

Avaliação de Tecnologia em Saúde na Abordagem da Patologia Mamária (Health Technology Assessment in Breast Pathology)

Cristina Almeida

c.almeida@chlc.min-saude.pt

Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. (CHLC, EPE)

Salomé de Almeida

salome.almeida@chlc.min-saude.pt

Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. (CHLC, EPE)

Luís Lapão

luis.lapao@ihmt.unl.pt

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL)

RESUMO

Aplicada à patologia mamária, a Avaliação de Tecnologia em Saúde (HTA) surge como uma metodologia de suporte à decisão, na escolha da tecnologia imagiológica para diagnóstico e *follow-up*, e na implementação de *guidelines* para a prevenção eficaz.

A amostra de estudo é constituída por 1803 utentes do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, que realizaram exames imagiológicos associados à patologia mamária, nos 1^{os} trimestres de 2011 e 2012. Dos exames realizados, 51% foram ecografias, 44% mamografias e 5% ressonâncias magnéticas. As faixas etárias mais referenciadas situam-se entre os 40 e os 70 anos, sendo 22% do intervalo 40-50 anos, 24% entre os 50 e 60 e 20% entre 60 e 70 anos. A faixa etária 30-40 inclui 11% das utentes, sugerindo a necessidade de iniciar o rastreio mais cedo. Todos os casos selecionados para os procedimentos de intervenção apresentaram tempos de espera iguais ou inferiores a quatro semanas entre o diagnóstico e o tratamento, cumprindo as recomendações em análise.

A HTA funcionou como um instrumento de apoio na análise de dados e metodologia de investigação. Na prática assistencial imagiológica permitiu

identificar os procedimentos e protocolos usados no Centro Hospitalar em estudo, compará-los com as recomendações nacionais e internacionais e sugerir estratégias de boas práticas.

Palavras-Chave: Avaliação de Tecnologia em Saúde, Imagiologia, Patologia mamária, Prevenção Diagnóstico e *Follow-Up*.

ABSTRACT

Applied to breast pathology, Health Technology Assessment (HTA) emerges as a method for supporting decision making either to choose the imaging technology for diagnosis and follow-up or to support guideline's implementation for effective prevention.

The study sample consists of 1803 users from Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, who underwent breast pathology imaging procedures in both 1st quarters of 2011 2012. Concerning to the imaging procedures, 51% were ultrasounds, 44% were mammography and 5% correspond to Magnetic Resonance. The most referenced ages are between 40 and 70 years, highlighting that 22% were in the range of 40-50 years, 24% between 50 and 60 and 20% between 60 and 70 years. It is important to mention that the age group of 30-40 account for 11% of users, pointing out to the need to start screening earlier. The selected cases for interventional procedures showed reduced waiting times, less than or equal to 4 weeks, between diagnosis and treatment, as indicated by the guidelines.

The HTA worked as a methodological tool of analyzing data to answer the research questions. In the framework of imaging healthcare practice, HTA was useful as a tool for evaluating resources and procedures, comparing them with national and international recommendations and suggest new strategies.

Keywords: Breast Pathology, Diagnosis Prevention and Follow-Up, HTA, Imaging.

1. Introdução

Apesar do número de casos de cancro da mama ter aumentado nos últimos 30 anos, a mortalidade dele proveniente tem diminuído desde o início dos anos 90 (Bombardieri *et al*, 2007). Estas alterações advêm sobretudo dos progressos resultantes da detecção da doença numa fase mais precoce, motivando o aumento de casos detectados devido ao desenvolvimento tecnológico, mas também aumentando a probabilidade de existir uma resposta positiva ao tratamento, diminuindo a taxa de mortalidade e permitindo a adoção de medidas preventivas (Bombardieri *et al*, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Comissão Europeia (CE) têm feito consistentemente recomendações no âmbito de estratégias de combate ao cancro da mama que colocam ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce, na organização de uma rede de

serviços de qualidade com cobertura para a integralidade do território, deixando para os centros de grande dimensão, apenas as intervenções com um elevado grau de complexidade técnica e logística (OPSS,2008). Os procedimentos imagiológicos recomendados incluem a mamografia e a ecografia mamária como primeira abordagem, sendo a ecografia uma tecnologia também de intervenção no diagnóstico e tratamento do cancro da mama. A par da construção e aplicação das *guidelines* para a patologia mamária, a imagiologia tem evoluído para tecnologias conjugadas que, num só exame, ou com um número menor de exames, forneçam informação mais precisa, com imagens mais definidas, diminuindo as dosagens de radiação utilizada, numa aposta clara no diagnóstico precoce e na adequação terapêutica.

Os cuidados de saúde que envolvem esta patologia são complexos e onerosos, pelo que a implementação de medidas de qualidade são essenciais para monitorizar a eficácia e orientar melhorias na prática assistencial (Rosselli Del Turco *et al*, 2010).

A avaliação do desempenho clínico na área requer uma especial atenção, levando à identificação pela European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), de 17 indicadores de qualidade, (7 de diagnóstico, 4 em cirurgia e tratamento loco-regional, 2 em tratamento sistémico e 4 no estadiamento, aconselhamento de seguimento e reabilitação), de forma a correlacionar o resultado clínico com as normas requeridas (Rosselli Del Turco *et al*, 2010). Apesar do custo elevado, já em 2008 se ponderava incluir a Ressonância Magnética (RM) na rotina pré-operatória em doentes com diagnóstico precoce de cancro da mama seleccionados para cirurgia conservadora (McLaughlin *et al*, 2008). Por sua vez, o Alto Comissariado para a Saúde, em Portugal, insiste na necessidade de não ultrapassar as 4 semanas de intervalo entre o diagnóstico e cancro da mama e o tratamento (<http://www.portaldasaude.pt>).

O prolongamento da sobrevivência vai implicar uma maior complexidade e duração dos cuidados pós-tratamento. Por isso são necessárias equipas multidisciplinares a trabalhar com estes doentes, no sentido de melhorar a comunicação e educação entre prestador e paciente (Peairs *et al*, 2011). Esta estratégia implica maior investimento na deteção precoce do cancro da mama, com recurso a métodos de imagem com maior sensibilidade e especificidade para detectar pequenos tumores e avaliar o fenótipo da doença (Warram *et al*, 2011). A imagiologia, com os novos métodos de imagem, constitui um contributo real para o rastreio do cancro da mama (Houssami e Ciatto, 2011).

Para a realização deste estudo, foi escolhido o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (CHLC), que apresenta um volume representativo de casos, prestando assistência a uma área populacional definida, com uma população envelhecida. Como hospital de nível 3, os utentes

já vêm referenciados de um Centro de Saúde do agrupamento ou de outras consultas do Centro Hospitalar. Este Centro Hospitalar disponibiliza os três principais meios de diagnóstico imagiológico recomendados para este grupo de patologias: ecografia, mamografia e ressonância magnética. A Ecografia é uma tecnologia acessível, não utiliza radiação ionizante, tem boa acuidade tecidular e auxilia no apoio à biópsia. Em alguns casos dá informação 2D/3D. Perde na informação sobre a presença de cálcio, na resolução espacial, não dá informação angiográfica, funcional ou metabólica. É utilizada ainda em paralelo com a mamografia pela sua complementaridade. A Mamografia possui uma excelente resolução espacial, identifica as acumulações de cálcio, atualmente, permite informação 2D e 3D (3D ainda algo limitada). É um procedimento coadjuvante na realização da biópsia mamária, com possibilidade remover calcificações. Utiliza, no entanto, radiação ionizante, o que é uma desvantagem. Não dá informação funcional ou metabólica. A Ressonância Magnética (RM) é menos acessível, tem boa capacidade tecidular, permite estudar implantes, capacidade de estudos de dinâmica de contraste para caracterização de malignidade, não obstante alguma propensão para falsos positivos. Possibilita a obtenção de informação funcional (difusão) e espectroscopia (aumento de Colina em patologia). Não permite ver directamente calcificações, a sua resolução espacial é menor face à mamografia, o tempo de exame é demorado, bem como o posicionamento da paciente (em pronação) é incómodo. Não é compatível com claustrofobia e, na maioria dos casos, com *pacemaker*.

A HTA surge também como uma metodologia de mudança de atitude, apoiando a decisão na escolha da tecnologia mais adequada, e fornecendo aos decisores a informação objetiva de forma a formularem políticas de saúde seguras e eficazes, com especial enfoque no doente (Kristensen *et al*, 2006). Pode ser utilizada como suporte à decisão, quer quanto à escolha da tecnologia imagiológica para diagnóstico e *follow-up*, quer na implementação de *guidelines* (<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer>) para a prevenção eficaz, podendo, assim, ser útil como ferramenta de avaliação de recursos, procedimentos e resultados, aplicada à patologia mamária.

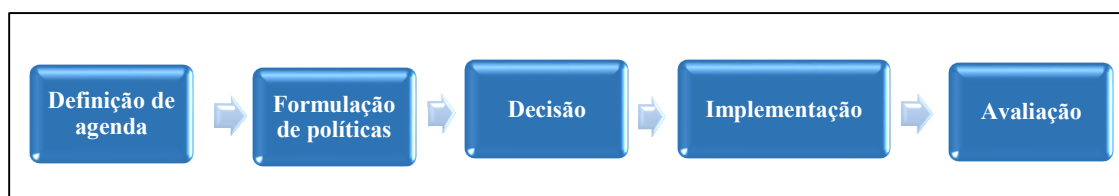


Figura 1 – Papel e função da HTA

Fonte: Health Technology Assessment and Health Policy – Making in Europe, 2011

2. Material e Métodos

O modelo de investigação seguido pretendeu compreender o uso da imagiologia na patologia mamária considerando as 3 dimensões – diagnóstico, prevenção e follow-up – em particular a adequação da técnica imagiológica à patologia do doente e à compreensão do seguimento do doente de acordo com as guidelines nacionais (<http://www.dgs.pt>) (<http://www.portaldasaude.pt>) e internacionais (<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer>) (<http://www.europadonna.org>) (http://www.ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/diseases/docs/com_2009_291_pt.pdf).

Recorrendo a alguns instrumentos de HTA (revisão de literatura em bases de dados de open access, considerando o período de 2000 – 2012, através das palavras-chave, HTA e breast cancer, identificação dos protocolos locais, identificação de recomendações nacionais e *guidelines* internacionais e comparação de protocolos com os procedimentos no CHLC) e considerando os dados casuísticos de uma amostra de conveniência, foram avaliados os procedimentos e as tecnologias imagiológicas do ponto de vista da adequação à prática assistencial e identificados alguns indicadores de saúde.

A população é constituída por todos os utentes do Centro Hospitalar. Quanto à amostra selecionada é de conveniência, inclui os utentes que realizaram MCDTs à mama nos períodos pré-definidos e que correspondem a 1803 utentes, sendo 1773 do sexo feminino e 30 do sexo masculino. Uma vez que o CHLC é uma Instituição de Saúde altamente especializada, esta amostra considerou obrigatoriamente utentes previamente diagnosticados, referenciados por outros Centros por apresentarem alterações ou suspeita de diagnóstico de patologia mamária. Sendo o objetivo deste estudo a utilização da avaliação de tecnologia para compreender a adequação dos protocolos assistenciais e imagiológicos na abordagem da patologia mamária, o diagnóstico de cada utente não será um parâmetro em análise.

A escolha de dois trimestres em anos consecutivos prende-se com a própria utilização dos equipamentos. O parque tecnológico instalado em 2011, sofreu alterações significativas que passaram pela sua substituição, com uma forte aposta na componente tecnológica capaz de responder de forma mais célere e eficaz às mais diversas questões clínicas, com maior enfoque na capacidade de resposta dos MCDTs e respetiva eliminação de cenários de potencial ambiguidade, mesmo que residual.

O CHLC dispõe atualmente de um Mamógrafo Digital com Exteriotáxia- GE Seno Essential - sistema de mamografia digital directa com algoritmos de imagens exclusivos, que permitem melhorar a qualidade de imagem de diagnóstico, contraste, nitidez e velocidade de leitura. Para além da realização de exames mamográficos de rastreio e/ou diagnóstico, é um sistema modular que combina um dispositivo de estereotáxia que realiza biópsias no mesmo equipamento. Um Ecógrafo LOGIC GE e uma Ressonância Magnética - Magneto ultracompacto de 1.5T, com base em propriedades magnéticas básicas do núcleo atómico, permitindo a obtenção de imagens médicas com elevado detalhe e contraste entre tecidos.

Para a selecção da amostra, foram definidos como critérios de inclusão a prescrição de MCDTs para a patologia mamária - Mamografia, Ecografia e Ressonância Magnética - nos dois períodos considerados.

A informação recolhida a partir do sistema informático do CHLC, reportou inicialmente aos dados disponíveis para cada utente, sendo possível identificar utentes que realizaram vários MCDTs nestes dois períodos em estudo. O registo da ecografia mamária, uma vez que está também associado à realização de biópsias mamárias (sendo considerada uma ecografia de intervenção), deu origem à recolha de um segundo conjunto de dados, para esta amostra, reportando aos tempos de espera que decorreram entre MCDTs de diagnóstico, intervenção e *follow-up*.

Os procedimentos de intervenção mamária podem ser feitos em conjugação com os dois métodos de imagem – ecografia e mamografia, complementado-se sempre que necessário com ressonância magnética, cabendo ao clínico a decisão, mediante a patologia e o morfotipo do doente. A intervenção mamária privilegia maioritariamente o recurso à ecografia, dado que é um método menos evasivo, não utiliza radiação ionizante, de baixo custo e tempo médio de realização reduzido.

O instrumento de colheita de dados consistiu na consulta direccionada ao sistema informático do CHLC considerando um conjunto de parâmetros definidos. A informação utilizada na análise dos tempos de resposta (quer para intervenção, quer para *follow-up*) foram obtidos através do sistema informático RADIO (associado apenas ao serviço de imagiologia) e confirmados durante a realização do *Focus Group*.

Os dados recolhidos foram anonimizados à partida, uma vez que apenas interessavam parâmetros não identificativos, salvaguardando todos os princípios éticos e de garantia de confidencialidade e privacidade, previstos nas normas gerais de ética em saúde (Salako, 2006).

A análise preliminar dos dados foi quantitativa, utilizando uma estatística descritiva para análise casuística de dados, nomeadamente quanto à utilização de diferentes procedimentos imagiológicos, a relação com o género e idade da amostra e a casuística das patologias diagnosticadas.

A interpretação dos dados foi qualitativa quanto ao procedimento clínico (perceção do número de exames realizados por utente), quanto ao diagnóstico (tipo de técnica imagiológica usada e com que fim) e pela adequação às *guidelines*.

Foi realizado um *Focus Group*, constituído por diversos especialistas do Centro Hospitalar, onde foram discutidos os procedimentos e protocolos clínicos em uso, comparados com as recomendações nacionais da Direção Geral de Saúde (DGS), foram abordados os resultados preliminares obtidos no decurso deste estudo, conseguindo-se uma discussão objetiva e multidisciplinar, usando as metodologias de HTA.

3. Resultados

A amostra em estudo, é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, dado tratar-se de patologia mamária, sendo que, em 1803 utentes, 30 são do sexo masculino. com um total de 3523 e 3661 procedimentos realizados a nível da imagiologia para avaliação da patologia mamária, respectivamente para cada um dos trimestres em estudo.

A amostra foi agrupada em intervalos etários que permitiram comparar a distribuição dos utentes nos dois trimestres. (gráfico 1).

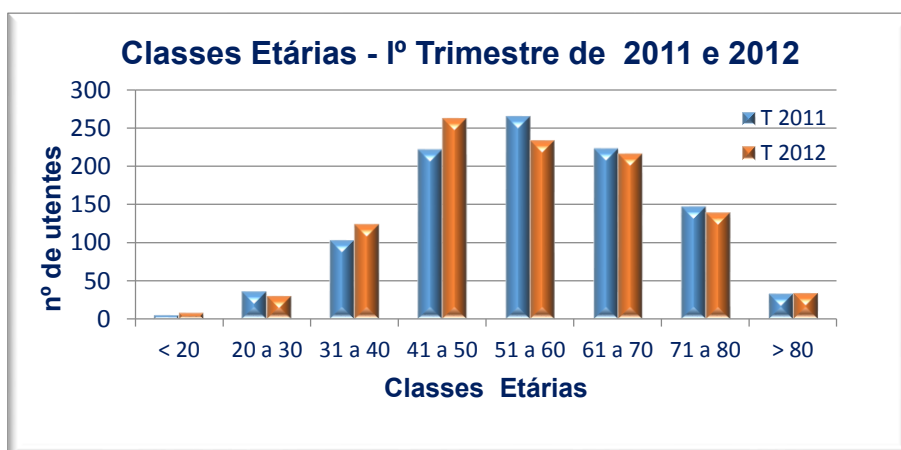


Gráfico 1- Distribuição por intervalo etário; T2011 e T2012 referem-se aos dados colhidos no primeiro trimestre de 2011 e no primeiro trimestre de 2012, respetivamente.

Os dados são bastante consistentes para os dois períodos considerados, observando-se uma ligeira variação nos intervalos etários de 41-50 anos e 51-60 anos, onde em 2011 o maior nº

de utentes pertencia ao intervalo 51-60 (25,5%), seguido do intervalo 41-50 anos com 21,4% dos casos, enquanto que em 2012 ocorre uma ligeira inversão destes valores, onde foi o intervalo 41-50 anos que apresentou 25% de utentes, e o intervalo 51-60 anos contou com 22,2% dos pedidos de avaliação imagiológica da patologia mamária. Esta variação observada não justifica uma análise independente dos dados por trimestre, já que há um número significativo de utentes que é coincidente em ambos os períodos estudados. Assim, os resultados serão analisados, doravante, em conjunto, considerando o número total de utentes identificados e não a sua distribuição por trimestres.

Nesse sentido verificou-se que o intervalo etário mais estudado para a patologia mamária é o dos 51-60 anos, com 437 casos, correspondendo a 24.2%, seguido de 399 casos no intervalo dos 41-50 anos, 366 casos entre os 61-70 anos e 251 casos entre os 71-80 anos.

As faixas etárias mais referenciadas situam-se entre os 40 e os 70 anos, com um ligeiro pico entre os 51 – 60 anos, ressaltando a identificação de 11% de utentes com idades entre 31-40 anos, valor não negligenciável da referenciação, reforçando a necessidade de rever a idade proposta para o início de rastreio da mama, dando sentido à intervenção precoce.

A ecografia e a mamografia são os exames mais realizados com 51% e 44%, a própria intervenção mamária é feita com recurso a uma destas modalidades (gráfico 2). Apenas 5% corresponde à modalidade de RM.

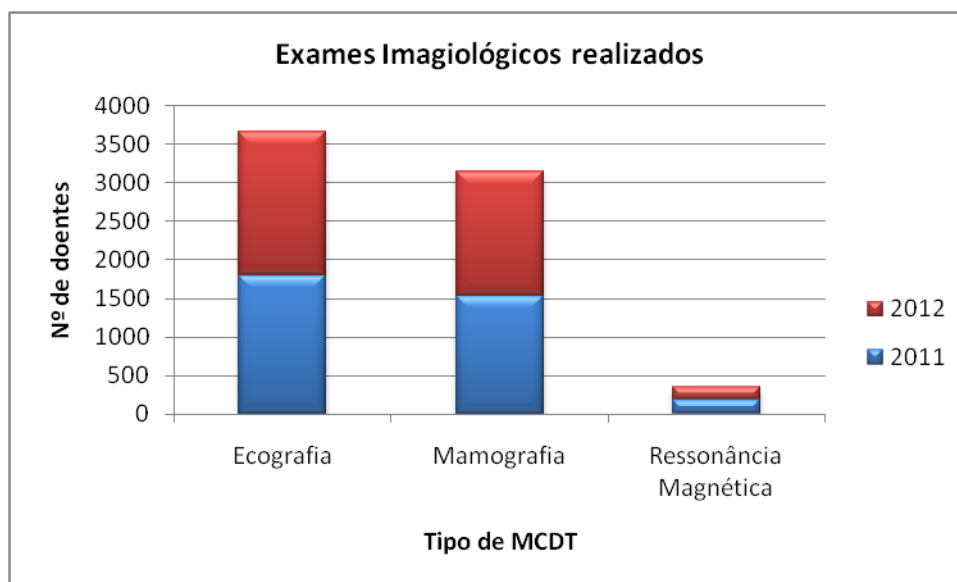


Gráfico 2- Distribuição por modalidade nos dois trimestres com estudo
A maioria dos utentes realizou 2 ou 4 exames imagiológicos, conforme expresso no gráfico 3.

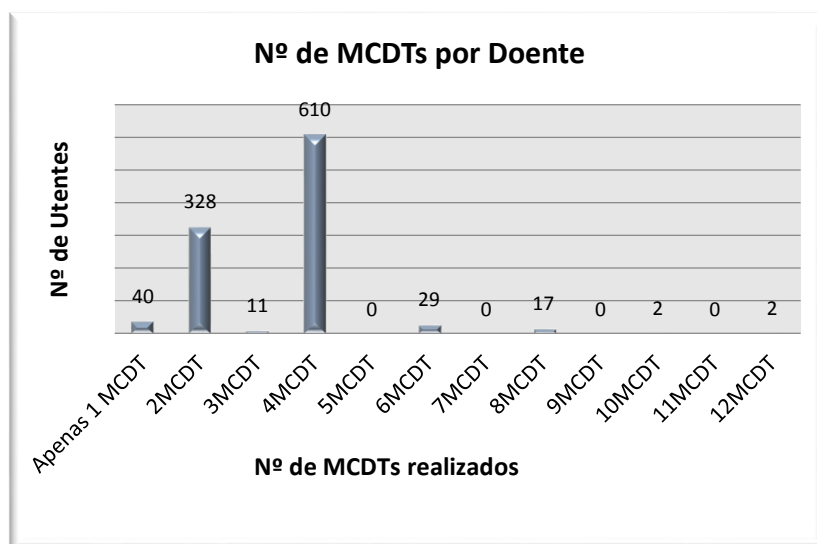


Gráfico 3- Distribuição de MCDTs. Número de exames realizado por utente.

No conjunto dos 1803 doentes foi ainda considerado um subgrupo de 164 com indicação de imagiologia de intervenção (para biopsia mamária e eventual seguimento para cirurgia). Neste grupo foi possível verificar os tempos protocolados e praticados, de espera entre procedimentos até à cirurgia ou terapia. Assim, mesmo não sendo representativo relativamente ao total da amostra (9%), e tendo o valor limitado aos dados obtidos no subsistema informático da imagiologia, permitiu compreender a abordagem à patologia mamária do cancro da mama no Centro Hospitalar, quanto aos tempos de resposta em comparação, usando a HTA.

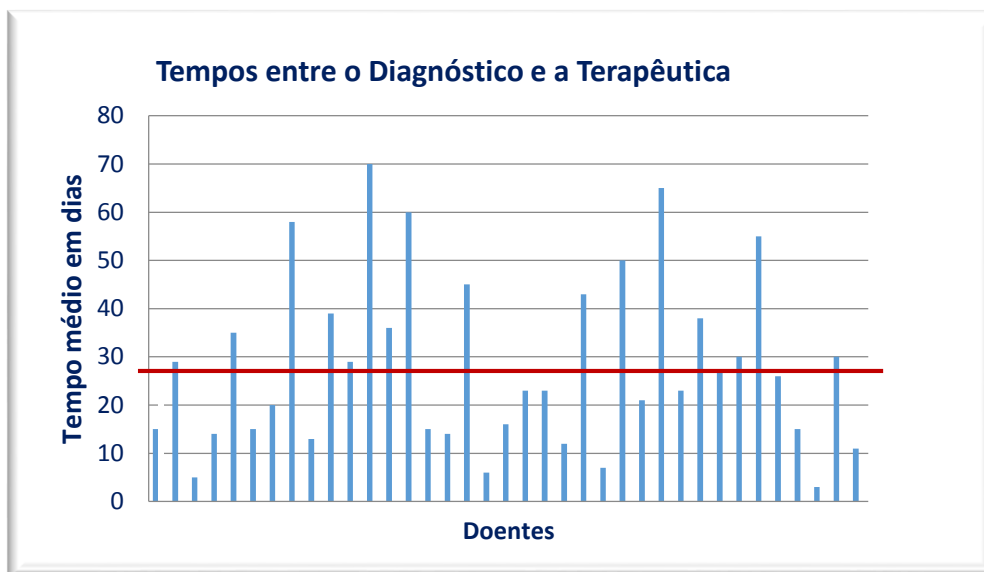


Gráfico 4 – Tempos entre o Diagnóstico e a Terapêutica; a linha vermelha representa o tempo médio entre o diagnóstico e o início da terapêutica sugerida pelas *guidelines* em comparação (aproximadamente 4 semanas)

O gráfico 4 mostra os tempos que medeiam entre o MCDT de intervenção (resultado de citologia, histologia ou biopsias guiadas por Eco ou Mama - estereotaxia) e a cirurgia que é 28 dias (4 semanas). 27% apresentam tempos superiores e destes apenas 5 casos tem um tempo médio superior a 50 dias, estando os restantes 73% de acordo com o recomendado pelo Alto Comissariado, que aponta como *guideline* tempos de espera reduzidos, máximo 4 semanas entre o diagnóstico e o tratamento. Também as Recomendações Europeias, apontam como estratégias eficazes para reduzir e controlar o cancro o tratamento atempado, pelo que se confirma a boa prática do CHLC.

Relativamente aos 27% de utentes identificados com tempos superiores ao recomendado, as causas são diversas enumerando-se entre outras, a dispersão geográfica dos recursos imagiológicos (o CHLC é constituído por seis polos hospitalares, causando dificuldades de agendamento e acesso em diferentes especialidades), as perturbações associadas à reestruturação da Área de Diagnóstico por Imagem, o não cumprimento das datas programadas, por parte dos utentes, em especial nas consultas e MCDTs agendados, resultando no adiamento da intervenção (informação obtida no âmbito do *Focus Group*).

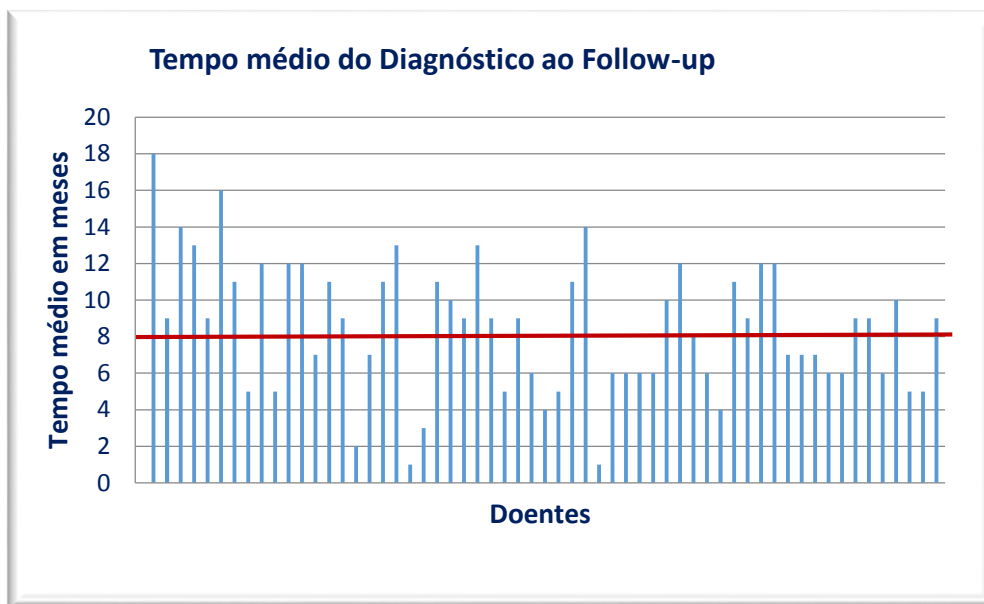


Gráfico 5 – Tempo médio observado, do Diagnóstico ao Follow-up; a linha vermelha marca os 8 meses por ser o tempo normalmente protocolado, considerando o tipo de terapêuticas, para a realização do MCDT de seguimento, facilitando a interpretação dos dados do gráfico

O gráfico 5 mostra que do diagnóstico ao follow up, passando pela terapêutica, o tempo médio é de 8 meses. Apenas 32% apresenta tempos superiores a 10 meses, situação que pode dever-se à evolução da resposta à terapêutica caso a caso, a dificuldades de deslocação para as datas agendadas resultando em perturbações no reagendamento dos MCDTs.

Dos doentes a quem foram efectuados exames imagiológicos de intervenção, foram identificados 61 para procedimentos cirúrgicos. Neste subgrupo também foi possível estudar a aplicação do protocolo clínico assistencial em uso no CHLC, observando-se que 71% dos doentes foram submetidos a cirurgia conservadora, 21% a mastectomia esquerda e 8% à direita (Gráfico 6).

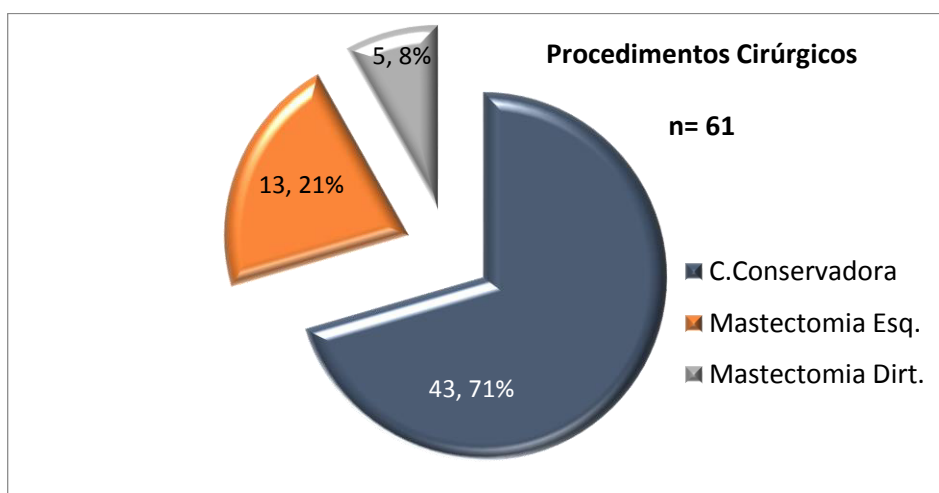


Gráfico 6 – Procedimentos Cirúrgicos efetuados na sub-amostra em estudo

As patologias diagnosticadas (Gráfico 7) foram o carcinoma ductal *in situ* em 40% dos casos, seguido da lesão maligna em 13%, fibroadenoma e hiperplasia em 10%, metástases e lesões benignas em 8%, quistos e adenose em 4% e carcinoma papilar em 3%.

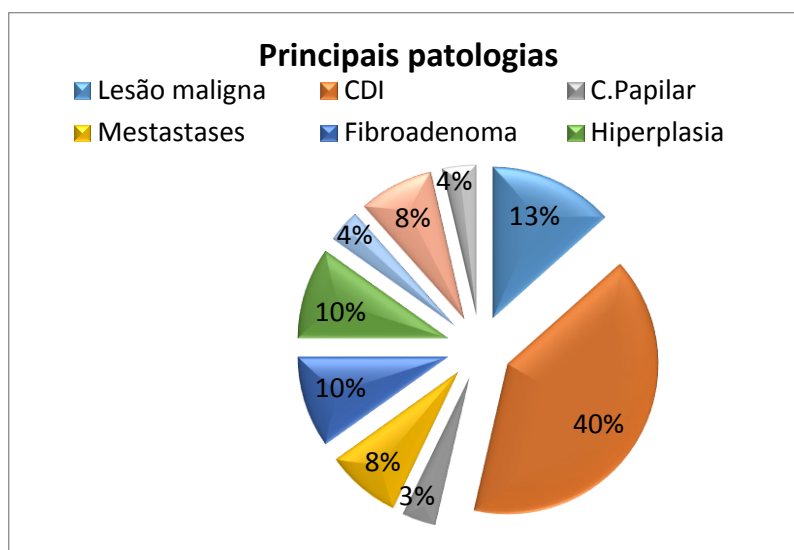


Gráfico 7 – Principais patologias diagnosticadas nos 61 doentes com indicação para cirurgia

4. Discussão

Este trabalho considerou uma amostra de conveniência, limitada à partida ao número de utentes que realizaram exames imagiológicos nos períodos considerados. Por sua vez os utentes já vêm referenciados para a imagiologia de patologia mamária (o que pode motivar um enviesamento dos resultados). A recolha de dados em dois trimestres de dois anos consecutivos permitiu observar a constância da utilização dos protocolos clínicos (pois o número de utentes é sensivelmente o mesmo, bem como a distribuição pelo tipo de exames realizados) e identificar alguns passos do diagnóstico e *follow-up* no âmbito da patologia mamária.

Na caracterização da amostra por faixa etária ressalta que, embora o intervalo etário onde se encontram mais doentes seja dos 51-60 anos, na realidade pode considerar-se um intervalo mais alargado entre os 41-70 anos, mostrando alguma antecipação na idade de diagnóstico preconizada pelas *guidelines* internacionais. Os dados recolhidos neste estudo identificam ainda 11% de utentes com idades entre 31-40 anos, (utentes referenciados, com o 1º diagnóstico feito), alertando para a necessidade de repensar a idade para início de rastreio, pois a intervenção precoce faz sentido se o diagnóstico for igualmente precoce.

Dos 1803 utentes considerados observou-se uma repetição de exames onde 18% realizaram 2 exames e 34% realizaram 4 exames nos períodos considerados (Gráfico 3). A repetição destes exames imagiológicos surge no contexto do diagnóstico (confirmação do diagnóstico da referenciação) e do *follow-up*, antes e depois de iniciada a terapia. Por sua vez confirma-se a prática clínica recomendada de utilização da mamografia e da ecografia como primeira abordagem, complementando-se. A ecografia foi igualmente identificada no contexto da intervenção para cirurgia, confirmando a imagiologia como procedimentos fundamentais no diagnóstico, prevenção e *follow-up* da patologia mamária. Esta constatação foi discutida e reforçada no âmbito do *Focus Group*.

De uma maneira geral, a escolha do MCDT considera as variantes patológicas do doente, tendo a RM sido utilizada em apenas 5% dos casos, denotando uma especificidade no diagnóstico ou no *follow-up* do cancro da mama. Esta prática mostra que o recurso aos diferentes métodos de imagem também segue uma prática protocolada, baseada nas especificidades patológicas e na necessidade de confirmação imagiológica, e não na disponibilidade de equipamentos por si. Os dados recolhidos permitiram efectuar uma outra análise qualitativa, quanto aos tempos de espera que medeiam os diferentes exames solicitados e a intervenção. Assim, mesmo salientando que se trata de uma amostra de conveniência e os dados se limitam à informação disponível a partir dos procedimentos imagiológicos (em especial quanto às ecografias de intervenção) observou-se que os tempos de espera também se conjugam com as recomendações. A prática clínica no CHLC considera intervalos médios de 3 semanas entre o diagnóstico e a intervenção, e de 8 a 10 meses para a *follow-up*. Por seu turno foi possível verificar a boa prática da existência de equipas e abordagens multidisciplinares da patologia e do doente.

Por fim há que referir que a HTA funcionou como um instrumento metodológico de análise de dados para responder a questões de investigação. Assim, quanto ao enquadramento da prática assistencial imagiológica do CHLC considerando as *guidelines* para o cancro da mama, a HTA desempenha um papel interessante já que permitiu identificar os procedimentos e protocolos, compará-los com as recomendações nacionais e internacionais e sugerir novas estratégias, nomeadamente quanto à possibilidade de antecipação da idade de rastreio para cancro da mama.

O mesmo se observou na abordagem tecnológica, ficando claro que o CHLC desenvolve uma prática idêntica à preconizada, escolhendo como primeira linha a abordagem por mamografia e ecografia, direccionando a ecografia também para a intervenção, e não apenas no diagnóstico, e utilizando outros MCDTs, como a ressonância magnética, de acordo com as

variantes da própria patologia, em especial no contexto do diagnóstico e *follow-up* do doente (discutido e confirmado no âmbito do *Focus Group*).

A HTA permitiu igualmente identificar aspectos dos recursos tecnológicos com capacidade de actualização e/ou melhoria, o que poderá resultar numa oferta mais adequada, mais direccionada e mais abrangente da patologia mamária.

Na revisão da literatura e tecnologia ressalta que a tecnologia imagiológica é mais eficaz quanto mais actualizados estiverem os equipamentos, estando já disponíveis versões que conjugam num só exame, a possibilidade de visualizar a mama considerando aspectos convencionais da mamografia e outros de maior resolução. A propósito da HTA “*depressa se percebeu que poderia ser uma forma de avaliação de tecnologia na área da saúde, para mostrar as características de um dado equipamento, evitando a subjectividade do este é melhor que aquele*” (Kristensen *et al*, 2006).

Quanto à discussão multidisciplinar dos casos apontada como norma pela DGS e pelo Alto Comissariado da Saúde, confirma-se a boa prática do CHLC, dado que todos os episódios são discutidos em reunião multidisciplinar e todos os casos identificados nesta amostra de conveniência apresentaram tempos de espera reduzidos entre o diagnóstico e o tratamento, com tempos de intervenção iguais ou inferiores a quatro semanas, como apontam as *guidelines* recomendadas.

5. Considerações Finais

Ao longo dos últimos anos tem-se assistido na comunidade médica a um maior recurso a tecnologias emergentes na prestação de cuidados de saúde. Esta tendência é actualmente aplicada a todas as áreas hospitalares mas em particular aos MCDTs, tendo um impacto significativo em todos os seus atores, bem como em toda a sociedade envolvente. Neste âmbito, é importante analisar o seu enquadramento segundo diversas perspectivas.

A indústria procura desenvolver a cada dia uma componente tecnológica capaz de responder de forma mais célere e eficaz às mais diversas questões clínicas, passando essas ferramentas a constituir metodologias de referência quer por mérito próprio, quer pela diferenciação percebida pelos seus utilizadores.

Por outro lado, a maior exigência de respostas mais concretas e inequívocas para novas patologias ou tendências demográficas em patologias existentes, coloca uma maior pressão nos profissionais de saúde de modo a apresentarem em tempo útil evidências clínicas que

suportarão ou orientarão as terapias a jusante. Aqui, a tendência futura para terapias personalizadas ao indivíduo coloca um enfoque ainda maior na capacidade de resposta dos MCDTs e respetiva eliminação de cenários de potencial ambiguidade, mesmo que residuais.

Numa perspetiva económica, surge a componente de gestão hospitalar, onde se constata uma elevada pressão na redução dos custos associados à saúde, procurando racionalizar-se ao máximo a utilização dos activos hospitalares. Estas políticas de contenção traduzem-se na prática num maior racionamento dos bens de consumo corrente e numa maior avaliação da rendibilidade clinico-financeira dos ativos não correntes tangíveis, como os equipamentos médicos.

Avaliar qual o impacto de todas estas vertentes na escalada tecnológica atual e promover as boas práticas é a principal missão da HTA. Mais do que entender os maximizadores dos diferentes vetores de força aqui presentes, há que gerir os ativos tecnológicos, criando objectivos claros, estratégias bem definidas e métricas de monitorização constantes com indicadores-chave bem definidos.

Neste contexto a HTA tem um objectivo, que todos os doentes sejam tratados apropriadamente, da forma mais rápida, ao mais baixo custo, garantindo-lhes a melhor qualidade de vida no futuro.

A HTA deve ter consequências na decisão política, na estratégia organizacional e nas dinâmicas internas aos vários níveis. Deve por isso ser aprofundada a sua implementação por parte das autoridades de saúde competentes para que o estabelecimento de prioridades na saúde se concretize de acordo com os valores e referências da sociedade portuguesa (Kristensen *et al*, 2006).

Este estudo evidencia a importância da utilização da HTA numa situação assistencial concreta – a importância da abordagem imagiológica na patologia mamária – permitindo sugerir alguns caminhos na definição de estratégias de melhoria da resposta clínica e da sua eficácia, bem como contribuir para a discussão sobre as boas práticas e *guidelines* para o cancro da mama.

Ao abordarmos a questão da HTA, percebemos o seu potencial de sistematização, transparência e imparcialidade mas também a importância que esta ferramenta tem ao nível da gestão, pelo que a metodologia aqui apresentada e desenvolvida pode ser reproduzida quer noutros serviços do CHLC, quer considerando outras especialidades clínicas, quer no apoio à decisão ao nível da administração do próprio Centro Hospitalar. De igual forma este estudo pode ser extrapolado para outras Unidade de Saúde em particular, e para as estratégias de saúde em geral, funcionando como um instrumento de apoio à decisão.

A um nível mais restrito este estudo permite identificar o seguimento das *guidelines* para o cancro da mama, mas ressalva que existe espaço para redefinição destas recomendações, sendo nossa perceção que, numa perspetiva de intervenção precoce, o rastreio do cancro da mama poderá ser iniciado antes dos 40 anos, em todas as mulheres.

Referências

Bombardieri, E., Bonadona, G., e Giani, L. (2007). *Breast Cancer: Nuclear Medicine in Diagnosis and Therapeutic Options*. Springer.

Observatório Português dos Serviços de Saúde. OPSS 2008.

Rosselli Del Turco, M., Ponti, A., Bick, U., Biganzoli, L., Cserni, G., Cutuli, B.; Decker, T.; Dietel, M.; Gentilini, O.; Kuehn, T.; Mano, M.; Mantellini, P.; Marotti, L.; Poortmans, P.; Rank, F.; Roe, H.; Scaffidi, E.; Van Der Hage, J.; Viale, G.; Wells, C.; Welnicka-Jaskiewicz, M.; Wengstöm, Y.; Cataliotti, L. (2010). *Quality Indicators in Breast Cancer Care*. Elsevier.

[McLaughlin, S.](#); [Stempel, M.](#); [Morris, E.](#); [Lieberman, L.](#); [King, T.](#) (2008). *Can magnetic resonance imaging be used to select patients for sentinel lymph node biopsy in prophylactic mastectomy?* National Institutes of Health. Br.J.Cancer, 15;112 (6):1214-21.

Peairs, K; Wolff, A.; Olsen, S.J.; Bantug, E.; Shockney, L.; Kantsiper, M.; Carrinotamasi, E.; Snyder, C. (2011). *Coordination of Care in Breast Cancer Survivors: An Overview*. The Journal of Supportive Oncology. Elsevier. Volume 9, Issue 6, November–December 2011, Pages 210–215.

[Warram, J.](#); [Borovjagin, A.](#); [Zinn, K.](#) (2011). *A genetic strategy for combined screening and localized imaging of breast cancer*. *Mol Imaging Biol.* 13(3):452-61. doi: 10.1007/s11307-010-0377-y.

Houssami, N., Ciatto, S. (2011). *The Role of new Imaging Methods in Breast Screening*. Elsevier.

Kristensen, F.; Garrido, M.; Nielsen, C.; Busse, R. (2006). *Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe - Current status, challenges and potential*. Observatory Studies Series n°14.

Health Technology Assessment and Health Policy Making in Europe; The European Observatory on Health Systems and Policies, Diretiva 2011/24/UE de 9 de Março de 2011

Salako SE. (2006). *The declaration of Helsinki 2000: ethical principles and the dignity of difference*. Med Law 25: 341-54.

<http://www.portaldasaude.pt>, consultado em Jan.2013

<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer> consultado em Jan. 2013.

<http://www.dgs.pt> Norma n° 028/2012 de 28/12/2012) consultado em Jan. 2013

<http://www.europadonna.org> recomendação do Conselho de Europa (2003/878/CE), consultado em Jan. 2013

http://www.ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/diseases/docs/com_2009_291_pt.pdf

Bruxelas, 24.6.2009 - COM (2009) 291 final, consultado em Jan.2013

Curriculum Vitae

Cristina Almeida

Cristina Almeida, estudante de Doutoramento em Saúde Internacional, Ramo de políticas e desenvolvimento, no IHMT/UNL desde 2011. Atualmente é coordenadora da Área de Diagnóstico por Imagem (ADPI) do CHLC, EPE e docente nas ESSEM¹, ESSCVP², ERISA³ e UATLA⁴. Participa na Coordenação editorial da Revista Portuguesa das Tecnologias da Saúde e Newsletter da ADPI. Áreas de interesse são a investigação em Gestão em Saúde, Qualidade, Inovação e Imagiologia.

¹ ESSEM – Escola Superior de Saúde Egas Moniz

² ESSCVP – Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa

³ ERISA – Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches

⁴ UATLA – Universidade Atlântica

Salomé Almeida

Salomé de Almeida, doutorada em Genética Molecular pela Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa desde 1997. Desenvolve atividade docente e de investigação na Universidade do Algarve. Atualmente exerce funções de Assistente de Investigação, acumulando com funções de Técnica Superior de Saúde, ramo de Genética, no Serviço de Genética Médica no CHLC. Consultora para as Doenças Raras em diversas instituições nacionais, com diversas publicações em revistas indexadas.

Luís Lapão

Professor de Saúde Internacional e de Gestão de Informação no IHMT/UNL. É investigador e coordenador da Research Line de "Health Workforce Strengthening" no centro Colaborador da OMS para o planeamento e políticas da força de trabalho. Tem sobretudo trabalhado na área da inovação e do desenvolvimento organizacional em Saúde. É co-autor de 5 livros; publicou mais de 50 artigos científicos em jornais internacionais e em revistas nacionais.

Authors Profiles

Cristina Almeida

Cristina Almeida, PhD student on International Health, Development and Policy, at IHMT/UNL since 2011. Actually is coordinator of Imaging and Diagnosis Área (ADPI) in CHLC, EPE and professor in ESSEM, ESSCVP, ERISA and UATLA. Participation on the editorial coordination of Revista Portuguesa das Tecnologias da Saúde and ADPI Newsletter. Interest areas are the research on Health Management Quality and Imaging Innovation.

Salomé Almeida

Salomé de Almeida, PhD on Molecular Genetics from Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa since 1997. Professor and researcher in the Universidade do Algarve. Currently develops research activity support, together with the Molecular Geneticist functions in the Medical Genetics Service of CHLC. Consultant for Rare Diseases in several national institutions, with several publications in indexed journals.

Luís Lapão

Professor on International Health and Information Management in IHMT / UNL. investigator and coordinator of the Research Line "Health Workforce strengthening" the WHO Collaborating center for planning and policies of the labor strength. Working mainly in the area of innovation and organizational development in Health. Is co-author of five books and has published over 50 scientific articles in international journals and national magazines.