



INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: A BENÉFICA UNIÃO ENTRE OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E SECUNDÁRIOS HEART FAILURE: THE BENEFICIAL BOND BETWEEN PRIMARY AND SECONDARY HEALTH CARE

Em Portugal, os últimos estudos apontavam que a prevalência da insuficiência cardíaca (IC) era de cerca de 4%,¹ mas devido a um envelhecimento da população estima-se que a prevalência atual seja mais elevada.² É a primeira causa de hospitalização em doentes com mais de 65 anos com elevada taxa de morbimortalidade,² tornando premente o alerta para esta patologia e melhor gestão nos casos encontrados.

Nos últimos anos várias opções terapêuticas têm surgido para o seguimento e tratamento destes doentes, maioritariamente para os doentes com a fração de ejeção reduzida, que nos ajudam a dar qualidade de vida com impacto no prognóstico da doença.

Porém, alguns doentes não são candidatos a este tipo de tratamento, ou não o toleram, tornando o papel do médico de família neste seguimento e acompanhamento de difícil e elevada complexidade. Contudo, na atual Unidade Local de Saúde da Arrábida (ULS Arrábida), anterior Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, existe uma boa colaboração entre os cuidados primários e secundários através da Unidade Integrada de Insuficiência Cardíaca (UNIICA), criada em 2018, constituída por colegas de medicina interna e cardiologia que, em colaboração com os médicos de família, definem planos individualizados para cada doente.³ De referir ainda que a nível hospitalar existem ainda outras especialidades que colaboram com esta unidade.

Do ponto de vista dos cuidados de saúde primários é disponibilizado pela UNIICA um *email* e telefone para esclarecimento de dúvidas ou para encaminhamento dos doentes para o hospital de dia, por exemplo, para a administração de ferro endovenoso e ainda recentemente sessões de consultoria com a minha unidade com o mesmo fim. De acrescentar que os doentes em seguimento na UNIICA, cerca de 1/3 dos doentes da minha unidade, também dispõem do número de telefone direto.

Do meu entendimento como interna de medicina geral e familiar considero que consegui gerir e melhor

encaminhar e monitorizar os sintomas dos meus doentes, dado o fácil acesso a esta unidade. Consegui ainda, graças ao dispositivo de medição do *N-terminal pro-BNP* (NT-proBNP), de que dispomos na minha unidade, cedido pelo Hospital de Setúbal (em 2023 realizámos 83 medições), evitar a duplicação de exames e um melhor seguimento da evolução da doença.

Espero que com a criação da recente ULS Arrábida esta boa interação com os cuidados especializados se duplique para outras áreas, tendo como papel central o doente.

Mafalda Caetano Neves¹

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Castelo, ULS Arrábida. Sesimbra, Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ceia F, Fonseca C, Mota T, Morais H, Matias F, Sousa A, et al. Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *Eur J Heart Fail.* 2002;4(4):531-9.
2. Fonseca C, Brás D, Araújo I, Ceia F. Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal [Heart failure in numbers: Estimates for the 21st century in Portugal]. *Rev Port Cardiol.* 2018;37(2):97-104. Portuguese
3. Unidade Local de Saúde da Arrábida. UNIICA vence 1ª edição do Integrated Care Award [homepage]. Setúbal: ULS Arrábida; [s.d.; cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://www.chs.min-saude.pt/noticias/uniica-vence-1a-edicao-do-integrated-care-award/>

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mafalda Caetano Neves

E-mail: seven.mafalda@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-4130-6275>

Recebido em 05-06-2024

Aceite para publicação em 22-06-2024

RESPOSTAS DO EDITOR

Cara Colega,

Nesta carta ao editor aponta três aspetos que são fundamentais na abordagem dos doentes com doença complexa, neste caso, insuficiência cardíaca.



O primeiro é a questão da disponibilidade de utilizar as melhores tecnologias existentes, baseadas em evidência robusta, para a orientação adequada dos doentes. Os peptídeos natriuréticos são neste momento um dado objetivo fundamental para o diagnóstico e seguimento dos doentes com insuficiência cardíaca. Sabemos hoje que a prevalência das formas de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada é muito mais alta do que se pensava há uns anos, decorrente dos resultados ainda provisórios do estudo Porthos, que atualizam os do estudo EPICA de 2002. Nestes doentes, o ecocardiograma não é um dado diagnóstico e não ter acesso a este exame em tempo útil condiciona de forma significativa a sua orientação adequada.

Em segundo lugar foca a integração de cuidados. Infelizmente assistimos muitas vezes a uma integração de serviços mais do que de cuidados. A verdadeira integração de cuidados tem de se focalizar no percurso do doente e nas suas necessidades e não na personalidade dos serviços ou dos médicos e outros profissionais de saúde que os integram. Numa doença complexa como a insuficiência cardíaca temos de admitir que a maior parte dos problemas vão acontecer no dia a dia dos doentes, tornando fundamental que exista uma comunicação eficaz em tempo real entre este e os diferentes níveis de cuidados e igualmente entre estes. A transformação digital permite respostas interessantes e integradoras, em plataformas amigas do utilizador, mas implica uma nova visão digital dos percursos dos doentes e das suas doenças, e não apenas a virtualização dos percursos clássicos.

Ambos, levam-nos à questão fundamental que está subjacente a esta carta, ainda que não esteja completamente clara no texto: a centralidade na pessoa. Assumimos que o principal e realmente verdadeiro responsável pela saúde é a própria pessoa e que os serviços de

saúde se colocam à sua volta como facilitadores do percurso e provedores da melhor orientação. No entanto, temos dificuldade em sair da posição clássica mais paternalista em que transportamos nos ombros a obrigação de resultados quando o nosso compromisso deveria estar nas estruturas e processos. Comprometemo-nos a criar condições e a otimizar essas condições para que o doente possa alcançar os melhores resultados, mas não conseguimos, por muito que quiséssemos, obrigar o doente a cumprir estilos de vida, a aderir à medicação e ao seguimento, a sinalizar as alterações ao plano elaborado, etc. No entanto, aceitamos que se incluam nos algoritmos de avaliação indicadores como utentes com hipertensão com pressão arterial controlada ou utentes com diabetes com última HbA1c controlada, ainda mais quando na sua definição estes indicadores utilizam valores sem base científica de evidência, como uma pressão arterial inferior a 150/90 mm Hg ou um valor de HgbA1c inferior ou igual a 8%.

Estamos na fase de implementação generalizada das Unidades Locais de Saúde e este é, de facto, um desafio. Não basta reorganizar os serviços na sua estrutura: é necessário mudar os processos e implementar uma nova visão sobre a forma como se orientam para o verdadeiro foco (ou cliente) que é o cidadão, doente ou com saúde, a pessoa que ao longo da vida vai ter sucessivas necessidades relacionadas com a sua saúde e para as quais a nossa intervenção fará seguramente a diferença para mais anos de vida e maior qualidade dessa vida, ainda que pelo meio tenhamos a inevitabilidade das doenças e a necessidade de nos adaptarmos aos constrangimentos que provocam.

Paulo Santos¹

1. Editor-chefe da RPMGF.