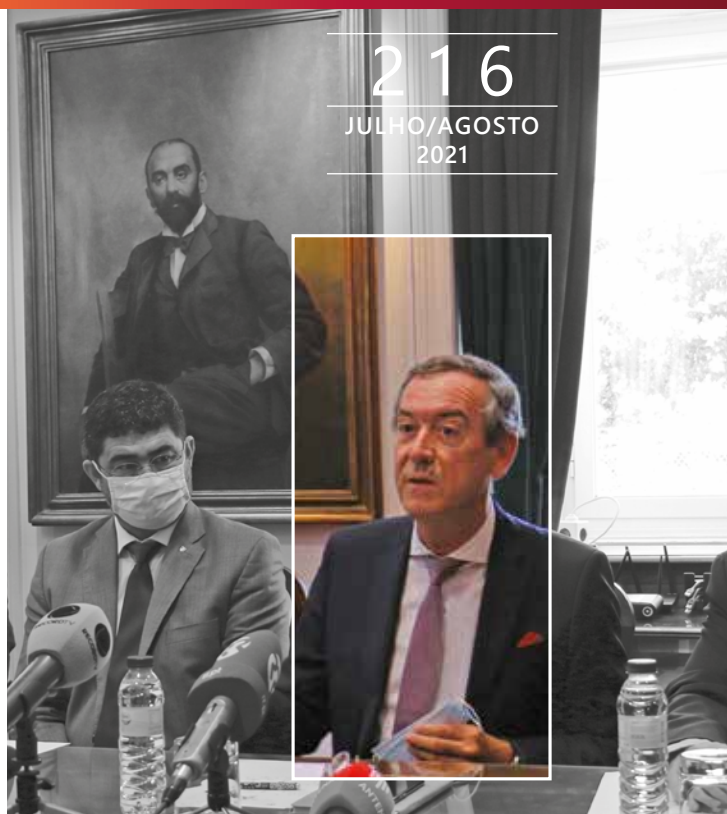




REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.ordemdosmedicos.pt

216

JULHO/AGOSTO
2021



OM DESENVOLVE INDICADOR GLOBAL

de avaliação do estado
da pandemia

SAÚDE EM DIA

Da pandemia à invisibilidade:
milhares de doentes com
pulseira "transparente"



NOVO LEXUS UX 300e 100% ELÉTRICO

SINTA A EMOÇÃO DE SER O PRIMEIRO

PROTOCOLO 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 216 - JULHO/AGOSTO 2021

	EDITORIAL
03	Medir para gerir ou gerir para medir?
06	BREVES
08	ENTREVISTA - Júlio Machado Vaz Nenhuma pandemia tem o poder de nos impor silêncio interior
15	TEMA DE CAPA OM desenvolve indicador global de avaliação do estado da pandemia
24	ENTREVISTA - Henrique Oliveira Há amadorismo na maneira como Portugal lida com a pandemia
30	ATUALIDADE Movimento Saúde em Dia Da pandemia à invisibilidade: milhares de doentes com pulseira "transparente"
38	Bastonário nos Açores promove diálogo e consensos
44	FORA DE ORDEM As pessoas em situação de sem-abrigo e o contexto de pandemia: fatores protetores e de promoção da saúde



Revista da Ordem dos Médicos: Ano 37 - N° 216 - JULHO/AGOSTO - 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 216 - JULHO/AGOSTO 2021

BAÚ DE MEMÓRIAS

- 46 52 anos depois do primeiro transplante de rim Portugal continua a liderar na área da transplantação

5 PERGUNTAS AOS COLÉGIOS

- 48 Medicina Física e de Reabilitação
49 Cardiologia

LEGES ARTIS

- 50 De Cantanhede para o mundo: vacina portuguesa contra a COVID-19 pronta para ensaios clínicos

- 52 ALTOS E BAIXOS

- 54 PROVA DOS FACTOS

CULTURA

- 56 A arte como elemento de identidade nacional

OPINIÃO

- 58 Consumo recreativo da canábis: uma perspetiva da Saúde Pública
60 Decisão Clínica na Teleconsulta
61 Qual o estado da sexualidade da mulher portuguesa?
62 Comunicação em Cuidados Paliativos

INFORMAÇÃO

- 63 Informação SRN
69 Informação SRS
75 Informação SRC



Medir para gerir ou gerir para medir?



MIGUEL GUIMARÃES

Bastonário da Ordem dos Médicos

Não há nenhum manual de gestão que não reforce a importância de medir para que seja possível trilhar um caminho de sucesso numa organização. Aliás, Kaplan e Norton são nomes frequentemente citados quando se avançam exemplos de modelos modernos que comprovam a importância de se medir para se poder gerir, sendo exemplo recorrente o chamado *Balanced Scorecard*, isto é, um sistema ou ferramenta que permite que a organização avalie o seu desempenho através de um conjunto de indicadores, fazendo esta ferramenta parte do processo de gestão. A pandemia, que vivemos há praticamente um ano e meio, veio reforçar precisamente a necessidade de conhecermos

o que fazemos para podermos saber que parte desse caminho precisamos de manter e que parte precisa de um novo rumo – com as fragilidades do Serviço Nacional de Saúde a ficarem à vista também no que a este tema diz respeito.

Não somos defensores de que os números são donos e senhores dos nossos caminhos. Métricas numéricas, sem indicadores de qualidade específicos associados, não servem o objetivo fundamental de uma gestão equilibrada centrada nos doentes e nos profissionais de saúde. Aliás, dizemos vezes sem conta que um doente não é uma linha de Excel, e que é preciso ir ao terreno e conversar com quem faz o SNS acontecer

todos os dias para perceber o real impacto das políticas e medidas definidas, ou até da sua ausência. Porém, defendemos que é preciso saber o que está a acontecer no terreno e que é importante que isso seja traduzido numa melhoria das condições da prática clínica e do acesso a cuidados de saúde – o que é muito diferente da maquilhagem estatística a que tantas vezes assistimos, com os números a serem trabalhados pela tutela a seu bel-prazer, com o único objetivo de dar a ideia de que o programa do Governo vai sendo cumprido, mas sem uma preocupação real em saber se os problemas das pessoas estão efetivamente a ser resolvidos.

Entendo que devemos medir para gerir e não cair na tentação de gerir para medir o que nos é conveniente da forma que nos convém. Essa tem sido uma das preocupações da Ordem dos Médicos, com o desafio da COVID-19 a levar-nos a ir mais longe na capacidade de intervenção. Foi com a preocupação de perceber o que está a acontecer, para fazer as recomendações adequadas, que lançámos há mais de um ano o Movimento Saúde em Dia. Em parceria com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, temos ouvido a população e analisado vários indicadores.

O retrato é desolador, como nos relata um artigo nesta edição da Revista da Ordem dos Médicos. Milhares e milhares de doentes continuam a ficar para trás, tanto nas consultas, como nas cirurgias ou nos exames complementares de diagnóstico e terapêutica, por falta de estratégia da tutela, que lançou há quase um ano um plano de recuperação que nunca saiu do papel. São, no fundo, doentes com uma pulseira "transparente", visto que muitos ainda nem sequer integram uma lista de espera, pelo simples facto de que nem conseguiram aceder ao sistema.

De forma politicamente duvidosa, mas sobretudo eticamente reprovável, o Ministério da Saúde olha para os números e escolhe os mais convenientes, focando-se por exemplo na redução da lista de espera para cirurgia, quando se compara os dados de agora com os que existiam em 2019. Problema: esquecem-se de dizer que as quebras nas primeiras consultas de especialidade, na ordem dos 30% a 50%, levaram a uma redução preocupante do acesso que se traduz, infelizmente, em menos doentes a aguardar pela cirurgia que continuam a precisar, muitas vezes com um agravamento da sua situação clínica. Gere-se para medir, em vez de se medir para gerir.

(...) as quebras nas primeiras consultas de especialidade, na ordem dos 30% a 50%, levaram a uma redução preocupante do acesso que se traduz, infelizmente, em menos doentes a aguardar pela cirurgia que continuam a precisar, muitas vezes com um agravamento da sua situação clínica. Gere-se para medir, em vez de se medir para gerir.

Todos reconhecemos que a pandemia é um desafio de dimensão inimaginável e que seria impossível respondermos a este desafio sem alguns custos. Mas persistir no erro, quando há massa crítica para fazer melhor, é incompreensível.

Todos reconhecemos que a pandemia é um desafio de dimensão inimaginável e que seria impossível respondermos a este desafio sem alguns custos. Mas persistir no erro, quando há massa crítica para fazer melhor, é incompreensível. Por exemplo, durante todo este tempo as decisões para combater a pandemia têm sido tomadas com base numa matriz de risco que está obsoleta e que já não acompanha uma fase diferente do vírus, muito em particular depois da aprovação das novas vacinas. A Ordem dos Médicos propôs há alguns meses uma prova de conceito para alterar a matriz, mas nunca houve qualquer interesse do Ministério da Saúde em ouvir-nos. De resto, é de frisar que a ministra da Saúde nunca reuniu com a Ordem dos Médicos durante o seu mandato.

Desta forma, juntámo-nos a uma equipa multidisciplinar do Instituto Superior Técnico e avançamos com a construção de um indicador multicritério que vos apresentamos nesta edição. O Indicador de Avaliação do Estado da Pandemia (IAP) representa uma ferramenta muito mais robusta e ágil para acompanhamento da evolução do SARS-CoV-2. Além de conseguir integrar dados mais atualizados, o IAP concilia dados relacionados com a atividade, como a incidência e a transmissibilidade (R_t), com dados de gravidade, isto é, com a letalidade, os internamentos em enfermaria e os internamentos em unidades de cuidados intensivos. Com este indicador, é possível antecipar e conjugar as medidas mais adequadas para proteger a saúde sem descuidar a economia, ao mesmo tempo que se dá previsibi-

lidade e segurança aos portugueses, ao ficarem a saber com o que contam em cada momento, motivando-os também para a adesão às medidas necessárias.

Lamentavelmente, é fácil antecipar que estes são contributos que o Ministério da Saúde vai meter na gaveta, tal como tem vindo a fazer com muitas recomendações da Ordem dos Médicos e com os dados do Saúde em Dia. O que importa é esconder os problemas e falar deles o menos possível. Se o problema não é medido não é preciso geri-lo, será a máxima de gestão da atual equipa governativa. Do lado da Ordem dos Médicos, continuaremos, dentro das nossas competências, a integrar e a dar eco a projetos que acreditamos serem transformadores. Porque, como diz Júlio Machado Vaz numa entrevista que publicamos nesta mesma edição, nenhuma pandemia tem o poder de nos impor o silêncio interior – e desses momentos de reflexão vão certamente continuar a brotar ideias e projetos que nos permitem cumprir a nossa missão estatutária de defender o superior interesse dos nossos doentes, sobretudo quando as pessoas pouco importam para quem está a gerir.

BASTONÁRIO DESTACA POSIÇÃO CIMEIRA DE PORTUGAL NA TRANSPLANTAÇÃO

No dia 20 de julho, Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação, a Ordem dos Médicos destacou a posição cimeira de Portugal nesta importante área da medicina. "Em 2020, Portugal ocupa um lugar que nos orgulha a nível internacional, surgindo em 11º no topo mundial do número total de transplantes por milhão de habitantes, e no caso específico dos transplantes hepáticos ocupamos mesmo a 6ª posição. Se olharmos para a colheita de órgãos de doadores falecidos por milhão de habitantes, o nosso país ocupa o 4º lugar a nível mundial", frisou Miguel Guimarães, bastonário da OM,

que lembrou como o país foi pioneiro neste campo, nomeadamente com a criação do Registo Nacional de Não-Doadores (RENNDA).



ORDEM DOS MÉDICOS CONGRATULA-SE COM EXTENSÃO DO PRAZO DAS RECEITAS MANUAIS

Alguns médicos ficaram impedidos, desde 30 de junho, de continuar a sua atividade, por não renovação da exceção legal que lhes permitia usar receitas manuais. A Ordem dos Médicos congratula-se que, após alertas e insistência do bastonário, o governo tenha prolongado até 30 de junho de 2022 a possibilidade dos médicos prescreverem receitas manuais, nos casos de inadaptação fundamentada do prescritor. Numa altura em que o acesso à saúde tem tido tantos entraves, a Ordem dos Médicos entendia como desnecessária e desaconselhada qualquer barreira administrativa adicional que colocasse mais dificuldades a quem precisa dos seus médicos. Por isso, a instituição congratula-se agora com esta extensão do prazo e informa que os médicos que se encontrem nestas condições deverão obter a respetiva confirmação e validação junto da região onde se encontram inscritos.



DGS RECUA EM NORMA QUE CRIAVA DESIGUALDADES E ENTROPIA NA VACINAÇÃO

A Direção-Geral da Saúde (DGS) anunciou, inicialmente, que a vacinação de jovens entre os 12 e os 15 anos iria avançar apenas para quem tinha comorbilidades, mas deixando em aberto a hipótese de todos os adolescentes poderem ser vacinados perante indicação médica. A OM alertou que a dependência de indicação médica criaria desigualdades e entropia num sistema já sobrecarregado, multiplicando contactos desnecessários, o que levou a DGS a recuar e a avançar com uma norma que prevê a vacinação só para quem apresenta comorbilidades. O bastonário Miguel Guimarães defende que há evidência científica suficiente para alargar a vacinação a todos os jovens, tendência seguida na maioria dos países europeus, mas, ainda assim, congratulou-se por a DGS optar por uma solução que não vai trazer mais injustiças ou acentuar dúvidas sobre o plano de vacinação. Miguel Guimarães tem defendido que as exceções, a existirem, não podem ser a regra.

ORDEM DOS MÉDICOS PEDE RÁPIDA REVISÃO DA NORMA SOBRE VACINAÇÃO DOS JOVENS



<https://www.dn.pt/sociedade/ordem-dos-medicos-apela-a-rapida-revisao-da-norma-sobre-vacao-dos-jovens--13999644.html>

ORDEM DOS MÉDICOS REITERA NECESSIDADE DE NOVA MATRIZ DE RISCO



<https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/ordem-dos-medicos-reitera-necessidade-de-nova-matriz-de-risco-13977692.html>

BASTONÁRIO ALERTA PARA TESTAGEM REGULAR NOS LARES E APONTA SUBIDA DA TAXA DE LETALIDADE



<https://eco.sapo.pt/2021/08/06/bastonario-alerta-para-testagem-regular-nos-lares-e-aponta-subida-da-taxa-de-letalidade/>

OM SAÚDA COMPARTICIPAÇÃO DE TESTES E PEDE ANTECIPAÇÃO



A Ordem dos Médicos defende há muito tempo o aumento da capacidade e periodicidade da testagem como fator crítico para antecipar o combate à pandemia e travar mais cedo as cadeias de contágio. É por isso que o bastonário saúda a comparticipação de testes rápidos de antigénio de uso profissional que entrou em vigor em julho. "Temos tido várias intervenções no sentido de aumentar o acesso aos testes, o que só se pode conseguir de forma equitativa se não gerarmos ainda mais um encargo para os cidadãos. Por isso, congratulamo-nos com esta medida do Governo e pedimos que o caminho de combate à pandemia seja cada vez mais feito fora dos hospitais e dos centros de saúde, isto é, que a antecipação seja a nossa estratégia principal, a par da vacinação, pois essa é a única forma de conseguirmos dar uma melhor resposta aos doentes, COVID ou não COVID", sublinhou. "A vacinação é um dossier crítico e é indiscutível a sua segurança e eficácia. As vacinas mudaram o curso desta pandemia. No entanto, é fundamental que chegue aos cidadãos a mensagem de que, mesmo vacinados, não é ainda o momento de aligeirar as outras medidas, como a máscara e o distanciamento. (...) Testar é sempre uma mais-valia no controle da pandemia", reforçou Miguel Guimarães.

ORDEM DOS MÉDICOS ALERTA PARA NECESSIDADE DE REFORÇAR O SNS



Com dificuldades acrescidas que comprometem a recuperação de consultas e cirurgias em atraso e cerca de 1500 médicos de família envolvidos na campanha de vacinação e que, por opção política, não estão a realizar consultas com os seus doentes de sempre, o bastonário da Ordem dos Médicos pede reforço de recursos humanos. Em entrevista à Antena 1, Miguel Guimarães insistiu na necessidade de reforçar o número de profissionais no Serviço Nacional de Saúde para fazer frente à pandemia e, simultaneamente, à situação que exige recuperação: os doentes não COVID. "Qual foi o mês de 2001 a 2020 em que se produziram mais consultas presenciais, cirurgias, etc., do que no ano de 2019? Nenhum! Para recuperar não tenho de fazer o que fazia em 2019, tenho de fazer mais 20, 30%", explicou. "Enquanto os hospitais não estiverem libertos para fazerem a sua atividade completamente normal vamos ter sempre alguma dificuldade em evoluir" no processo de recuperação de consultas e cirurgias, asseverou o bastonário.

"TERCEIRA DOSE VAI SER INEVITÁVEL"



https://www.rtp.pt/noticias/pais/bastonario-da-ordem-dos-medicos-terceira-dose-vai-ser-inevitavel_v1337704

ORDEM DOS MÉDICOS PEDE PRORROGAÇÃO DO PRAZO PARA USAR RECEITAS MANUAIS



<https://www.jn.pt/nacional/ordem-dos-medicos-pe-de-prorrogação-do-prazo-para-usar-receitas-manuais-13961771.html>

COMUNICAÇÃO EM TEMPO DE PANDEMIA: "AS GARANTIAS REPETIDAS MUITAS VEZES"



<https://justnews.pt/artigos/as-garantias-repetidas-muitas-vezes#.YRKq74hKg2w>

Nenhuma pandemia tem o poder de nos impor silêncio interior

ENTREVISTA: PAULA FORTUNATO

No contexto da Saúde Mental, a pandemia trouxe muitos motivos de preocupação além dos óbvios. Depois de partilhar algumas reflexões sobre o silêncio em tempo de pandemia, é precisamente sobre isso que Júlio Machado Vaz faz questão de nos falar: além do potencial agravamento de quadros clínicos pré-COVID e da falta de profissionais no SNS que condiciona o acesso, o especialista lembra que há situações aparentemente mais 'simples' que exigem a nossa atenção porque também provocam sofrimento: o medo, a solidão ou a insegurança são disso exemplo. Mas, lembra, "a tristeza é um sentimento normal que não deve ser medicalizado". Apesar de ter uma natureza tolerante, não omite a crítica às falhas de comunicação da tutela – que deveria ter sido clara, transparente e concisa, mas que muitas vezes se perdeu em "discursos sinuosos e contraditórios" –, aos auto-proclamados especialistas que se perdem no "próprio umbigo", e à infantilização imposta aos mais velhos. Júlio Machado Vaz considera até que é nessas falhas que os negacionismos encontram álibi, acolhidos pelo "cansaço desalentado" daqueles que acreditaram que a pandemia se desvaneceria no verão de 2020...

Júlio Machado Vaz é médico especialista em Psiquiatria, professor, autor, pai, avô, amigo e tanto mais... Um comunicador nato que quando fala – ou escreve – transmite sempre uma afetividade que vemos presente também na forma intensa como olha para o mundo. Oferece-nos, há muitos anos, programas de rádio que inspiram à reflexão sobre os mais diversos temas, num tom de tertúlia tão ao seu gosto. Júlio Machado Vaz é sinónimo de gentileza, sorrisos (e risos) genuínos e de boa – e prazerosamente prolongada – conversa.

> Até 2020 o (nosso) mundo parecia estar cada vez mais acelerado. A avidez com que se vive, fez com que os efeitos da pandemia fossem ainda mais arrasadores do ponto de vista da Saúde Mental?

O ritmo frenético a que vivemos aceita mal outro mais pausado, ainda por cima imposto. Ele tende a colocar-nos face a espelhos que devolvem questões incómodas e “clandestinas”, a angústia entra em cena. Mas pessoas houve que perceberam ser necessário abrandar e reequacionar prioridades. De forma deliberada, ignoro quadros psiquiátricos de ansiedade, depressão ou stress pós-traumático, pois é importante salientar que o medo, a solidão, a insegurança, a irritabilidade, etc... também provocam sofrimento psicológico.

> Faz falta saborear a preguiça e a calma?

Faz falta a quem não sente a calma e o ócio (no sentido original do termo) como ameaçadores. Esta correria/ritmo não permite a verdadeira “degradação” da vida e dos seus pequenos prazeres; o povo diz “depressa e bem...”. O equilíbrio psicológico exige momentos de calma e reorganização e não apenas durante o sono. Como escrevi um dia, se parar é morrer, também se pode morrer – literal ou simbolicamente... – por não parar.

> Em “A lentidão” de Milan Kundera diz-se que “a conversa não é um meio de encher o tempo pelo contrário é a conversa que organiza o tempo, que o governa e que impõe leis que devem ser respeitadas”. Como é que organizou os seus dias, no último ano e meio, para respeitar as leis da conversa?

Tive o cuidado de manter rotinas que evitassem um deslizar sub-reptício para o desleixo físico e psicológico que ignora fronteiras entre casa e trabalho e vive dias todos iguais. Por isso me mantive

em teletrabalho a partir do consultório. Quanto às conversas, como tantos outros, abençoei e usei a tecnologia, além de decidir que riscos correr para salvaguardar a minha saúde mental. Sou um idoso, mas recuso em absoluto ser infantilizado. A última palavra foi minha.

> No contexto da comunicação, mas passando para a visão macro relativa à comunicação das medidas de contenção da pandemia, como analisa a sua eficácia?

Nem sempre foi boa. O que é grave: todas as publicações sobre a matéria sublinham a sua importância e citam as características fulcrais – clareza, transparência, concisão. Mas, num ápice, do Presidente da República aos mais variados comentadores, assistimos ao brotar de “especialistas”, que se dão ao luxo de explicitar os pareceres... dos especialistas! A DGS não conseguiu evitar, por vezes, discursos sinuosos e contraditórios, um “ainda não sabemos” seria mais adequado e honroso. Por fim, muitas das medidas tomadas desafiaram a lógica mais elementar, sobretudo nas áreas da restauração e das deslocações permitidas. Nada disto é motivador para a população em geral e é aproveitado por quem visa desacreditar a mensagem.

> DGS, ministério e governo, deviam ter comunicado muito menos, mas muito melhor?

Menos, melhor e em articulação. Nos últimos tempos tem sido evidente um conflito surdo, mas

A DGS não conseguiu evitar, por vezes, discursos sinuosos e contraditórios, um “ainda não sabemos” seria mais adequado e honroso.

não mudo, entre as visões do Presidente da República e do primeiro-ministro. Aos técnicos cabe fornecer os dados e previsões possíveis, aos políticos tomar decisões estratégicas, assumindo as suas responsabilidades e não dando a entender que os seus atos são consequências lógicas do saber científico.

> De que forma se poderia melhorar a comunicação e as recomendações da DGS?

Deveriam ter sido seguidas as indicações de um grupo pequeno e multidisciplinar, responsável pela informação oficial. Veiculada por quem garantisse uma boa capacidade de comunicação, pessoas capazes de dialogarem com o país e a imprensa de uma forma clara, concisa e aberta às críticas ou perguntas incómodas.

> A iliteracia em saúde tem-se agravado?

A iliteracia em saúde existe de mão dada com uma irmã mais velha – a iliteracia tout court, velha praga que assola este país. Assistimos hoje a um simplismo imediatista da linguagem e comunicação que torna uma miragem o sopesar das toneladas de informação que nos soterram. A dificuldade na compreensão das diversas hipóteses e nuances provoca em muitos o refúgio em certezas oferecidas por rebanhos com tanto de passivos como de potencialmente agressivos.

> Essas duas vertentes – má comunicação da tutela somada à iliteracia – são a génese dos negacionismos tão em voga?

Não, mas servem-lhes de álibis. Todas as falhas

da comunicação oficial, política e técnica, por mais pequenas que sejam, permitem um discurso de desqualificação geral da situação. Mas atenção: é preciso não confundir o legítimo desacordo com algumas das medidas tomadas e o negacionismo entrincheirado na crença que recusa a dúvida.

> Da sua perceção, em Portugal, os negacionismos e as teorias da conspiração baseiam-se mais na inocência do pensamento mágico ou nalguma espécie de intenção maléfica?

Tenho lido e ouvido formulações diversas. Algumas radicam na ignorância absoluta, mas não assumida; outras em agendas estruturadas visando a desestabilização através de teorias da conspiração; outras em mecanismos de defesa inconscientes contra a ansiedade. À medida que a situação se prolonga, o cansaço e a nostalgia de liberdade tornarão algumas pessoas mais sensíveis a argumentos que sublinham o controlo por parte do poder. Quando a posição negacionista se baseia na crença pura e dura o diálogo é impossível, emendar a mão seria encarado como uma verdadeira “perda de identidade” e rendição.

> No processo de adaptação à disrupção da nossa realidade, estaremos todos suscetíveis a novas neuroses?

Desde logo há diferenças individuais no que à solidez psicológica diz respeito. É lógico pensar que sofrimentos ou mesmo diagnósticos pré-pandémicos se tenham agravado durante este período. A maioria de nós recompor-se-á sem grandes problemas, uma minoria desenvolverá sintomatologia implicando ajuda especializada.

> Em termos de acesso aos cuidados de saúde mental, a necessidade acrescida de ajuda pode ser um problema...

Em termos do SNS a capacidade de ajuda era já muito deficitária antes da pandemia – lembro o número de psicólogos -, mas o vírus encarregou-se de sublinhar, a grosso, carências gritantes. Ouvi ótimas análises das estratégias necessárias, por exemplo, do Professor Miguel Xavier e do meu bom amigo Professor António Leuschner. E também ouvi (mais) promessas dos políticos... Resta a prova da realidade, sobretudo porque muitas

A iliteracia em saúde existe de mão dada com (...) a iliteracia tout court (...). A dificuldade na compreensão (...) provoca em muitos o refúgio em certezas oferecidas por rebanhos com tanto de passivos como de potencialmente agressivos.

Lamento que o poder político não tenha assumido com clareza a responsabilidade pelas falhas [referência à sobrecarga dos Cuidados de Saúde Primários e da Saúde Pública]. Não é com agradecimentos televisionados, à saída de visitas programadas, que se faz justiça às pessoas.



queixas psicológicas “sobreviverão” à acalmia da nossa relação física com o vírus.

> Voltemos a si: sendo alguém que confessa depender profundamente de socialização, como tem sido viver todas as limitações de contacto? Recorreu a meios de comunicação à distância?

Sim, recorri à tecnologia para me manter em contacto com a tribo, mas nunca deixei de estar presencialmente com o seu núcleo duro. Foi estranho dar dois dedos de conversa com meus filhos, cada um de nós no extremo da sala de estar de janelas abertas ou no jardim, mas pensando nas condições de habitação da maioria dos portugueses seria imoral queixar-me.

> O que é que lhe tem feito mais falta: a conversa presencial ou a afetividade do toque?

A conversa presencial. Há palavras – e silêncios! – que abrigam beijos e abraços nas entranhas. Mas devo confessar que não me deixei aprisionar por toques de cotovelo: uma festa no cabelo ou uma palmada nas costas à despedida estiveram sempre presentes. Já bastou ser obrigado a adivinhar os sorrisos de quem amo!

> Gosta de socializar mas, simultaneamente, é um profundo adepto dos silêncios conscientes e opcionais. É fácil viver com essa aparente contradição?

Facílimo, porque a tribo me respeita ritmos e espaços, físicos e psicológicos. A Psiquiatria é fascinante mas exigente, não basta ouvir, é preciso tentar escutar as palavras e narrativas de vida de quem se nos confia em busca de ajuda. A idade vai apresentando a sua conta e o recarregar de baterias é cada vez mais necessário. Para isso, saltito da contemplação dos moinhos da Cabreira à jantarada barulhenta com os amigos, passando pela música, essa forma abençoada de esperanto.

> A imposição da pandemia é bem diferente da opção pelo silêncio e pelo isolamento...

Nenhuma pandemia tem o poder de nos impor o silêncio interior. E quanto ao exterior, se não for sentido como uma ameaça de solidão, transforma-se na moldura ideal para a reflexão e o compasso de espera que permitem retomar a caminhada. Não gosto que me imponham o silêncio, mas devo admitir que ele aguça os sentidos, ficam disponíveis para estímulos que não ocupavam a boca de cena. E, em tempos de tanta poluição sonora, houve momentos muito agradáveis.

O silêncio não traduz uma ausência de estímulos, ele próprio é um estímulo. Habitado como estou a viver no silêncio de minha casa, apenas o senti limitativo ao fim de semana, quando mergulho nas minhas sagradas tertúlias.



Este conjunto de fotografias foi escolhido pelo entrevistado, denotando o seu sentido de tribo e o prazer no contacto social. Nas imagens junta elementos dos seus refúgios: o ladrar dos cães, o abraço da Dona Minda ou do José Dias, a amizade de Sobrinho Simões, a visita surpresa dos netos

> Esse silêncio não é, então, tanto vazio e cansaço quanto é introspeção?

O silêncio não traduz uma ausência de estímulos, ele próprio é um estímulo. Habitado como estou a viver no silêncio de minha casa, apenas o senti limitativo ao fim de semana, quando mergulho nas minhas sagradas tertúlias. Nesse sentido foi cansativo, os dias pareciam todos iguais. Mas nunca chegou a ser de tal forma embrutecedor que expulsasse momentos de introspeção.

> Mas, com certeza, terá sido um silêncio diferente nos diferentes momentos...

Acho que foi muito mais pesado durante o se-

gundo confinamento. Pese embora a perspectiva de uma segunda vaga outonal, senti nas pessoas a fé no curto prazo – “aguentamos agora e o verão trará uma (quase) normalidade”. No segundo predominou um cansaço desalentado, que adivinhava um longo túnel invernos e tinha dúvidas sobre a luz primaveril.

> Acredita que esta vivência acarretará mudanças sociais e psíquicas irreversíveis?

As generalizações traem a vida real, mas há comportamentos de evitamento que em alguns de nós vieram para ficar, pelo medo de qualquer forma de contágio. Em termos psicológicos, além dos quadros de ansiedade, depressão e stress pós-traumático, acredito na instalação de um sentimento de insegurança difuso, receoso da próxima crise. Quando e qual? A climática já mostra os dentes...

> Como analisa a balança dos equilíbrios entre liberdades individuais vs dinâmicas sociais?

As situações-limite apresentam sempre o risco da limitação de liberdades individuais. Alguns aproveitam-nas sem pudor, atentemos em alguns regimes pseudo-democráticos. No caso português, eu próprio senti a minha liberdade comprometida por discursos e decisões do poder apoiados em razões cientificamente descabeladas. O equilíbrio entre direitos e deveres implica vigilância constante, sobretudo, por razões óbvias, em democracia. Em termos individuais não duvido que haja uma busca inata pela homeostasia, em termos sociais receio que vivamos uma “homeostasia” com os pratos da balança muito desequilibrados.

> Questionava-se no 23º Congresso Nacional da Ordem dos Médicos “se não for uma pandemia que deixe as pessoas tristes, o que será?”. As pessoas estão realmente tristes ou estão deprimidas?



Perdemos o Professor Coimbra de Matos que abordava o tema como ninguém. A tristeza é um sentimento normal, que não deve ser medicalizado. As limitações da pandemia, os lutos que provocou, os rituais que impediu, tanta coisa justifica a “tristeza normal” de muitos! Mas a depressão é diferente – trata-se de um diagnóstico psiquiátrico que implica apoio psicoterapêutico e muitas vezes medicamentoso, tanto mais eficaz quanto mais cedo intervirmos.

> Assusta-o a quantidade de doentes – nomeadamente com doenças mentais - que estão a ficar sem cuidados de saúde por causa da concentração nos cuidados COVID?

Assusta e escandaliza! Não falo apenas da Saúde Mental, o número de consultas e exames de diagnóstico perdidos são inaceitáveis e traduzem falta de recursos humanos e de planeamento estratégico. Tomemos o exemplo dos Cuidados de Saúde Primários – já em situação de claro défice antes da pandemia –, o que lhes aconteceu? Para além do trabalho com ela relacionado, viram-se a braços com o processo de vacinação e uma catrefa de procedimentos burocráticos e de acompanhamento telefónico que desafiam a imaginação. E comprometem a imagem e a dignidade de profissionais exaustos! Não é raro ouvir-se na população geral queixas sobre a dificuldade nos contactos e nas consultas, emolduradas por um sentimento de desconfiança quanto ao trabalho real efetuado. Lamento que o poder político não tenha assumido com clareza a responsabilidade pelas falhas a esse nível e da Saúde Pública. Não é com agradecimentos televisionados, à saída de visitas programadas, que se faz justiça às pessoas.

> As teleconsultas são solução?

As teleconsultas não nasceram com a pandemia. São preciosas, no acompanhamento do doente entre as consultas presenciais e na capacidade de atingir populações com dificuldades de acesso aos serviços. A telemedicina e a inteligência artificial

não me assustam, bem pelo contrário! Entusiasmam-me, acarretam vantagens a todos os níveis: prevenção, tratamento, diagnóstico, investigação. Cabe-nos não esquecer que a relação de ajuda entre dois sujeitos nunca perderá o estatuto de pedra-de-toque da profissão. Em boa hora a Ordem dos Médicos se empenhou no reconhecimento da relação médico-doente como património imaterial da humanidade.

Júlio Machado Vaz disse em tempos que se trouxesse sempre um poema consigo seria da autoria de Eugénio de Andrade. Assim, aqui deixamos um dos que gosta e que nos inspirou a falar dos diferentes silêncios:

*“O silêncio”
de Eugénio de Andrade*

*Quando a ternura
parece já do seu ofício fatigada,
e o sono, a mais incerta barca,
inda demora,
quando azuis irrompem
os teus olhos
e procuram
nos meus navegação segura,
é que eu te falo das palavras
desamparadas e desertas,
pelo silêncio fascinadas.*

> É crítico de discursos abstratos?

Não sou crítico dos discursos abstratos, muitos deles desaguam em mudanças proveitosas para o nosso quotidiano. Mas entristece-me quando caímos na armadilha de nos fecharmos em torres de marfim e perdemos o contacto com a realidade, fascinados pelo próprio umbigo. Para muitos políticos esse umbigo chama-se manutenção do poder e com esse objetivo as promessas abundam, mas o seu cumprimento, para ser caridoso, nem tanto. Seria importante que compreendêssemos que a nossa intervenção não pode limitar-se ao voto de x em x anos ou à abstenção nauseada, é necessário intervir todos os dias no governo da cidade.

> Como analisa o facto de a pandemia ter evidenciado a incapacidade das pessoas abrirem mão das suas certezas, nomeadamente com pseudo-especialistas com espaço de comentário em todos os telejornais?

Os pseudo-especialistas espalham certezas de pé de barro. O espaço informativo está invadido por pessoas que falam de tudo ex-cathedra. Não é de admirar que nas redes sociais surja o que o Dr. Pacheco Pereira apelidou de ignorância arro-

gante; todos se sentem no direito de opinar sobre o que desconhecem, sem fímbria de dúvida que permita um diálogo construtivo.

> O mundo vai ficar pior, melhor ou igual em termos de solidariedade e empatia?

A História não nos dá grandes motivos de esperança, são múltiplos os exemplos de crises graves a que se seguiram “novos” normais... regidos por velhos interesses! Desde o início da pandemia assisti a iniciativas comovedoras pela sua solidariedade, fui sobretudo sensível às intergeracionais. Mas os sinais estão aí, saliento o agravamento do fosso entre ricos e pobres, com as duas saúdes, educações e justiças que acarretam. Saúdo a maior consciência ambiental dos jovens, mas não acredito que mude a lógica de funcionamento de uma sociedade hipnotizada pelo lucro e em que o poder económico não raro tem a última palavra a dizer nas decisões políticas. E não só! O que se passou com a aprovação nos Estados Unidos de um alegado medicamento para o Alzheimer é um triste exemplo.

> Em resumo...

Receio que a velha frase de Plauto, retomada por Hobbes, permaneça verdadeira, o Homem é o lobo do Homem. Dito de outra forma – penso que continuamos tristemente incapazes de viver e saborear o amor ao próximo. Confesso agnóstico, rezo para estar enganado.



... O Homem
é o lobo do Homem.

Dito de outra forma – penso
que continuamos tristemente
incapazes de viver e saborear
o amor ao próximo.

OM desenvolve indicador global de avaliação do estado da pandemia

TEXTO: PAULA FORTUNATO
FOTOS: FILIPE PARDAL



Durante a apresentação do indicador desenvolvido pela OM e pelo IST, foi frisada a influência da vacinação como fator de diminuição da gravidade da pandemia

Consciente da insuficiência da matriz para a antecipação e adequação de medidas de combate à pandemia, a Ordem dos Médicos, em parceria com o Instituto Superior Técnico, apresentou no dia 14 de julho o resultado de um trabalho colaborativo de desenvolvimento de um modelo matemático de aplicação de um novo indicador para avaliar o impacto da pandemia na saúde. O objetivo é dar resposta a uma realidade tão dinâmica como a evolução da pandemia, o que já não está a ser assegurado pela aplicação da matriz de risco, insuficiências que esta ferramenta poderá vir a suprir. Além da incidência e da taxa de transmissibilidade, o grupo de trabalho propõe a inclusão de outras variáveis relevantes: letalidade, internamentos em enfermaria e internamentos em UCI. É da aplicação das 5 dimensões que se evolui numa escala para a qual, a cada momento, com total transparência, é possível determinar as medidas adequadas para “achatar a curva”.

Os especialistas não têm dúvidas: a vacinação não é uma fórmula mágica, mas, se não tivéssemos em curso um processo de vacinação extremamente bem-sucedido, a situação que vivemos neste momento seria comparável à situação pandémica de janeiro, ou até pior. Apesar de se reconhecer que a matriz de risco foi uma ferramenta útil em fases anteriores da pandemia, tornou-se evidente que a realidade mudou e, com ela, a ciência procurou novas ferramentas. Perante essa mudança, a Ordem dos Médicos tem vindo a defender a urgência de adotar um modelo de análise capaz de incluir outros aspetos pertinentes e que garantisse uma maior capacidade de antecipar as medidas necessárias, tal como tem sido defendido pela Organização Mundial de Saúde. É fundamental que se recorra a novas abordagens, baseadas no conhecimento científico, para apoio da intervenção política. A introdução e avanço da vacinação, e o surgimento de novas variantes, tornou inaceitável



continuar a aplicar uma matriz de risco que, fruto das mudanças no terreno, perdeu a eficácia. Este é o alerta que a Ordem tem feito, por diversas vezes, ao explicar que a matriz usada pelas autoridades de saúde já não era suficientemente completa e que seria importante desenvolver uma nova ferramenta que acompanhasse a evolução da crise sanitária.

Foi com o objetivo de contribuir para a solução desse problema, há muito identificado, que a instituição efetivou uma parceria com o Instituto Superior Técnico (IST). O resultado do trabalho conjunto das duas entidades foi o desenvolvimento de um indicador global para avaliar, a cada momento, o impacto da pandemia na saúde com maior acuidade do que tem sido feito. Porque essa é uma realidade dinâmica à qual é preciso dar resposta em tempo útil, a OM e o IST desenvolveram um modelo matemático cujas principais vantagens são a simplicidade (o cidadão apreende com facilidade as medidas que devem ser aplicadas em cada fase), a flexibilidade (o modelo pode ser usado na análise de outras pandemias), transparência e robustez. O modelo é baseado em 5 indicadores parciais que permitem a qualquer momento fazer uma análise mais correta da situação pandémica: incidência e transmissibilidade (RT) – no eixo relativo à atividade pandémica – necessariamente complementadas por três indicadores de gra-

vidade da doença (letalidade, internamentos em enfermaria e internamentos em UCI). Como foi explicado na apresentação do novo indicador, a conjugação desses 5 indicadores parciais permite ter em linha de conta o sucesso da vacinação e a sua necessária influência na evolução da pandemia, de forma a que se saiba em que fase nos encontramos quanto ao nível de gravidade da doença na comunidade e, dessa forma, escolhermos a maneira mais adequada de combater a COVID-19, antecipando as medidas necessárias para eficazmente controlar a propagação do vírus, ao mesmo tempo que se protege também a economia.

Na conferência de imprensa, que teve lugar na sede da OM em Lisboa, o presidente do IST, Rogério Colaço, além de dar os parabéns a todos os envolvidos por um “contributo importante – e inovador até em termos internacionais – para o combate à pandemia”, explicou que se trata de “uma ferramenta que resulta de um trabalho colaborativo”, desenvolvida através da “agregação de competências” e enalteceu o excelente trabalho da equipa multidisciplinar; essa colaboração foi também realçada pelo especialista em Medicina Intensiva e Pneumologia que coordena o gabinete de Crise para a COVID-19 da OM, Filipe Froes, ao referir a honra em participar numa “equipa coordenada pelo Dr. Miguel Guimarães”, e na qual a instituição teve como parceiro essencial o IST, que veio “abrir as portas do futuro para parcerias e sinergias (...) em que todos somos vencedores”, criando assim uma “mais-valia” para os portugueses, considerou. Filipe Froes explicou algumas das medidas aplicáveis consoante o nível de gravidade em que nos encontremos, desde o uso de máscara e higienização das mãos (que são transversais a vários níveis de gravidade), aos rastreios que “devem ser otimizados de acordo com o nível”. O coordenador do gabinete de crise alertou ainda que, se tivermos variantes que alterem a eficácia das vacinas ou de outras medidas, “é evidente que esta política tem que ser revista”, mas, para isso, “temos que ter a sequenciação genómica das variantes”, defendeu, explicando que nos devemos centrar nas situações “que nos dão mais informação”, como é o caso dos reinfetados ou das pessoas que mesmo estando vacinadas contraem a infeção.

A importância de se aplicar um indicador global que permita a adaptação das medidas à efetiva gravidade da pandemia permite alocar recursos a doentes não COVID, nos quais há “um impacto que pode ser irreversível”, facto que preocupa a Ordem dos Médicos como se denotou das palavras do bastonário ao frisar a “obrigação de ajudar as pessoas”. “O número de doentes que estão a ficar para trás é assustador! Vejam-se os números apresentados pela consultora MOAI, nomeadamente quanto à diminuição de rastreios no contexto das doenças oncológicas, mas também em doenças metabólicas [ver página 30 e seguintes sobre os números do programa “Saúde em dia”]. Esta situação exige a coragem de todos porque temos que tentar alterar este rumo e para isso é fundamental tomar medidas”; uma das quais, lembrou, é o necessário regresso dos médicos de família aos seus doentes. Como realçou o representante máximo dos médicos, os especialistas em Medicina Geral e Familiar estiveram, por imposição do Ministério da Saúde, a fazer um trabalho que, embora sendo essencial, acabou por os afastar das suas listas de utentes. O bastonário lamentou que só se enalteça o desempenho de outras especialidades, quando MGF assegurou uma grande parte do trabalho ao acompanhar 96% dos doentes COVID. “Quantas vidas já salvaram com o trace COVID?”, questionou, recordando que os médicos de família “foram também chamados para ir aos lares tratar das pessoas mais frágeis” e que “estão agora envolvidos no processo de vacinação”, numa alusão à sobrecarga de tarefas que afastou esses especialistas dos seus doentes habituais, com todas as consequências negativas que tal afastamento acarreta.

Parar de pensar no binómio confinar/desconfinar

O grupo de trabalho – que envolveu médicos e engenheiros – que apresentou esta ferramenta para substituição da matriz de risco que estava a ser aplicada pela tutela (e que não tem, realça-se, capacidade para acompanhar o dinamismo da realidade) acrescentou à incidência e ao índice de transmissibilidade, um “ pilar de gravidade”. A atividade e a gravidade juntam-se na escala única em que é possível determinar as medidas

adequadas e necessárias para “achatar a curva”. O matemático especialista em sistemas dinâmicos, Henrique Oliveira (ver entrevista na página 24), outro dos elementos desta equipa, explicou que essa escala vai de 0 a 100, sendo que se atingir o valor considerado como nível crítico, “precisamos de medidas muito mais drásticas”, restando-nos “o confinamento geral, situação que queremos evitar”. Essa é a razão, aliás, pela qual “quanto mais nos aproximarmos do nível crítico mais temos que atuar, pois, a partir daí o crescimento é demasiado rápido”, alertou, recordando que, numa retrospectiva à evolução da COVID-19 em Portugal, só atingimos o nível crítico entre outubro e março.

Perante a insistência da tutela em usar uma matriz de risco aplicada a resultados de incidência e transmissibilidade a 14 dias, facto que impossibilitava a antecipação e impedia que se tomassem medidas mais rápidas e eficazes, o bastonário da Ordem dos Médicos e o Gabinete de Crise manifestaram, em diversas ocasiões, a sua preocupação com as consequências negativas de estarmos constantemente atrasados neste combate. A incidência a 14 dias é claramente desfasada de um vírus que “não espera sete dias por uma decisão”, conforme evidenciou o especialista em sistemas

Conhecer o que está a acontecer e associar medidas previsíveis é vital para a adesão das pessoas ao que é decidido, sem ficar a sensação de que há uma tómbola de ideias, uma decisão ‘a olho’. A previsibilidade é útil para todos, da saúde à economia. Esperemos pela próxima reunião.

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, in Correio da Manhã

dinâmicos. O matemático explicou ainda que a análise da atividade, “incluída na matriz de risco que temos estado a seguir em Portugal”, que avalia a incidência e a transmissibilidade, é muito importante para aferir a situação pandémica. Mas, além disso, como estamos na presença de um sistema dinâmico, é preciso ter em conta outros fatores como é o caso da introdução na comunidade de uma nova variante, facto que muda a transmissibilidade e torna absolutamente fulcral que se complemente a análise. Para isso devemos “ter em conta o número de mortos, de internamentos em enfermaria e em UCI”, três pilares que “a partir de abril, variam muito”.

Numa das suas intervenções na apresentação deste indicador, Miguel Guimarães explicou precisamente as principais razões da mudança que se sente desde abril ao elogiar a postura dos portugueses e a adesão em massa à vacinação. O bastonário enfatizou a importância da imunização cujo “efeito poderoso (...) tem um impacto muito grande sobre a letalidade e os internamentos”, o que nos permite “parar de pensar no binómio confinar/desconfinar”, substituindo-o por um conjunto de medidas mais adequadas à conjuntura real e

nas quais se inclui, por exemplo, o recurso ao certificado digital COVID, sempre em conjunto com outras formas de controlar a pandemia, numa gradação que só se ultrapassar o nível crítico é que deverá voltar a significar um confinamento. Em declarações aos órgãos de comunicação social, Miguel Guimarães explicou ser “evidente” a necessidade deste novo indicador que acompanhe os efeitos do plano de vacinação pois, como frisou, em termos de proteção global, a introdução desse elemento reduziu substancialmente a gravidade da pandemia. A mesma certeza foi secundada por Henrique Oliveira, ao explicar que “se não fosse a vacinação, hoje [14 de julho] também estaríamos acima de 100”, considerando a mesma letalidade e a mesma gravidade da doença que tivemos até ao dia 10 de abril.

A ferramenta agora apresentada potencia a transparência e a flexibilidade pois democratiza o conhecimento e, com isso, ajuda não só na coerência das medidas de contenção aplicadas mas também na adesão da população a essas mesmas medidas. Trata-se de “mais do que uma matriz: é um indicador global que explica devidamente porque temos que ter determinadas intervenções” (e

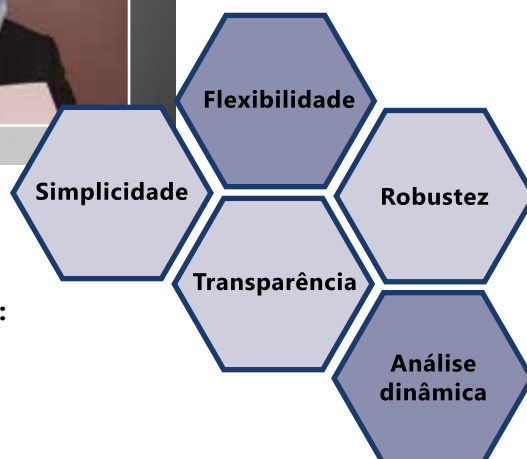


...Este ano de convivência com o vírus já nos demonstrou parte do que devemos fazer e do que não devemos. Nesta quarta vaga não podemos continuar a utilizar apenas os mesmos indicadores e a mesma matriz de risco. Temos novas variantes, temos uma vacinação capaz de nos ajudar a achatar as curvas, mas temos também muitos doentes não COVID para quem, hoje, a perda de uma oportunidade de diagnóstico ou de tratamento tem um peso exponencialmente mais grave do que no início.

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, in Correio da Manhã



Os médicos António Diniz e Carlos Robalo Cordeiro e o docente do IST, José Rui Figueira, são parte da equipa que desenvolveu este indicador



Vantagens:

não outras) à medida que o indicador evolui, explicou Miguel Guimarães aos jornalistas, frisando a importância de termos uma análise “diária real que nos permita acompanhar a pandemia e perceber o que temos que fazer para a conter” a cada momento, em vez de estarmos a aplicar medidas sistematicamente menos eficazes por estarem desfasadas da realidade.

O bastonário não esqueceu o líder da task force e o “trabalho magnífico e a ajuda que tem dado ao país”, a quem dirigiu palavras de apreço e fez também questão de agradecer ao IST e aos elementos da OM que participaram “nesta interessante aventura” que definiu como “um serviço que estamos a prestar ao país”.

Atualizações à matriz ignoraram sugestões dos especialistas

Muito centrada no binómio confinamento/desconfinamento a tutela havia realizado alterações à matriz de risco que não tiveram em conta as propostas dos peritos, revelando-se contraproducentes. Essas alterações levaram a OM a expressar apreensão, designadamente quanto aos fundamentos das novas fases de desconfinamento a partir de 14 de junho. Nessas alterações à matriz

incluíram-se critérios de densidade e excluiu-se o indicador de transmissibilidade (R_t). A OM alertou que a definição de concelhos de baixa densidade se baseia em critérios de coesão territorial insuficientemente caracterizados e sem implicações de saúde pública. A instituição referiu ainda que não percebia por que motivo se mantinha a utilização exclusiva de valores de incidência de novos casos por 100 mil habitantes, nos últimos 14 dias, para fundamentar medidas de desconfinamento como os horários de funcionamento da restauração ou a lotação de espaços públicos.

Além da forma de análise, a Ordem também tem proposto outras medidas paralelas, como um controlo rigoroso (com testagem e quarentena à entrada de todos os viajantes com estadia em locais de risco para as novas variantes) e alargamento da vacinação a toda a população adulta e programação da vacinação da população mais jovem para antes do início da época escolar, observando as recomendações da OMS. Num comunicado de dia 7 de junho a OM apelava ainda ao incentivo à testagem e à realização periódica, massiva e alargada de rastreios populacionais, centrados nos não vacinados.

A OM apelou ainda que se aproveitasse a presidência europeia para definir critérios uniformes de desconfinamento na União Europeia, nomeadamente a implementação com a maior celeridade



As estimativas apontam que se tivéssemos a mesma taxa de letalidade pré-vacina (2,4%), Portugal estaria atualmente com 60 a 80 óbitos diários relacionados com a COVID-19.

Henrique Oliveira, especialista em sistemas dinâmicos do Instituto Superior Técnico, in jornal i

do passaporte vacinal a aplicar, igualmente, aos residentes em território nacional.

Foi com o habitual sentido de dever para com os doentes, os médicos e o próprio país, que o bastonário promoveu o trabalho conjunto com o IST para desenvolvimento do indicador de avaliação da pandemia. Mais de um mês depois do apelo à atualização da matriz, perante a falta de resposta das autoridades de saúde, foi apresentado esse novo modelo matemático de análise em tempo real, resultado de um trabalho proativo em busca de soluções. Esperava-se provavelmente algum acolhimento das autoridades da saúde para uma ferramenta trabalhada por médicos, matemáticos e engenheiros especialistas em sistemas dinâmicos. No entanto, o Ministério da Saúde – quando questionado pela imprensa – protelou eventuais alterações para ponderação após a reunião no Infarmed, agendada para 27 de julho. Aliás, a 16 de julho, dois dias depois da conferência na Ordem dos Médicos, questionada pelos jornalistas, a ministra da Saúde terá dito que os indicadores complementares da matriz que a OM e o IST defenderam estão a ser contemplados, "só não estão nos quadradinhos". Em análise ao comunicado da Ministra da Saúde sobre este assunto, o bastonário – que foi uma das primeiras pessoas a defender a alteração à matriz de risco – alertou que estamos todos a aprender a cada dia que passa e que sem humildade não se irá derrotar a pandemia... "Vale a pena ver, analisar e falar com as pessoas que construíram o indicador", antes de tomar decisões sobre a sua aplicação, sugeriu... Em entrevista à TVI, Miguel Guimarães frisou que "proteger e cuidar das pessoas é a principal preocupação da

Ordem dos Médicos, tal como é desta associação com o Instituto Superior Técnico".



Quando finalmente ocorreu a reunião de peritos no Infarmed, Andreia Leite, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, apresentou uma proposta para revisão da matriz de risco na qual incluiu uma "fase de transição", atualizando a matriz para "480 casos por 100 mil habitantes nos últimos 14 dias", com atualização do limiar de alerta para cuidados intensivos 245 para 255 camas ocupadas. Andreia Leite defendeu que indicadores como taxa de transmissão (R_t) e de incidência se mantivessem centrais e que deveriam ser medidos também os indicadores de gravidade clínica, tendo em conta que o avanço da vacinação "deve influenciar o gradualismo do desconfiamento", medidas que, não sendo aplicadas de forma ideal, traduzem, ainda assim, alguns aspetos de aproximação ao que OM e IST propuseram 15 dias antes. No entanto, a opção do Governo passou por continuar sem uma matriz mais completa, passando até a olhar apenas para a taxa de vacinação.

Diferenças e semelhanças entre a matriz e o novo indicador

Num artigo publicado no Expresso, dia 30 de julho, elementos do grupo de trabalho da Ordem dos Médicos e do IST olharam para o resultado da reunião do Infarmed e sintetizaram as semelhanças e diferenças entre a matriz de risco agora alterada e o novo indicador de avaliação da pandemia (IAP) que haviam apresentado duas semanas antes. Começemos pelos pontos de convergência:

- > A OM referiu no início de maio o impacto positivo da vacinação e como veio mudar todo o paradigma da pandemia, gerando a desatualização da matriz de risco inicial. Só 2 meses depois é que os peritos da reunião do Infarmed admitiram – pelas suas ações – que a Ordem tinha razão.
- > O efeito positivo da vacinação alterou a relação entre incidência e gravidade, o que valida a inclusão de critérios de gravidade como OM e IST fizeram ao construir o novo indicador que incorpora como já referimos três dimensões de gravidade; Ao elevar os limites de incidência e a subida da linha vermelha de 245 para 255 camas, os peritos do Infarmed estão (finalmente) a estabelecer a relação entre incidência e gravidade.
- > O IAP estabelece uma relação entre a pontuação e as medidas concretas a aplicar, com alívio das restrições à medida que a evolução na escala melhor e reflete o menor impacto da pandemia na saúde. A matriz revista também procura ser mais clara ao estabelecer quatro níveis de desconfinamento, baseados nas coberturas vacinais completas (nível 1: 50-60% da população; nível 2: 60-70%; nível 3: 70-85%; nível 4: mais de 85%).

Lamentavelmente, é mais o que separa o IAP da matriz que aquilo que aproxima, mantendo-se, por exemplo:

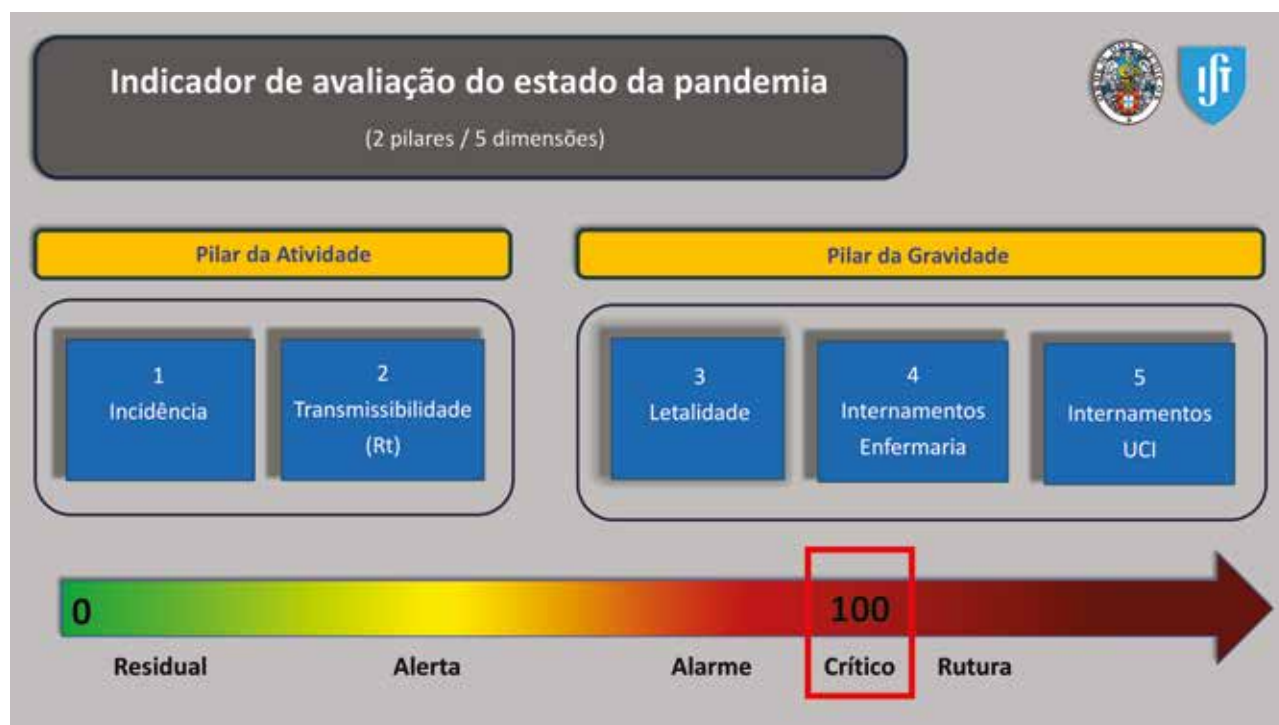
- > **obstáculos à antecipação de medidas** pois o valor da incidência cumulativa continua a 14 dias enquanto que no IAP, a incidência e transmissibilidade são calculadas a 7 dias;
- > **falta de transparência** nos critérios usados

para definir o limiar de gravidade pois, como foi sublinhado no artigo publicado no Expresso, esta matriz revista aumentou “o limiar da incidência a par do aumento da linha vermelha de 245 para 255 camas em UCI mas não foi explicada a razão deste aumento nem a necessidade de mais camas em UCI para uma doença menos grave”; Essa falta de transparência verifica-se igualmente na falta de clareza quanto à forma como foram utilizados os critérios de gravidade na avaliação e justificação das medidas aplicadas; com a revisão da matriz esses critérios (internamentos em enfermaria e óbitos) simplesmente não são referidos;

- > **incapacidade de acompanhar um sistema dinâmico**, nomeadamente porque a matriz não integra toda a informação – “se atingirmos 85% de cobertura vacinal (nível 4: todas as medidas levantadas) com uma vacina de menor eficácia devido a uma nova variante ou declínio natural da imunidade, o que fazer perante o aumento da incidência ou gravidade?”, questiona-se no Expresso. Ao contrário da matriz, o IAP foi desenhado para acompanhar a evolução da pandemia, incluindo o impacto de eventos e medidas (como o início



Filipe Froes realçou como esta parceria OM/IST abre portas a um futuro em que todos “somos vencedores” e geramos “mais-valias” para os portugueses



das aulas, por exemplo), projetando os resultados num cenário com e sem cobertura vacinal.

- > inexistência de uma análise de risco correta, pois, ao contrário do IAP que contou com modelação dinâmica e foi desenvolvido por com o contributo de especialistas nesses sistemas, na matriz não se verificam esses pressupostos;
- > discrepância da matriz quanto à avaliação internacional pois o aumento dos limiares de incidência não está validado nem é utilizado a nível internacional.

Explicação do indicador global de avaliação da pandemia

Tal como a OM explicou em comunicado, esta ferramenta combina dois pilares, um primeiro com duas dimensões e um segundo com três dimensões:

“Pilar 1 – Atividade da pandemia

- 1 – Incidência – número de novos casos diários incluídos nos boletins da Direção-Geral da

Saúde, mas utilizando uma média a sete dias, que permite eliminar as variações registadas nos fins-de-semana, mas sem o atraso de uma análise que espere 14 dias;

- 2 – Transmissibilidade – esta variável recorre ao R_t mas também modulado para poder ser utilizado de forma mais ágil e olhando valores a sete dias;

Pilar 2 – Gravidade da pandemia

- 3 – Letalidade – a letalidade registada a 14 dias é considerada a função que melhor mede a gravidade real da doença e o impacto do processo de vacinação [avaliada em relação ao máximo registado em fevereiro];
- 4 – Capacidade hospitalar e humana em enfermaria – o número de doentes internados em enfermaria permite perceber a disponibilidade do sistema de saúde, equilibrando os recursos direcionados a doentes Covid-19 e não Covid-19;
- 5 – Capacidade hospitalar e humana em Unidades de Cuidados Intensivos – à semelhança do internamento em enfermaria, mas com menor disponibilidade de camas, o número de doentes internados em cuidados intensivos é também crítico para um equilíbrio na resposta.

A incidência, transmissibilidade, gravidade da doença e capacidade hospitalar e humana conduzem, cada uma delas, a níveis de impacto que variam desde uma zona de atividade residual até níveis de alerta, alarme, crítico e de rutura. Além disso, cada um dos indicadores parciais impacta de forma diferenciada para o estado global da pandemia, que pretende traduzir a rapidez e o impacto com que contribuem para a expansão da Covid-19.” O indicador global é apresentado num gráfico com uma escala cromática, que varia desde a atividade residual até à rutura, agregando essas cinco áreas e os respetivos impactos parciais, “traduzindo-se graficamente o nível em que nos encontramos em cada dia. O indicador permite também construir um sistema cromático, associando-se as medidas necessárias em cada fase às respetivas cores”: por exemplo, enquanto Portugal estiver acima de um índice de 40 é necessário manter medidas de controlo da transmissão nos diferentes setores e uso de máscara sempre, mas abaixo desse nível, passam a ser usadas apenas em espaços fechados ou com maior densidade de pessoas.

Não reconhecer que a Ordem e o IST fizeram um trabalho de inegável qualidade, e de total transparência da realidade, é continuar na praia, sem prancha, à espera da 5ª vaga.

Luís Delgado, comentador político, in Visão



Ordem dos Médicos e bastonário: atuação exemplar e incansável

A apresentação do novo indicador desenvolvido pela OM e IST mereceu elogios de diversos setores. Em artigo publicado na Visão, o comentador político Luís Delgado, afirmava: “É necessário reconhecer, antes de mais, e com veemência, que a Ordem dos Médicos, o seu bastonário, Miguel Guimarães, e o coordenador do grupo de crise da Covid, Filipe Froes, têm atuado de uma forma exemplar, e incansável, nesta pandemia. Não poderia ser melhor. Estão em permanente alerta, escrutinam todas as decisões das autoridades, como deve ser o seu papel, em nome de uma classe crucial nesta crise, e ajudam com todas as capacidades e recursos ao seu dispor. Em bom rigor, reconheça-se, a Ordem foi o primeiro comando operacional desta batalha. E é com esse dever, e direito, e saber, que apresentou uma nova matriz de risco, em colaboração com o Instituto Superior

Técnico, que é extraordinariamente mais eficaz, em tempo quase real, para que todos os portugueses, e os seus decisores, possam estar habilitados a tomar as medidas de controlo e prevenção no momento certo. (...) Está muito bem construída, tem todos os parâmetros de risco que merecem especial atenção nesta nova vaga, e encurta para 7 dias os dados das médias ponderadas. O Governo, bem entendido, pode achar que não deve mexer na atual matriz – tão ultrapassada que já teve de aumentar as escalas – mas não reconhecer que a Ordem e o IST fizeram um trabalho de inegável qualidade, e de total transparência da realidade, é continuar na praia, sem prancha, à espera da 5ª vaga. Sejam práticos e claros. A matriz da Ordem responde integralmente ao que temos de saber e conhecer, todos os dias. A pandemia não é do Governo, é nossa...”

Há amadorismo na maneira como Portugal lida com a pandemia



Professor de matemática do Instituto Superior Técnico, **Henrique Oliveira** é especialista em sistemas dinâmicos. Genro e sobrinho de médicos, Henrique Oliveira é uma entidade tão dinâmica como a realidade que estuda através dos modelos matemáticos: a par da ciência, cultiva diversos interesses, entre os quais a música. Já realizou programas de rádio sobre música, escreveu sobre o tema em várias revistas e foi autor de um blogue de crítica musical. É compositor tendo escrito uma ópera e uma cantata. Eclético no gosto, aprecia quer a música antiga quer a contemporânea. Mas, nesta entrevista, é a sua paixão pela ciência, e mais especificamente pela matemática, que transparece no entusiasmo com que nos deu cada resposta.

Para os mais distraídos, a colaboração entre um matemático e um médico pode parecer uma associação estranha. Mas a verdade é que há domínios de interseção óbvios como a estatística/epidemiologia e outros menos óbvios como o recurso a modelos matemáticos para previsão da eficácia dos medicamentos ou as fórmulas usadas como base da imagiologia. A ROM foi conversar com Henrique Oliveira, um matemático teórico de sistemas dinâmicos, que nos explicou como a teoria passa rapidamente à prática quando pensamos que esse tipo de sistemas está sempre ligado à realidade, aplicando-se a tudo: da previsão meteorológica aos cálculos para pôr um foguetão no espaço, ou, como seria desejável que estivéssemos a aplicar neste momento, ao cálculo da evolução da pandemia para determinar as medidas adequadas no combate à doença que a origina. Crítico de quem não aprende com o passado e de quem não reconhece as suas próprias limitações, Henrique Oliveira lamenta que o Ministé-

rio da Saúde tenha rejeitado, mais do que uma vez, a ajuda oferecida por verdadeiros especialistas. Como exemplo, refere o indicador de avaliação do estado da pandemia que a Ordem dos Médicos desenvolveu com o Instituto Superior Técnico (ver pág. 15 e seguintes) e que foi menosprezado pelos responsáveis políticos. Esse é um dos erros que o matemático aponta à condução da luta contra a COVID-19 que, em Portugal, considera que é feita de forma amadora: a tendência de olhar para a realidade numa perspetiva estática. Um amadorismo que exemplifica com a insistência ter usado uma matriz sem grande validade científica... Independentemente da opção política, assegura, a validade da nova ferramenta – desenvolvida por uma equipa composta por médicos, engenheiros, um matemático e um especialista em risco e em investigação operacional – não está em causa e será avaliada inter pares pois tem aplicabilidade em qualquer doença, seja num surto, numa epidemia ou numa pandemia.

> A matemática é uma constante da vida?

A matemática elementar encontra-se na nossa vida quotidiana em tudo: desde o preço de uma consulta à contabilidade, estatística, probabilidade de virmos a desenvolver determinada doença... A matemática encontra quase todas as áreas do saber.

> Mas onde é que a matemática encontra a medicina?

Na modelação da dinâmica de fluidos do coração, do sistema nervoso, das redes neuronais... A Neurocirurgia dá à matemática um campo inesgotável de estudo aplicado. Mas também da imagiologia em geral, que obedece a algoritmos de construção e reconstrução muito sofisticados do ponto de vista matemático, ao estudo de fenómenos tão simples (ou tão complexos) como a evolução e a seleção naturais. Essas são áreas de estudo do meu amigo Lloyd A. Demetrius que é professor na Universidade de Harvard onde aplica sistemas matemáticos à biologia para analisar o teorema fundamental da seleção natural e da evolução natural. O primeiro para espécies "oportunistas", como uma bactéria ou um vírus, por exemplo, que maximiza a taxa de crescimento, isto é, o número de reprodução da espécie. Isso ajuda-nos a determinar, quando há duas espécies em competição pelo mesmo recurso, qual é que ganha a guerra seletiva sendo selecionada para sobreviver. Neste caso competem pelo ser humano....

> Isso é muito mais que um "mero" exercício de matemática aplicada. Pode explicar melhor de que forma é que os números são úteis nesse contexto?

Ao permitir saber como se processa esta seleção ficamos melhor armados para combater, por exemplo, um vírus. Aquele que se reproduzir mais depressa e que tiver melhor número básico de reprodução é o que está melhor equipado para prevalecer. É a base do famoso Rt, de que tanto se fala muitas vezes sem

saber o que é... Quanto maior for esse número básico de reprodução de vírus numa determinada variante mais depressa eliminará as outras estirpes que competem entre si pelo ser humano...

> Mas referiu também o teorema da evolução...

Quando passamos para os seres humanos quem ganha a batalha é aquele que se especializa melhor, aproveitando da melhor forma os vários recursos do sistema, valorizando a sua elevada entropia evolucionária. Os teoremas da seleção e evolução conjugam a virologia, a evolução natural, as características do ser humano... Mas há muitas outras áreas de interseção da medicina com a matemática: na Farmacologia a modelação matemática é essencial para a análise dos fenómenos da difusão e diluição do medicamento no organismo, evolução das concentrações de fármacos, etc.

> Falou da diluição e fez-me pensar na homeopatia. O que é que a matemática demonstra quanto à homeopatia?

Ajuda-nos a demonstrar que a homeopatia não funciona e que é uma charlatanice. Se não, repare: se deitarmos algumas moléculas de uma substância em água destilada e fizermos as diluições que os homeopatas dizem que fazem, o que acontece é que as diluições são tão grandes que a probabilidade (matemática) de encontrarmos uma molécula daquelas na solução final é inferior à probabilidade de ganhar o euromilhões... É o verdadeiro efeito placebo pois as pessoas estão a receber água destilada como se demonstra com uma conta de aritmética, um exercício de matemática elementar. Para compensar essa aritmética elementar, inventaram o conceito de memória da água...

> Nesta interseção de ciências, a epidemiologia é a área de que mais se tem falado...

Sim, mas é uma área iminentemente matemática.

Houve sempre medo de tomar decisões... Em dezembro alertámos – como a Ordem dos Médicos, aliás, ao afirmar que “para o vírus não existe Natal nem Ano Novo” – que não deveriam facilitar ou iríamos ter um janeiro terrível... E assim foi.

Usar um instrumento com acumulação da incidência a 14 dias é sinal de amadorismo pois esse é um indicador para comparar países e não para combate à pandemia. (...) Para atacar a pandemia temos que ter indicadores rápidos...

Essencialmente remete-nos para o modelo matemático criado em 1927 por Kermack e McKendrick que é o mais importante dos modelos para o estudo das epidemias. Estes dois cientistas analisaram, usando equações diferenciais, a peste de Londres* de 1665/6 procurando perceber como é que – havendo ainda uma percentagem significativa da população por infectar – foi possível parar a disseminação da peste. Kermack e McKendrick descobriram e demonstraram a chamada imunidade de grupo. Os modelos que introduziram – e que ainda hoje usamos – são a base da compreensão do processo de contágio em seres humanos e têm como determinante o produto do número de infectados pelo número de suscetíveis. Simplificando, se há 100 infectados e 100 suscetíveis, a taxa de produção de infectados será proporcional a 10.000. Usamos essas equações modelares, alteradas e adaptadas, para a previsão por exemplo da mortalidade na pandemia atual, o que temos conseguido fazer com uma margem de erro mínima.

> A investigação de Kermack e McKendrick demonstra bem as mais valias para a medicina. E quais são os benefícios para a matemática?

A matemática é, em grande parte, a linguagem de toda a ciência e são essas disciplinas que nos emprestam o objeto de análise, por exemplo, para os sistemas dinâmicos essenciais ao estudo da realidade. É aqui que reside a base de um erro muito comum a que temos assistido em Portugal: as pessoas analisam a realidade como se fosse estática e quando há alte-

rações dinâmicas ficam surpreendidas... A medicina, especificamente, traz-nos um modelo no qual trabalhar e pôr em campo as teorias que desenvolvemos. A medicina é muito interessante para a matemática!

> O surgimento da pandemia foi entusiasmante para os matemáticos...

O surgimento da pandemia é trágico e afeta milhões de vidas, mas, de facto, para os matemáticos serve de campo de teste para uma série de modelos que foram desenvolvidos e que estavam na gaveta. Permite pôr em campo muito conhecimento que espero que não seja esquecido...

> A pandemia de COVID não é a primeira e não será com certeza a última...

De facto. E nem é a pior...

> Mas aprendemos lições com as anteriores?

Nem por isso. Esqueçemo-nos dos ensinamentos da gripe espanhola e houve até quem criticasse o facto de estarmos a aplicar “medidas da idade média” para combater esta pandemia. Mas a verdade é que nos esquecemos: além do uso de máscara/barreira respiratória, por exemplo, nas cercas sanitárias na idade média não havia exceções! Há uma mobilidade gigantesca no século XXI o que torna muito difícil o que vou dizer, mas: se tivéssemos, logo ao princípio, parado o mundo por 15 dias poderíamos ter travado a pandemia. Em vez disso, deixamos entrar em Portugal, segundo os números oficiais, dezenas de milhares de pessoas sem qualquer teste e, com isso, entrou a variante Delta.

> Houve muitos erros marcantes na luta contra o SARS-CoV-2?

Infelizmente sim. Começou logo quando vi a Dra. Graça Freitas, no dia 15 de janeiro de 2020, dizer para a televisão que o vírus estava muito longe e que provavelmente nem chegaria cá, pensei: isto é inacreditável... como é que é possível não prever a disseminação do vírus quando a peste negra chegou à Europa (e estávamos em 1347!) vinda do oriente e dizimou metade da população?! As pandemias são, tragicamente, o campo experimental das teorias da epidemiologia matemática que estavam há muito tempo numa gaveta. Neste âmbito o problema é que os epidemiologistas que vemos falar não são matemáticos. Podem ser especialistas sérios, mas...



> ...Mas deviam trabalhar de forma multidisciplinar?

Sim, porque não têm formação matemática suficiente para dominar um assunto tão técnico como são os sistemas dinâmicos. Ou, em alternativa, as universidades deviam formar melhor os médicos no campo da matemática.

> Porque razão os médicos epidemiologistas não têm essa formação adicional?

É um investimento muito grande e como as grandes pandemias infecciosas tinham desaparecido era um assunto em que não se investia, nem tempo, nem dinheiro. É preciso que os países tenham um reservatório de especialistas a analisar estas questões constantemente para que possamos estar mais bem preparados.

> Há quem compare a pandemia atual com a pandemia de HIV...

O HIV Sida matou muito mais pessoas que a COVID, mas como se conhece muito bem a epidemiologia da doença e como tem um mecanismo de propagação lento, é possível planear a intervenção...

> É bem diferente da COVID-19...

Sim, perante uma pandemia que se propaga pelas vias respiratórias a intervenção tem que ser muito rápida. As pessoas não dominam bem os fenómenos de propagação exponencial: num momento parece que não há nada e, de repente, há uma avalanche gigantesca de casos. Infelizmente como o pensamento humano é linear não está habituado a tomar medidas muito drásticas antes de haver grandes efeitos. Nesta pandemia, ao início, deveríamos ter tomado medidas drásticas.

> Qual é o seu papel enquanto especialista em sistemas dinâmicos?

O grande objetivo de um especialista em fenómenos dinâmicos é prever o que vai acontecer quando o sistema muda de comportamento.

> Neste momento, a dinâmica da pandemia mudou. O que é que marca a diferença?

O que está a salvar a situação é a vacinação. Todas as outras medidas são coadjuvantes (distanciamento, higiene das mãos, uso de máscara). Mas a vacinação é determinante.

> Com a pandemia assimilamos melhor a ideia da dinâmica...

Na verdade, acho que ainda não interiorizamos o conceito: quando vemos fazerem alterações cosméticas à matriz numa altura em que já não é de forma alguma adequada à realidade, percebe-se que as pessoas que estão a trabalhar nesse assunto são amadores e não têm grande domínio sobre o que é a teoria do risco e que não percebem nada de sistemas dinâmicos.

> Aplicar medidas de contenção da pandemia usando a métrica dos 14 dias de incidência adianta alguma coisa?

Não! Há casos em que a incidência em determinados concelhos já estava a diminuir, mas as medidas mais gravosas foram aplicadas porque na incidência a 14 dias ainda estava a subir... São medidas castigadoras em vez de corretivas.



Os números têm que ser analisados com inteligência.

> A Ordem dos Médicos e o Instituto Superior Técnico apresentaram um novo indicador de risco – em cujo desenvolvimento participou e que é um excelente exemplo da aplicação do método matemático à medicina como forma de ajudar a compreender, prever e planear o combate a esta crise sanitária. Segundo esse novo indicador, o risco está em descida desde dia 21 de julho. Contudo, não foi isso que foi dito na reunião do Infarmed de 27 de julho...**

Tem razão: os designados “especialistas em COVID” afirmaram que a trajetória era “ligeiramente crescente ou estável” (nem sequer foram muito concretos porque lhes falta a certeza matemática) mas essa afirmação acontece porque estão a usar a incidência acumulada por 100 mil habitantes a 14 dias... é claramente um problema de ferramenta! Usar um instrumento com acumulação da incidência a 14 dias é sinal de amadorismo pois esse é um indicador para comparar países e não para combate à pandemia. Aliás, a Alemanha não usa incidência a 14 dias. Para servir para atacar a pandemia temos que ter indicadores rápidos e não podemos estar a reconstituir as séries temporais à data dos sintomas porque isso faz-nos perder tempo. Já conhecemos suficientemente bem as séries temporais para sabermos o que isso significa e o que há a corrigir perante os dados brutos de cada dia.

> Devíamos esperar mais da reunião de especialista?

A reunião do Infarmed mostra a face aritmética da matemática. É bricolage. A suposta matriz de risco é um quadro, não é de forma alguma uma matriz de risco... Sempre que há alterações dinâmicas, os ditos especialistas são ultrapassados e só alteram as linhas vermelhas na reunião seguinte o que significa um atraso de 2 meses! Dizer que estão a usar modelos matemáticos é dar mau nome à ciência.

> Já ofereceram a vossa ajuda neste combate?

Claro que sim. Mas deparamo-nos muitas vezes com barreiras e com a não consciência das limitações ou da ignorância... O IST, como instituição, propôs-se ajudar o Ministério, mas a resposta foi que não era preciso porque já tinham pessoas do Técnico a ajudar... Agora propusemos com a Ordem dos Médicos um novo indicador para substituir a matriz e a resposta que recebemos foi que já estavam a usar!...

> Acha que o problema é a incerteza na decisão?

Houve sempre medo de tomar decisões... Em dezembro deviam ter aumentado as restrições e em janeiro deviam ter confinado mas não o fizeram. Depois, mais tarde, confinaram de mais, quando já não era útil, com medo que se repetissem os números de janeiro. Houve sempre um problema de decisão e, ao contrário do que disse o senhor primeiro-ministro, ao afirmar que ouvia sempre os cientistas, isso não é verdade: em dezembro alertámos – como a Ordem dos Médicos, aliás, ao afirmar que “para o vírus não existe Natal nem Ano Novo” – que não deveriam facilitar ou iríamos ter um janeiro terrível... E assim foi. Com 10 mil casos a 6 janeiro não fizeram nada. Só a

A reunião do Infarmed mostra a face aritmética da matemática. É bricolage. (...) Sempre que há alterações dinâmicas, os ditos especialistas são ultrapassados...

15 de janeiro, no pior mês do ano, o mais frio, é que aplicaram regras de contenção. Estes atrasos são catastróficos na dinâmica da realidade.

> A matemática também serve para percebermos se o que nos dizem corresponde ou não há realidade...

Sim, conseguimos saber se nos estão a “dar música”. Veja o caso do anúncio de que ia ser implementado um maravilhoso programa massivo de testagem... Nunca foi realidade! A matemática não nos deixa mentir: enquanto se fazia esse anúncio, a positividade dos testes estava sempre a aumentar chegando aos 5,7%. Se houvesse realmente uma testagem maciça essa positividade diminuía.

> Mas tem que haver matemáticos em todas as equipas?

Não. Mas tem que haver quem perceba de sistemas de modelação e de avaliação de risco.

> Os números são muito importantes, mas não são tudo.

Não, claro que não. Os números têm que ser analisados com inteligência. Repare: temos grande incidência em julho, um R_t elevado no início do mês por causa da variante Delta, mas a gravidade é baixa e o risco para a população é muito menor do que, por exemplo, em janeiro. Isso não invalida que tenhamos que baixar a incidência, mas, em proporção, o risco é muito menor do que era antes.

> Qual foi o maior desafio no desenvolvimento deste indicador?

Fazer um modelo robusto e simples que descrevesse bem o nível subjetivo e objetivo do risco. A ciência também tem que contemplar a dinâmica por isso tivemos que transcrever a escala subjetiva para uma escala objetiva. Esse foi provavelmente o maior desafio pois exigiu mais testes para ter a certeza que o modelo se adaptava à realidade.

> Estão confiantes quanto à aplicabilidade do indicador?

Temos confiança na nossa investigação científica e pretendemos publicá-la numa revista internacional de qualidade para que seja avaliada e validada por cientistas. Todas as pessoas têm opiniões e têm direito a tê-las, mas o trabalho matemático e clínico não podem ser avaliados pelas pessoas em geral. Em aspetos técnicos não funciona a democracia, mas sim a avaliação científica feita por pares.

> Mas é importante que o Ministério da Saúde aplique o indicador?

Era especialmente bom para ajudar os portugueses a sair desta crise sanitária. Mas não é a aceitação (ou recusa) da senhora ministra da saúde que vai validar o modelo científico que desenvolvemos. Se não se aplicar a esta pandemia, acreditamos que o modelo será útil noutras pandemias ou epidemias pois é muito versátil e adaptável. Este indicador não está fechado sobre si próprio por isso pode servir no futuro para a análise de várias doenças.

Notas da redação:

* Em Inglaterra, o último grande surto de peste aconteceu no século XVII e ficou conhecido como a Grande Peste de Londres. Segundo o modelo SIR, desenvolvido por Kermack e McKendrick, um indivíduo suscetível (S) em contacto com um infetado (I), tem uma certa probabilidade de o “transitar” também para a condição de infetado. Por outro lado, a capacidade de infetar suscetíveis não se mantém sempre igual, pois desaparece ao fim de algum tempo. Esse fenómeno de remoção do risco de contágio pode ocorrer por diferentes mecanismos tais como o curso natural da doença ou a imunidade adquirida, a morte (comum em epidemias como Ébola e SARS), quarentena. Estes modelos, desde 1927, foram desenvolvidos e adaptados a situações mais complexas com mecanismos de transmissão mais amplos.

** À data da entrevista, 30 de julho, o R_t continuava a descer assim como o indicador de risco (que estava em 84). A 30 de agosto o indicador estava em 77,7 mantendo a tendência de descida.

Movimento Saúde em Dia

Da pandemia à invisibilidade: milhares de doentes com pulseira “transparente”



TEXTO: FILIPE PARDAL

Se é certo que, na saúde, os números são inábeis na aptidão de contar uma história por inteiro, é igualmente verdade que podem revelar cenários alarmantes. Cerca de 450 mil rastreios oncológicos por realizar, uma quebra de 40% nos episódios de urgência hospitalar e de 25% nas cirurgias no primeiro ano de pandemia são, no mínimo, “números preocupantes”. Nos cuidados de saúde primários, as consultas médicas presenciais reduziram-se em 46%, o que significa menos 9 milhões quando comparados os dados do último ano dito “normal”. Tudo somado, o resultado são milhares de doentes fora do sistema. São pulseiras transparentes que ocultam a dimensão exata do problema da saúde em Portugal. Os médicos querem fazer mais, mas entre o medo inicial dos doentes e a imperícia política na tomada de algumas decisões, há prejuízos que podem ser irreversíveis. “Não se trata apenas de resolver o problema das listas de espera”, pois é igualmente indispensável “identificar todos os doentes que ficaram para trás”, sublinhou o bastonário, Miguel Guimarães.



O movimento Saúde em Dia, iniciativa da Ordem dos Médicos e da Associação dos Administradores Hospitalares, com o apoio da Roche, foi criado ainda em 2020 com o objetivo de identificar problemas, analisar cenários e projetar soluções efetivas em tempo de pandemia. Com a certeza de que o combate à COVID-19 acartou consequências (algumas ineludíveis, outras nem tanto) no diagnóstico e tratamento de outras doenças, era importante “não mascarar” a nossa saúde e compreender o que estava a acontecer no país em termos de acesso a cuidados. No dia 7 de julho, no auditório da Ordem dos Médicos, em Lisboa, o movimento apresentou dados atualizados - e caracterizantes do primeiro ano de pandemia - que expõem, por exemplo, menos 21% de mulheres com registo de mamografia nos últimos dois anos (169 mil), menos 12% de mulheres com colpocitologia atualizada (140 mil) e menos 7% de utentes inscritos com rastreio do cólon e reto efetuado (125 mil). Isto significa que 1 em cada 7 mulheres está por diagnosticar em relação ao cancro da mama, 1 em cada 5 deixaram de ser diagnosticadas com cancro do colo do útero e 1 em cada 6 pessoas ficaram com cancro do colon e reto por diagnosticar. Os dados apontam ainda para uma quebra de 40% na procura das urgências hospitalares e para menos 25% (176.057) de cirurgias realizadas. É uma redução de 4,5 milhões de contactos nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, entre consultas, urgências, cirurgias e internamentos. Nas urgências, os casos considerados mais graves, com pulseira vermelha, reduziram-se em 22%, os episódios de pulseira laranja diminuíram 31% e os relativos à pulseira amarela, 40%. Já as pulseiras transparentes, relativas, simbolicamente, a doentes que “ninguém sabe quem são”, cresceram decerto para níveis históricos. Nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, o cenário continua a ser desolador: 29 milhões de atos ficaram por fazer. Com quedas mais significativas - superiores a 50% - registam-se os exames de Pneumologia, Imunoalergologia, Otorrinolaringologia e Neurofisiologia.

Os números são, nas palavras do bastonário da Ordem dos Médicos, “impressionantes” e “muito preocupantes”. Miguel Guimarães apelou, durante a sessão de apresentação do estudo “O impacto da pandemia na prestação dos cuidados de saúde em Portugal”, a que as autoridades de saúde tomem medidas efetivas para recuperar os milhares de doentes que não entraram no sistema. Para abordar esta questão complexa, não se trata apenas de “resolver o problema das listas de espera, mas de tentar identificar todos os doentes que ficaram para trás”, explicou. É preciso desenvolver “um programa excecional de recuperação”, o que implica um verdadeiro investimento e “uma grande mobilização” das pessoas, do Serviço Nacional de Saúde e dos setores social e privado. Um programa que tem de ser “fácil de executar” e monitorizado “passo a passo”.

Nas consultas médicas presenciais nos centros de saúde a redução foi de 46%, o que significa menos cerca de 9 milhões de consultas. Nas consultas ao domicílio registaram-se menos 43% (83.630). “Este é o resultado da estratégia seguida pelo Ministério da Saúde”, realçou o bastonário. “Os médicos de família seguiram quase 96% dos doentes COVID-19, o que é absolutamente brutal, além de terem sido requisitados para os lares e para uma série de outras tarefas, como o apoio à vacinação”. Miguel Guimarães não desvaloriza a importância desse trabalho, - muito pelo contrário - mas salientou que poderia ser executado por outros médicos, contratados especificamente para a dar resposta à circunstância, “libertando” os médicos família para suas “funções normais”. “É urgente libertar os médicos de família para fazerem o que fazem melhor: ver os seus doentes”, sublinhou. As consultas não presenciais nos centros de saúde cresceram 130%. Foram quase 12 milhões de consultas a mais, quando comparado com o período homólogo anterior. Este aumento estará relacionado com o trabalho supramencionado de acompanhamento dos doentes com COVID-19. O que também se avolumou foi o número de utentes sem médico de família, ultrapassando a fasquia de um milhão de portugueses (1.057.839). De acordo com os dados disponíveis no Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde, cerca de 10% dos utentes estão sem médico de família, numa altura em que se impõe um reforço significativo nos cuidados de saúde primários, de modo



Miguel Guimarães
Bastonário da Ordem dos Médicos

a recuperar a atividade que se dissipou no período mais agudo da pandemia. Um cenário muito distante da promessa que o Primeiro-Ministro, António Costa, fez em 2016 quando garantiu que, em 2017, “todos os portugueses” iriam ter direito a médico de família.

A “invisibilidade” de “milhares ou milhões” de doentes, que acabaram por não entrar no sistema, é um dos maiores dramas que a apresentação deste estudo evidenciou. A referenciação hospitalar sofreu uma queda de 20% nas primeiras consultas, traduzindo-se em menos cerca de 700 mil contactos. Esta é uma percentagem média porque, garantiu Miguel Guimarães, “há hospitais que tiveram uma redução de 30% a 50%”. Devido a esta conjuntura, as listas de espera acabaram por não engrossar: “o número de doentes em espera quando comparado com o mês homólogo de 2019 pode não ser muito diferente, até pode ser menor, porque há muitos que não chegaram a entrar no sistema e esse é o grande problema”. O impacto é “muitíssimo grande”, alertou. Muitas patologias, como a diabetes, a hipertensão ou a insuficiência cardíaca, também sofreram uma quebra de diagnósticos e tratamentos “muito significativa”. No caso da diabetes, os utentes inscritos com exame do pé diabético realizado caíram 34% e com exame oftalmológico 20%.

Todos estes dados foram enunciados pelo estudo “O impacto da pandemia na prestação dos cuidados de saúde em Portugal”, realizado pela consultora MOAI, através das informações disponíveis no Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde, recolhidos entre 25 de junho e 5 de julho deste ano.



A metodologia comparativa de avaliação de impacto colocou lado a lado os dados disponíveis do primeiro ano de pandemia (março 2020 a fevereiro de 2021) com o período imediatamente anterior (março 2019 a fevereiro 2020). Na sessão que decorreu na Ordem dos Médicos, coube a Joana Sousa (*partner da MOAI*), a apresentação da “radiografia” destes números, interpretando-os e descodificando-os para o auditório. “Não são notícias animadoras”, reconheceu, mas “importa saber como vamos fazer um plano de recuperação para estes doentes que nem sabemos quem são”, disse. O discurso de abertura esteve a cargo do presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, Alexandre Lourenço, que começou por enaltecer a resposta dos serviços e profissionais de saúde à pandemia. “Fizeram tudo o que estava ao seu alcance”, sendo importante, em qualquer circunstância, “destacar esta entrega única que foi conseguida ao longo dos últimos meses”. Não obstante, o gestor não negligencia a relevância da análise crítica relativamente ao que aconteceu durante o período pandémico percorrido até agora, especialmente no que diz respeito à “pandemia silenciosa” que é a “quebra de acesso nos doentes não-COVID”. Para resolver, de forma estrutural, os problemas que estes números evidenciam, é preciso “um conjunto de iniciativas que não se limitem a descrever os problemas e o impacto da pandemia, mas que encontrem soluções”. “Não podemos ter políticas públicas que se limitem a fazer esta descrição”, asseverou, lembrando que nos dias de hoje continuamos a ter deficiências no sistema de saúde que já foram identificadas há mais de uma década sem que as consigamos resolver, “temos de ter novas soluções”. Alexandre Lourenço defendeu que

se aplique, de facto, uma estratégia, aproveitando os vários recursos dos setores público, privado e social, em rede e não de forma isolada, pois não tem existido resposta ao muito que tem ficado para trás. “Caso contrário, e essa é a opinião generalizada dos médicos, os efeitos da falta de acesso dos doentes não-COVID irão fazer-se sentir durante anos, com uma deterioração clara dos indicadores de saúde e da esperança de vida em Portugal”, concluiu.

Na sessão de encerramento, o bastonário da Ordem dos Médicos além de agradecer o trabalho “notável” de todos os envolvidos na iniciativa, viria a reforçar a



sua preocupação relativamente aos dados agora conhecidos, sobretudo aqueles que mostram uma grande quantidade de pessoas sem acesso a cuidados de saúde, “que nós ainda não sabemos quem são”. “As pessoas que não estão nas listas de espera para cirurgia, nem nas listas de espera para uma consulta (...) que estão simplesmente fora do sistema”. Miguel Guimarães salientou que “não basta divulgar ou ter conhecimento dos indicadores”. “É preciso fazer alguma coisa”. Nomeadamente, “chegar mais perto das pessoas” para ter a capacidade efetiva de “cuidar e proteger” os nossos concidadãos. Como conclusões “fundamentais”, o representante dos médicos voltou a mencionar: libertação dos médicos de família das tarefas COVID para que lhes seja permitido voltar a estar com os seus doentes habituais e criação de um programa excecional de recuperação dos doentes que, infelizmente, têm ficado para trás. “Não pode ser apenas o sistema de gestão de inscritos para cirurgia ou o equivalente para consultas”, “temos que ir mais longe”, sublinhou. “Se fazíamos meio milhão

de rastreios para um determinado tipo de cancro, temos agora de fazer muito mais". Miguel Guimarães acrescentou ainda que "isto não se faz com um programa à distância", nem com muito mais tempo de hesitação, "porque à medida que o tempo passa, a situação agrava-se para cada pessoa que tem um nome, que tem uma família e que tem uma doença". "É o momento de deixar este alerta e fazer um apelo" aos responsáveis políticos no sentido de mobilizar o país. Sobre os médicos e todos os restantes profissionais que trabalham, todos os dias, para salvar vidas, deixou palavras de "gradidão, homenagem e louvor".



Vítor Herdeiro
presidente do conselho diretivo da ACSS

"Os médicos têm feito um trabalho notável e eu não posso deixar de lhes agradecer". Prova dessa capacidade de trabalho é a baixa mortalidade relativa à COVID-19, um indicador que é melhor em Portugal do que na maioria dos restantes países europeus. É o indicador que "depende mais de nós e menos dos outros", "que está mais na mão dos profissionais de saúde e menos na mão dos políticos", finalizou, enaltecendo assim a qualidade dos médicos e restantes profissionais de saúde portugueses. Por fim, em representação da ministra da Saúde, esteve presente Vítor Herdeiro, presidente do conselho diretivo da ACSS, que fez o discurso final, reconhecendo a relevância de iniciativas como a do movimento Saúde em Dia em "tempos desafiantes". O dirigente concedeu que os números conhecidos provam o impacto grande que a pandemia teve no acesso aos cuidados de saúde. "Os nossos profissionais de saúde tiveram de se adaptar, reinventar e implementar novos conceitos e medidas, muitas vezes em tempo recorde, para garantir uma resposta rápida e eficiente", afirmou.

O impacto e as medidas de recuperação necessárias

Na mesma sessão foi também apresentado o estudo "O impacto da pandemia COVID-19 e as medidas de recuperação necessárias", realizado pela GfK. Centrado nas ações exequíveis para fazer face à situação desafiante que vivemos, a metodologia deste trabalho resultou de inquéritos e entrevistas a diversos "agentes" da saúde: médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, médicos especialistas em Medicina Interna, administradores hospitalares, doentes crónicos, associações de doentes e utentes do Servi-



António Gomes
diretor geral da GfK Metris

ço Nacional de Saúde em geral. Quase dois terços dos médicos consideram que os doentes não-COVID foram "profundamente impactados pela pandemia" e pelas opções políticas que foram tomadas. Cerca de metade dos médicos considera que a qualidade dos atos clínicos realizados foi muito ou extramente afetada e 4 em cada 10 doentes crónicos sentiram um agravamento da sua doença. Destes últimos, 21% não procuraram cuidados médicos, alguns deles por receio da pandemia. A apresentação destes dados foi feita pelo diretor geral da GfK Metris, António Gomes, "com o propósito de perceber que tipo de medidas e de sugestões" podem ser postas em prática "no sentido de recuperar o tempo perdido", explicou.

O primeiro segmento de resultados expostos disse respeito aos administradores hospitalares. Com a realização de quatro entrevistas, a metodologia foi qualitativa. De forma geral, ficou patente que os hospitais sentiram um forte impacto da pandemia com

múltiplas consequências. Entre elas, desafios acrescidos na gestão das equipas, condicionadas por falta de capital humano e pelo número de casos COVID; aumento de custos derivado de investimentos em equipamentos de proteção individual, higienizações ou transformações de serviços em “postos” COVID; desafios para continuar a tratar, com o mesmo ritmo e qualidade, os doentes que não estavam relacionados com a pandemia, entre outros fatores. Concluiu-se que, numa primeira fase da pandemia, “não existiu uma diminuição significativa da oferta de serviços”, tendo sido do lado da procura que se verificou uma “forte quebra”, nomeadamente nos serviços de urgência, quer pela procura direta, quer por referenciação dos cuidados de saúde primários. Ou seja, os administradores hospitalares suportam a tese de ser “inequívoco que a procura diminuiu sobretudo pelo medo dos doentes em procurar cuidados de saúde”. Ainda assim, desde setembro de 2020, a procura tem vindo a aumentar progressivamente. Para “recuperar o tempo perdido”, foram elencadas algumas medidas e ações futuras: rever limites na capacidade de internamento, priorizar um modelo de acompanhamento diferenciado para as doenças crónicas assente na proximidade, flexibilizar o modelo de gestão interdepartamental, persistir em modelos de maior e melhor coordenação regional, aprofundar a articulação de cuidados pré-hospitalares, hospitalares e continuados e, por fim, rever o modelo de financiamento, revertendo a tendência de valorização excessiva de critérios quantitativos em detrimento dos qualitativos.

No que diz respeito aos médicos, foram inquiridos

especialistas de Medicina Geral e Familiar e de Medicina Interna através de questionários online. 90% dos especialistas afirmaram que a pandemia teve um elevado/grande impacto na prática clínica e dois terços consideraram que os doentes não-COVID foram profundamente impactados. A maioria considerou ainda que é frequente ou muito frequente os doentes não procurarem os cuidados de saúde de que necessitam ou, quando os procuram, ser já após um agravamento severo da sua situação clínica. Também metade dos médicos considerou que a qualidade dos atos clínicos foi muito ou extremamente afetada. De que forma? Os motivos elencados foram vários, mas destacam-se as limitações das consultas à distância, o cancelamento ou adiamento das mesmas, o maior volume de trabalho e a maior demora no diagnóstico, avaliação e eventual tratamento. De acordo com as respostas apuradas, com exceção da renovação de prescrições, todos os atos médicos foram afetados, com as cirurgias relacionadas com doenças do foro oncológico a gerarem uma das capitais preocupações. Ainda assim, tanto os especialistas de Medicina Geral e Familiar, como os especialistas de Medicina Interna afiançam, na sua maioria, que os atos clínicos adiados ou cancelados estão agora a começar a ser remarcados. Mesmo assim, os adiamentos continuam a ser uma realidade em quase um terço dos serviços, com as consultas de seguimento ou “check-up” a serem a tipologia mais penalizada. A perspetiva para o futuro é de que a sobrecarga dos serviços de saúde deverá prolongar-se até 2022, com a convicção de que os efeitos negativos da pandemia perdurarão “muito além” da sua duração efetiva. Como prioridades resolutivas,



Romana Borja-Santos - assessora de comunicação da Ordem dos Médicos



Rubina Correia - especialista de Medicina Geral e Familiar e conselheira nacional da Ordem dos Médicos



Daniel Ferro - presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte



Luís Campos
médico especialista de Medicina Interna

os médicos acham que no panorama político devem ser tomadas decisões no sentido de contratar mais profissionais para o SNS, nomeadamente médicos e enfermeiros. Já no panorama clínico, as áreas que exigem, na opinião dos inquiridos, maior primazia são o rastreio oncológico e as doenças cardiovasculares. Ficou a certeza de que é urgente “recuperar o que ficou para trás”, olhando também para possíveis soluções estruturais, com enfoque na qualidade do trabalho dos médicos, minimizando o trabalho burocrático e modernizando equipamentos e processos.

Neste estudo foram igualmente ouvidos os doentes, através de um inquérito online. Os resultados mostraram que 4 em cada 10 doentes crónicos sentiram um agravamento da sua doença durante a pandemia. Deste universo, 21% não procuraram cuidados médicos, ou por considerarem que a sua situação não era grave, ou por receio de contrair COVID-19 no serviço de saúde. Dentro dos que procuraram esses cuidados, nem todos manifestaram uma experiência positiva. 37% expuseram insatisfação derivada sobretudo de um sentimento de “menor atenção”. É de realçar ainda que 16% afirmaram ter tido de recorrer a serviços privados devido à falta de acesso no seu hospital público preferencial. Entre os pontos positivos, destaca-se o facto da maioria dos atos médicos previamente marcados terem sido realizados, bem como a maioria dos doentes (86%) ter conseguido contactar o centro de saúde ou hospital via telefone ou e-mail para resolver as suas preocupações. Sobre o futuro, só cerca de 20% dos doentes está otimista quanto

a uma normalização nos serviços até ao final do ano. Existe a convicção que os efeitos causados pela pandemia na saúde perdurarão após o fim da mesma. Quando questionados sobre quais serão as medidas prioritárias no setor “para permitir a construção de um melhor SNS”, os doentes “pediram” a contratação de mais médicos e enfermeiros, a melhoria no acompanhamento em consultas presenciais e no acesso a exames e um menor tempo de espera no atendimento. As doenças do foro oncológico são as que merecem mais atenção dos doentes, seguidas das doenças mentais e cardiovasculares. A renovação automática das prescrições para doenças crónicas e o acesso a um médico de família também foram medidas referidas pela grande parte dos inquiridos como essenciais.

As associações de doentes também foram ouvidas neste estudo, através de uma metodologia qualitativa em formato de workshop. Em termos gerais, os representantes dos doentes consideraram que, durante a pandemia, correu bem o acesso à medicação, devido à implementação de “várias soluções mais ou menos criativas”. Em contraponto, como fatores negativos, destacaram as dificuldades de acesso para marcação de consultas, a suspensão por parte dos hospitais da realização de juntas médicas e a interrupção de consultas de diagnóstico. Com olhos postos no futuro, as associações de doentes pedem mais protocolos com o setor privado, a priorização de consultas e atos médicos associados à reabilitação, recuperação, fisioterapia e fisioterapia, bem como a promoção de ações de sensibilização e rastreio, nomeadamente na área oncológica.

Os dados comentados por quem os viveu

Com moderação da assessora de comunicação da Ordem dos Médicos, Romana Borja-Santos, esta sessão do movimento Saúde em Dia contou com um espaço de comentário sobre os dados apresentados ao longo da manhã. Da parte dos administradores hospitalares participou Daniel Ferro (presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte). A ótica dos médicos ficou entregue a Rubina Correia (especialista de Medicina Geral e Familiar e conselheira nacional da Ordem dos Médicos) e a Luís Campos (médico especialista de Medicina Interna). Já a perspetiva dos doentes ficou a cargo de Isabel Saraiva (vice-presidente da associação de doentes, RESPIRA).

Daniel Ferro defendeu que a quebra de procura “não correspondeu por parte dos hospitais a uma quebra de oferta”. O administrador acredita que as instituições tentaram gerir o acesso de forma a não prejudicar a saúde dos doentes. Tentar que “aquilo que não pudesse ser feito agora, fosse feito depois”. No entanto, concedeu, existiram “diferentes impactos e implicações ao longo da pandemia”. Na primeira fase, afirmou, constatou-se uma quebra e suspensão da atividade programada. “Suspendeu-se para preparar equipas e estruturas”. Daniel Ferro salientou que foi essa preparação antecipada que “nos valeu na terceira fase”, pois em dezembro de 2020 a pressão aumentou e, caso a preparação não existisse, “o SNS não teria dado resposta”. Quando questionado pela moderadora sobre o papel que uma maior autonomia exerceu na capacidade de responder à crise, o administrador foi claro: “foi extramente importante a devolução aos conselhos de administração da competência para contratar. Em vez de esperar dois meses, permitiu-nos que numa semana pudéssemos ter mais recursos”. O administrador concluiu a sua intervenção realçando que o problema já não é “se temos capacidade de responder”, mas sim “como vamos conciliar daqui para a frente as necessidades COVID e não-COVID de forma a que não existam limitações de acesso. Ciente dos desafios, deixou palavras lisonjeiras para os médicos e restantes profissionais de saúde: “as equipas encontraram sempre soluções e aplicaram-nas” nos momentos certos.

De seguida, Rubina Correia usou da palavra para realçar que “os dados manifestam que os serviços de saúde não conseguiram dar o acesso aos doentes como seria desejável”. Isto porque os contactos nos cuidados de saúde primários diminuíram em cerca de 14 milhões. Ainda assim, salientou: os contactos dos médicos de família aumentaram em 8,5%. Como se explica esta aparente discrepância? Pelo facto de os médicos de família terem acompanhado 96% dos doentes com COVID-19. “A taxa de esforço dos médicos de família” foi enorme. “Fizeram outras tarefas que os retiraram do seu ‘core’ e da sua especialidade. O tempo foi dividido pelo que já faziam antes, mais o acompanhamento aos doentes COVID”, explicou a conselheira nacional da Ordem dos Médicos. Adicionalmente, “outro fator que não permite, ainda, voltar aos tempos pré-pandemia é a vacinação”. “A maior parte dos centros de vacinação são assegurados por médicos de Medicina Geral e Familiar”, afirmou, deixando a certeza de que os especialistas querem ter condições para fazer “o seu trabalho”, incluindo “mais consultas presenciais”. O seu colega de painel, Luís Campos, considera que a pandemia “destacou as fragilidades do SNS”. Isto porque, “afetou a resposta a todos os doentes”. Destacando, negativamente, o “parque hospitalar muito velho” do nosso país, o especialista de Medicina Interna mencionou que ficou provado “que os hospitais têm de ser mais escaláveis e adaptáveis”. As dificuldades em manter os profissionais no SNS, a fragilidade dos sistemas de informação, tal como as fracas condições de trabalho e remuneratórias são todas dimensões que impossibilitam, na ótica do orador, que o setor da saúde possa funcionar em pleno. Sobre políticas de saúde, Luís Campos criticou a comunicação com o público e a falta de aconselhamento técnico-científico. “Não é suficiente uma reunião do Infarmed de 15 em 15 dias”. “Optou-se por medidas de impacto político mediático, como a compra de ventiladores”, esquecendo-se os responsáveis políticos que “para comprar ventiladores são necessárias pessoas que saibam ventilar”, exemplificou. Em conclusão, Rubina Correia frisou que “todos os médicos querem voltar a estar com os seus doentes”, mas, para isso, “têm de ser libertados de tarefas burocráticas”. Já Luís Campos esclareceu que, apesar do seu sentido crítico, considera que o SNS “portou-se bem”. “Apesar de tudo tivemos menor mortalidade em excesso do que a média da



José Figueiras
apresentador de televisão

União Europeia (...) porque temos profissionais competentes e que deram o litro”.

O último comentário pertenceu a Isabel Saraiva que confessou ao auditório que, nos primeiros meses de pandemia, sentiu-se “apavorada”. “Em Portugal, 6 dos 15 meses de pandemia correspondem a uma suspensão de cuidados”. “Isto tem uma dimensão absolutamente esmagadora”, afiançou. A representante dos doentes pediu mais e melhor acesso à saúde e uma informação mais clara e organizada que permita conferir maior tranquilidade a quem necessita do SNS. Interrogada sobre se já sentia uma recuperação no acesso, Isabel Saraiva foi perentória: “depende dos serviços e das zonas do país, não há uniformidade. Há locais onde a recuperação decorre a ritmo razoável e, outras, em que simplesmente não acontece”.

A campanha “pulseira transparente” e a petição pública

Protagonizado pelo apresentador de televisão, José Figueiras, o vídeo “pulseira transparente” serve de alerta e sensibilização para os doentes que têm ficado para trás e que não têm voz. Presente na estreia do filme, José Figueiras mostrou-se “muito honrado” por participar. “Temos a obrigação de chegar às pessoas que nos são mais próximas”, salientou. “No meu programa levamos muitos profissionais ligados à saúde e tenho tido muito feedback positivo dos telespectadores”, também por isso “não hesitei em aceitar este convite”, para dar o “meu pequeno contributo”. João Frias Pereira, assessor de comunicação da Roche, explicou a “inspiração criativa” do vídeo, baseada no Protocolo de Manchester. “Criámos a pulseira trans-

parente para dar visibilidade a todas as doenças que ficaram esquecidas durante estes longos meses”.

Dirigida ao presidente da Assembleia da República, e com mais de 1200 assinaturas recolhidas, foi também nesta ocasião lançada uma petição pública para a resposta do SNS aos doentes não-COVID e pela prioridade política à saúde. O diretor-geral da Roche, André Vasconcelos, recordaria que “este movimento é dinamizado em nome dos doentes e pelos cidadãos”. “Estes dias de isolamento foram um recordatório da nossa vulnerabilidade e do impacto desta pandemia que nos afeta psicológica e fisicamente”. Recordando, de voz embargada, a recente perda de um amigo, vítima de cancro, André Vasconcelos acentuou que “é importante ver as caras que estão por trás destes números”, pois “é assim que vemos o verdadeiro impacto da pandemia”. Agora, mais do que nunca, é preciso responder, reagir e preparar o futuro.





Bastonário nos Açores promove diálogo e consensos

Uma comitiva da Ordem dos Médicos liderada pelo bastonário, Miguel Guimarães, deslocou-se aos Açores depois de ter tido conhecimento de alguns problemas relatados pelos médicos do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), em Ponta Delgada. Com uma atitude conciliadora, promotora de diálogo e de respeito por todos os envolvidos, o bastonário falou com os médicos no dia 22 de agosto, foi recebido no Governo regional no dia seguinte e reuniu com o conselho de administração do HDES no dia 24, tendo, em todos os momentos, o principal objetivo de encontrar soluções que defendam os doentes e que vislumbrem, simultaneamente, um caminho que resulte "no respeito que os médicos merecem".

Passou muito pouco tempo entre a chegada de Miguel Guimarães ao aeroporto João Paulo II e o início de um encontro de trabalho no Conselho Médico dos Açores, com a participação de largas dezenas de médicos da região. A reunião com os colegas acabaria por consolidar o dossier de toda a visita à região autónoma. O bastonário ouviu de viva voz os problemas que o HDES enfrenta, nomeadamente falhas complexas de comunicação interna que resultam em que algumas decisões clínicas estejam a ser tomadas sem auscultação dos médicos em geral e até dos próprios diretores de serviço.

Se já há dificuldades estruturais para fixar profissionais nos Açores, mais difícil fica "se os médicos sentirem que não são bem tratados", confessaram vários dos presentes – incluindo a presidente do Conselho Médico dos Açores da Ordem dos Médicos, Margarida Moura – apreensivos com uma eventual deterioração dos cuidados prestados aos doentes, caso não seja corrigida a postura da administração do hospital. "Soubemos pela newsletter da instituição que uma colega vinha coordenar a nossa atividade", "não conseguimos comunicar com a administração" ou "estamos desanimados e desmotivados", foram algumas das frases que se exteriorizaram.

O bastonário ficou preocupado com a “forma como é feita a comunicação” do hospital com os seus profissionais. Miguel Guimarães lembrava, em tom de apelo, que o diretor clínico (também presente na sala) pode ter aqui um papel crucial para expurgar algumas situações que estão menos bem. “O diretor clínico tem várias responsabilidades importantes, e uma das maiores é ter uma boa articulação com os diretores de serviço, sabendo quais são os objetivos que cada um tem para o serviço e para a instituição”, construindo, pelo diálogo e através de ações, um bom espírito de equipa e de trabalho. Tudo isto sem prejuízo da Ordem dos Médicos estar totalmente disponível para ajudar na procura de consensos que respeitem os médicos e protejam os doentes.

Ainda relacionado com a questão da comunicação, foram reportados alguns comentários depreciativos, feitos através das redes sociais, perpetuados por elementos ligados ao hospital, que “nada abonam a favor do que é preciso fazer nos Açores para as pessoas darem o melhor de si”, consideraria o bastonário. É “urgente” promover uma “maior proximidade entre os médicos que trabalham no hospital e as pessoas que têm neste momento a missão de liderar” aquela unidade de saúde. As divergências “na forma” de fazer as coisas devem ser corrigidas, afiançou, até porque “toda a gente quer o mesmo: o melhor para os doentes”. “Temos de ter inteligência emocional suficiente para estarmos juntos” com essa motivação, asseverou.

Centrado nas soluções, o representante nacional de todos os médicos iria ocupar os próximos dias em Ponta Delgada com as prioridades bem definidas:

promover ações que apoiem o aumento da capacidade formativa na região, regularizar a situação da Medicina do Trabalho no hospital que se encontra “suspensa”, propor ao Governo regional que estude formas de minimizar a burocracia que leve a que a contratação de médicos e outros profissionais possa ser mais célere, recomendar internamente reuniões periódicas entre o diretor clínico, diretores de serviço e restantes médicos da instituição e suspender – com efeitos imediatos – publicações nas redes sociais e/ou na newsletter de assuntos internos, invertendo, em súmula, “a falta de informação e diálogo” que se tem vindo a verificar.

“São os médicos que todos os dias fazem o serviço público de saúde, como tal precisam de ser acarinhados e respeitados. O trabalho extraordinário que desenvolveram durante esta pandemia – e antes dela – não pode ser simplesmente ignorado”, disse o bastonário aos colegas. “Contem com a Ordem para vos ajudar”.

Na comitiva da Ordem dos Médicos esteve também o presidente do Conselho Regional do Sul, Alexandre Valentim Lourenço, que reforçou os apelos do bastonário, lembrando que existe um desafio acrescido para o Hospital do Divino Espírito Santo enfrentar: a existência de um novo hospital privado na região. Sublinhando que a concorrência pode ser benéfica para aumentar mutuamente a qualidade assistencial, como acontece na realidade em vários locais do continente, o dirigente da Ordem alertou que só com profissionais motivados no setor público será possível evitar o pior dos cenários: desertificação no Serviço Regional de Saúde.



Reunião com os médicos da região



Alexandre Valentim Lourenço,
Miguel Guimarães e
Margarida Moura

Miguel Guimarães e José Bolieiro



Audiência entre o Governo Regional dos Açores e a Ordem dos Médicos



Alexandre Valentim Lourenço, Patrícia Santos, Margarida Moura, Miguel Guimarães



José Bolieiro, Alexandre Valentim Lourenço, Miguel Guimarães

Bastonário elogia "resposta muitíssimo boa" dos Açores no combate à pandemia

A comitiva da Ordem dos Médicos foi recebida, no dia 23, pelo Governo regional açoriano, mais concretamente pelo presidente, José Manuel Bolieiro, e pelo secretário regional da Saúde e Desporto, Clélio Meneses. O motivo da audiência não foi apenas dar conhecimento dos problemas já relatados do Hospital do Divino Espírito Santo, mas, principalmente, a indagação por medidas conjuntas que estimulem o aumento da eficiência no acesso à saúde do arquipélago. A Ordem dos Médicos apresentou ao Governo várias propostas que vão ao encontro de conferir melhores condições para que os médicos se sintam "motivados" em continuar na região. Entre as propostas estava uma colaboração mais estreita entre as administrações das unidades de saúde e a Ordem dos Médicos representada nos Açores

pelo seu Conselho Médico e a respetiva presidente, Margarida Moura.

"Os médicos estão interessados em ajudar os açorianos. Estão interessados em ajudar o hospital, mas precisam de sentir que são respeitados, precisam de sentir que são ouvidos e precisam de sentir que partilham das decisões que são tomadas", disse o bastonário, em declarações à comunicação social, já depois da audiência. Por sua vez, José Manuel Bolieiro reiterou a disponibilidade para colaborar de forma "preventiva no surgimento de dificuldades que possam surgir", analisando com "bons olhos" esta auscultação da Ordem dos Médicos, pois "quando é possível resolver um problema no seu início, mais eficaz se torna a intervenção". Recorde-se, no entanto, que as divergências internas no HDES foram assumidas pelo próprio presidente do Governo Regional, que a 22 de julho já defendia ser necessário "trabalhar em diálogo" para transformar os "desentendimentos de circunstância" entre a administração

e os trabalhadores do Hospital de Ponta Delgada num "entendimento estrutural".

Sobre a necessidade de fixar capital humano na região, o presidente do Governo adiantou que estão a ser desenvolvidos "procedimentos de contratação pública para a fixação de médicos no quadro do Serviço Regional de Saúde", em conjunto com o secretário regional da Saúde e Desporto. Alguns destes procedimentos foram também incutidos por Miguel Guimarães, como "uma política de incentivos mais arrojada", o "aumento da capacidade de formação" e um melhor aproveitamento da possibilidade de ter "vagas preferenciais".

Além do funcionamento do HDES, o combate à pandemia foi outro dos temas fortes da reunião entre as entidades. Miguel Guimarães acabaria por avaliar a resposta dos Açores à pandemia como "muitíssimo boa", nomeadamente no que concerne à matriz de risco utilizada – semelhante à desenvolvida pela Ordem dos Médicos, em conjunto com o Instituto Superior Técnico (ver página 15). "Têm uma matriz que já inclui aquilo que é a análise ao número de internamentos e também em relação à vacinação. E, portanto, diria que a matriz que os Açores têm neste momento é mais eficaz no momento atual do que a matriz que existe no continente", sustentou. O bastonário lembrou ainda que a vacinação contra a COVID-19 tem-se mostrado "tremendamente eficaz", pois "reduziu de uma forma brutal aquilo que é a atividade do vírus, mas sobretudo a gravidade da doença". Nos Açores, a taxa de vacinação completa está perto de atingir os 75%, sendo que há ilhas onde a percentagem já é superior à média regional. A boa resposta regional traduz-se nos números mais positivos relativamente ao panorama nacional. As ilhas dos Açores – que representam 2,3% da população portuguesa – são responsáveis por apenas 0,8% dos casos de COVID-19 no país. A média nacional é de 98 casos por 100 mil habitantes, enquanto nos Açores o valor fixava-se, na altura de fecho deste artigo, em 28 casos. Ou seja, 60% inferior ao cenário global.

Além do bastonário, do presidente do Conselho Regional do Sul e da presidente do Conselho Médico dos Açores, esteve ainda presente na comitiva da Ordem dos médicos, ao longo destes três dias de trabalho, a vogal deste Conselho Médico, Patrícia Santos.

A reunião com a administração: "os médicos nunca deitam a toalha ao chão"

O último ponto de agenda de Miguel Guimarães foi uma reunião com o conselho de administração do Hospital do Divino Espírito Santo. Ao longo de duas horas, foram discutidos vários temas que seriam, mais tarde, resumidos em conferência de imprensa. O bastonário deixou uma garantia aos açorianos: "podem ficar tranquilos", pois os médicos "nunca deitam a toalha ao chão", mesmo na adversidade. "Os médicos têm feito um trabalho solidário e humanista tremendo, mesmo trabalhando em condições longe das ideais", nomeadamente durante esta pandemia, destacou, lembrando que muitos abdicaram "de parte da sua vida pessoal para continuar a dar resposta aos seus doentes". "Os médicos colocam sempre os doentes em primeiro lugar", reforçou. Sobre o encontro com a administração do HDES, o líder associativo partilhou que existiu uma "boa recetividade". Miguel Guimarães acredita, por isso, que existe "espaço suficiente" para o conselho de administração continuar em plenas funções "desde que haja bom senso". Bom senso que neste caso, explicou, significa que não podem continuar a existir "interferências externas prejudiciais". "Acho que existe espaço para as coisas se resolverem e, quanto mais depressa, melhor", concluiu.

Hospital do Divino
Espírito Santo

Reunião com o conselho
de administração do HDES



Hospital Internacional dos Açores



Dos cuidados de saúde primários ao Hospital Internacional dos Açores

A estadia nos Açores não estaria completa sem mais dois momentos importantes, abrangendo assim todas as valências de saúde da capital económica da região autónoma: uma visita de trabalho no centro de saúde de Ponta Delgada e, outra, no recente Hospital Internacional dos Açores.

No centro de saúde, o presidente do conselho de administração, Pedro Santos, deu conta de que “é preciso mais espaço” de trabalho para os profissionais, apesar das instalações serem recentes. O gestor explicou também que a ilha de São Miguel tem 5 centros de saúde, mas existem 32 “portas abertas”, incluindo extensões, o que provoca uma “dispersão enorme”. No caso específico da área de influência desta unidade, mas em linha de conta com o resto do território nacional, existem cerca de 12 mil utentes sem médico de família num universo de 60 mil. “Há um concurso a decorrer”, para tentar

Isabel Cássio e Miguel Guimarães



fixar mais médicos, mas não há garantias que as vagas fiquem preenchidas. De resto, os problemas relatados são comuns: listas de utentes por médico de família maiores do que o desejável, excesso de burocratização nas tarefas dos especialistas de Medicina Geral e Familiar e desvio para as tarefas relacionadas com a pandemia. Na região têm existido alguns constrangimentos em “substituir” jovens médicas enquanto exercem o seu direito a licença de maternidade. No entanto, “as médicas têm

todo o direito de ser mães”, sublinhou o bastonário, aclarando que é preciso “redefinir o quadro das unidades para dar resposta nesses casos”. “São os gestores que têm de acautelar isso”, reforçou. Miguel Guimarães partilhou a sua preocupação sobre se os direitos das jovens médicas, “que têm exatamente o mesmo direito do que as outras mulheres em constituir família”, estão a ser acautelados na sua totalidade. O mesmo tema foi abordado pelo presidente do Conselho Regional do Sul. Alexandre Valentim Lourenço pediu mais apoios antes, durante e após a gravidez. “As médicas sentem muito a pressão pela carga horária excessiva que têm de cumprir”, explicou, acrescentando que a “ausência” em momentos importantes da família tem sempre um peso difícil de gerir e que acaba por ter repercussões nas escolhas profissionais a curto ou médio prazo.

Já no Hospital Internacional dos Açores (HIA), a comitiva da Ordem foi recebida pela diretora clínica, Isabel Cássio, que apresentou as instalações e as principais valências da unidade. O hospital aposta na “inovação” e conta com “tecnologia e equipamento topo de gama”, expôs. Este que é o primeiro hospital privado da região, conta com seis médicos a tempo inteiro e “apenas” dois deles saíram diretamente do hospital público de Ponta Delgada. O que evidencia que o sistema de saúde

Miguel Guimarães partilhou a sua preocupação sobre se os direitos das jovens médicas, “que têm exatamente o mesmo direito do que as outras mulheres em constituir família”, estão a ser acautelados na sua totalidade.

tem potencialidade para coabitar eficazmente e em complementaridade entre público e privado. Isabel Cássio realçou que o HIA conta com um serviço de atendimento permanente e que já está a desenvolver parcerias formativas com várias universidades, tanto das ilhas como do continente. O presidente do conselho de administração, Luís Miguel Farinha, frisou que o objetivo é que este seja “o hospital dos Açores e não apenas de São Miguel”. Apostando também na proximidade com os Estados Unidos da América, quer em termos de público-alvo, como também para o desenvolvimento de um centro de conhecimento e de “educação clínica avançada”.

Miguel Guimarães



Reunião no centro de saúde de Ponta Delgada



As pessoas em situação de sem-abrigo e o contexto de pandemia: fatores protetores e de promoção da saúde

José Ornelas é professor catedrático do ISPA – Instituto Universitário e recebeu em junho o “prémio carreira” (Lifetime Career Award), da Associação Europeia de Psicologia Comunitária por uma vida dedicada à integração de pessoas sem-abrigo. José Ornelas tem-se dedicado à investigação e desenvolvimento de sistemas de apoio à desinstitucionalização e Saúde Mental comunitária. Desde 2009 que tem sido um dos principais ativistas europeus na integração de pessoas em situação de sem-abrigo, com problemáticas de doença mental, através do modelo Housing First (Casas Primeiro), aplicado em vários países com resultados demonstrados a partir de evidência científica. O mais recente exemplo da sua intervenção é o projeto que lidera a nível europeu - Horizonte 2020 HOME_EU (Homelessness as unfairness ou Sem-abrigo como injustiça GA/726997). O principal propósito deste projeto, que está a ser desenvolvido em parceria com instituições de oito países, é a generalização dos programas Housing First como estratégia de integração e empoderamento das pessoas sem-abrigo, a promoção da inovação nas políticas públicas de resposta à situação dessas pessoas e conhecer o modo como os cidadãos europeus sentem, toleram e contestam a sua existência nas suas cidades e países.



No espaço da União Europeia estima-se que cerca de 700 000 pessoas pernoitam diariamente nas ruas das suas cidades ^[1], considerando-se ser uma experiência que a nível individual implica um risco acrescido para a saúde física e mental, do qual resulta uma taxa acrescida mortalidade prematura face à população em geral, a inacessibilidade aos cuidados de saúde primários que conduzem a uma utilização reiterada de serviços de emergência em saúde e na utilização de recursos sociais com elevados índices de precariedade ^[2].

As pessoas em situação de sem-abrigo constituem-se como uma das expressões mais extremadas das desigualdades sociais e de formas agravadas de exposição aos elementos atmosféricos, à insegurança, à violência e à pobreza, por períodos que podem ascender até aos 20 anos de forma intermitente ou continuada.

No contexto de pandemia e perante a contingência de emergência social e de saúde pública, houve a necessidade de delinear uma resposta rápida, tendo sido adotadas medidas de concentração de significativos números de pessoas em situação de sem-abrigo em espaços confinados

como ginásios, pavilhões ou estruturas hoteleiras, bem como outras formas de resposta cujo propósito principal foi o de tirar as pessoas da via pública. Paradoxalmente, estas medidas de concentração deram origem a novos surtos e focos de COVID-19 com consequências indeterminadas face às situações frequentes de co-morbilidade desta população.

Em paralelo e, desde o final dos anos 90, têm vindo a ser desenvolvidas de forma sistemática respostas focadas na natureza estrutural da situação de sem-abrigo, proporcionando acesso a respostas habitacionais e de apoio no acesso a recursos básicos de sobrevivência que recebeu internacionalmente a designação de Housing First^[3].

Estes programas neste momento em funcionamento em muitas cidades europeias incluindo Lisboa, Cascais e mais recentemente Leiria, proporcionam o acesso a uma habitação individualizada, dispersa e indiferenciada na comunidade e a uma equipa especializada de intervenção 24/7; têm demonstrado eficácia reiterada em termos do aumento dos índices de qualidade de vida e satisfação com a situação habitacional, a redução da sintomatologia psiquiátrica e do consumo de substâncias, bem como taxas elevadas de manutenção das opções habitacionais proporcionadas^[4,5].

Em simultâneo à estratégia de concentração houve lugar, particularmente na cidade de Lisboa, a um reforço significativo dos Programas Housing First a ser implementado como o apoio do Município e por ONG's destinados a pessoas sem-abrigo de longo-prazo. Em fevereiro de 2020 e referindo apenas o exemplo da cidade de Lisboa, havia em funcionamento 80 casas individualizadas e dispersas no tecido social da cidade; durante o período da pandemia o Programa triplicou, havendo na atualidade 340 espaços habitacionais de apoio permanente e continuado a pessoas em situação de sem-abrigo.

Num contexto pandémico esta estratégia de apoio, abrangendo como prioridade o acesso à habitação e ao

apoio de uma equipa especializada na intervenção na crise, em situações de problemáticas de saúde mental e/ou consumo de substâncias, bem como na adoção de medidas de prevenção do contágio, demonstrou um elevado nível de eficácia. As equipas de intervenção desenvolveram o seu trabalho em vetores diversificados que abrangem áreas como:

- a)** A localização intensiva de casas para proporcionar novas respostas a pessoas em situação de sem-abrigo;
- b)** Ligação ativas com as Unidades de Saúde Familiar do local de residência para ativação a cuidados de saúde primários, incluindo consultas e receitas on-line;
- c)** Ligação com cuidados especializados de saúde física e/ou saúde mental sempre que demonstrou ser crucial;
- d)** Proporcionaram acesso a materiais apoio de proteção e higienização e informação sobre as formas mais adequadas para a sua utilização
- e)** Organização de testes frequentes no decurso dos 1º e 2º confinamentos
- f)** Organização dos processos de vacinação para as pessoas com situações de co-morbilidade mais agravada e depois com todas as pessoas envolvidas nos programas
- g)** Cuidados de higiene e conforto habitacional para a manutenção das pessoas nas habitações.

A experiência com os programas Housing First com soluções de natureza individualizada, dispersa e socialmente indiferenciada em curso quer em Portugal quer na Europa, têm demonstrado ser uma resposta eficaz na prevenção do contágio para pessoas de elevado risco. A situação de contingência pandémica veio realçar a necessidade de desenvolver políticas públicas integradas, abrangendo respostas habitacionais para grupos sociais com elevados desafios como são as pessoas em situação de sem-abrigo e que as medidas de saúde pública são mais eficazes quando integradas em políticas articuladas de promoção da saúde e da integração social dos grupos com elevados níveis de vulnerabilidade.

^[1] Fondation Abbé Pierre - Feantsa (2020) Fifth Overview Of Housing Exclusion In Europe: https://www.feantsa.org/Public/User/Resources/Ohee/2020/Chapter_1_-_The_many_faces_of_homelessness_in_europe.pdf

^[2] Fazel S, Geddes Jr, Kushel M. The Health Of Homeless People In High-Income Countries: Descriptive Epidemiology, Health Consequences, And Clinical And Policy Recommendations. *The Lancet*. 2014; 384: 1529–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6) Pmid: 25390578

^[3] Ornelas, J; Martins, P; Zilhão, T; Duarte, T. (2014) Housing First: An Ecological Approach To Promoting Community Integration. *European Journal On Homelessness* Vol. 8, Nº 1 https://www.feantsa.org/Download/Article-02_8-17202003192087929062.Pdf

^[4] Greenwood Rm, Manning Rm, O'shaughnessy Br, Cross O, Vargas-Moniz Mj, Auquier P, Santinello M, Wolf Jr, Bokszczanin A, Bernad R, Källmén H, Spinnewijn F, Ornelas J, Home_eu Consortium (2020) Comparison Of Housing First And Traditional Homeless Service Users In Eight European Countries: Protocol For A Mixed Methods, Multi-Site Study *Jmir Research Protocols*; 9(2):E14584, Pmid: 32022696/ Pmcid: 7055843 Doi: 10.2196/14584/

^[5] Ornelas, J., Vargas-Moniz, M. J. (Eds.) & The Home_eu Consortium Study Group (2021). *Homelessness As Unfairness. H2020_home_eu: Reversing Homelessness In Europe Ga/ 726997* Isbn: 978-989-8384-62-1. Lisbon: Ispa – Instituto Universitário.

52 anos depois do primeiro transplante de rim Portugal continua a liderar na área da transplantação

Na mesma data em que a missão Apollo 11 levava o Homem à lua pela primeira vez, em Portugal dávamos um pequeno grande passo para a medicina: o cirurgião Alexandre Linhares Furtado executava nesse dia, nos Hospitais Universitários de Coimbra, aquele que foi o primeiro transplante renal realizado em terras lusas. Estávamos em 20 de julho de 1969.



Foi há 52 anos que, pela mão e bisturi do cirurgião Linhares Furtado, aconteceu esse momento simbólico que abriu caminho para salvar tantas vidas: o primeiro transplante renal, no caso com dador vivo. Precisamente com o objetivo de homenagear dadores, suas famílias e os profissionais de saúde, designadamente os médicos, que colocam Portugal nos lugares cimeiros em termos de transplantação, todos os anos se assinala o Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação. O dia escolhido para esta efeméride foi precisamente o 20 de julho, por corresponder ao primeiro transplante renal.

O destacado cirurgião na área dos transplantes renais e do fígado, que realizou essa primeira intervenção, tem recebido muitas distinções ao longo da sua carreira, das quais lembramos, por exemplo, o Prémio Nacional de Saúde 2011. Alexandre Linhares Furtado foi o sexto médico a receber esse prémio que, assim, o distinguiu pela “relevância e excelência no âmbito das Ciências da Saúde” e pela contribuição “para a obtenção de ganhos na saúde (...) no âmbito do Serviço Nacional de Saúde”. Ao receber o prémio, Linhares Furtado explicaria, nesse dia 9 de abril de 2011, como, apesar de muitas homenagens de que foi alvo, este foi um “reconhecimento de uma carreira” que o lisonjeou particularmente. No seu discurso, realçou o papel do médico na dinâmica da credibilidade de um sistema de saúde ao frisar que “a competên-

cia na área médica é isoladamente considerada, o mais poderoso fator de credibilidade de qualquer sistema de Saúde, com relevância crucial na sua sustentabilidade global e evolução positiva”, eliminando qualquer dúvida que houvesse de que sem médicos nunca haverá bons resultados em saúde.

Outra grande homenagem de que foi alvo o precursor da transplantação de rins com dador vivo, foi na celebração dos 50 anos dessa primeira cirurgia. Estávamos em julho de 2019 quando se realizou essa ampla homenagem* na qual Linhares Furtado fez questão de sublinhar o “heroísmo” do dador vivo de órgãos. Nesse evento, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, realçou o “simbolismo especial” deste marco da história da medicina portuguesa, sublinhando como “Linhares Furtado arriscou e com o risco que correu fez com que a medicina e a ciência avançassem”. Estes são apenas dois exemplos dos muitos momentos de distinção de que foi merecer este pioneiro da transplantação.

*Esta homenagem decorreu em Coimbra e foi perpetrada pela Universidade de Coimbra, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital da Universidade, a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, o Instituto Português do Sangue e Transplantação, a Sociedade Portuguesa de Transplantação, a Ordem dos Médicos, a Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, a associação Hepaturix e pelo Centro Cirúrgico de Coimbra.



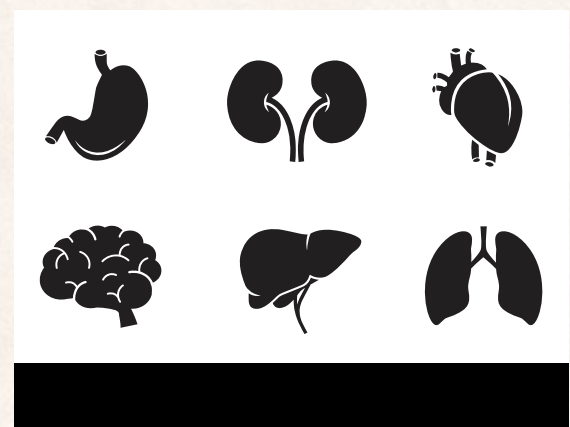
A memória constrói-se todos os dias

No primeiro semestre deste ano foram feitos 27 transplantes cardíacos (mais 12 que em igual período de 2020), 201 renais (mais 33), 99 hepáticos (mais 10) e 24 pulmonares (mais cinco), números que demonstram o impulso de recuperação. Mesmo com as muitas limitações do último ano e meio, fruto da pandemia e das opções políticas de direcionar todos os cuidados para o combate a essa crise sanitária, Portugal manteve-se entre os países líderes na transplantação a nível mundial. Em 2021, no Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação, a Ordem dos Médicos enalteceu o trabalho das equipas médicas que estão a promover a recuperação dos efeitos nefastos da pandemia na atividade cirúrgica. “O número de transplantes está já em franca recuperação, com uma subida de 19% no primeiro semestre de 2021, em relação ao período homólogo de 2020”, lia-se num comunicado em que o bastonário, Miguel Guimarães, destacou o facto de ocuparmos a 4.ª posição no que se refere à colheita de órgãos de dadores falecidos por milhão de habitantes, campo em que o nosso país foi pioneiro, nomeadamente com a criação do Registo Nacional de Não-Dadores (RENDA).



Uma história de sucesso com vários protagonistas

História de óbvio sucesso, a transplantação em Portugal é feita de vários programas para diferentes órgãos que conseguiram colocar-nos na vanguarda mundial. O primeiro transplante de rim em dador falecido aconteceria já em 1980, simultaneamente pelas mãos de duas equipas: Linhares Furtado, em Coimbra e João Pena, em Lisboa. Outros momentos mereceriam destaque como o primeiro transplante de coração em 1986 (realizado por Queirós e Melo), do fígado em 1993 (também por João Pena), do pâncreas em 1993 e intestino em 1996 (novamente por Linhares Furtado) e pulmão em 2001 (realizado por José Fragata), etc.. Os marcos importantes sucedem-se. Mas, pelo que representa quanto ao aumento do número potencial de dadores e consequentemente do número de transplantes, e sabendo que a escassez de órgãos é o grande desafio desta área, não podemos deixar de realçar o ano em que se tornou possível realizar transplantes em dadores em paragem cardiocirculatória: estávamos em 2016 quando o Hospital de São João iniciou num projeto piloto que abriu novas portas para a saúde dos portugueses.





Colégio da Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação

01

Quais são as prioridades da especialidade de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) para este novo triénio?

1) Assistencial: implementar a rede de cuidados de MFR para que em todo o território nacional possa haver um equitativo acesso à especialidade.

2) Formação: rever o programa do internato, aumentar as vagas e modificar radicalmente a metodologia de avaliação.

3) Comunicação: divulgar a MFR na classe médica, no público e nas estruturas governativas, expondo as maiores necessidades do SNS neste sector.

02

Já se sente o efetivo retorno aos cuidados de reabilitação ou continuam a faltar estratégias que potenciem esse retorno?

O colégio colaborou desde a primeira hora na elaboração de normas de actuação em contexto pandémico, o que permitiu reagir rapidamente à síncope assistencial a que fomos forçados. Estamos a recuperar. Enfrentamos as dificuldades de sempre: heterogeneidade organizacional dos cuidados hospitalares, cuidados continuados, clínicas de ambulatório; atraso na implementação de cuidados domiciliários.

03

Considerando que aos doentes que normalmente necessitam da MFR acrescem agora os doentes COVID-19 que precisam - por vezes por longos períodos - de reabilitação, que medidas sugere que se tomem para melhorar o acesso?

Aponta-se para que 1/3 dos doentes COVID-19 possam ter défices importantes, com quadros muito heterogéneos. Chegam-nos já muitos. Precisamos por isso de mais meios (mais camas, maior oferta no ambulatório) e melhor aproveitamento da capacidade

instalada. Uma ideia interessante seria implementar programas de reabilitação em alguns estabelecimentos termais, tal como já sucede em vários países.

04

Que questões irão exigir a reflexão dos especialistas na evolução da MFR nos próximos anos?

As alterações demográficas (envelhecimento, aumento da esperança de vida) e a mudança de paradigma assistencial duma sobrevivência "tout court" para a preservação da qualidade de vida, vão dar especial enfoque à funcionalidade como pilar fundamental da Saúde. A opinião pública vai exigir o desenvolvimento desta perspectiva. Outro enorme desafio será a incorporação progresso tecnológico na MFR.

05

Temos médicos especialistas suficientes?

Temos em Portugal 725 fisiatras. Penso serem suficientes. Necessitamos, contudo, de um melhor aproveitamento da sua actividade. Perde-se demasiado tempo em tarefas desnecessárias. Uma outra questão é a necessidade de desenvolver competências específicas dentro da especialidade, dada a sua diversidade e abrangência. Aí sim, temos insuficiências de diferenciação em algumas áreas que devemos colmatar.



MIGUEL DA SILVA MENDES

Colégio da Especialidade de Cardiologia



Quais são as prioridades da especialidade de Cardiologia para este novo triénio?

As nossas prioridades são a formação dos internos e dos especialistas que dela devem cuidar ao longo do seu percurso profissional.

Iremos rever os critérios de atribuição de capacidade formativa, o programa do internato e o processo de avaliação final, com modificação da forma das provas teórica e prática e defesa da adoção de uma classificação final qualitativa.

Vamos promover a criação de novas subespecialidades e de competências nas áreas clínicas fronteira com outras especialidades.



Com o adiamento de consultas, diagnósticos e tratamentos, o panorama em termos de carga de doença agravou-se muito no contexto da Cardiologia?

A prevenção cardiovascular e o diagnóstico de novos casos foram prejudicados pela limitação do acesso aos cuidados primários e/ou hospitalares, pelo seguimento telefónico e pela inatividade dos doentes. Estes recorreram tardiamente aos cuidados médicos, em situações de doença aguda ou nas descompensações, apresentando quadros clínicos mais graves.



O que devemos fazer para planear uma retoma rápida e eficaz de cuidados de forma a recuperar esses doentes que lamentavelmente foram ficando para trás?

Sendo diferente a realidade nos diferentes hospitais e Administrações Regionais de Saúde, deverá ser feito um ponto de situação e definir localmente como recuperar o atraso, em cima da resposta à crescente

rotina diária, o que obrigará nalguns casos à prestação de trabalho adicional (consultas e MCDTs), dentro ou fora de cada instituição, com eventual recurso a ferramentas de tele saúde.



Quais são os principais desafios que um médico especialista em Cardiologia enfrentará nos próximos anos?

Os principais desafios têm a ver com ver com a capacidade de praticar uma Cardiologia moderna, proporcionando os MCDTs adequados, com acesso a reabilitação cardíaca e às intervenções mais diferenciadas em todo o território nacional, para além de disporem de condições para cuidar da sua formação e para se envolverem em investigação científica local ou multicêntrica.



Temos médicos especialistas suficientes?

Temos cardiologistas em número suficiente, mas mal distribuídos: elevada concentração em grandes centros no litoral e cobertura reduzida no interior. A organização de uma rede de cuidados cardiológicos, com resposta equilibrada em todo o país, deve ser uma prioridade nacional. As propostas avançadas pela tutela têm que ser mais ambiciosas e inovadoras, porque as atuais já se mostraram ineficazes.

De Cantanhede para o mundo: vacina portuguesa contra a COVID-19 pronta para ensaios clínicos



A biotecnológica portuguesa Immunetep, sediada em Cantanhede, concluiu os ensaios não clínicos da sua vacina contra o SARS-CoV-2 com resultados promissores em termos de eficácia e segurança. Chama-se Silba (SARS-CoV-2 Inactivated for Lung B and T cell Activation), será tomada por inalação e tem na simplicidade de administração e de distribuição uma das fundamentais vantagens em relação às vacinas já aprovadas. Falámos com Pedro Madureira, diretor científico da empresa, para conhecer a metodologia e as expectativas do projeto a curto prazo. Há condições para daqui a “9 a 12 meses” a vacina estar finalizada, mas é preciso financiamento do Governo para progredir para a fase de ensaios clínicos. A “compra antecipada de vacinas” seria uma solução que permitiria viabilizar o projeto.

Inalar uma vacina contra a COVID-19 desenvolvida em Portugal poderá tornar-se realidade num futuro próximo. Esta opção, explicou-nos Pedro Madureira, permite “garantir uma forte proteção nos pulmões onde, por norma, o vírus entra primeiro”. O diretor científico e cofundador da Immunetep acredita também que pelo facto da vacina utilizar o próprio vírus inativado, esta será robusta e eficaz “mesmo perante novas variantes que possam vir a surgir”. Ao contrário, por exemplo, das vacinas das far-

macêuticas Pfizer ou Moderna, que produzem anticorpos apenas contra a proteína “spike” do SARS-CoV-2, a inoculação portuguesa utilizará “o vírus como um todo”. Sem exigir conservação em temperaturas negativas ou sequer um profissional de saúde para proceder à sua administração, esta vacina poderá vir a ser uma solução eficiente para países subdesenvolvidos, com maior dificuldade de acesso ao produto, com carência de médicos e enfermeiros ou com condições logísticas deficientes. Neste momento, países de língua oficial portuguesa, e outras nações africanas e da América Latina serão as que mais poderiam beneficiar com a Silba.

Nos ensaios não clínicos foram usados como modelo animal os ratinhos transgénicos k18-hACE2 que, infetados com o novo coronavírus, desenvolvem uma doença idêntica quando comparada à dos humanos. “Através destes ensaios e da taxa de sobrevivência de 100% que foi observada, foi possível confirmar a eficácia da vacina em infeções letais por SARS-CoV-2”, afirmou o responsável à ROM. Em relação à toxicidade, não foi encontrado qualquer tipo de efeito adverso. Pedro Madureira recordou que o conjunto de ensaios relativos à segurança da vacina são conduzidos por entidades externas à própria empresa. “Mantemos a devida reserva, pois só vamos ter a certeza quando avançarmos para humanos, mas temos já uma segurança muito grande”.

Quanto ao número de doses necessárias, a Silba mantém o padrão mais comum: duas. “Tem a ver com a própria resposta imunitária do nosso corpo”, salientou o investigador. A vacina é estável durante alguns meses à temperatura ambiente, mas “são recomendadas temperaturas entre 2 e 8 graus”. Condições fáceis de obter sem complexificar a logística de distribuição e armazenamento. À acessibilidade de conservação, junta-se a simplicidade de administração. “O facto da vacina ser inalada e usar um dispositivo que é basicamente uma bomba e asma permite que as pessoas possam administrar a vacina a si mesmas”. Pedro Madureira esclareceu: “obviamente que



terá de haver alguma instrução prévia de utilização”, mas “não será necessária uma mobilização em massa de profissionais de saúde”. Esta é uma oportunidade para países que ainda não receberam uma única dose de vacina e poderiam ter à partida mais dificuldades em desenhar processos de inoculação para toda a população. “Há uma falta clara de vacinas a nível mundial”, lembrou, e, por isso, ainda subsistem muitas oportunidades para a vacina portuguesa ter utilidade absolutamente decisiva. O responsável da Immunetep recordou que, num mundo global, a imunidade de grupo em Portugal ou em qualquer parte do globo, será uma falácia enquanto existirem populações inteiras sem acesso a uma proteção efetiva.

Com todo o desenho clínico já desenvolvido, o próximo passo será avançar com os ensaios clínicos. Mas, para isso, é necessário investimento. “Neste momento a forma mais rápida de investimento nesta área é através dos Governos”, disse o cientista, aludindo ao exemplo da Alemanha onde “a Pfizer só comprou a BioNTech depois do Governo alemão garantir que havia financiamento e onde havia até uma garantia de doses já compradas”. A parte positiva, disse-nos, é que o Estado português já demonstrou interesse em investir no projeto. No entanto, falta conhecer os timings, o montante e a forma mais célere de agilizar o processo. “Só a partir desse momento é que podemos despoletar os ensaios clínicos, as burocracias da aprovação da vacina junto das autoridades competentes e a respetiva produção”. A empresa teve anteriormente uma ajuda do programa Portugal 2020 – 250 mil euros – que usou para o desenvolvimento pré-clínico. Se tudo correr sem mais interrupções na engrenagem, “em 9 ou 12 meses poderíamos ter a vacina pronta para ser aprovada”.

Questionado sobre a perceção do aumento de movimentos “anti-vacinas”, Pedro Madureira lembrou que, felizmente, em Portugal a taxa de aceitação da vacinação contra a COVID-19 tem sido “muito elevada”. Mas deixou um recado aos negacionistas: “as vacinas são a úni-

ca ferramenta clínica que contribuiu para a erradicação de várias doenças infecciosas”. Provavelmente, observou, “muita gente olha para as vacinas como um dado adquirido na perspetiva em que somos vacinados em bebés e, por isso não adoecemos”. “Nem nos lembramos do que era viver num mundo em que as pessoas morriam de doenças que hoje têm cura e que, antes, nada havia a fazer para as controlar”. Factos e clareza na comunicação fazem parte da receita que considera infalível para combater a desinformação. No entanto, lamentou, “fica mais difícil quando temos as próprias entidades governamentais a dar informações contraditórias”. “É preciso ter muito cuidado com opiniões não factuais”.

Sobre as maiores dificuldades que sente em fazer investigação em Portugal, Pedro Madureira respondeu em duas dimensões: “é fácil porque temos gente muito boa e uma máquina de investigação que está muito bem montada em termos de conhecimento. Mas “é difícil ter uma consistência e uma continuidade nessa investigação”. “Há poucas empresas de biotecnologia em Portugal, logo temos pouca experiência nesse percurso”, o que pode levar a alguma “desconfiança” a nível internacional e por parte dos investidores, elucidou. Pelo menos “comparativamente com outros países que já têm essa cultura enraizada”.

Desde a sua fundação, em 2014, que a Immunetep – empresa de biotecnologia spinoff da Universidade do Porto – se dedica ao desenvolvimento de imunoterapias, particularmente contra infeções bacterianas multirresistentes, contando presentemente com dez colaboradores. “Temos uma equipa fantástica”, fez questão de enfatizar, contando-nos inclusivamente que dois membros da empresa voltaram da emigração pelo interesse despoletado pelos projetos em que a Immunetep está inserida. Foi a experiência adquirida com o processo de desenvolvimento de imunoterapias que permitiu iniciar de uma forma relativamente rápida o processo de desenvolvimento de uma vacina contra a COVID-19.



Melhorar qualidade e diminuir iniquidades na saúde: UE faz consulta pública

A UE promoveu a participação numa consulta pública sobre medidas para facilitar o acesso aos dados de saúde e o intercâmbio desses dados para garantir uma maior acessibilidade, disponibilidade e acessibilidade financeira dos cuidados de saúde, estimular a inovação no domínio da saúde e dos cuidados de saúde, permitindo obter o melhor tratamento e os melhores resultados, e promover soluções inovadoras, que utilizem as tecnologias digitais, incluindo a inteligência artificial. A consulta pretendeu garantir que todos os pontos de vista são tidos em conta na conceção de um quadro jurídico para um Espaço Europeu de Dados de Saúde em que se assegure a transparência e a responsabilização num justo equilíbrio entre a partilha de dados e o acautelar dos direitos das pessoas, incluindo a proteção dos seus dados pessoais.



Prémio Maria de Sousa passa a ter cinco vencedores

Com o valor total do prémio a aumentar este ano de 25 para 125 mil euros, a Ordem dos Médicos e a Bial vão galardoar cinco investigadores. Luís Portela, presidente da Fundação BIAL, explica que "esta alteração surge na sequência do sucesso do lançamento da primeira edição do Prémio, bem patente no elevado número de candidaturas recebidas (84). Continuaremos a honrar, agora de forma reforçada, a memória de Maria de Sousa, único intuito que nos levou, à Ordem dos Médicos e à Fundação BIAL, a instituir este Prémio". Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, salienta que "o Prémio Maria de Sousa está a ser um enorme sucesso, seja pelo interesse que despertou nos investigadores, seja pela qualidade das candidaturas apresentadas, informação que recebemos do Júri. Esta é a melhor forma que temos para engrandecer o legado científico de Maria de Sousa e dar-lhe continuidade".



Homenagem a mulheres cientistas

A marca de brinquedos Mattel lançou uma coleção da Barbie para homenagear mulheres cientistas que estiveram na linha da frente do combate à pandemia de COVID-19 e, simultaneamente, para inspirar mais meninas a seguir o ramo da ciência e da tecnologia. Sarah Gilbert, a cientista responsável pela vacina da AstraZeneca, Kirby White, a médica australiana que produziu uma bata cirúrgica que pode ser lavada e reutilizada por trabalhadores da linha de frente, Jacqueline Goes de Jesus, a investigadora brasileira que liderou uma equipa no estudo de uma nova variante da Covid, Amy O'Sullivan, a enfermeira que tratou o primeiro doente de Covid-19 em Nova Iorque, Audrey Cruz, a médica de Las Vegas (EUA) que se envolveu com outros profissionais para lutar contra a discriminação racial durante a pandemia e Chika Stacy Oriuwa, a psiquiatra da Universidade de Toronto (Canadá), que lutou contra o racismo na área da saúde são as seis mulheres representadas nesta coleção.

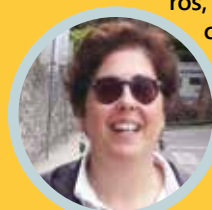


VOX POP



OS DADOS E CRITÉRIOS UTILIZADOS PELO GOVERNO PARA AJUSTAR AS RESTRIÇÕES DE COMBATE À PANDEMIA TÊM SIDO OS MAIS ADEQUADOS?

Os dados que nos dão são muito pouco claros, já que a matriz de risco não é perceptível. Os critérios para restrições têm sido pouco eficazes e inclusive pouco precisos. Não estão a prevenir, apenas a reagir ao que veem fazer nos outros países.



Paula Nunes Lima, secretária

Um terço de jovens hospitalizados com COVID-19 teve complicações pós-alta

Segundo um estudo realizado no Reino Unido antes do início do processo de vacinação, quase um terço dos jovens com idades compreendidas entre os 19 e os 29 anos internados com o novo coronavírus, apresentou complicações de saúde que se manifestaram depois da alta médica. Problemas de rins, sistema respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, neurológico e fígado são as queixas mais comuns nesse grupo.



Portugal é o segundo pior da Europa na resposta a doentes não-COVID

Um relatório da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (EUROFOUND) mostra que desde o início da pandemia, 21% dos europeus faltaram (ou viram ser adiada) a pelo menos uma consulta ou tratamento. Os países com maiores taxas de atos médicos prejudicados na União Europeia foram a Hungria (36%), Portugal (34%) e a Letónia (29%). O mesmo relatório mostra também que os portugueses estão entre os mais insatisfeitos com os apoios governamentais.



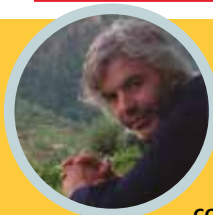
Dívidas do SNS cresceram três milhões de euros por dia em maio

As dívidas por pagar há mais de 90 dias do Serviço Nacional de Saúde (SNS) agravaram-se em maio a um ritmo de três milhões de euros por dia. Em reação aos dados da execução orçamental o Conselho Estratégico Nacional de Saúde da CIP (Confederação Empresarial de Portugal) sublinhou que no mês em que o défice ascendia a quase 377 milhões de euros o SNS assistiu a um "inédito corte no financiamento" (-2,5%) e acusou o governo de estar a "asfixiar financeiramente o SNS". O Conselho Estratégico alertou que "se nada for feito", 2021 ficará marcado como o ano do "maior défice de sempre do SNS".



23.000.000

Em 2020, 23 milhões de crianças ficaram sem vacinas básicas de acordo com a Organização Mundial da Saúde e a Unicef. As duas organizações estimam que até 17 milhões destas crianças possam não ter recebido uma única inoculação no ano passado, número que subiu 3,7 milhões em relação a 2019. Angola está entre os países onde aumentou mais o número de crianças que ficaram sem doses de vacinas como a tríplice, tétano e tosse convulsa.

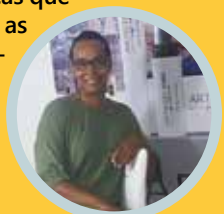


Sim. Têm sido assegurados procedimentos adequados, com um plano de medidas gerais e específicas (regras de lotação, utilização de equipamentos de proteção individual, distanciamento, etc.) que procuram mitigar o contágio, garantindo a segurança da comunidade num eventual levantar das medidas de confinamento.

José Mário Cachada, professor de educação física

Acho que, com as últimas mudanças que o governo introduziu em julho, as medidas são as certas. Acho adequadas porque o governo está a ter em conta o facto de estarem mais pessoas vacinadas e adaptou-se definindo estas novas medidas.

Alice Djaló, assistente administrativa



PROVA DOS FACTOS



PESQUISA: PAULA FORTUNATO

Congressista americana espalha desinformação sobre a pandemia

Marjorie Taylor Greene é membro da Câmara dos Representantes pelo Estado da Georgia e tem disseminado desinformação sobre o SARS-CoV-2, fazendo declarações sem validade científica que lhe valeram um bloqueio na conta do Twitter: Greene fez uma publicação onde dizia que o novo coronavírus "não é perigoso para pessoas não obesas e menores de 65 anos" e, noutra, defendia que ao "derrotar a obesidade" estaríamos a proteger as pessoas das complicações da COVID-19. Além disso a congressista faz afirmações absurdas em que compara a obrigatoriedade do uso da máscara com os abusos que os nazistas infligiram aos judeus. Nas redes sociais a congressista violou a política de desinformação várias vezes até que o Twitter lhe aplicou uma sanção e rotulou essas publicações como sendo "enganosas".



Todos podemos ser veículos de desinformação

Se não tivermos cuidado, qualquer um de nós pode ser usado como veículo transmissor de notícias falsas. Por exemplo, em diversas publicações no Facebook e Twitter, com centenas de partilhas, foi repetida a acusação de que Gouveia e Melo teria dito "Um milhão e meio de SMS's falhou? Eu próprio levarei as missivas em cartas registadas à casa de cada português". A fonte parecia fidedigna mas não era: a imagem que foi usada nessas publicações copiava o grafismo do jornal Expresso, mas como explicou fonte oficial da task force contactada pelo Polígrafo, o conteúdo é falso. Embora se confirme que "o Sr. vice-almirante Gouveia e Melo não proferiu essa ou qualquer afirmação semelhante", as publicações (algumas delas feitas por figuras públicas da política portuguesa) nunca foram apagadas nem desmentidas. Para evitar sermos transmissores de mentiras devemos atentar nas conclusões de um estudo científico internacional (publicado em <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsos.201199>) sobre a suscetibilidade à desinformação. O estudo alerta precisamente para os riscos para a saúde pública e destaca a importância de fomentar o pensamento crítico como ferramenta para reduzir a suscetibilidade das pessoas a serem enganadas.

5 mentiras por dia

Segundo a ONG internacional Artigo 19 Jair Bolsonaro terá feito 1.682 declarações falsas ou enganosas ao longo do ano de 2020 contribuindo para uma "uma crise de informação no Brasil" e no mundo. Feitas as contas, isso corresponde a quase 5 mentiras por dia.



Presidente dos EUA diz que o Facebook está a matar pessoas

É verdade que Biden afirmou que o FB – e outras redes sociais – estava a matar pessoas, ao permitir que informações incorretas sobre a COVID-19 e as vacinas sejam espalhadas pelos seus utilizadores e instando a plataforma social a combater essa "desinformação ultrajante". No entanto, o presidente dos EUA já se retratou esclarecendo que considera que alguns utilizadores do Facebook serão responsáveis por essas mortes e não a plataforma.

Site gerido pela FDA contabiliza mortes relacionadas com a vacina

Grupos do Facebook têm organizado protestos contra a vacina citando as mais diversas fontes para tentar fundamentar a sua oposição: um desses grupos alega, por exemplo, que o Sistema de Notificação de Eventos Adversos de Vacinas (VAERS) – um banco de dados do governo americano co-gerido pelos Centros para Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) e pela Food and Drug Administration (FDA) – estabelece uma relação direta entre a vacina e milhares de mortes. No entanto, o que o VAERS faz é aceitar e analisar relatórios de eventos adversos (potenciais efeitos colaterais) após a vacinação. No próprio site do VAERS se explica que o sistema não foi desenhado para detetar se uma vacina causou o evento adverso, mas sim para identificar padrões de notificação que podem sugerir a necessidade de investigar possíveis problemas de segurança. As limitações dos dados do VAERS incluem a escassez de informação e a consequente impossibilidade de estabelecer relações de causa/efeito entre a vacina e o evento adverso.



Estudos demonstram que 1 em cada 6 pessoas acredita que vírus foi fabricado

Esta é uma das teorias da conspiração mais divulgada desde o início da pandemia. Neste caso, os números surgiram recentemente num artigo de opinião (publicado pelo Observador) onde se podia ler que sondagens

realizadas em todo o mundo indicavam que uma em cada seis pessoas acredita que o vírus SARS-CoV-2 foi fabricado intencionalmente. No entanto, qualquer pesquisa básica mostra que as estatísticas variam e que a maior parte das amostras não é sequer comparável:

- > 2 em 3 russos acreditam que vírus foi criado artificialmente (estudo da Levada, centro russo independente de sondagens e estudos sociológicos que usou uma amostra de 1.600 pessoas, de março de 2021);
- > 1 em 5 italianos diz que veio deliberadamente de um laboratório (estudo realizado em 2020 pela empresa SWG com uma amostragem de 800 pessoas);
- > 1 em 3 americanos acreditam que o vírus foi fabricado (inquérito do PEW Research Center de março de 2020 com uma amostra de 8914 pessoas).

De nenhuma destas sondagens - que servem apenas como exemplo - se pode extrapolar o número supracitado.

Atriz corta relações com amigos que não querem ser vacinados

A atriz Jennifer Aniston anunciou nas redes sociais ter cortado relações com amigos que não quiseram tomar a vacina contra a COVID-19, explicando que é "uma verdadeira vergonha" que haja pessoas que "não dão ouvidos aos factos". Perante as críticas, a atriz respondeu aos seus seguidores do Instagram (cerca de 37 milhões) que a variante do vírus é altamente contagiosa e frisou a convicção de que todos devem ser vacinados; "É uma obrigação moral e profissional", "já que nem todos somos testados todos os dias", explicou, lamentando que muitas opiniões contra as vacinas sejam baseadas "no medo".



De facto, não há ditadura sanitária nem sequer para quem quer dizer "não à ditadura sanitária"...

(fotografia de Manuel Fernando Araújo da Agência Lusa)

A ARTE

como elemento
de identidade
nacional

Mário Roque não consegue dizer se o seu coração pende mais para a medicina ou para a arte

Creditos Nuno Almendra

Quando alguém fala de uma galeria, o mais comum é a associação com pintura e outras obras de arte. Mas a São Roque, dirigida pelo médico radiologista Mário Roque, é uma galeria em sentido lato, juntando antiguidades, arte de fusão e arte moderna e contemporânea. Medicina e arte são assim paixões conjugadas, às quais Mário Roque não consegue atribuir prevalência. Com a pandemia, dedicou-se ainda mais à galeria onde só inclui o que verdadeiramente gosta e sempre com o foco na partilha de conhecimento e do belo. Mário Roque usa as peças artísticas como elementos que incorpora em relatos sobre a história de Portugal, que leva aos mais diversos cantos do mundo.

Mário Roque é um especialista em Radiologia que participou no primeiro transplante cardíaco em Portugal, feito por Queiroz e Melo, mestre de quem foi interno e que enaltece como “grande cirurgião, que muito admiro”. Mas voltemos atrás para chegar à origem das suas múltiplas vocações... O interesse pela medicina nasceu, logo em criança, ao “acompanhar, durante as férias, um tio, médico em Águeda, nos seus domicílios pelas aldeias”. Mas, em simultâneo, ia, pela mão da mãe, “grande colecionadora e conhecedora de antiguidades”, “a exposições nacionais e internacionais, antiquários e tertúlias com outros colecionadores”. Nessa partilha e absorção dos conhecimentos transmitidos pela mãe, desenvolve igualmente desde a infância um gosto em colecionar. Tira o curso de medicina na Bélgica, terminando em 1982, e aí adquire “uma visão mais abrangente da arte”. “Bruxelas é uma cidade universal o que levou a interessar-me também por arte moderna e contemporânea”.

O colecionismo é a sua grande paixão, em ex aequo com a medicina. “Não consigo dizer para que lado da balança o prato pende, se é que pende”, confessa. Décadas depois, à frente da galeria que a mãe abriu como antiquário em 1992 e cuja continuidade assumiu em 2004, Mário Roque não se define como um colecionador de arte. Falta-lhe, considera, a eleição de “um tema, uma linha condutora” que oriente a coleção. “Eu sou diferente: compro o que me apaixona, independentemente do tipo de peça e da época. Tanto pode ser uma antiguidade recuada como um objeto de arte contemporânea”. Ao assumir a direção da galeria, dá seguimento a um percurso que designa como “pedagógico”, “por um lado, ensinar, transmitir conhecimentos de forma a combater o mercado de falsificações que infelizmente prolifera”, seguindo o lema ‘rigor, autenticidade, prazer e investimento’ que a mãe sempre lhe transmitiu. Por outro lado, pretende divulgar a arte portuguesa. Para isso participa em feiras internacionais, “nomeadamente a Bienal de Paris”, mas também publica, anualmente, “um



São Roque, antiguidades e galeria de arte: um espaço onde a arte se entrelaça na história de Portugal e dos descobrimentos

livro sobre a nossa história e a arte portuguesa”, e leva a essas feiras “um *stand* didático, sobre os descobrimentos e sobre a arte de fusão com as nossas mais longínquas possessões”, falando da história “através dos objetos de arte”. O impacto dessas intervenções perdura e, ainda hoje, recebe na galeria a visita de “estrangeiros que dizem: gostei das suas explicações, li os seus livros e resolvi vir a Portugal para conhecer melhor a arte portuguesa”. A participação nessas feiras foi coroada, em 2018, com a atribuição do prémio da melhor peça da Bienal de Paris. Mas as participações são muito diversificadas, conforme nos explica o radiologista. “A minha coleção de arte de fusão luso-oriental já esteve exposta no museu de Artes Decorativas de Bordéus e a de faianças do século XVII em Paris. Fiz uma conferência na Bélgica sobre este tema” o que levou o museu Guimet a pedir-lhe emprestadas faianças para uma exposição. Mário Roque dá assim um contributo para que a arte – e a história – portuguesa seja espalhada aos quatro cantos do mundo: “ainda este mês fui contactado pelo museu de Xangai para adquirir 5 peças de faiança portuguesa do séc. XVII para a sua coleção”. Também já teve solicitações para exposições em França e no Brasil, nas quais colaborou, nomeadamente, com o empréstimo de uma obra de Paula Rego. Conforme nos explicou, a arte de fusão luso-africana e luso-oriental tem grande aceitação pois é uma área em que Portugal foi pioneiro e permite aos museus a criação de núcleos de “cross-cultural art”.

Quisemos saber de que forma a arte o ajudou a ultrapassar as restrições pandémicas. “O prazer em apreciar os objetos belos que nos rodeiam é uma forma única e saudável de lazer nos espaços que habitamos, contribuindo para minimizar o isolamento a que temos sido obrigados nesta pandemia. Para além do enriquecimento cultural

UMA PEÇA ÚNICA

Porque a nossa identidade nacional se traduz na arte através dos séculos, quando pedimos que escolha uma peça para nos falar, seleciona a bacia de água às mãos manuelina (na foto) que pertenceu à coroa portuguesa. Esta é, para si, uma das peças de arte mais importantes que tem na coleção. Explica-nos que faz parte de um conjunto de 23 peças de prata, sendo a única delas que se encontra numa coleção particular. As restantes estão na posse do Museu do Tesouro que irá ser inaugurado em novembro no Palácio da Ajuda e onde figurarão as outras 22 peças. “Este extraordinário prato - pela sua prestigiosa proveniência - acompanhou alguns dos momentos mais importantes da nossa história e é uma obra de primeiríssimo plano no património artístico nacional”, refere, considerando que faria sentido que fosse adquirida pelo museu para completar a coleção.



Proveniência: Casa Real Portuguesa | D. Pedro I do Brasil | D. Maria II | D. Luís I, Palácio da Ajuda, Lisboa | Coleção do Marquês da Foz, Lisboa | Leilão Christie's | J. Kugel, Paris | Coleção Particular, Lisboa

que nos proporciona, a arte é um tipo de investimento que alia uma aplicação segura de capital, ao prazer de o usufruir no dia-a-dia, com ele convivendo”. Se é verdade que a arte vale mais “pela paixão que desperta” que pelo valor de mercado, não esconde que é preciso não esquecer a “necessidade de conciliar o gosto pessoal com o investimento”, mas não é isso que condiciona as suas opções. A quem queira iniciar hoje uma coleção de arte, Mário Roque deixa três sugestões: “estudar, ir a exposições e aconselhar-se com peritos, para não ter surpresas”, porque “infelizmente há cada vez mais peças falsas no mercado”.

ADRIANA GASPAR DA ROCHA

(Unidade de Saúde Pública, ACES Baixo Mondego)

DIOGO QUEIROZ ALMEIDA

(Unidade de Saúde Pública, ULS Matosinhos)

MIGUEL ALMEIDA

(Unidade de Saúde Pública, ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde)



Consumo recreativo da canábis: uma perspetiva da Saúde Pública

O uso indevido de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública. Em 2001, Portugal iniciou o processo jurídico de descriminalização do consumo de estupefacientes (Lei n.º 30/2000 de 29 de novembro). Quinze anos depois, observou-se uma diminuição na prevalência do consumo, assim como das patologias e mortes associadas. Em 2018, foi publicada em Diário da República a Lei n.º 33/2018, de 18 de julho, que “regula a utilização de medicamentos, preparações e substâncias à base da planta da canábis, para fins medicinais”.

A literatura acerca dos efeitos da canábis na saúde dos consumidores não é consensual. Os efeitos causados pela canábis dependem do teor de tetrahydrocannabinol (THC), da quantidade consumida, do tipo de consumo (regular ou ocasional) e das características do consumidor. Além disto, o consumo concomitante com outras substâncias, como álcool e tabaco, dificulta a identificação individual dos seus efeitos e das suas interações.

Durante a intoxicação aguda, os consumidores apresentam maior sensibilidade a certos estímulos (por exemplo, cores e música), maior capacidade de socialização e sensação de relaxamento. Porém, o uso regular da canábis pode estar relacionado com o desenvolvimento de psicoses (especialmente em indivíduos com predisposição), com alterações da memória e atenção. A sua utilização foi ainda associada a condições vasculares que aumentam o risco

de enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral e hemorragia subaracnoideia.

O uso regular de canábis na adolescência é particularmente preocupante, uma vez que pode estar associado a alterações do desenvolvimento cognitivo precoce. Os jovens apresentam uma menor perceção dos riscos, quer agudos, quer crónicos, do consumo desta substância, o que, associado a um aumento do acesso, pode levar ao aumento da sua dependência.

O consumo da canábis reflete-se também na destreza motora na condução, com aumento do tempo de reação e consequente travagem mais tardia, comprometimento da posição na faixa de rodagem, distorção da perceção temporal e redução na atenção sustentada, aumentando o número de acidentes de viação.

O teor de THC, ou potência da canábis, tem vindo a aumentar ao longo das últimas décadas. Esse aumento leva a crer que as consequências do uso da canábis possam ser piores agora e pode explicar o aumento do número de episódios de urgência após o consumo de canábis e de acidentes de viação fatais.

Segundo o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, em 2016-2017, a prevalência do consumo da canábis nos indivíduos entre os 15 e os 74 anos foi de 9,7%, e de 15,1% nos jovens dos 15-34 anos. A nível europeu,

Portugal encontra-se em 14.º lugar na prevalência do consumo da canábis.

Nos últimos anos, vários países têm legislado o consumo da canábis sob diferentes perspetivas: económica, legal, judicial e médica. O primeiro país a legalizar o consumo recreativo da canábis foi o Uruguai em 2013. Todo o processo de aquisição é controlado pelo estado, precisando o consumidor de estar registado numa base de dados. Seguiu-se o Canadá em 2018, sem registo oficial do consumidor. A venda é feita em pontos especializados, que podem ser controlados pelo estado ou por entidades privadas. Alguns estados dos EUA têm legalizado o consumo recreativo da canábis, variando entre eles a quantidade máxima individual e os locais onde pode ser consumido. Por não haver legislação federal, existem vazios legais de importância para a saúde pública, nomeadamente em que contextos pode ser consumida e de que forma é que a comercialização é controlada.

A legalização do consumo nestes países tem permitido alguma reflexão. A definição de uma quantidade máxima permitida por consumidor levanta duas questões: por um lado, limita o consumo elevado e a aquisição de doses para revenda ilegal; por outro lado, a imposição de um limite máximo pode fazer com que os indivíduos que queiram consumir doses superiores recorram ao mercado negro, expondo-se a produtos não regulados.

O preço da canábis é um tema controverso por afetar vários intervenientes. Sempre que o preço praticado for superior ao do mercado negro, existe a possibilidade de haver uma transferência de consumidores para este mercado, expondo-os a um produto não controlado, e a outros tipos de estupefacientes. Já quando o preço é mais baixo existe a possibilidade de atrair novos consumidores, algo que também não é pretendido.

A limitação da venda a locais sem acesso a outros produtos que possam potenciar o efeito de canábis, ou incentivar o consumo, poderá ajudar a moderar o consumo.

À medida que a legislação da canábis é alterada, e ainda que não haja evidência a apontar nesse sentido,

é lógico supor que o seu consumo aumentará, e que o número de pessoas que sofrerão episódios negativos para a sua saúde acompanhe a tendência.

As campanhas de prevenção devem iniciar-se antes da legalização e deverão focar-se especialmente nos adolescentes e jovens e nos condutores. A prevenção deverá igualmente incidir na limitação ao acesso e à exposição de produtos.

Uma vez que ninguém sabe a forma de regular a canábis mais adequada a cada comunidade, a criação de regras flexíveis poderá facilitar a incorporação de resultados e novas pesquisas sobre as políticas.

Idealmente, deveria promover-se o seu consumo responsável, através da promoção da educação e literacia para a saúde, já que são reconhecidos os seus efeitos nefastos.



*Os autores contribuíram de forma idêntica na redação do artigo.

Bibliografia:

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2018. 2018.
2. Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências. A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - Relatório Anual 2017. Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências, 2018.
3. Directorate-General Justice LS. Flash Eurobarometer - Young people and drugs - Analytical Report. European Commission, 2008.
4. Neto MR. A descriminalização do consumo de droga em Portugal - quinze anos depois: Universidade Nova de Lisboa; 2016.
5. National Academies of Sciences E, and Medicine 2017. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research Washington (DC) 2017.

ALEXANDRA CARVALHO

Médica Interna do 4º ano de Medicina Geral e Familiar - USF Esposende Norte



Decisão Clínica na Teleconsulta

A teleconsulta em Medicina é, teoricamente, definida pela Direção Geral de Saúde como uma “consulta realizada à distância, entre profissionais de saúde ou entre o profissional de saúde e o utente, com recurso às tecnologias de informação e comunicação”. A consulta deveria ser realizada com recurso a áudio e vídeo através da plataforma RSE (Registo de Saúde Eletrónico), necessitando para isso, o médico e o utente, de um computador com câmara, microfone e ligação à internet.¹

Este modelo de consulta não presencial, com recurso à videochamada, apresenta grandes limitações técnicas e necessidade de recursos, a que se acrescem as dificuldades impostas pelo nível de literacia da população. Perante isso, na nossa prática, muitas vezes, a “Teleconsulta” fica reduzida a uma consulta telefónica.

Contrariamente à fase pandémica atual, a consulta telefónica era evitada, previamente, pelas implicações éticas inerentes, nomeadamente quanto à confidencialidade e privacidade da relação médico-doente. Esta problemática foi, aparente e surpreendentemente, ultrapassada desde que se implementou as atuais medidas para salvaguarda da saúde pública.

Contudo, a tomada de decisão clínica, durante uma teleconsulta, é sem dúvida muito mais difícil quando comparada com uma consulta presencial. Por um lado, perde-se grande parte da informação fornecida pela comunicação não verbal, os gestos, as expressões faciais, muitas vezes tão ou mais importantes do que apenas a informação verbal transmitida.

Em segundo lugar, é impossível realizar um exame objetivo, etapa quase sempre essencial da consulta médica. Ficamos dependentes do que é descrito pelo doente, influenciados pela forma como interpreta e valoriza a situação. Estas dificuldades são ainda agravadas quando a teleconsulta é o primeiro contato com esse utente.

A eventual “perda de informação” relacionada com a

teleconsulta pode perturbar a decisão clínica e levar a uma tomada de decisão errada, iatrogenia terapêutica ou excessiva prescrição de exames complementares de diagnóstico (MCD), na tentativa de colmatar essa “falta de informação”.

E de que forma podemos contornar esta situação? Uma vez que a teleconsulta veio para ficar, pelo menos por enquanto, é fundamental encontrar estratégias para compensar estas limitações.

Em primeiro lugar, considero fundamental uma boa preparação da consulta, analisando atentamente os registos clínicos prévios, no Centro de Saúde e no Hospital, principalmente quando não conhecemos o doente. De seguida, e dada a impossibilidade de realizar um exame físico, esta deve ser compensada por uma anamnese detalhada e dirigida, com particular realce na revisão terapêutica.

Em último recurso, a conversão para consulta presencial pode ser necessária, nomeadamente quando o exame objetivo é imprescindível ou quando a comunicação médico-doente é essencial no esclarecimento diagnóstico e/ou no cumprimento terapêutico.

Claro que, se questionarmos um doente (e até um médico), se prefere ter uma consulta presencial ou telefónica, poucos seriam os que escolheriam a segunda opção. No entanto, neste momento, a realização de consulta não presencial é uma necessidade e, eventualmente, poderá vir a ser também o futuro, pelo que nos devemos adaptar a esta nova realidade. Para terminar, realço apenas a importância de evitar a tentação do recurso aos MCD's e precaver a iatrogenia medicamentosa.

Bibliografia

1. SNS24, Aceder à Teleconsulta. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/servico/aceder-a-teleconsulta/> (acedido em 08-05-2021)

MADALENA PEIXOTO DE SOUSA BRAGA

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar
da USF Arca D'Água, ACeS Porto Oriental



Qual o estado da sexualidade da mulher portuguesa?

Com este artigo pretende-se chamar a atenção do leitor para o trabalho "O relatório Hite", para o qual toda uma geração de mulheres foi convidada a falar sobre a sua sexualidade sem tabus, mas também realçar a importância deste tema na atualidade, apesar da aparente banalização do mesmo.

A notícia do falecimento de Shere Hite no fim do ano de 2020, conhecida por muitos como a pioneira do feminismo, abriu-me a curiosidade para ler o seu revolucionário trabalho de investigação publicado em 1976. O "Relatório Hite" chamou, pela primeira vez, a atenção e atribuiu a importância merecida, e durante tantos anos desprezada, à sexualidade feminina e o seu papel nas relações sexuais: elaborou e publicou um questionário extenso a que responderam 3.500 mulheres e em que perscrutou como é que as mulheres se sentiam, do que mais gostavam e o que pensavam sobre sexualidade.

Cerca de 45 anos após a sua publicação, o que mudou na visão da mulher sobre a sua sexualidade? Numa era de libertação e banalização cada vez maior da sexualidade, a realidade é muito diferente? A sensação que tenho é que não.... Como interna de Medicina Geral e Familiar e como mulher, tenho-me confrontado com várias situações que me fazem pensar que não terá mudado tanto quanto seria de esperar. Continuamente sou confrontada com mulheres inquietas por serem chamadas de "anormais" ou "problemáticas" pelo companheiro, por não atingirem o orgasmo apenas com a penetração vaginal; mulheres jovens que não aceitam tocar com as próprias mãos nas suas "áreas íntimas", nem para realizar tratamentos médicos; mulheres criticadas por valorizar "preliminares" prolongados. Parece-me, então, que ainda há uma visão deturpada e tendenciosa sobre a sexualidade feminina e que muitas mulheres sentem ainda inibição em dizer e explorar o que lhes traz prazer.

Mas, afinal, qual o estado da sexualidade da mulher portuguesa? Num estudo publicado em 2008¹, que avaliou as determinantes da satisfação sexual feminina portuguesa, foram os fatores diretamente relacionados com o parceiro que as mulheres mais diziam valorizar para se sentirem sexualmente satisfeitas: "sentirem-se desejadas", "receber atenção do parceiro", "ser capaz de satisfazer o parceiro", "sentir que o parceiro gosta do seu corpo". Tal facto mostra a preponderância do contexto relacional e dos fatores interpessoais na resposta sexual feminina. Além disso, 80% das mulheres considerou muito importante ou fundamental "sentir prazer sem a obrigatoriedade do orgasmo", o que revelou que a consistência orgástica não é um bom indicador da satisfação sexual feminina.

Há meio século atrás, Shere Hite quebrou tabus, pôs toda uma geração feminina a partilhar os pormenores mais secretos da sua sexualidade e encorajou as mulheres a assumirem o controlo das suas vidas sexuais. Não seremos capazes de retirar as amarras dos pressupostos masculinos sobre o sexo e daquilo que a mulher deve ser e mostrar-lhe aquilo que pode ser? É imperativo falar sobre este assunto da mesma forma que falamos sobre a importância do exercício físico ou duma alimentação equilibrada.

Outro dado importante no estudo português foi que 70,7% das mulheres não tomava a iniciativa de falar sobre as suas fragilidades de sexualidade com o seu médico¹. Este facto realça o princípio de que deve partir de nós, médicos, a normalização da queixa sexual na consulta: pedir a permissão ao utente para a introduzir nas suas agendas e clarificar dúvidas e angústias, não só sobre a satisfação sexual, mas também, sobre a sua orientação sexual e comportamentos de risco.

Bibliografia

1. Carvalho A, Leal I. Os determinantes da satisfação sexual feminina: um estudo português. Rev Int Androl. 2008; 6(1):3-7.

ANDREIA PEREIRA

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar;
Aluna do Mestrado em Cuidados Paliativos da FMUP



Comunicação em Cuidados Paliativos

O presente artigo de opinião, visa demonstrar a relevância da comunicação em Cuidados Paliativos (CP), destacando as várias dimensões e intervenientes neste processo, processo esse que tem o poder de condicionar a apreciação da qualidade de cuidados prestados.¹

Os CP têm por base quatro pilares fundamentais, sendo a comunicação um deles. Ao procurar o significado da palavra “comunicação” no dicionário, surgem alguns dos seguintes resultados: “troca de informação entre indivíduos através da fala, da escrita, de um código comum ou do próprio comportamento”; “o facto de comunicar e de estabelecer uma relação com algo ou alguém/relação/correspondência”; “capacidade de entendimento entre as pessoas através do diálogo”.²

Atendendo ao exposto, espera-se que no processo de comunicação se estabeleça uma ligação/ processo bidirecional, do qual resulte um entendimento comum, contribuindo para tal a linguagem verbal e não verbal. O comportamento adotado pelo profissional de saúde, revela-se assim de extrema importância para o estabelecimento de um processo comunicacional efetivo. As emoções toldam os comportamentos, podendo influenciar a comunicação, pelo que os profissionais de saúde devem aprender a gerir as suas emoções, tarefa essa nem sempre fácil.

A comunicação é um processo complexo, multidimensional e multisequencial, essencial à prática de CP, verificando-se um elevado risco de adoção de estratégias de comunicação desadequadas, condicionadas por inúmeros fatores, desde o treino reduzido de competências comunicacionais (por parte dos profissionais), até ao desconforto emocional decorrente da gestão de patologias que acarretam um elevado sofrimento. Existem protocolos de atuação que suportam a gestão de tarefas comunicacionais, nomeadamente o protocolo SPIKES, indicado para a transmissão

de más notícias.^{1,3}

Parafraseando Lozano J., “a comunicação associa-se, inconscientemente, a sentimentos de esperança, confiança e proteção”, cabendo ao profissional de saúde um elevado ónus.⁴ No meu ponto de vista, e tendo por base o fundamento supracitado, o profissional deve demonstrar disponibilidade para o doente e família, promovendo uma via de comunicação regular. Reconhece-se a importância da adoção de uma postura empática, promovendo momentos de escuta ativa, o profissional deve ainda ter a iniciativa de iniciar “conversas difíceis”, promover a avaliação regular da compreensão do doente e família sobre a condição médica, de forma a permitir uma melhor orientação futura. Deve-se ter em conta os valores e interesses do doente (centrado na pessoa), fomentando a discussão ativa de opções de tratamento, com o intuito de promover a tomada de decisão consciente e partilhada.^{1,5}

A qualidade da comunicação, parece assim ter repercussões sobre o doente/família, nomeadamente:^{1,4,5}

- > Permite explorar preocupações, valores, crenças e preferências;
- > Promove a manutenção da autonomia e dignidade do doente;
- > Condiciona um menor sofrimento psicológico e físico, por intermédio da prestação de cuidados ajustados às preferências do doente (menos invasivos);
- > Possibilita a tomada de decisão consciente e partilhada;
- > Promove o apoio no processo de luto.

Comunicar em saúde pode ser desafiante, pressupondo o reconhecimento da individualidade do doente, nomeadamente as suas vivências, expectativas e necessidades. Onde, como e quando comunicar são aspetos essenciais a ter em conta na abordagem do doente paliativo, sendo que comunicar de forma efetiva requer prática e respeito pelo outro.

Referências Bibliográficas:

1. Jain N, Bernacki R. Goals of Care Conversations in Serious Illness: A Practical Guide. *Med Clin North Am.* 2020 May;104(3):375-389. - 2. www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/comunicação - 3. Hollander D, et al. Palliation, end-of-life care and burns; concepts, decision-making and communication - A narrative review. *Afr J Emerg Med.* 2020 Jun;10(2):95-98. - 4. Lozano J. Fórmulas para evitar los errores de la comunicación: recomendaciones para mejorar la comunicación in La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Madrid: Ediciones Ergon, 1997. - 5. Sutherland R. Dying Well-Informed: The Need for Better Clinical Education Surrounding Facilitating End-of-Life Conversations. *Yale J Biol Med.* 2019 Dec 20;92(4):757-764.

Entrevista a WALTER OSSWALD

TEXTO CATARINA FERREIRA | FOTOGRAFIA MEDESIGN/NORTEMÉDICO



Foi já em circunstâncias de levantamento progressivo das medidas de confinamento que Walter Osswald nos abriu as portas de sua casa para uma entrevista. Cumprindo todas as medidas de segurança, embarcamos numa viagem em que se falou dos aspetos éticos relacionados com a pandemia, a vacinação e a eutanásia.

É no escritório do piso superior de sua casa, com acesso à varanda com vista para o rio Douro, que Walter Osswald passa parte do seu dia. Com a pandemia, viu as suas rotinas alteradas. Em vez de ir para a Universidade Católica Portuguesa, no Porto, adaptou-se às novas tecnologias para rever as teses de mestrado e doutoramento.

Aos 92 anos, continua a dedicar-se à escrita, passando para o papel o legado de uma vida longa em que foi testemunha de vários momentos que marcaram o país e o Mundo. Viveu sempre rodeado de livros, foi inspirado pelos pais a ler e a questionar, tornando-se num “grande mestre”. Entre a escrita de artigos que influenciam o pensamento médico e bioético nacional, ainda sobra tempo para registar dados biográficos e as experiências vividas que merecem ser contadas. Prepara-se agora para lançar um novo livro, carregado de “motivações éticas”, para continuar a inspirar o saber.

Ao longo desta entrevista, o médico, professor e investigador, partilhou as suas preocupações e uma visão muito concreta sobre vários temas, desde a pandemia até à legalização da eutanásia. Admite que este período histórico de confinamento trouxe grandes ensinamentos: permitiu-lhe gerir melhor o seu tempo, pensar mais, ouvir boa música e fazer uma revisão aos milhares de livros que decoram as estantes.

“A pandemia veio mostrar que é possível ter resiliência familiar e manter o contacto, apesar de estarmos separados fisicamente. É possível ultrapassar estas barreiras e com saúde mental, otimismo e esperança tudo irá melhorar”, revelou à Nortemédico. Ao começar a desconfinar, Walter Osswald privilegia a segurança e toma as devidas precauções, não dispensando o uso da máscara nas saídas curtas para passeios e nas caminhadas à beira rio.

Questionado sobre se estaremos num bom caminho para ultrapassar esta fase, mostrou-se confiante. “Penso que sim. Como dizia alguém: a meta está à vista, o problema é chegar lá vivo. Temos muito que andar para chegar lá, mas iremos conseguir superar. Até porque todas as pandemias passam e esta não será exceção”.

1. Pandemia

A pandemia, como todos sabemos, tem características insólitas e fora do vulgar. A primeira foi que ninguém a esperava. Em segundo, não havia comparação com outros fenómenos que atingem a humanidade desta forma, como por exemplo, sismos ou tsunamis. Em terceiro, o facto da nossa experiência face a uma grande pandemia vírica estar praticamente no passado, em 1918/19, ou seja, há um século atrás. Em circunstâncias muito diversas, as primeiras ideias foram as do confinamento, do lazareto ou gafaria, como nas outras epidemias de peste, o separar as pessoas para não haver contágio. Mas até que ponto, numa sociedade altamente tecnicizada e ligada a nível global isso é possível? Verificamos dificuldades intransponíveis. Assistimos ao aparecimento dos primeiros casos na China, na Itália e passado pouco tempo chegou a Portugal e a várias partes do mundo. Não houve possibilidade de fazer uma “cápsula” que isolasse o país e nunca mais haverá, porque estamos ligados a nível global. Antigamente existiam apenas caminhos marítimos que facilmente eram bloqueados para evitar que uma epidemia se espalhasse, mas agora não é assim. E depois não havia qualquer vacina ou medicamento eficaz, dado o grau desconhecimento existente.

A aliança Liberdade / Responsabilidade

Ficamos com problemas graves para a sociedade em geral e para os governos em particular. Não podemos ser muito exigentes com os governos que falharam ou cometeram erros, porque ninguém podia dizer seguramente qual seria a atitude mais correta a tomar. Ninguém teve dúvidas que diminuir os contágios, através do uso de máscara, uma vez que era uma infeção respiratória transmitida por gotículas emitidas ao falar, tossir, espirrar e respirar, seria a melhor opção. Mas até que ponto deveriam ser obrigatórias? E aqui chegamos aos aspetos éticos, relacionados com a autonomia e liberdade das pessoas. Até que ponto podemos dizer às pessoas para ficarem em casa e não contactarem com ninguém? Até que ponto o bem comum colide com o bem individual? Posso pensar no meu bem individual, andar na rua sem máscara e

organizar festas para um grande grupo de pessoas, mas depois tenho responsabilidades. As liberdades só são válidas se aliadas a responsabilidade. Mas também podemos ter o contrário e aceitar que nos digam que não temos o direito de pôr em risco a vida e a saúde dos outros. Então temos um conflito clássico do respeito pelo bem comum e até que ponto deve sobrelevar o respeito pelo bem individual. Não deve haver conflito e pode resolver-se pela aliança da liberdade com a responsabilidade. Eu sou livre, claro que sim. Mas não posso deixar de ser responsável por aquilo que faço e não tenho o direito de por os outros em risco. Isto é o ideal, que muitas vezes não é atingido. Mas como cidadãos responsáveis, temos todos a obrigação de querer atingir este ideal, mesmo que saibamos que na prática diária nem todos conseguem ter este grau de responsabilização.

As consequências

É verdade que há consequências que ainda nem conhecemos. Não sabemos, no caso das pessoas que tiveram formas mais graves da doença e que sobreviveram, que sequelas terão para a sua saúde. Não sabemos como ficarão a nível cardiovascular, respiratório, do sistema nervoso central ou do tubo digestivo. Sabemos muito pouco sobre isso, temos algumas ideias, mas não conhecemos as verdadeiras consequências. Serão necessários alguns anos para termos uma ideia segura. No entanto, já temos uma informação relativamente sólida para tornar racional a adoção de medidas de proteção contra o contágio e diminuição da doença. O que não conhecemos são as consequências psicológicas, do medo, da solidão. Estas afetam mais uns do que outros e depende das próprias circunstâncias. Não se pode dissociar do aspeto social. Não podemos considerar que tudo na pandemia é um aspeto de saúde, isso seria tapar os olhos a uma realidade evidente.

Uma nova normalização

Neste momento, em que surgem algumas perspetivas de desconfinamento e abrandamento das medidas, se fizermos um uso racional, responsável e correto deste ligeiro aumento das liberdades individuais, poderemos ter a recompensa de ver esse aumento ser cada vez mais marcado. É um caminho para uma nova

normalização. Mas isto coloca-nos outro problema: o que entendemos por normalização? O que pretendemos quando isto acabar? Nós não podemos desejar que isto acabe e tudo volte ao que era. Voltar ao que era seria reconhecer que somos incapazes de aprender, de mudar ou melhorar, enquanto pessoas e nação. Não é aceitável que depois desta terrível lição, digamos “é assim, os mais frágeis, pobres ou destituídos têm mais problemas e morrem mais, mas é a vida”. Esta atitude desculpabilizante não é aceitável do ponto de vista ético. Aprendemos que, mais uma vez, os mais frágeis estão em circunstâncias particularmente desfavoráveis, mas temos que tentar corrigir. Ou pelo menos ter boa fé para discutir como fazer diferente. Não podemos dizer que vai ficar tudo bem, até porque quem perdeu os seus não os vai recuperar. Portanto, para quem sofreu consequências económicas graves ou perdeu o emprego, não irá ficar tudo bem automaticamente. Só ficará tudo bem se corrigirmos muita coisa. Ninguém espera de que de um dia para o outro, as sociedades, o povo, os governos consigam fazer reformas que transformem num paraíso terreal aquilo que é uma terra atormentada. Devemos ambicionar viver melhor e isso significa que uma parte considerável da população deve ver as suas condições de vida melhoradas. Para também ficar mais resistente a futuros surtos, porque ninguém sabe o que virá por aí. Por isso é que não podemos ter medidas momentâneas e temporárias na saúde. Devem ser definitivas, para não voltarmos ao que era.

Os aspetos éticos

A Medicina que temos em Portugal é uma boa medicina, e apesar das dificuldades, conseguimos superar. Mas o aspeto que temos que considerar é que esta medicina tem que sofrer alterações. Tem que voltar a centrar-se na pessoa doente, no indivíduo que a procura, e não propriamente nos serviços. E “serviço” significa “estar disponível para”. E não constituir uma fortaleza à qual as pessoas acorrem e ficam muito gratas porque lhes deixam entrar. Pelo contrário, a saúde deve estar ao serviço, disponível, vocacionada para aqueles que precisam. Não falo apenas do Serviço Nacional de Saúde, mas de todas as entidades e possibilidades que as pessoas têm ao dispor para ser tratadas. Este é o primeiro aspeto ético. O outro aspeto ético diz respeito às próprias atitudes que fo-

ram tomadas durante a pandemia e que podem vir a ser tomadas no futuro. Porque não sabemos o que nos espera e a História mostra-nos que quando há surtos, mesmo que sejam pequenos, eles devem ser eficazmente identificados e combatidos para evitar que alastrem. Não foi o que aconteceu nos últimos meses e que nos levou ao segundo confinamento. Já em março de 2020 foi bem conseguido, até porque as pessoas tiveram medo e o medo é algo de muito mau, porque tira a limpidez do raciocínio, mas foi útil e fez com que as pessoas obedecessem e até se antecipassem antes de o confinamento ser decretado.

Prioridade ética vs prioridade tática

Além dos óbitos por Covid, houve um aumento considerável de mortes e isso não pode ser ignorado nem varrido para debaixo do tapete. É preciso que se saiba exatamente porquê. Há vários indicadores, mas também há uma correlação de número de mortes por Covid com número de mortes sem ser por Covid. A explicação mais fácil é que há uma absorção das capacidades dos sistemas de saúde para dar prioridade ao Covid. E sempre que se dá prioridade a uma situação de saúde, prejudicam-se outras. Dar prioridade do ponto de vista ético é indesejável. Do ponto de vista tático torna-se, por vezes, indispensável. Nesta situação, não podia ser ignorado este problema das prioridades Covid e não-Covid, acesso a cuidados intensivos e ventilação ou não acesso. Estas prioridades trazem sempre problemas morais gravíssimos. Porque não temos dúvidas de que um doente infetado com Covid não é mais digno ou valioso nem merece ser tratado antes de um doente que tem um enfarte do miocárdio ou um acidente vascular cerebral, por exemplo. Todavia, também não temos dúvida de que doentes não-Covid mas graves foram prejudicados, porque foi retardada a sua admissão nos serviços, porque não havia camas disponíveis, entre outros fatores. Não podemos generalizar mas ao ver o número de mortes duplicar não podemos deixar de pensar no facto de os hospitais terem sido considerados locais de perigo, em que as pessoas não iam ao hospital com medo de apanhar Covid. Por seu lado, os centros de saúde encontravam-se quase “hermeticamente fechados”, não aceitando os seus doentes, atendendo apenas por consulta telefónica. Os profissionais de saúde foram sobrecarregados com atendimento ao

doente Covid entre outras tarefas importantes. Tornaram-se impermeáveis pelo próprio sistema a muita gente que necessitava de cuidados e de ser acompanhada pelo seu médico. E neste sentido temos vários aspetos, desde o acompanhamento psiquiátrico ou o diagnóstico precoce de cancros que ficaram por fazer. São inquietações éticas. Agora se acho mal que se tenha dado prioridade ao Covid? Não acho mal mas também não acho bem. O equilíbrio também era muito difícil. E a isto junta-se o drama do Covid, como se tudo o resto desaparecesse.

O progresso das vacinas

Em primeiro lugar, devo reconhecer que é um feito científico extraordinário e invulgar, que só em circunstâncias muito especiais podia acontecer, por haver uma evolução tão rápida, desde as noções iniciais até à sua concretização. As ideias não são novas e era de prever que o vírus fosse insensível à maior parte dos medicamentos já conhecidos, até porque existem poucos antivíricos e são muito específicos a determinados vírus. Por isso, surgiu a ideia de fazer uma vacina, era essencial. Mas como? Ou seguimos o caminho usual ou inovamos. E aqui houve a exploração dos dois caminhos: alterar o vírus, torná-lo parcial, diminuir o risco de ataque, tirar uma parte do vírus para criar anticorpos – foi o clássico. Surgiram também outras ideias como usar um vírus não patogénico e colocar nele parte do vírus da Covid para fazer imunidade. E a terceira, muito inovadora, com o RNA mensageiro, uma forma indireta de fabricar anticorpos em relação ao vírus. Esta teve mais dificuldades, embora estivesse há anos traçado esse caminho, de forma teórica. É notável, até do ponto de vista técnico porque embora haja falta de vacinas, a verdade é que já foram usadas centenas de milhões. É espantoso que tenhamos esta capacidade produtiva, não só do fármaco mas de todos os componentes. E acredito que se venha a permitir a generalização da dose única, são coisas em aberto. Mas também acredito que seja possível prosseguir na ideia de algo que inative o vírus em aplicação local. Seria o ideal ter aplicação nasal ou respiratória, para servir até profilaticamente. Que fosse destruidora do vírus e tolerada pelas mucosas. Porque esta é uma infeção local, demora alguns dias a manifestar-se. Seria algo de muito positivo e acredito que seja concretizável. Além disso, as pandemias

passam. Nenhuma pandemia ficou. Na Idade Média, quando surgiu a peste negra as pessoas não sabiam o que era nem tinham quaisquer meios de tratamento e acabou espontaneamente. Esta também vai acabar. Não sabemos se ficará endémica e se todos os anos seremos vacinados, como na gripe. Mas também é possível que desapareça inteiramente, como a gripe espanhola, por exemplo.

2. Eutanásia

O parecer do Tribunal Constitucional

Eu não conheço ainda o documento em si, mas o que posso dizer é que é prudencialmente limitado. Em primeiro lugar, os factos. O Tribunal Constitucional declarou que esta lei é inconstitucional. Os partidos políticos que apresentaram e levaram à aprovação da lei já vieram dizer que não é assim tão grave, mas o facto é que esta é inconstitucional. Disso não há dúvida. Se uma nova lei pode não ser inconstitucional teremos que ver. Depende da maneira que seja redigida e dos critérios do tribunal. Não me cabe fazer uma crítica da decisão, mas posso ter uma opinião. E como cidadão que teve sempre uma posição, há muito tempo, desde que as leis foram aprovadas na Bélgica e na Holanda, tenho estudado, pensado, escrito sobre a eutanásia. A minha posição só se tem reforçado e não é necessária legislação que descriminalize a eutanásia, tem bases filosóficas muito fracas ou até ausentes em alguns aspetos e só pode ter consequências deletérias para a vida, a saúde e a paz social. Além disso, qualquer lei, por mais estreita que seja, ela tenderá sempre a ser alargada progressivamente, aumentando cada vez mais o âmbito da sua aplicação. Quer ilegalmente, através de modificações legais ou interpretações. Por exemplo, o sofrimento extremo é um conceito subjetivo. Não sabemos se as pessoas estão ou não em sofrimento, só a pessoa é que sabe e diz. Sendo assim, ao contrário do que alguns dizem, não é mensurável esse sofrimento, nem sequer por médicos experientes. Já a dor é. No princípio, nos pedidos da eutanásia apontavam a dor, mas esta foi retirada por-

que é um mito e não há dores intratáveis. Aqueles que lutam pela legalização atiram tudo para o sofrimento, já que não podem apontar a dor. Este é um exemplo das inconsistências dos advogados da eutanásia. E como posso medir o sofrimento? Não posso porque o sofrimento é subjetivo, não se nota uma alteração respiratória ou uma ansiedade manifesta. Posso dizer que sofro muito porque não quero viver. Mas não sei se é verdade ou não, não tenho forma de medir. Não há critérios médicos que permitam dizer se a pessoa tem ou não sofrimento. Há critérios médicos para dizer que uma pessoa que tem dores que estão mal controladas está em sofrimento, isso claro que sim, porque há uma causa. Mas quando não há essa causa, não posso medicamente dizer isso.

Incongruências da autonomia

Por outro lado, temos a questão da autonomia da pessoa decidir sobre si mesma, que é um ponto a ter em conta. As pessoas são livres, devem ter autonomia e devemos respeitar. Se eu não quiser ser tratado, mesmo que esse tratamento me dê salvação de vida, eu não sou tratado. Todos sabem que o Código Deontológico da Ordem dos Médicos é muito claro e proíbe que alguém seja tratado ou sujeito a qualquer intervenção contra sua vontade – o tal consentimento informado. Portanto, alguém que esteja em tratamento e queira morrer, tem a faculdade de dizer que não quer continuar a ser tratado. Isso é legítimo e é muito diferente de ser eutanasiado. É uma decisão que a pessoa toma, negociada com o médico, mas a decisão é do doente. É até um pouco absurdo falar da necessidade de ajuda ao suicídio nestas circunstâncias porque qualquer pessoa pode fazê-lo com a maior facilidade. Isto quer dizer que manter a proibição da eutanásia não cerceia a autonomia da pessoa. Já participei em muitos debates e fui ouvido na Assembleia da República sobre este assunto e expliquei aos deputados que aquela lei é contraditória. Porque diz que a autonomia é fundamental, mas ao mesmo tempo nega a autonomia do doente em alguns aspetos: diz que é autónomo mas se estiver em determinadas circunstâncias. Se respeita a autonomia, deveria dizer que o indivíduo que insiste em morrer, deve poder morrer. Ou é ou não é. Por outro lado, entrega tudo aos médicos. Então quem resolve não é quem está doente, são os médicos. São incongruências desta autonomia.

As (re)soluções

Este parecer do Tribunal Constitucional, com todo o respeito, parece-me uma resolução de compromisso. Dizer que era inconstitucional seria uma solução drástica, a meu ver. Se a Constituição diz que a vida humana é inviolável, podem-se construir imensas considerações jurídicas acerca disso mas ao cidadão comum afigura-se um exercício estilístico e de interpretação muito forçada. Se diz que é inviolável é porque não se pode violar nem tocar. Ou então a Constituição é redigida de uma forma que para o comum cidadão não é atingível. Eu não compreendo que se possa dizer que a vida humana é inviolável e depois afirmar-se que afinal se podem matar algumas pessoas em determinadas circunstâncias. Além disso, para mim, abrimos a possibilidade a determinados partidos radicalistas exigirem a pena de morte. Já na questão do aborto foi assim. Declararam que a lei era inconstitucional mas abriram a porta a fazer outra lei que seja constitucional. Foi uma decisão salomónica que traduz uma fraqueza de adesão a princípios claros por parte das pessoas. A meu ver, é uma resolução de um problema que não satisfaz a sua essência. Fica-se pela periferia e não vai ao cerne da questão que é saber se temos ou não o poder de eliminar uma vida humana, a pedido da pessoa em causa, mas sendo o agente um outro, exterior à pessoa. Não estamos a discutir os direitos de suicídio, porque aí não envolve mais ninguém. A execução é daquele que tomou a resolução, é da sua consciência. Para já a lei está chumbada e terão de fazer uma nova lei. Como dizia António Barreto, é “obsceno” e absolutamente impensável fazer uma lei destas para permitir a morte de pessoas idosas quando são estas que estão a morrer com a pandemia. A lei foi chumbada, tem parecer negativo e foi vetada pelo Presidente da República e só com exercícios de malabarismo político é que se consegue contrariar.

A posição dos médicos

A posição dos médicos não é homogênea, temos médicos a favor e médicos contra. Provavelmente uma imensa maioria é contra. E oficialmente, quer a Comissão de Ética e Deontologia, quer o Bastonário, o Conselho Geral e os antigos bastonários, todos tomaram uma posição clara, corajosa e perfeitamente

fundamentada contra, porque os médicos não podem ser agentes de morte. Se querem fazer uma lei, então criem também o ofício e a especialização de carrasco. Aprender a punccionar uma veia e pôr a correr uns medicamentos não necessita de ajuda médica, qualquer leigo habilidoso consegue. Atribuí-la aos médicos que não concordam com esta posição é uma violência. Por outro lado temos as consequências, que são sérias. Se esta lei fosse aprovada teríamos imediatamente um conflito entre a Ordem dos Médicos e o poder político, porque a Ordem tomou uma posição dura e fundamentada. E mesmo dentro da própria classe médica, teríamos aqueles que iriam obedecer à lei e aqueles que em circunstância nenhuma o fariam. Criar-se-iam no futuro os médicos que matam e os médicos que não matam.

O exemplo europeu

Na minha opinião, ignorou-se totalmente aquilo que se passa na Bélgica e na Holanda. Temos casos europeus em que a lei tem sido constantemente alargada, em que é possível eutanasiar jovens com menos de 16 anos ou pessoas que estão inconscientes, bem como dementes. A eutanásia involuntária existe, está demonstrada nas próprias revistas. Na Bélgica já registaram 19 mil casos de eutanásia desde que a lei foi aprovada. Vê-se em muitas situações que a lei é desrespeitada, no que diz respeito às condições e ao número de médicos que devem ser ouvidos, que são pelo menos dois e muitas vezes não veem o doente. E depois existe uma entidade reguladora que esta lei pressupõe em que nestes 19 mil casos só encontrou apenas um em que considerou que não estavam preenchidas as condições. Mata-se ilegalmente e ninguém diz nada. Até mesmo essa comissão só vê papéis depois dos óbitos acontecerem e não os doentes enquanto vivos. A grande maioria dessa comissão é constituída por médicos que são a favor da eutanásia. E isto acontece na Bélgica, que é conhecido por ser um país organizado.

O valor da vida humana

A questão ética fundamental na eutanásia é que é defendida por gente saudável para ser aplicada a pessoas doentes. Isto tira-lhe, desde logo, a sua autenticidade. E é baseada na ideia de que há vidas que são inúteis. Se não fossem inúteis deviam ser preservadas. E são inúteis porque? Porque o indivíduo está cansado, não tem memória, está demente, é uma sobrecarga para quem cuida e constitui um peso? Tudo isso acontece e é verdade, mas desde o momento em que se aceita filosoficamente que as vidas humanas têm valores diversos, consoante as condições em que são vividas, o plano está aberto. É muito difícil fechá-lo porque passa a ser uma questão qualitativa, como se tirassem valor à pessoa para a sociedade. As pessoas têm valor conforme as condições externas que apresentam, conforme o seu intelecto e a sua capacidade de raciocinar? Não. O valor da vida humana é o seu valor intrínseco, é o valor da vida em si. Todas as pessoas têm valor, independentemente das condições externas e do meio. A qualidade da vida não depende da qualidade moral, económica, social ou de saúde das pessoas. A vida humana é mais do que um valor e um direito, é a plataforma de todos os valores e de todos os direitos. É sobre a vida humana que se constroem os direitos do Homem.

Pelo bem comum

É curioso que estas leis sobre temas fraturantes sejam uma constante do Parlamento Português nos últimos anos. Numa sociedade, fraturas e ruturas devem ser evitadas. Em qualquer agrupamento devemos evitar que hajam separações e desuniões. Para procurar o bem comum não podemos estar em grupos separados. Vemos partidos políticos a colocarem à discussão temas fraturantes que separam as pessoas, em vez de as unir. E muitos destes temas e destas leis foram, em regra, de interpretação jurídica difícil, muitas tiveram que ser modificadas e até alteradas depois, como por exemplo, a da gestação de substituição, que o Tribunal declarou como inconstitucional. Para quê fraturar a sociedade e criar batalhas jurídicas? Estas leis deveriam ser tratadas de outra forma. Deveríamos procurar temas que unissem e que fossem de interesse comum e não que dividissem opiniões”.

Faltam 212 especialistas nos Açores

Numa reunião com o secretário Regional da Saúde, a Ordem dos Médicos dos Açores apresentou os resultados de um inquérito aos médicos, de onde se conclui que faltam profissionais em toda a região autónoma.

Os resultados, entregues ao Secretário Regional da Saúde numa reunião a 29 de junho, foram acompanhados de propostas para incrementar a formação específica de médicos no Serviço Regional de Saúde, para além de incentivos à fixação.



A Ordem dos Médicos dos Açores reuniu-se com o secretário regional da Saúde



Margarida Moura

COMUNICADO DO CONSELHO MÉDICO DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

Carência de médicos no Serviço Regional de Saúde

O Conselho Médico dos Açores realizou, pela primeira vez, um inquérito aos Hospitais e Unidades de Saúde a fim de identificar a carência de médicos por Especialidade e em cada uma das Instituições e as conclusões são:

- 1 - estão em falta 212 médicos especialistas, assim divididos:
- 2 - 54 em Medicina Geral e Familiar
- 3 - 154 em diferentes Especialidades Hospitalares
- 4 - 4 em Saúde Pública

As Unidades de Saúde de Ilha mais carenciadas são as de Santa Maria, São Jorge e Pico, onde tem sido muito difícil fixar médicos.

Relativamente aos Hospitais, onde se verifica maior carência é no Hospital do Divino Espírito Santo.

No que concerne às diferentes Especialidades no HDES a mais carenciada é a Anestesiologia, seguida da Medicina Interna, Pediatria, Medicina Intensiva, Urologia e Psiquiatria.

No Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira a especialidade mais carenciada é a Ginecologia e Obstetrícia, seguida da Medicina Interna.

No Hospital da Horta as Especialidades mais carenciadas são a Obstetrícia e Ginecologia, a Medicina Interna e a Nefrologia.

O Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores, manifesta a sua grande preocupação pela escassez de recursos humanos médicos, que conduz a um esforço enorme para colmatar as carências e prestar a melhor assistência clínica às populações. O cansaço é uma constante, que se agudizou neste último ano.

Desenvolveremos por todos os meios ao nosso alcance esforços conjuntos com todas as entidades a fim de se reforçarem os diferentes serviços mais carenciados.

Adesão ao Prémio Jorge Horta ultrapassou expectativas



António Ferreira (Banco Santander) Jorge Penedo, Diogo Branco, Alexandre Valentim Lourenço, Sílvia Lopes e Jorge Soares

O número de candidaturas e a qualidade confirmada pelo júri ultrapassaram as expectativas de adesão ao Prémio Prof. Jorge da Silva Horta, cujos primeiro e segundo classificados receberam as distinções no dia 5 de julho, no auditório da Ordem dos Médicos. O trabalho vencedor teve como primeiro autor Diogo Alexandre Martins Branco e o segundo classificado foi Pedro Miguel Coelho Barata.

O presidente do júri do Prémio Prof. Jorge da Silva Horta, na sua intervenção na sessão de entrega dos prémios, considerou que "as expectativas foram largamente excedidas", referindo-se ao número de candidaturas ao galardão e também à sua qualidade, que revela a excelência da investigação clínica que os jovens médicos estão a fazer.

Jorge Soares recordou, momentos antes de anunciar os dois distinguidos com o primeiro e o segundo lugar do Prémio Jorge Horta, "que desde há cerca de uma década ou década e meia se percebia em Portugal que estávamos a convergir com os países mais evoluídos nas ciências biomédicas, nomeadamente nas ciências fundamentais ou mesmo as de translação, mas havia a ideia de que a inves-

tigação clínica era pobre em Portugal".

E havia ainda uma outra ideia preconcebida, "a de que os jovens médicos não se interessavam pela investigação clínica, nomeadamente porque as carreiras neste momento não estão estruturadas, o que não é um fator motivador", segundo Jorge Soares.

Mas o que na verdade, o número e a qualidade das candidaturas veio revelar foi "a adesão dos médicos mais jovens à investigação clínica". Tivemos 32 candidaturas, informou, considerando esse número "muito interessante", até porque se trata de "estudos em que o primeiro autor tem até 35 anos e de trabalhos já publicados em revistas internacionais de grande exigência, com elevado fator de impacto".

O presidente do júri, para quem "um prémio é sempre o reconhecimento do mérito", quis sublinhar a importância dos trabalhos premiados para a prática médica. "O trabalho que ficou em primeiro lugar pode ser muito relevante, tal como está mencionado na ata, porque pode proporcionar a criação de guidelines para o tratamento de doentes oncológicos com doença evoluída, que não precisam

de receber terapêuticas que não melhoram a sua situação clínica e que além disso lhes reduzem substancialmente a sua qualidade de vida”, considerou Jorge Soares.

Quanto ao trabalho que ficou em segundo lugar, referiu ser “também um trabalho cooperativo que visa identificar doença secundária numa forma de cancro muito comum, que é o carcinoma da próstata, por um método laboratorial muito inovador e muito pouco invasivo, o que representa também, para a literatura internacional, um benefício relevante”.



Diogo Branco é o primeiro autor do trabalho premiado em primeiro lugar



Pedro Barata é o primeiro autor do trabalho que obteve o segundo lugar

No início da sessão a abertura coube ao vice-presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, que tem sido impulsor do prémio. Jorge Penedo destacou também que “o prémio vai ganhando tradição e vai ganhando concorrentes”, o que foi notório “nesta terceira edição, a que teve mais concorrentes e também com a participação de equipas estrangeiras, o que é um bom sinal de que está a ganhar algum estatuto no panorama dos prémios científicos”.

Jorge Penedo assinalou também a qualidade do júri presidido por Jorge Soares, “que fez um excelente trabalho”, de resto assente numa equipa que teve da parte do Conselho Regional do Sul uma “escolha muito cuidada”.

Este prémio, disse, “é um esforço que a Ordem dos Médicos faz no apoio à investigação clínica por jovens investigadores, muitos deles que enfrentam dificuldades para trabalhar nesta área”, embora também tenha reconhecido que “as instituições e as faculdades de Medicina têm feito igualmente um esforço digno de registo”.

No final da sua intervenção, o vice-presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos agradeceu particularmente ao Banco Santander o apoio financeiro ao

prémio e saudou os diretores das duas faculdades de Medicina de Lisboa, Fausto Pinto e Jaime Branco, e Maria do Rosário Horta, filha do patrono do prémio, que também esteve presente na sessão.

Alexandre Valentim Lourenço fez a intervenção de encerramento e começou por sublinhar também o número de adesões ao prémio, elogiando “os jovens médicos que dedicam muito do seu tempo a fazer investigação clínica em Portugal”, porque, considerou, “isso significa retirar tempo não da parte da atividade clínica, mas sim da parte pessoal e familiar para se dedicarem à ciência”.

O presidente do Conselho Regional do Sul explicou que se “tem mantido e reforçado o Prémio Jorge Horta, porque é essencial premiar uma área médica de que a Ordem tem que ser um dos garantes” e que contribui para “nos mantermos atualizados” e aporta a Portugal “inovação e nos mantém, apesar das muitas dificuldades, na excelência da qualificação da Medicina.

Os trabalhos premiados

O júri do Prémio Jorge Horta, instituído pelo Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, distinguiu em primeiro lugar um trabalho de investigação clínica de Diogo Alexandre Martins Branco e, como segundo, o de Pedro Miguel Coelho Barata.

Diogo Alexandre Martins Branco, que é Medical Research Fellow, do Academic Trails Promoting Team, do Institut Jules Bordet, em Bruxelas, ganhou o primeiro prémio com o trabalho «Factors associated with the aggressiveness of care at the end of life for cancer patients dying in hospital: a nationwide retrospective cohort study in mainland», publicado no Portugal ESMO Open. Este médico é também Coordenador do Núcleo de Internos e Jovens Especialistas e membro do Grupo de Trabalho de Sobreviventes da Sociedade Portuguesa de Oncologia.

O segundo prémio foi para Pedro Miguel Coelho Barata, professor e investigador na Tulane University e no Tulane Cancer Centre (Estados Unidos), que apresentou o artigo «Clinical activity of pembrolizumab in metastatic prostate cancer with microsatellite instability high (MSI-H) detected by circulating tumor DNA», publicado no Journal for Immunotherapy of Cancer. Pedro Barata desenvolve também atividade clínica na área da Hematologia e Oncologia no University Medical Center de Tulane.

Médicos atentos aos desafios do

5G

As tecnologias que o 5G permite podem fazer uma revolução na Saúde, mas, por enquanto, estuda-se o mundo de soluções e a sua aplicabilidade. Os médicos veem dificuldades nos custos e na burocracia, por exemplo, mas os especialistas na área consideram que este novo sistema de comunicação reduzirá os custos e ultrapassará as dificuldades.

O webinar «5G e o futuro da Saúde», que teve como oradores António Reis Silva, da Vodafone, e Luís Filipe, do AI Business Hub do ISCTE - EE, e foi moderado por Alexandre Valentim Lourenço, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, e Bernardo Gomes Pinto, responsável pelo AI Business Hub do ISCTE - EE, decorreu no dia 7 de julho.

A sessão, realizada em parceria pelo Conselho Regional do Sul da Ordem e o AI Business Hub do ISCTE Executive Education, foi o segundo evento do ciclo de webinars «Sistemas inteligentes ao serviço da saúde».

A conferência contou com duas palestras, a primeira de António Reis Silva, diretor de produtos e serviços empresariais da Vodafone, onde trabalha no alargamento das capacidades da organização nas áreas de redes de dados, unified comms, cloud, cibersegurança e IoT, sendo um dos responsáveis pelo lançamento do 5G em Portugal.

A segunda das intervenções pertenceu a Luís Filipe, responsável pela área de consultoria e coordenação do AI Business Hub do ISCTE - EE. É formado em engenharia eletrotécnica e com especialização em sistemas e computadores pelo IST.

Os moderadores foram Alexandre Valentim Lourenço, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, e Bernardo Gomes Pinto, coordenador do AI Business Hub do ISCTE - EE.

Depois da introdução de Bernardo Gomes Pinto, na sua intervenção inicial, Alexandre Valentim Lourenço referiu que a Ordem pretende “falar muito no que será a medicina do futuro e de que forma será possível ligar empresas, tecnologias e outros especialistas aos especialistas médicos para, em conjunto, conseguirmos melhorar a qualidade, quer do acesso quer dos atos, quer ainda a capacidade e a equidade de acesso a várias tecnologias por parte de toda a população”.

Para o presidente do Conselho Regional do Sul, o tema em discussão “é muito interessante” e reflete já a importância de “falar do futuro que é já amanhã”. O dirigente referiu que “a transposição desta tecnologia e destas capacidades para a área da saúde pode abrir portas nunca antes exploradas”, mas admitiu que a sua implementação “será lenta, mas esta assimilação de conceitos poderá, efetivamente, modificar a participação dos indivíduos, das empresas, dos médicos, numa saúde mais global”.

Profissionais de saúde identificam o custo como um problema

Quanto a Luís Faria Filipe abordou o tema por uma questão fundamental: “O que é que o 5G pode fazer pela área da saúde?”. E recordou que “em Portugal, em particular, estamos ainda num processo de leilão a terminar para depois arrancar comercialmente, e, portanto, até lá estão a ser feitos apenas testes”.

O especialista referiu que “num estudo feito muito recentemente pela Deloitte, os principais desafios identificados pelos profissionais de saúde são os custos da tecnologia, a burocracia, a dificuldade em encontrar uma solução ideal e, por outro lado, os profissionais em si sentem que os sistemas são complexos, não são fáceis de utilizar, mas são eficientes”.

E recordou “outros desafios”. Em 2023, a União Europeia pretende que 100% dos registos clínicos dos cidadãos estejam em formato digital. Ora, isso implica que “em paralelo, no Serviço Nacional de Saúde, as prioridades também terão de ser renovar os sistemas de informação, toda a parte computacional, harmonizar os sistemas de informação e coletar os dados de saúde de forma inteligente”.

Quanto aos custos da tecnologia que o estudo refere, “pretende-se exatamente, com o 5G e a inteligência artificial, poder reduzir os custos, encontrar soluções mais simples e atenuar a burocracia”. No fundo, considerou Luís Filipe, “o 5G vai ter uma componente na facilitação, no agilizar de todos estes processos e no aumento da velocidade de tratamento de todos estes dados”.


AI business hub
 iscte – Instituto Superior Técnico
 Executive Education

CURSO DE WEBINARS
SISTEMAS INTELIGENTES
AO SERVIÇO DA SAÚDE



5G E O FUTURO DA SAÚDE

ONLINE \ 7 DE JULHO \ 19H00


 INSCRIÇÕES

PALESTRANTES



LUÍS FILIPE
RESPONSÁVEL PELA ÁREA DE CONSULTORIA E COORDENAÇÃO DO AI BUSINESS HUB ISCTE-EE. FORMADO EM ENGENHARIA ELETROTÉCNICA E COM ESPECIALIZAÇÃO EM SISTEMAS E COMPUTADORES PELO IST

MODERADORES



ALEXANDRE VALENTIM LOURENÇO
PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DO SUL DA EMERGÊNCIA MÉDICA



ANTÓNIO REIS SILVA
DIRETOR DE PRODUTOS E SERVIÇOS EMPRESARIAIS DA VODAFONE, ONDE TRABALHA NO ALARGAMENTO DAS CAPACIDADES DA ORGANIZAÇÃO NAS ÁREAS DE REDES DE DADOS, UNIFIED COMMMS, CLOUD, CIBERSEGURANÇA E IoT, SENDO UM DOS RESPONSÁVEIS PELO LANÇAMENTO DO 5G EM PORTUGAL



BERNARDO GOMES PINTO
RESPONSÁVEL DO AI BUSINESS HUB DO NÚCLEO COLABORATIVO COLABORAM

Quinta geração vai melhorar qualidade de vida

Para António Reis Silva, “a quinta geração das comunicações móveis vai suportar oportunidades de melhoria da saúde dos cidadãos, da qualidade de vida dos profissionais de saúde e eficiência dos serviços”.

O responsável da Vodafone pela área de 5G apresentou vários exemplos de aplicação de 5G na medicina. Entre eles, contam-se a tele-emergência, as ambulâncias conectadas, sobre o que esclareceu: “O 5G é uma tecnologia de telecomunicações mais cloudizada e com capacidade para trabalhar o network slicing, e os serviços de emergência podem beneficiar destas capacidades, que permitem assegurar a prestação de elevados níveis de serviço, diferenciados, para este sector da Saúde”.

Outra possibilidade nova apresentadas foi a das “velocidades de deslocação permitidas pelo 5G, que chega até 500km/hora”, dando para tanto o exemplo do uso de drones.

António Reis Silva recordou ainda as funcionalidades que permitem o “remote patient monitoring, em que um só device pode recolher dados de diferentes indicadores de saúde”.

O caso da realidade virtual também mereceu destaque, que, de acordo com o especialista, levará “as organizações de saúde a beneficiarem da capacidade de assegurar treino de estudantes e médicos remotamente através de equipamentos de realidade aumentada e virtual”.

Feramentas como as “terapias de reabilitação com entretenimento”, a vídeo análise “para observação de situações de risco” ou a “monitorização remota do paciente” foram também assinaladas.

António Reis Silva deu como último exemplo o facto de o 5G permitir “a colaboração remota de especialistas em cirurgia”, uma vez que esta tecnologia “permite a partilha de vídeo em alta definição, em tempo real, com baixa latência, o que evita a sensação de náusea e garante cruzamento de háptica com visão e com elevada resiliência, considerada fundamental para que não existam falhas cirúrgicas”.

Alexandre Valentim Lourenço fechou o webinar referindo que, do seu ponto de vista, “5G é conectividade, conectividade acelerada, melhorada e que nos permite ter informação em tempo real”. Por isso, considerou que “quando se fala de que precisamos de formação para interpretar dados”, não se pode ignorar que isso “é feito há 3 mil anos, desde Hipócrates”, em que os médicos “colhem dados de outras formas, com outros sensores e processam essa informação para chegar a diagnósticos e a resultados”.

O presidente do Conselho Regional do Sul concluiu, dizendo que, “provavelmente, o que o 5G nos vai dar é o acesso em tempo real a coisas que muitas vezes estão diferidas e também a capacidade de comunicarmos melhor, com melhor qualidade e maior quantidade de dados, utilizando mais imagens, mais vídeos, de uma forma mais direta, com vários colegas e em vários sítios”.



A OM Sul e a Helpo organizaram em parceria o colóquio «Cabo Delgado – O princípio, o meio e o resto», que reuniu intervenções presenciais e online a partir de Moçambique, designadamente de Pemba, a capital da província moçambicana.

O auditório da Ordem dos Médicos acolheu, no dia 8 de julho, a partir das 18h30, o colóquio, com participações presenciais de Jorge Penedo, vice-presidente do Conselho Regional do Sul, Perez Metelo, presidente da Helpo, Joana Clemente, fundadora coordenadora geral executiva da ONGD Helpo, e de Sílvia Nunes, psicóloga que trabalhou em Cabo Delgado.

Em videoconferência, a partir de Moçambique, intervieram Margarida Loureiro, chefe de escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) em Cabo Delgado, Assif Osman, um empresário e gestor de empresas com atividade em Pemba, Pedro Martins, jornalista correspondente da RTP em Moçambique, e Carlos Almeida, coordenador de projetos da Helpo em Moçambique.

Particularmente os intervenientes que participaram a partir de Cabo Delgado apresentaram testemunhos dramáticos da vida na província, onde cerca de um terço da população está deslocada – estima-se que sejam cerca de 800 mil pessoas –, em fuga dos ataques terroristas do grupo jihadista islâmico al-Shabab.

A situação, que teve uma forte presença episódica nos meios de comunicação social portugueses há semanas, está de novo a cair no esquecimento, segundo os participantes.

A abertura do colóquio pertenceu a Jorge Penedo, que sublinhou a importância que a Ordem dá “à responsabilidade social”, nesta colaboração com a Helpo, que, con-

Cabo Delgado está a cair no esquecimento

siderou, “faz um trabalho que é muito importante em Moçambique”. O vice-presidente do Conselho Regional do Sul referiu também o facto de a renovação técnica do auditório permitir pela primeira vez “um debate transcontinental”, seguido em direto nas redes sociais da Região Sul.

António Perez Metelo, que moderou o debate, manifestou agradecimento pela “visibilidade que a Ordem dá” ao assunto. “O mais importante para a Helpo é dar a conhecer este drama humano que já vem desde o outono de 2017 e que se tem agravado tremendamente”, disse.

Joana Clemente abriu as intervenções e apontou “a distância entre Cabo Delgado e Maputo” como um dos fatores que conduziram ao arrastamento do problema no extremo norte do país.

Seguiu-se Margarida Loureiro, chefe de escritório do ACNUR na província, que interveio a partir de Pemba e relatou casos dramáticos de pessoas que ficaram sem marido, sem filhos, outras mais velhas que perderam os seus entes mais novos, numa rota que tem nomes como Palma ou Mocimboa da Praia. “Há uma crise de proteção, com aumento contínuo da violência desde 2017”, advertiu.

O empresário Assif Osman interveio também a partir de Pemba e recordou a sua atividade de criar condições de habitação para os refugiados que chegam à cidade e lamentou que uma região com tantas potencialidades viva este momento dramático.

Sílvia Nunes alertou para os aspetos psicológicos destes refugiados. “É comum dizer-se que as pessoas quando fogem levam só a roupa do corpo, mas isso não é verdade, carregam malas pesadíssimas de vivências possivelmente traumáticas”, disse a psicóloga.

O repórter da RTP Pedro Martins defendeu que “é mesmo preciso uma intervenção militar dura para acabar com o drama humano que se vive, porque o terrorismo está cada vez mais instalado na parte norte de Cabo Delgado”.

Carlos Almeida, autor das fotografias da exposição que deu mote ao colóquio, fechou as intervenções, considerando que “as 800 mil pessoas deslocadas em Cabo Delgado sofrem muito, mas isto é só um número, porque cada uma destas pessoas tem histórias dramáticas” que merecem todo o apoio.

A serenidade

A serenidade é precisamente aquilo que tem faltado na análise e abordagem da pandemia da COVID-19. Temos assistido a um turbilhão avassalador e ininterrupto de opiniões difundidas pelas mais diversas personalidades, umas mais reconhecidas no mundo científico do que outras, algumas vozes mais credíveis do que outras e muitas provenientes de personalidades recém-chegadas a um tema tecnicamente muito complexo e que falam do que sabem e, sobretudo, do que ignoram. Este turbilhão tem resultado numa profunda confusão que em nada tem ajudado à necessária clarividência para enfrentar esta adversidade.

A discussão em torno da necessidade de uma terceira dose de vacinação ou à vacinação dos mais jovens têm sido exemplos paradigmáticos, tal como muitos outros que foram abordados desde o início da pandemia. Confesso o meu espanto ao ver a televisão ou ao folhear as páginas de jornais perante alguns comentadores políticos ou estreantes como se toda a sua vida tivessem debatido este tema ou fossem, sobre o assunto, reconhecidos especialistas. É surpreendente e doloroso até.

Por vezes, o silêncio pode ser o maior contributo para ultrapassarmos esta pandemia. A verborreia da ignorância tem sido uma das maiores aliadas da COVID-19. É preciso, por isso, existir ponderação e, sobretudo, momentos de serenidade em que seja debatida a questão técnica para daí implementar as decisões políticas.

A Ordem dos Médicos organizou, no início de junho de 2021, aquele que foi considerado, até ao momento, o maior evento científico da Europa sobre a pandemia. "A Ciência em Tempo de pandemia" foi um momento de serenidade onde foi possível, de forma clara e livre, expor e debater a diversidade científica essencial para tomarmos as melhores opções contra esta crise sanitária.

Estiveram em debate temas tão acutilantes como as variantes do SARS-CoV-2 e a capacidade de testagem, a vacinação, o impacto da pandemia na formação médica, os desafios para o futuro da Economia em saúde, a gestão dos cuidados não-Covid, o papel dos médicos nesta pandemia, a abordagem multidisciplinar das sequelas pós-covid, a ética em tempo de pandemia, as perspetivas em telemedicina, entre muitos outros temas. As novidades científicas foram ainda tema de debate e discussão de 45 colégios da especialidade da Ordem dos Médicos.

Em nenhum momento desistimos de enfrentar o medo



CARLOS CORTES
Presidente da Secção Regional do Centro
da Ordem dos Médicos

e a angústia do vírus SARS-CoV-2. Sabíamos, todos, que devíamos dar tudo por tudo para fazer face a esta crise sanitária. Nos serviços de urgência, nos serviços de cuidados intensivos, nos internamentos de doentes, nos blocos operatórios, nas nossas cidades, nas nossas aldeias, na nossa comunidade mais próxima.

Usámos o que tínhamos, a nossa dedicação, o altruísmo, a entrega, a coragem em pano de fundo de humanismo.

Mas o que é, verdadeiramente, preciso é parar com este espalhafato entorpecedor e parar para pensar e refletir sobre o que agora queremos verdadeiramente. Pensar nas medidas que temos de tomar para nos protegemos, pensar num modelo mais robusto e com meios verdadeiramente adequados para o Serviço Nacional de Saúde. Pensar nas pessoas e nos profissionais.

Precisamos de serenidade para pensar no nosso futuro.

A serenidade

Carlos Cortes

A discussão em torno da necessidade de uma terceira dose de vacinação ou à vacinação dos mais jovens têm sido exemplos paradigmáticos, tal como muitos outros que foram abordados desde o início da pandemia. Confesso o meu espanto ao ver a televisão ou ao folhear as páginas de jornais perante alguns comentadores políticos ou estreantes como se toda a sua vida tivessem debatido este tema ou fossem, sobre o assunto, reconhecidos especialistas. É surpreendente e doloroso até.

Por vezes, o silêncio pode ser o maior contributo para ultrapassarmos esta pandemia. A verborreia da ignorância tem sido uma das maiores aliadas da COVID-19. É preciso, por isso, existir ponderação e, sobretudo, momentos de serenidade em que seja debatida a questão técnica para daí implementar as decisões políticas.

A Ordem dos Médicos organizou, no início de junho de 2021, aquele que foi considerado, até ao momento, o maior evento científico da Europa sobre a pandemia. "A Ciência em Tempo de pandemia" foi um momento de serenidade onde foi possível, de forma clara e livre, expor e debater a diversidade científica essencial para tomarmos as melhores opções contra esta crise sanitária.

Estiveram em debate temas tão acutilantes como as variantes do SARS-CoV-2 e a capacidade de testagem, a vacinação, o impacto da pandemia na formação médica, os desafios para o futuro da Economia em saúde, a gestão dos cuidados não-Covid, o papel dos médicos nesta pandemia, a abordagem multidisciplinar das sequelas pós-covid, a ética em tempo de pandemia, as perspetivas em telemedicina, entre muitos outros temas. As novidades científicas foram ainda tema de debate e discussão de 45 colégios da especialidade da Ordem dos Médicos.

Em nenhum momento desistimos de enfrentar o medo

serviço de urgência, nos serviços de cuidados intensivos, nos internamentos de doentes, nos blocos operatórios, nas nossas cidades, nas nossas aldeias, na nossa comunidade mais próxima.

Usámos o que tínhamos, a nossa dedicação, o altruísmo, a entrega, a coragem em pano de fundo de humanismo.

Mas o que é, verdadeiramente, preciso é parar com este espalhafato entorpecedor e parar para pensar e refletir sobre o que agora queremos verdadeiramente. Pensar nas medidas que temos de tomar para nos protegemos, pensar num modelo mais robusto e com meios verdadeiramente adequados para o Serviço Nacional de Saúde. Pensar nas pessoas e nos profissionais.

Precisamos de serenidade para pensar no nosso futuro.

Presidente da secção regional do Centro da Ordem dos Médicos

Carlos Cortes

*Artigo publicado no Diário de Coimbra, Diário de Viseu, Diário de Leiria e Diário de Aveiro



Ordem dos Médicos

homenageou médicos inscritos em 1971 e 1996

As cerimónias ficaram marcadas, pelo segundo ano consecutivo, pelo cumprimento do distanciamento físico e outras medidas de proteção contra a COVID-19. Momentos emotivos em Coimbra, Leiria e Viseu

TEXTO: PAULA CARMO

Homenagear quem tem um percurso de 50 e 25 anos na Medicina, enaltecer quem não vacilou perante a pandemia, engrandecer quem se dedica e se entrega, todos os dias, à Medicina humanista – eis o denominador comum dos emotivos momentos que se viveram em Coimbra, Leiria e Viseu. Na sua intervenção, em Coimbra, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, destacou o trabalho de todos neste complexo, difícil e exigente tempo de pandemia e realçou os “momentos de incerteza e medo” que trouxeram à profissão



uma mudança de paradigma na medicina em resultado da COVID-19. Todos os médicos – realçou – tiveram de unir esforços no combate à doença, independentemente das suas especialidades.

Depois da oração de sapiência pelo professor, escritor e psiquiatra, Carlos Mota Cardoso, no âmbito da qual, entre outros, abordou o tema da morte numa perspetiva analítica, os médicos ali presentes e os que assistiram em direto via emissão *streaming* ouviram também as motivações de uma estudante do terceiro ano do Mestrado Integrado de Medicina. Maria Loio cativou a atenção de todos falando sobre o “deslumbramento” pela profissão que sente no contacto com os profissionais mais experientes que são a “inspiração” dos estudantes de Medicina.

Já antes, Carlos Cortes acentuara, porém: “Não somos heróis, porque somos humanos, não temos capacidades extraordinárias fora do comum, mas conseguimos fazer atos extraordinários”. Em nome dos médicos que completaram 50 anos de inscrição, Carlos Cortes enalteceu os mestres, destacando os seus notáveis percursos: “Lutaram para levar a Medicina e os cuidados de saúde a todos aqueles os que precisavam”. Detalhou: “Estou a falar da criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979”. Sobre os colegas mais jovens, que receberam a medalha dos 25 anos de inscrição, o presidente da SRCOM enalteceu os seus esforços em manter o SNS de modo a que este possa continuar a dar resposta a quem precisa. “Não têm tido um trabalho fácil”, lembrou.

A atuação do grupo Fado ao Centro, que interpretou temas compostos por antigos estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra, encerrou esta emotiva sessão. A médica de família Catarina Matias foi a apresentadora desta cerimónia de enorme carga simbólica. Em jeito de remate deste evento, disse: “Momentos extraordinários! Foi notável a vossa participação no programa desta cerimónia de homenagem! A todos os que nos honraram com a vossa presença, muito obrigada! Continuam – todos – a ser uma inspiração! Muito obrigada!”.





Entrega das medalhas é sempre um momento de grande emotividade

Foi com o talento de uma jovem de Leiria, Luísa Moraes e a sua flauta transversal, que se iniciou mais uma cerimónia de homenagem, em Leiria, que contemplou ainda a receção dos jovens médicos. Todos eles momentos de celebração e de alegria, sob a égide da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) que organiza as cerimónias que decorrem em todas as sub-regiões deste organismo.

Pela primeira vez esta cerimónia decorreu fora da sede da OM de Leiria, mais precisamente na Igreja da Misericórdia (Rua Miguel Bombarda), atualmente Centro de Diálogo Intercultural de Leiria, de forma a acautelar todas as medidas de segurança sanitária. Ao agradecer a presença de todos, o presidente do Conselho Sub-regional de Leiria da Ordem dos Médicos, Rui Passadouro da Fonseca, quis deixar também uma palavra de incentivo aos mais jovens. "Recordo-vos que o período de formação é muito importante nas vossas vidas", sublinhou, pedindo-lhes que "sejam exigentes convosco próprios e com a Ordem dos Médicos. Concluiu: "Só se pode progredir se formos exigentes a adquirir competências quer técnicas quer científicas: Só com uma formação de qualidade podemos garantir qualidade na prática médica".

Na cidade do Lis, neste dia 24 de junho, o presidente da SRCOM reiterou, por seu turno, a enorme importância desta cerimónia até porque, nela e com ela, se

reconhece a importância do trabalho, o empenho, a entrega, e o sacrifício que os colegas efetuam ao longo da vida, sempre em prol dos doentes. E, neste contexto epidemiológico em particular, Carlos Cortes deixou um sublinhado especial: "Nós, médicos, fomos imediatamente

para a linha da frente, quando o País mais precisou. E isso, como dirigente da Ordem dos Médicos, é para mim um motivo de enorme orgulho". O presidente da SRCOM enalteceu esta gesta constante da "dedicação ao Outro" como algo de profundamente Hipocrático.

Aludindo à "geração magnífica" dos que agora estão a receber a medalha evocativa dos 50 anos de inscrição na Ordem dos Médicos, porque entre outras coisas criaram o Serviço Nacional de Saúde (SNS), indo para a periferia e para as zonas mais recônditas do País. "Foram os médicos que germinaram a ideia do Serviço Nacional de Saúde". Não deixando de evocar o papel do advogado e antigo Ministro dos Assuntos Sociais, António Arnaut, com a criação do Decreto-Lei fundador do SNS, Carlos Cortes lembrou que os médicos já tinham ido exercer Medicina junto de quem tinha menos capaci-



dade económica. Também quem recebe a medalha dos 25 anos, uma palavra também muito especial “porque mantiveram e trouxeram até nós o SNS, com todas as dificuldades”. Os setores social e privado também ajudaram neste caminho, lembrou, mas o SNS tem sido um pilar indispensável na nossa sociedade. Foram também intervenientes nesta sessão o Presidente da Mesa da Assembleia Sub-Regional de Leiria da Ordem dos Médicos, Nuno Rama, e o Bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, este último através de uma video-mensagem previamente gravada. Ambos destacaram o papel de todos os colegas nestes tempos especialmente desafiante. Miguel Guimarães deixou um longo agradecimento aos médicos, designadamente aos que

à ciência e à investigação, aos que se dedicam à formação, aos que não deixam o seu doente sozinho, aos que defendem o acesso e a equidade aos serviços de saúde, aos que defendem uma saúde mais inclusiva e universal, os que defendem um Serviço Nacional de Saúde mais robusto, entre muitas outras facetas.

Nesta sessão, os colegas que completaram os 25 anos de inscrição na Ordem dos Médicos e um colega com 50 anos de inscrição, receberam as medalhas de mérito das mãos de Carlos Cortes, Rui Passadouro e Nuno Rama, respetivamente presidente da SRCOM, presidente do Conselho Sub-Regional de Leiria e Presidente da Mesa da Assembleia Sub-Regional de Leiria da Ordem dos Médicos



Cerimónia de homenagem em Viseu recordou trabalho notável do Serviço Médico à Periferia

"Este é um momento de reconhecimento. Agradeço-vos por estarem nesta cerimónia simbólica", afirmou o presidente do Conselho da Sub-região de Viseu, Luís Patrão. Sentimento que o presidente da SRCOM corroborou, destacando este momento como importante encontro de gerações. Carlos Cortes sublinhou o "papel notável" dos médicos que recebem a medalha dos 50 anos pelo seu contributo no desenvolvimento do nosso país. "Foram

nas pequenas cidades e vilas do interior. "O SNS começou antes do seu decreto, graças à definição das carreiras médicas e a criação do Serviço Médico à Periferia", sublinhou. Reiterou: "É bom dizer-se que o SNS não nasceu por decreto em 1979, mas resultou de um longo processo que começara antes, que começou em 1974, com a gestão democrática dos hospitais e o já referido serviço médico à periferia que se antecipou, no terreno, às recomendações da OMS sobre a estratégia de saúde para as comunidades periféricas". Luís Neves de Carvalho recordou o país, antes e depois deste movimento de médicos, com as circunstâncias de um Portugal muito díspar, quer na rede rodoviária, quer na rede de saneamento básico, na rede de abastecimento de eletricidade e de água, bem como quais as doenças predominantes (alcoolismo, doenças infecciosas, entre outras): "Foi um processo de mudança que se realizou para suprir as necessidades básicas da população", não deixando de lembrar ainda os elevados índices



os médicos que idealizaram e materializaram o Serviço Nacional de Saúde", enfatizou. Aliás, ao destacar a constante entrega dos médicos, de todos os médicos, "com grande sentido de solidariedade e de humanismo", lembrou que tal se agigantou na fase da pandemia da COVID-19, precisamente num momento de grande dificuldade. "No meio desta globalização galopante, com a atualização técnico-científica, há sempre, no entanto, um lugar que o médico protege e acarinha: a relação médico-doente".

O orador convidado, Luís Neves de Carvalho, ex-presidente do Hospital S. Teotónio, médico de saúde pública e ex-presidente da ARS Viseu (década 80 do século passado) e um dos principais impulsores da construção do atual hospital viseense, destacou o papel do serviço médico à periferia (1975-1982), lembrando que outrora a cobertura de cuidados de saúde à população era bastante deficiente, sobretudo



de mortalidade infantil. Ou seja, se dúvidas houvesse, Luís Neves de Carvalho contou, na primeira pessoa, como foi o preponderante papel dos médicos para desenvolver o nosso País.

Neste emotivo encontro de gerações, tempo ainda para a surpresa com um momento musical protagonizado por Inês Figueiredo (canto) e

Sérgio Brito (piano), com interpretação de peças do século XVI até ao século XIX.

Acta Médica Portuguesa

Setembro 2021

ARTIGOS ORIGINAIS:

- Prevalência de anomalias citogenéticas e da pré-mutação do gene *FMR1* numa população Portuguesa com insuficiência ovárica prematura

Acta Med Port 2021 Sep;34(9):580-585

- Análise por sequenciação do gene *MYOC* em doentes com glaucoma primário de ângulo aberto da Região Centro de Portugal

Acta Med Port 2021 Sep;34(9):586-591

- *GJB2*: frequência das suas variantes menos comuns numa amostra da população Portuguesa

Acta Med Port 2021 Sep;34(9):592-600

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



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. 22 606 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