

REVISTA OHOSPITAL

ANO IV, Nº18 // JULHO/SETEMBRO 2018



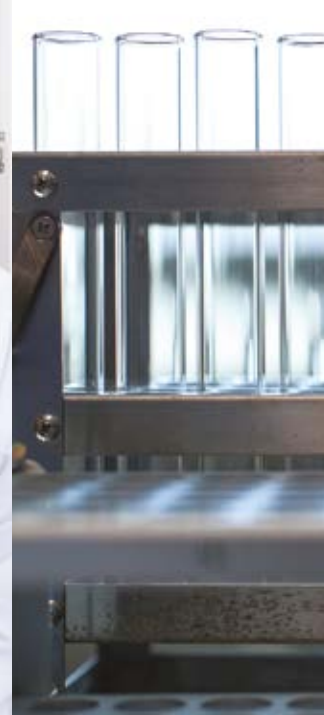
MANUEL ANTUNES a caminho do setor privado?

“Continuo a dizer que há pouca produtividade
e muita ineficiência no SNS”

schülke 

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





Advancing Therapeutics, Improving Lives.

Há mais de 25 anos que a Gilead, investiga e desenvolve medicamentos inovadores em áreas de importante necessidade médica como a 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

000/PT/14-10/IN/1768

Índice

04 EDITORIAL

O Coração no Sistema de Saúde

06 ANÁLISE

O estado atual das doenças cardíacas em Portugal e o impacto social. A Alergologia e a Imunologia Clínica em Portugal. Participação Pública em Saúde. O que mudará com a Lei de Bases da Saúde.

16 HOMENAGEM

"Somos Arnaut!" A lembrar o "Pai" do SNS

20 ENTREVISTA

"A palavra diretor significa o que manda! E o Diretor de Serviço manda em todo o serviço!" - Manuel Antunes

28 ESTUDO

O custo e a carga da Leucemia Mielóide Aguda em Portugal.

32 INOVAÇÃO

Evolução dos Biossimilares em Portugal.

A revolução no tratamento da alergia.

Projeto-Piloto em marcha: Reumatologistas e Farmacêuticos juntam-se para rastrear medicamentos biológicos.

As poupanças geradas pelos genéricos devem ser canalizadas para financiar inovação.

Saúde: "Um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade" (OMS)

Formação e educação sobre a Dor une profissionais de saúde e utentes. Quatro passos estratégicos para o SNS

A AstraZeneca desafia os limites da Ciência na abordagem terapêutica às doenças respiratórias

42 ATIVIDADES APDH

37ª Participação de Profissionais de Saúde Portugueses em Intercâmbio Europeu.



REVISTA DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA PARA O
DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR

DIRETORA
ANA ESCOVAL

COORDENADORA
MARINA CALDAS

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

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
E SARA ROZMAN

IMPRESSÃO
UE

TIRAGEM
4.000 EXEMPLARES

DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA

PERIODICIDADE
TRIMESTRAL

PROJETO



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

PROPRIEDADE
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O
DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR (APDH)
Gabinete HOPE&IHF Portugal

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

O Coração no Sistema de Saúde

*"Meu filho, escuta as minhas palavras
e presta atenção aos meus conselhos.
Não se afastem deles os teus olhos
e grava-os bem no teu coração.
Pois eles são vida para quem os alcança
e saúde para todas as suas doenças."*

A Bíblia para Todos. Edição Literária (2009) – Provérbios. 4.21-23, p. 1345

O conhecimento de doenças do coração existe desde a antiguidade, pelas mais variadas etiologias, mas a sua sistematização baseada na ciência e técnica de diagnóstico e terapêutica tem lugar a partir do início do século XIX, pela auscultação e percussão, mais tarde, pela mediação dos raios X e da eletrocardiografia, e mais recentemente, por sucessiva inovação tecnológica, que dá lugar à cardiologia de intervenção, de cirurgia e transplantação cardíaca.

A evolução da clínica (facultativa) hospitalar em Portugal compreendeu, no tempo económico dos anos 30, do século XX, o desenvolvimento da medicina social, no âmbito da qual foram criados centros médico-sociais de apoio a pessoas com patologia cardíaca, com o objetivo de abranger sobretudo aquelas menos bafejadas pela condição socioeconómica. Foi neste contexto que surgiu no país o primeiro Centro Médico-Social de Cardiologia de Coimbra, fundado pelo Prof. João Porto, ligado à Faculdade de Medicina de Coimbra (Gonçalves Ferreira, FCG, 2015).

Em 20 de julho de 2018, o Prof. Manuel Antunes profere a sua lição jubilar "Uma Vida de Coração nas Mãos", tendo percorrido um caminho persistente de trabalho de 30 anos de criação e direção do Centro de Cirurgia Cardiorádica do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, justamente, deixando-nos aqui na grande entrevista um abrangente testemunho da cardiologia, da cirurgia cardiorádica e da transplantação

cardíaca em Portugal, do Serviço e Centro de Coimbra por si dirigido, até agora, com indicadores quantitativos e qualitativos inigualáveis, reconhecido no país e internacionalmente como Centro de Referência e, ainda, como um modelo Centro de Responsabilidade Integrada, bem como da sua escolha profissional exclusiva no SNS e intervenção cívica e política.

O termo de carreiras profissionais socialmente sensíveis, como as da saúde, naturalmente, remete-nos, por outro lado, numa abordagem figurada, para um outro importante espaço que se situa "No Coração do hospital", não aquele acompanhado por Jérôme le Maire (2016), mas antes outro, com um intervalo de datação mais longo e desconhecido, que é o do défice de senioridade profissional existente no seio das equipas ou corpos clínicos dos serviços de saúde em Portugal.

Este quadro problemático está intimamente associado à insidiosa progressão da insustentabilidade demográfica da sociotecnia da saúde e manifesta-se há já vários anos nos serviços de saúde, e numa forma mais aguda nas áreas clínicas críticas (urgências médico-cirúrgica e polivalente, emergência, cuidados intensivos, valências altamente diferenciadas), nos indicadores de demora da identificação dos diagnósticos e instituição das terapêuticas adequadas, de sobreconsumos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, índices elevados de iatrogenia e consequente aumento de gastos associados, entre outras.

Presume-se, assim que urja à decisão pública valorizar a criação de condições favoráveis ao ambiente sociotécnico da saúde mais amigável para o patamar da senioridade profissional e, porque não, ponderar também a possibilidade de aumentar o limite de idade da aposentação obrigatória de profissionais que detenham aos setenta anos uma segura experiência de prática clínica e cirúrgica ou de assessoria e direção de serviços.

A Direção

abbvie

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

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

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

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

abbvie.pt





JOÃO MORAIS

Presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia

O estado atual das doenças cardíacas EM PORTUGAL E O IMPACTO SOCIAL

Qual é, em 2018, o estado das doenças cardiovasculares em Portugal?

Portugal faz parte do grupo dos países ocidentais nos quais, de uma forma consistente, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório tem vindo a baixar. Esta redução permite-nos admitir que em poucos anos as doenças do aparelho circulatório possam deixar de ocupar o lugar cimeiro que hoje ocupam o que, aliás, já acontece nos indivíduos do género masculino.

Qual o impacto que as doenças cardiovasculares têm na vida das pessoas?

O impacto é imenso. Para além da elevada mortalidade que ainda apresentam, os doentes com este tipo de doenças têm frequentemente alterações na sua qualidade de vida. Basta lembrar o AVC, em que os sobreviventes, na sua maioria, ficam com sequelas motoras para toda a vida, ou os doentes após enfarte do miocárdio, que ficam com insuficiência cardíaca, para percebermos esse impacto.

Há quem diga que o subfinanciamento que o setor vive, é um problema para quem tem a doença e para quem trata. Como olha para esta realidade?

O subfinanciamento da área da saúde, em especial do SNS, é um problema para todos, tendo-se transformado numa prática corrente. Todos os anos as instituições do SNS recebem dinheiro do Orçamento Geral do Estado, muito abaixo das suas necessidades. Equipamentos obsoletos, falta de recursos humanos, falta de dinheiro para aquisição de material clínico, incapacidade para reabilitar instalações, são problemas sentidos por todos e que os anos da crise fizeram acentuar.

A aposta no futuro para diminuir as doenças cardiovasculares, referem muitos conhecedores do problema, passa por um investimento maior na prevenção e pela adoção de um estilo de vida saudável desde o berço. O caminho é por aqui?

Responder que sim é muito fácil e dizer que mais vale prevenir do que remediar, é uma máxima por todos aceite.



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

Contudo, não podemos esquecer que a prevenção tem resultados visíveis apenas a médio e longo prazo e que no imediato temos de investir no tratamento e na prevenção secundária dos já afetados. A ideia da prevenção não pode ser a capa para justificar menores investimentos. Não estamos em condições de trocar o tratamento pela prevenção, mas claro que temos de aumentar o que se investe nesta área. É conhecido que apenas 1% dos gastos na saúde são para prevenção, um valor irrisório que até nos envergonha no plano internacional.

“Aquele que estuda medicina sem livros, navega em mar aberto, mas também aquele que só estuda e não vê os doentes, na prática nem sequer vai para o mar”. Esta citação que está no site da SPC, de Ricardo Fontes-Carvalho, deixa perceber que há um gap que é obrigatório corrigir?

Esta frase representa um desafio imenso para as novas gerações que acreditam que com as novas tecnologias tudo se vai resolver e até a aprendizagem se vai alterar. O doente está e deve continuar a estar no centro do sistema em que nos situamos. Sem olhar, sem ouvir, e sem tocar nos doentes, dificilmente se pode praticar uma medicina de qualidade e não está ainda no nosso horizonte o dia em que poderia deixar de ser assim. Mesmo quando assistimos ao avanço inexorável da chamada inteligência artificial, ela ainda não consegue substituir a relação médico-doente que continuamos a advogar e temos de continuar a ensinar.

O que nos pode adiantar sobre o Dia Mundial do Coração (29 de Setembro) deste ano?

É ainda cedo, mas posso adiantar que a SPC está a preparar um conjunto de iniciativas que servem de alerta à população em geral e que a leva a pensar na sua saúde cardiovascular.

O Congresso Português de Cardiologia (CPC) 2018 foi um começo, referiram. E disseram também que era um encontro de cardiologistas “sem gravata, sem pasta e com mais vida”. Quer enquadrar a frase?

E acima de tudo mais inclusivo. São expressões que de uma forma simples e direta apontam caminhos. O CPC é um congresso para todos, não só para os cardiologistas, e durante o qual, de uma forma muito informal, é possível produzir e discutir ciência e em que as novas tecnologias são uma tônica dominante. O carácter inclusivo do CPC

permitiu que mais de um milhar de pessoas assistissem a sessões do congresso via web, o que é algo de novo entre nós. O CPC 2019 vai ser mais um grande congresso, estejam atentos às novidades que hão-de chegar.

Entre os temas e assuntos que estiveram na mesa, neste encontro maior da Cardiologia nacional, destaco a “medicina personalizada, os registos, a qualidade em saúde, a morte súbita no desporto, o planeamento avançado na abordagem do doente com insuficiência cardíaca, as novas guidelines para doença coronária estável, a fibrilhação auricular e a arte de partilhar conhecimento.” Quais foram os temas que tiveram mais discussão entre pares? Porque?

O congresso é, por definição, o local certo para a discussão entre pares. O chamado networking é uma realidade crescente e os participantes, em especial os mais jovens, procuram no CPC um local de excelência para a troca de contactos e de experiências. Não é, assim, possível eleger temas, contudo podemos dizer que as grandes prioridades da SPC para a saúde dos portugueses foram os temas de grande destaque. A insuficiência cardíaca e a prevenção da morte súbita foram grandes destaques no congresso, assim como o são no dia-a-dia da SPC. Mais do que destacar temas, importa destacar o CPC como o local de excelência para aprender e ensinar. A Academia Cardiovascular preparou um vasto conjunto de iniciativas formativas que permitiram, em especial aos mais novos, aproveitar o congresso para reforçar a sua formação em áreas específicas.

E quais os que tiveram mais unanimidade de pensamento?

Aqui a resposta é ainda mais difícil. No mundo da ciência, a unanimidade de pensamento é algo muito complexo e difícil de atingir e nem sei se é desejável. A divergência e a controvérsia fazem parte do dia-a-dia e é com base na dúvida permanente que a ciência consegue progredir. Cada vez que questionamos algo, estamos a abrir as portas para novas vias de investigação. Esta é a parte mais fascinante da investigação científica. Contudo é hoje possível encontrar pontos de consenso e de alguma unanimidade de pensamento, traduzidos nos documentos de guidelines que todos devemos seguir na nossa prática diária. Neste domínio, a SPC ao adotar as recomendações europeias da ESC, posiciona-se na vanguarda do conhecimento.

A CADA SEGUNDO A MEDTRONIC **AJUDA A SALVAR DUAS VIDAS NO MUNDO**



Há 20 anos a contribuir para aliviar a dor, restabelecer a saúde e prolongar a vida dos portugueses

Saiba mais em www.medtronic.pt

Medtronic
Further, Together

UC201902527 PTPDF ©Medtronic 2018. All rights reserved. Printed in Portugal.

REVISTA **OHOSPITAL**

**ELISA PEDRO**

Presidente da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica – SPAIC*

A Alergologia e a Imunologia Clínica EM PORTUGAL

O estado atual da Alergologia e Imunologia Clínica em Portugal: as doenças têm aumentado?

As doenças alérgicas têm vindo a aumentar nas últimas décadas e são já um problema de saúde pública, calculando-se que em 2025, mais de 50% da população europeia sofra de algum tipo de alergia. Este aumento deve-se a vários fatores ambientais, como a poluição, o tabagismo, ao aumento da concentração da população em áreas urbanas, com afastamento da natureza e dos espaços verdes, às alterações dos hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade, entre outros. A estes fatores do meio ambiente associa-se o risco genético de cada indivíduo.

As doenças alérgicas afetam cerca de um terço da população (3 milhões de portugueses), as alergias respiratórias e alimentares são cada vez mais frequentes. Dados recentes mostram que em Portugal cerca de 7% da população (700 mil portugueses) e 8,4% das crianças (175 mil crianças e adolescentes) têm asma. A alergia alimentar afeta cerca de 6% das crianças e 2% dos adultos e os casos de anafilaxia provocados por alergia alimentar estão a aumentar na população jovem.

Os tratamentos estão mais eficazes?

No campo dos tratamentos e apesar de não existir cura para a generalidade das doenças alérgicas, têm-se verificado progressos significativos nos últimos anos, com o

desenvolvimento de novos fármacos, terapêuticas mais personalizadas, assim como novas técnicas de diagnóstico, que permitem melhorar a qualidade de vida dos doentes alérgicos de forma muito significativa. Quando indicadas, as vacinas antialérgicas constituem uma forma de tratamento muito eficaz, que se associa a uma redução significativa dos sintomas e são o único tratamento que pode modificar a história natural da doença alérgica. Infelizmente as vacinas antialérgicas deixaram de ser comparticipadas pelo Serviço Nacional de Saúde desde 2011.

Quais as novidades terapêuticas?

O aparecimento dos medicamentos biológicos, produzidos através de métodos de biotecnologia, e formulados para inativar mecanismos específicos de doença, vieram revolucionar o tratamento de diversas doenças imunomediadas, como a asma grave, a urticária crónica e o eczema. Estes medicamentos, de administração endovenosa ou subcutânea, são extremamente eficazes quando indicados.

As dificuldades, os desafios e o que pode ser feito.

Estamos numa fase de grandes descobertas e desafios. A informação e divulgação das doenças alérgicas junto da população é um trabalho que tem vindo a ser feito, mas que deve ser reforçado. Os doentes devem saber valorizar os sintomas alérgicos e recorrer o mais cedo possível

MUNDIPHARMA

ESPÍRITO GUERREIRO, CORAÇÃO PRESTATIVO
E ATITUDE DE DIVERSÃO



Somos uma companhia dedicada às pessoas. No coração de cada decisão que tomamos procuramos melhorar a vida daqueles que precisam mais dos nossos medicamentos, com o firme propósito de deixarmos um sistema de saúde melhor para as futuras gerações.





SPAIC

SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

ao Imunoalergologista, para um diagnóstico precoce e início rápido dos tratamentos especializados, melhorando o prognóstico da doença e a qualidade de vida.

Fale-nos sobre a SPAIC, as suas origens, os objetivos da Sociedade e quem faz parte dela.

Fundada a 10 de julho de 1950 como Sociedade Portuguesa de Alergia, a SPAIC (Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica) é a maior associação científica nacional que agrega especialistas médicos (principalmente Imunoalergologistas), investigadores e técnicos dedicados ao estudo da alergia, asma e imunologia clínica. A Sociedade intervém ativamente em diversos projetos clínicos e de formação, dirigidos à comunidade e organiza e patrocina regularmente programas de formação e desenvolvimento profissional nestas áreas.

Tal como dizem os estatutos, o objetivo da SPAIC é promover e estimular o estudo da Alergologia e Imunologia Clínica e divulgar todas as facetas teóricas e práticas dos conhecimentos acumulados por esta disciplina científica.

É uma das sociedades científicas mais antigas que tem aumentado muito em número de sócios e em dinamismo, sem dúvida devido à participação ativa e continuada de todos os associados e ao trabalho desenvolvido pelas anteriores Direções da SPAIC.

A SPAIC tem duas revistas científicas periódicas: A “Revista Portuguesa de Imunoalergologia” (RPIA), órgão oficial da SPAIC, que se assume como a única revista científica portuguesa dedicada exclusivamente à publicação e divulgação de temas imunoalergológicos e a revista “European Annals of Allergy and Clinical Immunology”, publicada em colaboração com a Associação Italiana de Alergologistas e Imunologistas Hospitalares (AAITO) com uma edição a cada dois meses.

Qual a contribuição que a SPAIC tem tido na saúde portuguesa e que atividades se podem destacar?

A Rede Portuguesa de Aerobiologia (RPA), criada pela SPAIC em 2002, é um serviço público gratuito que permite monitorizar, a nível nacional e de forma contínua, os níveis polínicos e de esporos fúngicos dos principais tipos morfológicos com relevância alergológica e prestar informação sobre os alergénios polínicos mais comuns. Atualmente, a RPA é constituída por 9 estações ou centros de monitorização espalhados pelo continente e ilhas. O boletim polínico da RPA é divulgado semanalmente, através do portal da SPAIC www.spaic.pt ou da RPA www.rpaerobiologia.com, e durante a Primavera é difundido através dos media.

Através dos seus Grupos de Interesse (GI) a SPAIC tem vindo a desenvolver grupos de trabalho em diversas áreas da Imunoalergologia, o que muito tem contribuído para a formação pós-graduada e para a divulgação

das doenças alérgicas e da especialidade junto do público em geral, através da publicação de documentos educativos nas diferentes plataformas de comunicação da SPAIC. O grupo dos Jovens Imunoalergologistas Portugueses (JIP) constituído por internos e jovens especialistas em Imunoalergologia, por exemplo, é bem revelador de que esta tendência para fazer mais e melhor vai continuar, porque são uma enorme fonte de entusiasmo e de ideias. Destacamos ainda as duas reuniões anuais que a SPAIC organiza: A Reunião da Primavera, destinada a todos os sócios com o objetivo de promover a atualização num tema específico em áreas desenvolvidas pelos GI e a Reunião Anual, com um programa científico que envolve a maior participação possível dos associados e GI da SPAIC.

No campo da formação pós-graduada a SPAIC tem promovido cursos de formação especializada para JIPs, exemplo disso é o programa “Physalis” lançado pela anterior direção e que continua neste triénio com a designação “*Physalis Challenge*”. Saliento também os cursos de formação dirigidos à Medicina Geral e Familiar organizados pela SPAIC em colaboração com o Grupo de Doenças Respiratórias (GRESF) da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) e o GI de Cuidados de Saúde Primários.

Criámos e continuamos a desenvolver a plataforma SPAIC-Formação Online, com cursos online dirigidos à MGF, internos em formação e outros profissionais de saúde interessados nas doenças alérgicas.

A SPAIC apoia e promove a realização de estudos multicêntricos nacionais através da criação de registos online na plataforma de gestão de registos e estudos observacionais da SPAIC, com o objetivo de promover a investigação multicêntrica em áreas chave da Imunoalergologia. O primeiro projeto, lançado pela anterior direção, é dedicado à “Anafilaxia”, contamos com a sua implementação bem como a criação de novos projetos.

A SPAIC mantém relações estreitas com outras sociedades científicas congéneres, nacionais e estrangeiras do mesmo ou diferente ramo da ciência, nesse sentido é com orgulho que anunciamos que o próximo congresso anual da European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) se irá realizar em Lisboa, de 1 a 5 de junho 2019 e será presidido pelo Professor Luís Delgado, presidente da anterior direção da SPAIC.

“Da Investigação à prática” é o tema da 39ª Reunião Anual da SPAIC, a realizar de 27 a 30 de Setembro deste ano. Quais os objetivos da 39ª Reunião Anual? Destaca alguma temática?

A reunião anual da SPAIC é o evento mais relevante na área da formação e atualização em Alergologia e Imu-

nologia Clínica em Portugal, que conta sempre com a presença e participação ativa de um grande número de membros da sociedade, vindos de todo o País e com a colaboração de palestrantes convidados vindos do estrangeiro. Este ano a 39ª Reunião Anual da SPAIC é dedicada ao tema “Imunoalergologia: da Investigação à Prática Clínica”.

A Investigação, quer clínica quer fundamental, em Medicina é um importante fator catalisador de desenvolvimento, promovendo boas práticas, disciplinando o pensamento e potenciando o espírito crítico. O objetivo desta reunião é aprofundar o que há de novo em investigação e aplicar esse conhecimento teórico à prática clínica da Imunoalergologia.

Do programa destacamos as conferências que serão proferidas por Carmen Vidal (Espanha) e Isabella Annesi-Maesano (França) sobre “Segurança e qualidade em alergia” e “Exposoma e doença alérgica”, respetivamente; os “Meet the Professor Lunch” com David J. Jackson (UK) e Leif Bjermer (Suécia) sobre “Asma grave”; os cursos teórico-práticos sobre: “Imunoterapia com alérgenos (ITA)” e “Cessação tabágica”; as mesas-redondas sobre: “Avanços em alergia ocular” (mesa redonda SPAIC - Sociedade Portuguesa de Oftalmologia), “Doença alérgica na criança”, “Protocolos multidisciplinares em alergia a fármacos”, “Investigação em alergia cutânea”, “Percursos de investigação” (mesa redonda dos JIPs); os workshops sobre: “Aeroalérgenos e impacto na saúde”, “Diagnóstico molecular em alergia”, “@IT2020 diagnóstico e prescrição de ITA”. Destacamos ainda, a apresentação e discussão interativa de trabalhos científicos selecionados, em sessões de comunicações orais e e-posters.

No decurso da Reunião, iremos organizar em colaboração com o GI de “Asma e Alergia no Desporto” e com o apoio da Associação Portuguesa de Asmáticos (APA), a 3ª Corrida e Caminhada SPAIC – “Que a Asma Não Te Pare”, com o objetivo de chamar à atenção para a importância do desporto nos doentes asmáticos e para a qual contamos com a presença de muitos sócios e população em geral.

Esperamos que a 39ª Reunião Anual da SPAIC seja bastante participada e proporcione uma troca de experiências enriquecedora no âmbito das doenças imunoalérgicas, com especial foco na investigação e na prática clínica.

* (Triénio 2017-2019); Assistente Graduada Sénior de Imunoalergologia do Hospital de Santa Maria – CHLN (Centro Hospitalar Lisboa Norte)



SOFIA CRISÓSTOMO
Membro da Comissão de Revisão
da Lei de Bases da Saúde*

Participação Pública em Saúde

O que mudará na Lei de Bases da Saúde

Desde 2005, está prevista a participação de um representante dos utentes no conselho consultivo de cada hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), cabendo a este conselho acompanhar a atividade do hospital e emitir recomendações com o objetivo de “melhorar o funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis” (Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro). No entanto, a experiência mostra que é necessário dinamizar o papel dos conselhos consultivos dos hospitais como mecanismos de participação pública, assente em 3 vetores de atuação: 1) alteração da periodicidade das reuniões ordinárias de anual para semestral ou, idealmente, até trimestral, 2) articulação com o Gabinete do Utente/Cidadão e as estruturas que visam promover a humanização e a qualidade a nível hospitalar, e 3) inclusão de indicadores de participação nos contratos de gestão. Só através do envolvimento pleno dos membros do conselho consultivo no funcionamento de cada hospital, será possível concretizar o espírito do legislador na criação deste órgão de apoio ao conselho de administração.

É indiscutível o valor da participação dos cidadãos em todas as decisões que os afetam, quer no contexto da prestação individual de cuidados de saúde, quer no âmbito da organização e da gestão dos próprios serviços ou na definição e implementação das políticas e programas de saúde. A Organização Mundial de Saúde defende que a participação é instrumental para centrar a prestação de cuidados de saúde nos cidadãos, contemplando as suas necessidades e preferências, e desta forma alcançar mais e melhores resultados em saúde. Nesta perspetiva, o contributo dos cidadãos é considerado indispensável à tomada de decisão, pois a sua experiência de utilização dos serviços de saúde e/ou de vivência com a doença constitui uma fonte de informação única que urge não desperdiçar e ter em consideração em todos os setores da saúde, incluindo nos hospitais. No entanto, o envolvimento dos cidadãos só será efetivo se todos os atores do sistema de saúde (profissionais, gestores e políticos) estiverem convencidos que este é o caminho a seguir, numa relação que se quer de parceria e de respeito pelo conhecimento que cada um aporta à decisão.

Na mesma linha, o Plano Nacional de Saúde preconiza, desde 2004, a promoção da cidadania em saúde, como um eixo estratégico para maximizar os ganhos em saúde, considerando que os cidadãos, podem e devem ser atores da sua própria saúde e participar nas decisões sobre os cuidados de saúde que lhes são prestados. Este documento refere também a importância do envolvimento dos cidadãos tanto a nível institucional como político, salientando o importante papel e a responsabilidade das organizações de pessoas com doença e de utentes, no que respeita à promoção do envolvimento dos cidadãos e à representação e defesa dos seus direitos, preferências e expectativas.

A composição e a forma como decorreram os trabalhos no seio da Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde refletem o enquadramento mencionado acima, mas também o momento atual, em que tanto se fala de política e serviços de saúde centrados nos cidadãos. Este é um paradigma que começa a concretizar-se através de algumas iniciativas concretas, apesar de ainda pontuais.

No que respeita à participação dos cidadãos e das organizações que os representam, a proposta da Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde concretiza o princípio constitucional de gestão participada do Serviço Nacional de Saúde, no contexto mais alargado da responsabilidade constitucional do Estado em aprofundar a democracia participativa e assegurar e incentivar a participação democrática dos cidadãos. A proposta entregue ao Governo prevê o envolvimento dos cidadãos, tanto na política de saúde, como na gestão do Serviço Nacional de Saúde e nas decisões individuais sobre a saúde e a prestação de cuidados.

Por outro lado, reconhecendo o direito dos cidadãos constituírem entidades que os representem e defendam os seus direitos e interesses, é estabelecido que, nomeadamente, as associações de pessoas com doença, de

cuidadores e de utentes, têm o direito de participar no processo legislativo e respetiva regulamentação, assim como nas consultas e audições públicas, feitas pelo governo e pelo parlamento. Para além disso, devem ser envolvidas pelos órgãos da administração pública, em tudo o que diga respeito aos direitos e interesses das pessoas no contexto da saúde. As suas atividades podem ainda ser apoiadas pelo Estado, em particular no domínio da sensibilização, informação, literacia, prevenção, rastreio, segurança, investigação e formação.

Já o Conselho Nacional de Saúde, manteve-se como órgão independente e consultivo do governo na definição das políticas de saúde e representativo dos interessados no funcionamento do sistema de saúde, incluindo, nomeadamente, representantes das pessoas em contexto de saúde. Este conselho previsto desde 1990, só entrou em funcionamento em 2017, pelo que importa consolidar esta experiência participativa por excelência. Fica para a regulamentação a instituição dos mecanismos que garantam a promoção dos princípios que consideramos fundamentais em órgãos desta natureza (representatividade, diversidade, paridade, e transparência, etc.), em linha com o que se encontra estabelecido na Carta para a Participação Pública em Saúde.

Se vier a ser aprovada uma nova Lei de Bases da Saúde, o desafio seguinte será o de envolver os cidadãos e as organizações que os representam, nas restantes fases do processo de decisão – regulamentação, implementação e avaliação – na linha das recomendações emanadas por várias instâncias internacionais (Conselho da Europa, OMS, OCDE, UE), isto é, em todas as fases do processo de decisão.

***Co-coordenadora da iniciativa MAIS PARTICIPAÇÃO melhor saúde**



Somos Arnaut!

António Arnaut será sempre lembrado como uma das figuras nacionais que mais responsabilidades tem na evolução positiva da Saúde dos portugueses. E, por isso, Somos Todos Arnaut!

E, por isso também, nunca é demais lembrar o Homem, as suas Ideias e os seus Ideais!

No nº 17 da revista O Hospital apresentámos diversas e diferentes análises sobre a vida e a obra do “pai” do SNS, por outras tantas personalidades da vida pública e política nacional. Infelizmente, e por erro de impressão, o texto assinado pela Professora Ana Escoval, presidente do CA do CHLC, saiu com erro (repetição de parágrafo) pelo que a redação de O Hospital pede desculpas e, por isso, repetimos o texto na íntegra. Agora, sem falha nem erro.

“Um humanista, um visionário,
um exemplo de tenacidade e de honestidade”



ANA ESCOVAL*

Uma breve leitura biográfica mostra que António Duarte Arnaut nasceu em Cumeeira, concelho de Penela, a 28 de janeiro de 1936, e faleceu em Coimbra, a 21 de maio de 2018. Que foi um advogado e político português, que ocupou os mais nobres e elevados cargos, quer na vida política, quer profissional ou social. E que foi agraciado com a Ordem da Liberdade, por duas vezes, na primeira com o Grau de Grande-Oficial (no 30º aniversário da Revolução de Abril), e na segunda com o Grau de Grã-Mestre (no dia da Saúde em 2016). Mas o que mais gosto... o que gosto efetivamente e não me canso de ler e tive oportunidade de o conhecer, é que ele foi um humanista, um visionário, um exemplo de tenacidade e honestidade. “Lutador pela liberdade e pela democracia. Criador do SNS”, nas palavras de Marcelo Rebelo de Sousa.

Nas palavras de João Semedo, co-autor no livro que ambos publicaram, com o título Salvar o SNS (2018), “Arnaud foi um insubmisso e permanente lutador pela liberdade, pela igualdade e pela justiça social. Arnaut dizia-se teimoso”.

Conjuntamente, naquele livro, afirmaram que: “Se nada for feito para sustentar e inverter esta curva descendente, o SNS deixará de ter condições para continuar a ser o garante do direito à saúde e, onde hoje temos um direito reconhecido e consagrado, passaremos a ter apenas negócio e nada mais do que negócio. Não permitiremos que a saúde deixe de ser um direito para se converter e degenerar num grande negócio.”

No recente Congresso da FSNS (a sua/nossa Fundação, pois foi também uma das 100 personalidades que se constituíram enquanto sócios subscritores e, que é uma iniciativa de cidadania responsável e independente), enviou uma mensagem onde afirmava que há condições políticas para que “possamos todos voltar a ter orgulho” no sistema e que “é preciso reconduzir o SNS à sua matriz constitucional e humanista”.

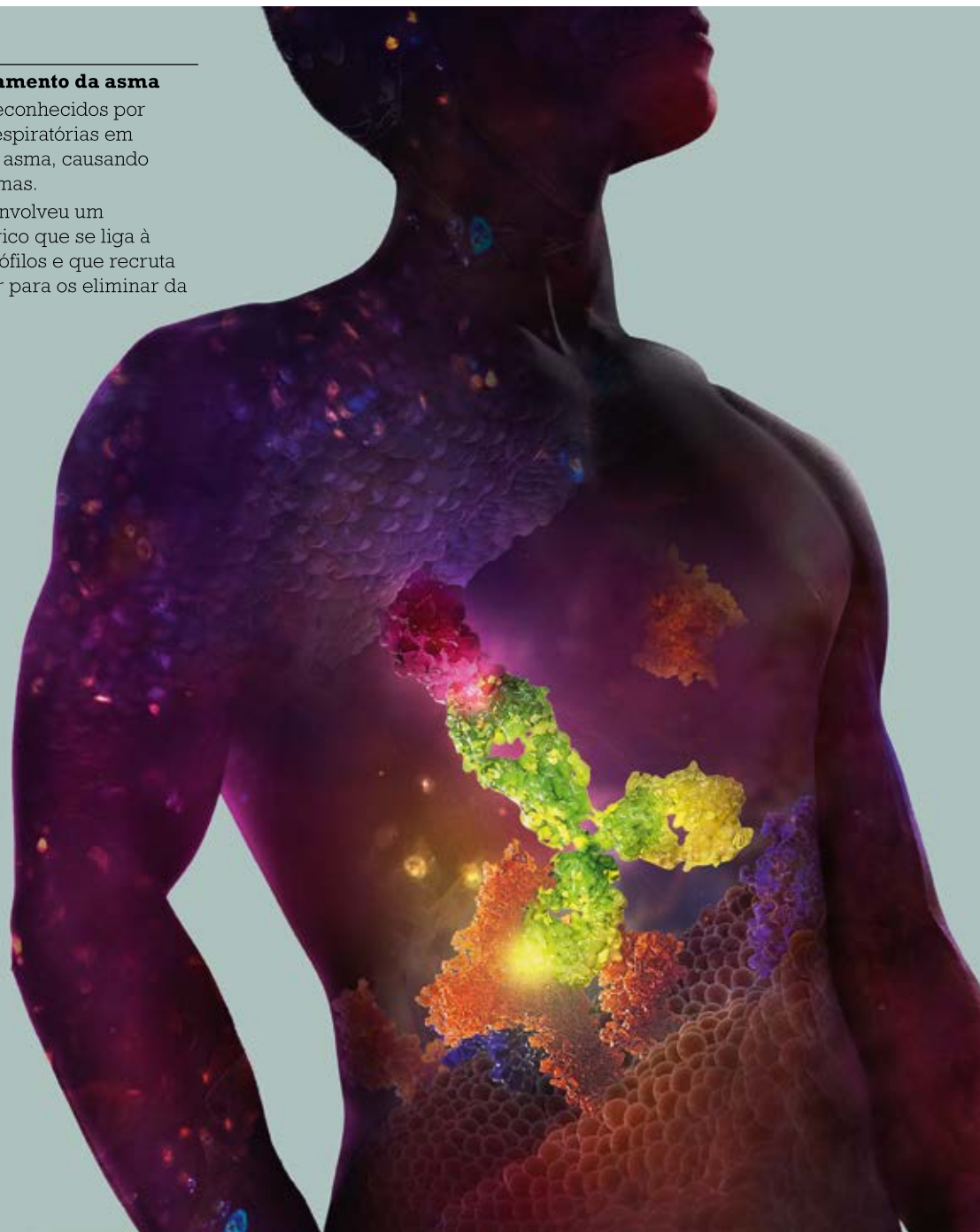
Manuel Alegre, sobre Arnaut, defende que para respeitar verdadeiramente o seu legado é preciso continuar a discussão que ele queria que fizéssemos sobre o SNS, sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Estado e sobre

What science can do

Biológicos no tratamento da asma

Os eosinófilos são reconhecidos por infiltrarem as vias respiratórias em alguns doentes com asma, causando inflamação nas mesmas.

A AstraZeneca desenvolveu um medicamento biológico que se liga à superfície dos eosinófilos e que recruta células *natural killer* para os eliminar da circulação.



a importância da ética no desempenho de cargos públicos.

A grandeza do seu ser pode apreciar-se através desta citação: “Não me conformo com as pequenas injustiças. Aceito as grandes, porque são inevitáveis, como as catástrofes, e atestam a impotência dos deuses. Aquela criança, descalça, apenas precisava de uns sapatos. Se tivesse nascido sem pés, não era tão grande a minha revolta.” in ‘As Noites Afluentes’.

Reconhecimento

Com a humildade que lhe era conhecida, deveria considerar que recebeu em vida o reconhecimento que pensava dever ter. E isso é muito importante. Sentir a inquietude permanente que ele nos transmitia e acreditar no valor de tudo o que recebia, sem esperar para além daquilo que os demais podem dar, decerto o tranquilizava.

Era frontal, expunha-se - mais na política do que na poesia - e isso, a par da sua luta incessante pela redução das desigualdades, talvez tenha deixado alguma homenagem e louvor pelo caminho. Mas a força que os portugueses lhe transmitiam através do reconhecimento pela criação do SNS e o guindar de Portugal a lugares cimeiros nos indicadores de saúde, decerto ultrapassavam qualquer omissão mundana cometida.

Determinação é o que o identifica

Transcrevo aqui, excertos da entrevista dada enquanto testemunho para o IV Congresso Internacional dos Hospitais (2014), organizado pela APDH, associação que fomos criando a partir de 2000 e que contou sempre com o seu abnegado e disponível contributo e, na qual, podemos através das suas palavras ver como se escalam montanhas.

Afirma ali que “Estes 35 anos foram muito difíceis. Difíceis porque... começou logo na aprovação da lei - isso tem que se dizer porque faz parte da estória - os partidos da direita votaram contra na votação final global e, hoje os partidos da direita ou do centro direita, como lhe queiram chamar, refiro-me concretamente ao PSD e ao CDS - é preciso dar nome às coisas - já defendem o SNS e eu costumo dizer às vezes que - e digo agora, que o grande feito do SNS não foi apenas ter alterado substancialmente os nossos indicadores sanitários, fazendo com que nós passássemos dos do fundo da tabela para os primeiros lugares da tabela do ranking mundial, como se sabe. Somos hoje dos países que tem dos melhores Serviços Nacionais de Saúde e que menos gasta por pessoa no seu SNS, mas para chegarmos aqui, de facto, foi

preciso muita dificuldade. Foi preciso vencer muitos obstáculos - foi preciso dobrar o cabo e nós dobramos o cabo!”, referindo-se decerto ao Cabo da Boa Esperança.

Mas afirma de forma mais enérgica ainda que “Eu costumava dizer, o SNS está a ser feito e desfeito todos os dias. Porquê? Porque está a ser feito por aqueles que o defendem, pelo povo, pelos trabalhadores portugueses que o querem, pela grande maioria, das forças políticas e sociais que o querem. Mas há um grupo restrito, a direita dos interesses, os grandes interesses económicos, que veem na saúde uma verdadeira mercadoria”.

Cresci profissionalmente com o SNS e, com António Arnaut, também aprendi que a teimosia e determinação são fundamentais para nunca desistirmos daquilo que é importante - as pessoas.

António Arnaut, poeta, decerto diria “estou sempre à procura de um verso que nunca se encontra”.

Salvar o SNS

Segundo António Arnaut - é preciso reconduzir o SNS à sua matriz constitucional e humanista. E se entre nós permanecer uma filosofia neoliberal, será a destruição do Estado Social, que reduzirá o SNS a um serviço residual para os pobres.

Verifica-se na sociedade portuguesa um amplo consenso sobre a indispensabilidade do SNS, como garante, em primeira linha, do direito fundamental à saúde, mas importa dar voz às pessoas e fazer-se um grande debate nacional e uma ampla mobilização cidadã e esperar que a nova Lei de Bases da Saúde venha apoiar este processo.

Será por isso necessário aprofundar cada vez mais as estratégias da saúde centradas nas pessoas, promovendo políticas de promoção e prevenção da saúde que visem a integração e adequação das respostas às reais necessidades dos cidadãos. Importa, por isso, trabalhar ativamente na participação do cidadão no seu processo de cuidados, através da ativação das pessoas e do aumento da sua literacia. Importa também a valorização dos profissionais, a par da humildade suficiente por parte dos políticos para saberem que só com um SNS, que garanta a universalidade e a equidade no acesso aos cuidados de saúde, poderemos continuar a ser um país global, independente, produtivo e sustentável.

***Presidente do CA do CHLC**



No III Congresso Nacional da Fundação SNS, realizado em Coimbra entre 18 e 19 de maio, sob o lema “Gestão Descentralizada e participada no SNS”, António Arnaut estava já bastante doente e, como tal, impossibilitado de comparecer fisicamente num encontro que considerava tão importante pelo peso institucional que o evento tem.

Em todo o caso, e como personalidade que não faltava aos seus deveres cívicos em nenhuma circunstância, fez questão de enviar um texto ao Congresso que é um documento único e onde estão mensagens muito importantes sobre e para o Futuro da Saúde em Portugal.

Com o consentimento da direção da Fundação SNS, O Hospital publica, na íntegra, a mensagem de António Arnaut. A sua última mensagem ...

*Senhor Presidente do Congresso,
Senhores congressistas e convidados*

Não podendo estar convosco, felicito a organização e todos os participantes por esta jornada em defesa do Serviço Nacional de Saúde.

Como todos sabemos, os meus amigos como profissionais e eu como utente, o nosso SNS atravessa um tempo de grandes dificuldades que, se não forem atalhadas rapidamente podem levar ao seu colapso. E tudo em consequência de anos sucessivos de sub-financiamento e de uma política privatizadora e predadora resultante da Lei 48/90, ainda em vigor, que substituiu a lei fundadora de 1979. A destruição das carreiras depois de tantos anos de luta, iniciada em 1961, foi o rombo mais profundo causado ao SNS.

Sem carreiras, que pressupõem a entrada por concurso, a formação permanente, a progressão por mérito e um vencimento adequado, que há muito defendo seja igual aos dos juízes, não há Serviço Nacional de Saúde digno deste nome. A expansão do sector privado, verificada nos últimos anos, deveu-se a esta desestruturação e ao facto de a Lei 48/90 considerar o SNS como um

qualquer sub-sistema, presente no “mercado” em livre concorrência com o sector mercantil. É a filosofia neoliberal que visou a destruição do Estado Social e reduziu o SNS a um serviço residual para os pobres.

É preciso reconduzir o SNS à sua matriz constitucional e humanista. Há agora condições políticas e parlamentares para realizar essa tarefa patriótica e o governo propôs-se fazê-lo. A realização de iniciativas como este Congresso são uma forma legítima e democrática de chamar a atenção do governo para que cumpra o seu dever. Aliás, parece verificar-se um amplo consenso nacional sobre a indispensabilidade do SNS, como garante, em primeira linha, do direito fundamental à saúde.

Faço votos para uma profícua discussão sobre esta temática e que, no final, resulte um contributo substantivo em defesa da consolidação do SNS, para que nos 40 anos desta grande reforma possamos todos voltar a ter orgulho no nosso SNS.

*Vosso
António Arnaut
Coimbra, 18 de maio de 2018*

Manuel Antunes, 70 anos e 45 mil corações nas mãos:

“A palavra diretor significa o que manda! E o diretor de serviço manda em todo o serviço!”

ENTREVISTA: Marina Caldas
FOTOGRAFIA: Pedro Mensurado

Setenta anos de idade, 35 dos quais dedicados em exclusividade ao SNS.

Falamos de Manuel Antunes, cirurgião cardiotorácico de Coimbra, que em julho passado deixou o Centro Integrado de Cirurgia Cardiotorácica que criou e dirigiu, também em Coimbra, e onde operou e transplantou 45 mil corações.

Agora, colocam-se novos desafios a este cirurgião que quer continuar a operar, mas que reconhece que tem de abrandar e dar mais tempo à família. Sendo um homem da Ciência é também um homem de e com Fé, porque, diz “Há coisas que a Ciência não explica” e já viveu situações em que percebeu que teve “uma mãozinha”.

Trabalhou com vários ministros e, sendo ele PSD, acabou por confessar que foi mais fácil trabalhar com os socialistas. Sobre os ministros da Saúde com quem se entendeu melhor, refere três: Leonor Beleza; Maria de Belém Roseira e Adalberto Campos Fernandes.

Ainda não fez planos para o futuro que agora começa, mas sabe que quer escrever – só falta decidir quando e o quê. E quer também ir até outros locais do Planeta em trabalho humanitário, como já fazia antes.

Leia a entrevista na íntegra aqui, na revista O Hospital, ou veja o vídeo no site da APDH.

Em 2001 lançou um livro que foi uma “pedra no charco” e que scandalizou muita gente. Chamava-se a “Doença da Saúde. SNS: Ineficiência e Desperdício” e o que me lembro ainda é uma frase muito interessante. Dizia que bastava uma hora a mais de trabalho do bloco operatório para que as listas de espera reduzissem...

Se anulassem.

Se anulassem. Muita coisa mudou. Ainda não conseguimos reduzir as listas de espera, mesmo com mais horas no bloco?

Eu não sei se se fazem mais horas no bloco hoje, mas voltando à primeira parte da sua pergunta, é evidente que as coisas modificaram-se muito e para melhor! Se não fosse assim estávamos muito mal. A sociedade também se modificou e vai-se tornando cada vez mais exigente. Agora, o que temos de saber é se esta melhoria corresponde ao crescimento das expectativas da população.

Fazem-se mais cirurgias, fazem-se mais consultas, mas também há mais pessoal na saúde. E, portanto, se fizermos as contas vemos que, provavelmente, não aumentámos o rendimento e, portanto, continuo a dizer que existe pouca produtividade e muita ineficiência.

E já se passaram 18 anos. Penso que nunca se foi ao fundo da questão. Tem-se feito pequenas alterações cosméticas -muito profiláticas- que não tiveram um sucesso significativo. E este problema só se resolve com uma reformulação completa do sistema de trabalho dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos.

Eu não quero pôr os médicos acima dos outros profissionais de saúde, porque todos fazemos parte de um grupo de trabalho, todos são importantes (costumo dizer que sou tão importante como o meu sapateiro porque eu não poderia estar a dar esta entrevista descalço), mas os médicos têm a responsabilidade primária daquilo que se faz. E os blocos operatórios estão ainda subaproveitados. Muito subaproveitados.

Por outro lado, há muitas ineficiências, porque trabalhando nós com equipas multidisciplinares cada um está à espera que o outro dê o passo seguinte e ninguém dá dois passos ao mesmo tempo.

É um problema cultural que faz com que o nosso país, na média da UE, a 28 e numa escala com padrão 100%, Portugal anda nos setenta e pouco. E países como a Alemanha e Suécia estão nos cento e vinte, o que significa que nós estamos muito abaixo da média, em produtividade.

Claro que as contas podem ser feitas de muitas maneiras e quando estamos a falar numa entrevista destas sai muita coisa que não está perfeitamente quantificada. Sei que é difícil de quantificar as coisas, mas temos que olhar para o que passa à nossa volta. Nesses dados da UE relativos a Portugal, o desperdício era de 25%. Eu não tinha feito as contas, mas trabalhando, em média, 12 horas por dia num serviço tinha uma noção da realidade. E mesmo estando num serviço que é altamente produtivo olhando para o que se passava à minha volta, eu dizia temos 25% de desperdício. Aliás, há meia dúzia de anos houve uma auditoria ao SNS feita ao Tribunal de Contas e falava-se em 27%.



**“É NECESSÁRIA A REFORMULAÇÃO COMPLETA
DO SISTEMA DE TRABALHO
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE,
ESPECIALMENTE DOS MÉDICOS.”**



“OS BLOCOS OPERATÓRIOS ESTÃO AINDA SUBAPROVEITADOS. MUITO SUBAPROVEITADOS.”

Quem está todo o dia, e todos os dias no serviço, e tem os olhos abertos, sabe o que se passa à sua volta e não precisa de fazer muitas contas. É evidente que os pormenores depois têm que ser acertados por quem faz contas.

Mas esse é o regime de trabalho que nós temos. Eu não sei quais são os números hoje, mas eu diria que 80 e muitos por cento dos médicos que trabalham no serviço público também trabalham no privado. Eu não estou contra quem trabalha no privado - pessoalmente escolhi estar sempre em exclusividade porque me pareceu que isso me libertava de conflitos de interesse - e é óbvio que há muito desperdício em Coimbra, que é uma cidade pequena. Talvez não tanto como em Lisboa, mas repare: um médico que trabalhe num hospital público na capital, e que tenha o seu consultório ou a clínica privada do outro lado do Tejo, são duas horas para lá e duas horas para cá só no trânsito. E, logo aí, há muito desperdício das pessoas para além dos conflitos de interesse, naturais. Portanto não sou contra os que trabalham no privado, mas penso que se deveriam definir muito bem quais as regras do jogo, para que não fique o melhor aqui e o pior ali. Ou então para que o melhor, que começou aqui, quando deixou de ser tão bom vá para outro lado.

Ao ter escolhido trabalhar no SNS, em exclusividade (e sabemos que o senhor é uma pessoa que vem de uma família não muito rica...)

Absolutamente modesta.

A pergunta é: enriqueceu no SNS?

Não, como é evidente! Eu ganho exatamente o que ganha qualquer outro médico. O meu primeiro posto é professor universitário e ganho pela tabela, sou professor catedrático...estava no topo dos escalões e posso até dizer que o vencimento bruto eram 5.400 euros (ao fim de uma vida de trabalho). Depois, porque estava nos 48% de IRS e com a sobretaxa que tivemos de 51,5% ...metade ficava logo nos impostos, sem contar com os descontos para a ADSE e outro. Portanto, se eu fizesse duas operações por semana, num mês na privada, ganhava tanto como o valor que levava para

casa, estando no público, isto na base. Claro que o meu ordenado não ficava por aí porque eu trabalhava, 75 ou 80 horas por semana e essas horas sempre me foram pagas e nunca ninguém regateou isso. Foi um compromisso que foi assumido no início e foi mantido, comigo e com o restante pessoal do serviço.

O que acontece é que tenho um mealheiro que não está muito mau porque eu trabalhei, trabalhei e trabalhei e nunca tive tempo para gastar. E nunca me queixei a ninguém do que ganhava. Nunca ninguém me ouviu queixar, pelo contrário.

No fundo, enriquecer nunca foi a minha ambição e o estar em exclusividade, tem vantagens. Primeiro estou cá sempre o que significa que tenho um controlo absoluto naquilo que a ciência e o conhecimento me permite sobre os doentes que opero e trato. Em segundo lugar porque a responsabilidade pode ser dividida. Eu trabalho numa equipa e apesar de os doentes dizerem “eu sou doente do Dr. Manuel Antunes” não são meus, mas da equipa.

Enquanto eu cá estive - e hoje é igual - nenhum cirurgião sabia qual o doente ia operar no dia seguinte. Operava quem estava disponível e quem eu entendia que estava em condições de fazer esse tipo de intervenção. Essa responsabilidade permitia-me, por exemplo, eu estar na sala de operações a operar um doente e antes de ele sair do bloco eu meter-me no carro para Lisboa e apanhar um avião para um congresso qualquer no estrangeiro. Para férias não fazia isso, mas quando eu vou a um congresso vou em trabalho e isso faz parte do meu trabalho. E essa possibilidade - tendo por base a equipa - é uma vantagem que não se tem no privado.

Há quem diga até que os privados estão a evoluir mais do que os públicos e que os públicos estão a esvaziar-se, no que se refere a qualidade clínica. Sente este “esvaziamento” dos hospitais do SNS?

Eu sempre resisti, mas tive inúmeros convites para sair do SNS para os privados e, como sabe, os privados têm grande robustez financeira. É como nos clubes de futebol, quando

se quer contratar um jogador bom para a nossa equipa paga-se o que ele vale no mercado. E, portanto, eles usam essa capacidade financeira o que é absolutamente normal.

Se eu fosse dono de uma empresa privada também faria isso. E, portanto, eles escolhem os melhores e pagam certamente muito melhor do que paga o Estado. E não podemos esquecer que, hoje, um terço da atividade de prestação de cuidados de saúde está, mais ou menos, na mão dos privados. E esse terço, na grande maioria, representa pessoas que têm seguros e outros esquemas de seguros de saúde de cuidados de saúde. Quando vamos ao privado esperamos ser atendidos àquela hora, por aquele médico e, portanto, isso é logo uma vantagem que o SNS nunca pode dar.

Eu costumo dizer que não há volta a dar: o sistema privado vai aumentar e não vejo isso como uma coisa má, porque o país nunca vai ter recursos para prestar 100 % dos cuidados a 100 % da população no setor público. Aliás, há um relatório da OMS já com alguns anos que diz isto mesmo: nenhum país tem capacidade de tratar 100% dos doentes, 100% gratuitamente e 100% a tempo e horas e, nesse sentido, o sistema privado vai sempre constituir um complemento. Eu posso agora dizer que se quiser continuar a trabalhar naquilo que sei e gosto de fazer (que é operar e ver doentes) tenho que ir para o privado.

Vai para o privado, então?

Por força da lei, quando fiz 70 anos fiquei impedido de continuar a fazer aquilo que estava a fazer, que sempre fiz na minha vida e, como sabe, eu praticamente nunca tive vida privada. Tenho a minha vida familiar e para além disso mais nada. Portanto, dediquei-me sempre ao público. Com a idade que tenho isso deixou de ser permitido.

Ora, eu sinto-me física e psicologicamente capaz de continuar a fazer cirurgia. Não com o intuito que poderia transparecer de uma pergunta sua há pouco de ganhar uns dinheiros agora - mas porque acho que tenho condições e conhecimento suficientes que nem todos os colegas à minha volta têm (porque são mais novos, têm menos experiência, etc.). Portanto essa experiência tem que contar... e pode continuar a beneficiar os doentes do País que me venham a procurar nesse sentido. Eventualmente até poderá haver colaborações - se a lei for modificada - com o SNS.

Não tenho a certeza se vou, ou não, para o privado. Tenho vontade de não ficar parado. Isso para mim significa continuar a trabalhar na minha área de especialidade. Eu posso escrever um bocadinho mais. Posso passar outra vez a escrever artigos para jornais, posso escrever outro livro, enfim a hipótese de fazer outras coisas existe. Posso fazer mais ações humanitárias - que é uma área que eu tenho trabalhado e que quero intensificar - e tenho convites para outros países até, para o estrangeiro.

Gostava de ir para o estrangeiro nesta fase da vida?

Emigrar não! Tenho um colega do Brasil, em S. Paulo, do maior centro de cirurgia cardíaca de S. Paulo, que disse: "Manuel, não arranja uma semana por mês para vir aqui dar

aulas e ajudar numas cirurgias e fazer umas demonstrações?". E eu disse "Oh Fábio" - e estou a citar nomes verdadeiros - uma semana por mês não, mas três semanas cada três meses, sim". Estas coisas vão, certamente, manter-me ocupado. Ocupado física e psicologicamente. E é muito importante que as pessoas tenham a mente a trabalhar; se assim não for desaparecem.

De certeza que o Professor Manuel Antunes ficará para a História da cirurgia cardiotorácica em Portugal. Não há dúvidas. Mas sabe certamente que nestes 35 anos criou muitas "guerras" e houve muitos atritos contra aquilo que seria o seu "mau feitio". Reconhece que tem "mau feitio"?

Rejeito a ideia que criei guerras porque nunca ninguém me viu, publicamente, criticar algum dos meus colegas de profissão - quer fosse médico em geral ou cirurgião cardiotorácico. Cada um de nós tem o seu ADN e as suas próprias características.

Agora, parece que nestes anos muita gente se sentiu incomodada com a maneira como eu organizava o meu cantinho...o que eu acho estranho, porque eu estou no meu cantinho, nunca interfeiri com os cantinhos dos outros. Além disso, sempre tornei pública a maneira como fazíamos o nosso trabalho e sinto que, realmente, tive algum impacto neste País! É o que eu chamo de "efeito de arrasto", porque a partir de determinada altura começou-se a dizer: "se o Manuel Antunes pode fazer eu também posso"; "se o Manuel Antunes pode fazer isto assim eu também quero fazer". E nós, aqui em Coimbra, nunca fomos tratados de maneira especial.

Há mais dois colegas, diretores de serviço da cirurgia cardiotorácica que estão em exclusividade, e, portanto, eles ganharão tanto como eu, porque têm o sistema de horas de distribuição mais ou menos idêntica. Portanto ganham tanto como eu; agora, a maneira como orientam o trabalho é que pode ser diferente. Eu, como diretor de serviço, acho que a palavra diretor quer dizer "é o que manda", e se é diretor de serviço manda em todo o serviço.

Ainda há pouco tempo, houve um colega que se intitulava apenas como diretor dos médicos. De facto, foi isso que acabou por acontecer e aconteceu de duas maneiras: Primeiro porque a lei não é clara no que diz respeito a isso e, volto a dizer, que um diretor é o comandante e ponto final. Há um comandante que, neste campo, é o médico.

Os outros profissionais de saúde também têm as suas responsabilidades específicas e sempre assumi isto assim. Também é verdade que comandar esta tropa toda, já que fala em guerra, dá muito trabalho e muitos diretores de serviço não estão para isso. A senhora sabe quanto é que ganha, a mais, um médico que passe a diretor de serviço? Cerca de 250 euros e, portanto, por 250 euros, eu vou lá fora, dou duas consultas, e ganho até mais e não estou para me aborrecer! E usando até uma palavra menos apropriada: ser um diretor de serviço porreiro é muito fácil!

Portanto este "mau feitio" vem desta necessidade que eu tenho do controlo absoluto com a responsabilização de outros, mas também passando responsabilidades para outros. Quer para outros médicos quer para os outros profissionais à volta. Agora, tenho a certeza de uma coisa: nunca

fui mais exigente para os outros do que fui para mim. Agora esse “feitiozinho” - que até o próprio ministro da saúde referiu - num discurso muito favorável que me fez, para dizer o mínimo - deixa-me tranquilo.

Deixa Escola feita em Coimbra?

Não tenho qualquer dúvida sobre isso. Não só em Coimbra, mas em Portugal! Modéstia a parte, claro! A cirurgia cardíaca moderna começou em 1953, tem, portanto, 65 anos. Eu tenho 42 anos de 65 anos e isso dá dois terços. Eu contribuí realmente para a sua construção. Não só fui testemunha da história da evolução da cirurgia cardíaca na sua fase adulta. O primeiro terço de vida foi na infância e eu estive lá e contribuí... com pequenas coisas, é certo ...não me rogo o direito, ou sequer a ambição, de vir a ter algum Prémio Nobel, mas tive pequenas contribuições, aqui e além.

Tenho 420 trabalhos publicados em meu nome, muitos com contribuições primárias de outros colegas dos serviços, que já contam com mais de 12.500 citações e, portanto, são lidas... e isso é formação, é ensino! Cada vez que eu hoje vou apresentar uma palestra já vou como convidado. Daqui a cinco dias, por exemplo, estarei em Munique, no Congresso Europeu de Cardiologia, para desenvolver um determinado tema sobre o qual fui reconhecido. Portanto, toda a gente que está aqui aprendeu muito porque estudou e viu nos livros, mas, também, aprendeu pelo que me viu fazer, com aquilo que viu. Portanto não tenho nenhum problema em aceitar esse adjetivo de criar escola aqui. Criei sim!

Quem é o seu sucessor? Quem é que formou para o substituir?

Deixei quatro doutorados; um outro prestes a fazer a sua tese de doutoramento e outros prestes a entrar... Portanto nesse aspeto, em termos escolares, isto é um serviço académico ligado à Universidade de Coimbra (trago aqui o emblema) e, por isso, o serviço tem uma função que é fundamental na prestação de cuidados de saúde, mas muito bem integrados na sua função de formação, pré e pós-graduada. Portanto, deixámos gente.

Neste momento está nomeado interinamente um colega que é o mais antigo do serviço e que a administração deste hospital decidiu. Eu não tive nenhuma interferência nisso o que é mau...

Gostava de ter tido uma palavra a dizer?

Ouçá: trabalhei aqui, neste serviço, 12 horas por dia durante 30 anos seguidos... Doze operações por mês...

Eu era, certamente, neste País a pessoa mais qualificada para dizer quem é que estava em condições para tomar conta do serviço.

Mas concordou com a tomada de posição?

Não tenho que concordar ou discordar. A partir do momento em que não sou ouvido, não tenho que concordar ou não, porque se eu disser que concordei com este estaria a dizer que não concordaria com outros que estariam em condições. Não ponho a questão dessa maneira porque es-

tamos a conversar um mês depois de eu ter saído; estamos a falar dentro das instalações do serviço com consentimento do atual diretor interino do serviço. Daqui a uns meses, vai haver um concurso internacional e até pode vir alguém de fora do país tomar conta do serviço...e eu não penso que seja uma boa solução, a não ser que venha alguém que seja o melhor de todos, como é evidente.

Agora, os da casa sabem sempre melhor como é que a casa funciona, não é? E eu espero que a solução venha a ser completamente pacífica.

Ao longo destes anos conviveu com muitos ministros da Saúde. Qual foi o Ministro com quem mais gostou de trabalhar?

Trabalhei, de facto, com vários ministros e cada um deles tinha características específicas e diferentes. Uns estiveram mais tempo que outros no cargo e é natural que com os que estiveram mais tempo tenha estabelecido uma relação de trabalho mais “cimentada”. Com alguns, parti de uma base de confiança já estabelecida e, com outros, essa relação foi sendo construída, progressivamente. E quero deixar bem vincado que apesar de ser bem conhecida a minha orientação política nunca tive nenhum problema a esse nível. De facto, se calhar, se tivesse que nomear uma pessoa e eu vou pedir-lhe desculpa para não o fazer... até poderia dizer que com os responsáveis da área socialista tive melhores relações do que com os que do PSD.

Vou nomear três: A minha vinda para Coimbra não foi nem política ou organicamente muito fácil porque, como todos sabem, estamos numa Universidade muito tradicional e chegar uma pessoa de fora e, ainda por cima, “destronar” alguém que já cá estava foi muito difícil. Nesse sentido, o papel da Dra. Leonor Beleza foi real e definitivo. Por isso, quando pensei em alguém para escrever o prefácio para o meu livro foi a ela que recorri.

Depois o serviço transformou-se num Centro de Responsabilidade Integrada, tendo por base num decreto-de-lei que foi modificado pela Dra. Maria de Belém Roseira com quem, ainda hoje, tenho uma relação muito próxima. Só não chega ao “tu-cá-tu-lá” porque tenho muito respeito pela senhora. Ela esteve nas várias homenagens que me foram prestadas e veio também à minha última lição.

O terceiro ministro com quem convivi muito bem é o atual responsável pela pasta da Saúde, Dr. Adalberto Campos Fernandes, que é uma personalidade que eu já conhecia bem. Ele era Professor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a convite dele e da Professora Ana Escoval fui muitas vezes fazer lições para mestrados e outras coisas. E ele fazia sempre questão de estar sentado na mesa. E não tinha que haver ninguém sentado na mesa, mas ele sentava-se e participava na discussão final. Portanto, foi uma pessoa com quem tive uma relação de trabalho muito gratificante. Com quem foi fácil de trabalhar.

Enfim, cada um de nós tem os seus pontos de vista, mas eu penso que é mais aquilo com o que concordamos do que aquilo com que discordamos. O que falta saber é se o atual ministro tem conseguido fazer aquilo a que se propunha fazer e com o qual todos concordamos que devia ser feito.

Isso é outra coisa e, nesse campo, podem existir dúvidas. Em conclusão: eu consegui, realmente, estabelecer (com uma exceção rara), uma relação de trabalho - mais ou menos profunda - com todos os ministros e, portanto, sinto-me honrado em ter trabalhado com muitos. De alguns naturalmente que gostei mais do que de outros, mas é assim a vida.

Sendo o senhor um homem da Ciência pura, e tendo estado toda a vida ligado à Medicina, deixa-nos desconcertados quando diz que acredita em algo superior...

Em Deus!

Em Deus. Como é que um homem da Ciência pura...

Não vejo nenhum conflito! Há pessoas que consideram que há conflito e eu respeito a opinião dos outros, mas eu fui criado, desde pequenino, a acreditar num ser superior que tem algum tipo de comando sobre isto tudo. Claro que a maior parte das vezes as pessoas pensam que Deus nesse comando deveria fazer aquilo que lhes agrada e que lhes dava jeito. E Ele (ou Ela) provavelmente terá os seus próprios desígnios que não são correspondentes aos de cada um de nós. Eu respeito isso e acredito firmemente que existe Deus, porque há muitas coisas que a Ciência não pode explicar.

Na sua prática clínica alguma vez sentiu essa força externa?

Senti que pelo menos tive uma ajudinha! Uma ajudinha do tipo de um clarão que veio de repente. Nós, cirurgiões e médicos, passamos por fases que são muito críticas e, por vezes, não sabemos bem como vai ser. Eu sofri um acidente de viação bastante grave (passei aí 120 km/h, a dormir, num túnel das portagens numa autoestrada. E já lá morreu mui-

ta gente que chocou contra os separadores centrais e contra as cabines. Já morreram até cobradores). E eu passei lá, pelo meio, e fui bater com um carro que ia lá mais à frente. O meu carro ficou destruído e o outro também, foram ambos para a sucata, mas eu saí praticamente ileso. E senti que houve ali "uma mãozinha" que me ajudou naquele momento. Acredito sinceramente nisso.

Houve alguma história que o tenha marcado na sua vida enquanto cirurgião? Há alguma que seja a história de que nunca vai esquecer?

Tantas. Se eu começar por uma, refiro a da primeira doente a quem eu meti uma faca para operar uma apendicite aguda, numa jovem com 15 anos. Sabe que é preciso ter um carácter e uma atitude psíquica muito específica para agarrar numa faca e fazer um corte profundo na pele de alguém e pensar que lhe estamos a fazer o bem. E naquele caso, era alguém que sabia que ia ser operado por uma pessoa que nunca tinha feito isso, está a perceber? O pai da jovem era pescador e quando ela teve alta trouxe-me um peixe que parecia quase um tubarão (sabe que em África os peixes são todos muito grandes). Outra história interessante tem a ver com o momento em que começámos a transplantação cá em Portugal, em Coimbra, há 15 anos atrás. Nessa altura, precisávamos de ter um número específico de doentes em espera, para que quando viesse o coração o adaptassemos para o doente específico (um coração não dá para todos. Depende da consistência física; não se pode colocar um coração pequenino num indivíduo corpulento). E eu andava à procura de alguém que estivesse de acordo com o que tinha em mãos e houve um destes doentes que me disse "oh! Doutor, eu sei que preciso urgentemente da operação, mas não queria ser o primeiro!". Cerca de 15 dias depois, mandou-me chamar porque o seu estado físico deteriorou-se muito e já não se importava de ser o primeiro.

O sistema privado vai crescer mais e não vejo isso como uma coisa má. O País nunca vai ter recursos para prestar 100% dos cuidados a 100% da população.



Nós nunca nos podemos esquecer destas pessoas, que sabem que vão para uma viagem que pode não ter retorno, mas que confiam em nós, apesar de tudo! Confiam naquela pessoa. E, como eu disse numa lição chamada Oração de Sapiência, aqui em Coimbra, a pergunta que temos de fazer sempre é: "Será que eu mereço esta confiança?". Você não entrega a sua vida a uma pessoa qualquer e, portanto, isso é muito importante.

Depois há histórias mais dramáticas... quando estava na África do Sul e era ainda cirurgião geral, chega um sujeito que tinha sido atingido por uns tiros, e nós passámos horas e horas a construir vasos e tudo o que possa imaginar. Foi trabalho moroso, complicado, e não sabíamos que pertencia a um gangue que tinha feito um assalto e, segundo constou depois, ele tinha-se apoderado do produto do assalto. Dois dias depois de todo o trabalho que tivemos, vieram os capangas dele e mataram-no na enfermaria... Há muitas histórias

Vai escrever essas histórias?

Ao contrário do que possa parecer, eu tenho uma memória muito seletiva. É como no computador, não é? Quando atingimos a capacidade da memória interna o disco tem que começar a mandar algumas coisas fora. Portanto, eu para me concentrar naquilo que é a minha profissão deixei as coisas secundárias de lado. Podemos pegar nestas histórias e romanceá-las, lógico. De uma história destas, que lhe contei, pode-se fazer um livro, ou o capítulo de um livro. Se juntar uma dúzia de histórias posso editar esse livro. Enfim... poderá eventualmente acontecer. Não é uma coisa que esteja nos planos mais imediatos.

E o segundo volume da Doença da Saúde?

Isso é outra coisa! Porque como já referi recentemente pouco se avançou ainda...

Mudou muito, mas pouco se avançou.

Não sei se mudou muito...

O Estado da Arte mudou muito Professor.

Sim, está bem...

Houve uma mudança entre o público e o privado, por exemplo ...

Tudo muda na nossa vida. O carro em o que a senhora anda hoje não é em nada parecido com aquele em que andava há 20 anos. E, portanto, isso é óbvio. Mas eu ainda não fiz planos, verdadeiramente...mal tive tempo para fazer umas férias. Eu levei tudo até ao fim sem me preocupar em fazer planos. Agora, o que vier a seguir se verá.

Tenho uma última questão. Fazia seleção dos doentes que operava ou que vinham para o centro de Coimbra para serem transplantados, para serem tratados, etc. Porque se dizia que obesos, fumadores e Testemunhas de Jeová não operava...,

Nada disso é verdadeiro. Vamos ver uma coisa: vamos começar pelas Testemunhas de Jeová! Nós precisamos de sangue para preencher a máquina de circulação extracorpórea (ainda que possa dizer que a utilização de sangue neste serviço é inferior à da maior parte dos outros serviços). Mas eu nunca tenho a certeza dos doentes que vão ou não precisar de sangue nem o que vai acontecer.

Eu tive um trauma muito grande, em relação a uma jovem de 19 anos, na África do Sul, a quem não pudemos dar sangue e ela acabou por morrer e, nesse momento, eu disse: "não volto a meter-me noutra!". Como disse anteriormente, operar um doente é um contrato pessoal entre duas pessoas. Eu não sou um canalizador em que uma pessoa chega e pede para lhe apertar a aorta, etc. Eu faço aquilo que eu acho que é correto. Se o doente entende que a maneira e as imposições que eu ponho não são aceitáveis está à vontade para ir procurar outros colegas. Isso aplica-se às três situações de que falou. E, portanto, aquilo que temos feito, e



"O carinho com que se tratam os doentes tem grande impacto no resultado final."

em muitos casos conseguido é falar com as pessoas e explicar a realidade. Claro que alguns são mais fundamentalistas do que outros, mas na maior parte dos casos temos conseguido que as pessoas, ou os seus familiares, acreditem em nós. E nós prometemos que só usaremos sangue em caso extremo. Repare não estou a dizer nada contra as Testemunhas de Jeová. Eu respeito. Não era doutrina que seguisse, mas respeito aqueles que a seguem. Mas não estou a ver que uma pessoa, familiar muita chegada desse doente, no momento crítico, na hora da verdade, não tenha problemas de consciência. E nos outros dois casos, os fumadores e os obesos, ainda mais.

Repare: nós operávamos 2.000 doentes por ano, entre corações e pulmões. Eu diria que hoje em dia pelo menos 40% dos doentes vêm de fora da nossa região (Centro). Acha que os colegas cardiologistas mandam para nós os doentes fáceis e para outros os doentes difíceis? Ninguém aceitaria isso!

Agora, a obesidade é uma das quatro causas de origem da doença coronária, da doença cardíaca (o sedentarismo associado à obesidade; a diabetes que as pessoas não podem controlar - uns podem, mas não tomam cuidado nenhum - e o tabaco). O tabaco aumenta a incidência da doença coronária em cerca de 6 vezes. Portanto, não podemos estar a fazer uma intervenção em que sabemos, à partida, que não vai ter grande sucesso se o indivíduo continuar a fumar! E continuar a fumar está nas mãos do doente. Portanto eu digo "não o opere enquanto o senhor não me disser que está há 15 dias sem fumar". E devo dizer-lhe que isso teve sucesso em 50% dos doentes, porque em determinada altura fizemos um estudo e muitos deixaram de fumar de vez. Os outros 50% voltaram a fumar.

O mesmo em relação aos obesos. Eu digo: "o senhor vai perder peso". E até os aconselhamos e dizemos qual é a dieta que tem uma base filosófica muito importante e que é: mais exercício com os pés e menos com os dentes. É absolutamente fundamental dizer isso.

Agora, se olharmos para os doentes que os cardiologistas nos enviam regularmente e se lhe disser que cerca de 2% foram rejeitados por uma das 3 causas referidas, dou a mão à palmatória. Estamos a falar de uma minoria absoluta, que não tem nada que ver com o volume da cirurgia; não tem nenhuma relação com o número de doentes que operamos; não tem nenhuma relação com o serviço implementado, nem com a mortalidade e a morbilidade que temos.

Se lhe disserem que a senhora tem um problema grave no coração percebe que o assunto é muito complicado. E, para nós, aqui, são todos graves porque se um coração não sair daqui a funcionar em condições o doente não sobrevive. E aquilo de que temos noção é que os resultados finais têm a ver com a qualidade dos cuidados prestados. E não apenas do ponto de vista técnico e do ponto de vista científico, mas também do ponto de vista pessoal. O carinho com que se tratam os doentes tem grande impacto no resultado final.

Se voltasse atrás, há 35 anos, fazia tudo da mesma maneira ou mudava alguma coisa?

Fiz essa pergunta (a mim próprio) na minha última lição. E a conclusão a que cheguei é que não mudava nada. Os meus alvos seriam sempre os mesmos, tenho a certeza, e era possível que hoje - em tempos de GPS - eu tomasse caminhos que o GPS me indicasse como mais fáceis para chegar onde queria e com menos possibilidades de tropeçar em alguma pedra. Mas, sabe, acho que voltar atrás não teria muita piada pois eu já saberia qual seria o final. E ir assistir a um filme sabendo o fim... não tem muita piada.

É uma pessoa feliz?

Sou sim. Tudo o que fiz e por onde andei foi útil. Foi útil para mim, foi útil para a minha família, foi útil para muita gente, para dezenas de milhar de pessoas só para falar daqueles em que intervimos diretamente. E isso fez também muito felizes os que os acompanhavam. Ora veja: 45.000 doentes que operámos aqui. Se cada uma dessas pessoas tiver mais 3 no seu agregado familiar, estamos a falar de 200.000 pessoas e 200.000 pessoas acaba por ser uma em 50 no país.

E, portanto, se fui feliz? Fui. Eu tenho a noção de que sempre fui muito pragmático e, nesse sentido, para ter algumas coisas tive que dispensar outras que eu gostaria também de ter tido. Está a perceber...

A sua mulher foi a principal vítima?

Pois foi. Foi ela que teve que tomar conta dos filhos, por exemplo. E tendo eu passado muitas horas fora, e aqui no hospital, não foi fácil!... já uma vez referi que há aqui pessoas - mulheres, enfermeiras - com que eu estive muito mais tempo do que com a minha mulher. E, portanto, sei que ela foi uma vítima dessa situação.

Quando vou aos congressos internacionais, por exemplo, muitas vezes quando chego o congresso já começou e, depois, saio antes do congresso terminar. Eu vejo os outros colegas a ficarem para a parte turística e eu raramente tive tempo. Claro que aproveitei sempre para dar uma volta pelo centro da cidade ou pelos locais mais emblemáticos, mas era tudo a correr.

Agora vai ter mais tempo.

Eu não ia a um congresso a Roma sem ir ver o papa. Ou não ia a Pisa e não ver a Torre de Pisa... mas só consegui ir ao Corcovado na terceira vez que fui ao Rio de Janeiro. E, portanto, espero que agora ainda possa dar mais tempo, a mim pessoalmente e à família e a quem precise de mim, e esta fase tem essa função também. Mas sim, digamos que sou feliz e que não há nada do que fiz de que me tivesse arrependido.

E vamos certamente continuar a vê-lo aí a operar e a transplantar corações e presente nos jornais, nas televisões. Muito obrigada professor.

Muito obrigado pelo convite e obrigada pela entrevista e pelas suas perguntas.

O CUSTO E A CARGA DA LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA EM PORTUGAL

CENTRO DE ESTUDOS DE MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

A importância da Leucemia Mielóide Aguda

A leucemia é uma doença maligna das células mais primitivas da medula óssea (MO) – as células estaminais, que dão origem às células do sangue – que afeta o seu normal desenvolvimento e diferenciação. A doença classifica-se de acordo com a sua velocidade de progressão e grau de maturação das células malignas (agudas ou crónicas) e de acordo com a linhagem celular envolvida (linfóide ou mielóide).

As leucemias agudas caracterizam-se pela rápida progressão e por poderem conduzir à morte. A leucemia mielóide aguda (LMA) afeta quase exclusivamente adultos, sendo a leucemia mais frequente nesta faixa etária. A LMA representa cerca de um terço de todas as leucemias a nível mundial. A taxa de incidência da LMA aumenta progressivamente com a idade, afetando sobretudo os mais idosos e sendo mais raros os casos diagnosticados antes dos 40 anos.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde, a evolução da produção hospitalar relativa à leucemia mielóide entre 2009 e 2013 registou um aumento progressivo. O número de doentes com leucemia mielóide saídos dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no ano de 2013 foi de 1.083, representando um crescimento de 16% face ao ano de 2009.

No ano de 2010 foram diagnosticados em Portugal 367 novos casos de leucemia mielóide, dos quais 68,4% corresponderão à forma aguda (Registo Oncológico Nacional).

De acordo com os dados de doentes diagnosticados com leucemia mielóide aguda em 2007/2008 no IPO do Porto, os doentes apresentam taxas de sobrevivência relativa de cerca de 42% e 39% aos 3 e 5 anos após o diagnóstico, respetivamente.

O presente estudo teve como objetivo estimar a carga e os custos da LMA no contexto português. Por afetar maioritariamente adultos, consideraram-se apenas os doentes com LMA com idade igual ou superior a 20 anos. A análise realizou-se sob a perspetiva da sociedade, considerando o impacto da doença em Portugal Continental durante o ano de 2015.

O que são os estudos de custo e carga 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 - DALY), uma métrica adotada pela Organização

Mundial de Saúde, como medida da quantidade de saúde perdida devido a um problema de saúde. A medida inclui dois componentes. O primeiro é dado pelos anos perdidos por morte prematura (Years of Life Lost - YLL), baseando-se na diferença entre idade na altura do óbito e a esperança de vida padrão para essa idade. O segundo inclui os anos perdidos por incapacidade (Years Lost due to Disability - YLD), que mede o impacto do tempo decorrido sofrendo uma incapacidade, sendo o nível de incapacidade avaliado por um coeficiente entre 0 (sem incapacidade) e 1 (incapacidade total = morte).

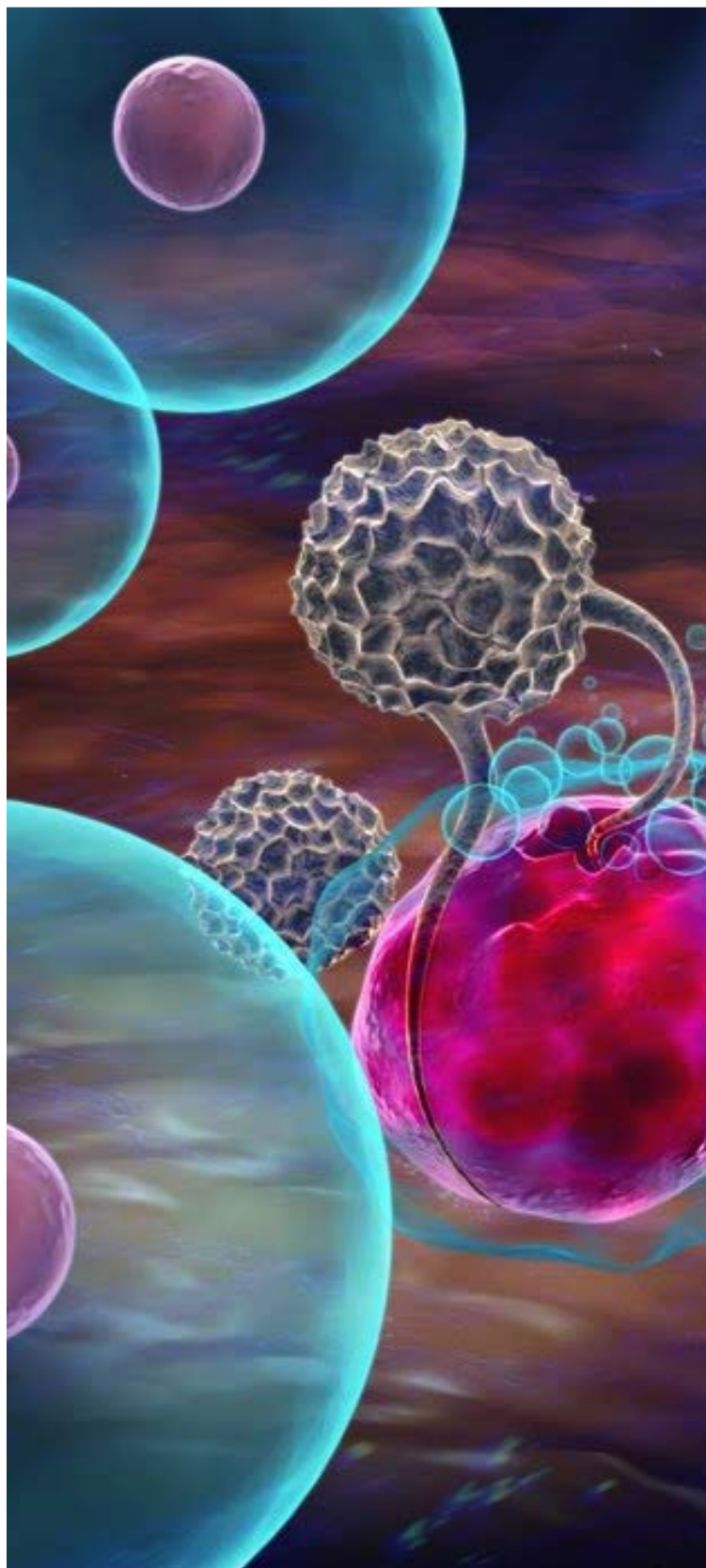
Os DALY, na sua metodologia original, utilizada neste estudo, são uma medida que inclui aspetos económicos e sociais. O aspeto social é introduzido através de uma ponderação diferenciada por idades: os grupos de idades intermédias (entre 20 e 50) têm mais peso, o que pretende refletir que nestas idades 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.

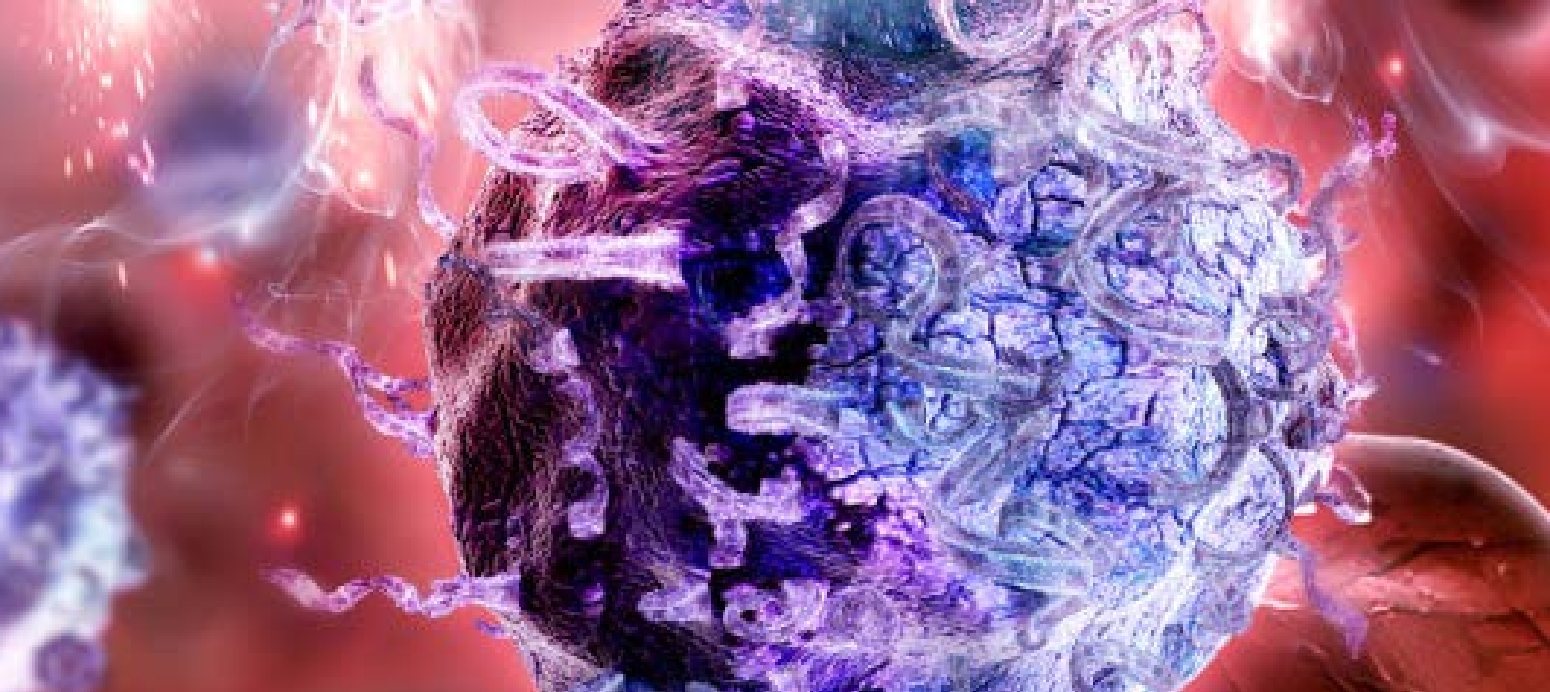
Informação de base usada no estudo

A informação disponível sobre os doentes com leucemias agudas em Portugal é muito limitada, publicando-se geralmente apenas os valores agregados referentes às leucemias linfóides e mielóides, sem distinção por tipo histológico. Assim, este estudo partiu da informação epidemiológica nacional sobre as leucemias mielóides (Registo Oncológico Nacional 2010, ROR-Sul 2011 e INE 2016), complementado quando necessário com informação específica da forma aguda proveniente de dados epidemiológicos do Reino Unido.

Para estimar a carga e os custos associados às leucemias consideraram-se os estádios de saúde definidos pelo Global Burden of Disease Study: diagnóstico e tratamento primário (incluindo as fases de indução e manutenção); remissão (após tratamento); fase recidivante (incluindo tratamento subsequente); fase terminal.

De forma a estimar a incidência, prevalência e duração da doença em cada um dos estádios da doença para o ano de 2015, desenvolveu-se um modelo de incidência cumulativa cujas probabilidades de transição entre os estádios se basearam num ensaio clínico de longa





duração em doentes adultos com LMA. Os ponderadores de incapacidade utilizados para estimar os anos de vida perdidos por incapacidade foram obtidos no Global Burden of Disease Study 2015.

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, 2015, quer em anos anteriores e tenham sobrevivido.

A estimativa de custos incluiu os custos diretos e indiretos da LMA. Os custos diretos médicos consistem nos custos em internamento e de ambulatório. Para estimar os custos de internamento e de episódios de ambulatório que geram GDH associados à LMA utilizou-se a base de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogêneo (GDH) dos hospitais do SNS (Administração Central do Sistema de Saúde ACSS, I.P.), para o ano de 2015, identificando-se os doentes com episódios de internamento por LMA de acordo com a Classificação Internacional das Doenças, mediante a escolha dos códigos de diagnóstico e de procedimentos apropriados. Ao custo dos episódios por transplante foram adicionadas as verbas associadas ao financiamento a atribuir aos serviços e instituições do SNS que praticam atos de colheita e de transplante de órgãos, os custos pela ativação do dador e do receptor e os custos com a colheita de medula óssea e de células do sangue periférico. Os custos de ambulatório incluem os custos diretos médicos com consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e medicamentos. Os consumos destes recursos refletem a prática clínica portuguesa.

Os custos diretos não médicos mais comuns são os custos de deslocação dos doentes aos hospitais do SNS, sendo os doentes com LMA acompanhados em seis hospitais especializados, centralizados nas zonas urbanas do Porto, Coimbra e Lisboa.

Os custos indiretos consideram custos associados à produção perdida devido a doença, nomeadamente o absentismo e a ausência do mercado de trabalho pelos doentes em idade ativa, durante e após tratamento para a LMA.

Resultados da carga da Leucemia Mielóide Aguda

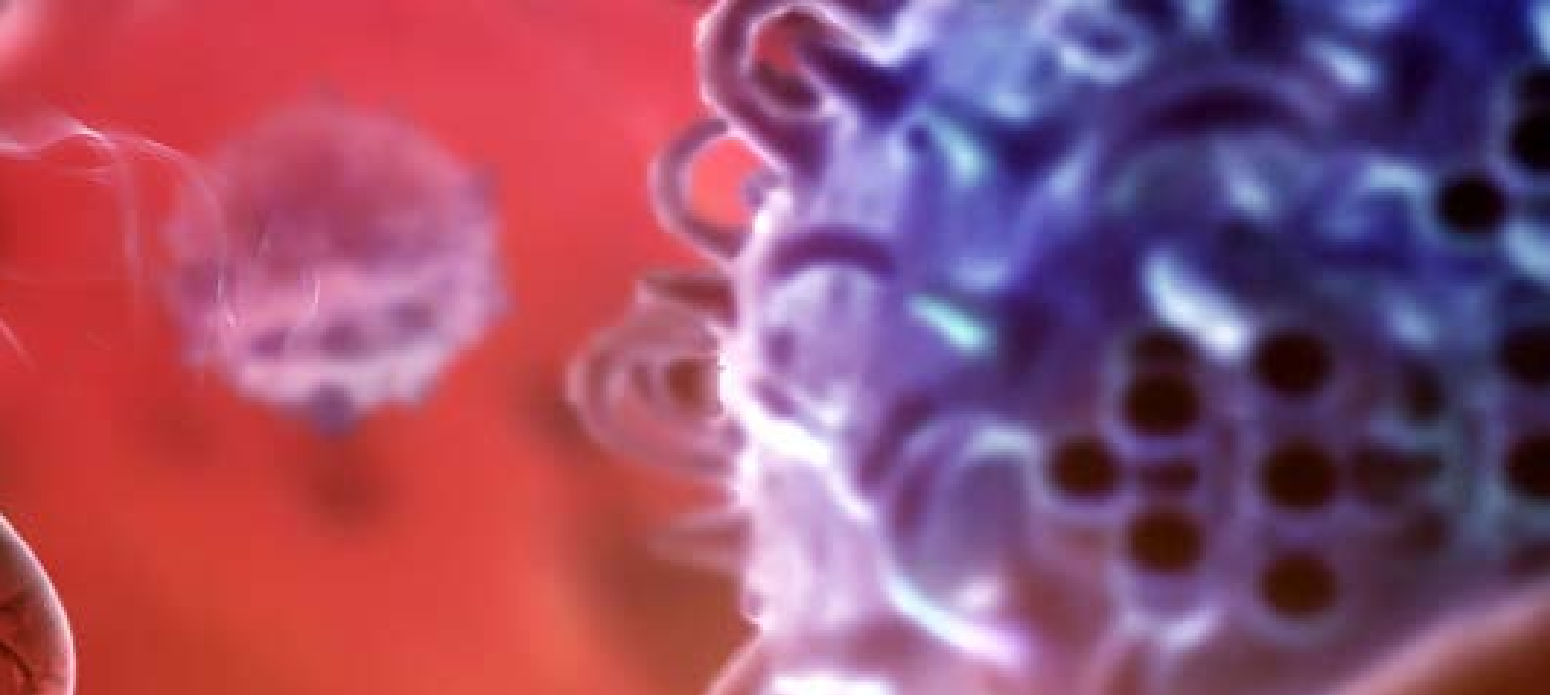
No ano de 2015 ocorreram 207 óbitos por LMA, responsáveis por 1.340 anos de vida perdidos por morte prematura. Estimou-se ainda uma perda de cerca de 51 anos de vida por incapacidade gerada pela morbili-dade. A carga da doença da LMA foi estimada em 1.391 DALY (1,96 DALY por doente).

O Quadro 1 apresenta os detalhes dos resultados da carga da LMA.

Quadro 1. Carga da Leucemia Mielóide Aguda, 2015

	Óbitos	YLL	YLD	DALY
Homens	120	753	29	782
Mulheres	87	587	22	609
Total	207	1.340	51	1.391

DALY, Anos de vida ajustados pela incapacidade; YLL, Anos de vida perdidos; YLD, Anos de vida perdidos por incapacidade.
Fonte: Estimativas dos autores.



Resultados dos custos da Leucemia Mielóide Aguda

A prevalência de doentes com LMA foi estimada através dos modelos de incidência cumulativa previamente referidos. O número de doentes prevalentes estimados, por estadiu, constam do Quadro 2.

Quadro 2. Número de doentes prevalentes com LMA, por estadiu da doença, no ano de 2015

	Diagnóstico e Tratamento primário	Remissão (após tratamento)	Fase Recidivante
N (doentes)	252	375	82

Fonte: Estimativas dos autores.

Com base no número de doentes prevalentes em 2015 por estadiu da doença e no consumo de recursos de saúde, foi possível estimar os custos associados a cada estadiu.

Assim, o total de custos diretos médicos associados à LMA para a sociedade, no ano de 2015, estimou-se em 16,0 milhões de euros, sendo quase na totalidade gerados em internamento (99% do total dos custos diretos). Os custos diretos não médicos somaram 31 mil euros em custos de transporte.

Além dos custos diretos consideraram-se também os custos indiretos associados à perda de produção por ausência do mercado de trabalho ou absentismo dos doentes. Estes custos estimaram-se em 1,9 milhões de euros.

O Quadro 3 apresenta os custos totais com a LMA, detalhados por rubrica de custo.

Quadro 3. Custos totais da Leucemia Mielóide Aguda, 2015

	Custos (€)
Custos diretos médicos	16.031.298
Internamento	15.892.468
Internamento, excluindo transplantes	11.570.354
Transplantes	4.322.114
Ambulatório	137.685
Seguimento em remissão após tratamento	84.315
Fase Terminal	54.515
Custos diretos não médicos	31.359
Custo indiretos	1.945.045
Total	18.007.703

Fonte: Estimativas dos autores.

O custo global da LMA foi estimado em cerca de 18 milhões de euros. Os resultados por doente mostram que a LMA está associada a um custo significativo por doente de 25.389 €.

Conclusões

No ano de 2015, a carga da LMA foi estimada em 1.391 DALY e um custo total de cerca de 18 milhões de euros em Portugal Continental. Apesar da prevalência da LMA ser pequena, os custos e a carga da doença por doente são elevados, o que reflete a gravidade da doença, levando-a a merecer consideração por parte dos responsáveis pelas políticas de saúde.

Este estudo foi apoiado pela Pfizer Biofarmacêutica



PAULO LILAIA
Presidente da APOGEN
Associação Portuguesa de Medicamentos
Genéricos e Biossimilares

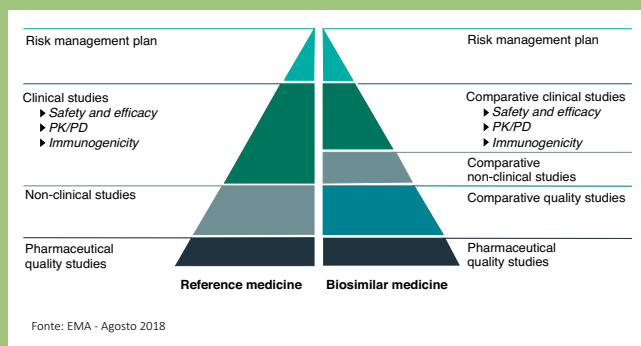
Evolução dos Biossimilares em Portugal

Os medicamentos biossimilares são medicamentos biológicos desenvolvidos para serem altamente similares ao seu medicamento biológico de referência cujos direitos de exclusividade de comercialização caducaram, ou seja, são essencialmente similares e cuja qualidade, eficácia e segurança foram comprovadas como comparáveis às dos medicamentos de referência. Os medicamentos biossimilares são, assim, um segmento importante na área da saúde.

As companhias farmacêuticas que desenvolvem medicamentos biossimilares devem demonstrar, através de estudos abrangentes de comparabilidade integrada com o medicamento biológico de referência, que:

- o seu medicamento biológico é altamente semelhante ao medicamento de referência, não obstante a variabilidade natural inerente a todos os medicamentos biológicos;
- não existem diferenças clinicamente significativas de segurança, eficácia e qualidade entre o medicamento biossimilar e o de referência.

Requisitos de comparação de dados para aprovação de um biossimilar em relação ao seu medicamento de referência:



Os medicamentos biossimilares aumentam o acesso dos doentes a terapêuticas biológicas, sem aumentar a despesa dos serviços nacionais de saúde, e assim facilitam o financiamento das tecnologias de saúde inovadoras.

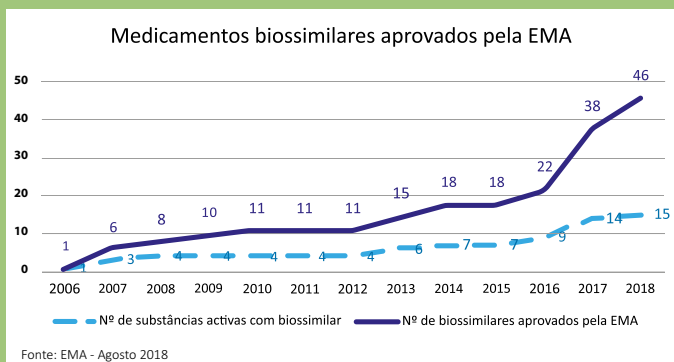
Os medicamentos biológicos alteraram a história natural de muitas doenças, aumentaram a qualidade de vida dos doentes e têm contribuído para a prevenção ou tratamento de doenças graves como o cancro, a diabetes, doenças autoimunes, a infertilidade e a anemia, entre outras. Contudo, o seu peso na despesa dos serviços

de saúde condiciona o seu uso, podendo os medicamentos biossimilares ser a chave para ajudar a resolver esta situação.

O aumento da prevalência das doenças crónicas e o facto de que alguns, poucos, medicamentos biológicos serem responsáveis por uma grande fatia da despesa pública em medicamentos, leva a que possa haver iniquidades no acesso dos doentes às terapias biológicas e a uma forte pressão no orçamento da saúde.

A União Europeia foi a primeira região do mundo a ter criado um quadro legal, em 2004, e uma via regulamentar para “os medicamentos biológicos similares”, mais vulgarmente designados por “biossimilares”. Estas orientações, tal como as restantes, são revistas ao longo do tempo para acomodarem os avanços da ciência.

O mercado dos medicamentos biossimilares iniciou-se na Europa em 2006, com o primeiro biossimilar da hormona de crescimento. Em 2012, o número de medicamentos biossimilares aprovados era 11. Em agosto de 2018 o número de medicamentos biossimilares na Europa é 46. Estes medicamentos estão disponíveis para os doentes em mais de 60 países de todo o Mundo, e são reconhecidos como possuindo elevada qualidade, eficácia e segurança.



Os 12 anos de experiência na Europa, com mais de 700 milhões de doente-dias de experiência clínica demonstraram que os biossimilares têm um elevado padrão de qualidade, segurança e eficácia, devidamente validada a nível europeu pela EMA.

De acordo com a IQVIA o consumo de medicamentos biológicos na Europa (cinco principais países) em 2016 era de quase 36 mil milhões de Euros.

De 2007 a 2020, nos oito maiores países da Europa espera-se uma poupança de 33,4 mil milhões de Euros pela utilização de medicamentos biossimilares.

Em Portugal o primeiro medicamento biossimilar foi lançado em 2008. Atualmente dos 31 medicamentos biossimilares aprovados em Portugal, apenas 13 estão comercializados, o que evidencia ser ainda necessária a promoção ativa e ações educativas para os profis-

sionais de saúde e doentes de modo a fomentar a sua utilização.

O sucesso dos medicamentos biossimilares mede-se não só pelo número de medicamentos aprovados e comercializados, mas sim e especialmente pelas unidades utilizadas.

A APOGEN – Associação Portuguesa de Medicamentos Genéricos e Biossimilares - considera que Portugal necessita:

- Mais políticas e medidas que estimulem o aumento do volume de utilização dos medicamentos biossimilares, de forma constante e crescente;
- Criar condições concorrenciais reais a nível hospitalar, com mais do que um fornecedor para a mesma posição, evitando assim eventuais e potenciais ruturas de fornecimento;
- Impedir artifícios que prolonguem artificialmente as situações de monopólio.

Destacamos, também, um conjunto de medidas tomadas que tiveram um impacto decisivo para o crescimento da utilização de medicamentos biossimilares em Portugal:

- As orientações da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica de 2016 e 2018;
- A introdução nos contratos programa da quota mínima de 20% para os biossimilares, em 2016;
- E os ciclos de conferências sobre medicamentos biossimilares promovidos pelo Infarmed.

Os dados oficiais da despesa do SNS com medicamentos foram superiores a 2 mil milhões de Euros e representaram mais de 1,22% do PIB de 2016, sendo mais de 1.000 milhões de euros no mercado hospitalar. De 2008 a 2015, a poupança gerada com medicamentos biossimilares em Portugal, com apenas três moléculas foi de 26 milhões de Euros. Em Nov-2017, os medicamentos biossimilares representavam 36,4% dos medicamentos biológicos consumidos nos hospitais portugueses.

De acordo com as estimativas da APOGEN, o comportamento do mercado de medicamentos biossimilares de 2018 a 2020, com ambiente concorrencial sustentável e a funcionar adequadamente tem potencial para gerar mais de 100 milhões de euros de poupança. Mas esta poupança só ocorrerá se os biossimilares forem efetivamente comercializados e utilizados.

Os medicamentos biossimilares são hoje uma ferramenta essencial para a sustentabilidade do setor da saúde e do Serviço Nacional de Saúde, ao disponibilizarem medicamentos mais acessíveis, com elevada qualidade, e mesma eficácia e segurança do medicamento de referência.

Uma maior utilização de biossimilares é fundamental para libertar verbas que permitirão o acesso a novos medicamentos, verdadeiramente inovadores.



LUÍS SILVA
Marketing Manager
Spain & Portugal

A revolução no tratamento da alergia

O grupo ROXALL é um líder na produção de produtos farmacêuticos para o diagnóstico e tratamento de doenças alérgicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a imunoterapia como a única terapêutica que modifica a evolução da doença alérgica, podendo evitar o desenvolvimento de asma, bem como o surgimento de novas sensibilizações. Seguindo uma filosofia de melhoria permanente na qualidade de seus produtos, a ROXALL apresentou inúmeras inovações neste campo.

O grupo ROXALL está presente em três continentes: Europa, Ásia e América do Sul. O seu potencial de pesquisa e desenvolvimento foi ampliado com a aquisição de uma unidade de imunoterapia antialérgica no Parque Científico e Tecnológico de Bizkaia, em Bilbao, lançando a partir de então as bases para o crescimento da empresa. O desenvolvimento tecnológico desta unidade e a capacidade de pesquisa dos cientistas internacionais que trabalham de perto com os principais institutos, permite que a empresa acelere a evolução de novas terapias.

oferece uma gama de produtos farmacêuticos destinados a aliviar os sintomas alérgicos aos pacientes, desde pomadas naturais para pele sensível, a produtos para lavagens nasais, assim como capas de colchão para pessoas com rinite e / ou problemas de asma.

A atividade do ROXALL é voltada para a pesquisa e desenvolvimento de diagnósticos e novas terapêuticas para o tratamento das doenças alérgicas mais comuns no mundo, procurando soluções inovadoras para minimizar os problemas causados pelas patologias em questão.

Desta forma, foram desenvolvidos extratos alérgicos altamente polimerizados que permitem atingir a dose máxima de tratamento em um curto período de tempo, alcançando um marco importante na terapia antialérgica e simplificando as diretrizes do tratamento.

Controle rigoroso de lotes

A ROXALL utiliza apenas fornecedores certificados para a produção de extratos alérgicos para uso em imunoterapia. A produção padronizada desses extratos é um processo complexo que é realizado de acordo com as Normas Nórdicas II - reconhecido internacionalmente - e seguindo os requisitos das boas práticas de fabricação (GMP).

Regra geral, o tratamento de doenças crônicas requer tratamentos por períodos prolongados. Muitas vezes tais regras são impraticáveis e difíceis de implementar na rotina diária. A redução do tempo necessário para atingir a dose máxima de tratamento, garante uma melhor adesão à terapia da qual resulta no sucesso da mesma. Outro aspecto positivo é que o início de terapêuticas com prepa-



reações sublinguais e subcutâneas é possível ao longo do ano.

Terapêuticas alérgicas no futuro

O conceito de tratamento de imunoterapia específico existe há cerca de 100 anos. Apesar dos grandes avanços realizados na investigação de alergias, os extratos naturais preparados a partir de fontes alérgicas continuam a ser a base para a preparação da imunoterapia específica atualmente utilizada.

No centro de pesquisa e desenvolvimento da ROXALL, em Bilbau, está a ser desenvolvida uma pesquisa intensiva para obter uma nova geração de produtos para imunoterapia. A ROXALL aposta em preparações com alérgenos recombinantes como uma alternativa promissora. Os extratos alérgicos utilizados são hoje uma mistura complexa de proteínas entre as quais se encontram alérgenos importantes para a patologia específica. No entanto, atualmente nas instalações de Roxall, os alérgenos purificados podem ser produzidos através da tecnologia de engenharia genética, obtendo alérgenos recombinantes. Estes são, assim, produzidos de maneira altamente purificada e com qualidade constante, evitando as variações naturais e oferecendo, desta forma, terapêuticas mais seguras e com menos efeitos colaterais.

Em Bilbau, a ROXALL está ainda a realizar pesquisas com o objetivo de desenvolver vacinas para o tratamento das duas alergias mais comuns em todo o mundo: alergia ao pólen de gramíneas e ácaros da poeira. No diagnóstico, os alérgenos recombinantes possibilitam resultados mais precisos, o que é de grande importância em algumas circunstâncias como, por exemplo, no caso de sensibilizações múltiplas.

O que conta para nós

ROXALL visa melhorar a qualidade de vida das pessoas alérgicas - com tratamentos modernos, fáceis de usar e com menos efeitos colaterais. A segurança, a mais alta qualidade e a confiabilidade dos nossos produtos são os mais importantes para nós.

Trabalhamos com fontes naturais alérgicas cuja produção pode estar sujeita a flutuações temporárias e ambientais. Como estamos conscientes da importância da regularidade e consistência no tratamento da imunoterapia para obter uma eficácia clara, prestamos grande atenção na garantia do fornecimento de tais fontes alérgicas.

Como se depreende, o Grupo ROXALL tem como um de seus principais objetivos o aprimoramento de suas terapêuticas. Para tornar isso uma realidade, reinvestimos anualmente uma grande quantidade de nossos

lucros em pesquisa e desenvolvimento. A capacidade de inovação do nosso departamento científico, que colabora com institutos líderes em todo o mundo, contribui para o crescimento do Grupo ROXALL, nacional e internacionalmente. O objetivo é apoiar e ajudar os clínicos e prestar o melhor serviço, tanto a nível de diagnóstico como de tratamento, nas doenças alérgicas, a fim de alcançar a melhoria contínua da qualidade de vida dos pacientes e, ainda, para alcançar uma nova dimensão de imunoterapia.

Por uma alta QUALIDADE DE DIAGNÓSTICO

Entre 30% e 40% da população mundial é afetada por uma alergia, e essa prevalência tem uma tendência ascendente. As fontes alérgicas mais importantes são o pólen de plantas e árvores (gramíneas, oliveiras, ciprestes), ácaros e epitélio animal (gatos, cães). A prevalência de asma brônquica dobrou na década de 1980 (Fonte: Weissbuch Allergologie 2004), e muitos pacientes são poli-sensibilizados, sofrendo de múltiplas alergias. Além disso, os números de alergia alimentar, reações anafiláticas e asma brônquica grave estão em claro aumento nos últimos anos.

Para realizar uma imunoterapia específica que seja eficaz, é essencial fazer um diagnóstico correto, para o qual o médico contará com a ajuda do paciente que o orientará em direção às fontes alérgicas envolvidas no problema, podendo ser apoiado nos sistemas de diagnóstico.

Com o sistema CLUSTO-Prick®, um aplicador com o qual se pode analisar vários extratos alérgicos ao mesmo tempo, alergologistas e outros profissionais clínicos obtêm resultados rápidos e precisos. Operar o sistema CLUSTO-Prick® é muito simples e não requer preparações complexas. Este fato garante a economia de tempo e custos.

Roxall Portugal

A Roxall Aristegui Portugal SA chega ao nosso País em fevereiro de 2017 depois da aquisição da divisão de alergia dos Laboratórios BIAL. Como empresa autónoma, tem instalações no edifício Tower Plaza em Vila Nova de Gaia, Porto, onde funciona toda a estrutura que integrava a empresa antes da aquisição.

Luís Silva que era o responsável desta área terapêutica mantém a responsabilidade da gestão da atividade em Portugal acumulando ainda as funções de responsável de Marketing Ibérico



MARIA JOSÉ SANTOS
Reumatologista,
Responsável da
Reuma.pt



CATARINA OLIVEIRA
Farmacêutica,
Presidente da APFH

Projeto-piloto em marcha

Reumatologistas e Farmacêuticos juntam-se para rastrear medicamentos biológicos

Está a decorrer um projeto-piloto conjunto entre a APFH (Associação Portuguesa dos Farmacêuticos Hospitalares) e a SPR (Sociedade Portuguesa de Reumatologia), com o objetivo de implementar um mecanismo de rastreabilidade dos medicamentos biológicos, com a contribuição e colaboração da plataforma já existente do Registo Nacional de Doentes Reumáticos (Reuma.pt).

A ideia é promover o trabalho multidisciplinar entre reumatologistas e farmacêuticos hospitalares de forma a criar, no Reuma.pt, uma plataforma de comunicação integrada, que assegure a rastreabilidade dos medicamentos biológicos, com a identificação do medicamento e do respetivo lote dispensado.

O Hospital foi ouvir intervenientes diretos no projeto e que são, também, conhecedores profundos sobre a realidade em análise: o hospital, os doentes e os profissionais de saúde do hospital e os medicamentos biológicos. São elas: Maria José Santos, reumatologista, responsável da Reuma.pt (SPR) e investigadora do departamento de Reumatologia do HGO; e Catarina Oliveira, farmacêutica e presidente da APFH.

A importância do projeto

Quer a presidente da APFH, Catarina Oliveira, quer a reumatologista, Maria José Santos, consideram que “os medicamentos biológicos, sendo macromoléculas, são em geral imunogénicos e podem desencadear uma resposta imune. A intensidade e as consequências da imunogenicidade dos medicamentos biológicos são variáveis e, muitas vezes, imprevisíveis, podendo ocorrer: diminuição da eficácia, reações de hipersensibilidade, e quebra de tolerância imunológica - situação em que o organismo se confunde e passa a não tolerar as próprias proteínas”.¹

Desta forma, acrescentam, “A farmacovigilância pós-comercialização assume então particular importância, devendo garantir a rastreabilidade do medicamento biológico envolvido numa reação adversa potencial”. Percebemos então que, segundo as profissionais de saúde em questão ouvidas pela revista O Hospital, este projeto-piloto “tem ainda como objetivo a deteção, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos (RAMs), contribuindo para o melhor conhecimento do seu perfil de segurança. Em adição, a rastreabilidade engloba um conjunto de procedimentos que seguem o fabrico, distribuição e prescrição de medicamentos em toda a cadeia de abastecimento, por meio de sistema de identificação bem documentado. É fundamental para proteger a segurança do doente, porque as autoridades de saúde necessitam de dados precisos que liguem eventos adversos a medicamentos específicos”.

Assim, explicam ainda, “torna-se necessária a implementação/conhecimento dos mecanismos que permitam identificar, com exatidão, o medicamento biológico e o respetivo número de lote utilizado em cada doente, de forma a monitorizar a sua utilização na prática clínica”.

De forma a contribuir para a eficiência dos mecanismos de monitorização existentes, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia em colaboração com a Associação de Farmacêuticos Hospitalares propõe-se, pois, desenvolver um projeto-piloto em quatro hospitais da área da Grande Lisboa, utilizando para isso o Registo Nacional de Doentes Reumáticos, Reuma.pt.

A professora e reumatologista, Maria José Santos, refere que “o Reuma.pt foi concebido para responder a questões de efetividade e segurança dos medicamentos biológicos, tendo posteriormente o seu âmbito sido alargado

a outros medicamentos. Tornou-se ativo em junho de 2008 e inclui doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil, lúpus eritematoso sistêmico e diversas outras doenças reumáticas”.

Entre outras funcionalidades, acrescenta a farmacêutica Catarina Oliveira, “o Reuma.pt permite “a colaboração e comunicação entre Farmacêuticos Hospitalares e Reumatologistas numa área específica dedicada a Ensaio Clínicos e colabora ativamente com o Sistema Nacional de Farmacovigilância, exportando regularmente todas as reações adversas notificadas espontaneamente pelos médicos nesta plataforma, independentemente das notificações espontâneas que profissionais de saúde ou doente possam fazer diretamente on-line no Portal RAM do INFARMED.”

Desta forma, acrescentam “o Reuma.pt posiciona-se como uma plataforma de comunicação integrada e que no âmbito do presente projeto multidisciplinar irá facilitar a rastreabilidade dos medicamentos biológicos, garantindo uma correta atribuição de eventuais RAMs e contribuir para a uniformização, transparência e simplificação de procedimentos entre instituições. Outro dos objetivos deste projeto é a monitorização da adesão do doente à terapêutica, através do perfil de levantamentos de medicamentos, um aspeto crítico nas doenças crónicas com impacto clínico e económico-financeiro, que precisa ser minimizado.

Este projeto irá em última instância contribuir para a confiança de todos os intervenientes na utilização de medicamentos biológicos e em particular de biossimilares”.

Está Portugal preparado para o desafio?

Para as nossas interlocutoras, a monitorização adequada da segurança dos medicamentos é requerida pela legislação em vigor [n.º 2 do Art.º 167 do Decreto-Lei 20/2013]². A prática da prescrição por DCI, sem outro meio adicional de identificação, pode limitar a rastreabilidade, por exemplo, quando se tratam de biológicos de referência e seus biossimilares e com isso dificultar a atribuição da resposta de um determinado doente ao produto do fabricante correto.

“É sabido”, dizem ainda, “que identificações distinguíveis ajudam na diferenciação de produtos (observação e notificação de eventos adversos), pelo que no caso de um biossimilar, este deve ser distinguível do seu produto de referência e de outros biossimilares aprovados com referência ao mesmo biológico³. Doentes, médicos e farmacêuticos devem poder identificar o produto com precisão, assegurando que é aquele o prescrito e evitar a substituição inadvertida.

Atualmente a rastreabilidade é assegurada de acordo com a política individual e adotada por cada instituição. No entanto, o ideal será garantir que exista equidade neste processo e que os médicos e os farmacêuticos envolvidos nos cuidados de saúde prestados ao doente tenham conhecimento do mesmo, independente-

mente da instituição envolvida. Os desafios para as farmácias hospitalares são grandes, uma vez os doentes podem ser provenientes da sua ou de outra instituição, do setor público ou privado, e aumentarão no futuro próximo com o número crescente de biossimilares disponíveis no mercado”.

A ideia é que no futuro, neste domínio, se consigam juntar elementos que ajudam a melhorar, “sempre com o propósito de contribuir para a efetividade e segurança dos tratamentos instituídos”, referem, acrescentando que “serão dados os passos necessários para que a informação e os processos de melhoria que o sistema possa vir a usufruir com os resultados que acreditamos que vamos alcançar cheguem a todos os *stakeholders* envolvidos, desde os médicos e farmacêuticos, até às nossas autoridades de saúde incluindo a tutela, assim como as empresas farmacêuticas”.

Os resultados que vierem a sair deste projeto-piloto serão, posteriormente, tornados públicos, apesar de “neste momento ainda não podemos avançar com uma data concreta”, salientam, acrescentando: “mas podemos garantir que um dos objetivos deste projeto-piloto é produzir dados que permitam desencadear a avaliação e publicação de estudos, contribuindo para o conhecimento científico na área dos medicamentos biológicos, incluindo biossimilares. A nossa ambição é que este projeto se torne de âmbito nacional”.

É, pois, neste enquadramento que “a SPR e a APFH por identificarem a importância e a relevância deste tema, decidiram avançar juntos com o desenvolvimento deste **Projeto-piloto de rastreabilidade dos medicamentos biológicos nas doenças reumáticas** cujo objetivo principal é o de promover a implementação de um mecanismo que garanta o conhecimento, por todos os intervenientes, da rastreabilidade dos medicamentos biológicos nas doenças reumáticas, através da contribuição e colaboração multidisciplinar, utilizando uma plataforma já existente, o Reuma.pt.”

Desafios, no contexto de múltiplos biológicos e biossimilares existem e, de acordo com as nossas entrevistadas, um dos maiores “é assegurar a boa utilização dos múltiplos medicamentos biológicos, incluindo os biossimilares e garantir a confiança dos doentes e profissionais de saúde. A importância da correta rastreabilidade, prende-se primariamente com a efetividade e a segurança do medicamento e que no caso concreto do presente projeto envolve o trabalho conjunto de Reumatologistas e Farmacêuticos Hospitalares.

¹http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003946.pdf

²Decreto-Lei 20/2013, de 14 de fevereiro, que procede à sétima alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Diretiva n.º 2010/84/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de dezembro de 2010

³Executive Summary, 57th Consultation on International Nonproprietary Names for Pharmaceutical Substances Geneva, 22-24 October 2013



HELENA FARINHA
Farmacêutica,
Diretora Nacional da Ordem
dos Farmacêuticos

“Este projeto é fundamental para a segurança do doente”

Helena Farinha é farmacêutica, Diretora Nacional da Ordem dos Farmacêuticos, e Coordenadora dos Serviços Farmacêuticos do Hospital de Egas Moniz, no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, um dos centros que integra o projeto de rastreabilidade dos medicamentos biológicos.

O Hospital quis saber o que pensava sobre o projeto de rastreabilidade dos medicamentos biológicos e qual a importância que ele pode ter para os doentes que tomam medicamentos biológicos. Eis as suas respostas.

Como vê o papel do farmacêutico hospitalar na contribuição ativa da farmacovigilância?

A farmacovigilância constitui uma atividade básica do farmacêutico hospitalar (FH), no âmbito da monitorização da utilização do medicamento. Os farmacêuticos hospitalares reconhecem que a notificação de reações adversas a medicamentos (RAMs) faz parte de sua responsabilidade profissional e têm uma atitude positiva em relação à mesma, sendo frequentemente os impulsionadores da notificação em meio hospitalar.

Sendo especialistas na área do medicamento, treinados nesse campo, desempenham papéis cruciais no sistema de saúde, contribuindo para o uso racional, responsável e seguro do medicamento. A farmacovigilância, no fundo, é uma das suas atividades e visa, basicamente, a segurança do doente.

Nesse sentido, dadas as suas competências, os farmacêuticos hospitalares “devem garantir a notificação de reações adversas a medicamentos e erros de medicação em programas regionais ou nacionais de farmacovigilância ou programas de segurança do doente”, orientação de boas práticas expressa nos “European Statements of Hospital Pharmacy”.¹

A farmacovigilância pós-comercialização tem por objetivo a deteção, avaliação e prevenção de RAMs, contribuindo para o melhor conhecimento do seu perfil de segurança e deve garantir a rastreabilidade do medicamento envolvido numa reação adversa potencial. Porém, a identificação, registo, análise e notificação de RAMs pode resultar de um processo de notificação espontânea ou de um processo de farmacovigilância ativa.

Nos hospitais, os farmacêuticos têm vindo a implementar programas de farmacovigilância ativa (PFA) (monitorização intensiva da utilização de fármacos), nos quais os medicamentos são selecionados com base nas suas características, nomeadamente potencial toxicidade associada e tempo de introdução no mercado, dando-se prioridade aos medicamentos mais recentes e que se destinam a patologias mais graves. As reações adversas identificadas são depois comunicadas à Unidade de Farmacovigilância e após um período de monitorização intensiva, o medicamento selecionado passa para o sistema de notificação espontânea. Estes programas de vigilância intensiva de medicamentos têm permitido um incremento quantitativo e qualitativo nas atividades de farmacovigilância dos FH.

Estou certa de que a aposta no reforço da força de trabalho qualificada de farmacêuticos hospitalares contribuirá para a melhoria da utilização e segurança do medicamento, otimizando o resultado da farmacoterapia e com isso contribuindo, em contexto multidisciplinar, para a sustentabilidade do SNS.

Que passos estão a ser dados para garantir a rastreabilidade dos medicamentos biológicos e biossimilares?

A rastreabilidade engloba um conjunto de procedimentos que seguem o fabrico, distribuição e prescrição de medicamentos em toda a cadeia de abastecimento, por meio de sistema de identificação documentado. É fundamental para proteger a segurança do doente, porque as autoridades de saúde necessitam de dados precisos que liguem eventos adversos a medicamentos específicos.

A prescrição por DCI, sem outro meio adicional de identificação, pode limitar a rastreabilidade, por exemplo, quando se trata de biológicos de referência e seus biossimilares e com isso dificultar a atribuição da resposta de um determinado doente ao produto do fabricante correto. Pelo exposto, toda a dispensa de medicamentos, neste caso de biológicos, sejam de referência ou biossimilares, é feita mediante registo de lote.

Os serviços farmacêuticos mantêm obrigatoriamente o registo de marca, DCI e lote do medicamento dispensado, sendo esta informação do conhecimento de todos intervenientes (doente, médico e farmacêutico). Constitui informação essencial para efeitos de recolha de dados, análise e notificação:

- a) Informação de dispensa clara e precisa (identificação clara, dose e frequência, duração do tratamento, ID do doente);
- b) Notificação espontânea / Farmacovigilância ativa dos efeitos adversos potenciais; e
- c) Avaliação dos dados recebidos pelas autoridades nacionais de farmacovigilância e respetivo reporte.

Qual a mais-valia que vê na participação do seu centro no projeto da SPR/APFH?

Este projeto-piloto, que envolverá 4 centros, pretende promover o trabalho multidisciplinar entre reumatologistas e FH via recurso a uma plataforma de comunicação integrada - o REUMA.PT. Abrangerá doentes seguidos em hospitais e consultórios privados.

Visa, principalmente, a implementação de um mecanismo que garanta o conhecimento da rastreabilidade dos medicamentos biológicos nas doenças reumáticas (identificação do medicamento e respetivo

lote dispensado a cada doente), mas também avaliar a segurança dos doentes em tratamento com medicamentos biológicos /monitorizar a sua utilização e monitorizar a adesão à terapêutica.

Esta parceria entre reumatologistas e farmacêuticos hospitalares representará no nosso entender uma mais-valia para ambos. Os FH terão a possibilidade de registar no REUMA.PT as notificações de suspeitas de RAMs que efetuaram e outras observações que constituam informação importante para o clínico, bem como fazer o upload das dispensas que realizaram de determinado fármaco (identificação clara do medicamento, respetivo nº lote/validade dispensado e quantidade cedida) e com isso os clínicos, ao conhecerem o perfil de levantamentos da medicação dos doentes, podem também estimar a sua adesão ao tratamento. Por outro lado, ao terem a possibilidade de consultar os processos dos doentes inscritos no Reuma.pt, os farmacêuticos hospitalares terão mais elementos sobre os doentes que seguem e seu historial terapêutico, facto que assume particular importância no caso dos doentes seguidos em consultórios privados (nos hospitais a informação consta no processo clínico).

Quais os desafios que antecipa no contexto de múltiplos biológicos e biossimilares?

Com o crescimento da disponibilização de novos biológicos de referência e de mais e mais biossimilares, a monitorização da sua utilização, a rastreabilidade e a informação ao doente assumem grande importância, constituído um desafio para os profissionais de saúde; recordo por exemplo que o doente seguido em consulta privada pode levantar a sua medicação em qualquer hospital, sem fidelização, e que estes podem desconhecer que biológico/marca o doente terá eventualmente levantado em instituições anteriores.

A preocupação mais crítica de segurança com todos os biológicos, incluindo os biossimilares, é a imunogenicidade. Para diferenciar entre medicamentos, um evento adverso deve ser rastreado a um produto biológico específico. Logo, a identificação clara do produto biológico específico é fundamental para a monitorização da farmacovigilância.

A alteração entre biológico de referência e biossimilar e entre biossimilares, deve respeitar a evidência acumulada, salvaguardando as condições que a mesma traduz e ser do conhecimento de todos os intervenientes. A consciencialização dos benefícios dos sistemas de rastreabilidade torna-se assim evidente.

¹ Eur J Hosp Pharm October 2014 Vol 21 No 5

“As poupanças geradas pelos genéricos deviam ser canalizadas para financiar inovação”

António Jordão*

Uma nova fábrica da OM Pharma, do grupo Vifor Pharma, foi inaugurada no passado dia 19 de junho, em Alfragide, na Amadora.

As novas instalações, com um investimento de 10 milhões de euros, têm um objetivo específico: a produção de um medicamento inovador e revolucionário para o tratamento da hipercalemia (níveis elevados de concentração de potássio no sangue), e através do qual vai ser possível que pessoas com problemas cardíacos e renais possam ter mais qualidade de vida.

A inauguração contou com a presença do ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, bem como de outras individualidades do setor da Saúde. A revista O Hospital conversou com o diretor geral da OM Pharma, António Jordão.

No dia 19 de junho do corrente ano foi inaugurada, em Alfragide uma nova fábrica da OM Pharma, com o objetivo de produzir não só para a Europa mas para todo o mundo (inclusive para os EUA, a partir de 2019) um novo medicamento biológico para tratar a hipercalemia. Como está a correr todo o processo?

O projeto está a correr dentro do planeado e, por isso mesmo, estamos todos muito satisfeitos com a progressão do mesmo.

Quais os objetivos da OM Pharma com esta construção e porquê em Portugal?

O grande objetivo da filial Portuguesa é continuar a afirmar a sua importância dentro do Grupo Vifor Pharma, trazendo para Portugal tecnologia farmacêutica de ponta e ainda desenvolver a filial Portuguesa, criando postos de trabalho altamente especializados e contribuindo para reforçar o setor farmacêutico nacional ao impulsionar a sua componente exportadora. Relembro que a fábrica tem um âmbito Global, pelo que, a produção para Portu-

gal será sempre ínfima dada a dimensão relativa do nosso País.

Em todo este processo - de construção da nova fábrica (porque já tinham outra) - foi fácil o relacionamento com as entidades portuguesas?

Sim. Tanto a nível local, nomeadamente com a Câmara Municipal da Amadora, como a nível regional e nacional sempre tivemos por parte das entidades competentes uma grande abertura e vontade de colaboração neste grande empreendimento.

Este novo medicamento foi aprovado pela EMA em 2017. Como está a correr o processo de entrada no mercado nos diferentes países?

Está de acordo com o esperado. Cada país tem a sua própria tramitação de financiamento de tecnologias de saúde com o respetivo ritmo processual. Hoje, o Veltassa já foi lançado na Alemanha, Suíça, Áustria, Suécia, Dinamarca, Noruega e Reino Unido. Espera-se o lançamento em breve noutros países.



A nova fábrica da OM Pharma em Alfragide



Momento da inauguração da nova fábrica da OM Pharma

Quais os benefícios, para os doentes, deste novo fármaco?

Os doentes com doença renal crónica e insuficiência cardíaca devem ser tratados com doses máximas de um conjunto de fármacos a que genericamente se chamam inibidores do sistema renina-angiotensina. Uma consequência deste tratamento é a proteção cardio-renal com consequente redução da mortalidade. Infelizmente, cerca de 15% destes doentes otimizados desenvolvem hipercalemia crónica, pelo que, reduzem ou abandonam o tratamento, perdendo, pois, todo o efeito positivo que estas terapias já demonstraram. Com Veltassa não só se corrige rapidamente este aumento de potássio, como se permite manter os doentes em doses máximas e ótimas dos inibidores do sistema renina-angiotensina.

Como está a correr o processo de comparticipação em Portugal?

Lentamente. O pedido foi submetido em novembro de 2017 e ainda não ultrapassámos a primeira fase do processo. Ainda estamos na avaliação clínica e na escolha do comparador para posterior avaliação fármaco-económica. Pela lentidão do processo e pela lista de países que hoje já têm Veltassa financiado e disponível para tratar adequadamente os seus doentes, temo que Portugal produza esta tecnologia inovadora e *life saving* para o mundo todo, mas que demore a ter esta terapia disponível para os seus próprios cidadãos.

É certamente um medicamento para uso hospitalar. Neste sentido, como encaram as restrições que tem havido em alguns hospitais do SNS relativamente à inovação?

Não é um medicamento hospitalar, mas sim de ambulatório. A restrição à inovação nos hospitais prende-se com duas ordens de razões: a crónica suborçamentação do SNS e dos hospitais em particular e a existência de organismos hospitalares que, pondo em causa as decisões dos peritos nacionais do INFARMED, reavaliam eles próprios o que já foi analisado exaustivamente.

Com o novo medicamento a aposta é na inovação. Qual a posição da OM Pharma relativamente ao mercado de genéricos?

Os genéricos têm o seu papel no acesso à tecnologia farmacêutica; em Portugal a quota de mercado é já bastante elevada. As poupanças geradas pelos genéricos deveriam ser canalizadas para o financiamento da inovação farmacêutica.

A vocação da OM Pharma (que pertence ao grupo suíço Vifor Pharma), no entanto, não está relacionada apenas com a fabricação e a exportação de medicamentos. Também pesquisa, desenvolve e comercializa produtos para tratar a deficiência de ferro, para problemas de nefrologia, para terapias cardio-renais, para a área respiratória e outras. Estar em diferentes frentes é vantajoso?

A Vifor Pharma tem uma ambição estratégica: sermos líderes globais no espaço cardio-renal e nefrologia, ao mesmo tempo que honramos o nosso passado de *know-how* da terapia marcial em todas as formas.

Segundo foi tornado público, a OM Pharma tenciona não ficar por aqui e construir uma nova fábrica em Portugal. Qual o vosso objetivo?

Temos vários projetos, mas por agora são apenas isso.

Qual o peso do mercado de exportação da OM Pharma?

65% das unidades produzidas na fábrica da Amadora em 2017 tiveram como destino a exportação.

O Dr. António Jordão é médico e está na OM Pharma desde 2007. Passado o tempo da Troika que análise faz da evolução da saúde em Portugal?

Os anos da Troika foram muito pesados na saúde e a indústria farmacêutica foi, provavelmente, o setor que mais contribuiu para o ajustamento necessário, sempre num espírito colaborativo com o Ministério. Penso que a sociedade civil deve ter uma discussão profunda sobre os desafios futuros da saúde e as formas de financiamento da inovação farmacêutica. Só com um acesso precoce às tecnologias da saúde, que acrescentem valor à sociedade, poderemos fazer face aos desafios de um país cada vez mais envelhecido.



*António Jordão Nota Curricular

- Diretor Geral da OM Pharma desde 2007 e Head of Southern Europe da Vifor Pharma desde 2013;
- Head of Southern Eastern Europe Middle East Africa de 2012 a 2013;
- Formado em Medicina pela Universidade de Lisboa, especializou-se em Imunoalergologia;
- Conta com um MBA na área de Negócios Internacionais;
- Exerceu funções em Portugal e nos EUA em diferentes empresas do sector farmacêutico como a Lilly, Astra e a Medinfar, onde ocupou o cargo de CEO;
- Foi consultor para o Hospital de Santa Maria, na sua área de especialização;
- Professor associado na Universidade de Lisboa e professor convidado de Imunologia no Instituto Superior de Saúde Egas Moniz.



FILIPE NOVAIS
Diretor-Geral Astellas
Farma, Lda

Saúde: “Um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (OMS)

Na Astellas queremos contribuir para a melhoria da saúde das pessoas no mundo inteiro. Somos uma companhia global com presença no Japão, América do Norte, EMEA (Europa, Médio Oriente e África) e Ásia/Oceânia, com mais de 17.000 colaboradores. A Astellas tem a sua origem no Japão, onde somos a segunda maior companhia farmacêutica e estamos entre as 20 maiores do mundo.

As áreas terapêuticas onde temos maior foco são a Oncologia, Transplantação, Urologia e Infeciologia.

O pipeline de novos produtos inclui não só estas áreas, mas também Nefrologia, Oftalmologia e Medicina Regenerativa, entre outras.

A escolha da Astellas, passa por alocar os recursos de Investigação & Desenvolvimento a Medicamentos Éticos, deixando de fora as outras áreas do setor farmacêutico.

Com o objetivo de acelerar o desenvolvimento de novos medicamentos, temos feito inúmeras parcerias com outras empresas, Universidades e Institutos. Nesta área, a Astellas desenvolveu um instituto de investigação de

Medicina Regenerativa em Massachusetts: *Astellas Institute for Regenerative Medicine (AIRM)*.

A Astellas também está atenta a outras companhias farmacêuticas que tenham programas de desenvolvimento de novos medicamentos, bem como potencial para trazer soluções para necessidades médicas não satisfeitas. As suas mais recentes aquisições são a *Ganymed Pharmaceuticals AG*, empresa biofarmacêutica focada no desenvolvimento de terapêuticas para o tratamento de tumores sólidos e a *Ogeda SA*, uma empresa de descoberta de fármacos em fase clínica, e dedicada ao desenvolvimento de fármacos (*small molecules*) que têm como alvo Receptores Acoplados a Proteínas G (GPCRs).

Um novo medicamento, na realidade atual, para além de demonstrar a sua eficácia e segurança em ambiente de ensaio clínico, tem que em continuidade evidenciar como se vai comportar no mundo real, que é imprevisível e complexo. Também nesta área a Astellas tem já um forte departamento de *Real World Informatics and Analytics (RWI)*, com sede nos Estados Unidos, que tem como principal objetivo gerar valor a partir de da-



dos de saúde com abordagens inovadoras, parcerias e colaborações externas.

A Astellas Pharma é uma Companhia Farmacêutica global, empenhada em transformar as inovações científicas em soluções médicas que tragam valor e esperança aos doentes de todo o mundo.

Faz parte do compromisso da Astellas, a criação de parcerias que permitam otimizar resultados e melhorar o acesso a cuidados de saúde, e a estratégia de Responsabilidade Social Corporativa da Astellas desempenha um papel essencial na nossa visão.

A estratégia global da empresa tem como indicadores mais relevantes a contribuição para a melhoria dos serviços e sistemas de cuidados de saúde, reconhecendo que a Responsabilidade Social Corporativa representa também a preocupação pelo impacto que as decisões e atividades do seu negócio, têm na sociedade.

O suporte filantrópico à sociedade é desenvolvido em projetos de grande impacto na melhoria da qualidade de vida em países subdesenvolvidos, nos quais se destaca o

programa “Action on Fistula” no Quênia. Mais de 100.000 mulheres vivem o pesadelo das fístulas obstétricas. Este programa possibilita o tratamento de milhares destas doentes, mas acima de tudo centra-se na formação e treino de cirurgiões locais, para que de forma continuada, mais doentes possam ser tratadas nos hospitais do Quênia.

Em Portugal, e sob a alçada do programa europeu “*Changing Tomorrow*”, a Astellas orgulha-se da sua intervenção social realizada com vários parceiros, como por exemplo com a CM Oeiras, o município da nossa sede, no âmbito do programa “Oeiras Solidária”, com a CerciOeiras, com a Instituição Ajuda de Mãe, com o Rotary Club de Oeiras através de atribuição de bolsas de estudo a alunos carenciados, ou mais Norte do País com o apoio à Associação Nomeiodonada, localizada no Porto.

Na Astellas, estamos na vanguarda da mudança dos cuidados de saúde, para transformar a inovação científica em valor para os doentes.



ANA PEDRO
Presidente da Direção
da APED

Formação e educação sobre a Dor para profissionais de saúde e utentes

Desde 1991 que a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor promove o estudo, o ensino e a divulgação dos mecanismos fisiopatológicos, meios de prevenção, diagnóstico e terapêutica da dor, de acordo com os parâmetros da IASP (*International Association for the Study of Pain*) e da DGS (Direção-Geral de Saúde).

Numa ação concertada da IASP e da EFIC (*European Pain Federation*) determinou-se 2018 como o Ano Global para a Excelência da Educação em Dor e foi definido como objetivo aproximar o conhecimento científico da prática clínica diária, através da formação e educação, não só de profissionais de saúde, como também dos doentes, dos decisores políticos e da população em geral, potenciais cuidadores e doentes no futuro.

Uma das prioridades da APED é a formação de todos os profissionais de saúde que tratam pessoas com dor, promovendo regularmente reuniões de unidades de dor, workshops temáticos e congressos, de sua iniciativa ou em parceria com outras sociedades científicas e organizações profissionais. Anualmente desde 2013 a APED atribui bolsas de formação nas vertentes clínica e de ciência básica, apoiando a realização de estágios de curta duração em instituições de relevo na área da Dor, assim como premeia os melhores artigos publicados na Revista Dor, o órgão de expressão oficial da APED.

Em relação à formação pré-graduada, não só dirigida

a médicos mas também a enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos entre outros, continua a ser insuficiente, muitas vezes inexistente, e deve ser estabelecida como uma prioridade nos currículos académicos.

Com o intuito de educar e sensibilizar a população para a temática da Dor, a APED promove várias iniciativas, das quais se destacam: O concurso de desenhos infantis sobre Dor "Vou desenhar a minha Dor", anual desde 2005, distingue trabalhos feitos por crianças hospitalizadas sobre as suas perspetivas pessoais da dor. Alicerçada nos desenhos realizados ao longo dos anos criou-se a exposição "Desenhos da Minha Dor", itinerante desde 2017 pelos Hospitais do País, que pretende educar e consciencializar profissionais de saúde e público em geral para a avaliação e tratamento da Dor neste grupo etário tão especial. O "Prémio de Jornalismo na Área da Dor", em parceria com a Fundação Grünenthal, reconhece anualmente desde 2011 o interesse e qualidade dos trabalhos jornalísticos na área da Dor. O Prémio de Fotografia, este ano na sua 3ª edição, desafiou os Portugueses a "Revelar Portugal sem Dor", no rescaldo dos momentos de flagelo e catástrofe que assolaram o nosso país.

Integrando o Ano Global, em Outubro terá início a campanha "Movimento para o Futuro", desenvolvida em parceria com a ETIC (Escola de Tecnologias Inovação e Criação), e em colaboração com instituições e sociedades científicas, pretende alertar e esclarecer a popu-



lação sobre os benefícios do movimento na prevenção e tratamento de estados de dor ligeira e moderada.

Fruto do trabalho da APED junto da DGS foi criado o Dia Nacional de Luta Contra a Dor, atualmente celebrado na 3ª sexta feira do mês de outubro. Em 1998 Portugal foi pioneiro nesta iniciativa, levando posteriormente a EFIC (*European Pain Federation*) a criar a Semana Europeia Contra a Dor em 2001, a que se seguiria a criação do Global Day Against Pain da IASP em 2004. O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) foi um marco decisivo no desenvolvimento da política de saúde em Medicina da Dor no nosso país, resultando em diversos documentos, como a Circular Normativa que equipara a Dor a 5º Sinal Vital (2003), o despacho que aumenta a comparticipação dos medicamentos opióides fortes para dor oncológica e não oncológica (2008) e a circular informativa sobre a utilização dos medicamentos opióides fortes na dor não oncológica (2008). Outros programas se seguiram, gerando várias orientações técnicas sobre avaliação e tratamento da dor em crianças e idosos, assim como para a organização funcional de Unidades de Dor Aguda, contribuindo ainda para a criação da Tabela de Medicina da Dor em 2013.

Em 2017 foi aprovado o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, com um horizonte temporal que se estende até 2020, acompanhado por um núcleo coordenador em que a APED se insere.

Nas relações internacionais, para além da IASP, é de realçar a relação particular com a SED (*Sociedad Española del Dolor*) e a FEDELAT (*Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor*), através da organização de eventos científicos conjuntos, no contexto em que surgem as reuniões Iberoamericanas de Dor. A nível europeu, a APED esteve associada à criação da EFIC, mantendo representação permanente no seu Conselho.

Ao longo do ano a APED tem trabalhado em conjunto com as Associações de doentes e a EFIC, para a criação da plataforma SIP (*Social Impact of Pain*) em Portugal, com intenção de alertar para o impacto social da dor e desenvolver estratégias que visem a sua diminuição.

O VI Congresso da APED decorrerá de 11 a 13 de Outubro em Lisboa e terá associada a XVI Reunião Iberoamericana de Dor, o maior encontro de especialistas da América Latina e Península Ibérica, numa organização conjunta com a SED e FEDELAT, promovendo a troca de conhecimento científico e experiências pessoais de profissionais que têm em comum a proximidade linguística, histórica e cultural. Antecipando a comemoração do Dia Nacional de Luta Contra a Dor, será realizada uma cerimónia de entrega dos Prémios de Jornalismo, “Vou desenhar a minha dor” e dos melhores artigos da Revista Dor.



LUÍS LOPES PEREIRA

Diretor-Geral
da Medtronic

Quatro passos estratégicos para o SNS

Recentemente a revista *The Economist* publicou no seu site um documentário sobre o Serviço Nacional de Saúde Britânico, o famoso NHS, cujo modelo serviu para a criação do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. O documentário identifica os problemas atuais que o NHS enfrenta - idênticos aos da realidade portuguesa - e inclui uma entrevista com o Dr. Ara Darzi, ex-Ministro da Saúde de um governo liderado pelo Partido Trabalhista Inglês e cirurgião há três décadas no NHS, com um vasto currículo em consultoria estratégica para o setor da saúde.

Da entrevista com o Dr. Darzi, extrai-se o seu plano de recuperação do NHS, resumido em quatro pontos: atacar a crise da saúde pública, introduzir e adotar a inovação, usar melhor os dados sobre saúde e, por último, investir mais no setor.

Estes pontos estratégicos são comumente discutidos por todos nós, mas são mais difíceis de cumprir quando os recursos são escassos, os processos são complexos, quando há pouca motivação, liderança e disponibilidade para a mudança e, além de tudo, quando o idealismo puro toma o poder da decisão.

Atacar a crise da saúde pública em Portugal requer uma profunda reflexão visto que o objetivo será transformar o SNS num serviço de saúde ao invés de um serviço para tratar doentes, exigindo-se assim que o SNS se responsabilize, por exemplo, pela prevenção das doenças crónicas. Podemos de facto pedir ao Governo que faça mais pela prevenção, não apenas ao nível das campanhas de sensibilização à população, mas também através da estratificação dos grupos de risco, atuando antecipadamente,

analisando os seus comportamentos, as condições socio-económicas e/ou a hereditariedade. Mas esta visão implica criarmos uma nova cultura de saúde, na qual a saúde pública assume um papel de relevo, mas em que toda a sociedade seja envolvida para que cada indivíduo se sinta responsável pela sua saúde e cada organização se sinta responsável pela saúde das pessoas que lhe estão afeitas. Para que tal aconteça, Portugal tem de despolitizar o setor da saúde, deixando de lado as acusações sem fundamento concreto e os idealismos não exequíveis. A saúde está presente em toda a atividade de um país, é uma força motriz do nosso desenvolvimento económico, da nossa produtividade. Portugal exporta mais produtos de saúde, como medicamentos e dispositivos médicos, do que vinho ou cortiça, produtos tradicionais da indústria portuguesa. Quanto mais desenvolvermos este setor no lado produtivo mais compensamos a sua balança comercial negativa. A saúde está presente no dia-a-dia de todos os portugueses. É provavelmente o tema mais relevante para a vida das pessoas. Mas também é onde se aplicam recursos demasiado escassos. Esta verdade é assumida em muitos países, mas o discurso político põe sempre a tónica no despesismo que a saúde pública acarreta, no défice constante e no incumprimento orçamental e não na valorização de que o SNS deve ser alvo.

A saúde pública sempre funcionou numa ótica de salvação de uma situação e não de prevenção - os hospitais nasceram a partir das guerras para tratar feridos e inválidos e nos conventos para tratar os moribundos. A prevenção tem assim uma dimensão mais social e abrangente, não se podendo reduzir a um Ministério. A população deverá estar mais informada e ser interveniente em to-

dos os aspetos da saúde de forma a utilizar mais racionalmente os recursos que dispõe, evitando desperdícios como idas a urgências sem necessidade ou a decisão sobre tratamentos que não são adequados. O processo de *patient empowerment* é uma estratégia já recomendada pela Organização Mundial de Saúde que promove um papel mais interventivo de cada cidadão na gestão da sua saúde, podendo este contribuir para a prevenção do aparecimento de doenças crónicas, o cumprimento rigoroso dos tratamentos e a utilização devida dos serviços de saúde.

O SNS tem que adotar e implementar mais inovação. Há inovações que são inevitáveis e que já pecam por tardias. No Reino Unido o Ministério da Saúde continua a ser o maior consumidor de máquinas de fax, um meio de comunicação já esgotado, mas que também se continua a ver nas instituições de saúde em Portugal. A alteração para a era digital, existindo já computadores em uso massivo, representa um avanço fácil de implementar, especialmente num País onde os Governos têm feito um esforço de modernizar o sector Público e onde, por exemplo, áreas como a da Autoridade Tributária e Aduaneira foram bem-sucedidas. Também na saúde houve esforços relativamente à informação prestada aos cidadãos, e à compilação de dados e estatísticas importantes para compreendermos melhor a evolução da saúde pública. Mas há ainda muita margem para fazermos melhor no lado da prestação de saúde onde a utilização de mais aplicações de monitorização e gestão, de forma a simplificar processos e encontrar maior eficiência, constituem inovações que podem representar investimentos pouco significativos face aos enormes ganhos que trazem para o SNS. No caso da inovação terapêutica, o SNS deveria focar-se na alteração de procedimentos e adoção de tecnologia que aumentem a produtividade e estejam focadas no doente, ou seja, os processos de inovação deverão ter a evidência de resultados clínicos mensuráveis, que apóiem valor ao nível da melhoria de saúde e qualidade de vida dos doentes. Esta demonstração de resultados clínicos deve ser implementada de forma contínua, de modo a que sejam definidos objetivos clínicos. Trata-se de alterar os modelos de negócio atuais para modelos assentes no conceito de *Value Based HealthCare*, ou seja, medirmos cada vez mais o impacto dos investimentos que fazemos no SNS, em termos de valor em resultados clínicos. O setor da saúde precisa de renovar a sua gestão não só ao nível da flexibilização do poder de decisão das Administrações Hospitalares e dos Cuidados Primários, mas também da alteração das atuais políticas e procedimentos de contratação pública, de forma a otimizarmos os recursos que dispomos. A ótica da contratação com base no valor pode ser disruptiva e inovadora para que a saúde deixe de ser vista como uma despesa e passe a ser um investimento com grandes proveitos.

A utilização de dados de saúde dos doentes, outro dos pontos abordados pelo Dr. Darzi, é primordial para gerar poupanças por exemplo com meios de diagnóstico porque evita a repetição desnecessária de exames, e por outro lado fomenta a utilização de centros informáticos onde os doentes podem manter atualizada a sua informação

médica, com resultados importantes para a sua saúde. A segurança é uma prioridade. Atualmente, a tecnologia oferece soluções bastante confiáveis e o Ministério de Saúde português tem feito um esforço exemplar neste sentido, muito embora ainda estejamos longe de termos todos os cidadãos a utilizar os portais, entretanto criados, integrados numa metodologia de cooperação entre o setor público e privado.

Haverá barreiras a ultrapassar no que toca à proteção de dados e, principalmente, estamos dependentes da coragem que a autoridade reguladora desta área deve demonstrar para conseguir dar respostas concretas, em tempo útil, para que as reformas possam ser verdadeiramente implementadas.

Finalmente chegamos ao ponto “investir mais em saúde”. Há evidência científica e provas irrefutáveis de que uma sociedade saudável é uma sociedade produtiva e que o desenvolvimento de um país se mede pelos níveis de saúde da sua população pois impactam diretamente o absentismo, a incapacidade e as reformas antecipadas.

O SNS é um bem adquirido, mas que tem de ser mantido. Para tal temos de ter em conta que o SNS é um recurso que deve aproveitar todos os meios que um país tem disponíveis para satisfazer a sua população, sejam privados ou públicos. Caberá ao Governo garantir parte do financiamento e o direito óbvio de regulamentar o mercado. No entanto, existindo este sistema fidedigno de regulamentação e inspeção, capaz de garantir a competitividade baseada em valores mensuráveis de comparação em benchmark, a prestação dos cuidados de saúde pode ser pública ou privada. E a escolha do prestador – médico ou unidade hospitalar – deverá ser decisão de cada cidadão. Neste ponto já houve alguma evolução com a implementação da escolha livre entre os hospitais públicos, muito embora ainda com algumas restrições. Mas os mercados público e privado deveriam acertar valores de forma a que os próprios hospitais privados possam fornecer o SNS de uma forma genérica. No ponto de vista prático, na medida em que as capacidades de investimento apresentam velocidades diferentes, esta evolução deverá ser progressiva.

Há ainda um ponto essencial em que Portugal tem de mostrar ser capaz de responder positivamente a curto prazo, a redução dos tempos de pagamento aos seus fornecedores. Atualmente Portugal é o pior país Europeu em termos prazos de pagamento a fornecedores de bens e serviços de saúde, um facto que leva a desconfianças e ao desinvestimento por parte de quem opera neste setor em Portugal, e que torna o país pouco atrativo para a investigação e introdução de novas tecnologias.

A saúde requer grandes investimentos e a utilização de recursos que são demasiado elevados para desperdiçarmos tempo a debater ideologicamente a prestação em si, quando o pagador é também regulador e pode impor regras que tornem maior a oferta de serviços, para que não tenhamos listas de espera e os cidadãos possam aceder aos serviços de saúde que merecem.



SÍLVIA CRUZ
Diretora
da Unidade Respiratória
AstraZeneca Portugal

“A AstraZeneca desafia os limites da Ciência na abordagem terapêutica às doenças respiratórias”

Sílvia Cruz é licenciada em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, tendo no seu currículo três pós-graduações: “Economia e Política da Saúde”, “A Saúde, a Política e a Crise” e “Advanced Marketing Programme for Executives”, as primeiras pela Escola Nacional de Saúde Pública e a última pela Universidade Católica de Lisboa.

Estando na AstraZeneca há 12 anos - os últimos três como responsável pela Unidade de Negócio Respiratória - Sílvia Cruz conta com 20 anos de experiência na indústria farmacêutica.

Nesta entrevista, apresenta-nos o cenário das doenças respiratórias, em Portugal, revela os grandes desafios que se colocam a profissionais de saúde e aos hospitais no tratamento destas patologias e fala-nos, também, da inovação terapêutica que, em breve, estará disponível em Portugal.

Portugal tem vindo a debater-se com um aumento considerável das doenças respiratórias crónicas (a terceira causa de morte no País). Esta situação faz parte do padrão europeu, ou temos que avaliar as políticas de saúde neste domínio?

Em Portugal, as doenças respiratórias, como as Pneumonias, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e a Asma, continuam a ser algumas das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência. As pneumonias constituem a principal causa de mortalidade por doença respiratória, colocando-nos como o país com a mais elevada taxa de mortalidade por pneumonias nos países da OCDE. Por outro lado, no caso da Asma, apesar de Portugal integrar o grupo de países da OCDE com menor mortalidade por esta patologia, esta é uma doença com elevada prevalên-

cia, afetando cerca de 700 mil habitantes, constituindo por essa razão um importante problema de Saúde Pública, com grande impacto na qualidade de vida destes doentes, sendo responsável por absentismo escolar e laboral frequentes, bem como diminuição do rendimento escolar das crianças e jovens e da produtividade da população ativa. Para agravar esta situação, estima-se que cerca de metade, ou seja, 350 mil asmáticos, não tenha a sua asma controlada, o que acarreta para o sistema cerca do dobro dos custos de uma asma controlada. Estamos a falar de muitos milhões de euros, concretamente 184 milhões de euros, que poderiam ser poupados por ano, numa patologia que representa entre 2% a 3% da despesa total em saúde no nosso país. Estes dados sublinham a importância de uma reflexão profunda sobre as estratégias de tratamento destes doentes, em Portugal.

Atendendo a estes custos elevados da Asma em Portugal, identifica alguma medida que pode fazer a diferença e que deva ser implementada no nosso País?

Os grandes desafios que se colocam aos profissionais de saúde, no que concerne à asma, são a melhoria significativa do diagnóstico e do controlo da doença. Para melhorar o diagnóstico de asma temos que implementar programas que capacitem todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos) para melhor e mais rapidamente identificarem os sintomas e iniciarem o tratamento de prevenção que tem por base a utilização de um corticoide inalado. Para melhor controlar a doença, estes mesmos profissionais devem assegurar que os doentes fazem a medicação adequada, de forma regular e continuada e não apenas quando aparecem os sintomas, e manuseando de forma correta o seu inalador. Nos casos mais graves, que representam menos de 10% do total de casos de asma, é preciso identificar qual o subtipo de asma, através da análise de biomarcadores específicos

e, caso seja necessário, iniciar tratamentos com biológicos que, apesar dos custos diretos mais elevados, diminuem de forma dramática os custos relacionados com o número de internamentos, recursos ao Serviço de Urgência e utilização de corticoterapia sistêmica que, como é sabido, leva ao desenvolvimento de outras co-morbilidades graves com custos muito elevados para o sistema a longo prazo (por exemplo diabetes, osteoporose, cataratas e doenças cardiovasculares).

A AstraZeneca sempre deu muita importância às doenças respiratórias, trabalhando há 40 anos neste domínio. Que novidades farmacológicas existem no mercado que podem ajudar profissionais de saúde e doentes?

Há 40 anos que a AstraZeneca desafia os limites da ciência na abordagem terapêutica às doenças respiratórias. Desde o nosso primeiro broncodilatador, até aos medicamentos mais atuais, os cientistas da AstraZeneca continuam a transformar a forma como as doenças são encaradas e os doentes com Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) são tratados.

No entanto, o nosso trabalho não está concluído. Continuamos empenhados no desenvolvimento de novas terapêuticas inalatórias e biológicas dirigidas, combinações medicamentosas e dispositivos únicos, de forma a assegurar os tratamentos mais adequados a cada doente.

Na Asma Grave Eosinofílica desenvolvemos o nosso primeiro medicamento biológico, o benralizumab, que se liga ao receptor da IL-5 que se expressa na superfície dos eosinófilos, levando à sua depleção. Os eosinófilos estão associados a um fenótipo de asma grave.

O novo medicamento que vai entrar no mercado para o tratamento da asma grave, traz benefícios acrescidos para o doente e familiares? A que nível?

A asma afeta crianças e adultos de todas as idades, sendo a doença crónica mais frequente em todo o mundo. Alguns doentes com asma grave permanecem não controlados, apesar de fazerem a sua medicação habitual, continuando a sofrer de sintomas, exacerbações frequentes e fraca qualidade de vida. Para este grupo de doentes continua a haver uma necessidade clínica de procurar novas opções terapêuticas.

Os eosinófilos têm um papel determinante na patogénese da asma grave não controlada. Níveis aumentados de eosinófilos estão associados a um aumento da gravidade da doença, mais exacerbações, menor controlo, diminuição da função pulmonar, mais mortalidade e maior dependência de corticosteroides orais. Também a nível de custos, os doentes com eosinófilos altos apresentaram uma taxa 4 vezes mais elevada de internamento e custos totais superiores em mais de 4 vezes face aos doentes com asma controlada e sem níveis elevados de eosinófilos.

Este novo medicamento, destinado ao tratamento da asma grave eosinofílica, constitui numa nova abordagem terapêutica no tratamento da asma grave, com benefícios

clínicos demonstrados relativamente aos tratamentos tradicionais, traduzindo-se estes resultados em redução da utilização dos recursos de saúde ao reduzir as taxas anuais de exacerbações e ao melhorar a qualidade de vida dos doentes.

A comodidade posológica é também importante permitindo ao doente uma maior autonomia na gestão da sua doença.

E para os profissionais de saúde?

Para os profissionais de saúde, uma mais eficaz gestão da doença, com menos episódios de exacerbação e de internamento decorrentes da doença permitir-lhes-ão uma gestão mais eficiente dos serviços de saúde (e da sua consulta) e poupança de recursos. Para além da satisfação com a melhoria do estado de saúde do seu doente.

A mortalidade, nesta área clínica, afeta principalmente as faixas etárias acima dos 65 anos. Regra geral há um peso não só da doença física, mas também psicológica e, algumas vezes, de dificuldades económicas. De que forma se pode minimizar os dramas destes doentes?

A Asma é uma doença crónica, pelo que o seu tratamento deverá ser realizado de forma contínua, potenciando os benefícios das terapêuticas de manutenção e não atuando apenas nas situações de exacerbação. Dessa forma conseguiremos melhorar a qualidade de vida dos doentes e diminuir os custos relacionados com a morbilidade. O sistema de saúde deve assegurar que os doentes têm acesso à terapêutica, independentemente da sua condição económica, pois esta é uma opção que gera poupanças superiores aos custos diretamente imputados às terapêuticas, assegurando, em simultâneo os ganhos em saúde que estas terapêuticas proporcionam.

A AstraZeneca, no entanto, não está apenas vocacionada para as doenças respiratórias. Como enquadra o papel da empresa no global da Saúde em Portugal?

A AstraZeneca é uma companhia biofarmacêutica global orientada para a inovação, focada na investigação, no desenvolvimento e na comercialização de medicamentos para o tratamento de várias patologias, em três áreas-terapêuticas principais – Oncologia, Cardiovascular, Renal & Doenças Metabólicas e Respiratória. A AstraZeneca opera em mais de 100 países e os seus medicamentos inovadores são utilizados por milhões de pessoas em todo o mundo.

Em Portugal, somos uma empresa líder, empenhada em melhorar a prestação de cuidados de Saúde no nosso país. Queremos continuar a responder aos desafios que temos atualmente no Sistema Nacional de Saúde, reforçando o posicionamento e a missão que tornam a AstraZeneca uma empresa de referência.

Pretendemos ser um parceiro de confiança, que contribui para soluções que permitam a acessibilidade do doente, no tempo adequado, ao tratamento mais indicado para a sua situação específica, contribuindo, simultaneamente, para a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde.

37ª Participação de Profissionais de Saúde Portugueses em Intercâmbio Europeu

Sara Rozman

Entre 7 de maio e 5 de junho de 2018 decorreu a 37ª edição do Programa de Intercâmbio da Federação Europeia dos Hospitais (HOPE), promovido em Portugal pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), através do seu Gabinete HOPE Portugal, em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Direcionado para gestores e outros profissionais com responsabilidades nesta área, o Programa tem a duração de quatro semanas, durante as quais os participantes desenvolvem o seu trabalho nos hospitais e instituições de saúde no país anfitrião. O tema deste ano foi “A importância da experiência e competência dos doentes na melhoria da qualidade dos cuidados. Boas práticas.” A Reunião Europeia de Avaliação e Conferência Final tiveram lugar em Estocolmo, na Suécia.

Este ano Portugal recebeu oito participantes de diferentes nacionalidades e enviou dez para o estrangeiro. Em jeito de balanço, solicitámos aos participantes portugueses para nos transmitirem as suas experiências nos países que os acolheram, especialmente as mais-valias do Programa, os projetos e as experiências que consideraram mais importantes à luz do tema deste ano.

ANA FILIPA COELHO **UNIDADE LOCAL DE SAÚDE LITORAL ALENTEJANO** **PAÍS ANFITRIÃO: ESTÓNIA**



Participar no Programa permitiu-me “sair da caixa” onde trabalho todos os dias e olhar para a saúde de uma forma mais abrangente, nomeadamente no contexto europeu e dos sistemas de saúde.

Para além de várias referências e boas práticas que vi durante o Programa e na conferência final, creio que a principal mais-valia sejam as dezenas de contactos que angariei em mais de 12 instituições diferentes (hospitais, entidades da saúde e start-ups). Como país extremamente avançado em termos tecnológicos, nomeadamente digitalização e inter-

comunicação de dados, a Estónia é uma excelente referência em projetos desta natureza.

No âmbito do tema deste ano, gostaria de destacar o Processo Clínico Digital (e-Health Records), o Inquérito Nacional de Satisfação de Utentes e diversas apps emergentes que permitem interação com os utentes durante o tratamento (ex.: SIDA, gravidez, Esclerose Múltipla, Gestão de Medicação, monitorização da Hipertensão). Todos promovem o envolvimento do utente de variadas formas com impacto na qualidade dos cuidados prestados.

ANA FILIPA GOMES **CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA** **PAÍS ANFITRIÃO: SUÉCIA**



Particpei no Programa na Suécia, em Växjö, o que me permitiu conhecer o Sistema de Saúde e Social, observar práticas diferentes ou inovadoras, conhecer diferentes profissionais, organizações, estruturas e dinâmicas. O que fez com que esta experiência me trouxesse não só benefícios pessoais ou profissionais, mas poderá trazer também benefícios à organização a que pertença. Pois com novos conhecimentos sobre diferentes práticas, a organização poderá beneficiar com o estabelecimento de redes de contacto, introdução de projetos de melhoria ou mesmo potenciar mudanças estruturais. Estas traduzir-se-ão numa maior eficácia e eficiência na prestação de serviços aos utentes.

Destaco dois projetos: A introdução do Patient Centered Care no serviço de Cardiologia do Hospital de Växjö, iniciado em 2016 e que se traduziu numa mudança no paradigma do cuidar e que trouxe uma diminuição de reinternamentos, melhor organização e planeamento de alta, e uma autorresponsabilização e capacitação do doente; o Projeto *Improving the Life of the Elderly* que abrange toda a Região de Kronoberg, envolve os idosos na decisão sobre as suas necessidades e cria uma ligação eficaz transversal entre os cuidados hospitalares e sociais.

ANA MARIA PICADO
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL
PAÍS ANFITRIÃO: SUÍÇA



O Programa permitiu a partilha de conhecimento e experiências inerentes aos vários campos da atividade em saúde, promovendo a “abertura de espírito”, a ausência de juízos de valor, a capacidade de adaptação, o sentido crítico e de observação, o raciocínio lógico e a interiorização de outros valores e conceitos.

A Suíça possui um sistema de saúde privado assente em seguros de saúde. Uma sociedade democrática, onde a opinião do cidadão é valorizada e em que este é auto determinado, informado e consciencioso dos seus direitos.

Os cuidados de saúde são essencialmente domiciliários, tanto no pré como no pós internamento hospitalar em situ-

ações de doença crónica ou de demência. O objetivo major é manter a pessoa no seu ambiente.

Advance Care Planning é o processo no qual doentes, família e profissionais de saúde em conjunto, tomam decisões sobre a possível evolução da doença, de forma a precaver futuras condicionantes ao tratamento. Destaca as escolhas efetuadas pelo doente conscientemente e previamente a uma situação grave de saúde. Inclui medidas de reanimação, suporte de vida, opções de cuidados paliativos, decisões alternativas de tratamento, diretrizes antecipadas de vontade e poderá culminar no desejo de suicídio assistido.

ANABELA COSTA
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA
E VALE DO TEJO
PAÍS ANFITRIÃO: FINLÂNDIA



O contacto com um sistema de saúde europeu, num contexto sócio-económico e cultural diferente do português, com o objetivo de conhecer o modelo de prestação de cuidados, foi a principal motivação para participar neste Programa.

O local de acolhimento foi Lahti, na Finlândia e o programa revelou uma enorme importância para a minha formação profissional e pessoal.

Para além da observação e testemunhos recolhidos, o conteúdo e diversidade da informação revelou-se de elevada qualidade, registando-se a disponibilidade para a partilha de dados e documentos pelos profissionais que nos receberam.

Considero esta experiência muito positiva. O tema deste ano, além de pertinente no contexto atual de transformação social e demográfica, onde faz todo o sentido repensar o modelo de prestação de cuidados e urge dar voz e possibilidade de participação às pessoas, é fundamental para a própria sustentabilidade do SNS. Penso que em Portugal devíamos promover a discussão pública sobre este tema e estimular uma maior consciencialização dos profissionais sobre as responsabilidades na relação com o doente.

Equacionar e reforçar alternativas à hospitalização, centradas na pessoa e envolvendo a comunidade foi a mensagem central dos vários projetos apresentados.

ANDRÉ RAMOS JOSÉ DE MELLO SAÚDE PAÍS ANFITRIÃO: HOLANDA

O programa permitiu-me conhecer uma realidade diferente da qual eu estou inserido, proporcionando-me uma oportunidade única de conhecer e conversar com vários profissionais na área da Saúde, com competências e formações distintas, trazendo-me novas perspectivas na forma como olho para os desafios que me são diariamente colocados.

O foco do programa deste ano prendia-se com o envolvimento do paciente na prestação de cuidados de saúde, algo que será uma preocupação crescente no futuro para todos os que precisarão de usufruir de algum tipo de cuidado nesta área. A oportunidade de poder ver projectos inovadores nesta e noutras áreas é uma experiência única e com mais-valias evidentes.

A Holanda é um País altamente desenvolvido, com uma cultura de consenso em todas áreas da Sociedade, onde a



Saúde não é excepção. Assim, o envolvimento do paciente é uma prioridade na Holanda, pelo que no contexto do Programa não poderia ter escolhido melhor. Existem mecanismos para envolver os pacientes a vários níveis, tanto ao nível do tratamento em si, como até a definir estratégias dos hospitais.

Como exemplo, é obrigatório por lei em todos os Hospitais existir um grupo de representantes dos pacientes que não só têm de ser ouvidos como influenciam decisões mais estratégicas do conselho de administração (Patient Council). Outro mecanismo completamente implementado, são sessões de feedback mensais de grupos de pacientes num determinado tema, onde os vários profissionais de Saúde apenas ouvem o que estes têm para dizer, atuando posteriormente em possíveis soluções mais estruturais.

MARIA JOÃO DALLOT CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA PAÍS ANFITRIÃO: DINAMARCA



Foi uma experiência importante tanto ao nível profissional como pessoal. Foi importante perceber que na Dinamarca a forma como se trabalha esta temática está já enraizada nos processos de trabalho. É cultural! O programa está muito bem organizado, permitindo aprofundar as nossas áreas de interesse e perceber como estão estruturados e ultrapassam problemas similares. Mas não só: tive ainda a oportunidade de partilhar informação com os restantes participantes de 9 países diferentes.

Em Copenhaga, no Rigshospitalet visitei uma área em construção, assim como o novo Hospital em Aalborg. Em ambos ficou claro o envolvimento do doente e familiares no processo de planeamento e construção. Exemplo dis-

so é a nova área de pediatria em Copenhaga que, ainda em planta, já sofreu alterações.

Em Aalborg tive oportunidade de experienciar a tecnologia 3D utilizada para "viajar" no futuro edifício, que permite a identificação e correção de falhas.

Durante o programa tive acesso a ferramentas que ajudam os profissionais a comunicar melhor com o doente; a fluxos de trabalho construídos com a participação do doente; a ver a forma como são criadas as estruturas para ouvir a opinião e preocupação do doente, entre outros mecanismos com base na sua experiência.

MARIA JOSÉ MAIA
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL
PAÍS ANFITRIÃO: FINLÂNDIA



A grande mais-valia é a partilha de experiências. Encontrei soluções simples no âmbito do controlo de infeção, tais como: divulgação das taxas de adesão dos profissionais, em tempo real, nos vários ecrãs do hospital; utilização dos mesmos produtos para lavagem e para desinfeção das mãos em todo o país; cartazes informativos em material lavável com aderência electrostática; utilização de sacos para a roupa suja que respeitam o ambiente; casas de banho sem base de chuveiro com chão em linóleo com escoador de água.

O tema deste ano foi a razão da minha candidatura ao Programa. Como enfermeira de controlo de infeção, necessito de identificar novas estratégias para evitar que os utentes

experienciem um evento adverso, assim como de encontrar diariamente novas formas de motivar os profissionais de saúde para o cumprimento das recomendações institucionais e nacionais.

Tive oportunidade de conhecer vários projetos em que a capacitação dos cidadãos é o objectivo principal, nomeadamente na optimização da informação através de ferramentas informáticas (sites e Apps), na garantia da segurança e confidencialidade dos dados pessoais e na participação ativa no seu próprio plano de cuidados de saúde. Destaco o projecto *Expert by Experience*. Na Finlândia, “menos é mais”.

Assim se cumpriu, mais um ano, um dos objetivos principais do Programa, de providenciar treino e experiência a profissionais de saúde, ao encorajar e promover Programas de Intercâmbio e cooperação entre os Estados-membro da UE, contribuindo para o aumento do nível da prestação de cuidados de saúde.

Os participantes descreveram o Programa através das seguintes palavras:



Participe no 38º Programa de Intercâmbio HOPE

“Gestão em Saúde: Decisão baseada na Evidência”

6 de maio a 4 de junho 2019

Conferência Final: 2-4 de junho 2019, Liubliana, Eslovénia

Mais informações: <http://www.apdh.pt/hope2019>



21

NOV'18

ENCONTRO 12.ª EDIÇÃO
PRÉMIO DE BOAS
PRÁTICAS EM SAÚDE[®]

7.º CONGRESSO

INTERNACIONAL DOS HOSPITAIS

"ENVOLVIMENTO E RESPONSABILIDADE DO CIDADÃO NO SNS"

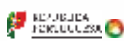
21 A 23 DE NOV 2018

Auditório da ESTeSL - Lisboa

ORGANIZAÇÃO



PATROCÍNIO INSTITUCIONAL



PARCERIA



PATROCINADOR OURO



APOIO



MEDIA PARTNER



ROXALL



ROXALL
GROUP





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