressiva, que pondera já tratamento medicamentoso. Na presença de doença cardiovascular o tratamento dos fatores de risco é já uma atitude essencial e mais agressiva pois dela depende o evitar um novo evento CV

Tratar doença CV começa antes de tudo pela prevenção, o que significa controlo apertado dos fatores de risco CV e atitudes de vida saudável. Depois da doença CV declarada é apenas minorar os estragos já existentes de um percurso por si só já limitado. ■

**\*Professor convidado da Escola Superior de Saúde da  
Universidade de Aveiro**



Carla Menino, Andreia Mesquita, Júlio Veríssimo,  
Catarina Bekerman, Susana Sampaio, Joana Luís,  
M<sup>a</sup> José Guimarães, Margarida Freitas, Susana Saiote

Equipa de Projeto

## Utilizadores Frequentes da Urgência Geral do Hospital Garcia de Orta, EPE

O uso excessivo ou inadequado dos serviços de urgência é um problema mundial. No Hospital Garcia de Orta EPE (HGO) temos assistido, nos últimos anos, ao aumento do número de episódios de urgência, na sua maioria com situações pouco e não urgentes (codificados com verde e azul, respetivamente, na Triagem de Manchester – Tabela 1), e ao crescimento do número de utilizadores frequentes (UF). Com o objetivo de elaborar e dinamizar respostas específicas para esta realidade foi criado um grupo de trabalho.

Têm sido desenvolvidos vários estudos nesta área e na sua maioria definem como UF os utentes que realizaram 4 ou mais episódios de urgência nos últimos 12 meses e como utilizadores muito frequentes, ou High Users (HU), os que realizaram 10 ou mais episódios no mesmo período de tempo.

A crescente consciencialização desta problemática uniu o HGO e o Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal (ACES) na construção, em 2016, de uma equipa composta por assistentes sociais, enfermeiros e médicos das duas entidades, denominada “Grupo de Resolução de High Users” (GRHU). Esta equipa tem como propósito a elaboração de um plano de intervenção para a redução do número de episódios de urgência dos utilizadores frequentes (46% a 54%) e dos muito frequentes (66% a 74%) e para a eficaz articulação entre as diferentes estruturas prestadoras de cuidados. Procura-se, assim, melhorar a capacidade e qualidade de

| Código do protocolo | 2015   | 2016   | 2017   | var. % 16/17 |
|---------------------|--------|--------|--------|--------------|
| Vermelho            | 622    | 638    | 666    | 4,4          |
| Laranja             | 14.118 | 13.915 | 12.228 | -12,1        |
| Amarelo             | 35.511 | 37.802 | 36.649 | -3,1         |
| Verde               | 32.041 | 38.855 | 44.355 | 14,2         |
| Azul                | 2.769  | 3.176  | 3.443  | 8,4          |

Tabela 1 – Número de episódios de urgência do SUG do HGO (2015 a 2017), tendo por base a triagem de Manchester

resposta do serviço de urgência geral (SUG) às verdadeiras situações urgentes e emergentes.

O projeto foi dividido em três fases. A primeira caracterizou-se pela análise dos HU do HGO, tendo-se concluído que 46% eram situações do foro psicossocial e 21% agudizações de doenças crónicas. Ao contrário do que pudesse ser expectável, 84% eram vigiados em pelo menos uma consulta no HGO e 89% eram seguidos pelo médico de família (MF). Apenas 8% não tinham MF atribuído. Atualmente está a decorrer a segunda fase que corresponde à elaboração de Planos Individuais de Integração (PII) para os HU e à implementação e atribuição da figura de Gestor de Caso. Deu-se também início à divulgação da problemática no HGO e ACES, procurando sensibilizar os profissionais de saúde para a mesma, e à construção de uma plataforma informática com o objetivo de centralizar a informação e monitorizar, em tempo real, os episódios de urgência destes utilizadores. Na terceira fase planeia-se alargar o foco aos utilizadores frequentes através da otimização da plataforma, com a criação de alertas em tempo real ao GRHU, ao enfermeiro da triagem do SUG e à equipa de saúde familiar, permitindo um melhor encaminhamento e planeamento de intervenções na comunidade. É importante referir que estes utentes, independentemente das possíveis intervenções do GRHU, seguem todos os trâmites normais a cada ida ao SUG.

Das várias avaliações realizadas, podemos salientar que o número de episódios de urgência realizados após o início da intervenção pelo GRHU diminuiu em média 59,6% face à média dos episódios realizados nos 6 meses anteriores. Até 31 de janeiro de 2018 foram elaborados 54 PII, dos quais 9 não foram considerados na nossa avaliação conforme explicitado na tabela 2. Os

dados mostram que 15 dos HU não apresentaram qualquer episódio de urgência após a intervenção do GRHU. Estes resultados refletem-se na diminuição efetiva do número de HU no SUG do HGO de 2016 para 2017 (Tabelas 3 e 4).

| AValiação                     | QTD PII | OBSERVAÇÕES                           |
|-------------------------------|---------|---------------------------------------|
| Não cumpre ( $\leq 65\%$ )    | 21      |                                       |
| Cumpre ( $> 65\% \leq 75\%$ ) | 1       |                                       |
| Supera ( $> 75\%$ )           | 23      | 15 com 0 episódios posteriores ao PII |
| Não avaliados                 | 7       | PII elaborado em janeiro              |
| Excluídos                     | 2       | Falecidos                             |
| Total PII                     | 54      |                                       |
| REDUÇÃO MÉDIA = 59,6%         |         |                                       |

Tabela 2 – Análise do cumprimento dos objetivos de redução do número de episódios de urgência dos HU após intervenção pelo GRHU

| SUG           | ANO 2016 |       |           |       |       |
|---------------|----------|-------|-----------|-------|-------|
|               | doentes  | %     | episódios | %     | média |
| $\geq 10$     | 227      | 0,4   | 3.434     | 3,5   | 15,1  |
| $\geq 4 < 10$ | 3.239    | 5,2   | 15.986    | 16,5  | 4,9   |
| $< 4$         | 59.190   | 94,5  | 77.619    | 80,0  | 1,3   |
| Total         | 62.656   | 100,0 | 97.039    | 100,0 | 1,5   |

Tabela 3 – Número de episódios de urgência do SUG do HGO (2016)

| SUG           | ANO 2017 |       |           |       |       |
|---------------|----------|-------|-----------|-------|-------|
|               | doentes  | %     | episódios | %     | média |
| $\geq 10$     | 190      | 0,3   | 2.847     | 2,8   | 15,0  |
| $\geq 4 < 10$ | 3.360    | 5,2   | 16.774    | 16,8  | 5,0   |
| $< 4$         | 60.773   | 94,5  | 80.412    | 80,4  | 1,3   |
| Total         | 64.323   | 100,0 | 100.033   | 100,0 | 1,6   |

Tabela 4 – Número de episódios de urgência do SUG do HGO (2017)

Podemos concluir que a estratégia adotada, assente na abordagem individualizada, holística, multidisciplinar e multicêntrica (ACES – HGO) é crucial na intervenção com os utilizadores muito frequentes. ■

## ESPECIALISTAS CONTESTAM ORIENTAÇÕES DA CNFT

A Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT), órgão consultivo do INFARMED, divulgou recentemente a Orientação nº 5, relativa à utilização de medicamentos biossimilares e mudança de medicamento biológico de referência para um biossimilar, a qual está a suscitar algumas interrogações e muitas dúvidas por parte de sociedades médicas e grupos científicos, particularmente os que trabalham na área da reumatologia e da gastroenterologia.

As orientações apresentadas em fevereiro ultimo pela CNFT referem que a evolução do conhecimento na área em causa “foi significativa, pelo que se torna necessário rever o parecer da CNFT” de fevereiro de 2016.

No documento em questão refere-se que “o início do tratamento deverá ser efetuado com o medicamento biossimilar ou biológico de referência com menos custo para a instituição que o disponibiliza” e que em doentes já em tratamento com um medicamento biológico, “quando a avaliação das condições de aquisição entre marcas alternativas de um medicamento biológico traduzirem oportunidades de redução significativa de custos para a instituição, deverá ser implementado um processo de mudança com a opção com menor custo”.

Relativamente ao processo de mudança, a orientação é perentória e salienta que após o envolvimento dos prescritores no processo e de o prescritor ter explicado ao doente a situação, “os serviços farmacêuticos da instituição substituirão o medicamento biológico pela alternativa à instituição, com base na prescrição por DCI, ficando registada a data da mudança, a marca e o lote do novo medicamento disponibilizado”.

### Relação médico-doente em causa

Para o atual presidente do Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal (GEDII), Luís Correia, em todo o processo há que ter em atenção “a especificidade da gastroenterologia e, particularmente das doenças inflamatórias intestinais (DII) – doença de Crohn e colite ulcerosa”.

“À partida”, acrescenta Luís Correia, o GEDII não tem nada contra os medicamentos biossimilares; compreendemos inclusive toda a questão que envolve o financiamento do SNS, mas temos igualmente de deixar bem vincado que existem especificidades relacionadas com as DII que há que acautelar, porque são patologias com índices de mortalidade e de morbilidade consideráveis” e que, portanto, “têm obrigatoriamente que ser

tidas em consideração, o que não acontece nesta orientação”.

Salientando que as pessoas com DII que são tratadas com medicamentos biológicos necessitam de acompanhamento e de avaliação constantes por parte do médico prescritor do fármaco em questão, devido ao risco de evolução negativa da patologia, com desenvolvimento de complicações, mas também ao aparecimento de imunogenicidade através da formação de anticorpos neutralizantes do medicamento biológico, Luís Correia salientou ainda a O Hospital ser “muito importante reconhecer que a amplitude da resposta terapêutica às novas classes de fármacos biológicos sendo muito boa, está longe de ser ideal, continuando a ser essencial preservar a eficácia dos biológicos de primeira linha, evitando substituições prematuras entre biológicos de referência de diferentes classes, dos biológicos de referência pelos seus biossimilares, ou entre diferentes biossimilares, nos doentes com DII”.



O GEDII apresentou já um comentário à Orientação nº 5 da CNFT no qual salienta que relativamente às DII, “não é correta a afirmação de que existe evidência suficiente para considerar que a mudança dos doentes em tratamento com o biológico de referência para um seu biossimilar não acarretará perda de eficácia ou aumento do risco de reações adversas”, como é referido no documento da CNFT, e que esta posição “não só não é correta como não é cientificamente aceitável”.

Assim, Luís Correia considera que as orientações apresentadas ao terem um objetivo “predominantemente economicista, esquecem quer o doente e quer o médico, e colocando em causa, a relação entre ambos”.

Por outro lado, acrescenta o presidente do GEDII, “a CNFT esquece, pura e simplesmente, que o prescritor é o médico e é ele que deve ter a capacidade de intervir na mudança do medicamento por outro medicamento. Só ele”.

O documento do GEDII relativo a este assunto é igualmente frontal: “lamentavelmente a CNFT revela uma visão particular sobre os direitos e deveres de prescrição, e de quais os profissionais de saúde que estão autorizados a fazê-la. Agora, como sempre, é aos médicos, decorrente da prática clínica, rigor científico e do dever último da defesa da saúde dos cidadãos, que competem igualmente estas funções.”

Desta forma, para o GEDII e para o seu presidente, “a substituição automática na farmácia, no âmbito das DII, de um biológico de referência

por um biossimilar, ou de um biossimilar por outro biossimilar” não defende as melhores práticas de saúde e extravasa a evidência científica existente, colidindo com os direitos e deveres da prescrição médica”.

Caso esta Orientação seja implementada, acrescenta o GEDII, espera-se que as Comissões de Farmácia e Terapêutica hospitalares não fujam às suas responsabilidades, informando, de modo cientificamente correto os doentes dos riscos e eventuais consequências que estes podem correr e que estas comissões necessariamente têm que assumir, em toda a sua amplitude legal”. ■

## REUMATOLOGISTAS PODEM AVANÇAR PARA UMA AÇÃO LEGAL

“Não tenho dúvida nenhuma que o melhor especialista, tendo ao seu dispor a melhor prescrição, poupa dinheiro ao Estado. O que a Orientação nº 5 da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) está a fazer, no entanto, é uma gestão de merceeiro. Não se trata de se ser economista, mas de se ser merceeiro!”.



É desta forma que Luís Cunha Miranda, presidente-eleito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), reage às decisões de alteração da utilização dos medicamentos biossimilares e da mudança de regras relativamente à possibilidade de as farmácias hospitalares puderem alterar a prescrição do médico, tendo em conta os medicamentos mais baratos, desde que sigam a denominação comum internacional (DCI) do medicamento prescrito.

A SPR, aliás, tomou já posição pública relativamente a este problema, através de um documento onde expôs todas as dúvidas e incongruências que encontrou na Orientação da CNFT e onde salienta que “a prescrição por DCI por si só, sem nome comercial associado, não garante a rastreabilidade do biotecnológico e não permite ao médico prescritor, nomeadamente se for externo à instituição de saúde, saber qual o fármaco que está a ser dispensado na farmácia” do hospital.

Para o reumatologista Luís Cunha Miranda, o documento de toda a polémica põe em causa o poder de prescrição do médico e levanta questões problemáticas e éticas: “afinal quem é o prescritor, o especialista ou uma comissão composta na sua maioria por farmacêuticos?”, questiona, adiantando: “esta tentativa de fazer com que haja uma desistência dos clínicos não vai acontecer porque nunca iremos desistir dos nossos doentes – mesmo que seja isso que se pretende”.

### Ingerência na prática clínica

O documento da SPR é, no fundo, a prova do que Luís Cunha Miranda referiu a O Hospital. Para esta sociedade científica, “a Orientação da CNFT constitui uma ingerência inaceitável na prática clínica e uma forma de obrigar o doente a receber o fármaco mais barato (seja de referência ou biossimilar), mesmo que haja indicação clínica para ser tratado com outro completamente diferente”.

Por outro lado, acrescenta ainda o presidente-eleito da SPR, “de acordo com todas as guidelines nacionais e internacionais, a mudança para um biossimilar num doente já em tratamento com o correspondente original deve ser feita apenas se não houver oposição fundamentada pelo médico responsável e tomando consciência das limitações de evidência sobre a segurança do switch para muitos biossimilares atualmente disponíveis e da inexistência da sua rastreabilidade”.

De acordo com Luís Cunha Miranda, a Orientação nº 5 da CNFP, deixa a cada hospital a possibilidade de adequar as novas regras à sua realidade, o que é ainda pior, pois “vamos ter opções diferentes conforme a administração ou a comissão de farmácia e terapêutica local, e os doentes vão seguir regras e normas diferentes consoante o hospital onde forem seguidos”.

Questionado sobre o que tencionam fazer a partir de agora, Luís Cunha Miranda é categórico: “A Ordem dos Médicos tem de intervir nesta matéria e os doentes vão ter também de dizer qual a sua posição sobre a mesma. Nós, enquanto sociedade científica, vamos certamente avançar com uma ação legal sobre esta matéria”.

## LUÍS PISCO

### “O reforço de enfermeiros nos CSP vai ser um balão de oxigénio”

Luís Pisco é o “pai” da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). O seu percurso e os seus conhecimentos sobre a realidade dos centros de saúde falam por si e hoje, que está à frente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), O Hospital foi conversar com ele sobre o percurso dos últimos 15 anos.

Reconhece que há alguma mágoa sobre a forma como os CSP evoluíram, mas considera que ainda há tempo de emendar o que correu menos bem. E deixa bem vincado que muito se fez e que muitas coisas evoluíram no bom sentido, mas, reconhece, há sempre outros valores e outros caminhos que ditam mudanças que nem sempre são as que se esperavam. E dá como exemplo a crise e a entrada da troika em Portugal

Conhecedor profundo da realidade que tem pela frente, não deixa de mostrar o orgulho que tem no caminho que traçou e afirma que temos de ser capazes em manter viva a força do SNS, sob pena de perdemos um dos conceitos mais inovadores que temos.

Acha que o dinheiro é importante, mas que há incentivos, para canalizar jovens médicos para os CS, que ultrapassam o dinheiro e acredita, também, que a integração de cuidados pode fazer a diferença total na forma de lidarmos com a doença e com a vida saudável.

Nesta entrevista de análise aos CSP e ao trabalho de Luís Pisco no sector da saúde, fica a ideia de que fez muito e gostaria de fazer ainda muito mais. E deixa um recado aos jovens que estão na saúde (médicos e enfermeiros): devem começar a pensar hoje no legado que querem deixar para o futuro. Ele está a fazer a sua parte.

O senhor é conhecido como o “pai” dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e da reforma a este nível. Esta nomeação para presidente da ARSLVT sendo certamente positiva acarreta algum peso. Como se revê nesta posição?

Acima de tudo acarreta uma responsabilidade enorme, tanto por aquilo que correu bem (e muita coisa correu bem) como por aquilo que não correu tão bem. Penso que há três etapas na reforma, cada uma com períodos de cinco anos, em que podemos dividir todo o percurso recente dos Cuidados de Saúde Primários: entre 2005 e 2010, em que fui o responsável direto por uma grande equipa, que motivou todo o entusiasmo com que trabalhámos em relação à concretização de um caminho para a reforma; entre 2010 e 2015, em que eu não tive qualquer responsabilidade na evolução do trabalho nem da implementação da reforma e, por último, uma terceira fase que estamos ainda a viver - entre

2015 e 2020- e que podemos definir como a fase de consolidação e na qual se tenciona cumprir o que foi prometido. Logicamente que olho para todo o processo e não estou inteiramente satisfeito...

Não?

Não! Temos de entender que no início, em 2005/2006, havia um panorama que nos levava a pensar que havia condições para desenvolver positivamente a maioria dos problemas que tínhamos entre mãos. Quer isto dizer que a informação de retorno, a contratualização, o pagamento por desempenho, etc., pareciam-nos muito positivas e o que vemos hoje não cumpre integralmente aquilo que era a nossa expectativa.

Dou-lhe um exemplo: o pagamento por desempenho, neste momento, precisava de ser revisto para ser justo. Era necessário que, neste enquadramento, quem não tivesse um



bom desempenho não ganhasse mais e que não estivéssemos aqui com as discussões sobre como passar de B para A.

Esse é, neste momento, o grande problema ...como se pode resolver?

Como eu dizia, é extraordinariamente importante que o pagamento por desempenho funcione bem! Que seja justo. Que se olhe para ele e se diga: "sim senhor! Estas pessoas ganham mais mas merecem!". Se isso acontecer o sistema pode até ser alargado a outras áreas que não os CSP. Para tal, precisamos de criar mecanismos e condições para que o pagamento por desempenho fosse justo.

Nesse sentido, considera que se estão a criar duas áreas nos CSP? Porque a percepção de quem está do outro lado é que as USF estão cada vez a isolar-se mais e os ACES são hoje o parente pobre dos CSP....

Não há dúvidas que muita coisa mudou e estamos a ter novas áreas nos CSP, mas a expectativa inicial – de que iríamos ter nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, integrados em todos os

centros – infelizmente não aconteceu...

O que é que não funcionou, foi o segundo período do processo em que a troika chegou e condicionou o desenvolvimento?

Sim, nessa altura aconteceram grandes dificuldades! Dificuldades que se sentiram e que foram reais, mas, felizmente, Portugal reagiu melhor do que outros países ao período de crise. Agora, estamos numa terceira fase em que será preciso voltar a arrancar e recuperar o entusiasmo original...

Não há esse entusiasmo?

Não há, logico que não..., mas também temos de entender que esse entusiasmo, de que falo, correspondeu ao período inicial em que tudo nos parecia possível. Agora estamos a fechar o puzzle e há uma serie de problemas - principalmente ao nível de gestão – que têm de ser resolvidos. As ARS terão de trabalhar muito para que deixem de existir estes dois regimes em que as USF estão muito bem, e correspondem aos CSP de primeiro mundo, e os ACES estão noutra dimensão e com imensas dificuldades em fazer chegar a quem precisa o acesso digno aos cuidados de saúde.



Será esse um dos seus objetivos enquanto presidente da ARSLVT?

Temos feito um esforço muito grande para que “nasçam” mais USF. Repare que no ano passado conseguimos implementar mais onze USF e este ano está tudo programado termos mais 10. Isso significa que estamos a procurar criar melhores condições, em áreas geográficas específicas, que precisavam de uma mudança a esse nível. Uma dessas áreas é, sem dúvida, a Região de Lisboa e Vale do Tejo, pois era seguramente a região do país com piores equipamento e instalações, uma vez que durante muito anos não teve direito a receber os fundos comunitários que outras regiões tiveram e que utilizaram muito bem.

O Norte, o Centro e o Alentejo são exemplos disso e têm, sem dúvida, uma rede de centros de saúde de enorme qualidade. Lisboa e Vale do Tejo não teve esses fundos comunitários e, além disso, sendo a região ligada à capital do país é também a zona em que tudo é muito mais caro. E isso está a ser revertido. O protocolo que temos com a Câmara Municipal de Lisboa vai permitir construir 14 novos centro de saúde na capital...

Mas concretamente o que é que vai mudar?

Há uma promessa de se acabar de vez com centros de saúde em edifícios de habitação. Portanto aqueles edifícios que a gente vê, antigos e que têm escadas até ao terceiro andar, e sem elevador e onde estão instalados centro de saúde, vão acabar. Aliás, em alguns casos já acabaram e penso que a localização de centros de saúde em prédios de habitação, sem condições, em breve será algo que pertence ao passado. Temos tido uma colaboração extraordinária por parte de várias edilidades, entre as quais as de Cascais, Sintra, Lisboa, na Margem Sul, etc... E isso vai fazer com que daqui a três ou quatro anos essa situação, na região de Lisboa e Vale do Tejo, seja apenas uma má lembrança.

Essa é a parte boa.

Essa é a parte boa, ou seja, encontrar novas localizações para se criarem novos centros de saúde, com novas instalações e novos e mais funcionais equipamentos. É bom para os cidadãos e vai ser bom para os profissionais de saúde, sobretudo vai ser uma medida que vai ajudar a atrair os jovens médicos que, dessa forma vão seguramente criar novas USF...

Mas o problema não acaba: uma das metas do governo, nesta legislatura, era conseguir que cada português tivesse um médico de família. Isso não vai ser cumprido Dr. Luís Pisco...

Há um slogan internacional de que todos gostamos muito: “um médico de família para cada família”.

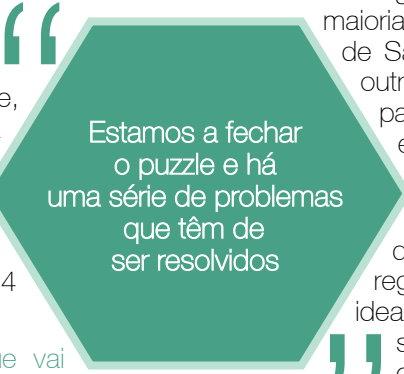
Pois...e é um bom slogan!

É um objetivo a nível mundial. Toda a gente ambiciona isso. Eu diria que há aqui duas facetas para as quais temos de olhar, com um olhar profundo. Uma é a própria formação interna da ARS. Nós, neste momento, aqui na Região, temos cerca de mil médicos em internato, em formação, que estão entre o primeiro e o quarto ano de Medicina. E não tenho grande dúvida que a esmagadora maioria ficará a trabalhar por cá, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A outra, tem a ver com uma realidade que passa por conseguirmos absorver um excedente de médicos que está a ser treinado no Norte e no Centro.

Portanto, quem necessita de mais médicos, ou seja, as regiões que não têm ainda a cobertura ideal ao nível de médicos de família somos nós - Região de Lisboa - e o Algarve. Isto significa que temos que criar boas condições para os nossos formandos e, ao mesmo tempo, tentar atrair alguns dos jovens médicos que não tendo lugar nos locais onde estão a fazer a sua formação possam vir para as localidades onde são mais necessários. Temos de ser capazes de criar boas condições para que eles se possam fixar onde são precisos.

Quais são as boas condições? Dinheiro?

Sabe que hoje em dia, a nível internacional, questiona-se muito se o dinheiro é, de facto, o maior e o melhor incentivo. Há incentivos não financeiros que estão a ser cada vez mais importantes. Portanto, o que temos de ser capazes de fazer é criar boas condições de trabalho e bom ambiente de trabalho. Podemos pensar, por exemplo, em dar um período de férias mais alargado ou dar boas condições e novas oportunidades para mais formação, etc. Essas coisas, hoje em dia, parecem ser muito mais atrativas para as jovens famílias do que apenas o dinheiro - que ninguém diz que não quer, como é óbvio, mas que não pode nem deve ser visto como a única forma de recompensar.



E o número de doentes por médico de família, também deve ser questionado e reavaliado?

Pelo mundo fora formulas diferenciadas. Há países que têm oitocentos utentes por cada médico de família, mas há outros Estados que têm dois mil e quinhentos, ou outros que têm três e mesmo quatro mil utentes por cada médico de família.

A nossa realidade deve ser entendida de outra forma. Temos que perceber que, face ao contexto português -de população envelhecida, que precisa de muitos cuidados de saúde, que tem multipatologia - essas pessoas consomem mais tempo e não tenho dúvidas que se tivéssemos condições o número seria inferior aos 1.900 que temos agora.

Hoje é 1.900 utentes para cada médico de família?

No caso do médico que está com o regime de 40 horas a lista será, em média, à volta de 1.900 mil pessoas.

Em média.... Mas pode ser mais, não?

Pode ser mais, mas a média das USFs ronda os 1.750 utentes por médico de família. O que deve ser tido em conta é que, provavelmente, temos de ir ao encontro de propostas de algumas organizações médicas e fazer todo o processo de forma faseada. Seguramente que vai surgir a altura em que teremos médicos suficientes para pensar como é que podemos encontrar a forma de trabalho mais justa.

Há aqui vários fatores que devem ser analisados e que se relacionam com a penosidade de quem está a trabalhar no interior e que tem listas muito envelhecidas; estes são aspetos que estão a ser estudados e que serão validados, quer com a associação dos médicos de família, quer com a associação das USF, quer com a própria ordem dos médicos e, portanto, estamos convictos que chegará a uma proposta razoável que possa ser concretizada de forma faseada no tempo, para não agravar a situação das pessoas que não têm ainda médico de família.

Vamos falar de outra coisa, que eu acho que é muito importante e que é a relação entre os centros de saúde e os hospitais e a integração de cuidados. É outra das bandeiras, digamos assim, deste governo: a integração de cuidados ou pelo menos

a tentativa de integrar cuidados. Como está a correr o processo?

Cada vez melhor. O anterior Conselho Diretivo da ARS de Lisboa e Vale do Tejo teve um fantástico empenho na área de integração de cuidados, portanto foi uma das tarefas que a anterior presidente, Rosa Matos, abraçou desde o início, desde o seu primeiro dia.

É óbvio, também, que os hospitais, os centros de saúde, os cuidados continuados integrados e os cuidados paliativos estão a trabalhar cada vez melhor e a ARS também fez muito por isso, nomeadamente através da contratualização. No conselho anterior introduziu-se uma prática que não era habitual de os ACES estarem presentes nos processos de contratualização dos hospitais e vice-versa.

O que acontecia até então era que na contratualização dos ACES só estavam pessoas dos conselhos diretivos e dos conselhos clínicos dos hospitais. Com esta alteração ganhou-se muito porque se passou a discutir os grandes problemas que existiam e como é que se deviam ultrapassar e, da mesma forma, passou-se a negociar propostas conjuntas

de hospitais e de centros de saúde, bem como os planos de contingência para as temperaturas extremas, por exemplo -seja no inverno, seja no verão. Estas abordagens, mais completas e integradas, proporcionaram ocasiões de contacto com o doente, de ligação e de ajuste. Relativamente aos níveis de contingência nos centros de saúde, por exemplo, passaram a ser disparados depois de os hospitais darem o alarme (ou porque estão a ter maior procura; ou porque há mais pessoas na urgência; ou porque estão a ter mais internamentos do que aqueles que seria o habitual, etc.). E portanto essa ligação tem funcionado muito bem e hoje em dia temos hospitais e Agrupamentos de Centros de Saúde que reúnem com regularidade – mensalmente ou de quinze em quinze dias - e discutem os problemas que existem.

Isto parece-me de um bom princípio de integração de cuidados.

Outra questão é que estamos em sintonia com aquilo que é a política do “SNS - Mais Proximidade”, que tem vindo a ser implementada e





que, também na nossa região estamos a incentivar. Penso que posso dizer que o que está a acontecer, a este nível, é um renascer do Serviço Nacional de Saúde e a área da integração de cuidados é, sem sombra de duvida, uma das mais importantes no contexto do SNS, pois é através dela que se criam condições para um bom atendimento dos cidadãos em várias áreas, uma das quais tem a ver com a doença crónica. Hoje em dia, as pessoas não têm só hipertensão ou só diabetes ou só asma. Há, portanto, um conjunto de doenças concomitantes, que vai levar à polimedicação e à polifarmácia. Há aqui todo um conjunto de problemas que têm que ser muito bem geridos, em interligação estreita com os cuidados de saúde primários, com os hospitais e com os cuidados continuados.

Depois, há ainda a questão da doença aguda, que é muito importante, e que tem a ver com o adoecer subitamente ou mesmo com agudizações de doenças crónicas.

#### As crises cíclicas...

Sim, e durante as quais poderá ser necessário ir ao hospital de repente. Tudo isto em conjunto – como as consultas abertas dos centros de saúde e os atendimentos fora de horas – tem

que ser bem resolvido para que as pessoas confiem no seu centro de saúde, onde poderão resolver muitos dos seus problemas e que as farão desistir de ir ao hospital.

O terceiro ponto a que gostaria de fazer referencia é o atendimento em casa que, hoje em dia, é obviamente cada vez mais importante, visto aumentar a capacidade neste domínio, quer dos hospitais quer dos grandes centros de saúde.

Os hospitais começam a ter hospitalizações domiciliárias de grande qualidade. O Hospital Garcia de Orta é um deles e esta começa a ser uma área em que os hospitais estão disponíveis para abraçar e em que e querem apostar.

E sejamos realistas: esta ação se por um lado é mais eficiente acaba por ser também mais barata do que disponibilizar – ou mesmo criar – mais camas nos hospitais. Isto para não referir também que se traga de um conceito que dá mais conforto aos doentes, que fiam nas suas casas com os meios necessários para tudo o que precisam, com maior segurança e com menor risco de infeções hospitalares. Em resumo, é uma ótima iniciativa de vários hospitais da região que deve ser incentivada e acarinhada.

Além de tudo isto, em breve poderemos também contar com novos enfermeiros.

A partir do dia 1 de abril teremos um aumento substancial de enfermeiros na região e seguramente que vamos aproveitar para reforçar as nossas unidades de cuidados continuados

**Quantos enfermeiros mais a partir de 1 de abril?**

No total é um reforço de 367 enfermeiros, reforço esse que vai funcionar como um balão de oxigénio nos cuidados de saúde primários.

**E vão para onde Doutor?**

Obviamente que alguns deles terão que ir para as USF, por ainda existirem falhas pontuais, mas seguramente que será nas unidades de cuidados da comunidade que o reforço será maior.

Não referiu aqui uma questão que também será importante e que tem a ver com a necessidade de retirar os doentes dos hospitais, principalmente das urgências. Diz-se que é uma questão cultural e que não se consegue mudar a cabeça das pessoas mas...será só isso?

Muitos exames e tratamentos têm que ser feitos nos hospitais, mas quem tem de identificar as pessoas que necessitam de ser rastreadas são os CSP

É evidente que ninguém está satisfeito com essa procura, principalmente quando não era necessário a deslocação à Urgência, embora neste inverno o número de pessoas com situações mais graves (amarelos e vermelhos) tenha crescido, ao contrario dos verdes por exemplo. Este ano, repare que o nível de internamento de pessoas que foram à urgência e que depois foram internadas, foi elevado: ultrapassou os 10% e portanto...

**Portanto eram urgências necessárias...**

Muitos hospitais chegaram a ter 60, 70 e mesmo 80 internamentos diários a entrar pela urgência e esses eram, seguramente, pessoas que necessitavam de ir à urgência.

Temos de reconhecer que hoje os doentes estão mais complexos. Ainda há dias discutia isso com colegas hospitalares. Não é que haja muito mais doentes, mas o que aconteceu é que passámos a ter doentes com uma complexidade maior que demoram mais tempo a serem avaliados, com mais exames complementares e que demoram mais tempo a recuperar.

E mais: se são internados vão estar mais tempo internados do que anteriormente estavam

e isso provoca constrangimentos aos hospitais e muitos hospitais tiveram a capacidade de criar boas áreas de atendimento para pessoas de situações menos graves que têm um atendimento separado, sem a habitual aglomeração de pessoas.

Este Inverno o Hospital Fernando da Fonseca chegou a ter mais de mil pessoas na urgência, em vários dias. É muita procura. Se se tivesse criado uma área à parte para os azuis e para os verdes seguramente que haveria maior conforto e menos constrangimentos.

De qualquer maneira as pessoas precisam de ter confiança nos centros de saúde e perceber que há relutividade desse lado para questões como os exames complementares de diagnóstico e o Raio X, por exemplo. Mas esta mudança requer uma aposta forte nos cuidados de saúde primários, porque apesar de tudo continuam a existir 3.5 médicos hospitalares para cada médico de família. Se quisermos, por exemplo, ter os centros de saúde abertos até mais tarde, e abertos ao sábado, e abertos ao domingo, precisamos de mais pessoas. Não podemos colocar tudo em cima das tarefas que os habituais médicos e enfermeiros já têm, porque isso não é um bom caminho.

**Isso é um problema financeiro e não um problema da saúde, é isso ?**

É uma questão de eficiência. Eu diria que é, principalmente, uma questão de eficiência e de termos que encontrar as soluções que são, ao mesmo tempo, mais efetivas e ao melhor preço.

**Mas é preciso mais dinheiro!**

Os países que apostaram em ter cuidados de saúde primários bem organizados e bem geridos, que têm meiose boas condições de trabalho e em que os profissionais de saúde têm formação constante, tratam mais doentes a um preço mais baixo. Eu penso que todos os países olham para isso, mas às vezes não é fácil politicamente fazer integralmente essa aposta.

Os hospitais, de facto, têm um grande peso institucional e não conseguimos ir contra isso. Agora, é óbvio que os próprios hospitais funcionariam muito melhor sem cargas adicionais.

### Mas a integração de cuidados é cara ou não?

Não me parece que seja. Eu acho que a integração de cuidados é uma necessidade e ninguém entende que se possa trabalhar separado ou isolado. Ninguém compreende que os hospitais trabalhem virados para um lado, os centros de saúde para outro, os cuidados continuados para outro. E repare que a integração de cuidados em muitos países, sobretudo na Inglaterra, onde a discussão tem sido muito forte, não é sequer sobre a integração de cuidados entre os hospitais e os centros de saúde, mas sim entre os cuidados primários e a segurança social! E aí há muito para fazermos.

Hoje em dia o conceito é muito mais o conceito de internet, da pessoa navegar com grande facilidade entre os vários níveis, conforme a necessidade. Hoje o doente precisa, na maior parte do tempo, do seu médico de família e do enfermeiro de família. De vez em quando poderá ter uma agudização e terá que ir ao hospital, e isso tem que ser feito com uma grande fluidez, com grande facilidade, não é?! Pode inclusivamente estar algum tempo numa unidade de cuidados continuados integrados a fazer uma reabilitação, uma recuperação, e depois voltar outra vez para o seu médico de família, para o domicílio.

Portanto, a necessidade destas entidades funcionarem bem umas com as outras e, no fim de contas, estar tudo muito bem oleado é um imperativo ético e não há outra maneira de poder fazer as coisas.

E não me parece que seja mais caro, pelo contrário. O doente tem que estar sempre no local que é o mais adequado para dos cuidados de que necessita. E haverá umas alturas em que será o domicílio, outras em que será o hospital, outras nos cuidados continuados. Isso é inevitável e vamos ter que nos organizar para prestar isso com grande facilidade aos doentes.

### Falemos de medidas necessárias para o futuro. Rastreios por exemplo...

A ARS está a organizar-se para que tal seja possível e vamos fazer rastreio ao cancro da mama, cancro do colo do útero, do cólon e reto, a própria questão da retinopatia diabética vai ser avaliada, etc. Temos estado a fazer ao longo dos últimos dois ou três anos um enorme esforço para estende estes rastreios, de forma generalizada, a toda a população que deles necessita. E muito disso é feito pela integração de cuidados e pela colaboração entre os cuidados primários e os hospitais. É óbvio que

determinados exames e determinados tratamentos têm que ser feitos nos hospitais, mas quem vai identificar as pessoas que necessitam de ser rastreadas são os cuidados primários. Portanto, isto pode ser feito na própria contratualização alinhando as situações e, às vezes, com incentivos que, se forem impostos no local certo e alinhar as estratégias, tornará tudo mais fácil.

### A revisão da lei de bases pode dar aqui uma melhoria nesse sentido ou é só uma questão política?

Eu penso que há obviamente uma aposta e que a generalidade dos portugueses percebe a importância de continuarmos a ter um SNS forte, não é? Que se não fosse isso, por exemplo, não teríamos obviamente passado tão bem no teste duríssimo que foi a troika e esse período. Se não tivéssemos o SNS seguramente que a população teria sido muito mais afetada e, portanto, eu penso que a revisão da Lei de Bases da Saúde terá muito a ver com a possibilidade de mantermos esse foco num SNS que seja integral, em que todos sejam abrangidos e de que os portugueses se possam orgulhar. Não terão que se preocupar com aspetos de ...

### ...Gestão....

De gestão mais direta.

O senhor é médico e os médicos têm estado muito "acesos" nas críticas ao atual ministro da saúde. Quer os médicos, quer os enfermeiros. E uma das críticas tem a ver com a diminuição do enquadramento do SNS. Com o próprio crescimento do SNS e a sua evolução positiva. Parecia que há falta de...SNS... ou que as suas competências vão diminuindo. Acha que isto é real?

Todos tem o direito a fazer o seu papel. Eu compreendo perfeitamente, pois sou médico e já fui dirigente associativo muitos anos e, nesse sentido, compreendo a preocupação dos médicos e dos enfermeiros e compreendo que as pessoas têm que fazer o seu papel e têm que defender aquilo que são as condições de trabalho dos médicos e dos enfermeiros e de tentar criar um melhor ambiente.

Nem sempre quem está no governo tem a vida facilitada. Ao longo dos últimos anos eu já trabalhei com diversos ministérios, com diversos ministros e nenhum teve uma vida fácil. Uns mais do que outros mas todos eles sofreram contestação. Os recursos que as pessoas gostariam de ver alocados à saúde não são possíveis e isso cria sempre um confronto que faz com que seja difícil manter a tranquilidade.

Em todo o caso as doenças, como já disse, vão aumentar e os doentes vão ter várias patologias associadas e é preciso mais dinheiro. Acha que devia existir um incremento a esse nível, ou seja é preciso mais dinheiro para o SNS se manter forte ou conseguimos fazer igual ou melhor com o mesmo?

Provavelmente têm que acontecer as duas coisas. Olhando para a percentagem do Orçamento do Estado dedicado à Saúde, em Portugal, já foi maior. É claro que depende do nosso Produto Interno Bruto (PIB) e o nosso PIB é muito anémico. Se o nosso PIB melhorasse obviamente que ficávamos com mais dinheiro para a Saúde. Temos o exemplo da Suécia que tentou resolver as listas de espera jogando dinheiro em cima do problema e não conseguiu. Portanto eu penso que se pudéssemos beneficiar de um maior orçamento, uma vez que em percentagem do PIB, normalmente gastamos mais do que a média da OCDE, poderiam ser feitos ajustes. Mas neste caso, sem dúvida que os ganhos de eficiência teriam que ser maiores. Provavelmente com uma boa gestão poderíamos rentabilizar melhor o dinheiro que gastamos. Há estudos da OCDE que indicam que Portugal, em 2040, poderá atingir cerca de vinte por cento do PIB ... isso não é sustentável. Ninguém consegue ... o estudo que foi apresentado recentemente em Davos dizia que se a Holanda não fizer nada - e provavelmente eles têm um dos melhores sistemas de saúde do mundo - em 2040 iriam gastar 25 % do seu PIB na Saúde e ter outros 25% da sua população a trabalhar neste sector. Isto não é possível de gerir....

Pois, temos que refazer, reformular tudo. É isso que está a dizer...

Nós já estamos a viver mais tempo e isso é um sucesso das políticas públicas e económicas, e o objetivo que havia de que as pessoas não morrerem antes dos 70 anos de idade parece que está a ser atingido. O grande problema que temos é o de sermos saudáveis depois dos 65.

Aí é que Portugal estamos muito abaixo, não é?

Mas essa é a nossa grande chance. Ou seja, ou conseguimos fazer prevenção e promoção da saúde, de maneira a que as pessoas estejam saudáveis mais tempo, e então o sistema ficará mais sustentável, ou não!

E aí temos que gastar mais com a prevenção.

Gastar mais... mas também gastamos muito pouco.

Não chega a três por cento...

Essa é uma área em que todos concordamos. Temos que ter uma prevenção muito mais profissional, com efetividade direcionadas para aquelas coisas que valem a pena e sobre as quais já se conhecem os resultados. Com isso conseguiremos ter mais anos de vida saudáveis e isso sim: faria uma grande diferença.

Quase no final da nossa entrevista mas ainda lhe queria falar sobre as ARS, e já questionaram para que é que as ARS existem. Será que não podem ser integradas noutros sectores?

Bom, nós estamos a caminhar no sentido de alguma descentralização e há países que já fizeram esse caminho há alguns anos atrás. Um deles é o Brasil e outros são os países nórdicos.

Duas realidades bem diferentes...

Mas é curioso que hoje no Brasil as queixas relativas aos problemas que a municipalização trouxe são enormes. Relativamente aos países do Norte da Europa, o Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde nas questões relativas à municipalização e à descentralização chama a atenção para os riscos e para o aumento de custos e sobretudo para o aumento das desigualdades.

O que quer dizer que sendo um caminho que está decidido e que vai ser certamente trilhado, temos que ter cautela se queremos de facto equidade! Se queremos um SNS que seja para todos, vamos ter que combater essas desigualdades dos municípios mais ricos que podem oferecer mais e melhores coisas em termos de saúde, contra os municípios mais pobres que não conseguem estar em posição de igualdade com os primeiros. Esse é um problema que terá que impulsionado, terá que ser resolvido de maneira a que possamos ter ganhos e avanços em termos de saúde.

Enfim, em termos das ARS há quem defenda as duas coisas. Há até quem defenda que as competências das ARS devam ser diluídas pelos Agrupamentos de Centros de Saúde. O que é certo é que quando se olha para a realidade económica, a nível mundial, cada vez que há desafogo económico descentraliza-se. Cada vez que há pouco dinheiro centraliza-se.

Portanto isto é uma lei da economia e é quase impossível fugir a ela. Que as ARS poderiam trabalhar muito melhor... seguramente que sim! Por isso é que nos esforçamos todos os dias. Há uns anos atrás as ARS só funcionavam com os cuidados sub primários e hoje em dia têm um papel importantíssimo em termos de articulação de

cuidados nos próprios hospitais, portanto uma boa parte do nosso tempo é de facto a trabalhar com os hospitais, mas isso são decisões políticas que o poder político tomará quando for o momento e cá estaremos para as cumprir.

Relativamente ao rumo que traçou para os cuidados de saúde primários, lá atrás, em 2005, quando olha hoje para a realidade o que sente? Sente que está ali a sua marca, ou não?

Tive o privilégio de trabalhar em locais e em épocas muito interessante. Uma delas foi o momento da criação do Instituto de Qualidade em Saúde que foi uma aposta na qualidade e na inovação e que nasceu com um mês de diferença do NICE Inglês. Foi interessantíssimo que tivesse sido um médico de família o responsável pela qualidade nos hospitais e, de facto, correu muito bem. Hoje orgulho-me muito do trabalho que fiz e quando andamos por aí encontramos pessoas que trabalharam nessa altura e que consideram que se conseguiu fazer a diferença. Nos cuidados de saúde primários a mesma coisa. Acho que tive o

privilégio de coordenar um grupo de pessoas, uma equipa vasta e multifacetada, com competências em diversas áreas e que fez uma verdadeira revolução nos CSP tendo o apoio político extraordinário do Professor Correia de Campos que, nesse aspeto, foi absolutamente incansável e que me deu uma liberdade total de ação e um suporte político que é invulgar os ministros darem. Devo dizer que me parece que haveria ainda muito a fazer, mas isso terá que ser para outros protagonistas. Passaram-se mais de dez anos e, portanto, quem terá que dizer o que quer para os próximos 35 anos é toda uma nova geração e não a minha. Há milhares de médicos e enfermeiros que vão estar nos próximos 35 anos a trabalhar no SNS e essas pessoas têm que saber o que querem para o futuro. É bom que pensem nisso, que discutam o que se deve fazer para continuarmos a ter um SNS forte e que corresponda aquilo que são as necessidades das pessoas. ■

**Entrevista** Marina Caldas

**Fotografia** Pedro Mensurado

## CV

Luís Pisco natural de Paranhos, no Porto, onde nasceu no ano de 1956. Licenciado em Medicina pela Universidade de Coimbra, é especialista em Medicina Familiar e ainda especialista em Medicina do Trabalho. Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, foi colaborador da Direção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade da Direção Geral da Saúde, fundador e membro da Direção da Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde, membro do Conselho para a Qualidade na Saúde e Professor convidado do Departamento de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Ciências Médicas e do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Na sua experiência destaca-se o seu trabalho como Diretor do Instituto da Qualidade em saúde, coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, a participação regular como preletor em reuniões científicas ao nível nacional e internacional e o trabalho de consultor da OMS para a Melhoria da Qualidade nos Países do Leste Europeu, no âmbito do "4th expert network on family practice development strategies", entre outros.

**Gilberto Figuelredo**Cirurgião Geral – Centro  
Hospitalar de Leiria, EPEELCOS – Sociedade  
Portuguesa de Feridas

## TERAPIA DE VÁCUO COM INSTILAÇÃO DE OCTENIDINA: UMA ALIANÇA DE SUCESSO

Quando se aborda o tema do tratamento de feridas complexas de difícil cicatrização, geralmente há um grande consenso no reconhecimento da pertinência do assunto, focando aspetos como o impacto socioeconómico, o tempo prolongado de tratamento e a importância da abordagem multidisciplinar. Também neste âmbito, a infeção é um dos principais tópicos de discussão, reconhecido como um importante fator que acarreta maior morbimortalidade e inevitável aumento de custos no tratamento de feridas. Combatê-la eficazmente é fundamental para alcançar o sucesso terapêutico. Expressões como “bactérias multiresistentes”, “biofilmes”, “uso sensato da antibioterapia” têm que cada vez mais passar dos artigos científicos, normas e documentos de intenção para a prática clínica diária e conduzir a boas decisões diagnósticas e terapêuticas em prol dos doentes.

Neste contexto, os antissépticos de nova geração, como a Octenidina, têm vindo a ganhar cada vez mais relevância na prevenção e tratamento da infeção em feridas, poupando os antibióticos sistémicos para as situações de infeção disseminada ou sistémica. A Octenidina é um antisséptico com um largo espectro de ação, sendo eficaz contra os agentes patogénicos que se encontram com mais frequência nos diferentes tipos de feridas, não sendo conhecidas resistências. Tem um índice de biocompatibilidade superior a 1, o que atesta a sua elevada eficácia e boa compatibilidade celular, não prejudicando a cicatrização como acontece com antissépticos mais antigos.

No tratamento das feridas complexas, a terapia de vácuo tem vindo a provar a sua eficácia e boa relação custo-benefício, assumindo cada vez mais um papel relevante na promoção da cicatrização através da remoção de exsudado e estimulação da granulação, criando um ambiente propício para que as etapas da cicatrização decorram de forma fisiológica e mais rápida em comparação com tratamentos convencionais. O leque de indicações

para a utilização de terapia de vácuo é grande, nomeadamente em úlceras de pressão, pé diabético, fascite necrotizante, feridas traumáticas e cirúrgicas, preparação de feridas para encerramento cirúrgico ou cicatrização de enxertos, etc. Nos casos em que existe infeção ou risco elevado de infeção, tendo em conta os fatores da ferida e/ou do doente, a utilização de terapia de vácuo com instilação de um antisséptico não citotóxico é uma opção terapêutica válida e eficaz. Tirando partido da sinergia entre estas duas estratégias no combate à infeção da ferida, pode evitar-se o uso de antibióticos sistémicos nos casos de colonização crítica ou infeção localizada. A solução com Octenidina a 0,05% (octenilin® Solução de Irrigação) é uma excelente opção para utilização na terapia de vácuo com instilação, uma vez que se tira partido não só das características de eficácia e biocompatibilidade da Octenidina, mas também do seu rápido início de ação e efeito residual na ferida, o que faz com sejam possíveis períodos mais curtos de instilação (por exemplo de apenas 3 minutos) com igual resultado e menor risco de fugas na terapia de vácuo. Para além disso, esta solução contém agentes com propriedades surfactantes que atuam na destruição dos biofilmes, potenciando uma melhor limpeza da ferida e a erradicação de agentes patogénicos frequentemente com múltiplas resistências a antibióticos.

A terapia de vácuo com instilação de Octenidina é ainda uma opção relativamente recente no tratamento de feridas complexas, em que a infeção é uma preocupação constante. Mas a sua eficácia, como se tem comprovado na prática clínica e em trabalhos recentemente publicados, reduzindo os custos globais de tratamento, em conjugação com as restantes boas práticas em ambiente multidisciplinar, irá continuar a afirmar esta estratégia terapêutica como uma aliança de sucesso, fazendo jus ao provérbio “para grandes males, grandes remédios”... ■



**Elisabete Maria Sousa Valério**

Presidente da Associação  
de Enfermagem Oncológica  
Portuguesa

Enfermeira Coordenadora da  
Clínica de Mama do IPO-Porto

## UTILIZAÇÃO DE OCTENIDINA NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDA ONCOLÓGICA DA MAMA

As feridas oncológicas constituem uma das preocupações na assistência à saúde de pacientes com cancro. Os efeitos desta doença têm implicações em várias dimensões da pessoa doente, que interferem na sua qualidade de vida. Para além disto, uma ferida oncológica infetada pode impossibilitar certas intervenções no tratamento, atrasando o processo terapêutico e causando frustração ao paciente. É por isso importante assegurar uma cicatrização eficaz e acelerada da ferida.

Os objectivos da Enfermagem são: melhorar a qualidade de vida do doente oncológico portador de ferida através da gestão do exsudado de forma segura e eficaz até à cicatrização completa; promover a aplicação de conhecimentos científicos disponíveis e rentabilizar recursos humanos e materiais, realizando um plano de cuidados adequado.

Enquanto enfermeira oncologista, considero que a melhoria de cuidados ao doente é um contínuo e devemos avaliar a qualidade da evidência. No caso específico da ferida cirúrgica oncológica com reação inflamatória e/ou com deiscência, devemos promover a cicatrização com boas práticas: protegendo a ferida de lesões mecânicas; dando suporte à ferida, imobilizando-a; facilitando a absorção de fluidos; inibindo a presença de microrganismos; prevenindo contaminações, promovendo a homeostasia; desbridando a ferida; proporcionando um ambiente favorável à cicatrização; promovendo conforto e independência ao doente.

Existem várias possibilidades para a escolha de apósitos para o tratamento de feridas. Esta escolha deverá basear-se em vários fatores, nomeadamente a necessidade de controlar uma infeção persistente por um patogénico multi-resistente ou a necessidade de um tempo de atuação reduzido para que se possa rentabilizar o tempo de troca de cada penso. Relativamente ao paciente, é também importante que o apósito seja bem tolerado.

A Octenidina é uma molécula antisséptica de nova geração que pode ser utilizada no tratamento de feridas, pois não perde atividade na presença de proteína. A sua elevada eficácia antimicrobiana contra bactérias, vírus envelopados e fungos, e a ausência documentada de resistências a esta molécula, conferem-lhe importantes vantagens no tratamento da ferida oncológica infetada. Adicionalmente, a

Octenidina não é absorvida, mesmo em ferida aberta, não provocando efeitos sistémicos ou citotóxicos. Em contexto de consulta, a Octenidina apresenta a clara vantagem de possuir um tempo de início de ação curto de apenas 1 minuto, com efeito remanescente de, pelo menos, 24 horas. Quando é necessário o desbridamento da ferida, é aplicada Octenidina em gel, para promover a remoção de tecido necrosado, fibrina e/ou biofilme. Este gel proporciona ao paciente um desbridamento autolítico da ferida, reduzindo a dor e o tempo de troca de cada penso.

Um exemplo de sucesso da utilização de Octenidina na ferida oncológica aconteceu com a aplicação de Octenidina (em solução aquosa e em gel) numa ferida oncológica pós-cirúrgica infetada da mama.



**Figura 1: 24/08/2017**



**Figura 2: 30/08/2017**



**Figura 3: 18/09/2018**

A ferida em questão tratava-se de uma local resultante de uma intervenção cirúrgica para retirar um abscesso mamário. A aplicação de Octenidina mostrou-se uma mais-valia sendo possível visualizar uma clara aceleração de cicatrização por potenciação do processo de granulação e epitelização, associado a uma eliminação eficaz da carga microbiana patogénica presente na ferida. A troca de pensos é geralmente bem tolerada, com ausência de efeitos sistémicos ou reações alérgicas. Neste caso, como em muitos outros de ferida oncológica, a Octenidina mostrou ser o tratamento ideal por possibilitar um processo de cicatrização rápido e indolor, crucial para que a doente pudesse iniciar as sessões de radioterapia.

Da nossa experiência, a utilização da Octenidina em doentes com cancro de mama, quer em solução aquosa, quer em gel, tem-se mostrado uma ajuda eficaz no combate à infeção e na cicatrização da ferida oncológica infetada da mama, com um importante impacto na redução da vinda das doentes às salas de tratamento e facilitando o início de tratamentos adjuvantes. ■

**António Pereira**

Associate Director  
Commercial Operations na  
Gilead Sciences

## A DOENÇA CRÓNICA DA SAÚDE EM PORTUGAL

A dívida hospitalar, ou o seu pagamento, é um tema que está novamente a fazer capa de jornais. Este assunto não é episódico, nem sequer conjuntural. Aliás, este é um assunto que nem se pode qualificar como recorrente. É uma constante. Mas, para sermos corretos, o assunto real não é a dívida hospitalar, mas sim o **subfinanciamento estrutural** do setor da Saúde, em particular, ou concentrado, na área Hospitalar.

É certo que o país atravessou uma grave crise económica, que demorará ainda algum tempo a reequilibrar totalmente as contas públicas e que existe um compromisso de regularizar no curto prazo, pelo menos, uma parte significativa da dívida vencida. Porém, já é difícil de acreditar no anúncio percecionado de que o problema irá ficar resolvido de vez. A dívida acumulada é uma consequência do problema e não o problema em si. E enquanto os sucessivos governos não assumirem e enfrentarem o verdadeiro problema, continuaremos ciclicamente a assistir ao mediatismo de resoluções virtuais para o problema crónico do setor da saúde, que apenas o adiam novamente.

E como chegámos aqui? Como é possível que sucessivos governos, que passaram por

ciclos económicos melhores e piores, não tenham resolvido a questão?

É geralmente aceite que o subfinanciamento do setor da Saúde, em parte como o subfinanciamento da Segurança Social, resulta do fenómeno do envelhecimento generalizado da população, o que é aceitável pois o aumento da longevidade é um dos grandes objetivos e motivo de orgulho da nossa sociedade.

E como foi atingido este aumento de longevidade? Sem dúvida que através de um conjunto de fatores relacionados com a maior qualidade do SNS, e da generalidade dos seus agentes, mas sobretudo pela inovação incremental que tem sido sucessivamente disponibilizada ao nível dos equipamentos de diagnóstico, dos dispositivos médicos e dos medicamentos. E não poderemos estranhar que, como em todos os outros setores económicos, a inovação cheganos, em regra, com um custo superior ao da tecnologia entretanto tornada obsoleta.

Apesar disso, é recorrente ouvirmos menções negativas aos agentes que introduzem inovação na área da Saúde, pelo custo que esta aporta e pelo seu papel nas dificuldades



financeiras sentidas pelos Hospitais, esquecendo-nos do impacto que esta inovação e estes agentes têm na produção hospitalar e nos resultados em saúde.

Além desta publicidade negativa, o que temos historicamente vindo a verificar é que, são estes mesmos agentes que acabam por ter um papel de financiadores do sistema, não merecendo qualquer crédito por isso.

Temos então uma equação impossível? Aparentemente olhando para trás somos tentados a dizer que sim. Como referido, vários governos em diferentes contextos económicos lidaram com a questão e criaram soluções que, invariavelmente, não produziram resultados estruturais. Porquê? Porque não enfrentaram o verdadeiro problema. E infelizmente este adiamento só tem feito com que o desfasamento, ou subfinanciamento, seja cada vez maior.

A solução passará por olhar desapassionadamente para o assunto, numa lógica de longo prazo, decidindo por rumos e tomando decisões estruturais em função dos mesmos, assumindo que, no curto prazo, é inevitável reforçar o orçamento da Saúde. Os

governos existem para representar a população na tomada de decisões. Não duvidemos que os cuidados de saúde, a nossa qualidade de vida e daqueles que nos são mais próximos, é uma das nossas principais preocupações e onde, enquanto sociedade, queremos continuamente ver melhorias.

E não serão negligenciáveis os ganhos paralelos que se podem alcançar com uma solução estrutural para o problema do subfinanciamento da Saúde. Em primeiro lugar, o retorno direto deste investimento, na qualidade de vida da população e na consequente produtividade. Depois, não será desprezável o impacto de ter as administrações hospitalares totalmente comprometidas em lidar com a complexidade da gestão hospitalar, aquilo para o qual foram mandatadas e estão habilitadas, ao invés de passarem uma parte significativa do seu tempo a justificar as dívidas aos fornecedores ou a solicitar superiormente apoio para a sua resolução.

O caminho não é simples, requer coragem e um amplo consenso. Porém, a sua importância e urgência justifica uma ação imediata. ■



Joaquim Correia

CEO RISI

RISI

EXPERT  
SOFTWARE  
SOLUTIONS

## SOLUÇÕES DE SOFTWARE QUE REVOLUCIONAM A GESTÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Desde 2005, que a RISI é uma *software house* especializada na criação de software na Área da Saúde.

O seu percurso é marcado pelo forte contributo na melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde Nacionais, revolucionando o setor com soluções de software na área da gestão, nomeadamente na área de Recursos Humanos com as soluções GH - Gestão de Horários e GI - Gestão de Identidades e na área da Qualidade com as soluções HER+ - Gestão do Risco Hospitalar, QL - Gestão da Qualidade e GA - Gestão de Auditorias.

Atualmente, assumimos o compromisso de melhoria contínua das nossas soluções com mais de 100 entidades de saúde nacionais, adaptando às suas necessidades e expectativas.

### GERIR COLABORADORES NO CONTEXTO HOSPITALAR

A gestão dos colaboradores é um desafio que encontramos no contexto hospitalar, quer pela complexidade dos processos de prestação de cuidados de saúde, pela diversidade das competências, pela mobilidade interna e pela especificidade dos serviços.

A solução GH – Gestão de Horários disponibiliza de forma expedita funcionalidades como o planeamento e a realização das escalas, a gestão de trocas e do plano de férias, a assiduidade e a pontualidade, a integração das horas realizadas e do absentismo em sistemas de processamento de salários.

Disponibiliza também uma APP gratuita para todos os profissionais.

**Consegue imaginar o impacto que o software GH causou nas entidades de saúde?**

Reduzimos custos através da otimização da utilização de recursos e disponibilizamos Indicadores de Gestão que constituem fonte de valor na tomada de decisões táticas e estratégicas.

### CONTROLAR OS RISCOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

A solução HER+ é a referência nacional no âmbito da gestão do risco hospitalar que incorpora ferramentas como a Gestão de Ocorrências e Avaliações do Risco.

Permite avaliar a exposição ao risco da organização e implementar medidas para o controlar, diminuindo a ocorrência de eventos adversos, que representam custos significativos e eventuais danos na imagem/credibilidade dos hospitais.

Se podemos prevenir o risco de incidente e controlá-lo à distância de cliques, transformamos o HER+ na matriz de todo o processo de Gestão do Risco Hospitalar, cumprindo todos os requisitos legais e os objetivos do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020.

Atualmente, o HER+ foi o alicerce para dois projetos nomeados para o TOP 10 *Healthcare Excellence* 2015 e participa ativamente em conferências do âmbito da qualidade e gestão do risco hospitalar.



**Enf. Susana Ramos**

Coordenação do Gabinete de Segurança do Doente do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

“Da nossa experiência, é com grande satisfação que acompanhamos ao longo de 8 anos, o crescimento de uma plataforma informática como o HER+ que nos possibilita gerir de uma forma mais ágil toda a informação e as atividades inerentes ao processo da gestão do risco. Esta plataforma tem crescido à medida das nossas necessidades e da experiência partilhada pelas várias estruturas da gestão do risco e segurança do doente de diferentes organizações de saúde. Esta partilha, tornou-a mais robusta e mais acessível para dar resposta a uma gestão do risco efetiva. De realçar todo o empenho e a preocupação constante da equipa da RISI que nos têm apoiado sistematicamente, ajudando-nos a ultrapassar as dificuldades e os obstáculos que vamos encontrando neste caminho.

Neste sentido, para melhorar continuamente a segurança do doente, é vital a promoção de espaços virtuais, com informação acessível a todos os profissionais e que permita uma interação sistemática entre as equipas, na gestão dos riscos presentes nos contextos de cada organização.

O HER+ é uma plataforma que de facto dá resposta a estas necessidades, permitindo através dos diferentes módulos, gerir a informação em diferentes níveis de acesso, para o órgão de gestão, o gestor do risco, os grupos de análise e o profissional em geral. Nesta plataforma é possível disponibilizar alertas de segurança, relatórios de incidentes globais e específicos, mapas com os principais fatores de risco a que estamos expostos, avaliações do risco, entre outros.

O HER+ tornou-se uma ferramenta indispensável na gestão da segurança da organização!”



**Enf. Paulo Poças**

Enfermeiro Chefe do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

“RISI - Um parceiro externo ao GHVNG|Espinho que por tão próximo até se assemelha a um dos seus membros na procura das melhores respostas aos múltiplos desafios com que nos deparamos continuamente.” ■



## O CUSTO E A CARGA DA DOENÇA DO CANCRO DA MAMA EM PORTUGAL

Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina,  
Universidade de Lisboa (CEMBE)

Centro de Estudos Aplicados, Católica Lisbon School of Business and Economics (CEA)

### A importância do cancro da mama

O cancro da mama é a neoplasia mais frequente nas mulheres em todo o mundo, a principal causa de morte por cancro nos países em desenvolvimento e a segunda maior (atrás do cancro do pulmão) nos países desenvolvidos. Em Portugal, de acordo com a Direção-Geral de Saúde, o cancro da mama é neoplasia mais comum na população feminina.

No nosso país o número de novos casos de cancro da mama por 100.000 mulheres, a taxa de incidência, tem apresentado um aumento progressivo e gradual, como pode ser visto na figura seguinte, construída pelos autores com base em dados dos registos oncológicos portugueses.

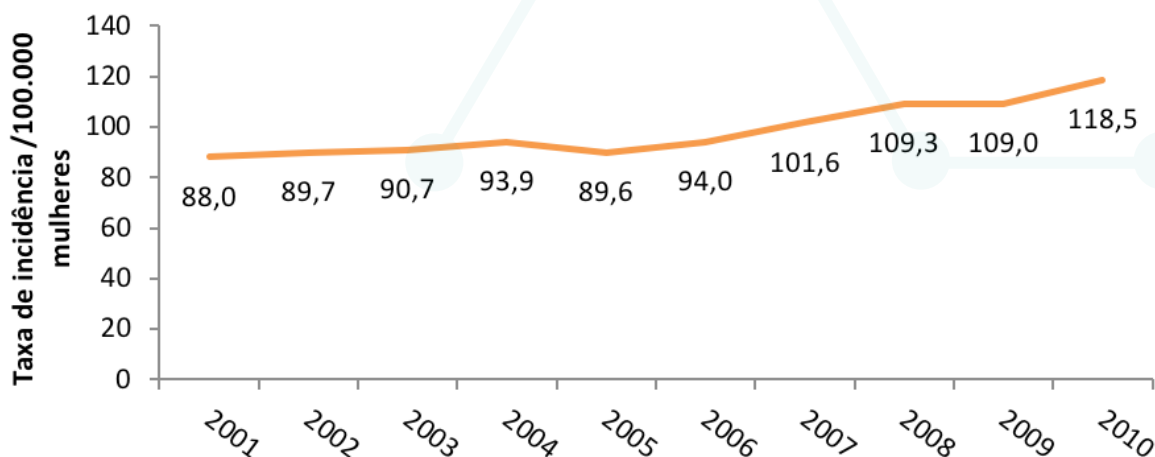


Figura 1. Evolução da taxa de incidência do Cancro da Mama em Portugal (2001-2010)

Apesar de apenas uma pequena proporção de doentes apresentar doença localmente avançada ou metastização à distância no momento do diagnóstico, existe atualmente um número significativo e crescente de doentes que foram previamente tratadas com intenção curativa e que vêm a desenvolver recidiva da doença. Neste sentido, também a prevalência da doença metastática tem vindo a aumentar, já que muitas mulheres vivem com a doença durante vários anos.

Dado a contribuição para a mortalidade e dada a morbilidade crescente, o cancro da mama constitui assim um dos mais importantes problemas de saúde nas mulheres. Esta situação leva a que a carga do cancro da mama e o impacto económico da doença mereçam ser avaliados. O presente texto sumaria um estudo que teve como objetivo estimar a carga e o custo do cancro da mama na mulher em Portugal para o ano de 2014, de forma a quantificar a importância da doença no contexto português.

## O que são a carga e os custos da doença?

Os estudos da carga da doença têm como objetivo quantificar, num índice global, os efeitos de uma doença nos níveis de saúde de uma determinada população. Os estudos de custos da doença têm como objetivo medir e avaliar o impacto de uma doença ao nível dos recursos económicos que lhe são afetos, ou seja dos custos que geram para o sistema de saúde e para a sociedade. Estes estudos visam estabelecer o retrato rigoroso de um dado problema de saúde e da sua magnitude e, assim, contribuir para a definição de áreas eventualmente mais prioritárias e necessitadas de recursos, planos de intervenção ou de investigação por parte dos sistemas de saúde.

A carga da doença é estimada através dos anos de vida ajustados pela incapacidade - Disability Adjusted Life Years (DALYs), uma métrica adotada pela Organização Mundial de Saúde. Os DALYs são uma medida da quantidade de saúde perdida devido a um problema de saúde, em tempo. A medida inclui dois componentes. O primeiro é dado pelos anos perdidos por morte prematura (Years of Life Lost - YLL). Esta componente baseia-se na diferença entre idade na altura do óbito e a esperança de vida padrão para essa idade. O segundo componente inclui os anos perdidos por incapacidade (Years Lost due to Disability - YLD). Esta componente mede o tempo decorrido sofrendo uma incapacidade, sendo o nível de incapacidade avaliado por um coeficiente entre 0 (s/incapacidade) e 1 (incapacidade total = morte). Por exemplo, se um doente vive 2 anos com um nível de incapacidade de 0,25, então perdem-se 0,5 anos de vida por causa dessa incapacidade.

Os DALYs são uma medida que inclui aspetos económicos e sociais. O aspeto social é introduzido através de uma ponderação diferenciada por idades: os grupos de idades intermédias (entre 20 e 50) têm mais peso, o que pretende refletir que nestas idades há uma maior probabilidade de as pessoas terem filhos menores dependentes. O aspeto económico é introduzido por uma taxa de desconto de 3%. Esta taxa de desconto tem o papel de atribuir maior valor a ganhos de saúde próximos no tempo do que a ganhos de saúde que só se irão obter em alturas mais longínquas.

## Informação de base usada no estudo

Os pontos de partida do estudo foram constituídos pela informação demográfica e epidemiológica de base. Utilizaram-se dados sobre a mortalidade global em Portugal provenientes do Instituto Nacional de Estatística (INE) e dados sobre a mortalidade por cancro da mama recolhidos nas Estatísticas da Saúde do INE referentes a 2014. Os dados de base relativos à incidência da doença foram

estimados com base nos dados cedidos pelo ROR-Sul para 2013 e dados publicados no Registo Oncológico Nacional (RON) para os anos anteriores disponíveis (2001 a 2009). Os dados nacionais disponíveis foram complementados por informação internacional nalguns pontos. Assim, usaram-se os dados de sobrevivência a cinco anos do SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results Program), um programa de recolha e divulgação de dados epidemiológicos sobre cancro do National Cancer Institute dos Estados Unidos da América (EUA).

Os dados foram estudados através da adaptação de um modelo de incidência para o cancro da mama desenvolvido por investigadores holandeses (Kruijshaar e Barendreght), um modelo que se revelou como particularmente adequado ao tipo de dados disponível para a realidade portuguesa. Os mesmos investigadores produziram estimativas dos coeficientes de incapacidade para os diversos estadios do cancro da mama que foram utilizados no cálculo dos anos de vida perdidos por incapacidade em Portugal. Os cálculos epidemiológicos relativos à situação portuguesa, onde se forma integrando dados parcelares provenientes de fontes diversas, fizeram uso de um modelo patrocinado pela Organização Mundial de Saúde, o DISMOD.

A estimativa dos custos diretos do cancro da mama, os custos suportados pelo sistema de saúde, assentou num conjunto diversificado de fontes. Os custos de internamento foram estimados a partir da Base de Dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para o ano de 2014. Esta base de dados contém informação sobre quase todos os internamentos ocorrido nos hospitais do SNS bem como sobre um subconjunto de cuidados em sessões de hospital de dia, incluindo no total mais de um milhão de episódios. A identificação dos doentes com episódios de internamento devidos ao cancro da mama foi feita de acordo seguindo a Classificação Internacional das Doenças, mediante a escolha dos códigos de diagnóstico e de procedimentos associados à doença. Uma vez selecionados os episódios relevantes, utilizaram-se os dados sobre a classificação em GDH para obter estimativas dos custos do internamento por cancro da mama.

Infelizmente, não existe nenhuma base de dados como os GDH cobrindo os cuidados em ambulatório pelo que para estimar os custos de ambulatório foi necessário recorrer a um painel de peritos que definiu padrões de consumo de recursos (consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, etc.) para os casos por estadio de cancro da mama. Por último, informação sobre o consumo de medicamentos no caso do cancro da mama foi obtida a partir, não só do já referido painel de peritos, como de relatórios do Infarmed sobre medicamentos

hospitalares e dados sobre o mercado farmacêutico da IMS-Health relativos a 2014.

O trabalho estima também os custos indiretos do cancro da mama. Os custos indiretos medem a perda de produção de um país devido à incapacidade causada por um problema de saúde. Tipicamente estes custos incluem, quer custos a curto prazo, como é o caso do absentismo laboral provocado pela doença ou pela necessidade acrescida de usar o tempo recebendo cuidados de saúde (tempo útil gasto em internamentos, consultas, exames, etc.) quer custos a mais longo prazo, como é o caso de saídas prematuras do mercado de trabalho, por exemplo na forma de reformas por invalidez.

### Resultados sobre carga da doença

Quanto à incidência do cancro da mama em Portugal, de acordo com os dados mais recentes do RON, foram diagnosticados 6.541 novos casos, tendo este número sofrido um aumento de 43% nos últimos 9 anos, de acordo com a informação disponível. Cerca de 61% dos novos casos encontravam-se nas faixas etárias entre os 20 e os 64 anos, sendo a faixa etária dos 45 aos 49 anos aquela com um maior número de doentes. De acordo com dados preliminares cedidos pelo ROR-Sul para o ano de 2013, 39% dos novos casos com informação disponível encontravam-se no estadio I, 40% no estadio II, 15% no estadio III e 6% no estadio IV.

Os únicos dados nacionais disponíveis quanto à taxa de sobrevivência referem-se à região Sul de Portugal, segundo os quais 94% e 86% das mulheres com cancro da mama sobrevivem ao fim de 1 e 3 anos, respetivamente.

Estima-se que em 2014, tenham ocorrido 1.664 mortes por cancro da mama, o que corresponde a 3,2% do total das mortes na população feminina ocorridas em Portugal. Os DALY decorrentes das mortes prematuras causadas pelo cancro da mama totalizaram 13.425, representando 6,2% dos anos perdidos gerados pela totalidade das mortes ocorridas no país em mulheres. A quase totalidade (98%) dos anos perdidos por morte prematura foi devida à doença metastática.

Por outro lado, quanto aos DALY decorrentes da morbilidade e incapacidade causada pelo cancro da mama, estima-se que tenham sido perdidos 9.667 anos de vida, 24% dos quais associados à doença metastática. O Quadro seguinte apresenta os resultados sobre carga da doença de forma mais sistemática.

| Cancro da Mama               | Óbitos | YLL    | YLD   | DALY   |
|------------------------------|--------|--------|-------|--------|
| Local ou localmente avançado | 40     | 311    | 7.383 | 7.694  |
| Metastático                  | 1.606  | 13.114 | 2.284 | 15.398 |
| Total                        | 1.646  | 13.425 | 9.667 | 23.092 |

YLL - Anos de Vida perdidos por morte prematura; YLD - Anos de vida perdidos por incapacidade.

Quadro 1. Resultados estimados para a carga do cancro da mama em Portugal.

No total, estima-se a carga do cancro da mama em 23.092 DALY. Para facilitar o enquadramento deste resultado através de uma comparação, este valor representa aproximadamente o dobro do valor estimado anteriormente pelos autores para a carga da doença em Portugal devida à hipercolesterolemia.

### Resultados sobre custos da doença

Como já referido anteriormente, as estimativas dos custos neste estudo incluíram quer as estimativas de custos diretos (na sua maioria custos do sistema de saúde) e custos indiretos (custos para a sociedade devidos à perda de produção causada pelo cancro da mama).

As estimativas de custos podem usar metodologias diferentes, mas as mais adequadas para a informação disponível em Portugal partem da prevalência da doença, ou seja, dos doentes que tiveram o diagnóstico da doença quer no ano em estudo, 2014, quer em anos anteriores e tenham sobrevivido. Como a prevalência de doentes com cancro da mama não está disponível foi necessário estimá-la. Na estimação do número de doentes prevalentes em 2014 e da sua distribuição por estadios, utilizou-se um modelo cumulativo de incidência considerando dois grupos separadamente: os doentes com doença local ou localmente avançada (estadios I a III) e os doentes com doença metastática (estadios IV). Além da informação epidemiológica já anteriormente referida, as curvas de sobrevivência utilizadas na modelização foram retiradas de um estudo da realidade portuguesa por André, Mayer, Amaral e Miranda publicado em 2014. Os resultados, em termos de prevalências estimadas, podem ser vistos no Quadro seguinte.

| Estadio                                                            | Nº de doentes |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| Doentes no estadio I a III no diagnóstico                          |               |
| Doentes nos estadios I a III                                       | 49.992        |
| Doentes nos estadios I a III e com recidiva local/loco-regional    | 802           |
| Total                                                              | 50.794        |
| Doentes com CM metastático                                         |               |
| Doentes inicialmente nos estadios I a III com recidiva metastática | 1.470         |
| Doentes no estadio IV                                              | 1.738         |
| Total                                                              | 3.208         |
| Total de doentes vivos com CM                                      | 54.002        |

Quadro 2. Resultados estimados para a prevalência por estadio do cancro da mama em Portugal.

Separando os doentes prevalentes com diagnósticos em anos anteriores a 2014 e os doentes incidentes em 2014, bem como separando os doentes por estadios, foi possível utilizar os dados

sobre padrões de consumo de recursos a multiplicá-los pelo número de doentes em cada situação. Os custos diretos estimados basearam-se numa lista de recursos extensa que incluiu por exemplo os custos com diagnóstico e estadiamento, internamento, quimioterapia, ambulatório incluído na base de dados dos GDH, radioterapia, trastuzumab, hormonoterapia, biópsias, custos de transporte e custos de fim de vida. Como anteriormente referido, os padrões de consumos de recursos basearam-se nas estimativas de um painel de peritos especialistas na área. No caso do internamento relativo ao cancro da mama, o número de doentes saídos dos hospitais do SNS, foi de 7.633 em 2014. A estimativas dos custos incluíram também a realização de rastreios. De acordo com os dados das Administrações Regionais de Saúde (ARS), em 2014 foram rastreadas 266.188 mulheres.

Uma síntese do custeio dos consumos de cuidados de saúde no cancro da mama em 2014 é dada pelos seguintes resultados: o custo médio anual estimado para cada doente nos estadios I a III foi de 1.976 euros e o custo médio anual estimado para cada doente no estadio IV foi de 12.197 euros. Globalmente, o total estimado de custos diretos do cancro da mama foi de 146,1 milhões euros, perfazendo cerca de 1,4% da despesa corrente de saúde em Portugal em 2014.

Quanto aos custos indiretos, consideraram-se os custos associados à produção perdida devido à doença e, no seguimento das linhas de orientação portuguesas para estudos de avaliação económica, excluíram-se as perdas de produção devidas à morte prematura. Os níveis de absentismo, bem como a saída prematura do mercado de trabalho foram estimados a partir da informação proveniente do painel de peritos.

Foi seguida a metodologia baseada na teoria do Capital Humano, segundo a qual os custos indiretos, medindo a produção perdida devido à doença, são estimados a partir dos encargos das empresas com os trabalhadores. Os custos indiretos estimados por doente nos estadios I a III foram estimados em 2.827 euros e no estadio IV em 6.135 euros, resultando num custo total indireto do cancro da mama de 163.257.150 euros, um valor superior à estimativa dos custos diretos. Este resultado reflete a juventude relativa das doentes e a sua comparativamente longa esperança de vida.

A estimativa dos custos globais para o sistema de saúde e para a sociedade devidos ao cancro da mama totalizaram 309.331.180 euros. A doença metastática corresponde a 19% dos custos totais do cancro da mama, mais especificamente a 28% dos custos diretos e a 12% dos custos indiretos. Os 309 milhões euros correspondem a cerca de 0,18% do Produto Interno Bruto em 2014.

## Conclusões

Em Portugal, o cancro da mama foi responsável pela perda de mais de 23 mil anos de vida ajustados pela incapacidade e custou ao sistema de saúde e à sociedade cerca de 309 milhões de euros. Estes são números que quantificam a dimensão do desafio de saúde pública que o cancro da mama representa no nosso país e que justificam atenção prioritária dos responsáveis pelas políticas de saúde na atribuição de recursos para o tratamento e prevenção da doença em Portugal. ■

**Este estudo foi apoiado pela Pfizer Biofarmacêutica.**

**PP-ONC-PRT-0112  
Data de preparação: Março 2018**



## Professor Ramiro Vitorino Pereira Goulart de Ávila

***"Os sinos tocam de modo muito diferente do normal quando morre um amigo."***

Martin Luther (1483 – 1546)

Nos percursos profissionais cruzamo-nos, não raro, com pessoas que nos inscrevem indelévelmente pelo tempo fora em dimensões da vida em grupo que vão para além do ambiente estrito de trabalho; na sensibilidade humana, na escuta paciente, na cortesia atenta, no respeito pelo espaço de todos, na nobreza do caráter, na vastidão de cultura humanista e na amizade dedicada.

A nossa aproximação profissional deu-se num momento determinante da transformação dum hospital sanatorial de doenças respiratórias em hospital geral, central e escolar, à luz dos melhores padrões de organização e gestão, de modernidade, de humanização e de ciências médicas, onde aqueles valores prevalentes eram elevadamente cultivados.

Tendo nascido no Faial, em 1940, e rumado a Lisboa para concluir os estudos liceais e frequentar a Faculdade de Medicina de Lisboa, onde realizou a licenciatura, Ramiro Ávila seguiu a carreira médica hospitalar e académica, de forma exemplar. Alcançado que foi o topo da carreira, passou para o exercício na área da gestão hospitalar, onde se revelou um condutor discreto de pessoas e um reformador influente de serviços hospitalares.

Iniciou a sua atividade profissional na Clínica Universitária de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, tendo desempenhado as funções de Chefe de Serviço de Pneumologia. Mais tarde, foi Chefe de Serviço de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente, que atingiu elevado reconhecimento, graças ao processo de modernização das instalações, das valências, da área clínica e da investigação por ele conduzidas.

Foi também Professor Catedrático na Faculdade de Ciências Médicas, onde fez da Pneumologia uma disciplina de grande mérito e reputação. E, Presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, da Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias e da Comissão Nacional de Luta Contra a Tuberculose, Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, Fellow e Regent do American College of

Chest Physicians.

Publicou centenas de trabalhos científicos em publicações nacionais e estrangeiras e foi distinguido, também, com a medalha Forlanini e a medalha de ouro da Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

E a 15 de dezembro de 2010, o Edifício Escolar da Universidade Nova de Lisboa, situado no Hospital Pulido Valente, foi rebatizado em sua homenagem e com o seu nome - Edifício Professor Ramiro Ávila.

Entre 1986 e 1993, na gestão do Hospital de Pulido Valente partilhámos ideias, sofremos nas derrotas e celebrámos vitórias.

Mas na roda dos dias de que se faz a vida, há pessoas que, de certo modo, são sempre companheiras de jornada e olhamos sempre o seu rosto ou lembramos as suas palavras como se estivessem ao nosso lado, independentemente das contingências da vida as levarem para longe da linha de proximidade onde os afetos e as alegrias se vivem mais intensamente como sorrisos de amizade e coração ao alto.

E por isso, entre 2000 e 2001, conjuntamente com outros amigos fundámos a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar e foi Ramiro de Ávila o seu primeiro Presidente. Mas, por vezes a doença impõe-se e torna a ausência um golpe, implicando neste caso o seu afastamento prematuro, deste nosso projeto.

Ramiro de Ávila era uma figura singular e possuía as virtudes e os valores que o tornaram uma pessoa credora de admiração coletiva. Um Homem inteligente, confiável e amigo, que admirávamos pelo seu carácter, coerência, humanismo, ética e fidelidade aos princípios. Divertia-nos com as suas histórias de vida e de sportinguista convicto.

Com ele escrevi em outubro de 2003, um artigo, que transcrevo em parte pela atualidade do mesmo e porque em mim ecoam as suas palavras, o que discutíamos e os sonhos que comungávamos de um SNS forte e universal.



“... Face a tudo o que foi dito e embora seja impossível prever o futuro, todos os indicadores apontam no sentido de se preceder a uma alteração na organização dos serviços de saúde em geral e hospitalares, em particular, refletidos no nosso caso nas experiências que estão a ser levadas a cabo através da implementação de novas formas de gestão hospitalar. Contudo, há que ter em conta que pelo menos cinco aspetos fundamentais podem em muito influenciar o Hospital do futuro: (i) **Cidadania e Informação** – o facto dos doentes passarem a estar melhor informados sobre as suas doenças, possíveis tratamentos e direitos, faz com que os cuidados hospitalares incidam essencialmente no doente e não no Hospital propriamente dito; (ii) **Alterações demográficas** – não restam hoje dúvidas sobre o facto de que, sobretudo nos países ocidentais, o aumento de esperança de vida faz com que se tenha de rever a eficiência e a efetividade dos cuidados a prestar, principalmente aos idosos; (iii) **Cuidados hospitalares e domiciliários** – a inovação das tecnologias de saúde, incluindo os novos fármacos, faz-nos pensar como e onde prestar os cuidados. De facto, muitos dos cuidados podem ser prestados, no domicílio, nos centros de saúde e noutras instituições fora das paredes hospitalares; (iv) **Impacto e difusão das tecnologias de informação** – os Hospitais que adotem sistemas e tecnologias

de informação inovadoras, serão mais capazes de maximizar os recursos e oferecer uma ampla variedade de serviços de telemedicina e, (v) **Inovação na farmacoterapia** – o aumento do conhecimento do genoma humano irá a curto prazo influenciar todas as terapêuticas. Tudo aponta para que as atitudes terapêuticas e de prevenção sejam tomadas tendo em atenção o indivíduo – a Pessoa. Face ao explicado, difícil se torna definir a matriz de desenvolvimento do futuro Hospital, o qual, certamente, não poderá ser fechado sobre si próprio. Por outro lado, não restam também dúvidas de que novos desafios se colocam e uma grande diversidade de janelas de oportunidades se abrem para um investimento e gestão das unidades de saúde no espaço europeu, em geral, e em Portugal, em particular.”

Tendo falecido no dia 14 de fevereiro de 2018, o seu admirável legado de médico humanista, de estudioso incansável, de pensador culto da saúde pública e de dirigente da saúde profícuo, continua bem vivo em todos os beneficiados da outorga de trabalharmos juntos e, agora, responsabilizados por continuar a fazer a sua laboriosa obra humana.

E já tenho uma imensa saudade de si! ■

Ana Escoval  
Presidente do Conselho de Administração  
do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE



**Laranja Pontes**

Presidente do Conselho  
de Administração IPO-Porto

## CENTRALIZAÇÃO DOS CUIDADOS NO DOENTE DO IPO PORTO

*Unidades de prática integrada (M. Porter IPU's):  
avaliação aos 10 anos de implementação - O caso da Clínica da Mama*



O tratamento de doenças complexas, como o cancro, requer a intervenção de múltiplas especialidades de forma integrada, a qual tem implícita a centralização dos cuidados em torno das condições médicas do doente ao longo do ciclo de cuidados. Assim, e para o caso da patologia de mama, o IPO Porto implementou uma estrutura organizacional, suportada por condições técnicas adequadas, nomeadamente o espaço físico, à qual chamou Clínica da Mama.

O princípio subjacente nesta organização é a movimentação dos profissionais em torno do doente, garantindo cuidados de saúde mais eficientes e a custos inferiores através da criação de sinergias entre especialidades e profissionais.

A Clínica da Mama foi em 2007 a primeira clínica a ser implementada no IPO Porto, seguindo a metodologia de Porter das IPU's com modelo de cuidados centrados no doente. Desde então, associada a uma transformação digital que reduziu significativamente a burocracia, através do software Mural-D e dos quiosques eletrónicos Bem-me-Ker, entre outros, mostra uma visão global do tratamento com a centra-

lização a focar-se no doente. Neste contexto de segmentação por doença, surgem até 2015 dez novas clínicas que, trabalhando com real world data e dispondo de experts, TIC e recursos, prosseguem em clima de multidisciplinidade a prestação de cuidados de saúde especializados.

O tratamento de doenças complexas, como o cancro, requer a intervenção de múltiplas especialidades de forma integrada. A integração em oncologia, tem como objetivo a prestação de cuidados a um grupo homogéneo de doentes, e constitui um meio de obter resultados como qualidade, satisfação, acesso e eficiência, reduzindo a fragmentação, a duplicação e a redundância.

De um modo sintético, as principais atividades que permitiram a implementação com sucesso deste projeto foram:

- Definição das especialidades nucleares no tratamento da patologia da mama;
- Implementação das consultas de grupo multidisciplinares no ciclo de tratamento do doente;
- Definição de guidelines, normas de diag-

nóstico clínico e estadiamento, Protocolos de Tratamento e Guias de Orientação Terapêutica, elaboradas com base no know-how acumulado dos profissionais e em referenciais nacionais e internacionais. Este trabalho permitiu a homogeneização de planos de diagnóstico, tratamento, e follow-up;

- Elaboração do projeto arquitetónico que permita centralizar os meios técnicos e humanos necessários ao tratamento da patologia;
- Realização de obras para adequação do espaço;
- Transferência dos meios para o novo espaço e encaminhamento/ ensino dos doentes para esta nova estrutura organizacional.

A Clínica de Mama foi replicada no IPO Porto para outras dez patologias existindo, à data, 11 clínicas de patologia na Instituição. Os profissionais foram o principal motor para a implementação desta estrutura, pois mais importante do que a modificação da estrutura física foi a mudança cultural.

A nível de custos para o projeto, estima-se que estes basearam-se sobretudo nas obras de reestruturação do espaço afeto à Clínica, equipamentos técnicos e mobiliário diverso. Já a nível de ganhos que se esperavam obter, abrangiam além do aumento da atividade do IPO a redução de custos e o aumento de satisfação dos doentes e profissionais, entre outras diversas mais-valias que esta implantação trouxe:

- Personalização do tratamento;
- Especialização e diferenciação;
- Centralização dos cuidados em torno do doente;
- Eliminação da redundância na prescrição de exames;
- Diminuição das deslocações do doente à Instituição;
- Eliminação, quase por completo, da necessidade de o doente se movimentar dentro do hospital;
- Aumento do conforto e confiança para o doente;
- Garantia do direito de confidencialidade no atendimento.

Após dez anos de constante aposta em melhoria contínua e em visão holística dos cuidados de saúde em oncologia, o IPO Porto sente-se orgulhoso dos resultados alcançados com a organização por clínicas de patologia: não só a gestão é mais eficiente, como também se assistiu a um aumento da satisfação do doente, no fundo, é mais importante missão do hospital.

Hoje, os doentes deslocam-se menos vezes à Instituição, pois existe uma articulação para a realização no mesmo dia de vários atos. A personalização e proximidade do atendimento permitem ao doente

contactar com o médico responsável pelo seu tratamento/ acompanhamento, elemento da equipa de enfermagem da Clínica, assistente social, psicólogo e nutricionista, e elementos de associações de voluntários.

O aumento do acesso e redução dos tempos de espera, a garantia do direito de confidencialidade no atendimento e um maior conforto e confiança para o doente são outras conquistas que contribuem para o doente do IPO Porto ser hoje um doente cada vez mais satisfeito com o seu hospital.

Como prova deste sucesso analisamos alguns indicadores, dos quais destacamos:

- + 25% novos doentes;
- + 39% cirurgias;
- - 45% tempo espera;
- + 44% consultas médicas multidisciplinares;
- - 68% no custo de uma consulta, incluindo custos de diagnóstico;
- - 41% no custo com medicação por doente.

A criação das Clínicas de Patologia representou uma inovação da estrutura organizacional dos hospitais. São várias as mudanças estruturais implementadas, algumas das quais de elevado carácter inovador, nomeadamente a informatização de todo o ciclo de cuidados e sua melhoria pela introdução de novas dimensões, Patient Reported Outcomes (PRO), em particular a qualidade de vida.

Divididas por áreas de especialização, as clínicas e serviços prestados oferecem um tratamento personalizado, próximo do doente e da sua família, potenciando a acessibilidade do doente: mais recursos disponíveis; maior aproximação entre os doentes e os profissionais; maior conforto para o doente; acesso melhorado à população; capacidade de transferir melhores práticas, por redes de afiliação; redução de tempos de espera.

A organização por Clínica de Patologia permite centralizar num único espaço os principais meios técnicos e humanos de apoio ao doente, relacionados com a patologia – são os profissionais que se movimentam e não os doentes. Por outro lado, esta centralização permite a criação de sinergias entre os vários serviços que participam no ciclo de tratamento do doente e garante um atendimento homogéneo, especializado e individualizado.

Os profissionais são o principal motor para a implementação desta estrutura, pois mais importante do que a modificação da estrutura física é a mudança cultural, e orgulhamo-nos de poder afirmar que, 10 anos depois do início desta “caminhada”, esta realidade está profundamente enraizada no IPO Porto. ■

# ATIVIDADES E EVENTOS '18

## 12.ª edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde®

O Prémio de Boas Práticas em Saúde® (PBPS), é uma iniciativa organizada pela APDH, Direção-Geral da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP e as cinco Administrações Regionais de Saúde, tendo como principal objetivo dar a conhecer as boas práticas em saúde a nível nacional, no âmbito da qualidade e inovação, com vista a replicar as mais-valias para o bom desempenho do Sistema de Saúde.

A 12.ª edição do PBPS pretende acompanhar os desafios que se colocam à gestão e prestação dos cuidados de saúde, centrando-se este ano na temática da "Qualidade na saúde e responsabilização do cidadão", com foco nos seguintes subtemas:

1. Ciclo de vida familiar
2. Papel dos profissionais e das organizações
3. Plano de cuidados participado
4. Literacia e segurança
5. Utilização das TIC

### Cronograma

- Receção e validação das candidaturas - 19 de março a 23 de abril 2018
- Pré-seleção - 26 abril a 9 de maio 2018
- Avaliação científica - 18 de maio a 29 de junho 2018
- Comunicação de resultados - até 30 de setembro 2018
- Encontro da 12.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde® - 21 de novembro de 2018

Mais informações <http://www.boaspraticasemsaude.com/>



PRÉMIO DE  
BOAS PRÁTICAS  
EM SAÚDE®



Faça parte desta família!

**TORNE-SE SÓCIO!**  
ATÉ 31 DE MARÇO 2018

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

**-30%**  
**INSCRIÇÃO NO**

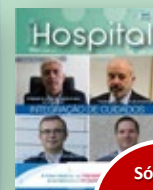
**7º CONGRESSO**  
INTERNACIONAL DOS HOSPITAIS

"ENVOLVIMENTO E RESPONSABILIDADE DO CIDADÃO NO SNS"

21-23 DE NOVEMBRO DE 2018

Beneficie ainda das seguintes ofertas:

Novos  
Sócios



Sócios\*  
que  
tragam  
um amigo

Os novos sócios individuais, que efetuem a inscrição na APDH até 31 de março, recebem um exemplar de uma das publicações da APDH e o último n.º da Revista "O Hospital".

\*Os sócios com quotas em dia, que tragam um amigo, poderão usufruir das mesmas condições.

# Porque não existem doentes iguais

**Escolhas**Múltiplas





# 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