



REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.ordemosmedicos.pt

212

MARÇO 2021



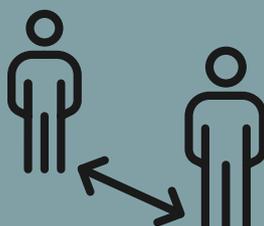
PLANO DE VACINAÇÃO DOS MÉDICOS

“Os médicos sentiram-se esquecidos por quem tem responsabilidade política”



VACINAÇÃO:

“Fiquei emocionada por sentir que tenho uma Ordem que zela por mim”



NOVO LEXUS UX 300e 100% ELÉTRICO

SINTA A EMOÇÃO DE SER O PRIMEIRO

PROCOLO LEXUS COM A ORDEM DOS MÉDICOS

Com o novo Lexus UX 300e tem tudo para ser o primeiro a desfrutar da independência dos 400 km de autonomia em ciclo urbano, da agilidade com os 7.5 segundos dos 0-100 km/h e da energia dos 240 CV no motor elétrico. Aproveite as condições exclusivas para associados e sinta a emoção de conduzir o primeiro Lexus 100% elétrico.

- > 1 milhão de km ou 10 anos de garantia de bateria
- > 7 anos de garantia geral

Faça a pré-reserva online em ux300e.lexus.pt



Condições de garantia: Garantia Legal (2 anos sem limite de quilómetros).
Garantia do Fabricante (3º ano ou até aos 100.000 km).
Extensão de Garantia (do 4º ano até 7º ano até aos 160.000 km).



SUMÁRIO

ROM 212 - MARÇO 2021

03	EDITORIAL Um mês bom e feliz...
06	BREVES
	TEMA DE CAPA
08	Vacinação: "Fiquei emocionada por sentir que tenho uma Ordem que zela por mim"
16	ENTREVISTA - Miguel Guimarães Plano de vacinação dos médicos "Os médicos sentiram-se esquecidos por quem tem responsabilidade política"
	ATUALIDADE
20	A melhor vacina é aquela que esteja disponível!
22	ENTREVISTA - Vitor Neves Falta aposta política na prevenção: Morrem 12 pessoas por dia de cancro do intestino
29	BREVES
	ATUALIDADE
30	O impacto da pandemia COVID-19 na Investigação Biomédica Uma nova (e pior) realidade
32	ENTREVISTA - Paulo Gonçalves Precisamos de um provedor para a saúde
	ATUALIDADE
36	Burocracia impede médicos voluntários de apoiar o SNS
37	Impacto da pandemia no Internato Médico É preciso garantir que os médicos internos não são prejudicados!



Revista da Ordem dos Médicos: Ano 37 - N.º 212 - MARÇO 2021

Propriedade: Conselho Nacional da Ordem dos Médicos | Sede: Av. Almirante Gago Coutinho, 151-1749-084 Lisboa - Tel.: geral da OM: 211 517 100

Diretor: Miguel Guimarães - Bastonário da Ordem dos Médicos | Diretores Adjuntos: António Araújo, Carlos Diogo Cortes, Alexandre Valentim Lourenço

Diretora Executiva: Paula Fortunato - paula.fortunato@ordemdosmedicos.pt | Redação: Paula Fortunato, Filipe Pardal | Dep. Comercial: rom@ordemdosmedicos.pt

Design gráfico e paginação: Vasco Mendes da Costa | Redação, Produção e Serviços de Publicidade: Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - 1749-084 Lisboa

Impressão: Lidergraf - Sustainable Printing - Depósito Legal: 7421/85 ISSN: 2183-9409 | Periodicidade: Mensal - Circulação total: 50 000 exemplares (10 números anuais)

Nota da redação:

Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores; os artigos inseridos nas páginas identificadas das Secções são da sua inteira responsabilidade.

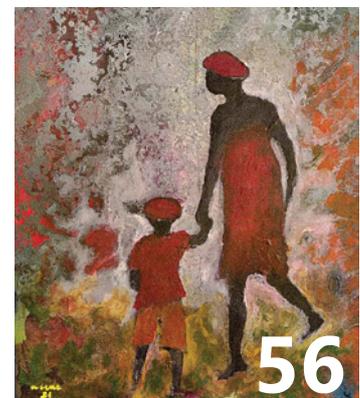
Em qualquer dos casos, tais artigos não representam qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos.

Relativamente ao acordo ortográfico a ROM escolheu respeitar a opção dos autores. Sendo assim poderão apresentar-se artigos escritos segundo os dois acordos.

SUMÁRIO

ROM 212 - MARÇO 2021

40	Médico português combate pandemia na Serra Leoa: "Quando o ideal não é possível, o possível torna-se o ideal"
42	Implementação clínica da vacinação para SARS-CoV-2
43	Prémio incentiva projetos de retoma dos cuidados de Saúde
	FORA DE ORDEM
44	Mensagem da COVID-19 para o futuro: Empoderem os especialistas em saúde!
	BAÚ DE MEMÓRIAS
46	Hospital Militar do Porto - Mais de 150 anos de história ao serviço dos portugueses
	5 PERGUNTAS AOS COLÉGIOS
48	Medicina Geral e Familiar
49	Pediatria
	LEGES ARTIS
50	Algoritmo para redução de ventilação invasiva e internamentos em UCI
52	ALTOS E BAIXOS
54	PROVA DOS FACTOS
	CULTURA
56	Cada quadro é um poema por descobrir
	OPINIÃO
58	Internos de MGF na primeira linha de combate à pandemia
60	Saúde mental no período pós-natal em tempos de pandemia
	INFORMAÇÃO
63	Informação SRC
69	Informação SRN
75	Informação SRS



Um mês bom e feliz...



MIGUEL GUIMARÃES

Bastonário da Ordem dos Médicos

No último ano, confrontados quase ao segundo com situações críticas de doentes Covid, não Covid e com todo o impacto económico, social e mental da pandemia, foram provavelmente raros os dias e momentos que nos sentimos confortáveis a apelidar como bons ou felizes. Ainda assim, passámos a aceitar uma nova normalidade e, com ela, uma nova forma de felicidade – procurando em pequenos acontecimentos do dia-a-dia acompanhar as grandes vitórias de salvar vidas, de proteger e cuidar dos doentes. Este novo ano está longe de ser fácil, até porque arrancou com a pior vaga da pandemia. Porém, simultaneamente, trouxe-nos uma esperança renovada, ao vermos aprovadas várias vacinas contra a maior pandemia que alguma vez vivemos.

Os médicos, os outros profissionais de saúde e os idosos foram eleitos como a primeira das prioridades logo para a primeira fase de vacinação, por uma lógica de ética utilitária e maior risco de exposição, no caso dos primeiros, e de redução da mortalidade e morbilidade, no caso dos segundos. Contudo, desde cedo se percebeu que a coordenação da *Task-Force* estava a falhar a identificação do público alvo e que a campanha de vacinação rapidamente se estava a tornar em mais um instrumento de propaganda. Viveu-se de anúncio em anúncio de novos grupos incluídos nas prioridades, quando os primeiros estavam ainda por vacinar.

A Ordem dos Médicos fez vários alertas sobre este problema e, com a mudança de

coordenação da *Task-Force*, fomos finalmente ouvidos no bom sentido. O Vice-Almirante Henrique Gouveia e Melo aceitou a nossa colaboração, pedindo-me que coordenasse a campanha de vacinação aos médicos em falta, aos médicos que estavam a ficar para trás. Esta Revista da Ordem dos Médicos que agora vos chega tem vários temas e dá voz também, por exemplo, às associações de doentes e a Tiago Martins Branco, nosso colega que passou sete meses a combater a pandemia em regime de voluntariado na Serra Leoa, e que nos fala do sofrimento ético em limites e contextos diferentes dos europeus. Mas esta edição da revista não podia deixar de ser maioritariamente dedicada às vacinas, ao plano nacional de vacinação e ao plano que tive também a responsabilidade e o gosto de coordenar, e do qual retenho muitas palavras de apreço de vários colegas, que guardarei comigo para sempre.

O Vice-Almirante Henrique Gouveia e Melo aceitou a nossa colaboração, pedindo-me que coordenasse a campanha de vacinação aos médicos em falta, aos médicos que estavam a ficar para trás.

Foram tempos verdadeiramente extraordinários deste meu segundo mandato atípico, em que pude estar ainda mais perto de quem também fez e faz a saúde acontecer em Portugal, mas que por já não ter um vínculo ao Serviço Nacional de Saúde foi relegado para segundo plano, como se houvesse uma forma de salvar vidas mais digna que outra. Mesmo de máscaras, reterei sempre a cara de muitos de Vós, que sorriram perante a possibilidade de ficarem mais próximos de uma vida em segurança e que experienciaram a força que a sociedade civil – neste caso personalizada na Ordem dos Médicos – pode ter para sensibilizar os decisores para causas justas.

Apesar de tudo, ver um dossier justo a ser bem encaminhado tornou este mês num mês bom e feliz, ainda que à luz dos novos critérios – de quem sente sempre o peso do tanto que há ainda por resolver, tanto em termos da pandemia, como de todos os outros problemas que subsistem no sistema de saúde e nas carreiras dos profissionais. A começar pela injustiça de termos uma lista de médicos que não pudemos vacinar, uma vez que as normas da Direção-Geral da Saúde o impedem. E que difícil que é cumprir uma norma com a qual não concordamos no plano ético e científico.

Vamos continuar a insistir com energia no que a evidência científica já demonstrou, que a imunidade dada pela doença não é garantida por muito tempo para todos, pelo que é essencial vacinar, pelo menos com uma dose, quem tem uma exposição de elevado risco, como é o caso dos profissionais de saúde e as pessoas com 80 ou mais anos de idade. A Direção-Geral da Saúde não está a ser sensata ao não rever a norma que impossibilita a vacinação de quem foi anteriormente infetado com a Covid-19 e é prioritário. Recordo que muitas destas pessoas estiveram infetadas há mais de 6 meses e algumas delas há cerca de um ano. A este propósito, recordo um painel imunológico coordenado pelo

Os médicos têm um papel vital neste dossier e é fundamental que sejam agentes de transmissão de informação fidedigna e adaptada a todos os cidadãos. Juntos podemos fazer a diferença, contribuindo para uma melhor literacia em saúde e para uma recuperação mais rápida da vida “normal” de todos nós.

nosso colega Álvaro Carvalho, e que contou com o apoio de várias instituições, incluindo a Ordem dos Médicos. Foram acompanhadas mais de 600 pessoas que estiveram infetadas pelo SARS-CoV-2 logo na primeira vaga da pandemia. Na primeira determinação, cerca de três meses após a doença, perto de 25% já não tinham anticorpos. Este é apenas um dos muitos trabalhos que merecem ser lidos e que podem ajudar a termos decisões melhores para todos.

Aliás, na Europa apenas Portugal e a Islândia, de acordo com os dados do Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), estão isolados nesta estratégia de não vacinar quem já teve Covid-19, no grupo prioritário que lhe é devido. A nível internacional, são de destacar as palavras e artigos de Anthony Fauci, consultor da administração norte-americana para a pandemia, que já veio precisamente defender que, mesmo uma única dose, tem um efeito potenciador muito significativo na imunidade de quem já teve Covid-19.

São também de destacar as palavras de Fauci no trabalho que precisa de ser feito para recuperar e manter a confiança nas vacinas e nos planos de vacinação, lembrando que as vacinas, na verdade, não foram de-

envolvidas em apenas um ano, resultando antes de muitos anos de investigação a propósito de outras doenças e de outras pandemias, com as descobertas a serem agora finalmente concretizadas.

Os médicos têm um papel vital neste dossier e é fundamental que sejam agentes de transmissão de informação fidedigna e adaptada a todos os cidadãos. Juntos podemos fazer a diferença, contribuindo para uma melhor literacia em saúde e para uma recuperação mais rápida da vida “normal” de todos nós. A Ordem dos Médicos, mais uma vez do lado da solução, vai procurar contribuir para desenvolver uma campanha de comunicação que se apoie em factos, afaste os mitos em torno das vacinas e sirva para reforçar a confiança dos cidadãos nas vacinas. A imunização foi a nossa arma contra muitas doenças. As vacinas salvam vidas e podem continuar a salvar. Apenas temos de continuar a acreditar na ciência e na medicina. Como disse o Secretário-Geral das Nações Unidas, António Guterres, a propósito da campanha de vacinação a nível global, o mundo está perante “a maior prova moral de sempre”. Essa prova passa por não deixarmos ninguém para trás, mas também por não abriremos porta a discursos anti ciência, que colocam em risco a sociedade como a conhecemos.

PROGRAMAS DE FORMAÇÃO DAS ESPECIALIDADES E DOS CONCURSOS MÉDICOS

O bastonário da Ordem dos Médicos reuniu dia 23 de março com o novo presidente do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), num encontro que teve como objetivo encontrar formas de trabalho entre as duas instituições para agilizar processos e procedimentos que garantam celeridade na publicação de novos programas de formação dos internatos das especialidades e na abertura e conclusão dos concursos médicos. No encontro o bastonário expressou a total abertura e disponibilidade da Ordem dos Médicos para colaborar com a ACSS no sentido de simplificar procedimentos. "A Ordem dos Médicos e o Conselho Nacional do Internato Médico têm aprovado novos programas de formação para várias especialidades, essenciais numa medicina que está em permanente evolução e que é cada vez mais exigente, mas depois a publicação final dos programas tem sofrido atrasos importantes, com barreiras administrativas que cremos que poderão ser ultrapassadas pela nova equipa da ACSS", explicou o bastonário. "A gestão do capital humano do SNS é também crítica para o futuro e para o sucesso do próprio sistema. O atraso na abertura e conclusão de concursos públicos médicos tem um impacto negativo na progressão e valorização dos médicos. A ACSS mostrou-se particularmente sensível à importância da carreira médica", acrescentou Miguel Guimarães. Da parte da Ordem dos Médicos, participaram na reunião o presidente do Conselho Regional do Centro, Carlos Cortes, e a presidente do Conselho Nacional da Pós-Graduação, Dalila Veiga.

OM EXIGE MELHORES CONDIÇÕES DE VIDA PARA OS NOSSOS IDOSOS

A Ordem dos Médicos foi surpreendida dia 9 de março com notícias sobre as conclusões de um inquérito conduzido pela IGAS a propósito da intervenção no Lar da Fundação Maria Inácia Vogado Perdigão Silva, em Reguengos de Monsaraz. A OM lamenta que o Ministério da Saúde prefira "gerar por uma nota à comunicação social o ruído político que permita criar um ambiente de confrontação" sem que nunca a OM tenha sido ouvida no âmbito desse inquérito. Recorda ainda que enviou as conclusões da sua auditoria "para várias entidades, muito em particular para o Ministério Público e reitera a confiança nas instituições competentes e independentes para apurar as responsabilidades de um surto que vitimou 18 pessoas" e que "nenhum médico de família se escusou a prestar apoio aos utentes do Lar de Reguengos de Monsaraz, pese embora a escolha impossível de ter de optar entre esses doentes e todos os outros doentes que tinham inscritos nas suas listas e que serão sempre prejudicados pelas suas ausências para cumprir turnos de trabalho, muito diferentes do que configura uma situação de apoio domiciliário pontual". A Ordem promete estar "atenta aos interesses da sociedade civil, exigindo das estruturas estatais a devida atenção à realidade dos lares, que reclamam melhores condições de vida para os nossos idosos".



APELO À SERENIDADE E CONFIANÇA NOS BENEFÍCIOS DA VACINAÇÃO

O bastonário e o Gabinete de Crise para a COVID-19 da Ordem dos Médicos, após análise da evidência científica disponível, reafirmaram a sua confiança nas vacinas aprovadas e apelaram à serenidade de todos, num processo em que importa não perder de vista os benefícios da imunização para a saúde dos cidadãos e para a retoma económica dos vários países. Numa altura em que a ciência nos

trouxe respostas essenciais para o combate à pandemia, a OM apelou a que as decisões sejam técnicas, concertadas e apoiadas em autoridades como a EMA, a FDA e a OMS. A pandemia representa uma ameaça à escala global, que não conhece países, fronteiras ou nacionalidades, exigindo-se, por isso, um espírito global e uma posição conjunta para alcançarmos melhores resultados.

ECDC DESTACA PORTUGAL PELA NEGATIVA POR NÃO VACINAR QUEM JÁ ESTEVE INFETADO

O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC) publicou um relatório que avalia a implementação dos planos de vacinação contra a COVID-19 dos diferentes países e em que se destaca que Portugal e a Islândia são os únicos que ainda não estão a incluir nos grupos a imunizar as pessoas que estiveram previamente infetadas. Esta preocupação já foi expressa pela OM, que apelou à revisão da norma da DGS que impede essa vacinação. “A pandemia tem-nos levado a tomar algumas decisões ainda em cenário de incerteza, mas desta

vez temos já evidência científica suficiente para percebermos que o risco de reinfeção é real e que mesmo em quem teve formas graves da doença é possível acontecer uma nova infeção em prazos que não conseguimos determinar”, explica o bastonário da Ordem dos Médicos. “Desta forma, é urgente que se reveja a norma para podermos incluir todas as pessoas que já tiveram COVID-19 nas fases de vacinação que lhes estariam por natureza destinadas”.



PEM ACEITA CARTÕES DE CIDADÃO CADUCADOS ATÉ 31/12/2021



O Decreto-Lei n.º 22-A/2021 de 17 de março que prorroga prazos e estabelece medidas excecionais e temporárias no âmbito da pandemia da doença COVID-19 estendeu, até 31 de dezembro de 2021, a admissibilidade de determinados documentos, como atestados médicos de avaliação de incapacidade que expirem em 2021, cartões de cidadão, certidões e certificados emitidos pelos serviços de registos e da identificação civil, documentos e vistos relativos à permanência em território nacional, licenças e autorizações, bem como cartões de beneficiário familiar de ADSE. Esta extensão aplica-se ao uso da Prescrição Eletrónica Médica (PEM) que poderá ser feita com cartão de cidadão caducado, conforme informação dos SPMS que anunciaram a atualização da PEM para garantir que no processo de autenticação e assinatura digital os cartões de cidadão cuja validade se encontra expirada podem continuar a ser usados até dia 31 de dezembro de 2021, em conformidade com o Decreto-Lei referido.

OM PEDE REVISÃO DE NORMA QUE IMPEDE VACINAÇÃO PRIORITÁRIA DE MÉDICOS QUE TIVERAM COVID-19

No dia 29 de março o bastonário e o Gabinete de Crise para a COVID-19 reforçaram a importância de a DGS rever a norma que impede que se inclua nos primeiros grupos prioritários de vacinação os médicos e outros profissionais de saúde e as pessoas com 80 ou mais anos que tiveram COVID-19 há mais de 90 dias. Os profissionais que contraíram a doença, na maioria dos casos, no exercício profissional, encontram-se em risco de reinfeção, podendo ser veículo de transmissão da doença na comunidade e, em particular, a doentes mais fragilizados que necessitam de cuidados de saúde por patologia não-COVID. A evidência científica disponível documenta um risco crescente de reinfeção após os 90 dias, sobretudo nos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e nos imunodeprimidos. É, igualmente, de considerar um aumento do risco em resultado da circulação de novas variantes. De referir que esta recomendação segue as orientações da Organização Mundial de Saúde e já está em vigor em muitos países.



Vacinação:



TEXTO: ROMANA BORJA SANTOS

A manhã de 27 de fevereiro começou soalenga no Pólo do Porto do Hospital das Forças Armadas. Mas, mesmo que fizesse chuva, dificilmente a meteorologia ofuscaria a luz que se sentia entre os presentes. Rosa Miranda foi das primeiras médicas a chegar e a primeira a receber a vacina contra a COVID-19 no âmbito da campanha coordenada pelo bastonário da Ordem dos Médicos, que permitiu, até agora, vacinar mais de 4200 médicos de todo o país no Porto, Coimbra, Lisboa e Algarve.

“Fiquei emocionada por sentir que tenho uma Ordem que zela por mim”

Miguel Guimarães fez várias insistências e alertas públicos para que os colegas que não tinham sido ainda imunizados vissem essa situação de injustiça terminar (ver entrevista na página 16), promovendo, desde dezembro do ano passado, várias reuniões com a *Task Force*, inquéritos aos médicos que partilhou com a tutela e até uma petição pública que ultrapassou as 10 mil assinaturas. Com a mudança de coordenação na *Task Force*, foi finalmente possível atender esta reivindicação justa, pedindo-se o apoio da Ordem dos Médicos na coordenação e operacionalização do processo de vacinação. Na verdade, tanto a Organização Mundial de Saúde, como a Comissão Europeia e as autoridades nacionais tinham elegido os médicos e outros profissionais de saúde para o primeiro grupo prioritário, pelo que importava cumprir essa diretriz.

Rosa Miranda tem 71 anos e é patologista clínica. Infelizmente, tem estado afastada do hospital: desta vez foi a sua própria lâmina a portadora de uma má notícia que lhe alterou a vida. E foi precisamente a doença oncológica que a manteve ainda mais resguardada durante a pandemia, com o receio permanente de ser infetada, nomeadamente pelo marido, também ele médico no ativo.

A médica recebeu a vacina com uma esperança

renovada no seu futuro e no de todos. “Inscrevi-me logo no primeiro inquérito que o senhor bastonário fez, mas confesso que pensava que acabaria a esperar que o Serviço Nacional de Saúde me chamasse. Quando recebi o telefonema a marcarem a minha vacina nem estava a acreditar. Fiquei mesmo emocionada e só posso agradecer esta oportunidade. Fiquei emocionada por sentir que tenho uma Ordem que zela por mim. Ter alguém que cuida e que se lembra de nós é uma coisa fantástica”, reconhece Rosa Miranda. Para já, é cedo para aligeirar outras medidas, e tem consciência disso. “Continuo com as minhas restrições, mas já me sinto a respirar mais fundo e a considerar a possibilidade de ver os meus filhos e netos”.

O sentimento de **Rosa Miranda** é o de todos os presentes, tanto no Pólo do Porto como nos outros locais onde decorreu a vacinação nas semanas seguintes (Centro de Saúde Militar de Coimbra, Pólo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas e Centro Hospitalar



Universitário do Algarve). As máscaras cobrem os rostos, mas os olhos denunciam os sorrisos – e até a comoção – de quem aguardou muito por este dia e de quem sente neste reencontro com os colegas que vêm receber a vacina um sinal de esperança de que os convívios um dia poderão voltar.

Ainda no Porto, com Rosa Miranda cruza-se **Adão Cruz**, o primeiro médico a receber a vacina. Tem 83 anos, é cardiologista e não foi a idade que o afastou dos doentes. Tinha consultório aberto, mas viu-se obrigado a fechar durante a pandemia, para se manter protegido. Confessa que não resistiu a acompanhar um ou outro doente de sempre,



mas com um ritmo diferente daquele que gostaria de retomar. A vacina é, por isso, uma esperança. Aliás, vai retomar as direções de serviço no Hospital de Gaia, onde faz questão de continuar a ser um participante ativo apesar de já oficialmente arreadado.

LISBOA



TEMA DE CAPA

Mas a vida de Adão Cruz está longe de passar só pela arte da medicina. Também se celebrizou na pintura e na literatura (ver cultura na página 56). Curiosamente, em 2019, ainda muito longe de sabermos que estava bem próxima a maior pandemia dos nossos tempos, o médico tecia uma crítica à sociedade que construímos. “Vivemos hoje quase exclusivamente de máscaras para esconder a realidade e mascaramo-nos para ver a realidade”, dizia na altura. Revisitando a sua citação, reconhece como a palavra “máscara” ganhou hoje contornos muito distintos. Ainda assim, perante a falta de solidariedade a que se assistiu mesmo em plena emergência de saúde pública, admite que tem mais dúvidas sobre a queda das máscaras do passado do que das máscaras cirúrgicas. “Depois do problema sanitário teremos o problema financeiro e económico. As máscaras cirúrgicas vão cair provavelmente primeiro do que todas as outras máscaras que ocultam os problemas como a falta de humanismo, a fome, etc.”, assevera, preferindo, contudo, concentrar-se “na forma exemplar como a Ordem dos Médicos proporcionou este dia feliz”.

Nos percursos a pé, na fila para a triagem ou na sala onde esperam 30 minutos após a administração da va-

cina, todas as oportunidades são aproveitadas pelos médicos para imprimir a este momento o convívio que a pandemia tem vindo a adiar nas vidas de todos nós. Trocam-se novidades da família, preocupações sobre a vida e sobre alguns doentes. Recordam-se os velhos tempos de curso, o início da carreira e o atual momento difícil que a saúde atravessa, muito em particular nas condições de trabalho no Serviço Nacional de Saúde.

Por todo o país, a operação decorreu da mesma forma, isto é, cumprindo as normas da Direção-Geral da Saúde que, à data, tinha disponibilizado a vacina da Pfizer para todos os médicos com mais de 65 anos e a vacina da AstraZeneca para os menores de 65 anos. A vacinação contou, localmente, com o apoio de vários médicos: no Porto, com a tesoureira nacional e conselheira nacional, Susana Vargas; Em Coimbra, com o presidente do Conselho Regional do Centro, Carlos Cortes, e Lara Sutil, do mesmo conselho; Em Lisboa, com o coordenador do Gabinete de Crise da Ordem dos Médicos para a COVID-19, Filipe Froes, e com Carla Araújo, membro do Gabinete de Crise; e no Algarve, com a conselheira nacional Rubina Correia.

LISBOA



Por decisão da Direção-Geral da Saúde, ficaram de fora os colegas que se tinham inscrito, mas já tiveram COVID-19, que são já mais de 500 – uma decisão “sem sentido e incompreensível”, lamenta o bastonário, que está a insistir para que a tutela altere a norma com urgência para todos poderem trabalhar devidamente protegidos, já que a imunidade não é garantida, especialmente após 90 dias da infeção. Há também uma nova lista com mais de 1300 médicos que contactaram a Ordem dos Médicos já depois de entregues à *Task Force* as listagens da primeira fase. O bastonário está a negociar no sentido de a Ordem dos Médicos poder concretizar uma segunda fase desta operação.

Seja no Porto, Coimbra, Lisboa ou Algarve, o sentimento de agradecimento é constante. Uns com maior timidez, outros avançando com segurança... mas a verdade é que todos os médicos que se cruzam com Miguel Guimarães fazem questão de traduzir em palavras a importância deste dia e da in-



sistência do bastonário, publicamente e junto da *Task Force*, para que os médicos fossem todos vacinados.

“É um processo complexo, em que o planeamento e a organização têm de ser exemplares. A OM assumiu a responsabilidade e o risco de coordenar e organizar a vacinação dos médicos que estavam a ficar para trás, nomeadamente aqueles que trabalham em consultórios e clínicas. Não podíamos deixar de fazer tudo o que está ao nosso alcance para proteger a vida dos médicos e consequentemente garantir que os doentes continuem a ter acesso às suas consultas, exames e cirurgias”, destaca o bastonário. “Vacinar um médico é assegurar que estará apto a salvar vidas, ainda mais numa altura de grande fragilidade como a que atravessamos. Não vamos deixar ninguém ficar para trás, estamos juntos e ninguém vai ficar desprotegido”, reforça Miguel Guimarães.

Noémia Menezes Nunes, especialista em Ginecologia/Obstetrícia, é mais uma das presentes no Porto, desta vez no segundo dia da operação da Ordem dos Médicos. Nas mãos rodopia o inconfundível cartão amarelo: a cédula da Or-



TEMA DE CAPA

dem dos Médicos. “Reconheço que vivi estes tempos estranhos com alguma angústia. Dizem-nos que não estamos na linha da frente, mas gostava que me dissessem como se faz um exame ginecológico ou um exame da mama a mais de dois metros da doente. Já conto pelos menos seis grávidas que depois de estarem em contacto comigo se veio a confirmar estarem infetadas”, comenta. Sem a Ordem dos Médicos, quando esperava ser vacinada? “Sinceramente acho que íamos continuar esquecidos e as nossas doentes precisam de nós. O nosso bastonário fez de tudo e valeu-nos a sua determinação”, remata, enquanto aproveita os 30 minutos de recobro para falar com o intensivista **António Carneiro**, que também acaba de ser vacinado. “No meu serviço não internamos doentes com COVID-19, mas existem casos que não são detetados e positivam depois. É fundamental termos a vacina e confiarmos nela”, reforça o intensivista.

No Algarve a imunização acontece alguns dias depois. O grupo é mais

pequeno e a vacinação decorre em parceria com o Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Não fosse o SARS-CoV-2 e muitos reencontros entre colegas seriam acompanhados de abraços, que por agora continuam adiados. Uns ficam-se por um acenar de cabeça, outros aderem ao cumprimento com o cotovelo, também ele uma imagem da pandemia.

José Manuel Gago Leiria é cardiologista. Já trabalhou muito, agora procura ter uma vida um pouco mais calma. Mas o risco e o receio estão presentes. “Tenho de me resignar e cumprir as regras para não apanhar nada, mas preocupame muito a família. Não esperava que a ação avançasse, mas o bastonário foi determinado. Este dia não muda tudo, mas é um grande passo para recuperar uma vida mais parecida com a que tinha antigamente”, acrescenta. Ainda assim, atribuiu também este dia a uma outra mudança: “Tivemos a sorte de terem mudado o chefe das vacinas. O novo coordenador da *Task Force* compreendeu que



não estava certo deixarem os médicos de fora”.

Também **Maria Helena Mendonça** aproveitou o inquérito da Ordem dos Médicos. “Foi escandalosa a divisão que fizeram dos profissionais de saúde. Sou dermatologista e estive sempre a trabalhar. Com duas máscaras, viseira, todos os cuidados... mas nunca estamos 100% seguros e existindo uma vacina e precisando os doentes tanto de nós é justo que tenhamos direito. Saio daqui mais tranquila. Sinto que se iniciou um caminho”, explica.

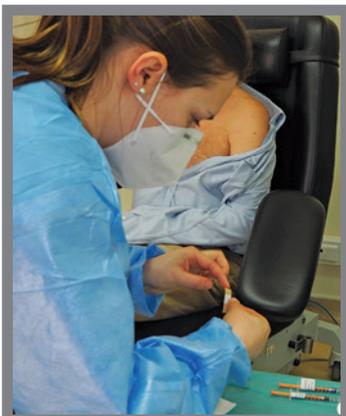
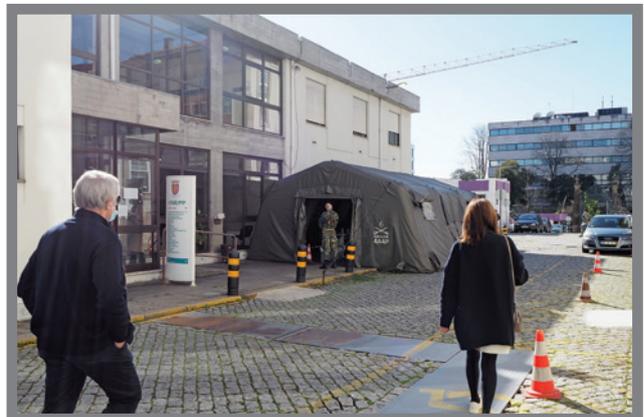


abraçada pela Ordem dos Médicos”.

“Fui descartada pela Senhora Ministra da Saúde e fiquei muito triste. Dediquei toda a minha vida ao serviço público. Reformei-me e continuo a trabalhar, porque para mim ser médica é uma vocação. Não estou num centro de saúde, mas estou numa clínica com uma lista de doentes sem médico de família e a quem dou resposta e sem a Ordem continuaria sem a vacina. Felizmente o bastonário lutou muito por nós”, reforça Helena Coutinho. Vacina-se por quem? “Quero vacinar-me por mim e pela minha família, mas também pelos meus doentes. Muitos até me telefonam a saber se já consegui ser vacinada porque não querem ver a médica doente. Após contactos de risco já tive de ficar em casa e eles ficam sem resposta”, lembra. Hoje regressa ao trabalho e a casa “com comoção”. “Quando recebi o telefonema da Ordem a agendar a vacina foi tão emocionante que nessa noite quase nem dormi, e eu até costumo dormir bem”. A médica regressa hoje a um sono tranquilo, mas não sem antes dar a boa nova aos seus doentes.



Em Lisboa, no Pólo de Lisboa do Hospital da Forças Armadas, **Helena Coutinho**, especialista em Medicina Geral e Familiar, ainda aguarda pela sua vez, sentada num pavilhão aproveitado como sala de espera. À passagem da equipa da Ordem dos Médicos levanta-se agilmente e partilha a alegria que sente: “Senti-me



TEMA DE CAPA

“Este para mim é um dia especial. Especial porque a Ordem dos Médicos tem funcionado de forma extremamente eficiente e porque para um médico não há nada que dê mais satisfação do que ver os médicos e os cientistas a conseguir uma resposta para a pandemia e a criar uma vacina em tão pouco tempo. Temos de ter orgulho”, destaca **Manuel Valente Fernandes**, médico internista e de medicina do trabalho. “Esta é uma causa justa e o papel da Ordem dos Médicos sai reforçadíssimo”.

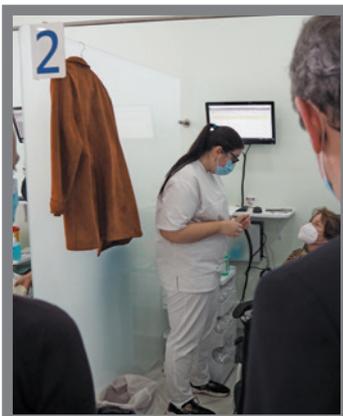


de fazer a vacina neste momento e quero protegê-lo ao máximo, bem como aos meus doentes. Quer queiramos quer não, é diferente ser médico nestes tempos. Com as máscaras os doentes nem nos conhecem, mas sou uma pessoa muito adaptativa e dou sempre o melhor que posso e sei”, refere.

“Foi complicado ver outras pessoas que não salvam vidas a ser vacinadas e eu que sou médica de família a ver toda a gente a passar. Já não estou no SNS, mas tenho uma lista de doentes como se estivesse. Foi um ano muito angustiante, até porque todos temos preocupações, mesmo que diferentes. Tenho uma mãe com 90 anos, ainda sem a vacina, e há o receio de lhe fazer mal. Nunca se viu uma situação assim e ter conseguido a vacina pela Ordem é algo que nunca esquecerei”, partilha Maria Teresa de Moraes Machado.

Em Coimbra, o Centro de Saúde Militar enche-

Na fila para a vacinação as histórias e preocupações repetem-se. **Isilda da Silva Matos** é especialista em cirurgia cardiotorácica e está inscrita desde o primeiro inquérito. “O meu marido tem uma doença que o impede





-se da esperança de muitos médicos que depositam nas vacinas a expectativa voltar a estar mais próximo dos doentes e em segurança.

Graça Martinho é médica

de família e inscreveu-se para a vacina na clínica onde trabalha, mas ainda não tinha sido chamada. “Os doentes também nos perguntam se estamos vacinados e estranham o facto de muitos médicos ainda não estarem. Confiei na Ordem dos Médicos e o papel da nossa Ordem sai claramente reforçado”, elogia. “É um dia de renovada esperança, de toda a nossa vida melhorar”, regista.

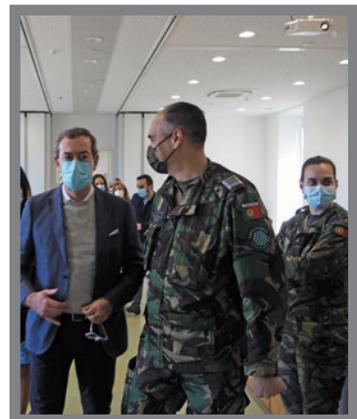
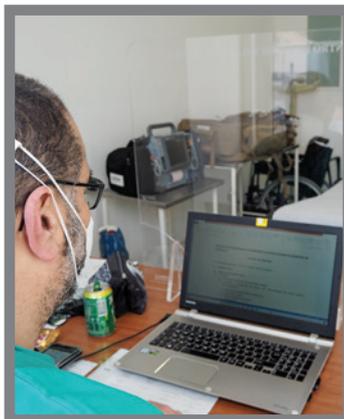
Também o psiquiatra **António Reis Marques** integra a lista de vacinados em Coimbra. “Preenchi os quatro inquéritos que a Ordem nos enviou. Trabalhamos



com doentes especiais, que nem sempre sabem ter os cuidados devidos e ficamos muito expostos aos perigos”, lembra. Reis Marques considera que o plano de vacinação “foi uma vitória da Ordem dos Médicos e em especial do bastonário” e sai com uma vontade reforçada de trabalhar. Assumiu recentemente a presidente do Colégio da Especialidade de Psiquiatria e lembra que além da pandemia da Covid-19 temos muitas outras pandemias a precisar de atenção. A da saúde mental será provavelmente a mais desafiante.

Para o bastonário, “este projeto difícil e desafiante está longe de ser o fim de todos os problemas, mas representa a esperança num futuro melhor e é o reflexo de que a união dos médicos em causas justas e no combate às desigualdades pode ajudar a combater as más políticas”. “Temos de fazer das nossas diferenças a força daquilo que nos une”, conclui Miguel Guimarães.

COIMBRA



MIGUEL GUIMARÃES

Plano de vacinação dos médicos “Os médicos sentiram-se esquecidos por quem tem responsabilidade política”

ENTREVISTA : ROMANA BORJA-SANTOS

> Quando enviou os primeiros inquéritos aos médicos, para poder fazer pressão junto do poder político para que fossem vacinados, acreditou que o processo ia ter um desenlace positivo e que viria a ser coordenado por si?

O desfecho era incerto. Eu conhecia mais ou menos bem o então coordenador da *Task Force* e sabia quais eram os seus estigmas, que, aliás, são transversais a um conjunto de pessoas que têm neste momento algum poder político, seja no Governo seja fora do Governo. Ainda assim, a minha obrigação era tentar que os médicos que tinham ficado para trás fossem vacinados. Sabia que só era possível conseguir as vacinas se fizéssemos uma grande pressão, de forma concertada, através de vários meios.

Por isso, optei por organizar listagens com os médicos que estavam fora do sistema para ir partilhando a informação com a tutela e divulgando os números publicamente, pressionando tanto o Ministério da Saúde como a *Task Force*. Esta forma de pressão incluiu também o lançamento de uma petição que acabou por surtir efeito e reunir mais de 10 mil assinaturas. Mas a alteração efetiva e determinante aconteceu com a mudança do coordenador da *Task Force*. Veio um novo coordenador, independente, que percebeu que a Ordem dos Médicos só queria ajudar e que estava disponível numa área em que a própria *Task Force* iria ter dificuldade. Seria mais fácil para a Ordem dos Médicos fazer a identificação dos médicos fora do Serviço Nacional de Saúde. Os médicos mereciam e tinham todo o direito a ser vacinados, quer pelo risco quer pela idade.

> Quando percebeu que tinha de fazer alguma coisa?

Recebemos várias mensagens de médicos que se dirigiam quer ao bastonário quer à Ordem dos Médicos de uma forma quase desesperada. Os médicos sentiram-se esquecidos por quem tem responsabilidade política. Sentiram, mais uma vez, que não estavam a ser respeitados. Sentiram, sobretudo, a falta de dignidade com que concretamente o Ministério da Saúde os tratava, com reflexos na *Task Force*. Foi um sentimento de alguma revolta e que não costumava ver nos médicos. Estavam verdadeiramente tristes e ofendidos – e com toda a razão.

> Que características demonstrou ter o Vice-Almirante nas reuniões, para este desfecho positivo?

O Senhor Vice-Almirante, Henrique de Gouveia e Melo, simboliza o que nós precisamos neste momento no país e que está muito bem enquadrado no lema principal da Nike: *just do it*. Ou seja, o Vice-Almirante está ali para fazer o seu trabalho e para cumprir um objetivo e uma missão. Não perde tempo nas reuniões. Na primeira reunião, muito mais rápida do que as reuniões que tínhamos anteriormente, o Vice-Almirante disse já conhecer as pretensões da Ordem dos Médicos, que estava de acordo conosco e que nos ia dar as condições para concretizar esta missão. Depois, pediu uma lista atualizada com os médicos a vacinar. Fomos diretamente ao objetivo. O objetivo do Vice-Almirante é ajudar os portugueses e que o plano de vacinação corra o melhor possível, e sabe que isso passa também por ter

os médicos vacinados. O Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 é provavelmente a missão mais importante do país neste momento. Estou certo de que vai cumpri-la da melhor forma, porque é um homem de princípios.

> Entre o momento em que a *Task Force* disse que ia disponibilizar as vacinas para os médicos, mas que teria de ser a Ordem dos Médicos a operacionalizar tudo, e a data em que a Ordem dos Médicos efetivamente arrancou com a campanha de vacinação, passaram apenas uns dias. Não sendo esta uma tarefa habitual, como geriu a coordenação e que decisões teve de tomar em tão curto espaço de tempo?

Foi uma decisão muito difícil. Primeiro porque internamente nem todos os responsáveis dentro da Ordem dos Médicos apoiaram esta iniciativa. Segundo, o timing era muito curto para avançar ou não avançar e achei que não podíamos aguardar. A decisão de avançar foi tomada a uma quarta-feira e logo nesse sábado estávamos a vacinar os primeiros médicos no Porto. Os colaboradores da Ordem dos Médicos foram extraordinários e tiveram aqui um papel absolutamente essencial e continuam a ter. Depois avançámos logo para o Algarve, Lisboa, e por fim Coimbra. Foi um processo que exigiu da própria Ordem dos Médicos em termos políticos e de operacionalização um trabalho notável. Não nos podemos esquecer que estamos perante um processo nacional, com mais dificuldade para contactar as pessoas. Procurámos que todos recebessem um e-mail, uma SMS e um telefonema. Não conheço nenhuma outra área em que a vacinação esteja a acontecer e em que as pessoas estejam a ser tratadas com tanta proximidade.



Miguel Guimarães,
bastonário da Ordem dos Médicos



> Teve receio em algum momento?

Tive. Antes de decidir avançar tive uma noite em que quase não dormi porque se o processo falhasse era péssimo para a Ordem dos Médicos, e para o bastonário enquanto principal responsável. Mas depois de avançar acabaram os receios. Fui buscar a motivação às pessoas mais próximas de mim e que trabalham comigo todos os dias. Foram elas que me levaram também a acreditar que era possível. É preciso ter alguma dose de coragem porque o processo podia não ter corrido bem e tenho essa humildade de reconhecer que não são processos fáceis. Não são processos com que lidamos habitualmente e os nossos profissionais ultrapassaram as dificuldades de forma notável.

> Há uma Ordem antes deste processo e uma Ordem depois?

O facto de a Ordem dos Médicos se ter envolvido no plano de vacinação, ao aceitar o desafio nacional de vacinar os médicos que estavam a ficar para trás, veio mostrar a importância que a sociedade civil pode ter e deve ter numa altura de crise e de pandemia. Como ordem profissional, isto foi um desafio ímpar que estamos a conseguir superar de forma notável e isto ajudou a própria *Task Force* a ganhar também confiança. O número de coisas que começaram a correr bem e que coincidiram com a mudança do coordenador foram várias e isto depois funciona e é motivador para todos os lados. É uma relação *win-win*. Ganhamos nós, ganham as pessoas que estão

O número de coisas que começaram a correr bem e que coincidiram com a mudança do coordenador foram várias e isto depois funciona e é motivador para todos os lados. É uma relação *win-win*.

a ser vacinadas, ganham os médicos que estão a ser vacinados, ganha o plano de vacinação e chegamos onde antes era impensável.

> Coordenou a campanha a nível nacional e fez questão de acompanhar as ações no terreno. Que imagens guarda destes dias, tanto pelo ambiente como pelas mensagens que lhe foram sendo dirigidas pelos médicos?

As imagens que guardo melhor são as de felicidade dos médicos ao serem vacinados. É muito tocante a alegria que muitos médicos demonstraram por estarem a ser vacinados, por alguém estar a olhar por eles, preocupado com eles e a cuidar deles. Essa é a imagem mais importante. Mas também guardo a imagem do nosso *staff* a trabalhar noite dentro, horas sem fim, a preparar as listas dos médicos, a fazer o ficheiro, a mandar o e-mail aos médicos, SMS, a telefonar. Parece um processo simples, mas que obriga a vários procedimentos, a criar *slots* de horários, ter suportes sempre preparados. Reforço que todo o processo foi inteiramente feito com o *staff* da Ordem dos Médicos. Não posso também deixar de expressar publicamente o meu agradecimento a todos os centros de vacinação que nos apoiaram, que nos receberam de braços abertos e que sem eles não tínhamos cumprido a missão: Hospital das Forças Armadas – Pólo de Lisboa e Pólo do Porto, Centro de Saúde Militar de Coimbra e Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

> Há algo menos bom que destaque?

A situação que mais me incomodou foi não ter podido vacinar os médicos que já tinham tido doença COVID. Isso deixa-me uma revolta interna, porque tenho a certeza de que quem teve a doença COVID também vai ter de ser vacinado, como de resto acontece em praticamente todos os países. É o que está a acontecer na Europa inteira, exceto Islândia e Portugal. Não há motivo nenhum para os profissionais de saúde, neste caso médicos, que têm um risco mais elevado de infeção, que são necessários para continuar a ver os doentes todos, não tenham podido fazer uma dose de vacinação por incompetência da Direção-Geral da Saúde. É a pior coisa que a DGS podia estar a fazer e gera um sentimento negativo nas pessoas que era de resolução muito fácil, bastando rever-se a norma. Alguns destes colegas tiveram doença grave, estiveram internados em cuidados in-

A situação que mais me incomodou foi não ter podido vacinar os médicos que já tinham tido doença COVID. Isso deixa-me uma revolta interna, porque tenho a certeza de que quem teve a doença COVID também vai ter de ser vacinado.

tensivos, estiveram mais do lado da morte do que do lado da vida, não têm imunidade e não querem voltar a passar por isso. Não vacinar estas pessoas é totalmente inaceitável e a DGS não tem estado bem e espero que mude rapidamente de opinião e siga a via da ciência.

> Aliás, muitos destes médicos trabalharam no SNS e ajudaram na sua construção, como chegou a referir.

Falei com vários colegas precisamente sobre isso. Este estigma que existe sobre o setor privado e social, da parte de alguns responsáveis políticos, que não são só os que estão no Governo, é totalmente lamentável. A imensa maioria destes médicos trabalhou no SNS e ajudou a contruí-lo, deu um contributo importantíssimo para os indicadores de qualidade que o SNS tem atualmente. Muitos deles já se reformaram ou saíram de forma antecipada, mas têm as suas clínicas e consultórios. Fazem um trabalho igualmente muito positivo para o país, até em regiões mais carenciadas com consultórios de proximidade onde por vezes nem existem hospitais ou centros de saúde. Ser tratado desta forma por quem tem responsabilidade política é muito triste. Felizmente houve uma mudança de atitude na *Task Force* e ainda bem, porque é da mais inteira justiça que estes médicos sejam vacinados.

A melhor vacina é aquela que esteja disponível!

TEXTO: PAULA FORTUNATO

A associação de medidas de higiene e distanciamento social a um processo de vacinação simples e célere, em que sejam usadas todas as vacinas disponíveis para que consigamos atingir a desejada imunidade de grupo, é a única forma de sermos eficazes no combate à pandemia. Foi precisamente essa a posição defendida pelo bastonário da Ordem dos Médicos num espaço informativo do Porto Canal, no passado dia 20

de março, em que também participou a euro-deputada Sara Cerdas e o intensivista Roberto Roncon. Miguel Guimarães criticou as hesitações da União Europeia (UE), que diminuem a confiança da população na vacinação, assim como a falta de apoio à investigação. Sobre a aquisição de novas vacinas, a resposta é óbvia pois quanto mais depressa atingirmos a imunidade de grupo, melhor.

Tomando como ponto de partida a existência de 182 vacinas em fase pré-clínica, 13 vacinas aprovadas e apenas 5 verdadeiramente no mercado, o programa “Centro de Decisão” do Porto Canal abordou as falhas no processo de vaci-



nação, nomeadamente do ponto de vista europeu, as implicações das tomadas de decisão nos comportamentos da população, assim como as soluções para a crise pandémica (das várias vacinas disponíveis a um potencial tratamento).

Questionado precisamente sobre as falhas da UE, o bastonário lamentou que “a investigação, no que se refere ao tratamento de outras doenças”, tenha acabado também “por ser prejudicada pela concentração que existiu no combate à COVID-19” e defendeu maior investimento europeu em I&D.

A eurodeputada e membro da Comissão de Saúde Pública do Parlamento Europeu, Sara Cerdas, recordou que a responsabilidade pela gestão da saúde é dos Estados membros razão pela qual, em termos de saúde, temos uma União a 27 velocidades, assumindo que houve alguma “descoordenação inicial”. Num tema incontornável, referiu-se à vacina da Astrazeneca como sendo “segura e eficaz” “de acordo com os ensaios clínicos e com toda a informação recolhida pela Agência Europeia do Medicamento (AEM)”, justificando com o facto de estarmos num “processo científico muito dinâmico”, a

circunstância de se ter aplicado o “princípio da precaução”. Explicou ainda como tem defendido no Parlamento Europeu que é preciso “dar tempo à ciência. Não apressar o processo científico na sua génese”.

Preocupado com as repercussões da descoordenação, Miguel Guimarães alertou que a UE neste contexto “não funcionou” pois devia ter reunido os Estados membros e, após avaliar a situação, “dava a oportunidade à AEM ou à OMS para se pronunciarem”, antes que cada um começasse a agir por iniciativa própria, relembrando que qualquer uma dessas organizações frisou, desde o primeiro momento, que estávamos a falar de efeitos adversos “extraordinariamente raros”. “Estas 48h têm muito impacto no número de pessoas que vão recusar a vacina”, lamentou.

Também sobre as questões de segurança da vacina, Roberto Roncon, coordenador de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de São João, fez questão de frisar que há eventos adversos em todas as vacinas, mas que não há necessariamente um nexo de causalidade efetivo. Sobre algumas decisões que têm vindo a ser tomadas, este orador alertou que, com o prolongar no tempo da pandemia, a “dimensão social, económica e política vai-se evidenciando cada vez mais”, fazendo com que as decisões deixem de ser focadas na saúde. Frisou ainda “concordar inteiramente com o bastonário da OM” pois os países não deviam ter individualmente suspenso



o processo de vacinação antes da AEM se ter pronunciado. “O processo de vacinação é a única forma de virar a página” e ultrapassar a pandemia, asseverou.

Questionada especificamente sobre a possibilidade de irmos a implementar a vacina russa no espaço europeu, Sara Cerdas considera que a Sputnik deve ser admitida desde que cumpra os requisitos idênticos aos de “qualquer vacina ou produto que tenha o processo normal de apuramento de segurança, eficácia e efetividade”, afirmando total confiança na Agência Europeia do Medicamento. A introdução dessa vacina está, contudo, ainda dependente de análise pois “o processo de revisão da Sputnik só entrou na Agência a 4 de março”.

Crítico da desconfiança que parece existir nos europeus quanto a “tudo o que não vem da Europa ou dos EUA”, o bastonário da Ordem dos Médicos não hesitou em lembrar que “a Rússia tem investigação ao mais alto nível e investigadores dos melhores a nível mundial; portanto têm capacidade para produzir uma vacina de qualidade e avaliar a sua introdução no mercado”. Para resolver a crise sanitária, Miguel Guimarães não tem dúvidas de que teremos que continuar a aplicar todas as normas de higiene e afastamento social, mas também fazer a vacinação: “Quanto mais depressa atingirmos a imunidade de grupo mais depressa vamos conseguir estabilizar a luta contra o vírus”, portanto todas as vacinas que nos ajudem nesse processo serão bem-vindas. Até porque, alerta o bastonário, “um processo de vacinação para ser eficaz tem que ser rápido” porque, se se estender para além de setembro o que acontecerá é que a imunidade dos primeiros vacinados poderá já estar comprometida, facto sobre o qual ainda não há quaisquer certezas científicas. O que há certeza é que, para termos imunidade de grupo e começarmos a ter proteção individual em resultado da vacinação, “temos que vacinar rapidamente, o máximo de pessoas possível”; Para isso temos que “simplificar

processos para que a operacionalização no terreno seja mais rápida”. Sobre como prosseguir com o processo de vacinação, Miguel Guimarães considera que o melhor processo é fazer por idades: “a codificação das doenças em Portugal tem muitas falhas”, por isso defende que se simplifique e que se comece a vacinar dos mais velhos para os mais novos, isto é, começando nos potencialmente mais frágeis. O que é “essencial para o nosso país é termos um plano de vacinação bem estruturado e a funcionar rapidamente, com a vacina que estiver disponível”. Sim, porque, não hesita em classificar como sendo “a melhor vacina que existe” “a que esteja disponível: seja a da Pfizer, a da AstraZeneca ou a Sputnik, etc.”...

Já sobre a possibilidade de um tratamento Roberto Roncon lembrou que é sempre melhor prevenir. Um tratamento farmacológico não é, neste contexto, preferível a uma vacina, lamentando o aproveitamento político de fármacos como a hidroxicloroquina, que, ao serem recomendados de forma profilática, e indicados como “medicamento milagroso” para a COVID-19, deixaram potencialmente sem tratamento doentes com doenças auto-imunes a quem efetivamente esse fármaco era indicado.

No final do programa, tempo ainda para um comentário ao anúncio de investimento de 12 mil milhões de euros no setor da saúde, que é considerado pelo bastonário como “positivo”, nomeadamente porque demonstra que “os governos a nível internacional perceberam a importância da saúde na economia e noutras áreas de intervenção social”, reconhecendo a necessidade de “serviços públicos fortes”. “Portugal tem um bom serviço público de saúde, mas pode melhorá-lo”, instou, fazendo a apologia do investimento nas carreiras e na motivação dos recursos humanos. “As pessoas têm que deixar de ser tratadas como escravos do sistema, em Portugal, mas também na Europa”.

VÍTOR NEVES

Falta aposta política na prevenção: Morrem 12 pessoas por dia de cancro do intestino

ENTREVISTA : PAULA FORTUNATO

No último ano, seguindo as instruções da tutela, o SNS parece ter esquecido que existem doentes com outras patologias, uma situação da qual a Europacolon reclama desde o início do verão de 2020. Vítor Neves não hesita em referir que o recurso a uma telemedicina “arcaica” não serve os interesses dos doentes. Apesar de tudo, reconhece à pandemia o mérito de ter demonstrado sem margem para dúvida que a saúde tem que ser o centro de todas as políticas. Mas não é por confiar em promessas que prossegue neste trabalho voluntário, porque, ironiza, “vai esperando sentado” que a prevenção e a saúde se transformem de facto em opções políticas prioritárias, num país onde a luta contra o cancro do intestino se gere por impulsos e boas vontades. Em março, mês da luta contra o cancro do intestino, a Europacolon lança um projeto de apoio em cuidados paliativos, mas Vítor Neves resume-nos muitos outros projetos em curso de uma associação que se recusa a parar enquanto os doentes precisarem do seu apoio.

> Há anos que ouvimos promessas de sucessivos governos de que a saúde é uma prioridade... Ainda acredita ou, às vezes, apetece-lhe desistir?

Às vezes todos temos vontade de desistir. Mas não é a esperança nas promessas que nos dá forças. O que nos ajuda a não desistir é a certeza de que os doentes precisam de nós.

> A pandemia ajudou ou piorou a noção de prioridade?

Acho que veio ajudar: é uma pandemia horrível que nos massacra há um ano - e que não vai parar já - mas que proporciona alguns fatores positivos como por exemplo demonstrar aos políticos que, se ainda tinham dúvidas, agora sabem que a saúde tem que ser prioritária. Acho que ficou provado que um vírus pode ser tão nefasto para a humanidade como uma bomba, seja em termos de saúde seja da própria economia. Acredito que os políticos - mesmo os nossos - terão agora mais dificuldade em negar a centralidade da saúde. E, se se esquecerem, cá estaremos nós para lhes lembrar pois esse é um dos papéis das associações de doentes.

> Com a pandemia, o medo das pessoas se dirigirem aos hospitais e aos centros de saúde prejudicou, além dos diagnósticos, os tratamentos... O que falhou e como é que se poderia ter evitado esse medo?

Estamos precisamente neste momento a trabalhar para que as pessoas percebam que é seguro realizarem os seus tratamentos hospitalares. Alguns doentes oncológicos optaram por ficar em casa e

Vítor Neves

Presidente executivo da Europacoln Portugal – Associação de Apoio a Doentes com Cancro Digestivo, desde 2007; membro da direção da DICE – Digestive Cancer Europe; Membro da Comissão de Ética e de Conduta Responsável na Investigação do I3S/Ipatimup; Membro fundador do World Pancreatic Cancer Coalition, EUA e da Pancreatic Cancer Europe, Reino Unido.

muitos morreram em casa, depois de interromperem tratamentos. O medo estava a diluir-se, mas regressou nesta última fase de recrudescimento da pandemia. Se me pergunta o que falhou neste contexto, eu diria que faltou uma comunicação eficaz.

> Mas tem havido muita comunicação...

Sim, há até comunicação a mais e muita dela menos competente. Hoje em dia, em qualquer canal de televisão qualquer político ou até jogador de futebol fala da pandemia. A comunicação de um assunto tão grave devia ficar para os especialistas em saúde, porque é disso que estamos a falar. A comunicação devia ter sido mais competente e definida com objetivos científicos e não, como foi, essencialmente com objetivos políticos.

> E tivemos o SNS e o país exclusivamente dedicados à COVID...

Sim, a dedicação quase a 100% ao combate à pandemia de hospitais, mas também dos centros de saúde, foi muito prejudicial.

> Presumo que é no diálogo com o médico de família que nasce muitas vezes o alerta e a indicação para um rastreio.

Grande parte é de facto assim. Não havendo esse espaço – os cuidados de saúde primários – onde os doentes possam evidenciar os seus sintomas, não existe a referência às especialidades para darem continuidade ao despiste e avaliação de queixas. Muitos diagnósticos ficaram por fazer.

> Na área de atuação da Europacoln - acompanhamento dos doentes de todas as doenças digestivas – quais os dados mais preocupantes?

Em 2019 tínhamos 17 mil novos casos por ano em Portugal o que originava 10 mil mortos de cancro digestivo. Agora temos redução de diagnósticos. A COVID é importante, mas os números da mortalidade dos doentes oncológicos - mesmo fora da pandemia - eram já muito alarmantes. Com o que está a acontecer desde março de 2020, daqui a 2 ou 3 anos vamos ter as consequências dramáticas do não acompanhamento regular dos doentes oncológicos e da falta de acesso aos cuidados de saúde primários com menor taxa de diagnóstico precoce.

> O diagnóstico precoce é um dos fatores que traz mais benefícios?

Sem dúvida. Uma das doenças que acompanhamos é o cancro do intestino, o cancro colorretal,

A COVID é importante, mas os números da mortalidade dos doentes oncológicos - mesmo fora da pandemia - eram já muito alarmantes. (...) daqui a 2 ou 3 anos vamos ter as consequências dramáticas do não acompanhamento regular dos doentes oncológicos.

que tem um rastreio de base populacional, que é o que tem melhor relação de custo/benefício pois, quase sem investimento financeiro, conseguimos obter excelentes resultados. Especificamente nesta patologia, a incidência eram 10 mil novos casos por ano com uma mortalidade de cerca de 4.400 pessoas.

> Mas os benefícios do rastreio estão mais que comprovados, correto?

Estão absolutamente comprovados na Holanda, Eslovénia e Catalunha, por exemplo, locais onde está implementado esse rastreio provou-se que 50% dos casos eram estabilizados. Com idêntica redução de mortalidade e sofrimento, portanto, sem metade dos custos sociais. E os Estados poupam milhões de euros! Porque, sem rastreio, os doentes diagnosticados mais tardiamente acabam por ser tratados com cirurgias, radioterapias, etc.

> Se existe, funciona e tem resultados, não era só implementar?

Claro! A Europacolón anda a falar da necessidade de haver rastreio de base populacional desde 2007, como há na Europa em quase todos os países. Desde 2017 conseguimos que aceitassem implementar, mas tem sido com interrupções e não chega a todo o país. E só se deram alguns passos nesse sentido porque em 2009 houve uma pessoa da ARS Centro que se interessou. No Alentejo também se fez durante um ano e meio. O rastreio vive deste tipo de impulsos. Mas esta incidência e mortalidade não podem ser combatidas com impulsos pessoais e atitudes de boa vontade de determinados gestores. Tem que haver uma atitude concertada, nacional, igualitária para todas as pessoas e regiões.

> O rastreio com envio do kit para casa dos utentes, como está a ser feito, é eficaz ou os tabus prevalecem?

O melhor método de rastreio possível é a colonoscopia. Mas não temos nem especialistas nem aparelhos suficientes para fazer o rastreio de base populacional por colonoscopia... Portanto, em situações sem queixas ou alterações, a opção dos kits para pesquisa de sangue oculto nas fezes é a mais adequada. A taxa de adesão ao rastreio nos países que referi é superior a 70%; em Portugal fica nos 32%. Isto quer dizer que o envio do kit tem que ser acompanhado por uma campanha de comunicação paralela, em larga escala, que esclareça as vantagens e inconvenientes do rastreio do cancro do intestino. Ainda há muitos tabus. Veja o cancro da mama que tem imensas pessoas a dar a cara e muitas campanhas; Mas no cancro do intestino as pessoas têm menor predisposição para tratar e até para falar e os jornalistas até fogem do tema. Tem que haver uma campanha de comunicação nacional. Mas, em vez disso, vamos esperando, sentados, com mais de 4 mil pessoas a morrer por ano, o que são 12 pessoas a morrer todos os dias com cancro do intestino...

> É por esta falta de estratégia que vamos aumentando a esperança média de vida sem aumentar a qualidade desses anos...

Sim, se compararmos com o Japão onde a esperança média de vida é semelhante à nossa, a qualidade de vida mantém-se quase até ao fim. Em Portugal a qualidade de vida nos nossos últimos anos não é a melhor... E os rastreios podem evitar não só a carga de doença como a despesa. Portugal é muito bom no tratamento que é a opção mais cara; é como o Prof. Adalberto Campos Fernandes

uma vez disse: não temos um Ministério da Saúde, temos mais um Ministério da Doença. Falta a aposta política na prevenção...

> Referiu as colonoscopias. Normalmente, mesmo fora da pandemia, há atrasos na sua realização...

5 a 10% das pessoas rastreadas têm testes positivos. Não terão necessariamente todas cancro do intestino, mas será necessário que se faça uma colonoscopia total no prazo máximo de 60 dias segundo as guidelines. Mas para nós o adequado é em 3 semanas, porque facilmente se passam 3 ou 4 meses, o que, se a doença existir, é demasiado tempo. Seja para seguimento dos rastreios positivos de sangue nas fezes realizados, seja para seguimento de tratamento de doentes oncológicos, o prazo para as colonoscopias é muito diferente de região para região e ultrapassa muitas vezes um ano. Na Madeira é 2 a 4 anos...

> É preciso recuperar os exames em atraso e simultaneamente fazer os atuais. Como é que vamos conseguir?

Isso só é possível com mais instalações e mais técnicos porque um exame que demorava, por exemplo, meia hora para ser realizado, neste momento pode demorar uma hora por que os procedimentos de segurança face à COVID são superiores e demorados. Além da abertura das unidades, os tempos de espera não vão ser recuperados se não houver outra atitude e mais investimento, acompanhados da contratualização das colonoscopias também com o setor privado e social. Caso contrário, vão continuar a agravar-se.

> Como é que analisa a dicotomia doentes COVID e não-COVID?

Em março de 2020 todos nos assustamos relativamente à pandemia e entendemos que as estruturas orgânicas se tivessem concentrado em resolver um problema desconhecido, do qual não sabíamos a dimensão e que estava a pôr em causa a saúde de todos os portugueses. Entendemos isso perfeitamente e não exigimos nada. Só voltamos a este assunto em junho/julho de 2020, altura em que a Ordem dos Médicos foi o único parceiro que nos fez companhia exigindo o mesmo, com iniciativas

próprias em defesa do cuidar dos doentes não-COVID. Não estamos a falar de doenças, mas de pessoas. Demos conferências de imprensa e escrevemos a alertar para a necessidade de encontrar soluções para o que estava a acontecer ao lado da COVID. Uma realidade da qual parecia estarmos todos "distraídos". Agora o assunto está na ordem do dia com mais pessoas a falar...

> Será que tudo se vai resolver com o financiamento europeu que vamos receber?

Temos a noção que estamos a associar a eventual recuperação de tudo o que ficou por fazer e de todas as listas de espera ao financiamento que vem agora da União Europeia [a "bazuca"], além do anúncio feito em fevereiro pela presidente da Comissão sobre as verbas especiais que vêm para o Plano Europeu do Combate ao Cancro. Parece que quando esse dinheiro chegar tudo ficará resolvido, porque vão comprar-se muitos equipamentos e admitir-se mais profissionais...

> Mas sem liderança, o suporte financeiro não chega...

Nós vimos no terreno que a organização é que faz a diferença. Tivemos unidades hospitalares com a mesma dimensão e recursos, com a mesma população de referência e que tiveram resultados muito diferentes. Terá a ver com a capacidade de antecipação para prevenir o que vai acontecer. Já para não falar que estamos a ver a importância fulcral que os centros de saúde têm no controlo

Tem que haver uma mudança de mentalidade: ter centros de saúde que sejam a verdadeira linha da frente, focados na prevenção e no diagnóstico precoce.

da saúde de todos os portugueses. Tem que haver uma mudança de mentalidade: ter centros de saúde que sejam a verdadeira linha da frente, focados na prevenção e no diagnóstico precoce; proteger e prevenir para evitar que muitas pessoas cheguem às urgências. Os hospitais devem, por um lado receber na urgência os doentes agudos e, por outro, realizar as consultas de especialidade, mediante referência dos centros de saúde.

> Tal como a Ordem, tem defendido que o Ministério da Saúde devia criar uma estrutura para potenciar a recuperação dos doentes não-COVID...

Sim, devia haver uma estrutura multidisciplinar, o que chamamos de plataforma de recuperação de emergência para os doentes não-COVID, na qual se incluía o Ministério da Saúde, o Ministério da Solidariedade Social, em conjunto com o setor privado e social, as ordens profissionais, a indústria farmacêutica e as associações de doentes. Sabemos que não se resolve de um dia para o outro, mas o que estranhámos é este silêncio dos responsáveis políticos que nos aflige diariamente... E a task force anunciada em setembro pelo secretário de Estado já não vai ser criada... Mas os doentes não-COVID não são importantes?!

> Em que é que se traduz este “deixar doentes para trás”?

Os doentes – que fazem parte dos 58 mil diagnósticos que havia por ano – estão a chegar aos médicos num estadio muito mais avançado. O que significa diminuição do tempo de sobrevivência, aumento do sofrimento, aumento dos custos sociais e aumento dos custos em saúde para o país. E a resposta dos responsáveis políticos? Só ouvimos silêncio...

> Podemos referir a Operação Luz Verde como uma das coisas positivas deste último ano?

Sim, foi uma iniciativa que levou o medicamento até ao doente, em ambulatório, que chegou às farmácias comunitárias. Foi uma vantagem enorme e não só para o doente, pois libertou as farmácias hospitalares para outras tarefas. Foi um bom exemplo de como centrar o sistema nas necessidades do doente em vez de o centrar nas necessidades do

Estado. Veremos se esse projeto não é desvirtuado agora que está a ser repensado... Também tivemos dados que nos permitem antever que uma telemedicina de qualidade pode ser muito útil.

> Mas acha que a telemedicina que tem sido feita é de qualidade?

Não. O contacto médico/doente não pode resumir-se a uma chamada a não ser que seja para um follow-up muito simples. Mas temos meios digitais que, se forem utilizados adequadamente, ajudam. A telemedicina foi usada de uma forma arcaica em Portugal durante este último ano. Até a ministra disse há poucos meses que os telefones nas unidades de saúde não funcionam por que o sistema não funciona, a internet nos hospitais tem problemas gravíssimos, não há o básico, quanto mais um sistema de telemedicina. Com verdadeira telemedicina só conheço um sistema instalado e é no setor privado.

> Que dúvidas apresentam os doentes à Europacolon?

Às vezes o doente recorre a nós para colocar as dúvidas que não colocou ao médico... É importante que o doente conheça até os efeitos colaterais dos tratamentos propostos pois alguns são tão acentuados que, mesmo comparativamente com outro tratamento em que a sobrevivência seja menor, o doente pode preferir o tratamento que lhe dê melhor qualidade de vida. Claro que muitos médicos já potenciam esse diálogo.

> Concorda que a proximidade física também pode ser o fator chave nesse diálogo?

É algo que faz toda a diferença. Como exemplo disso, recordo uma visita a um centro de saúde para a qual fui convidado pelo Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos e onde os jovens médicos da unidade nos mostraram como organizam o espaço físico do gabinete de consulta precisamente para eliminar a barreira física...

> Foi numa visita à Unidade de Saúde Familiar da Baixa para assinalar o Dia Mundial do Doente...

Exato. Foi lá que vi pela primeira vez esse cuidado em arrumar o espaço de forma a evitar que o ecrã

Os rastreios podem evitar não só a carga de doença como a despesa. Portugal é muito bom no tratamento que é a opção mais cara; (...) não temos um Ministério da Saúde, temos mais um Ministério da Doença.

do computador fique a bloquear o olhar entre médico e doente.

> Março é o mês da luta contra o cancro do intestino. Como vão assinalar a efeméride?

Este mês vamos ter muitas atividades, nomeadamente a implementação pela primeira vez de um rastreio regional na Madeira, em colaboração com o SESARAM e outros parceiros que acolheram muito bem a iniciativa, com entrega de kits gratuitos. Vamos ter uma iniciativa semelhante no continente, com implementação de um rastreio oportunístico em centenas de farmácias por todo o país e iremos divulgar no nosso site as datas e locais.

Teremos um webinar com a presença da vice-presidente da Comissão de Saúde do Parlamento Europeu, Sara Cerdas, com Infarmed e outras associações de doentes onde vamos abordar o que vai ser o futuro...

Vamos lançar a comunidade dos tumores neuroendócrinos, pequena área que representa cerca de 200 doentes por ano em Portugal, que teoricamente tem um melhor prognóstico de sobrevivência, mas em que há muitas vezes dificuldade no acesso à medicina nuclear. Vamos juntar os especialistas num ambiente digital para ver como podemos agilizar esta aproximação a todos os tratamentos em tempo oportuno. Também vamos ter uma linha especial para ajuda à população na preparação das colonoscopias, que ainda é uma área tabu. E temos o projeto principal que é na área de cuidados paliativos.

> Pode me falar um pouco desse projeto de apoio ao doente com cancro colorretal metastático em intervenção de cuidados paliativos?

Esse é mais um resultado da pandemia: as camas em cuidados paliativos que já eram poucas, não aumentaram e ainda por cima houve recursos humanos desviados para a COVID e médicos infetados



que tiveram que parar temporariamente de trabalhar. Tudo isso diminuiu a resposta em cuidados paliativos que já era insuficiente. Tendo em conta que é uma área muito humanizante que vai muito ao encontro da dignidade do doente e da sua família, fizemos uma candidatura intervencional e foi-nos atribuído o primeiro prémio, o que nos permite implementar o projeto. Vai ser na zona norte do país em Bragança, Vila Real, Braga e Viana do Castelo e visa acompanhar os doentes em regime de cuidados paliativos que não estejam internados e que não tenham seguimento regular em casa. Serão referenciados para nós pelos centros de saúde e durante 3 meses faremos visitas periódicas com consultas de psicologia, oncologia, nutrição, assistente social e voluntariado. Iremos englobar 30 doentes e por cada doente 2 familiares ou cuidadores. O projeto é totalmente gratuito como todas as atividades que realizamos para a população.

> O objetivo é a capacitação?

Sim, visamos atribuir-lhes mais conhecimentos, mais habilidades e orientação para lidar com a doença para que se sintam mais preparados para receber e prestar cuidados, e para que familiares e cuidadores possam auxiliar o doente nas tomadas de decisão e fornecer apoio emocional, conforto e dignidade na aproximação de fim de vida. Quere-

EUROPACOLON EM ANO DE PANDEMIA

A associação começou em 2006 a apoiar doentes, familiares e cuidadores no contexto das doenças digestivas. A pandemia impediu a realização de ações presenciais de sensibilização nas escolas - que normalmente envolvem professores, pais e alunos, e em que se coloca a tónica na alimentação saudável, com inclusão de atividades relacionadas com nutrição e psicologia. E temos grupos de apoio monitorizados por psicólogo para as pessoas que vivem com um estoma, que é uma mutilação física e psicológica muito perturbadora, atividade que tivemos que suspender. É muito importante as pessoas trocarem informação sobre a sua experiência, até na área da sexualidade". A associação disponibiliza um serviço segunda opinião clínica e faz muitas atividades de sensibilização e explicação dos exames, desmistificando as questões da dor ou os aspetos invasivos das colonoscopias, que neste ano migraram para modelos online. "O que infelizmente interrompemos foram as ações de fund raising, como o peditério nacional que está cancelado há 2 anos", situação complexa pois não há nenhum apoio institucional.

mos também que consigam interagir melhor com os serviços de saúde. O objetivo último será reduzir a taxa de reinternamentos e melhorar o estado emocional dos doentes, cuidadores e familiares. O que queremos é ajudar a unidade doente-família-cuidador a compreender que a esperança é ter dignidade e estar vivo até ao fim do seu último dia. É neste sentido que tentamos construir este projeto.

> Acolhem uma questão muito importante: os cuidadores cuja carga emocional é muitas vezes ignorada, mas que têm que ser capacitados para saberem cuidar melhor e para saberem cuidar de si...

Precisamente. Estamos a participar no movimento "Cuidar de quem cuida" que nesta fase está a

fazer um questionário aos cuidadores para alinhar a lista de necessidades que queremos entregar a quem decide.

> Já há um estatuto do cuidador informal, embora a funcionalidade seja discutível...

Há um estatuto, mas não há conhecimento do que é ser um cuidador, cuidar de uma pessoa - filho, mulher ou outro - sem o mínimo de apoio. Os cuidadores não pedem grandes ajudas. Muitas vezes, queriam apenas uma manhã ou uma tarde por semana em que pudessem ir cortar o cabelo ou tomar um café.

> Sim, o que faz um cuidador quando tem que ir por exemplo à farmácia?

Tem toda a razão. Mas essa é uma realidade que só tem a noção quem passa pelas situações. Ninguém pensa nisso. Apenas pensam: a pessoa doente está em casa e o cuidador trata dela. Já para não falar daqueles que por razões de sobrevivência económica não podem ficar a cuidar. Mas os que ficam, como é que fazem o básico? E se, enquanto vão comprar o pão, a pessoa cai da cama? Há aqui vidas que deixam de existir, pessoas que se tornam cuidadores e abdicam da vida profissional, pessoal, social... E não há o mínimo de apoio financeiro ou logístico? Não há ninguém que os substitua por um momento?

> Nunca ninguém pensa se essas pessoas - os cuidadores - têm quem os substitua, por exemplo, para fazer uma semana de férias...

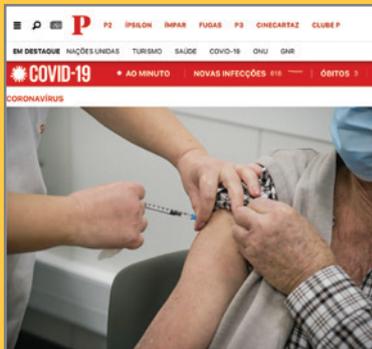
Em Inglaterra existe essa possibilidade: chama-se "respite care". Mais uma vez era só copiar o sistema. Se não o fazemos, o que vai acontecer é que o cuidador vai entrar em burnout antes do doente e o resultado será mais internamentos hospitalares por motivos sociais. É isso que ocupa, se calhar, metade das camas dos nossos hospitais. Mais do que criticarmos temos que dar alternativas.



ORDEM COORDENA VACINAÇÃO DE MAIS DE 4 MIL MÉDICOS QUE ESTÃO FORA DO SNS



<https://www.publico.pt/2021/03/07/sociedade/noticia/ordem-coordena-vacinao-4-mil-medicos-estao-sns-1953302>



PERITOS RECOMENDAM QUE VACINAÇÃO SE ESTENDA À POPULAÇÃO ACIMA DOS 40 ANOS



https://www.rtp.pt/noticias/pais/peritos-recomendam-que-vacinao-se-estenda-a-populacao-acima-dos-40-anos_v1306628



EUTANÁSIA: ORDEM DOS MÉDICOS CONSIDERA DECISÃO DO TRIBUNAL CONSTITUCIONAL CORRETA



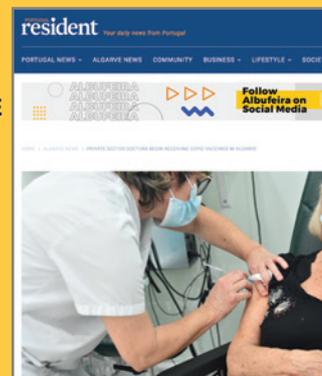
<https://www.noticiasde-coimbra.pt/eutanasia-ordem-dos-medicos-considera-decisao-do-tribunal-constitucional-correta/>



PRIVATE SECTOR DOCTORS BEGIN RECEIVING COVID VACCINES IN ALGARVE



<https://www.portugales-ident.com/private-sector-doctors-begin-receiving-covid-vaccines-in-algarve/>



"NÃO PODEMOS PERGUNTAR 'QUE VACINA QUER?'. NÃO HÁ VACINAS SUFICIENTES PARA DAR OPÇÃO DE ESCOLHA"



<https://observador.pt/programas/resposta-pronta/nao-podemos-perguntar-que-vacina-quer-nao-ha-vacinas-suficientes-disponiveis-para-dar-opcao-de-escolha/>



BASTONÁRIO DOS MÉDICOS DEFENDE IDADE COMO CRITÉRIO PREDOMINANTE DE VACINAÇÃO



<https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/bastonario-dos-medicos-defende-idade-como-criterio-predominante-de-vacinao-13454442.html>



ORDEM DOS MÉDICOS REAFIRMA QUE A VACINAÇÃO É SEGURA



<https://expresso.pt/sociedade/2021-03-17-Covid-19-Ordem-dos-Medicos-reafirma-que-a-vacinao-e-segura-402453b3>

MIGUEL GUIMARÃES: "PRECISAMOS NESTE MOMENTO DE ACREDITAR NO PLANO DE VACINAÇÃO"



<https://tvi24.iol.pt/videos/sociedade/miguel-guimaraes-nos-precisamos-neste-momento-de-acreditar-no-plano-de-vacinao/60509e5c0cf26952d6bb273b>



VACINAR POR DOENÇA NÃO É EFICAZ: ORDEM DOS MÉDICOS DIZ QUE É PRECISO SIMPLIFICAR O PROCESSO DE VACINAÇÃO

<https://expresso.pt/coronavirus/2021-03-13-Vacinar-por-doenca-nao-e-eficaz-Ordem-dos-Medicos-diz-que-e-preciso-simplificar-o-processo-de-vacinao-e-propoe-um-criterio---a-idade>



O impacto da pandemia COVID-19 na Investigação Biomédica

Uma nova (e pior) realidade

SUSANA OLIVEIRA HENRIQUES | Biblioteca Central/Centro de Documentação e Informação, FMUL

ANTÓNIO VAZ CARNEIRO | Instituto de Saúde Baseada na Evidência, FMUL

A pandemia COVID-19 representa um desafio sem precedentes para a humanidade e para a ciência. O estudo do vírus SARS-CoV-2 e da doença COVID-19 atingiu dimensões nunca antes verificadas para uma doença individual, envolvendo o maior financiamento para investigação de que há memória. Em poucos meses, a comunidade científica mobilizou-se num esforço coletivo na procura de soluções de tratamento e prevenção, dando origem a um fenómeno recentemente descrito por Ed Yong no *The Atlantic* (dezembro 2020), como “*COVID-ized science*”. Embora reconheçam a necessidade e os benefícios deste investimento, os autores deixam um alerta para o impacto negativo que a concentração quase exclusiva de recursos financeiros, tecnológicos e humanos na investigação COVID-19 poderá ter noutras áreas igualmente críticas, entretanto desaceleradas ou abandonadas.

O problema

Esta alteração de paradigma está patente na partilha rápida de resultados de investigação e no constante aumento da produção científica sobre a COVID-19.

Entre 1 de janeiro de 2020 e 2 de abril de 2021, foram disponibilizados mais de 115,000 estudos sobre COVID-19 na plataforma LitCovid – PubMed (Fig.1). Eric Rubin, editor chefe do *New England Journal of Medicine* (NEJM) refere que, até setembro de 2020 inclusive, foram submetidos mais 16,000 estudos para publicação do que em todo o ano de 2019. Este aumento corresponde apenas a submissões sobre SARS-CoV-2 / COVID-19. Situação idêntica verificou-se na maioria das revistas biomédicas, que se viram obrigadas a reajustar

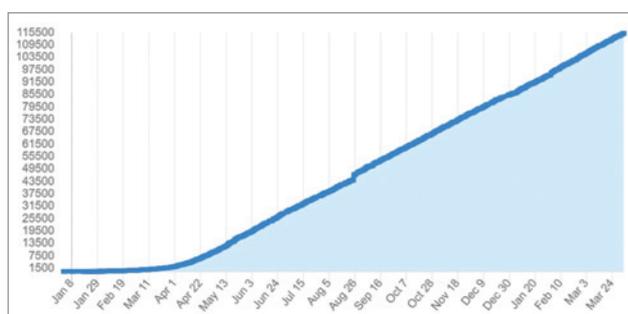


Fig. 1 – Crescimento cumulativo artigos COVID-19 (janeiro 2020 – março 2021).

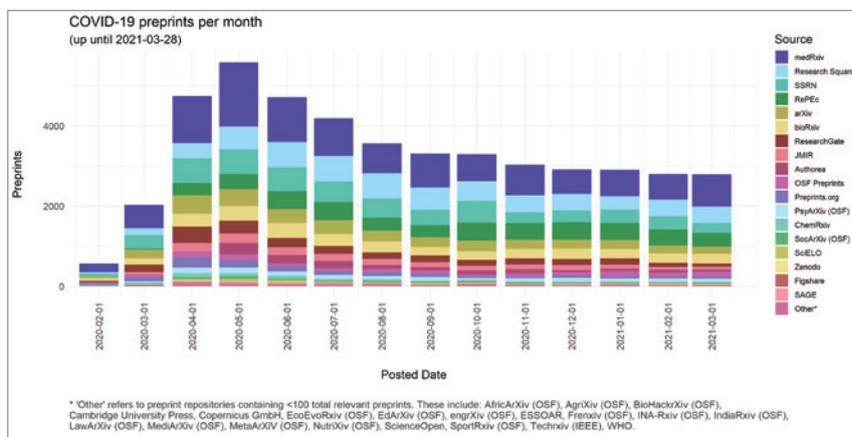
Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/research/coronavirus/faq>

processos e políticas editoriais para responder às pressões para publicação.

A 27 de abril de 2020, a OASPA - *Open Access Scholarly Publishing Association*, promoveu a *COVID-19 Publishers Open Letter of Intent – Rapid Review*. Num esforço conjunto, grupos editoriais, revisores e autores assumem o compromisso de maximizar a eficiência da revisão pelos pares, garantindo que os principais trabalhos relacionados com COVID-19 sejam revistos e publicados com maior rapidez e em acesso aberto. Este esforço aparece no contexto de, em média, o tempo decorrido entre submissão e publicação, ter já diminuído cerca de 49% comparativamente com a publicação não COVID-19. Esta diminuição resulta essencialmente da adoção da revisão rápida.

Outro fenómeno, também relacionado com a pandemia, é o aumento da adesão aos repositórios de *preprints* pela comunidade biomédica. Até 28 de março de 2021, foram disponibilizados 14,576 *preprints* nos dois maiores servidores para investigação biomédica: 11,295 (77,49%) no medRxiv e 3,281 (22,51%) no bioRxiv. A estes, juntam-se outros repositórios com *preprints* COVID-19 (Fig.2).

Fig. 2 - Preprints COVID-19 (fevereiro 2020 – março 2021)
 Fonte: https://github.com/nicholasm-fraser/covid19_preprints



O esforço feito na investigação e disponibilização rápida e em acesso aberto dos resultados é louvável e essencial para travar a pandemia. No entanto, à quantidade de estudos publicados, nem sempre se associa a qualidade. A maioria das publicações não apresenta dados originais e quando apresenta, o risco de viés está patente, por exemplo, na dimensão das amostras (habitualmente modestas). Num estudo recente publicado na revista PLOS One (2020 Nov 5), para aferir a qualidade científica dos artigos COVID-19 publicados nas três principais revistas biomédicas – NEJM, JAMA e Lancet, os autores concluem que, em comparação com os artigos não COVID-19 publicados no mesmo período, a qualidade da evidência científica está abaixo da média das três revistas. Alertam também para o impacto negativo que a combinação entre urgência clínico/epidemiológica, evidência fraca, acesso fácil a publicações não revistas pelos pares e pressão social, pode ter tido na tomada de decisão, resultando em políticas de saúde pública inadequadas e aplicação errada dos dados à prática clínica.

O futuro

Prevê-se que os números continuem a crescer, potenciando o desequilíbrio na investigação COVID-19 vs não COVID-19. Dados preliminares de um estudo sobre o impacto da pandemia na investigação em ciências da saúde (arXiv:2102.00497), evidenciam que a investigação COVID-19 efetivamente se sobrepôs a outras, com queda significativa nos ensaios clínicos (uma diminuição de mais de 85% nos últimos 12 meses!) e acentuada redução no apoio financeiro à investigação não COVID. Os autores alertam para a necessidade de uma intervenção política urgente e direcionada para reativar a pesquisa biomédica em áreas que foram negligenciadas pela emergência da COVID-19 e que têm muito mais impacto na carga de doença global.

Conclusões

A irrupção da pandemia COVID-19 - vista como a principal ameaça à saúde global - provocou uma disponibilização inédita de financiamento para investigação científica de uma única patologia.

Juntamente com o impacto devastador sobre outras áreas clínicas – cardiovascular, oncológica, respiratória, neurológica, etc., em que a esmagadora maioria dos ensaios clínicos foi suspensa e o financiamento foi desviado, verificou-se uma transposição de grupos de investigadores para a COVID-19. Esta alteração do funcionamento de grupos e laboratórios (que anteriormente se dedicavam a outras áreas) para a COVID-19 fez-se não apenas à custa de especialistas de infecologia por exemplo, mas também de especialistas em cardiologia, oncologia, reumatologia, etc., que passaram a investigar exclusivamente o SARS-CoV-2. Um questionário aplicado a 2.500 investigadores americanos, europeus e canadianos, revelou que cerca de um terço (!) tinha recentrado toda a sua investigação para a pandemia. Um caso paradigmático é o da investigadora americana Jennifer Doudna que encerrou o seu laboratório onde fazia investigação genética sobre CRISP, um instrumento de edição genética que lhe tinha dado o último prémio Nobel em outubro passado, para passar a estudar a COVID-19.

É claro que toda esta concentração de recursos teve dividendos muito importantes no controle da pandemia (de testes a vacinas, de medicamentos a modelos preditivos – para citar apenas alguns exemplos), mas deixou o mundo da investigação biomédica totalmente alterado, com consequências difíceis de prever. Uma coisa é óbvia: o abandono da investigação clínica em áreas antes consideradas prioritárias – cardiovascular e oncológica – fará com que a inovação nestas patologias sofra um revés profundo, com consequências difíceis de prever nos próximos anos.

PAULO GONÇALVES

Precisamos de um provedor para a saúde

ENTREVISTA E FOTOS : PAULA FORTUNATO

Para fazer um balanço da Operação Luz Verde, conversámos com o vice-presidente da SPEM sobre a importância que este projeto diferenciador teve para os doentes em ano de pandemia. Mas descobrimos mais: a paixão que Paulo Gonçalves tem por todos os projetos em que se envolve e como se interessa especialmente pelas áreas de valorização da pessoa, da ciência e da inovação. Entende a tecnologia como um meio para potenciar melhores relações humanas e melhores cuidados de saúde, assim como uma sustentabilidade mais consistente e quer ajudar a impulsionar projetos que coloquem o doente no centro do sistema de saúde. O registo de dados em saúde, a criação de um sistema de serviços partilhados para as associações de doentes ou a figura de um provedor da saúde, à semelhança do que foi aprovado pela Ordem dos Médicos, por proposta do bastonário, em 2019, são exemplos desse caminho que defende que deve ser traçado e no qual as associações de doentes têm que estar envolvidas *ab initio*.

> A SPEM esteve entre as associações de doentes envolvidas na organização da Operação Luz Verde. Que balanço faz?

O balanço é excelente. Os resultados do inquérito demonstraram-no: 92% de satisfação. Os restantes 8% dividem-se em 2 grupos: os que consideram que o serviço não é útil e os que não se sentem confortáveis em receber os medicamentos em casa ou na farmácia comunitária.

> Como é que interpreta esses resultados?

A Operação Luz Verde arrancou de uma forma mais organizada com a SPEM, a APDI – Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino e a organização 'MAIS PARTICIPAÇÃO melhor saúde' que inclui várias associações ligadas ao HIV. Se tivermos isso presente, creio que essencialmente o que as respostas significam é a necessidade de privacidade. Muitos doentes continuam a trabalhar e é para eles muito importante não dizer à empresa o que têm ou simplesmente não querem que as suas doenças sejam conhecidas em geral.

> Todas as pessoas têm direito à privacidade...

Claro! E as pessoas com doença crónica mais ainda, pois é um dado de saúde muito sensível. Regra geral, os profissionais de saúde têm consciência dessa necessidade.

> Quais os aspetos mais elogiados do programa?

A opção da pessoa com doença; existirem opções e a decisão final ser do doente. Porque, desde que a pessoa tenha a doença controlada, o que é feito com o médico especialista, o doente é que escolhe se acede à medicação na farmácia hospitalar, no domicílio, na farmácia co-

munitária ou noutra morada (que pode ser a do trabalho, por exemplo).

> Mas a entrega no emprego não põe em causa a privacidade?

Essa é precisamente uma das melhorias necessárias e que já recomendamos ao Infarmed: não pode haver identificação da medicação no exterior da caixa. A não identificação dos medicamentos é essencial e quem entrega não tem que saber o que está dentro da caixa, muito menos abri-la. Tem um código de barras que lhe dá a informação de que precisa, nada mais.

> Que tipo de informação será relevante incluir?

A única particularidade que tem que ser garantida para alguns medicamentos é a cadeia de frio. Isso faz-se mediante a leitura do identificador. Mas não é preciso saber o conteúdo que estamos a refrigerar, pode ser uma caixa de bombons.

> Tiveram relatos de situações em que a privacidade não foi respeitada?

Sim, houve situações em que a caixa do medicamento foi aberta. Uma porque o código de barras não estava legível, outras porque nem sequer tinha sido colocado. Temos que proteger o doente dessas falhas.

> A medicação de proximidade deveria ser uma possibilidade permanente?

Claro que sim. Nomeadamente porque evita que as pessoas tenham que faltar ao trabalho para ir ao hospital.

> Tocou numa das maiores vantagens: em termos de deslocações a dispensa na farmácia hospitalar pode ser muito consumidora de tempo...

Um estudo do CEFAR/INFOSAÚDE/ANF demonstrou que, em média, o cidadão percorre 101 km para levantar a medicação. Tivemos situações de hospitais que só queriam fazer o serviço para pessoas com dificuldades económicas mas esses são dados irrelevantes a que os hospitais não têm direito, além de que não estão a acautelar a questão das ausências ao trabalho que representam custos elevados para as famílias, conforme demonstra esse estudo.

> Como doente crónico sentiu-se alguma vez central ao sistema?

O paradigma é exatamente esse: o sistema não está a



Paulo Gonçalves,
vice-presidente da SPEM – Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla

facilitar a vida aos doentes. O que acontece é que os profissionais de saúde acham que aqueles doentes são seus, mas não são. Algumas associações de doentes também acham que os doentes são deles. Mas não é assim! Os doentes são deles próprios.

> Mas eu, como doente, tenho “o meu médico”...

Claro! Mas isso é um sentimento pessoal, não é um sentimento institucional. O sentimento institucional é que tem que ser melhorado porque a partir do momento em que um hospital ou uma farmácia hospitalar defina os doentes como “seus”, temos situações em que não serão 10 km mas 600 km e vamos continuar a dificultar a vida aos “nossos” doentes sem lhes dar opções.

> Com custos pessoais e sociais elevados...

Sim, desde o exemplo mais ridículo de que tive conhecimento durante a pandemia que foi uma pessoa que



para fazer o teste à COVID fez duas viagens de ida e volta de Beja ao Hospital de Setúbal e que só não foi lá uma terceira vez porque ao menos recebeu o resultado por SMS. Mas há pior! Há pessoas que perdem o emprego por ausências forçadas para levantar a medicação. Uma pessoa com uma doença crónica tem a medicação gratuita no hospital, mas não levamos em conta as despesas de transportes. Há um peso enorme para o doente e a sua família.

> Pode falar-nos da sua experiência como doente?

Embora não tenha dificuldades de transporte ou de horários, há alguns constrangimentos inerentes à doença como sejam o facto de ter fadiga crónica que me impede de estar muito tempo sentado num mesmo local. Ora uma ida ao hospital para pedir as receitas à unidade de Neurologia, mesmo chegando cedo, demorava pelo menos uma hora; depois a ida à farmácia é mais ou menos o mesmo. Ficar numa sala de espera com 2 grupos, os que vão para as análises clínicas e os doentes que vão levantar medicação, em tempo de pandemia é uma mistura no mínimo 'interessante'. Mas numa doença como a esclerose múltipla com a fadiga crónica em, que mesmo com senha de prioridade, nunca consegui demorar menos de 40 minutos na farmácia... Antes de ter a possibilidade de escolher, gastava quase uma manhã e há pessoas que levam um dia inteiro.

> O que seria fundamental melhorar?

A celeridade, a opção do doente e, em qualquer dos casos, o respeito pelas condições de transporte do medicamento (além das embalagens abertas, a quebra da

cadeia de frio foi uma das críticas que mais vezes nos foi reportada). Tem que haver um procedimento que seja seguido à risca e que não implique tempos de espera que levem o gelo a derreter, por exemplo.

> A SPEM colidira as associações de doentes que colaboram com o grupo de trabalho - do qual foram excluídas a OM e a OF - liderado pelo Infarmed sobre medicação de proximidade. Como está esse processo?

O grupo só inclui academia, hospitais e farmácias hospitalares. As associações também foram excluídas, mas fizeram questão de participar com a sua avaliação. A 5 de janeiro acabava o prazo para divulgar o relatório e a 6 perguntamos pelo processo. O Dr. António Faria Vaz (vice-presidente do Infarmed) reuniu connosco, sublinhando que – e estou a citá-lo - “as associações de doentes fizeram o trabalho de fundo mais organizado de contribuição para o grupo de trabalho. O atraso deve-se a algumas instituições que consideramos importantes participarem e que pediram prorrogação do prazo”. Estamos em março e ainda estamos à espera. Mas consideramos incontornáveis algumas das recomendações que fizemos ao Infarmed: manter a opção do utente, ter forma de medir quanto é que o Estado vai poupar e manter a avaliação pelos doentes.

> Já há uma mentalidade de pensar além dos ciclos políticos?

Não. Temos que olhar a dez anos, mas isso não acontece. Acho que a palavra planeamento nem sequer faz parte do nosso dicionário...

> Tem refletido sobre o “sistema nacional de dados em saúde”. Pode falar-nos desse projeto?

Começamos em junho de 2019 a estudar este tema. O registo de dados em saúde é necessário para colocar o doente no centro do sistema, pôr o sistema em conformidade com o RGPD e garantir que é possível contribuir a nível nacional para a investigação científica, trabalhando num modelo que nos permita ter um sistema mais sustentável. A informação do doente não pode estar na SPEM ou noutra associação, deve estar num local assegurado pelo Estado e tendo sempre em conta se o doente aceita conscientemente autorizar o acesso aos seus dados. É um trabalho que estamos a desenvolver com a Universidade do Porto, a AICIB – Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica e com o ISBE – Instituto de Saúde Baseada na Evidência.

> Por vezes, as associações de doentes também se esquecem de pôr os doentes no centro do seu sistema...

Não tenha dúvidas... Até se esquecem de perguntar aos associados o que é que eles querem. Ficam presas no conceito dos "nossos" doentes...

> O que o motiva a fazer este trabalho voluntário?

Devolver o que a sociedade me deu, ajudando a melhorar e transformar processos e organizações para serem mais eficientes, espírito que trouxe para a SPEM. Quando chegámos à SPEM tínhamos dívidas, processos e tecnologia obsoletos e uma equipa desmotivada. O início da mudança de mentalidade passou por explicar aos funcionários que mais importantes que a direção são os doentes, os cuidadores e os familiares, que é por eles que existimos. E eles são cruciais para isso. Temos o sonho de sermos a melhor IPSS para se trabalhar em Portugal...

> Mas outras associações terão dimensão e estrutura diferentes...

Verdade. Por isso é que precisamos de um modelo em que possamos ter uma agregação das associações para que sejam viáveis. Uma espécie de serviços partilhados das associações de doentes, com uma empresa social que preste serviços contabilístico, jurídico, ou atendimento telefónico onde se responda a perguntas frequentes, transversais e se encaminhem apenas os assuntos específicos de uma determinada doença. É um custo fixo em todas as associações que desapareceria.

> Se pudesse escolher três áreas para investir o dinheiro do financiamento europeu, quais seriam?

Organização, incluindo o registo pessoal de dados em saúde; Humanização, olhando para a pessoa que precisa de cuidados no seu contexto psico-socio-económico em vez de nos focarmos no sistema; E ter métricas para trabalhar sobre resultados em saúde de forma transparente.

> Refere-se a métricas numéricas ou a valor para o doente?

Valor em saúde. Um exemplo de atos que não se traduzem em valor são os milhões de teleconsultas (sob a forma de telefonema) que se fizeram em 2020. Isso não são consultas... Queremos métricas que meçam valor e melhoria da qualidade. E registo de tempos de resposta que permitam soluções, nem que seja dar ao doente o direito de ir a outra instituição.

SPEM EM ANO DE PANDEMIA

"Em 2020 mantivemos a atividade e conseguimos até melhorar alguns aspetos pois provamos que valia a pena fazer acordos plurianuais com a indústria farmacêutica. Levamos a proposta à reunião internacional, foi aprovada e isso permitiu-nos desenvolver a nossa estratégia com tempo, juntando num protocolo escrito três associações de esclerose múltipla e 5 empresas da indústria. Começámos no dia mundial da esclerose múltipla, a 30 de maio, um programa que durou 12 meses, com uma campanha itinerante para divulgação de 12 sintomas invisíveis da esclerose múltipla, que quisemos que passasse por 12 distritos, incluindo Açores. Tudo transparente em termos de orçamento. Mas em vez de nos cingirmos ao dia 30, quisemos estender a efeméride a todo o mês de maio. Fizemos tudo por zoom: concertos, recolha de fundos, cantares alentejanos, etc. Tudo graças aos contributos das delegações que são muito importantes para a nossa atividade", resume quando lhe pedimos que nos fale da atividade em ano de pandemia.

> Por iniciativa do atual bastonário, a Ordem dos Médicos aprovou, no final de 2019, a criação de um órgão independente – um Provedor da Saúde. Acha que essa seria uma solução para muitos dos problemas de que estivemos a falar?

Confesso que desconhecia, mas fico contente, claro. Precisamos decididamente de um provedor do doente, semelhante ao provedor de justiça. Não é um gabinete, é uma figura a nível nacional para fiscalizar regras e equidade que facilitem a circulação do doente no sistema. Por exemplo, alguns hospitais e centros de saúde têm um email único que recebe todos os contactos e distribui. Somos um país ou não?! Temos que ter uma regra que se aplique a todos. Esta é uma ideia que temos discutido com a APAH.



número geral
da SPEM
218 650 480

Burocracia

TEXTO: PAULA FORTUNATO

impede médicos voluntários de apoiar o SNS

Apesar de milhares de médicos se terem voluntariado na sequência da iniciativa do bastonário da OM e mesmo com centenas a enviarem Carta Aberta com a intenção de ajudar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) a combater a pandemia, tudo o que se conseguiu foi o envio de um questionário dos SPMS para incorporar médicos voluntários no apoio à linha Saúde24... Áreas como os postos de vacinação, os inquéritos epidemiológicos ou trace COVID continuam sem usar esses voluntários. Em março de 2021, o SNS e os especialistas continuam à espera que a tutela opte por aproveitar os seus vastos conhecimentos..

Em março de 2020, o bastonário da Ordem dos Médicos lançou um apelo "ao humanismo e sentido de solidariedade" tendo obtido milhares de respostas de médicos que se disponibilizaram a apoiar o SNS. Perante a letargia das instituições, mas a contínua necessidade do país em dar resposta à luta contra a pandemia, o apelo foi renovado em novembro, mas, verificou-se que, apesar da OM ter enviado a listagem com milhares de contactos dos médicos voluntários, estes não foram contactados e muito menos incorporados no SNS. Assim, entramos em 2021 sem que tivesse havido o aproveitamento dessa força de voluntários, razão pela qual, as médicas Isabel Santos e Maria do Céu Machado, respetivamente especialistas em Medicina Geral e Familiar e Pediatria, lideraram uma iniciativa que juntou 140 médicos como signatários de uma Carta Aberta (à qual se juntaram posteriormente dezenas de outros colegas). Na carta, que dirigiram ao Presidente da República, primeiro-ministro e ministra da Saúde, os especialistas queixaram-se das barreiras burocráticas levantadas a quem se ofereceu como voluntário para ajudar o SNS, neste que é "um dos seus períodos mais exigentes de sempre".

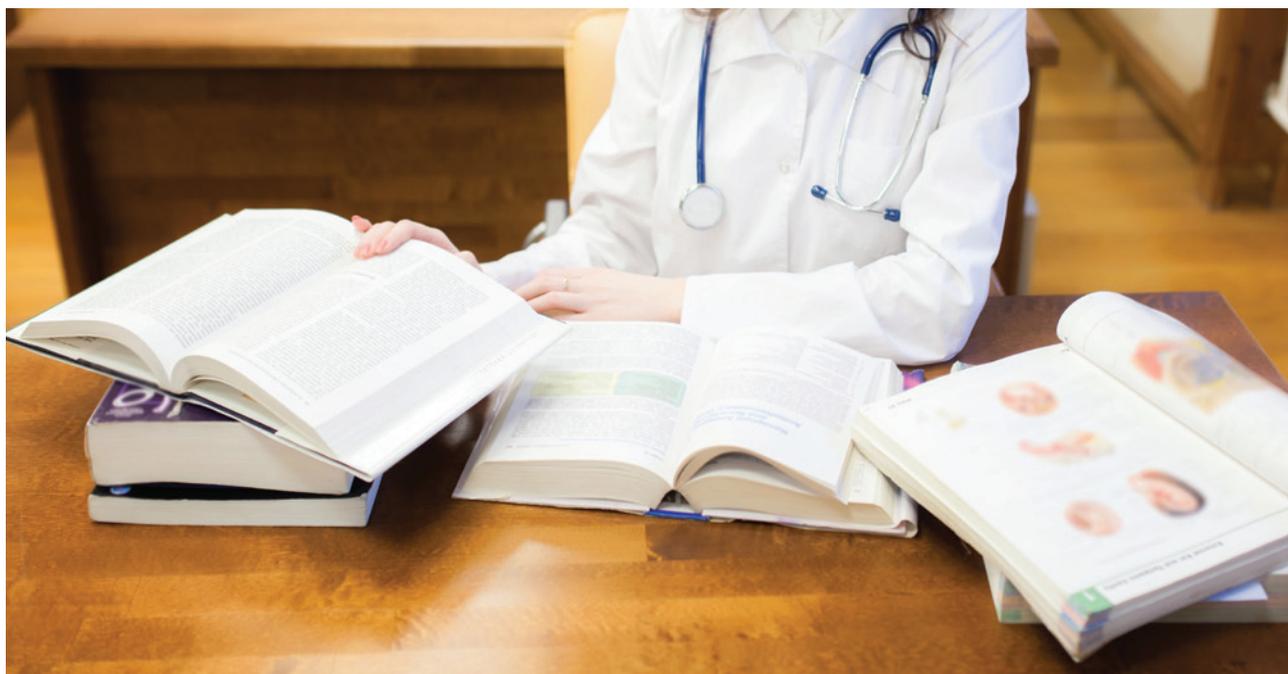
A carta lamenta que passado um ano do apelo do bastonário Miguel Guimarães, esses médicos continuem sem

ser aproveitados em benefício do SNS e dos portugueses. "Somos um conjunto de médicos, alguns reformados, mas ativos. Queremos ajudar", classificando como incompreensível que não tenham sido chamados a participar "quando os hospitais e centros de saúde começam a claudicar por cansaço" e a "saúde pública todos os dias alerta para a falta de recursos".

A vontade de participar ativamente no combate à pandemia mantém-se e, por isso mesmo, Maria do Céu Machado e Isabel Santos meteram mãos à obra e fizeram uma nova tentativa, juntando centenas de médicos e, mediante diversos contactos e inquéritos, apuraram para que áreas se disponibilizava especificamente cada médico: desde a educação para a saúde das populações, à Unidade de Saúde Pública, prescrição de testes ou postos de vacinação, no trace COVID ou para os hospitais de campanha. Os profissionais de medicina afirmavam assim a sua vontade de materializar "tudo aquilo que afirmamos no nosso Juramento de Hipócrates".

Este foi o ponto de partida através do qual se elaborou a nova lista de médicos interessados em trabalhar no SNS para debelar a pandemia, uma lista "ativa e atualizada regularmente" que incluía a informação se estavam disponíveis para trabalho remoto ou presencial. Depois desta insistência através da Carta Aberta e de alguma correspondência trocada pelas organizadoras da iniciativa com a tutela mas também com as sete ARSs com o intuito de ajudar a organizar os voluntários, temos conhecimento que só a ARS do Centro é que mostrou interesse, informação transmitida pelo seu vice-presidente, o médico João Rodrigues. Da parte dos serviços centrais, um questionário dos SPMS para voluntariado na linha SNS24 foi enviado aos médicos que responderam inicialmente ao apelo do bastonário. Para este facto, sem dúvida, contribuiu a iniciativa liderada por Maria do Céu Machado e Isabel Santos, a que fazemos aqui referência. Infelizmente, chegamos ao final de março de 2021, com a maior parte dos voluntários sem ter sido incorporado no SNS e sem resposta...

Aguardamos saber onde somos precisos e onde nos devemos apresentar...



Impacto da pandemia no Internato Médico

É preciso garantir que os médicos internos não são prejudicados!

TEXTO: PAULA FORTUNATO

Num webinar em que todos os intervenientes concordaram que sem o envolvimento e dedicação dos médicos internos “não teríamos tido conseguido dar resposta à pandemia como demos”, lamentou-se que a tutela não tenha tido maior flexibilidade nas soluções que visaram diminuir o impacto negativo da pandemia nos internatos médicos. O bastonário da Ordem dos Médicos lembrou que a formação é uma das relações sinérgicas que ajuda na evolução do SNS. Agora e sempre é preciso encontrar formas de garantir que os internos não sejam prejudicados por ter estado a ajudar o seu país, mas sem degradação da formação médica, premissa essencial para assegurar o futuro da prestação de cuidados de saúde de qualidade em Portugal.

O médico interno Henrique Cabral moderou, dia 26 de fevereiro, o webinar “Impacto da pandemia no Internato Médico - avaliações finais”, introduzindo o debate com uma referência a alguns dos constrangimentos que têm afetado a fase de avaliação final dos internatos, com a desmarcação de exames de uma semana para a outra em 2020 e, em 2021, o prolongamento em cerca de 1 mês.

Dalila Veiga, coordenadora do Conselho Nacional da Pós-Graduação (CNPG) da OM, fez a primeira intervenção explicando todos os procedimentos e o longo percurso desde o primeiro momento em que a Ordem dos Médicos começou a pedir à tutela que os interesses dos médicos internos fossem acautelados. Foi um “ano avassalador em termos de formação médica” em que enfrentamos uma “nova realidade que nos obrigou a uma suspensão da atividade regular, com impacto inevitável ao nível da formação médica, para darmos resposta a um vírus que não conhecíamos, uma pandemia que não sabíamos como tratar”, explicou. Mas, agora, como sublinhou, sabemos que de futuro temos que acautelar, por um lado, o prejuízo que essa concentração trouxe na resposta a patologias não COVID e, por outro, o prejuízo que trouxe aos “muitos colegas internos que viram as suas formações serem adia-

das". Um exemplo que deixou da disrupção inegável do percurso formativo, foi a suspensão total nas atividades cirúrgicas.

O CNPG refletiu precisamente sobre como compensar as repercussões, fosse com compensação dos blocos formativos para os colegas irem depois a exame, fosse com adiamento do mesmo, processo em que Dalila Veiga explicou como foram ouvidos todos os Colégios para perceber qual a sensibilidade de cada especialidade. Essencial, frisou, é "o justo reconhecimento do papel de enorme abnegação dos médicos internos", pois "não teríamos conseguido dar resposta à pandemia como demos sem o seu trabalho". Esta tem sido, aliás a preocupação da OM: procurar e propor soluções que fizessem com que esses médicos "não fossem prejudicados por ter estado a ajudar o seu país" a combater a pandemia e a salvar vidas. Foi esse o espírito da OM: sensibilizar o poder político para que fosse dada a possibilidade de prolongar por mais 2 meses com transição da época de exames para maio/junho. Mas chegou-se a 1 de janeiro de 2021 ainda sem resposta da tutela.

As soluções implementadas pela tutela, contudo, estão longe de ser a solução ideal, especialmente se considerarmos que em janeiro de 2021 estes médicos internos tiveram que enfrentar, ao lado dos especialistas, o maior número de casos de COVID-19 a nível mundial, com toda a sobrecarga e impacto que isto teve em todos nós. "Seria lógico e desejável que tivesse havido uma resposta que permitisse adiar" de forma a compensar esse esforço, explicou Dalila Veiga referindo a "angústia dos médicos internos" que, apesar da preocupação legítima com os seus exames, "nunca equacionaram não estar disponíveis para ajudar o país", demonstrando profundo "espírito de missão". Tendo em conta que os internos foram mobilizados de forma diferente em função das necessidades de cada unidade de saúde e que inevitavelmente "há especialida-

des que foram mais afetadas do que outras", exige-se "de todas as partes, flexibilidade e capacidade de adaptação", mas, asseverou, "sem permitir a degradação da formação médica".

No mesmo sentido, Carlos Mendonça, presidente do Conselho Nacional do Médico Interno, destacou que o impacto afetou todos os internatos e o esforço de todos os colegas, mas "uns mais, outros menos", diferenças que fez questão de evidenciar porque "uma decisão igual para todos não será a mais justa para todos". A preocupação do CNMI tem sido estar ao lado dos colegas, e apesar de, da parte do Ministério, não haver abertura para adiar mais a época, o presidente do CNMI referiu que existem algumas possibilidades que podiam ser indutoras de um maior respeito pelas diferenças: a compensação do tempo de internato que tem que ser equacionada com os orientadores e a possibilidade de se fazerem pedidos de transição para a época especial. É que apesar de estarmos a falar das avaliações finais deste ano, o CNMI procura alargar a reflexão de forma a dar desde já soluções para próximas épocas de avaliação, prevendo que ainda haverá alterações na formação durante várias épocas de exames.

"A formação médica é muitíssimo importante pois só com médicos bem preparados é que conseguiremos no futuro, como estamos a fazer no presente, ter as melhores soluções em termos de cuidados de saúde", lembra Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos que tomou a palavra em seguida. "Qualidade da formação médica é estratégica para o nosso país". O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos congratulou-se por "sentir ao longo dos anos que, embora a nossa formação seja exigente quando comparada com outros países, os nossos internos não têm vontade de a aligeirar", nem mesmo nesta fase em que enfrentamos aquilo que definiu como o "maior

Foi um "ano avassalador em termos de formação médica" em que enfrentamos uma "nova realidade que nos obrigou a uma suspensão da atividade regular, com impacto inevitável ao nível da formação médica, para darmos resposta a um vírus que não conhecíamos".

desafio de saúde pública deste século". Se aos colegas quis "transmitir o orgulho que tenho como médico pela resposta que foi dada, sobretudo pelos nossos médicos internos que abdicaram do seu currículo formativo" para ajudar o país na luta contra a pandemia, para a tutela foi um lamento por não ter cumprido "o mínimo de respeito exigível" que seria pelo menos "algum planeamento para a formação médica", nomeadamente quanto à questão da avaliação, para diminuir o prejuízo provocado, situação que infelizmente os organismos dependentes do Ministério da Saúde não acautelaram. Numa situação em que o impacto foi diferente entre regiões e entre fases da pandemia, "devia haver uma intervenção mais dirigida" em defesa da formação médica. E, recordou, mesmo em tempo

sentante de todos os médicos exige "formação adequada ao seu programa" e que não haja prejuízo na formação nem na futura carreira. A formação, que definiu como "win-win" porque "os médicos internos aprendem com os especialistas, mas estes também aprendem com os internos", contribui para a evolução do sistema de saúde. Elogiando a "elevada qualidade da formação", alicerçada também na exigência dos programas que permitem que "os nossos internos quando se tornam especialistas sejam capazes de fazer praticamente todos os atos referentes à sua especialidade", facto que não se verifica em muitos outros países. O bastonário defendeu "um enquadramento mais assertivo em termos de carreira médica" fazendo a apologia de que se incluía o internato especializado



de pandemia não podemos aceitar que se desvirtue tudo; "Não vale tudo!", alertou, lembrando que os médicos em formação "têm que estar sempre acompanhados por um médico muito mais diferenciado". "Os médicos internos de hoje serão amanhã os especialistas" e terão que enfrentar outros desafios, não sendo, portanto, negligenciável a sua formação.

Última intervenção do painel, o bastonário Miguel Guimarães fez questão de evidenciar como a pandemia tornou claro e inegável que os médicos internos são parte essencial do tecido do SNS, constituindo cerca de 1/3 dos médicos que trabalham no SNS e que "se parassem de trabalhar durante uma semana, o SNS ruía". Se os responsáveis políticos ainda não o tiverem percebido, garantiu, a OM pretende fazer reconhecer e valorizar o trabalho de todos os colegas. Miguel Guimarães lamentou o que definiu como "a nova escravatura do século XXI": "ter médicos a trabalhar por um valor muito inferior ao que é pago nos países da Europa ocidental". Para os mais novos, o repre-

como o primeiro patamar da carreira médica, alicerce do SNS que temos hoje. Num contexto que definiu como de "défice de democracia", lamentou que o plano de recuperação e resiliência não tenha uma única palavra sobre as carreiras médicas, a qualidade da formação, ou os meios para as melhorar. "O Estado continua a esquecer a joia da coroa: as pessoas, os profissionais de saúde, aqueles que todos os dias fazem acontecer o SNS". Sem o contributo de todos – especialistas e internos – o SNS não teria a qualidade que tem. Para os internos, deixou palavras de apoio e incentivo. "Não é a extensão por 2 meses que prejudica o SNS antes pelo contrário, é a garantia de qualidade para o futuro", concluiu, deixando um agradecimento aos colegas mais jovens pela sua dedicação e por terem permanecido ao lado dos doentes e do país, aceitando trabalhar ombro a ombro com os especialistas no combate a esta pandemia, um trabalho de equipa sem o qual não teríamos tido a mesma capacidade de resposta neste contexto tão desfavorável.

Médico português combate pandemia na Serra Leoa

“Quando o ideal não é possível, o possível torna-se o ideal”

Tiago Martins Branco passou sete meses de 2020 a combater a COVID-19 - em regime de voluntariado - na Serra Leoa, um país já antes marcado pelo Ébola, onde o improvisado é a regra e o sofrimento ético dos médicos atinge contornos inimagináveis em países europeus. “Quando o ideal não é possível, o possível torna-se o ideal”, contou-nos, confessando que aprendeu a ser mais “pragmático” devido às várias situações difíceis que experienciou no continente africano. Aos 29 anos, Tiago está a terminar o internato de Medicina Interna no Algarve, mas continua com a vontade de voltar a fazer a diferença noutras localizações do globo.

Tinha acabado de realizar um banco de urgência no Hospital de Faro pouco tempo antes de se ter juntado à Revista da Ordem dos Médicos para uma conversa online, assente sobretudo na experiência que o levou até à Serra Leoa de fevereiro a agosto de 2020. O médico interno de Medicina Interna, sempre olhou para o voluntariado como “uma meta” que ambicionava cumprir. O espírito de missão aliado à satisfação em lidar com “patologia tropical” levou Tiago Martins Branco a iniciar o mestrado em Medicina Tropical no Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa (IHMT). Além disso, realizou também um diploma profissional com o análogo londrino do IHMT que o levou para a Tanzânia e para o Uganda durante três meses. O resultado? Uma vontade exponenciada de ter mais experiências em países recônditos e ser útil em locais onde um único médico pode fazer a diferença numa população inteira. “Defini logo que iria fazer algum período da minha vida em voluntariado e o gosto pelas patologias tropicais e parasitárias também faltou alto”, explicou.

Foi essa determinação que o levaria para a Serra Leoa no início de fevereiro de 2020, numa altura em que a pandemia em África era ainda residual. Tiago iria trabalhar no

hospital de Masanga, situado no distrito de Tonkoli, um antigo centro especializado em tratamento de doentes com lepra que serve uma área de influência com uma população de cerca de 400 mil pessoas.

A falta de condições que por lá encontrou foi “bastante desafiante”, tendo até de aplicar “medicina de catástrofe” em alguns cenários o que, noutra contexto, seria evitável. Para se ter uma ideia, o máximo de oxigénio que conseguia providenciar aos doentes eram 5 litros e havia somente uma botija de oxigénio para se proceder a transferências de doentes para Unidades de Cuidados Intensivos. “Além de não haver máscaras, só existiam óculos nasais”. “O sistema de saúde não é participado na Serra Leoa”, por isso, chegou ao ponto de ter de optar entre “escolher exames complementares de diagnóstico ou fazer logo o tratamento, não havia dinheiro para as duas coisas”, o que o obrigou a ser “bastante prático e muito imaginativo nos tratamentos que administrava”.

O sofrimento ético que este tipo de escolhas provocava teria de ser superado pela capacidade de resiliência solidária e humanista. Foi exatamente para ultrapassar as dificuldades que despontou o mote “se não tens o ideal, o que tens torna-se ideal”. Além de ser uma frase que motivou o médico português ao longo do seu trabalho, tornou-se também no título de um artigo que Tiago publicou, em conjunto com outros colegas, no *Travel Medicine and Infectious Disease Journal*, onde aborda o tratamento da COVID-19 na África subsaariana. Este artigo defende a tese, entre outras considerações, que as recomendações de organismos como a Organização Mundial da Saúde deveriam ser mais centradas nos recursos disponíveis em países mais pobres. “Nós percebemos que as recomendações tenham de ser genéricas, mas talvez devessem existir pelo menos dois tipos de recomendações: um para países com altos recursos e, outro, para países com baixos recursos e que não têm capacidade para responder da mesma forma”.

A chegada do SARS-CoV-2 à Serra Leoa acabou por não surpreender, mas, felizmente a subida de casos nun-



ca foi repentina, o que permitiu gerir as vagas e o tratamento dos casos que iriam despontando. Além disso, existe a possibilidade de os números reais serem muito maiores do que aqueles que foram reportados, devido à baixa capacidade de testagem. "O problema era conseguir tratamentos", disse o médico português. Porque "não havia capacidade, nem estrutura" para poder tratar de doentes que vissem o seu estado de saúde agravar repentinamente. Foi o que acabaria por acontecer a uma doente que testou positivo para a COVID-19 e que faleceu no hospital de Masanga. Foi a primeira morte que Tiago presenciou devido à pandemia e acabaria por marcá-lo. "Tenho a perfeita noção que a senhora morreu porque eu não lhe consegui dar mais oxigénio do que aquele que lhe estava a dar. Ainda hoje me marca a expressão da doente... não é só não ter oxigénio, é não ter sequer morfina para aliviar o sofrimento daquela pessoa", confessou-nos, emocionado.

Mas também houve histórias felizes. Tiago Martins Branco partilhou connosco a situação de uma rapariga de 18 anos que foi internada com uma patologia que nunca pensou ver: angina de Ludwig. "É basicamente um abcesso que progride para os tecidos, muito destrutivo e tem uma taxa de mortalidade impressionante", explicou. Além disso, essa mesma doente tinha também um diagnóstico de SIDA, já não tinha massa muscular e desenvolveu pneumonia. "Esteve internada quase três meses, foi uma batalha longa, mas conseguimos salvá-la!". Quando teve alta "passou no serviço para se despedir e já sorria novamente, já tinha massa muscular, estava mais saudável e este foi um caso que me marcou particularmente", disse Tiago, com um brilho nos olhos

que nos reflete a essência mais pura do que é ser médico. Feliz acabou por ser também o desfecho da história de uma criança de quatro anos que chegou a hospital com uma crise severa de malária. "Pensávamos mesmo que ia morrer", mas Tiago entrou em contacto com colegas em Portugal (pediatras, hematologistas, etc.) "e toda a gente estava muito pronta para ajudar". A criança acabaria por ser salva por esta sinergia e partilha de conhecimento à distância.

A capacidade de "desenrascar" acabaria por ser útil - e até decisiva - em várias situações críticas. "Mesmo em Portugal, por vezes, temos de ser inventivos e ter essa vertente de quase inventar estratégias e contornar défices", disse.

Para Tiago Martins Branco, além de "muito desafiante", trabalhar na Serra Leoa foi mais "difícil do que estava à espera". "Lidar com pessoas que não têm muitos recursos e que estão num sofrimento atroz foi bastante difícil, mas foi uma experiência que valeu muito a pena. "No final de contas temos que tentar lutar para que as coisas melhorem, temos de expor e reportar aos governos para tentar melhorar as condições, mas no final do dia e para o doente em particular nós só podemos fazer o que temos à mão", afirmou com determinação. O pragmatismo foi uma das coisas que sentiu mudar em si. "Temos de ser pragmáticos", "não ficar eternamente na dúvida se fazemos isto ou aquilo".

Para o futuro imediato, o objetivo de Tiago Branco Martins passa por terminar o internato de Medicina Interna. Mas, posteriormente, será provavelmente a Ásia ou a América do Sul o destino deste médico português com todos sonhos na cabeça e muito mundo na mochila.

Implementação clínica da vacinação para SARS-CoV-2

O Conselho Nacional da Política do Medicamento da Ordem dos Médicos (CNPM-OM) emitiu um parecer sobre a implementação clínica da vacinação para SARS-CoV-2, cujas recomendações foram subscritas por todos os membros desse conselho. Nesse parecer pode ler-se a urgência do acesso a vacinas que possam imunizar massivamente a população contra a COVID-19, mas também a necessidade de que esse processo seja feito com base em robusta evidência científica de segurança e eficácia e com mecanismos de monitorização ativa, durante e após o processo de vacinação.

A pandemia por SARS-CoV-2 mudou de forma inesperada a vida de milhões de pessoas em todo o mundo. Não obstante os esforços conduzidos para o desenvolvimento de tratamentos eficazes, parece consensual que a vacinação em massa da população mundial será o grande ponto-de-viragem nesta pandemia.

Ao longo dos últimos meses múltiplos estudos com vários tratamentos procuraram demonstrar benefício clínico contra a infeção COVID-19, contudo sem grande sucesso. De facto, não obstante o escasso nível de evidência disponível, e considerando alguns dados preliminares que sugeriam algum benefício de hidroxicroquina com ou sem azitromicina, milhares de doentes foram tratados com essa combinação que na verdade, se veio a demonstrar ineficaz.

Uma das grandes aprendizagens durante esta pandemia é que não obstante a urgência em se encontrar tratamentos eficazes, a utilização ou aprovação precoce de algumas terapêuticas para COVID-19 não se tem demonstrado adequada, levando a custos e toxicidade evitáveis. Não obstante o contexto pandémico, é, pois, imperioso centrar a análise técnica em elevado nível de evidência científica para decisões clínicas assertivas, e tal deve ser um aspecto essencial e uma aprendizagem para a avaliação técnica das vacinas em desenvolvimento.

(...) O processo de vacinação das populações para SARS-CoV-2 é uma prioridade global. Não obstante a urgência e alguma ansiedade generalizada com este processo, o mesmo exige um planeamento adequado,

transparente e baseado na melhor evidência disponível, incluindo as questões técnicas sobre as diversas vacinas potencialmente disponíveis.

O Conselho Nacional da Política do Medicamento da Ordem dos Médicos, considerando a importância de uma adequada implementação dum plano de vacinação, após análise cuidada do Plano apresentado pelo Ministério da Saúde de Portugal, e auscultação de vários peritos decidiu elaborar as suas recomendações para a implementação clínica da vacinação por SARS-CoV-2 em Portugal (publicadas desde janeiro no site da OM). Num contexto de elevada incerteza, o CNPM-OM reconhece que as suas recomendações poderão ter de ser ajustadas considerando melhor evidência que, entretanto, possa surgir.

(...) Para uma implementação segura e efetiva da vacinação há vários aspetos adicionais de enorme relevância a considerar (evidência científica das vacinas para COVID-19, definição de grupos prioritários de vacinação, planeamento com a integração de todo o Sistema de Saúde e Sociedade Civil, aspetos éticos na vacinação SARS-CoV-2, questões que são pormenorizadamente abordadas no parecer deste conselho consultivo).

Convidamos à leitura integral do parecer do Conselho Nacional da Política do Medicamento da Ordem dos Médicos com todas as recomendações que considera relevantes para a "implementação clínica da vacinação para SARS-CoV-2", pois a vacinação é a estratégia mais promissora para controlo da pandemia por COVID-19. No entanto, a vacinação em curso não deve comprometer a continuidade de medidas de prevenção, nomeadamente uso de máscara, distanciamento social e higienização das mãos.

Recordamos que para o triénio de 2020-2022 o CNPM-OM é composto por António Neves da Silva, Luís Castelo-Branco, Luís Almeida (presidente), Maria Sameiro Faria, Manuel Caneira da Silva, Manuel Vaz Silva, Natália António, Roberto Pinto e Serafim M. Guimarães.

LEIA O
PARECER
AQUI



<https://ordemdosmedicos.pt/parecer-do-conselho-nacional-da-politica-do-medicamento-implementacao-clinica-da-vacinacao-sars-cov-2/>

Prémio incentiva projetos de retoma dos cuidados de Saúde



A rápida retoma dos cuidados de saúde é fundamental para uma recuperação plena de Portugal. A pensar nessa necessidade imperiosa a Boehringer Ingelheim lançou uma iniciativa com o apoio da Ordem dos Médicos: o BI Award for Innovation in Healthcare 2021 vai distinguir projetos que dinamizem a retoma da prestação de cuidados de saúde no nosso país. Porque uma ideia é apenas uma ideia até que seja partilhada, o projeto vai contar com a orientação e avaliação de profissionais com experiência nas áreas da saúde, ciência e tecnologia.

A iniciativa nasce para responder à necessidade de retomar a prestação de cuidados de saúde, dando vida a ideias inovadoras e apoiando a sua concretização. O projeto reconhece que é preciso reverter os efeitos da opção política de concentrar a resposta no combate à pandemia, opção que provocou uma quebra assistencial em toda a atividade programada de cuidados de saúde, obrigando a adiar milhões de atos clínicos, consultas, cirurgias, exames e tratamentos tal como tem sido denunciado pela Ordem dos Médicos em sucessivos apelos à retoma da atividade clínica. O prémio procura projetos que possam ser integrados em contextos reais e que se foquem nas necessidades dos doentes, nas áreas chave definidas:

- Acesso – tornar mais equitativo o acesso através de projetos com impacto visível na resposta em tempo real.
- Prestação de cuidados – reconhecendo a humanização como fator crítico de sucesso, mas também o desenvolvimento tecnológico como poderoso aliado na melhoria da qualidade da prestação desses cuidados.
- Sistemas de informação – a pandemia contribui para a aceleração da transformação digital, mas não é por si só um fator decisivo para a necessária (r)evolução dos sistemas de informação em saúde.
 - Organização e gestão de cuidados.
 - Resultados – com avaliação dos efeitos mensuráveis na saúde do indivíduo e na sociedade.

Em maio o BI Award for Innovation in Healthcare 2021 terá um evento de *hackathon*, no qual os participantes se vão reunir para num curto espaço de tempo resolver problemas sobre temas específicos, através de criação de ideias, construção de protótipos (se aplicável), validação, desenvolvimento de um roadmap futuro e uma apresentação do projeto ao júri para identificação dos vencedores. Para isso, o projeto vai contar com profissionais com experiência, reconhecimento e idoneidade nas áreas da saúde, ciência e tecnologia, incluindo Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, Ana Paula Martins, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, Alexandre Lourenço, presidente da direção da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, Carlos Robalo Cordeiro, diretor do serviço de pneumologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e diretor da Faculdade de Medicina de Coimbra, Maria do Céu Machado, presidente do Conselho de Disciplina da FMUL e ex-presidente do Infarmed, Maria de Belém Roseira, advogada, jurista e ex-ministra da saúde, Elsa Frazão Mateus, presidente da EUPATI (European Patients' Academy on Therapeutic Innovation), Pedro Pita Barros, professor of Health Economics na Nova SBE, Júlio Machado Vaz, psiquiatra e sexólogo ou David Marçal, professor na Universidade Nova de Lisboa.

“A situação que vivemos é crítica e os doentes em espera para consultas, exames e cirurgias adiados são apenas a ponta do icebergue. Precisamos de um verdadeiro plano de recuperação que revolucione procedimentos e invista em soluções inovadoras para um problema que vai muito para além dos que já tínhamos no passado. A Ordem dos Médicos está desde o primeiro momento preocupada com os doentes não COVID e espera que este prémio seja uma semente positiva no caminho que temos pela frente e que acreditamos passar pela liderança clínica”, enquadra o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, para reiterar a relevância deste prémio.

Mais informação em:
<https://biaward.pt/>



Mensagem da COVID-19 para o futuro: Empoderem os especialistas em saúde!

Lançou em 2017 a iniciativa *Resolve To Save Lives*, focada na prevenção da morte provocada por epidemias e pela doença cardiovascular, avaliada como um dos 10 mais importantes momentos em termos de saúde global nesse ano. Em outubro de 2020, completou o seu sexto ano como diretor executivo do *The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*. Falamos de José Luis Castro, responsável por vários programas de promoção de saúde pública a nível global. Num artigo exclusivo para a ROM*, o especialista explica a importância de nos prepararmos para as futuras pandemias e como essa preparação exige maior investimento em saúde pública, melhor vigilância, mais divulgação de dados, melhor pesquisa e melhores cuidados de saúde primários. E, defende, mais poder aos especialistas em saúde.



JOSÉ LUIS CASTRO

é um especialista em saúde global e gestão de saúde pública; é presidente & CEO da Vital Strategies, onde trabalha já com governos de 73 países, tocando as vidas de mais de 2 bilhões de pessoas. Detentor de um mestrado em administração pública pela Universidade da Pensilvânia, é membro da Associação Americana para o Avanço da Ciência.

A pandemia global de COVID-19 expôs uma dura realidade: o sub-investimento em saúde pública e na segurança deixou-nos a todos em grande risco. À medida que a COVID-19 continua a cobrar o seu preço, temos que reconhecer o facto de que esta emergência de saúde pública podia ter sido prevenida ou, pelo menos, mitigada através de preparação.

Contudo, a resposta mundial ao vírus expôs a falta de liderança, mensurável e informada, necessária para enfrentar os desafios que surgiram no nosso caminho.

De um modo geral, os países que tiveram um bom desempenho nesta pandemia foram aqueles que permitiram que os cientistas e os especialistas médicos liderassem a

resposta a esta crise e, simultaneamente, aqueles que comunicaram essa política baseada na evidência de forma regular e clara aos seus cidadãos. No futuro, precisaremos garantir que as abordagens de saúde pública deixam a política de lado e que são impulsionadas pela ciência baseada na evidência e lideradas pelas principais instituições médicas e científicas do país.

E isso significa que a prevenção de doenças estará no centro de quaisquer planos de preparação para o futuro.

Considere-se, por exemplo, a contínua negligência em relação às doenças não transmissíveis (DNTs), tais como o cancro, a diabetes e a hipertensão. Estas doenças são responsáveis por 70% das mortes no mundo, cerca de 42

Temos que reconstruir de forma mais justa. Isso exigirá que os nossos líderes políticos acabem com a falsa dicotomia entre saúde e economia...

milhões de vidas por ano, contudo atraem apenas 2% da assistência internacional ao desenvolvimento para a saúde.

Tal como temos visto durante a pandemia, esta falha em investir na prevenção de DNTs está a custar-nos muito caro.

A relação entre as doenças não transmissíveis e a COVID-19 foi identificada logo no início da pandemia, com os dados a mostrar que as pessoas com doenças crónicas correm maior risco de complicações graves do vírus, têm maior probabilidade de serem hospitalizadas e maior risco de morte.

Desde abril de 2020 que os dados mostraram como, dos que morriam de COVID-19 em hospitais italianos, 67% eram pessoas que sofriam de hipertensão e 31% de diabetes. Em Espanha, 43% das pessoas que tiveram COVID-19 sofriam de doenças cardiovasculares. Na Índia, 73% das pessoas que morreram de COVID-19 tinham uma DNT. Na Jamaica, 92% das mortes por COVID-19 ocorreram em doentes com uma ou mais DNT ou comorbidades relacionadas. No Gana, 32% sofriam de hipertensão.

Simultaneamente, a COVID-19 interrompeu a prestação de cuidados de saúde preventivos e reduziu a capacidade dos países de dar resposta às necessidades das pessoas que vivem com DNTs. Só no Reino Unido, prevê-se que possam ocorrer este ano mais 18.000 mortes por cancro devido a atrasos nos exames imagiológicos**.

Mas a pandemia também demonstrou quão iníquo é o acesso à saúde em muitos países. Basta olharmos para as taxas desproporcionais de infeções e mortes por COVID-19 entre as comunidades hispânicas e afro-americanas nos EUA, impulsionadas em parte por comorbidades tais como diabetes, obesidade e hipertensão.

As injustiças sistémicas deixaram claramente algumas pessoas e populações em maior risco. Os 110 milhões de casos e quase 2,5 milhões de mortes dos últimos 12 meses contam apenas parte da história - a pandemia causou um enorme transtorno económico e social em todo o mundo.

Reconstruir melhor significará levar mais a sério do que nunca o investimento em saúde pública. Tal como evidenciaram recentemente o filantropo Mike Bloomberg e o diretor geral da Organização Mundial da Saúde Tedros Adhanom Ghebreyesus, prepararmo-nos melhor para as futuras pandemias significará melhor vigilância, melhor recolha de dados, melhor pesquisa e melhores cuidados de saúde primários.

E temos que reconstruir de forma mais justa. Isso também exigirá que os nossos líderes políticos acabem com a falsa dicotomia entre saúde e economia, entre salvar vidas e meios de subsistência.

REDE GLOBAL DE CIDADES SAUDÁVEIS

Entre os vários programas de promoção de saúde pública a que José Luís Castro está ligado, destacamos a rede global de cidades saudáveis apoiada pela Bloomberg Philanthropies em parceria com a Organização Mundial da Saúde e a Vital Strategies, empresa a que preside. Esta rede inclui cidades em que os responsáveis políticos estão comprometidos com a prevenção de doenças oncológicas, cardiovasculares e doenças crónicas pulmonares, entre outras, mediante intervenções baseadas na evidência.



Notas da redação:

* Tradução de Paula Fortunato. O artigo original em inglês pode ser lido no site da OM em: <https://ordemdosmedicos.pt/covid-19s-message-to-the-future-empower-health-experts>

** Em Portugal, dados oficiais divulgados pelo programa "Saúde em Dia", demonstram que em 2020 ficaram por fazer cerca de 434 mil exames de imagiologia (incluindo mamografias, colpocitologias e rastreios de cancro colon e do reto).

Hospital Militar do Porto

Mais de 150 anos de história ao serviço dos portugueses



Hospital Forças Armadas Polo Porto, na atualidade

No dia 22 abril de 2021, fez 159 anos desde o assentamento da primeira pedra do Hospital Militar do Porto, esse lindo edifício histórico, localizado em pleno coração da cidade. O presente artigo, tem como objetivo, partilhar um pouco, sobre o percurso do apoio sanitário, prestado pelo Hospital Militar do Porto, aos portugueses, ao longo desse tempo.



Brasão de Armas do Hospital das Forças Armadas

TEXTO: **RAQUEL SANTOS**

Major-Médica; Anestesiologista; Chefe de Serviço de Anestesiologia; Chefe de Bloco Operatório; Hospital das Forças Armadas - Polo do Porto.



Supõem-se que terá sido, em 1860, durante uma visita do rei D. Pedro V ao Hospital Militar localizado no Convento de S. João o Novo, que este tomou a decisão de mandar construir um hospital, que assegurasse a melhor assistência aos militares do norte do país. O jovem rei, falece no ano de 1861. Sucede-lhe o seu irmão D. Luiz que toma as medidas necessárias à concretização da vontade expressa pelo seu antecessor.

No dia 22 de abril de 1862, sob cerimónia com grande solenidade, foi assente a pedra fundamental do primeiro hospital militar nacional construído de raiz, data essa ainda hoje festejada anualmente na unidade.

Em 1869, ainda com a obra inacabada, recebe os seus primeiros doentes.

Com a implantação da República, em 1910, o hospital deixa de ser designado de D. Pedro V e passa a ser Hospital Militar do Porto.

Em 1918 deflagrou um incêndio que atingiu a frontaria e

Retrato de D. Pedro V existente no salão nobre do hospital



O edifício inacabado do Hospital D. Pedro V (Arquivo Histórico do Hospital Militar Regional N.º1, 1865)



Enfermaria e bloco operatório do Hospital Militar Regional do Porto (Arquivo Histórico do Hospital Militar Regional N.º1, década de 50)



dependências anexas. Na altura, iniciou-se a reconstrução, que ficou concluída em 1920.

Durante os movimentos revolucionários de 31 de janeiro de 1891 e 3 de fevereiro de 1927, travaram-se nas ruas do Porto, violentos combates entre forças militares. Em relatos de jornais da época, é curioso verificar a existência das enfermarias do calabouço, para os feridos prisioneiros e casos de ajuda prestada a vítimas civis que ali recorreram.

Em 1927, recebe um duro golpe e passa a ter categoria de Hospital Militar Regional N.º1.

No contexto da Guerra Colonial, incrementa-se as capacidades nas especialidades da cirurgia plástica e reconstrutiva, ortopedia e reabilitação protésica aos militares mutilados.

Caso interessante é que, o primeiro doente de Legionella descrito em Portugal foi diagnosticado em 1981, pelo Dr. Prof. Levi Guerra, no Hospital Militar do Porto.

Apesar de até 2014 o hospital pertencer ao ramo do Exército, sendo o único localizado a norte do país, foi o primeiro a servir como hospital comum aos três ramos das Forças Armadas e Forças de Segurança da GNR e PSP. A partir desse ano, passou a denominar-se de Hospital das Forças Armadas Polo do Porto.

Mais recentemente, no contexto de pandemia CoViD 19, também se envolveu no apoio sanitário ao serviço dos portugueses, tendo recebido durante a primeira vaga de pandemia, em março e abril de 2020, 86 idosos, na sua maioria oriundos de lares do norte do país. E na 2ª e 3ª vagas de pandemia, abriram 50 camas, em protocolo com a ARS Norte, tendo entre outubro a março de 2020, recebido mais de 320 doentes CoViD positivos em apoio aos hospitais do SNS.

Podemos concluir que ao longo dos seus mais de 150 anos de existência, o Hospital Militar do Porto, foi construído de raiz, reconstruído após incêndio, sofreu remodelações e acrescentos. Prestou apoio sanitário aos militares e civis, com particular relevância durante os movimentos revolucionários que decorreram na cidade do Porto e recentemente no contexto de pandemia CoViD 19. Viu a sua denominação e classificação, ser alterada consoante as vontades políticas da época. Mas em toda a sua história, manteve-se sempre fiel a sua velha divisa:

**“Aqui não há inimigos, apenas doentes”
“HIC NON HOSTES NISI MORBI”**



Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

01

Quais são as prioridades da Especialidade de Medicina Geral e Familiar para este novo triénio?

Reencontrar a matriz deontológica e ética da especialidade baseada na globalidade, continuidade e acessibilidade após a desestruturação a que fomos obrigados no contexto da pandemia.

02

Quais são os impactos mais problemáticos da doença COVID-19 nos cuidados de saúde primários?

Os médicos de família asseguraram a assistência a mais de 95% dos infetados, alocando o tempo e os recursos que foram retirados da normal assistência na prevenção, na doença aguda, na doença crónica, na gestão do plano de saúde da pessoa. As pessoas viram diminuído o acesso aos serviços de saúde e, apesar do esforço individual de muitos médicos, não foram disponibilizados sistemas de comunicação eficientes.

03

De que forma é que a tutela deve valorizar os médicos de família, tendo em conta até a retoma dos cuidados de saúde que ficaram para trás devido à pandemia?

Uma boa rede de Cuidados de Saúde Primários é fundamental para garantir a equidade, a racionalidade dos cuidados e a sustentabilidade do sistema de saúde. É importante garantir condições de trabalho a nível dos equipamentos e estruturas, mas é fundamental garantir condições de funcionamento para que os médicos consigam desenvolver aquilo que sabem fazer melhor que é tratar bem das pessoas.

04

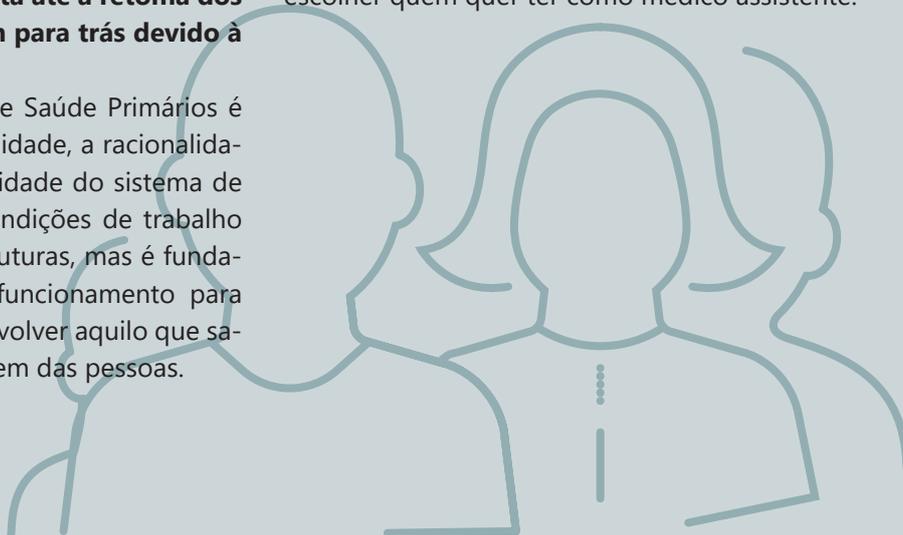
Quais são as maiores preocupações que um médico especialista em Medicina Geral e Familiar enfrentará nos próximos anos?

A MGF está numa encruzilhada entre um modelo de governação orientado para a clínica ou um modelo de gestão orientado à produção. Ambos têm vantagens e inconvenientes. Interessa decidir o que queremos ser: Médicos ao serviço do doente, atual ou em prevenção, ou Profissionais de Saúde numa estrutura mais ou menos complexa de organização de serviços onde a priorização nem sempre obedece a uma lógica de saúde.

05

O que falta fazer para existir um médico de família para todos os portugueses?

Um médico de família para todos é uma bandeira interessante no discurso público, mas pouco específica no seu significado. Interessa definir como este objetivo é alcançado: pela reformulação dos quadros ou pelo simples aumento de utentes das listas, como tem sido opção. Mais do que um MF para todos os portugueses, eu diria um MF a cada português, garantindo que cada cidadão tem de facto direito de escolher quem quer ter como médico assistente.





Jorge Amil Dias

Colégio da Especialidade de Pediatria

01

Quais são as prioridades da Especialidade de Pediatria para este novo triénio?

Publicação urgente do novo Programa de Formação, para servir ainda os atuais internos, e preparar a sua implementação prática. Implementar novos modelos de avaliação no âmbito do novo Programa de Formação.

Criação de grupos de trabalho de assuntos relevantes da prática pediátrica nacional, como Urgência, Ambulatório, Subespecialidades, Internato e Cuidados Paliativos. Reforçar a cooperação com as Secções de Subespecialidade, para mais unidade em assuntos relevantes para a Pediatria.

02

Quais são os impactos mais problemáticos da doença COVID-19 em contexto pediátrico?

O pânico social que faz crer que as crianças são veículos relevantes de infeção. O encerramento de todos os níveis de escolas cria graves riscos sociais e perturbação do normal desenvolvimento e socialização.

Apesar de os quadros mais graves em Pediatria serem felizmente raros e controláveis com cuidados adequados, fomentou-se um pânico indesejável e inapropriado.

03

O que devemos fazer para planejar uma retoma rápida e eficaz de cuidados pediátricos que, infelizmente, possam ter ficado para trás?

Manter os cuidados planeados preventivos, de rastreio e de reabilitação, bem como o cumprimento rigoroso do programa nacional de vacinação e vacinas extra-PNV. Selecionar criteriosamente as atividades clínicas que devem manter cuidados presenciais. Ajudar os pais a recuperar confiança e estimular uma atitude tranquila e progressivamente responsável nas crianças.

04

Quais são as maiores preocupações que um médico especialista em Pediatria enfrentará nos próximos anos?

A vivência desta pandemia, a morte de familiares e amigos e o distanciamento social obrigatório moldarão a personalidade e comportamento de muitas crianças e adolescentes. Ajudar a ultrapassar fobias e obsessões, estimular uma socialização saudável serão grandes desafios que requerem também preparação dos profissionais.

05

Temos médicos especialistas suficientes?

Os cuidados à população infantil saudável têm sido adequadamente prestados pela comunidade pediátrica e de medicina geral e familiar. Temos Pediatras suficientes, mas a progressiva desvirtualização e desvalorização da Carreira Médica afastaram muitos dos serviços públicos e distorceram a distribuição geográfica. Melhor formação em Pediatria de Ambulatório no internato irá proporcionar competências mais assertivas para a Pediatria do futuro.



João Carlos Winck



Raffaele Scala

Algoritmo para redução de ventilação invasiva e internamentos em UCI

Dois médicos pneumologistas, um português e um italiano, desenvolveram um algoritmo que já está a ser aplicado com resultados “muito bons”. Os investigadores, João Carlos Winck e Raffaele Scala, consideram que o algoritmo é uma ajuda preciosa quando o tempo de decisão escasseia e o stress e a pressão assistenciais abundam, como sucede num contexto pandémico. No tratamento da insuficiência respiratória aguda provocada pela COVID-19, o algoritmo que propõem promete prevenir erros na seleção de qual a terapêutica respiratória a aplicar ou quando a interromper ou alterar, evitando o recurso extemporâneo a ventilação mecânica invasiva – que acarreta maiores riscos para o doente – ou internamentos em cuidados intensivos.

Raffaele Scala é diretor da Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios do Hospital San Donato de Arezzo (Itália) e João Carlos Winck é professor na Faculdade de Medicina do Porto (FMUP) e coordenador do grupo “Noninvasive Ventilatory Support” na European Respiratory Society. Os dois investigadores não hesitam em explicar que “quando há um grande afluxo de doentes, com aumento das hospitalizações em cuidados intensivos, é expectável maior dificuldade na decisão e piores resultados”. “Fazer a escolha certa, no momento certo para cada doente” pode ser, aliás, um stressante “desafio” para os médicos. É fácil percebermos o desafio se pensarmos

num cenário em que sejam admitidos, simultaneamente, vários doentes com infeções graves, como tem acontecido frequentemente durante a pandemia, que precisam de ser tratados com terapêuticas respiratórias não invasivas – NIRT – (o que inclui cânula nasal de alto fluxo, pressão positiva contínua nas vias aéreas e ventilação não invasiva) o mais cedo possível, para prevenir a deterioração da capacidade respiratória com necessidade de recurso à entubação e aos cuidados intensivos. Na avalanche provocada pela pandemia, “a falta de recomendações baseadas na evidência aliada à falta de recursos humanos e tecnológicos (ie. ventiladores, oxigénio, monitores, mas também falta de profissionais de saúde) tornam o trabalho dos médicos que estão na primeira linha uma missão impossível”, explicam.

“O uso do algoritmo pode ajudar os médicos a escolher a melhor terapêutica de acordo com o perfil do doente e a severidade do seu estado”, mas esperam também que ajude a aumentar a produção científica e a mudar e uniformizar as práticas clínicas.

“Utilizando as terapias respiratórias não-invasivas que propomos no nosso algoritmo (e baseados nos dados acumulados de todas as séries mais recentes em todo o mundo) obtemos taxas de sucesso que rondam os 55 a 60%, evitando a ventilação mecânica invasiva e o internamento em cuidados intensivos. Por outro lado, estas técnicas também podem ser utilizadas no “desmame” dos doentes ventilados invasivamente, reduzindo também o tempo de internamento em cuidados intensivos”, expli-

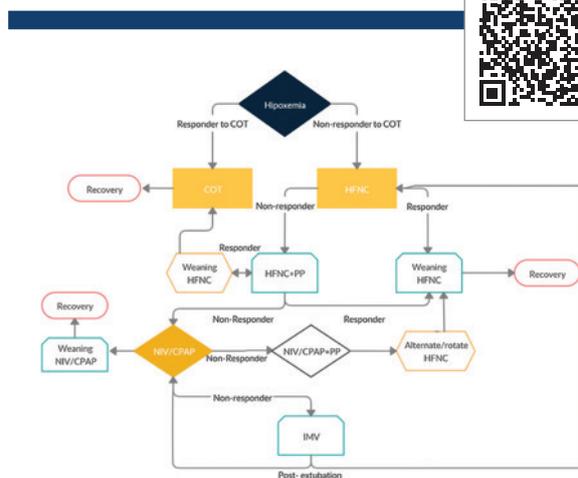


ca-nos João Carlos Winck, sublinhando que, se o algoritmo for cuidadosamente aplicado, podemos “esperar ver uma redução nas taxas de ventilação invasiva e uma melhoria dos resultados obtidos”.

Depois da publicação do artigo em que são co-autores - [“Non-invasive respiratory support paths in hospitalized patients with COVID-19: proposal of an algorithm”](#) -, vários colegas já deram feedback de estarem a aplicar o algoritmo, nomeadamente no Hospital de Cascais e em Viana do Castelo (no Hospital de Santa Luzia - Unidade Local Saúde Alto Minho), com “resultados muito bons”. Mas, explica-nos Raffaele Scala, sem um estudo comparativo com os hospitais onde não esteja a ser aplicado o algoritmo não é possível uma demonstração clara da eficácia desta estratégia de acordo com os critérios baseados na evidência. É preciso agora “recolher mais dados que permitam comprovar a utilidade do algoritmo quando aplicado na prática clínica”. Inegável é o facto de estarmos perante um algoritmo que potencialmente adia, dentro do que é clinicamente benéfico, o recurso a ventilação invasiva o que só pode trazer melhores resultados, pois sabemos que “há taxas de mortalidade elevadas nos doentes entubados”. Mesmo sem dados adicionais, as estatísticas são promissoras: “estudos clínicos demonstram claramente que NIRT aplicada especialmente nas unidades de cuidados respiratórios intermédias melhoraram o desempenho pulmonar e evitam a necessidade de entubação em, pelo menos, um terço dos casos”. Acresce a aprendizagem que já trazemos da primeira vaga da atual pandemia: “a entubação precoce não garante resultados”.

“Do nosso feedback baseado na experiência, podemos dizer que a escolha de escalar e desescalar cada NIRT de acordo com respostas clínicas e fisiológicas bem definidas para cada uma das ferramentas de suporte, é útil para normalizar o comportamento da equipa de saúde, de acordo com a estratégia global num cenário desafiante. Ter tempos e indicações claras é essencial para evitar escolhas confusas ou dessíncronas e erros indesejáveis em tempos avassaladores de pandemia”.

O recurso a este algoritmo como parte da estratégia de combate à COVID-19 “reduz a pressão nas Unidades de Cuidados Intensivos ICU mantendo livres camas essenciais para doentes em estado crítico para os quais a única solução é a terapêutica respiratória invasiva e ECMO”. “Acreditamos que a aplicação de um algoritmo irá evitar a entubação e a morte de muitos doentes com COVID-19”, refere Raffaele Scala. A “enorme burocracia do



UM ALGORITMO, MUITAS RESPOSTAS

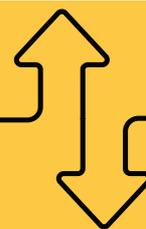
Ao desenvolver o algoritmo, Raffaele Scala e João Carlos Winck esperam ajudar a responder às perguntas essenciais que assaltam o pensamento dos médicos:

- quando começar o apoio respiratório?
- no caso de falhas no fornecimento, que prioridade seguir?
- até onde prolongar as terapêuticas não invasivas antes de considerar a entubação e internamento em UCIs que estão sobrecarregadas?
- como comunicar com os familiares?
- como gerir o stress?

nosso SNS e a baixa tradição de produção científica”, que torna “muito difícil realizar estudos prospetivos”. “Em geral, em Portugal, somos muito bons a reagir aos eventos e não a planear por antecipação de forma a envolver os stakeholders para atingir a excelência dos cuidados”, lamenta João Carlos Winck. “Estudos propetivos utilizando o nosso algoritmo poderão responder a esta importante pergunta. Estará Portugal preparado para o fazer?”, conclui o professor da FMUP.

Leia a entrevista completa que os investigadores concederam à ROM no site nacional da Ordem dos Médicos em: <https://ordemdosmedicos.pt/an-algorithm-to-reduce-invasive-ventilatory-support-and-icu-admissions/>





A médica Carmo Caldeira vai presidir às comemorações do 10 de Junho



O Presidente da República Marcelo Rebelo de Sousa nomeou a diretora do serviço de cirurgia do Hospital Dr. Nélio Mendonça para presidir às comemorações do Dia de Portugal, de Camões e das Comunidades Portuguesas. Esta escolha foi uma forma de "homenagear os profissionais de saúde", lê-se na nota da presidência. A especialista em Cirurgia Geral, Carmo Caldeira, vai assim presidir às comemorações que este ano se centram geograficamente precisamente no Funchal.



Gulbenkian oferece unidades móveis de vacinação

A Fundação Calouste Gulbenkian apresentou uma parceria que visa proteger mais depressa as pessoas com menos acesso aos circuitos de vacinação. A iniciativa "Gulbenkian onde é preciso" vai disponibilizar dezenas de unidades móveis ao Ministério da Saúde, como forma de apoiar o Plano de Vacinação contra a COVID-19. A cerimónia de entrega dessas unidades contou com a presença do Secretário de Estado da Saúde, Diogo Serras Lopes, do coordenador da Task-Force para a vacinação contra a Covid-19, Vice-Almirante Gouveia e Melo, e do presidente da ARS Norte, Carlos Nunes, bem como da presidente da Fundação Gulbenkian, Isabel Mota.



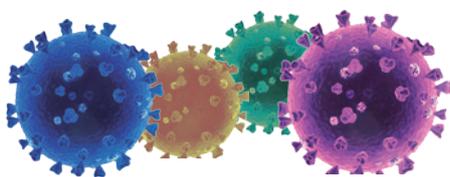
A liderança forte que o vice-almirante trouxe ao plano de vacinação é um sinal muito positivo

Miguel Guimarães, bastonário da OM



Moderna vai desenvolver dose de reforço para as novas variantes

A Moderna Inc anunciou que está a trabalhar com cientistas americanos para estudar a possibilidade de criar uma dose de reforço experimental da vacina que combata novas variantes da COVID-19. Numa conferência de imprensa a farmacêutica anunciou ainda o aumento do seu objetivo de produção de vacinas para 100 milhões de doses em 2021.



8,4 mil notícias falsas sobre a pandemia foram eliminadas pelo Twitter neste início de ano.



VOX POP



Concorda com o teletrabalho obrigatório até ao final do ano?



Concordo com a obrigatoriedade, desde que transitória, como forma de limitar a movimentação concentrada e em massa de pessoas, em particular nos centros urbanos. No entanto, a médio longo prazo creio que não seja uma medida sustentável.

Miguel Delié, jurista

**Por dia são agredidos
2 profissionais de saúde**

Dados do Gabinete de Segurança para a Prevenção e Combate à Violência contra os Profissionais de Saúde permitem concluir que, por dia, em média, são agredidos dois profissionais de saúde. No primeiro trimestre do ano passado a média fixou-se em cinco agressões diárias. Num comentário a estes dados, Miguel Guimarães recordou que continuam a faltar os há muito pedidos botões de pânico nos consultórios, assim como outras medidas essenciais a que os espaços de consulta permitam aos médicos exercer a sua profissão num ambiente mais seguro.



**É uma tragédia e uma
injustiça que, a cada 30
minutos, um profissional de
saúde morra com COVID-19**

Amnistia Internacional



**Em 2020 morreram 17.000 profis-
sionais de saúde com COVID-19**

Pelo menos 17 mil profissionais de saúde morreram de COVID-19 durante o ano passado em todo o mundo, avançou a Amnistia Internacional (AI), apelando a uma "ação urgente" para acelerar a vacinação destes trabalhadores "altamente expostos" e várias vezes "desprotegidos", lembrando que a doença não distingue o cirurgião do trabalhador do lar e que todos devem ser prioritários. "Trabalhadores em todo o mundo colocaram as suas vidas em risco para tentar manter as pessoas protegidas contra a COVID-19, mas muitos foram deixados desprotegidos e pagaram o preço mais elevado", denuncia Steve Cockburn, especialista em Justiça Económica e Social da AI.



Casos de COVID-19 aumentam por toda a Europa

Ao contrário do que está a acontecer em Portugal, no mês de março, por toda a Europa há vários países a registar diariamente números elevados de infetados pelo novo coronavírus. França, Alemanha, Polónia, Hungria, Países Baixos, Suécia entre outros estão

numa fase ascendente da pandemia com os seus hospitais a viver sob enorme pressão assistencial, com um elevado aumento de internados, situação idêntica ao que aconteceu no início do ano no nosso país.



O mundo mudou! O teletrabalho entrou nas nossas vidas de uma forma que não esperávamos, nem tínhamos previsto. Inicialmente trabalhava de forma ocasional quando era necessário maior concentração, agora que se tornou quase contínuo, para mim, que sofro de depressão e ansiedade crónica, vejo com apreensão a continuidade do teletrabalho. O isolamento e a convivência solitária com os problemas não é uma forma saudável de vida. A socialização faz muita falta!

Teresa Neves, diretora informática

Sim, concordo com o teletrabalho obrigatório até dezembro para as pessoas estarem salvaguardadas da COVID.

Juliana Freitas, costureira



PROVA DOS FACTOS



PESQUISA: PAULA FORTUNATO

1 dose de vacina basta para ter efeitos protetores em indivíduos com infeção prévia

Segundo um estudo que analisou a resposta imunitária serológica a uma dose única de uma vacina mRNA em profissionais de saúde com história de infeção prévia pelo SARS-CoV-2 (laboratorialmente confirmada), a vacinação em dose única induz um nível de anticorpos mais elevado nesses indivíduos do que nos que não têm infeção prévia, com aumento progressivo a partir do 7º dia e pico aos 14. Segundo a análise do Instituto de Saúde Baseada na Evidência - apesar de a dimensão da amostra ser considerada modesta - estes resultados podem apoiar uma estratégia de inoculação única em indivíduos previamente infetados com o coronavírus.



Ao contrário do Reino Unido, Portugal reabriu as escolas sem fazer testes

A acusação surge nas redes sociais: enquanto outros países testam os alunos e professores antes da reabertura das escolas, Portugal abre primeiro e testa depois. É verdade que o Reino Unido convocou todos os alunos a partir do 7º ano de escolaridade para a realização de testes prévios à COVID-19. Mas os testes não são obrigatórios e a sua não realização não impede o regresso à escola. Em Portugal, as crianças que regressaram às creches e ao 1º ciclo no dia 15 de março, estão isentas de teste, que só é obrigatório a partir do 7º ano. Já o pessoal docente e não docente só começou a ser testado dia 16 de março. A crítica é, portanto, verdadeira mas imprecisa pois omite que os britânicos são livres de não fazer o teste, podendo ainda assim voltar às aulas. Em Portugal, mesmo sabendo que não há obrigatoriedade de testagem, alguns municípios optaram por realizar testes aos alunos do pré-escolar e do 1º ao 3º ciclos (como por exemplo o Município de Oliveira do Bairro que procedeu a testes entre os dias 23 e 26 de março).



PELA VOSSA SAÚDE MÁSCARAS NÃO!

É imperioso quebrar o ciclo de Submissão e Subordinação do País ao Uso da Máscara.

Pelo Direito Básico de Respirar: a Tirania (anticientífica) das Máscaras tem que Acabar.

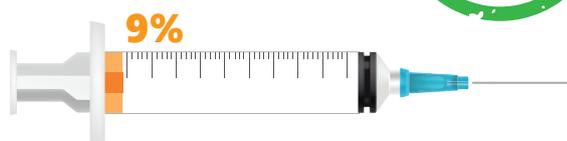
EMBUSTE FACISTA DO SURTO COVID-19

O surto COVID-19 é um EMBUSTE FACISTA DAS ELITES GOVERNAMENTAIS, o que se pretende é impor uma Vacinação em massa contra a COVID-19 para implantar microchips [nas pessoas], os quais vão ser usados para rastreá-las com uma ID digital.



91% da população portuguesa ainda não tomou qualquer dose da vacina

A informação é de dia 26 de março de 2021 e resulta da interpelação da deputada Cristina Rodrigues (ex-PAN) que na reunião plenária da Assembleia da República alertou que 3 meses depois do início do processo de vacinação, 91% dos portugueses ainda não receberam nenhuma dose de nenhuma vacina e que “para conseguir atingir o objetivo de vacinar 70% da população até ao final do verão, Portugal tem que triplicar a atual capacidade”. Esta informação é verdadeira: é o próprio Ministério da Saúde que refere em relatório de dia 21 de março que só 9% dos portugueses (942.825) receberam, pelo menos, a primeira dose da vacina, dos quais apenas 471.204 teriam já as 2 doses (confirmando dados da DGS que indicam que já foram administradas 1.434.044 doses). A este ritmo confirma-se que, para chegar aos 70% no verão, teríamos que triplicar a capacidade de vacinação, ou seja, inocular cerca de 90 mil pessoas por dia. Estes números são, naturalmente dinâmicos: por exemplo, no último fim de semana de março, com a inoculação massiva de pessoal docente e não docente foi referido na comunicação social que o ritmo de vacinação ia acelerar muito. Mas, mesmo nesse fim de semana, a média diária não passou das 30 mil inoculações, o que está muito longe das 90 mil necessárias para cumprir o objetivo..



Refrigerantes e frutos testam positivo à COVID-19



Vários vídeos difundem imagens de amostras de fruta (laranjas, kiwis, etc.) ou refrigerantes que alegadamente testam positivo à COVID-19. Um desses vídeos tem como protagonista um farmacêutico francês que, segundo as redes sociais, “sofreu graves consequências”. No entanto, foi o próprio que contactou a Agência France-Pressé a quem explicou que o teste feito com refrigerante foi uma brincadeira, lamentando que o vídeo esteja a servir



de argumento a teorias da conspiração. Já os fabricantes dos testes explicam que esses vídeos não respeitam as condições de utilização pois, além de não usarem amostra biológica, ignoram a necessidade de passar a amostra por um reagente de solução tampão, que é usado para estabilizar a acidez da amostra, facto que destrói a camada protetora do teste, deixando o marcador de positivo visível. Não é, portanto, um resultado, mas sim um teste destruído. “Se ignoramos as instruções do fabricante ou se usamos o teste para algo completamente diferente, então não nos devemos surpreender por obter um resultado tolo”, explicou Alexander Edwards, professor de tecnologia biomédica da University of Reading, quando questionado pelo site Full Fact sobre refrigerantes e frutos que testaram positivo para a COVID-19.

Transfusão de sangue de dador imunizado substitui vacinação contra a COVID-19

Stephen King escreve histórias de terror, sobrenatural, suspense, ficção científica e fantasia e é o autor de “The Stand”, publicação de 1978 que nos transporta para um cenário apocalíptico onde uma gripe dizima 99% da população mundial. Foi precisamente este escritor que gerou polémica ao questionar via Twitter se a dádiva de sangue, após vacinação, induzira resposta imunológica no organismo do recetor. Este tema foi analisado pelo Polígrafo que falou com vários especialistas, podendo concluir-se que há demasiados “ses” nesta equação: na recolha são separados os



componentes que constituem o sangue e a sua administração posterior depende da indicação médica. Como os anticorpos só estão presentes no plasma, só quem recebe esse componente é que os irá receber. Mas tais anticorpos não têm capacidade para permanecer ativos muito tempo, nem produzem os glóbulos brancos que poderiam proteger contra a doença, acabando por ser destruídos. Existem, estudos sobre tratamentos à base de plasma convalescente de doentes recuperados da infeção por SARS-CoV-2 que indicam que os anticorpos podem conferir proteção no momento da transfusão, mas sem que se fique com a mesma imunidade que a pessoa vacinada

O moinho

Se eu soubesse dar às palavras
que tenho dentro de mim
o cantar deste regato
se entre as pedras do meu leito
saltitassem estas águas
que me fizeram criança
se fosse de menino este chão
que tenho dentro de mim
numa caixinha de esperança
e de sonho fosse o moinho
que mói o trigo da ilusão
não queria outro moinho
para a farinha do meu pão.

Adão Cruz

TEXTO: PAULA FORTUNATO

CADA QUADRO é um poema por descobrir

Como médico dedicou-se ao órgão do corpo humano que tem maior simbolismo na história da Humanidade: o coração, representado como recetáculo da vida intelectual, afetiva e moral. Falamos de Adão Cruz, médico que escolheu a Cardiologia como especialidade, mas que assumiu sempre uma paixão paralela, porque "a arte e [mais especificamente] a poesia podem existir em todos os atos da nossa vida". Separa sempre a poesia como que a distingui-la entre as outras formas de expressão, por isso, quando questionamos se há espaço para o coração na sua pintura, faz questão de referir: "sempre considerei a arte e a poesia como sentimentos, não em termos sentimentalistas mas em termos neurobiológicos, sentimentos como outros quaisquer, como o sentimento do amor, da alegria, do medo..."

Mas o coração tem representação na pintura do cardiologista?, insistimos... "Não está representado como facto científico, mas qualquer obra de arte contém, quer queiramos quer não, tudo aquilo que somos".

Sabemos que em 2020 pintou muito mais, quase compulsivamente, será para a próxima exposição? "Não. Pinto por prazer, apenas. Há mais ou menos dois anos recusei o convite para duas exposições individuais em Madrid, pensando não expor mais". Fez em 2019



a sua última exposição, na Biblioteca Municipal de S. João da Madeira, ano em que quase não pintou. "A ida-de [a 19 de junho o nosso entrevistado completará 84 anos] e o trabalho que uma exposição acarreta já não o permitem", confessa-nos. "A pandemia e o isolamento fizeram-me retomar os pincéis", prossegue. "Quando pego numa tela em branco, parto sempre para o desconhecido". Perguntamos a Adão Cruz se a pintura foi a sua forma de recuperar a liberdade que a pandemia

5 ESCOLHAS SEM EXPLICAÇÃO

Expressionismo ou impressionismo?

"Eu diria expressionismo ficcionista do sentimento".

Escrita ou pintura?

"Penso que ambas, como irmãs gêmeas".

Arte ou Ciência?

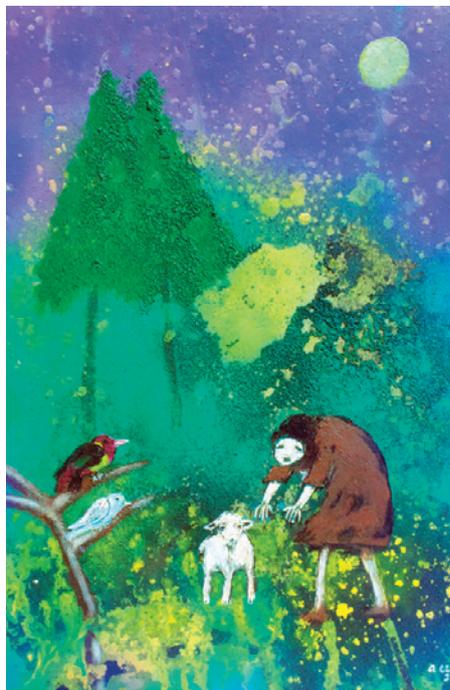
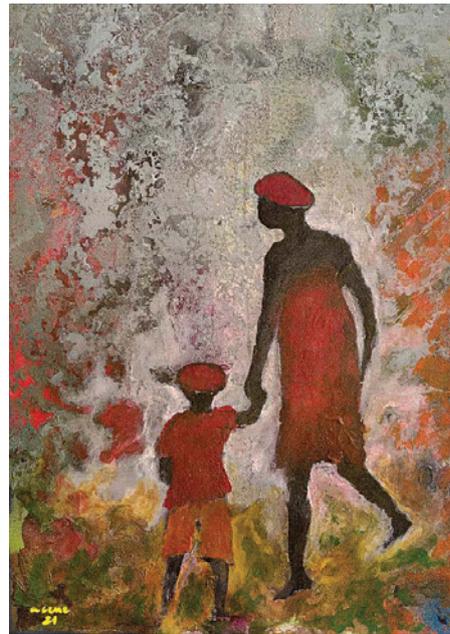
"Também muito difíceis de separar".

Um pintor preferido?

"Egon Schiele?
Velickovic?"

Um quadro inspirador?

"Difícil. Qualquer femme nue de Egon Schiele, por exemplo".



Adão Cruz é médico cardiologista com um longo percurso nas artes, com especial dedicação à pintura e à escrita; publicou 12 livros entre poesia, álbuns de pintura, crônica e contos; e realizou dezenas de exposições, especialmente em Portugal, Espanha e França.



nos roubou e se há alguma espécie de revolta nas suas obras mais recentes. "Na minha maneira de ver, não existe liberdade sem o reconhecimento da nossa liberdade interior, a qual assenta em três pilares fundamentais: o pensamento, a razão e o amor à verdade, as grandes riquezas do ser humano", enquadra, fazendo-nos refletir que há liberdades que nenhuma pandemia nos pode cercear. "A pandemia obrigou-nos a uma mais profunda meditação, mas não dei comigo a pintar como revolta".

Pedimos uma seleção de 6 quadros e sabemos que não lhes dará título. "Na minha maneira de ver, a descoberta de uma obra de arte, ainda que parcial, pode ser um fenómeno redutor que a empobrece, retirando-lhe força indutora das capacidades interpretativas".

Prefere, portanto, dar total liberdade de interpretação. Pedimos, ainda assim, que nos explique que temas o fizeram pegar nos pincéis em 2020. "Gosto muito de poesia, tenho muitos poemas, e penso que a poesia percorre transversalmente qualquer forma de expressão artística. Portanto, não procuro temas concretos. Dá-me mais prazer tentar encontrar a fusão da pintura com a poesia".

Pedimos 6, mas recebemos muitos mais. A redação ganha em beleza, mas continuamos a ter que escolher o que incluir nesta brevíssima exposição virtual. Somos obrigados a aceitar as limitações redutoras das margens do papel. Havia muito mais a mostrar, a começar pela poesia escondida em cada quadro...

MARIA JOÃO MARTINS
MARIA JOÃO COELHO

Internas de Formação Específica
em Medicina Geral e Familiar, USF Freamunde



Internos de MGF na primeira linha de combate à pandemia

Este artigo pretende relatar a nossa experiência como Internas de Medicina Geral e Familiar durante o último ano, explorando, particularmente, a colaboração com a Unidade de Saúde Pública e a importância que esta teve no controlo epidemiológico. Reflete sobre as dificuldades e desafios enfrentados, a resiliência e entreadjada que permitiu fazer frente a um dos epicentros da pandemia nacional.

A 11 de março de 2020, a Covid-19 foi declarada como pandemia mundial e com ela vieram múltiplos desafios que ainda hoje combatemos. Vimos as nossas vidas mergulhadas na incerteza! Instalou-se a atipia na atividade assistencial, com necessidade de priorização dos cuidados de saúde para aquele que é o maior desafio de saúde dos últimos anos. Com este foco, as rotinas de vigilância habituais em Medicina Geral e Familiar (MGF) ficaram comprometidas e também com elas as atividades do Internato Médico, com as desvantagens no processo formativo que daí advirão. Contudo, a atual pandemia constituiu uma oportunidade única de aquisição de competências, importantes para os anos vindouros, que seriam difíceis de alcançar na ausência desta

adversidade: capacidade de adaptação constante e resiliência.

Com este artigo pretendemos relatar a nossa experiência como Internas de MGF durante o último ano, explorando, particularmente, a colaboração com os profissionais da Unidade de Saúde Pública (USP).

Perante o galopar do número de novas infeções e com escassez de recursos humanos de USP, as equipas viram-se obrigadas a socorrer-se de outros profissionais dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com destaque para Internos de Formação Específica (IFE) em MGF, que abraçaram a causa desde o primeiro dia. Criou-se uma equipa motivada, formada por profissionais que voluntariamente estenderam o seu horário, por perceberem que a sua colaboração se revestia da máxima importância na tentativa de combate à pandemia.

O isolamento precoce dos indivíduos expostos, a testagem precoce dos coabitantes e/ou contactos de risco sintomáticos, permitiu maior celeridade na deteção dos casos e, conseqüentemente, controlo de surtos. Apesar de ter sido impossível evitar falhas, atribuível ao facto de nunca se ter vivido uma situação semelhante nos últimos anos, o controlo epidemiológico não seria possível sem a cooperação de vários profissionais de saúde. O processo de rastreio de contactos e implementação de medidas adequadas de iso-

lamento é um dos elementos-chave para a limitação da propagação da pandemia em contexto comunitário, algo que ficou dificultado quando o Vale do Sousa Norte constituiu, num período não desprezível, o epicentro da pandemia a nível nacional. Assim, sem esta colaboração, o processo teria sido muito mais moroso e, conseqüentemente, com mais riscos para a população. Além disso, este ganho temporal foi fundamental para que os utentes se sentissem acompanhados e conseguissem esclarecimento das dúvidas que surgiram no contexto desta nova realidade.

Neste âmbito, as Internas tiveram um papel ativo na investigação epidemiológica, colaborando com a SP, para identificação de contactos de risco com utente infetado, avaliação e estratificação de risco de exposição, implementação de medidas de isolamento dos contactos de alto risco, bem como, vigilância ativa e orientação adequada dos mesmos. Tiveram ainda oportunidade de lidar de perto com o processo de notificação de casos suspeitos ou confirmados em plataforma apropriada (SINAVE).

Foi um período de grandes desafios nos CSP, com moldagem constante da organização e da atividade assistencial, adaptando-se a novas formas de contacto, prezando-se a manutenção da acessibilidade aos utentes. Acrescendo a estas atividades, vieram as múltiplas tarefas diárias de vigilância dos utentes Covid-19 positivos que, maioritariamente, foram seguidos pelos seus Médicos de Família (MF). A relação privilegiada dos MF com os seus utentes, permite-lhes ter o conhecimento do seu contexto familiar e comunitário, o qual auxiliou o trabalho da USP. Assim, eles próprios assumiram o papel de agentes de saúde pública, sinalizando novos casos de infeção e auxiliando no processo inicial de isolamento dos coabitantes. Este papel proactivo compensou o atraso compreensível do contacto com os utentes pelas equipas de saúde pública, que travavam uma onda galopante de casos.

Os MF que sempre estiveram presentes na vida do indivíduo e do seu seio familiar, assumiram uma posição central junto dos utentes infetados,

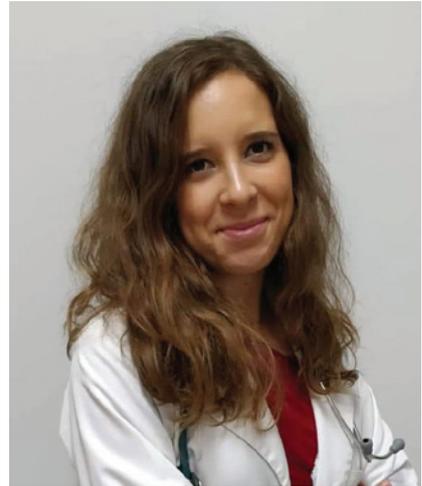
na prestação de cuidados humanizados, gerindo não só a situação clínica como a esfera emocional, tendo constituído uma fonte de apoio fundamental para os utentes que se viram privados da sua rede de apoio habitual. Para estas atividades de vigilância dos utentes infetados, as Internas tiveram também um papel central, não só pela vigilância sobreativa dos casos, como na formação e organização dos profissionais de Unidade nestas atividades. Além disso, o facto das Internas terem auxiliado a SP, permitiu que se estabelecesse uma ponte de comunicação eficaz entre a SP e a MGF, o que permitiu o esclarecimento de dúvidas dos profissionais e, paralelamente, que o processo de controlo de transmissão de infeção na comunidade fosse mais eficiente.

O apoio prestado à USP inseriu-se numa lógica de cooperação que, apesar de ocorrer esporadicamente no passado, se aprofundou ao longo da presente pandemia. Foi sem dúvida uma colaboração essencial no combate à pandemia a nível regional. Porém, só foi possível devido a uma enorme entrega e dedicação, com horas de trabalho, por vezes infinitas, de todos os profissionais envolvidos. As Internas desdobraram-se em diferentes tarefas e estiveram sempre disponíveis, mesmo que, muitas vezes, com prejuízo no que toca à esfera pessoal e familiar, aspeto crucial para a evicção do desgaste psicológico que se tem vindo a sentir. Ainda assim, o espírito de missão tem prevalecido e os utentes têm sempre uma porta aberta numa altura em que os serviços de saúde trabalham no limite das suas capacidades.

Têm sido, sem dúvida, uns meses desafiantes e trabalhosos, mas esta experiência tem permitido verificar que fazemos diferença junto da população. Assim, a MGF e a SP complementam-se ao promover a saúde do indivíduo e da população, algo que se evidenciou nas circunstâncias atuais. Foi uma experiência única, com todos os prós e contras, que fez entender que, perante uma adversidade, os médicos de MGF assumem um papel central junto dos seus utentes. As Internas consideram ter saído mais capacitadas para o seu futuro enquanto especialista em MGF.

DANIELA CATALÃO

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar
no ACES Grande Porto VIII, Espinho/Gaia



Saúde mental no período pós-natal em tempos de pandemia

A saúde mental no período pós-natal sempre teve grande relevância na prática clínica da Medicina Geral e Familiar, estando a sua importância aumentada em tempos de pandemia, nos quais as famílias se encontram confinadas e isoladas. No meio de todos os cuidados prestados à mãe e ao bebé, não podem ser esquecidos os rastreios relacionados com a parte psicológica e o reforço do seguimento nesta área, desde o acompanhamento na gravidez, ao apoio no puerpério, amamentação e suporte nas competências parentais. Os cuidados de saúde primários são aqueles que têm maior contacto com toda a família, o que permite exercer cuidados individualizados, biopsicossociais e holísticos. Num momento de grande vulnerabilidade, todas as intervenções têm um impacto importante, sendo que o médico passou a ser dos únicos contactos sociais no pós-parto. Devemos apoiar e investir nesta área mais do que nunca, promovendo uma saúde mental íntegra em cada elemento da família.

O período pós-natal representa uma altura de fragilidade da figura materna e da própria família. É um tempo único de muito amor e felicidade, mas também de grandes emoções, obstáculos e metas a cumprir. As relações humanas e um seio familiar com uma saúde mental equilibrada, permitem à criança sentir-se segura, ter curiosidade de explorar para além de si mesma e criar relações saudáveis com outros elementos que não os cuidadores.

Num mundo pré-pandemia, os sinais de alerta para estados de blues ou depressão pós-parto eram muitas vezes identificados por familiares ou amigos próximos, situação que agora se encontra muito dificultada pelo isolamento social. Desta forma, é cada vez mais importante o rastreio destas patologias pela equipa de saúde a nível dos cuidados de saúde primários. Como médicos, devemos procurar sinais de tristeza, choro fácil, ansiedade, indiferença para com o bebé, desespero, apatia ou mesmo ideação suicida. Devemos recordar que estas mães foram grávidas confinadas, muitas delas já isoladas da sociedade há vários meses.

Nas primeiras consultas de vida preocupamo-nos muito com o exame objetivo da criança, com a alimentação, o sono, os acidentes, entre outros tópicos, que são tão importantes como a saúde mental. Apesar de o estado de blues pós-parto ser maioritariamente transitório, é necessário identificar logo desde o início da gravidez fatores que levem à evolução para depressão pós-parto, como problemas psiquiátricos prévios, problemas socioeconómicos, exclusão social, violência doméstica, mau relacionamento familiar, família monoparental, gravidez na adolescência, entre

outros. Para além dos fatores já conhecidos, a vulnerabilidade e o isolamento social levam ao aumento das dúvidas em várias áreas relacionadas com saúde infantil e puerpério, que devem ser atentamente esclarecidas, para evitar o recurso a pesquisas em fontes não confiáveis. A transformação de ferramentas vitais como as aulas de preparação para a parentalidade em formato virtual também tem contribuído para a sensação de desamparo, pois diminuiu a partilha de experiências com outras grávidas e a ligação aos enfermeiros prestadores destes serviços, que são muitas vezes os profissionais mais adequados para auxiliar nos cuidados ao bebé e na amamentação.

Hoje, vejo pais com olhos vazios no meio da enchente de informação que é ter um bebé e das noites mal dormidas, cheios de dúvidas que neste momento os mais próximos não sabem esclarecer. Vejo famílias isoladas, que não veem os avós, tios e primos. Pais que precisam sair de casa só para apanhar ar enquanto o bebé dorme a sua sesta, e não podem. Pais com medo de colocar os filhos em creches que podem ser veículos de transmissão de doenças e que estão constantemente a abrir e a encerrar o seu funcionamento. Vejo famílias preocupadas com o orçamento familiar, muitas delas com pelo menos um progenitor desempregado.

Os profissionais do Serviço Nacional de Saúde estão cansados, muitos deles em *burnout* pelas longas horas de trabalho, pela alteração constante do serviço atribuído e pela dificuldade em lidar com os utentes globalmente insatisfeitos, sentindo dificuldade de conexão com o outro ou mesmo com necessidade de distanciamento dos problemas psicológicos do outro. No meio disto, temos de encontrar ferramentas para aumentar a nossa resiliência de forma a prestarmos os melhores cuidados possíveis a esta população, que já se encontra tão perdida. Neste caso em específico, não podemos descurar nenhum aspeto, pois temos um ser totalmente dependente de uns pais que têm de ser capazes de lhe prestar os cuidados que necessita. E estes cuidados não são apenas de higiene ou de alimentação, são de afeto e ligação emocional. Não podemos esquecer que a geração que está a nascer encontrou um mundo onde a máscara cobre as expressões faciais (que é uma das coisas que os bebés nascem programados para ler e interagir), um mundo em que o toque de outras pessoas que não os pais é privado, crianças que não



conhecem outros colos, outros cheiros, outros ambientes se não o da própria casa. O casal passou, de partilhar este momento difícil com os mais próximos, para estar com o seu bebé a todas as horas do dia, ininterruptamente, sem auxílio. Não refletimos que a consulta médica é muitas vezes o único contacto social da semana e a importância que isso representa. Assim, devemos aplicar regularmente ferramentas que rastreiam a saúde mental, promover a entajuda parental, recebendo, se possível, o casal em consulta ou alternadamente, de forma a avaliar ambos os elementos. Devemos incentivar o contacto virtual com a família e amigos mais próximos, passeios higiénicos, atividade física (mesmo que em casa) e quando necessário marcar consultas mais frequentes ou referenciar imediatamente para apoio psicológico.

Este período de vida é de grande vulnerabilidade, sendo que as expectativas e a realidade são cenários frequentemente diferentes. Pais equilibrados e tranquilos geram filhos à sua semelhança. Mais do que nunca, o médico de família deve ajudar a desenvolver as competências parentais como uma forma de promoção da saúde, aplicando todos os princípios dos cuidados biopsicossociais desde o momento da formação do novo ser.

Bibliografia:

Kamran Hessami, Chiara Romanelli, Martina Chiurazzi & Mauro Cozzolino, COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2020, DOI: 10.1080/14767058.2020.1843155

DGS. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de Orientação para Profissionais; Lisboa, 2006

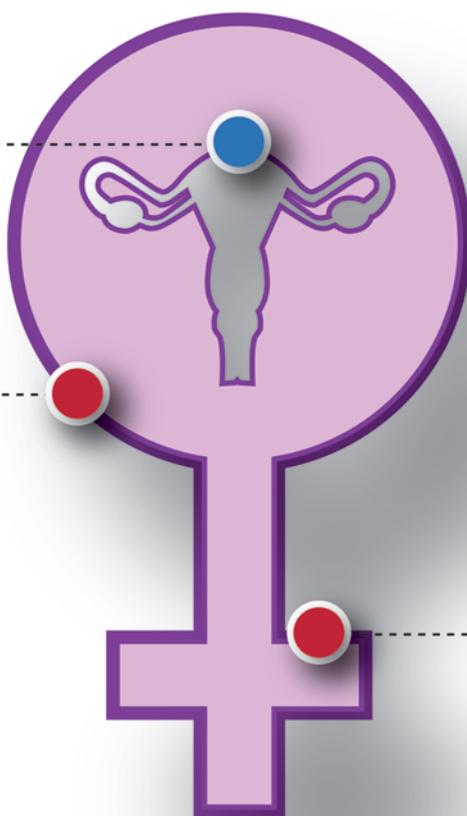
Acta Médica Portuguesa

Abril 2021

data de publicação online: 01 de abril

ARTIGO DE REVISÃO:

- Hemorragia uterina anormal em adolescentes: uma abordagem multidisciplinar
Acta Med Port 2021 Apr;34(4):291-297



ARTIGOS ORIGINAIS:

- Placenta acreta sobre cicatriz de cesariana: experiência de 10 anos de um centro terciário em Portugal
Acta Med Port 2021 Apr;34(4):266-271
- Impacto da analgesia do trabalho de parto na satisfação materna e expectativas relativamente ao parto num hospital terciário em Portugal: estudo prospetivo
Acta Med Port 2021 Apr;34(4):272-277

A revista científica da Ordem dos Médicos em <http://www.actamedicaportuguesa.com>



ACTA MÉDICA PORTUGUESA
• STUDENT

ACTA MÉDICA
PORTUGUESA



As variantes do SARS-CoV-2*

B.1.1.7, B.1.351, B.1.525, B.1.1.28, linhagem P1 e tantas outras, são algumas das novas siglas de linhagem de variantes do SARS-CoV-2 que estão apostadas em barrar todo o conhecimento que fomos adquirindo durante um ano de pandemia COVID-19.

Já todos ouvimos falar das novas variantes genéticas do vírus e já todos percebemos que, independentemente da sua origem, Reino Unido, África do Sul, Brasil-Manaus, Sul da Califórnia, Nova Iorque ou mais recentemente em França (a variante Breton foi descoberta na Bretanha no passado dia 13/03), elas podem ter características que lhes permitem tornar-se num super coronavírus, mais agressivo na sua expressão clínica, mais contagioso e mais resistente.

Os vírus, nomeadamente os vírus de RNA, como é o caso do SARS-CoV-2, podem sofrer mutações que alteram a sua conformação espacial. Muitas das mutações mais relevantes ocorrem na proteína S constituinte das espigas (conhecidas como *Spike*, em inglês), que já estamos habituados a ver representadas em pequenos picos à volta do vírus nas reproduções visuais do microrganismo.

As espigas do coronavírus têm um papel importante na adesão do vírus às células do nosso organismo. Ora, muitas das mutações da *Spike* conferem ao vírus uma maior capacidade de adesão às células, o vírus torna-se mais contagioso porque, mesmo em pequena quantidade terá maior probabilidade de entrar nas nossas células e de se multiplicar. A maior adesividade do vírus também lhe dará a capacidade de infetar com uma carga viral muito maior o que será um fator de mau prognóstico clínico.

Mas é também através da proteína *Spike* que as vacinas baseiam a sua ação. As imunoglobulinas circulantes (têm um importante papel no nosso sistema



CARLOS CORTES

Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

imunitário) do nosso organismo identificam o vírus ligando-se à proteína *Spike*, permitindo às nossas células de defesa imunitária, conhecidas como linfócitos, reconhecer o vírus e destruí-lo. Este é o princípio básico da imunidade conferida através de vacinas.

Mas, se o vírus sofre profundas mutações, os nossos anticorpos circulantes serão incapazes de o reconhecer e nenhuma das atuais vacinas terá a capacidade de nos proteger.

Todos estes fenómenos de mutação e aquisição de novas características do vírus estão a ser estudados em todo o mundo.

Já percebemos que algumas variantes adquiriram uma capacidade de contágio 50% superior, uma letalidade 30% superior ou mais, sintomas mais exuberantes e que outras variantes parecem poder conferir ao vírus resistência às vacinas ou à infeção prévia por COVID-19. Os primeiros dados disponíveis sobre a variante *Breton* francesa também sugerem que não é detetável pelo método diagnóstico de referência de biologia molecular, a RT-PCR. Nada que surpreenda a comunidade científica, dada a elevada capacidade de mutação deste vírus.

As novas variantes são uma preocupação importante e deveriam obrigar as autoridades de saúde a reagir, nomeadamente através da implementação de um Plano de testagem que inclua a identificação sistemática das variantes e das suas mutações em doentes positivos para SARS-CoV-2.

Uma das grandes características deste vírus é a sua capacidade para nos surpreender.

A nossa obrigação é desenvolvermos todos os esforços para estarmos sempre um passo à sua frente.

*crónica da autoria de Carlos Cortes publicada nos jornais Diário de Coimbra, Diário de Aveiro, Diário de Aveiro e Diário de Leiria.



Um (longo) ano de pandemia: o vírus e as variantes

"Precisamos de saber mais dados sobre a doença, temos de testar cada vez mais pessoas"

11 de março de 2020. Esta é a data que mudou o nosso mundo contemporâneo, com preocupação, medo, doença e fatalidades. Mas também esperança de vencer a hecatombe sanitária, social e económica que se abateu no mundo desde então. Não há como escapar: foi nesta data que, há um ano, a Organização Mundial da Saúde declarou a COVID-19 como pandemia manifestando, desde logo, grande preocupação em relação aos "níveis alarmantes de propagação".

O certo é que, volvidos 12 meses, o SARS-CoV-2 é responsável por 2,6 milhões de mortes em todo o mundo. Portugal registou, a 11 de março deste ano, 16.635 mortes associadas à COVID-19 e 811.948 casos de infeção pelo coronavírus SARS-CoV-2.

Mas nunca a história de uma vacina se traduziu em tanta rapidez e, de pronto, ressurgiram os sinais de esperança com a administração das vacinas. Tomando como referência o dia 11 de março e, segundo o boletim diário da DGS, na região Centro registaram-se, neste dia, mais 89 casos desta doença, acumulando-se 115.921 infeções e 2.962 mortos.

Este dia fica também marcado pela aprovação na Assembleia da República do 13º estado de emergência, em vigor até 31 de março para permitir aplicar as medidas de contenção à medida que se começava a antever um plano faseado de reabertura das escolas e de estabelecimentos comerciais.

Mas a perigosidade do vírus nunca abrandou, antes pelo contrário, e as variantes do vírus vieram demonstrar quão difícil é o combate a esta doença. O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

foi mostrando preocupação face aos sinais complexos das variantes do SARS-CoV-2 e deixando o alerta para a necessidade de encetar testagem em larga escala: "Necessitamos de identificar quadros clínicos graves, necessitamos de acautelar as circunstâncias da reinfeção, necessitamos de mapear o país e perceber quais os circuitos das variantes, precisamos de saber mais dados sobre a doença que nos atormenta há um ano e, para isso, temos de testar cada vez mais pessoas", justifica Carlos Cortes.

"Dada a necessidade e a importância de identificar sistematicamente as variantes de interesse clínico e epidemiológico do SARS-CoV-2 (variantes do Reino Unido, África do Sul, Brasil e Califórnia) nos doentes infetados, não deveremos hesitar e não podemos perder tempo. Temos de operacionalizar a identificação das variantes em Portugal em todos os doentes que teste positivo para SARS-CoV-2 de modo a adquirirmos mais conhecimento sobre o vírus e podermos assim tomar medidas epidemiológicas e clínicas mais ajustadas", explica Carlos Cortes, presidente da SRCOM.

À medida que Portugal mergulhava no 13º Estado de emergência, o número de internados em Unidade de Cuidados Intensivos dava sinais positivos de abrandamento, ficando aliás nos valores mais baixos desde o mês de outubro de 2020. Mas não se pode perder o foco e a atenção: no artigo de opinião que aqui reproduzimos, Carlos Cortes relembra: "uma das grandes características deste vírus é a sua capacidade para nos surpreender. A nossa obrigação é desenvolvermos todos os esforços para estarmos sempre um passo à sua frente".



VOLTAREMOS aos abraços

#ProtegeroFuturo

As vacinas
protegem
o futuro.
De todos,
de cada um.



SRCOM
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS

www.omcentro.com

Parceiros:



Proteger o Futuro: campanha de sensibilização

"A vacinação trouxe-nos uma nova esperança"

O Plano de vacinação elegeu os profissionais de saúde como grupo prioritário e face às dificuldades sentidas neste processo, a Ordem dos Médicos, em estreita colaboração com a task force nacional criada para este fim, coordenou a vacinação dos colegas do setor privado e social bem como de aposentados do SNS e que mantêm atividade clínica. Depois do Porto, Algarve e Lisboa, foi a vez de idêntica operação ser levada a cabo em Coimbra, mais precisamente no Centro de Saúde Militar de Coimbra onde, durante dois dias, decorreu a operação de vacinação aos médicos que ainda não tinham sido inoculados.

"Foi desenvolvido um trabalho muito complexo pela Ordem dos Médicos que só conseguiu obter êxito com a preciosa colaboração do Centro de Saúde Militar de Coimbra e dos seus profissionais", enalteceu Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM).

A pandemia controla-se no terreno. As vacinas são uma arma poderosa para ganhar a tão almejada imunidade de grupo para podermos voltar à nossa vida coletiva. É este o enfoque da campanha lançada no dia 24 de março, em Coimbra, (ver páginas seguintes), uma iniciativa em parceria com as escolas médicas da região Centro e que,



dado o atual contexto, será desenvolvida sobretudo nas plataformas digitais, designadamente no site e nas redes sociais. Esta nova campanha de sensibilização para a vacinação contra a COVID-19, sob o lema "Proteger o Futuro", inclui um guia prático que reúne informação para responder às principais dúvidas neste contexto. No lan-

Informação REGIÃO CENTRO

çamento da campanha, o presidente da SRCOM explicou aos jornalistas que o objetivo principal da campanha é transmitir uma mensagem de confiança e tranquilidade em relação à vacinação, elemento essencial que pode trazer a esperança de um futuro em que vencamos a pandemia. Mas “não podemos esquecer que, mesmo vacinados, temos de continuar a praticar as precauções que conhecemos, as três regras da máscara, distanciamento físico e higienização das mãos”, alertou Carlos Cortes.

“É o momento de nos unirmos todos. Só juntos é que conseguiremos dar um ponto final nesta pandemia”, assumiu Carlos Cortes, acrescentando ainda que “a vacinação é absolutamente fundamental para ultrapassar o momento pandémico e voltar à tranquilidade do nosso dia-a-dia”, venceu.

Justificando mais esta iniciativa pelo facto da SRCOM acompanhar a realidade do País com vários eventos ligados à comunidade, ciente das funções estatutárias da instituição, e, neste ano extremamente exigente sempre em contacto com as entidades ligadas ao Ministério da Saúde, Carlos Cortes recordou também a campanha “Respeito Pela Vida” levada a cabo no final de julho do ano passado para o cumprimento das regras de proteção à pandemia.

“A vacinação é um dever e uma postura cívica. Trata-se da principal arma de que dispomos para combater esta pandemia”, acentuou o presidente da SRCOM, perante os jornalistas.

Autora do guia da vacinação lançado no âmbito desta campanha, Carla Araújo, membro do Gabinete de Crise da Ordem dos Médicos, explicou: “Ainda não há qualquer fármaco para combater a pandemia, a vacinação é a melhor arma para a combater, ainda estamos a recuperar da terceira vaga e o futuro é incerto. Portanto, as vacinas são a verdadeira arma terapêutica que dispomos”.

O documento de 14 páginas, tem coordenação de Carlos Cortes e parceria dos responsáveis das escolas médicas da região Centro, instituições parceiras nesta iniciativa. Trata-se de um guia prático que visa reunir informações sobre vacinação para a COVID-19 e responder



às principais dúvidas da população. O guia é mais um contributo da SRCOM no âmbito da campanha #ProtegeroFuturo. Será distribuído e partilhado com toda a comunidade através das diferentes plataformas digitais da SRCOM.

Carlos Robalo Cordeiro, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, assumiu nesta conferência de imprensa: “Felicitamos o nome desta campanha: Proteger o Futuro. Para proteger o futuro é importante olharmos para o passado. As vacinas tiveram sempre um papel muito relevante ao longo da História, no controlo e na mudança da face da Saúde ao nível global”, sublinhou. Neste enquadramento histórico, o médico pneumologista e também membro do Gabinete de Crise da OM, lembrou há doenças infecciosas – como a varíola – que foi erradicada graças ao papel relevante da vacinação. “A FMUC associa-se, apoia e

promove esta campanha porque a forma de controlar a pandemia é através da vacinação, até que possam surgir opções terapêuticas”, disse ainda o professor catedrático.

Por seu turno, Miguel Castelo Branco, presidente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, defendeu a continuidade do processo de vacinação em Portugal “à maior velocidade possível”, almejando a melhor eficácia na prevenção à COVID-19. Participando nesta conferência de imprensa através de ligação remota, o professor catedrático lembrou que esta doença “é, nalguns casos, gravíssima” levando, nesta última fase, à ocupação quase integral da capacidade hospitalar existente. Algo de extrema gravidade, aludiu, uma vez que “as outras doenças, nomeadamente as crónicas, ficam arredadas de tratamento”. Miguel Castelo Branco lembrou que a academia e as escolas médicas da região estão coesas e atentas às necessidades, destacando também o papel muito ativo da parte da comunidade estudantil. Os responsáveis das duas faculdades agradeceram o envolvimento nesta campanha e manifestaram disponibilidade para prosseguir a estreita cooperação e parceria com a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

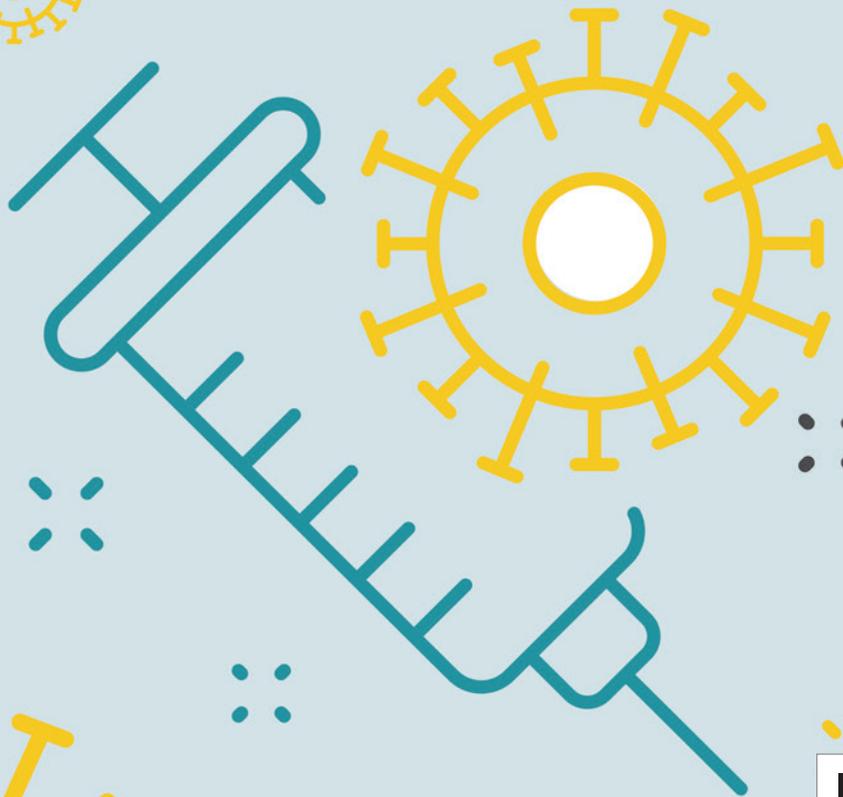
#ProtegeroFuturo



SRCOM
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS

COVID-19 GUIA DA VACINAÇÃO

www.omcentro.com



O QUE TEM DE SABER





COVID-19

Ordem dos Médicos do Centro destaca "notável resposta" do Hospital de Ovar em período de crise sanitária

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), após visita ao Hospital Dr. Francisco Zagalo, em Ovar, destaca o trabalho desta instituição perante os desafios que enfrentou devido à pandemia COVID-19. "É um hospital que deu uma resposta notável. Estamos a falar de um hospital de proximidade, que está atento às necessidades da população – tentando dar as melhores respostas que tem crescido em termos de dimensão, modernização e diferenciação", destacou o presidente da SRCOM.

Após a visita, no âmbito da qual foi recebido pelo diretor clínico, Rui Lopes Dias, e pela enfermeira diretora, Mariana Fragateiro, o presidente da SRCOM expressou a importância desta unidade hospitalar numa fase especialmente complexa.

"Deu uma grande resposta no combate à pandemia causada pelo SARS-CoV-2", uma vez que teve "grande capacidade de adaptação àquelas que são as necessidades da área de influência, apesar do esforço notável, trabalharam por uma causa que é salvar e melhorar a vida das pessoas", assinalou Carlos Cortes.

Um ano depois do concelho Ovar estar sob cerca sanitária, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos quis destacar o trabalho, o empenho e a capacidade de adaptação desta unidade a uma adversidade sanitária sem precedentes.

"O Hospital Dr. Francisco Zagalo deu um inestimável contributo para a resposta assistencial e foi um exemplo para o País, na medida das suas atribuições e capacidade de resposta", destaca Carlos Cortes, que destacou ainda o "trabalho exemplar" da autarquia na resposta aos problemas das populações neste contexto de pandemia.

Conclui Carlos Cortes: "Ovar é um exemplo de capacidade de resposta, de gestão da crise sanitária, da interligação entre entidades e da capacidade de enfrentar a situação pandémica".

A SRCOM prosseguirá as visitas às unidades de saúde da região para avaliar a abordagem, as respostas e as medidas excecionais implementadas face à pandemia.

“Projetos Inovadores em Saúde” é uma iniciativa conjunta que resulta de uma parceria estabelecida entre a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) as respetivas sub-regiões (Porto, Braga, Viana do Castelo, Vila Real e Bragança) e pretende dar a conhecer projetos inovadores de gestão clínica desenvolvidos por médicos no âmbito da região Norte do país. Dadas as atuais limitações impostas pela atual pandemia, que inviabilizam iniciativas de contacto presencial, decidimos dar início a esta iniciativa com a apresentação regular destes projetos, envolvendo o testemunho e partilha dos colegas responsáveis.

Nesta rubrica contamos com a apresentação de dois projetos: i) Programa de Qualidade nas Artroplastias, do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, e ii) Telemonitorização na Insuficiência Cardíaca, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), Viana do Castelo.



projetos
inovadores
em saúde



Projeto #1

Programa de Qualidade nas Artroplastias

Apresentação

“O Programa de Qualidade nas Artroplastias (PQA) surgiu em 2002 no Serviço de Ortopedia do CHEDV, fruto da nossa preocupação em aumentar a qualidade e eficiência no atendimento aos nossos utentes. Desde muito cedo verificámos que o número de artroplastias da anca e joelho a realizar por ano era elevado e com tendência para aumentar nos anos seguintes. Sendo reduzido o número de camas disponíveis e tornando-se cada vez mais importante rentabilizar os meios de que dispúnhamos, sem descurar a qualidade dos serviços prestados e simultaneamente melhorar a relação com os utentes, foi desenvolvido este programa”.

Por António Miranda, especialista em Ortopedia, diretor do serviço de Ortopedia no Hospital de São Sebastião, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV), Santa Maria da Feira



Informação REGIÃO NORTE

(nortemédico) – Qual é o principal objetivo ou inovação deste projeto?

(António Miranda) – O programa visa os seguintes objetivos: reduzir os tempos de internamento, coordenar os serviços hospitalares prestados com os cuidados no domicílio, melhorar a eficiência e rentabilidade do bloco operatório e fomentar a informação ao doente no pré e no pós-operatório. Estas preocupações não são novas. Já nos anos 80 surgiram nos EUA, na Flórida, centros com protocolos deste tipo, e em 1998 foi criado na Holanda um centro denominado “Joint-Care”, onde fomos “beber” a inspiração para desenvolver o nosso projeto, adaptado à nossa realidade, mas com a mesma motivação. Em vários países existem hoje variadíssimas variantes dos projetos iniciais.

Quem são os intervenientes no projeto?

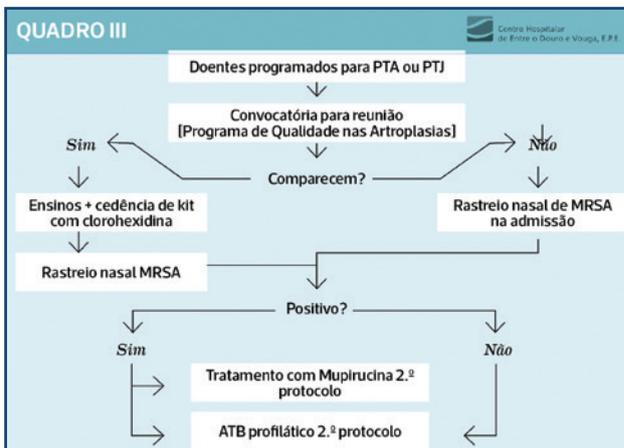
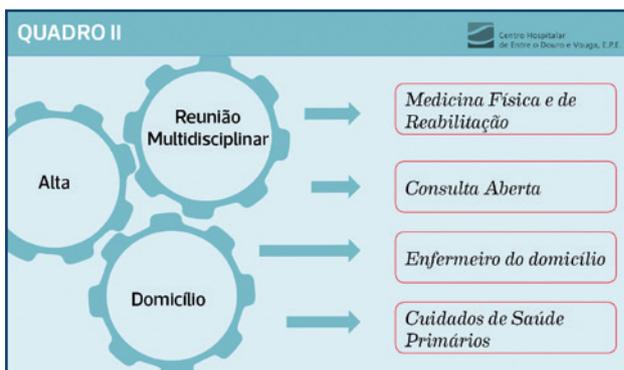
O nosso PQA, que recebeu um Diploma de Mérito no Fórum SNS+ Inovação, em 2017, é um programa de gestão e de controlo clínico, centralizado no bem estar do doente, realizado por uma equipa multidisciplinar que inclui um Ortopedista que é o coordenador, enfermeiros do internamento, reabilitação e do domicílio, um médico de Medicina Física e Reabilitação, um Anestesiologista e uma Assistente Social.

Qual é o público-alvo?

Todo o processo tem início na consulta externa, quando o doente é proposto para uma artroplastia da anca ou do joelho. Após o agendamento da cirurgia, é efetuado todo o estudo pré-operatório necessário. Com uma antecedência ideal de pelo menos 1 mês, o doente é convocado posteriormente para uma reunião com a equipa multidisciplinar, onde lhe é apresentado e devidamente explicado todo o processo que vai levar à realização da sua artroplastia. Aqui se inclui, desde logo, a descrição sumária da cirurgia que vai realizar, o processo anestésico e a fase pós-operatória até à alta e posterior autonomia completa. Para auxiliar o desenvolvimento deste trabalho foram criados protocolos de tratamento pré, peri e pós-operatórios contidos num folheto informativo, entregue ao utente, e ainda um vídeo exibido nessa reunião. O utente torna-se assim num participante ativo e interessado no seu próprio processo de tratamento, tendo a oportunidade de colocar todas as suas dúvidas e até de trocar impressões com aqueles que já passaram pelo mesmo processo.



Utentes participam numa reunião com a equipa multidisciplinar.



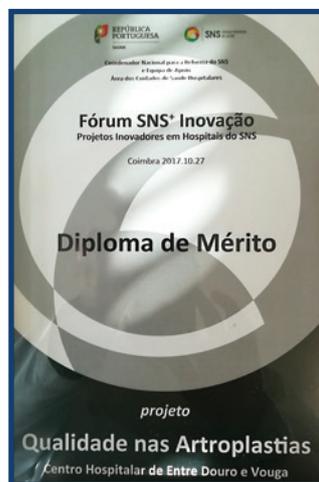
Folhetos informativos disponibilizados aos utentes.

Considera que este é um projeto que se traduz numa melhoria da qualidade, eficiência ou humanização dos cuidados de saúde prestados aos doentes?

Uma das novidades deste programa é a de permitir e até incentivar a presença do “cuidador”. O envolvimento de quem vai prestar os cuidados no domicílio aos nossos utentes e o esclarecimento de todas as suas preocupações é também fundamental para nós. De igual forma, a possibilidade de o nosso serviço contar com o apoio de um enfermeiro de domicílio é uma mais valia que transmite segurança ao doente e aos seus familiares e contribui de forma determinante para uma alta mais precoce. Este programa facultava ainda a avaliação de satisfação do utente potenciando a melhoria e correções nos serviços prestados, como se pode verificar nos quadros I e II, que resumem todos os períodos do programa.

Os cuidadores têm aqui um papel preponderante...

Não é por demais enfatizar que a informação esclarecida aos utentes e cuidadores se tornou fundamental para gerir as suas expectativas e permitir, sem qualquer conflito, altas precoces para benefício de todos. No quadro II também se refere a criação de uma “consulta aberta” que não é mais do que a possibilidade de o doente, com suspeita de alguma complicação, se poder dirigir à consulta externa de Ortopedia, entre as 9 e as 18 horas de 2ª a 6ª feira, evitando recorrer ao já congestionado Serviço de Urgência. Assim se podem detetar infeções precoces e fenómenos tromboembólicos, por exemplo.



O Programa de Qualidade nas Artroplastias foi distinguido em 2017 pelo Fórum SNS+Inovação-Projetos Inovadores em Hospitais do SNS.



Dr. António Miranda, Diretor do Serviço de Ortopedia do CHEDV, Enf.ª Cláudia Sousa e Dr. Sílvio Dias, dois dos principais “obreiros” do PQA.

Qual será o seu impacto na comunidade médica, doentes e sociedade em geral?

Em 2016, aproveitando a realização destas reuniões com os utentes, criou-se um desenvolvimento deste programa, passando a fazer-se também o rastreio do MSRA (Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina) nasal, procedendo-se ao tratamento dos doentes com teste positivo conforme se mostra no Quadro III. Trabalhamos todos por objetivos, a equipa e os utentes. O gradual atingimento das metas estabelecidas é que decidem a alta hospitalar e não o cumprimento exclusivo de determinados dias de internamento. Estes, estão reduzidos em média para três. Em conclusão, todo este programa e o fornecimento de toda a informação reduz a ansiedade e medo para as cirurgias. Permite estabelecer protocolos e tratamentos uniformizados e manifesta aos utentes a nossa preocupação pelo seu bem-estar, tornando-o parceiro no seu próprio tratamento.

Quais são as expetativas?

O PQA promove a satisfação do doente, reduz os dias de internamento, libertando camas para melhorar os tempos de espera e dá uma boa imagem da instituição. O PQA implica apenas uma boa gestão de recursos humanos envolvidos na elaboração do mesmo, disponibilizando algum tempo da sua atividade, mas não significando aumento de custos, antes pelo contrário. Reduz sim, de forma significativa, os custos diretos e indiretos associados à realização das artroplastias. Podemos hoje falar de um sucesso consistente e a utilização cada vez mais frequente de técnicas cirúrgicas mini-invasivas trará, ainda, melhores resultados para o futuro.



Projeto #2

Telemonitorização na Insuficiência Cardíaca

A crescente prevalência de doenças crónicas exerce uma pressão cada vez maior nos sistemas de saúde. As novas tecnologias associadas à telemonitorização revelam-se um importante recurso para os sistemas de saúde, permitindo aos doentes fazerem a auto gestão da sua doença e ao mesmo tempo melhorar a capacidade de resposta dos cuidados de saúde.

Apresentação

O projeto “Telemonitorização na Insuficiência Cardíaca” é um programa de acompanhamento, no domicílio, de doentes com Insuficiência Cardíaca. Dotando os doentes da capacidade de se auto-monitorizarem (ou os seus familiares), com equipamento simples de manipular, mas ligado em rede à plataforma central, permite à equipa clínica aceder, em tempo real, aos parâmetros do doente que está no seu domicílio. Através da monitorização diária de alguns parâmetros clínicos, nomeadamente pressão arterial, frequência cardíaca, peso corporal, frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio e temperatura corporal, é possível manter um seguimento contínuo destes doentes, identificando precocemente sinais de descompensação clínica, evitando agudizações e recursos desnecessários às unidades hospitalares. Adicionalmente, neste projeto, é ainda obtido, em regime semanal, um traçado electrocardiográfico (também este realizado pelo próprio utente), o que permite identificação de arritmias assintomáticas.



Por Ana Nascimento, assistente hospitalar de Medicina Interna no Hospital de Santa Luzia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), Viana do Castelo
Coordenadora da Consulta de Medicina Interna – Insuficiência Cardíaca da ULSAM



(nortemédico) – Qual é o principal objetivo ou inovação deste projeto?

(Ana Nascimento) – Este projeto, visa promover um acompanhamento contínuo dos doentes através da telemonitorização, envolvendo o doente e familiares na gestão da doença. Assim contribui para melhorar a qualidade de vida dos doentes e observar ganhos em saúde através da integração dos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares, com recurso a uma abordagem centrada no doente.

Quem são os intervenientes no projeto?

O programa envolve 3 níveis de intervenção. Por um lado, está o doente e seus cuidadores que, sendo dotados de equipamentos para avaliação dos parâmetros já descritos, são capacitados para gerir a doença, tendo a possibilidade de contactar quer a equipa clínica quer a equipa técnica sempre que necessário. Depois temos a equipa técnica, que é responsável pela disponibilização dos meios técnicos necessários, formação do doente no que respeita aos equipamentos, manutenção dos equipamentos e gestão em tempo real das falhas técnicas. Por fim, temos a equipa clínica, que inclui o enfermeiro e o médico. Ao enfermeiro cabe a gestão clínica de todos os doentes através da vigilância dos parâmetros telemonitorizado. Perante um alarme, o enfermeiro consulta a ficha do doente e contacta com o próprio ou seu cuidador, por via telefónica, para validar o alarme. Perante a confirmação de uma alteração clínica é contactado o médico e são efetuados ajustes de acordo com os protocolos estabelecidos, ou, caso necessário, é agilizadada visita médica.

Qual é o público-alvo?

Este projeto visa utentes com diagnóstico de insuficiência cardíaca com base nos critérios da Sociedade Europeia de Cardiologia, em classe funcional da NYHA II-III, e com registo de internamento hospitalar ou mais de duas idas ao serviço de urgência por insuficiência cardíaca no último ano. Ou seja, doentes com maior instabilidade clínica e que sabemos terem pior prognóstico e maior risco de agudização da sua insuficiência cardíaca, motivo pelo qual são os que mais beneficiam de um acompanhamento mais próximo e contínuo.

Considera que este é um projeto que se traduz numa melhoria da qualidade, eficiência ou humanização dos cuidados de saúde prestados aos doentes?

Este projeto assenta na capacitação do doente e seus cuidadores para a gestão da doença e, simultaneamente, garante um contacto direto com a equipa clínica que identifica sinais de alarme ainda antes do utente ter qualquer sintomatologia que o preocupe.



Ana Nascimento e João Silva (enfermeiro), no “Centro de TeleSaúde”, um espaço de receção e coordenação dos dados clínicos.

Informação REGIÃO NORTE

Isto reflete-se numa maior segurança para o utente, que se sente mais vigiado e mais confiante, permitindo melhorar a sua qualidade de vida, e simultaneamente sentir-se mais próximo da equipa clínica. Por outro lado, ao seguir de forma proativa e contínua as flutuações das condições de cada paciente, permitimo-nos uma reação atempada adiando o mais possível o agravamento e progressão da doença e assim trazendo uma maior eficiência na gestão da doença.

Qual será o seu impacto na comunidade médica, doentes e sociedade em geral?

Este projeto tem, na minha opinião, dois pontos que considero cruciais na gestão das doenças crónicas, como é o caso da Insuficiência Cardíaca. Por um lado, faz com que nós, comunidade médica, fiquemos mais próximos dos doentes e seus cuidadores, ficando mais envolvidos na globalidade da dinâmica da doença (que não depende apenas de sintomas e terapêuticas em curso, mas também de dinâmicas familiares e condições sociais). E por outro lado, faz com o doente e/ou seus cuidadores sejam capacitados de meios e conhecimentos que lhe permitam ter papel ativo na gestão da doença.

Quais são as expectativas?

Os grandes objetivos deste projeto são: reduzir o número de internamentos anuais por causa cardiovascular; reduzir a demora média dos internamentos; e reduzir o número das exacerbações por insuficiência cardíaca com recurso ao serviço de urgência, outros serviços hospitalares ou consultas, por doente em programa.

Qual é a sua opinião sobre esta nova iniciativa do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM)?

As doenças crónicas como a Insuficiência Cardíaca, a DPOC e outras têm um enorme impacto na vida dos utentes e acarretam custos elevados em saúde, sobretudo à custa das descompensações. Desta forma, a criação e investimento em projetos centrados no doente e que permitam, cada vez mais, um acompanhamento personalizado e uma identificação e tratamento mais precoce de agudizações é crucial e urgente. Só assim conseguiremos garantir melhor qualidade de vida para os nossos doentes e fornecer melhores cuidados em saúde.



Região Sul mantém certificação de qualidade

A Região do Sul da Ordem dos Médicos recebeu, no final de 2020, a confirmação da Manutenção da Certificação de Qualidade atribuída originalmente a 30 de dezembro de 2019, de acordo com a norma NP EN ISO 9001:2015.

O certificado de qualidade que vigora desde o final de 2019 é válido por três anos e sujeito a auditoria anual. Foi o que aconteceu em dezembro de 2020, com o resultado final favorável à manutenção da certificação.



Campanha



SALVAMOS VIDAS JUNTOS

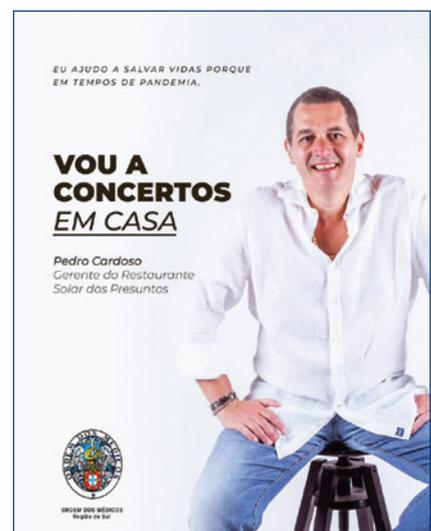
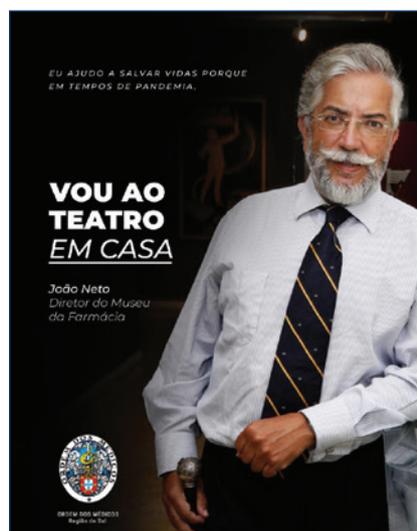
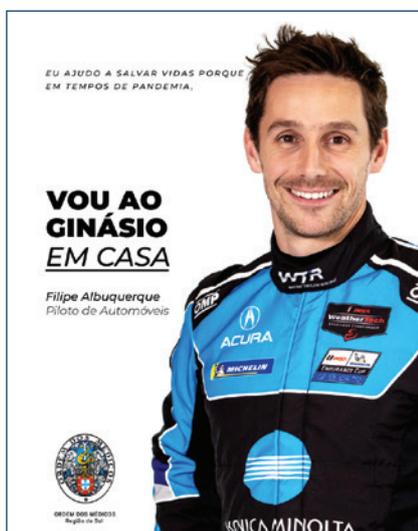
reconhecidos e históricos atores, Simone de Oliveira e Victor de Sousa, Pedro Cardoso (Solar dos Presuntos), Rui Brito (Galeria 111), João Neto (diretor do Museu da Farmácia) e Filipe Albuquerque (piloto de automóveis, campeão mundial de resistência na classe LMP2) aderiram à iniciativa do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos lançou uma campanha de sensibilização para os comportamentos responsáveis para enfrentar a pandemia por covid-19. Sob o lema geral SALVAMOS VIDAS JUNTOS, a campanha usou os perfis das redes sociais da Região do Sul, Facebook e Instagram, e estendeu-se por duas fases; uma delas com imagens anónimas e outra com imagens de figuras públicas que aconselhavam a usar os meios que têm em casa para fazer as suas atividades e momentos de lazer.

Seis figuras públicas aderiram a esta campanha, o que ajudou à sua notoriedade e divulgação. Dois

A primeira entrada da campanha online foi a 24 de fevereiro, com a primeira imagem geral «SALVAMOS VIDAS JUNTOS». Nos dias seguintes, entraram imagens gerais até que a 28 de fevereiro entrou a participação das figuras públicas que colaboraram com a OM Sul na campanha.

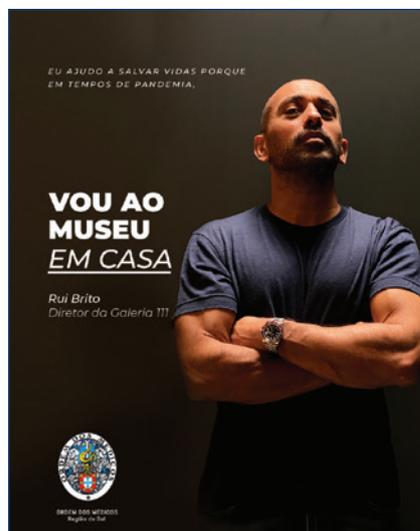
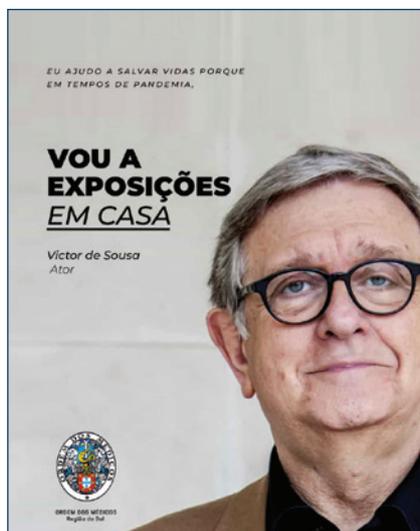
As mensagens associadas à imagem destas figuras públicas referiam-se às novas formas de participação em eventos ou a momentos de lazer de que todos podemos para já usufruir na tranquilidade e segurança dos lares. “Vou ao ginásio em casa” (Filipe Albuquerque), “Vou ao restaurante em casa” (Simone de Oliveira), “Vou ao museu em casa” (Rui





Brito), "Vou a concertos em casa" (Pedro Cardoso), "Vou a exposições em casa" (Victor de Sousa) e "Vou ao teatro em casa" (João Neto) foram as mensagens divulgadas.

A campanha teve um impacto forte nas redes sociais. é de registar que a publicação mais eficaz no perfil de Facebook alcançou mais de 14.500 pessoas e meio milhar de interações.



OM Sul apoiou IPST

Uma sessão de colheita aberta a todos decorreu no Dia Nacional do Dador de Sangue (27 de março), com a resposta positiva de muitos médicos e de outros dadores. No final, a Presidente do IPST saudou a iniciativa da Ordem dos Médicos do Sul e manifestou o desejo de a ver repetida. O presidente do Conselho Regional do Sul admitiu de imediato ser possível que sessões deste tipo se passem a fazer com regularidade.

Os médicos corresponderam e marcaram presença numa sessão de colheita de sangue, que se realizou nas instalações da Ordem dos Médicos do Sul, em Lisboa. A iniciativa mereceu elogios da presidente do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), que marcou presença no final da sessão.

Maria Antónia Escoval disse na altura que se tratou de "uma excelente iniciativa, que abre a Ordem dos Médicos à população e que permite também aos médicos fazer mais uma dádiva, para além do seu trabalho, em prol dos doentes". A presidente do IPST acrescentou ainda que esta ação revela também "a abertura de uma instituição a toda a população - o que é invulgar -" e defendeu que, "com a periodicidade que a Ordem dos Médicos entender ela se repita muitas vezes", dado que os seus resultados foram muito positivos no número de dádivas colhidas.

Por seu turno, o presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, que foi um dos médicos que doou sangue na sessão, recordou que "os médicos sabem da necessidade de ter sangue para salvar vidas e foram eles próprios aqui que se dispuseram a fazer esta dádiva, num sábado, tem um simbolismo especial, porque durante a semana focaram-se no seu trabalho e no combate à doença e depois vieram aqui, à Ordem dos Médicos fazer a sua dádiva de sangue".

Alexandre Valentim Lourenço recebeu a sugestão da presidente do IPST de repetir estas sessões com muito agrado e considerou que o Conselho Regional do Sul já estava a ponderar a realização da iniciativa "com regularidade" e que "sendo inédito na Ordem não será a última vez com certeza". "A forma como os médicos aderiram marcando presença durante toda a manhã mostra a im-



portância de repetirmos esta iniciativa, até porque muitos manifestaram esse interesse de voltar", concluiu.

A sessão foi divulgada por mail para todos os médicos da Região do Sul e no site e nas redes sociais da OM Sul e quase meia centena de médicos corresponderam ao apelo para doarem o seu sangue.

em colheita de sangue



Bem cedo, os colaboradores do Instituto do Sangue e da Transplantação montaram no espaço as cadeiras de colheita, os dois gabinetes médicos para a consulta de triagem e a área de inscrições. Os dadores começaram a chegar ainda antes das 9h30 e fizeram a dádiva num espaço aberto e cumprindo todas as condições de segurança. No final da sessão, esteve presente a Presidente do IPST, Maria Antónia Escoval

(com o vogal Victor Marques), o presidente e o vice-presidente do Conselho Regional do Sul, Alexandre Valentim Lourenço e Jorge Penedo, e a diretora do Centro Regional de Lisboa do IPST, Eugénia Vasconcelos.

A sessão de colheita de sangue realizou-se no Salão de Eventos da Ordem dos Médicos, com o apoio do Restaurante Pátio Velho, que forneceu alimentação para os dadores.



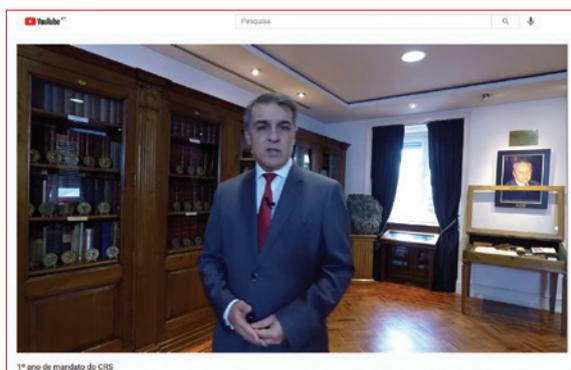
Canal Youtube

Ordem dos Médicos Região do Sul

A Região do Sul da Ordem dos Médicos dispõe de um canal no Youtube, que pode pesquisar por **Ordem dos Médicos Região do Sul** nesta plataforma.

Neste canal podem ser visualizadas iniciativas que decorreram em formato digital, como o Juramento de Hipócrates de 2020 ou a Receção aos Internos, por ocasião do Dia Nacional do Doente, já este ano, mas também reproduções de entrevistas em TV dos dirigentes da Região do Sul ou de outros órgãos.

O canal serviu já também para plataforma de emissão em direto de iniciativas e mensagens do Conselho Regional do Sul e dá acesso também à exposição virtual de fotografias de José Fontes «Vida em imagens – Hospital Miguel Bombarda», organizada pelo Conselho Regional do Sul, ou a toda a campanha SALVAMOS VIDAS JUNTOS, que este órgão promoveu no início do ano.



seguro

responsabilidade¹ civil



A sua vida é cuidar
dos outros.
Para cuidar de si,
conte connosco.



Nenhuma profissão está livre de risco, e o maior risco de um Médico é tomar uma decisão errada. Tome a decisão certa e adquira o nosso seguro Responsabilidade Civil Profissional.

Destacamos que garantimos as despesas da sua representação em processos judiciais e indemnizações a terceiros em caso de:

- diagnóstico desadequado
- prescrição inadequada de medicamentos
- erro médico, entre outros

Contacte já um **Mediador Ageas Seguros** ou consulte www.ageas.pt/medicos

Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A.
Sede: Rua Gonçalo Sampaio, 39, Apart. 4076, 4002-001 Porto. Tel. 22 608 1100.
Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 503 454 109. Conservatória de Registo Comercial do Porto. Capital Social 7.500.000 Euros.

PUB. (01/2021). Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida.
Existem exclusões previstas na apólice.



um mundo para
proteger o seu

**31 DE MAIO
1, 2 E 3 DE JUNHO 2021**

23^o CONGRESSO
NACIONAL
DA **ORDEM**
DOS MÉDICOS



COIMBRA

**A CIÊNCIA EM TEMPO
DE PANDEMIA**

 www.23cnmom.pt

COM O APOIO:



CÂMARA MUNICIPAL
DE
COIMBRA