

Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFDs): Uma Experiência Inovadora a Nível Mundial

— Entrevista conduzida e editada por Carlos Pina e Brito —

— Fotografia de José Jorge Soares —

Conhecer melhor a filosofia, constituição e actividades no futuro próximo das Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFDs), experiência recente e inovadora a nível mundial, que tem já um balanço muito positivo, levou "Anamnesis" a conduzir uma entrevista com o Dr. José Manuel Boavida, médico endocrinologista da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), Presidente da Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Diabetologia e Coordenador do Programa Nacional para a Diabetes da Direção Geral de Saúde.

Anamnesis - Quais os conceitos e filosofia subjacentes à criação, no contexto do Programa Nacional para a Diabetes, das Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFDs)?

Dr. J. M. Boavida - Há muito tempo que, no âmbito dos Cuidados da Diabetes e do Programa Nacional para a Diabetes, da DGS, se procuravam encontrar novas formas de organização. Houve mesmo um período em que existia um responsável pela diabetes em cada Centro de Saúde, mas sempre no contexto de uma grande separação entre as Unidades Hospitalares e as Unidades de Cuidados de Saúde Primários. Há 4 anos, tentámos introduzir o modelo, que viria a corporizar-se nas Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes (UCFDs) mas, foi-nos exigido pela tutela que ele fosse introduzido primeiro uma forma experimental. Na altura, quando se quis avançar, as Administrações Regionais de Saúde (ARSs) decidiram estar presentes em todas as UCFDs o que inviabilizou o seu funcionamento. Tem de haver uma lógica absolutamente descentralizada e local para que este tipo de Unidades possam funcionar no terreno. Isto, porque as estruturas intermédias de Saúde deixaram de ser facilitadoras e tornaram-se emperradoras, porque estão assoberbadas de tarefas burocráticas e de indicadores generalizados que não definem metas locais e descentralizadas. Então onde é que se poderiam basear, do pon-



Dr. José Manuel Boavida

to de vista de filosofia subjacente, as UCFDs? Numa abordagem racional, poderiam basear-se numa experiência concreta nacional que são as Unidades Coordenadoras Funcionais da Saúde Materna (UCFSMs), cuja experiência e resultados foram e continuam a ser gabados por toda a gente mas, até à criação das UCFDs, ninguém pegou nessa metodologia, que já tinha mostrado a sua eficácia e eficiência, para a desenvolver noutra área. Portanto, foi um

pouco em cima da experiência das UCFSMs que, finalmente, foi possível convencer a tutela de que era necessário não centrar as UCFDs apenas nas ARSs, e fazer a sua ligação por uma coordenação central a partir do Programa Nacional para a Diabetes, da DGS.

Em consequência, a estrutura central das UCFDs são os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a ligação entre esses ACES e as Unidades Hospitalares. Nesse sentido, foi determinado que as UCFDs seriam constituídas por um médico e um enfermeiro de Cuidados Primários (do ACES), por um médico e um en-

"(...) a estrutura central das UCFDs são os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a ligação entre esses ACES e as Unidades Hospitalares. (...) foi determinado que as UCFDs seriam constituídas por um médico e um enfermeiro de Cuidados Primários (do ACES), por um médico e um enfermeiro da Unidade Hospitalar (para que esse ACES drene) e por um médico de Saúde Pública."

fermeiro da Unidade Hospitalar (para que esse ACES drena) e por um médico de Saúde Pública. Há aqui 2 pontos que penso que são novidade, nesta experiência das UCFDs, relativamente à experiência anterior das UCFSMs: o primeiro é o coordenador da UCFD ser um médico dos Cuidados de Saúde Primários; isto não pela menor competência ou conhecimentos dos seus colegas médicos hospitalares, mas pela necessidade clara de dar uma tónica de que os Cuidados Primários são absolutamente centrais para o desenvolvimento desta estratégia. Portanto, é uma questão funcional, objectiva que determina essa situação. Neste momento nós temos cerca de 700.000 pessoas com diabetes registadas nos Cuidados Primários. Estes são o grande centro da estratégia das UCFDs e se não houver responsabilidade das Unidades de Cuidados Primários acaba por se estar sempre numa situação de dependência das estratégias hospitalares, que ganham muitas vezes lógicas próprias da instituição e do seu histórico criando dinâmicas que podem não corresponder aos interesses daquela região específica. Em consequência, criou-se uma UCFD por cada ACES e, nalguns locais, tiveram mesmo de criar-se 2 UCFDs por haver mais do que um hospital de drenagem do ACES. Isto, porque existe um defeito na orgânica da Saúde que é preciso ter em conta: a definição dos ACES não corresponde à lógica organizativa e administrativa geral do país, o que aliás sucede também no caso dos hospitais. Dado que cada área da Saúde tem uma estrutura administrativa que não corresponde à das outras áreas, quando quiseremos coordenações a nível centralizado torna-se difícil consegui-las.

Outro aspecto fundamental na constituição das UCFDs foi a integração dos médicos de Saúde Pública. Os médicos de Saúde Pública estão muito preocupados com os alarmes de Saúde Pública, estão preocupados com toda a lógica administrativa, estão assoberbados de áreas técnico-administrativas que os ocupam demasiado, mas o “know how” que têm, quer do ponto de vista de Observatório local de Saúde, quer do ponto de vista de definição de estratégias de saúde, nomeadamente de estratégias de prevenção pareceu-me que poderia ser essencial. Obviamente, não tem sido fácil criar toda esta estrutura. Actualmente já todo o país

“Actualmente já todo o país tem ACES e as suas UCFDs, umas que trabalham melhor, outras que trabalham pior, mas, neste momento os planos de acção para 2015 já foram entregues por cerca de 70% das UCFDs o que é extremamente significativo.”

tem ACES e as suas UCFDs, umas que trabalham melhor, outras que trabalham pior, mas, neste momento os planos de acção para 2015 já foram entregues por cerca de 70% das UCFDs o que é extremamente significativo. Muitos desses planos de acção são ainda muito ambiciosos e idealistas; aquilo que se pretende dos planos de acção anuais é que sejam pragmáticos, muito objectivos e realizáveis durante o ano seguinte, porque hoje, na diabetes, já não estamos numa fase de definição global de estratégias de intervenção. Qualquer Programa Nacional para a Diabetes ou programa de saúde semelhante, seja do Canadá, da Austrália, do Reino Unido, por exemplo, difere, nas suas grandes linhas, apenas em alguns pormenores. O problema hoje é como é que se vão aplicar essas estratégias na prática. Por isso a grande actividade das UCFDs é a elaboração desses planos de acção com objectivos concretos locais.

Anamnesis - Como tem decorrido a implementação e funcionamento das UCFDs?

Dr. J. M. Boavida - Até agora tem sido uma experiência muito positiva. Pela primeira vez conseguimos que médicos dos Cuidados Primários e médicos hospitalares se conhecessem: os nomes passam a corresponder a caras e não a papéis ou e-mails que se enviam, o respeito entre uns e outros aumenta e, em consequência, partilham-se objectivos e procuram-se soluções. No ano passado fizemos o primeiro encontro nacional das UCFDs, em Lisboa e estiveram presentes cerca de 65 UCFDs, de um total que anda próximo das 75. Praticamente

todo o país esteve representado. Nesse encontro, o objectivo foi determinar como se elabora um plano de acção anual. Foi essencialmente um trabalho de grupo, um trabalho interactivo em que juntámos as UCFDs de todo o país para que as pessoas não estivessem fechadas na sua equipa, para que conhecessem as realidades de outros sítios do país. Durante esse encontro as pessoas trabalharam também no seio da sua própria equipa, para construir planos de acção.

Este ano vai realizar-se o segundo encontro nacional das UCFDs, a 21 de Novembro, no Porto, em que iremos visitar a elaboração dos planos de acção, numa base do máximo de autonomia. Isso seria perfeitamente conseguido se os ACES tivessem a autonomia que a lei prevê e dessem às UCFDs essa mesma autonomia. Não havendo ainda autonomia, estou convencido de que, nesta fase transitória, os planos de acção têm de ser, de alguma forma, mais objectivos e protocolizados. Vamos também procurar elaborar um plano de acção tipo para que os planos sejam comparáveis entre si, sejam mais realistas e, globalmente, possam ser negociados com as estruturas intermédias da governação do Ministério da Saúde. Isto, porque houve, claramente, a nível de muitos ACES, algum receio da autonomia das UCFDs. Nesse contexto, uma maior clarificação dos planos de acção irá constituir um factor de facilitação. A segunda parte do encontro realizar-se-á em torno do conceito de “team building”. Nesta altura em que nos deparamos com alguma desmobilização, descontentamento e menos empenhamento de muitos colegas, penso que é absolutamente necessário abarcarmos essa área. Iremos discutir como é que diferentes tipos de personalidade se podem e de-

“Este ano vai realizar-se o segundo encontro nacional das UCFDs, a 21 de Novembro, no Porto, em que iremos visitar a elaboração dos planos de acção, numa base do máximo de autonomia.”

vem conjugar na equipa da UCFD, os benefícios dos diversos tipos de personalidade, como sabermos aproveitar as diferentes personalidades para papéis específicos dentro da própria UCFD, em suma a construção da equipa da UCFD.

“Vamos também procurar elaborar um plano de acção tipo para que os planos sejam comparáveis entre si, sejam mais realistas e, globalmente, possam ser negociados com as estruturas intermédias da governação do Ministério da Saúde.”

Anamnesis - Como caracteriza esta experiência das UCFDs, no contexto internacional e nacional?

Dr. J. M. Boavida - As UCFDs constituem uma experiência inovadora, mesmo única a nível mundial, mas que também só é possível porque temos um Serviço Nacional de Saúde com capacidade de abrangência de todo o país. Note-se que em 2016, os ACES e as ARS já vão ter como parte da sua avaliação a existência de planos de acção das UCFDs. Obviamente que ainda temos o problema das pessoas sem médico de família, o problema da falta de pessoal, mas não posso deixar de salientar que os enfermeiros têm tido um papel absolutamente fulcral nas UCFDs. Isto, porque têm uma capacidade de organização e gestão maiores de que muitos outros profissionais de saúde, até pela sua formação e pela sua forma de trabalhar, e também porque têm sido de uma dedicação e empenho extremos; por exemplo, aumentaram exponencialmente os registos da observação do pé e o número de avaliações do risco de desenvolver diabetes. Por isso eu penso que, para 2016, o grande objectivo vai ser criar estruturas de educação para a diabetes muito baseadas nos enfermeiros (obviamente com a colaboração dos médicos, sempre que seja necessário), e com 2 alvos principais: um pri-

meiro alvo serão as pessoas que acabam de saber que têm diabetes (novos diagnósticos), em que estamos a tentar desenvolver um protocolo com a Ordem dos Enfermeiros (porque os enfermeiros especializados em diabetes têm especial competência como educadores); um segundo alvo é a educação das pessoas em risco de ter diabetes porque é preciso, para além de diagnosticar esse risco, ensinar essas pessoas a dar os passos certos no caminho certo e a ponderar quais são as alternativas que têm para uma vida saudável, uma vida activa integrada na sociedade. Não queremos com isto “criar mais doentes”, antes pelo contrário, queremos criar mais pessoas em paz com o seu próprio corpo.

Anamnesis - Na diabetes, como é que está a situação relativamente à prevenção secundária?

Dr. J. M. Boavida - Conseguimos atingir bons números no tratamento da diabetes, neste momento temos indicadores das unidades dos Cuidados Primários de que cerca de 70% das pessoas com diabetes têm uma HbA1c < 7%, o que é um número fantástico a nível mundial, cuja média anda à volta dos 50%. Temos também números ainda deficientes como os do controlo da HTA (o mesmo se passa relativamente ao controlo de toda a HTA, a das pessoas com diabetes e das pessoas sem diabetes); claramente, na diabetes temos de reforçar

muito o controlo da HTA. Todavia, apesar de podermos continuar a trabalhar ainda mais a parte do tratamento e dos cuidados (prevenção secundária), chegou o momento de começar a tratar da prevenção primária de forma mais activa. Estou convencido que hoje os números do PREVADIAB relativos à diabetes ainda não diagnosticada já serão menores, mas ainda estou à espera dos resultados do Inquérito Nacional de Saúde com exame físico (INSEF), que terá os seus resultados divulgados em Março do próximo ano, para ver se essa situação se confirma ou não. Seja como for, temos de afinar melhor as estratégias de prevenção secundária.

Anamnesis - Que iniciativas irá o Programa Nacional para a Diabetes desenvolver na área da prevenção primária?

Dr. J. M. Boavida - Na área da prevenção primária estou convencido de que, no contexto do desafio que a Gulbenkian fez, vamos encontrar as parcerias necessárias para implementar um programa de alta qualidade e muito inovador. Trata-se de um programa que coloca pela primeira vez, e de



“As UCFDs constituem uma experiência inovadora, mesmo única a nível mundial, mas que também só é possível porque temos um Serviço Nacional de Saúde com capacidade de abrangência de todo o país.”

forma clara, a colaboração com as autarquias e com a sociedade civil. A Saúde considera-se autónoma e plenipotenciária, ou seja pensa que domina e controla tudo, mas quando chega à área da prevenção primária só tem os instrumentos da promoção, da palavra e da sugestão ou então, um conceito que eu combato muito por ser uma forma de lavar as mãos como Pilatos, que é o da responsabilização das pessoas. Esse conceito significa que não se percebe que as pessoas não fizeram nada das coisas que conduziram ao desenvolvimento de diabetes por mal, fizeram-nas porque houve condições que as levaram aquela situação, portanto o que precisam é de apoio e não de lhes ser apontado o dedo ou de ser estigmatizadas. Para a prevenção primária da diabetes e outras doenças não transmissíveis precisamos de condições ambientais, sociais e laborais diferentes, como cidades saudáveis (“amigas das pessoas”), empregos saudáveis, etc. Ainda outro dia propunha, aqui na DGS, na sequência de evidências recentemente publicadas, que durante 2 minutos por hora as pessoas se levantassem e fizessem exercício físico. Todos sabemos que as pausas para o “ping pong” aumentaram a produtividade nas fábricas japonesas, mas depois a gestão cega, de folha de “Excel”, não percebe a dimensão humana do trabalho. Na verdade, a prevenção primária ultrapassa em muito o âmbito da Saúde e constitui um enorme desafio a que a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), com a colaboração da DGS e do Programa Nacional para a Diabetes tem tentado dar resposta.

O projecto da Gulbenkian baseia-se no projecto europeu IMAGE, que prevê a criação de gestores da prevenção da

diabetes. É um projecto no qual Portugal participou (e em que eu próprio participei activamente) e introduziu como inovação a participação das autarquias. Quando nos perguntamos o que as autarquias fazem hoje em dia – e sabemos que mobilizam idosos para passeios, para bailes e outras actividades de lazer que lhes cortam o isolamento, que lhes criam actividades de vários tipos, que lhes fazem palestras sobre a saúde, que os mobilizam – vemos que são um parceiro fundamental para a prevenção primária. Se tivermos ainda em conta que as autarquias têm um papel ao nível das crianças, do desporto escolar, que promovem ciclovias e espaços para o desporto, que dominam uma rede social que inclui desde as IPSSs às colectividades, aos bombeiros, etc percebemos que permitem chegar aonde a Saúde não chega ou chega muito dificilmente.

Anamnesis - Pode resumir-nos os desenvolvimentos próximos a nível das UCFDs?

Dr. J. M. Boavida - Em termos de desenvolvimentos próximos a nível das UCFDs, teremos a implementação dos 2 programas de educação para a diabetes, ainda em elaboração, que já referi anteriormente. O programa para as pessoas diagnosticadas de novo vai-se chamar ABC Diabetes. O programa para as pessoas em risco de virem a ter diabetes (integrado também no desafio da Fundação Gulbenkian) vai-se chamar GOSTO e ser desenvolvido numa perspectiva positiva de integração: temos de dizer que gostar de comer de forma saudável é bom, gostar de praticar actividades físicas é bom e, portanto, retirarmos o conceito negativo de toda a intervenção na Saúde como algo castrador e limitador e desmistificar que o prazer está todo ligado a outras áreas que farão mal à Saúde. Actualmente, temos 160 casos novos de diabetes diagnosticados por dia, é uma verdadeira epidemia, o que mostra a importância de todas essas pessoas serem educadas para a diabetes. Até porque, como sabe, se a diabetes for diagnosticada precocemente, poderão retardar-se durante muitos anos as suas complicações micro e macrovasculares, o que fará toda a diferença do ponto de vista de internamentos, de custos de saúde, directos e indirectos, e de custos pessoais e sociais.

O programa GOSTO irá convidar as pessoas que mostraram um risco aumentado de diabetes, através de um questionário de risco, baseado no Findrisk, que determina o risco de diabetes a 10 anos e que já foi testado a 5 anos na população portuguesa, num estudo efetuado pela APDP com o apoio e financiamento do Programa Nacional para a Diabetes e da DGS, cujos resultados vão ser apresentados pela primeira vez no congresso da EASD deste ano, em Estocolmo; neste congresso vão ser também apresentados outros 4 trabalhos da APDP, um deles sobre o enorme peso da diabetes nas pneumonias, aumentando a necessidade de internamentos dessas pessoas.

“Actualmente, temos 160 casos novos de diabetes diagnosticados por dia, é uma verdadeira epidemia, o que mostra a importância de todas essas pessoas serem educadas para a diabetes.”

Quero terminar salientando que, embora não tenham sido dadas sempre às UCFDs os meios de que elas necessitam, elas têm prosseguido o seu caminho essencialmente devido à dedicação incedível dos seus profissionais de saúde.

