



REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.ordemosmedicos.pt

213

ABRIL 2021



PANDEMIA PARALELA:
a quebra no acesso à saúde

SYSVENT OM1:
assegurar o futuro

MANUEL SOBRINHO SIMÕES:
Não há nada mais analógico
do que um ser humano!

OM01

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



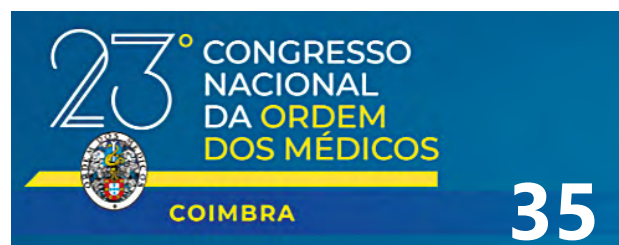
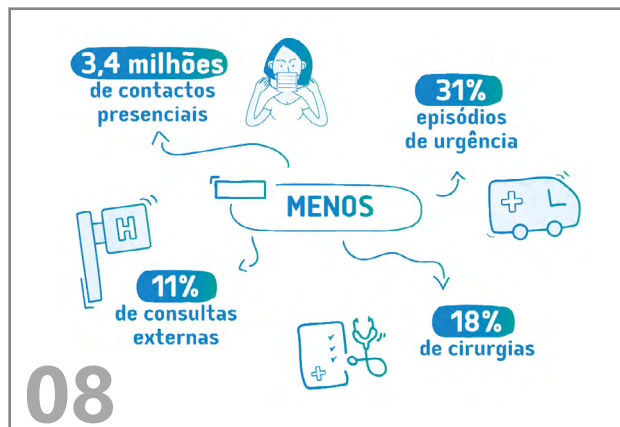
Condições de garantia: Garantia Legal (2 anos sem limite de quilómetros).
Garantia do Fabricante (3º ano ou até aos 100.000 km).
Extensão de Garantia (do 4º ano até 7º ano até aos 160.000 km).



SUMÁRIO

ROM 213 - ABRIL 2021

| | |
|----|---|
| | EDITORIAL |
| 03 | Os nossos doentes: uma parceria para a vida |
| 06 | BREVES |
| | TEMA DE CAPA |
| 08 | Pandemia paralela: a quebra no acesso à saúde |
| 12 | ENTREVISTA - Manuel Sobrinho Simões Não há nada mais analógico do que um ser humano! |
| | ATUALIDADE |
| 18 | SYSVent OM1: assegurar o futuro |
| 20 | Grandes desafios, grandes soluções Resposta da ciência passa por equipas multiprofissionais e humanização |
| 23 | BREVES |
| 24 | ENTREVISTA - Carlos Mineiro Aires Engenheiros e médicos: juntos para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos |
| | ATUALIDADE |
| 28 | Juntos por um mundo mais justo e saudável |
| 32 | Plano de Recuperação e Resiliência: falta ambição |
| 35 | 23.º congresso Nacional da Ordem dos Médicos - A Ciência em tempo de Pandemia |
| 36 | União Europeia da Saúde? Se a queremos, temos de investir |



Revista da Ordem dos Médicos: Ano 37 - N° 213 - ABRIL 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.

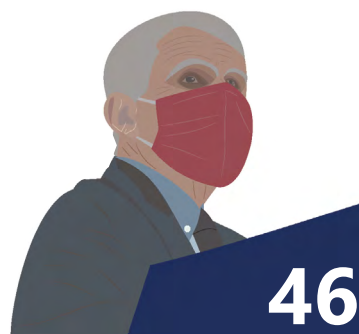
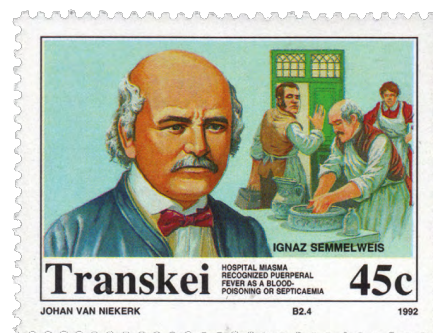
Em qualquer dos casos, tais artigos não representam qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos.

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 213 - ABRIL 2021

| | |
|----|--|
| | FORA DE ORDEM |
| 38 | Liderar pela responsabilidade |
| | BAÚ DE MEMÓRIAS |
| 40 | Higiene das mãos: de prática absurda a imperativo ético |
| | 5 PERGUNTAS AOS COLÉGIOS |
| 42 | Medicina Desportiva |
| 43 | Cirurgia Geral |
| | LEGES ARTIS |
| 44 | Primeiro ventilador português certificado a nível europeu |
| 46 | ALTOS E BAIXOS |
| 48 | PROVA DOS FACTOS |
| | CULTURA |
| 50 | Música e medicina: ser duplamente feliz! |
| | OPINIÃO |
| 52 | A relevância da dádiva de sangue em tempo de pandemia |
| 54 | SAOS ou perturbação do sono? |
| 55 | Síndrome Pós-COVID: o que esperar ao nível dos cuidados de saúde primários? |
| 56 | A máscara, os internos e a relação médico-doente |
| 58 | Equipa COVID: Agenda Teste cooperação em tempos de pandemia |
| | INFORMAÇÃO |
| 59 | Informação SRN |
| 65 | Informação SRS |
| 71 | Informação SRC |



Os nossos doentes:

uma parceria para a vida



MIGUEL GUIMARÃES

Bastonário da Ordem dos Médicos

Nesta edição temos connosco Manuel Sobrinho Simões que, como sempre, nos presenteia com sábias palavras e com uma habilidade própria para descrever o mundo – e os seus grandes problemas e causas – com uma simplicidade desarmante. Socorro-me, assim, da sua entrevista à ROM para sintetizar algumas das principais ideias que considero que marcaram esta pandemia e que preenchem parte das páginas desta revista. Diz-nos Sobrinho Simões que, “tanto no domínio da ciência, como no das políticas (individuais e coletivas), testemunhámos o estabelecimento de parcerias que foram um sucesso. Espero que esse exemplo continue a frutificar no futuro pois fartos de minifúndios estamos nós”.

Ora, algumas páginas mais à frente, terão oportunidade de conhecer o SYSVENT OM1, um projeto que é resultado direto do grande desafio que a COVID-19 representou para a medicina e para a sociedade e que, na verdade, serviu de acelerador para juntar profissões que podem trazer mais qualidade ao que é feito no dia-a-dia. Foi há pouco mais de um ano, vivíamos nós a primeira vaga da pandemia, quando se percebeu que os cuidados intensivos, já antes subdimensionados em recursos humanos e equipamentos, não seriam suficientes para a exigência que se seguiria. Dessa forma, a Ordem dos Médicos juntou um grupo de intensivistas e desafiou a empresa SYSADVANCE a desenvolver um ventilador específico para cuidados intensivos.

Muitos meses de investigação resiliente, que juntou médicos a engenheiros, permitiu que o SYSVENT OM1 acabasse mesmo por nascer, tornando-se no primeiro ventilador a ser produzido em Portugal com certificação europeia. Esta é, em nosso entender, uma das grandes virtudes do SARS-CoV-2: demonstrar de forma rápida que a investigação aliada às necessidades do terreno pode contribuir de forma efetiva para colmatar falhas e resolver problemas. Assim, a Ordem dos Médicos continuará a sensibilizar o poder político para a importância de as carreiras serem exercidas com mais autonomia e

É urgente que a comunicação em saúde seja colocada ao serviço dos cidadãos, que seja feita de forma transparente, mas cirúrgica, evitando a tentação de a colocar meramente ao serviço da justificação das políticas seguidas.

consagrando espaço para a investigação clínica. Como nos descreve Sobrinho Simões, "a medicina beneficiará imenso da relação com outras áreas não só do lado das ciências duras (engenharias, matemática, física...) como também do lado das 'humanidades'. Há quem chame a isto o exercício da convergência." Os nossos doentes são a nossa parceria para a vida e, para protegermos e cuidarmos da sua saúde, procuraremos sempre os melhores parceiros a cada instante.

Infelizmente, a COVID-19 está longe de ser, o nosso único problema ou desafio. Recorrendo de novo a Sobrinho Simões, destaco que "entre as chamadas 'outras epidemias' que grassam na sequência da pandemia temos a desinformação. A proliferação de *fake news* é um problema com repercussões terríveis na sociedade com 'epidemias' de medo, solidão, populismo. A única forma de combater a desinformação é com educação e formação". No mês em que nos encontramos, temos vindo a ser deparados com uma proliferação de desinformação sobre as vacinas contra a COVID-19, num movimento muito perigoso, já que pretende colocar em causa a melhor arma que temos contra a pandemia. É urgente que a comunicação em saúde seja colocada ao serviço dos cidadãos, que seja feita de forma transparente, mas cirúrgica, evitando a tentação de a colocar meramente ao serviço da justificação das políticas seguidas. O que os cidadãos apreendem é crítico para a sua adesão a todas as medidas.

Da mesma forma, não podemos aceitar que sejam as próprias autoridades de saúde a insistir em manter normas que não encontram suporte na evidência científica. A Ordem dos Médicos esteve impedida de vacinar os médicos que já tiveram COVID-19, mesmo sabendo-se o risco de exposição em que incorrem e existindo já literatura sobre as vantagens de se vacinar quem já foi infetado, uma vez que a duração na imunidade não é de todo garantida.

Em todo o ano de 2020, como consequência da pandemia, mas também das opções políticas, foram feitos menos 7,8 milhões de contactos médicos presenciais nos cuidados de saúde primários (...), já que os médicos de família, já antes sobrecarregados, foram desviados para o acompanhamento de doentes COVID-19...

Por último, mas não de menor importância, o artigo de destaque desta revista é totalmente dedicado a uma problemática para a qual alertámos há um ano. Não se pode combater uma pandemia gerando outra pandemia. É evidente que a COVID-19 teria de ser sempre perturbadora para os cuidados de saúde, e para a sociedade como um todo. De resto, nada será igual. Porém, os doentes de sempre não podem ser vítimas de uma opção política marcada, e até obstinada. Ouvir demasiado tarde quem está no terreno levou a que as adaptações tardassem e a que as medidas não fossem ao encontro do que era realmente preciso.

E o resultado foi dramático: em todo o ano de 2020, como consequência da pandemia, mas também das opções políticas, foram feitos menos 7,8 milhões de contactos médicos presenciais nos cuidados de saúde primários em comparação com os números de 2019, já que os médicos de família, já antes sobre-

carregados, foram desviados para o acompanhamento de doentes COVID-19 que, em cerca de 96% dos casos, foram acompanhados pelos centros de saúde. A quebra também se fez notar a nível hospitalar, com menos 3,4 milhões de contactos, entre os quais se incluem consultas, cirurgias ou episódios de urgência. Estes são dados da consultora MOAI, recolhidos no âmbito do movimento "Saúde em Dia – Não Mascare a sua Saúde", uma iniciativa criada pela Ordem dos Médicos e pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, com o apoio da Roche, e que este ano merecerá certamente novas ações para ajudar a encontrar respostas no sistema de saúde para quem ficou para trás e que ainda pode ser recuperado. O nosso doente continuará a ser a nossa prioridade. Isso jamais mudará.

SEMANA MUNDIAL DA IMUNIZAÇÃO

Decorreu entre os dias 26 de abril e 2 de maio a Semana Mundial da Imunização. A Ordem dos Médicos associou-se, nas redes sociais, à campanha da Organização Mundial da Saúde com o mote "vacinar para ficarmos mais próximos". Em ano de pandemia esta foi uma semana que celebrou e reconheceu o papel positivo e decisivo das vacinas em todo o mundo. Só com mais e melhor informação será possível enaltecer o papel da ciência, combater os movimentos negacionistas e aumentar a literacia de todas as populações.



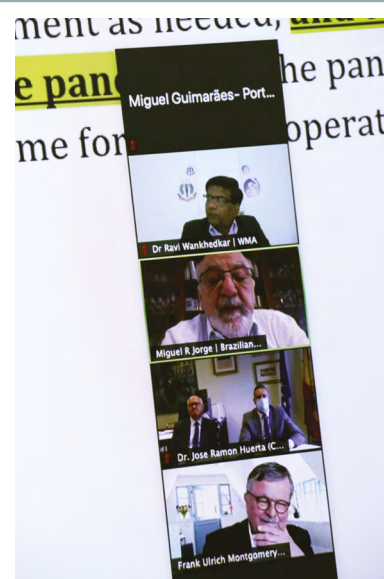
COVID-19: BASTONÁRIO DOS MÉDICOS ALERTA PARA NECESSIDADE DE TESTES REGULARES



No dia em que foi divulgado o Plano Nacional de Testagem, Miguel Guimarães alertou que não basta apostar na testagem em massa, sendo necessário também garantir que os testes à COVID-19 serão feitos regularmente. A estratégia que vai ser implementada implica a identificação precoce de casos assintomáticos e uma testagem intensificada e dirigida, com o envolvimento de todos, mesmo de pessoas que não são suspeitas de terem contactado com o vírus. Em declarações à Antena 1, o bastonário da Ordem dos Médicos afirmou que o plano tem boas medidas, "mas é preciso ir mais além".

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL APELA À "SOLIDARIEDADE GLOBAL" NO COMBATE À COVID-19

A World Medical Association (WMA) reuniu entre os dias 20 e 23 de abril, em formato online, a partir da cidade de Seoul, para a sua 217ª reunião do conselho. Estiveram em cima da mesa as eleições para a mesa da associação, bem como temas da atualidade onde a pandemia e o processo de vacinação foram assuntos inevitáveis. Além disso, foram discutidos os riscos e os benefícios da chamada "saúde digital", bem como o crescimento – a nível mundial – de litígios relativos a alegadas responsabilidades médicas. A Ordem dos Médicos portuguesa participou ativamente nestes 4 dias de reunião, nomeadamente através do bastonário, Miguel Guimarães. Para os médicos portugueses, esta representação reveste-se de uma importância estratégica, colocando na agenda as preocupações da classe médica nacional, mas também, simultaneamente, ficando a par dos grandes desafios do setor da saúde a nível global.



MIGUEL GUIMARÃES: "COMBATE À PANDEMIA FOI IRREGULAR. GOVERNO ANDOU SEMPRE ENTRE SAÚDE VERSUS ECONOMIA."



<https://www.dn.pt/edicao-do-dia/04-abr-2021/bastonario-esperava-que-a-ministra-nao-fosse-so-ministra-do-sns-mas-da-saude-em-portugal-13528475.html>

O MOTIVO PELO QUAL NÃO SE PODEM COMPARAR VACINAS CONTRA A COVID-19 "A MELHOR VACINA CONTRA A COVID-19 É A QUE ESTIVER DISPONÍVEL".



<https://www.vox.com/22362894/which-covid-vaccine-is-better-moderna-vs-pfizer-video>

MAIS DE METADE DOS SOBREVIVENTES DE AVC AINDA NÃO RETOMOU TRATAMENTOS DE REABILITAÇÃO DEVIDO À PANDEMIA



<https://sicnoticias.pt/saude-e-bem-estar/2021-03-30-55-dos-sobreviventes-de-avc-ainda-nao-retomou-tratamentos-de-reabilitacao-devido-a-pandemia-4129cf5d>

DIA MUNDIAL DA SAÚDE

Outra das efemérides mais importantes comemoradas em abril foi o Dia Mundial da Saúde. A data assinalada no dia 7 é comemorada desde 1950, depois da Organização Mundial da Saúde ter promovido a ideia em 1948, na sua primeira assembleia-geral. A Ordem dos Médicos deu repercussão nacional à prioridade definida internacionalmente para este ano: o combate às desigualdades causadas pela pandemia de COVID-19. "Ninguém está a salvo até todos estarmos a salvo" e, estamos certos, os nossos médicos continuarão a trabalhar todos os dias para conseguirmos um mundo mais justo e com mais saúde para todos.



BASTONÁRIO DEFENDE CAMPANHA PARA RECUPERAR E MANTER A CONFIANÇA NAS VACINAS



Numa altura em que o país vai avançando nas várias fases de desconfinamento e em que a redução de doentes com COVID-19 em enfermaria e em cuidados intensivos pode trazer aos cidadãos uma falsa sensação de segurança e de que a pandemia está ultrapassada, o bastonário da Ordem dos Médicos entende que esta é uma fase especialmente crítica. Por isso, para Miguel Guimarães, a comunicação com a população desempenha um papel central e deve ser reforçada, clara e transparente. "As notícias recentes, sobretudo pela forma como são transmitidas a nível internacional, têm levado a um debate sobre a confiança e eficácia nas vacinas que pode comprometer o sucesso do Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19. É muito importante que a tutela e todas as instituições colaborem no sentido de criar uma campanha para recuperar e manter a confiança nas vacinas", defendeu o bastonário. Miguel Guimarães reafirmou que as vacinas contra a COVID-19 aprovadas pela Agência Europeia do Medicamento são seguras, com um número de reações adversas semelhante entre elas, e têm contribuído para proteger os cidadãos até agora vacinados, desde os médicos e outros profissionais de saúde, aos idosos ou pessoas com doenças crónicas.

REALIZADO PRIMEIRO TRANSPLANTE DE TRAQUEIA DE DOENTE PÓS-COVID

Foi em Itália que uma equipa médica efetuou o primeiro transplante de traqueia num doente que foi infetado com COVID-19 e cujas técnicas invasivas necessárias para superar a doença causaram lesões graves. O homem de 50 anos, natural da Sicília, estava impedido de falar e respirar normalmente, mas a operação resolveu todos os constrangimentos, após um período de convalescença de três semanas. A intervenção cirúrgica foi realizada no Hospital Universitário Sant'Andrea, em Roma, envolveu cinco médicos e durou cerca de quatro horas e meia.



SEIS EM CADA DEZ CUIDADORES NÃO CONHECEM O ESTATUTO CRIADO PARA OS DEFENDER E APOIAR



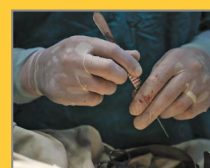
https://www.rtp.pt/noticias/pais/cuidadores-informais-desconhecem-que-tem-direito-a-um-estatuto_a1313247

SÓ 17% DOS PORTUGUESES TÊM IMUNIDADE AO VÍRUS DA COVID-19



<https://www.jn.pt/nacional/so-17-dos-portugueses-tem-imunidade-ao-virus-da-covid-19-13576451.html>

PORTUGAL, UNIÃO EUROPEIA E FUNDAÇÃO GULBENKIAN AJUDAM A FORMAR MÉDICOS NA GUINÉ-BISSAU



<https://observador.pt/2021/04/14/portugal-uniao-europeia-e-fundacao-gulbenkian-ajudam-a-formar-medicos-na-guine-bissau/>

Pandemia paralela: a quebra no acesso à saúde

TEXTO: FILIPE PARDAL

Em 2020, consequência da pandemia, mas também das opções políticas, assistiu-se a menos cerca de 7,8 milhões de contactos médicos presenciais nos cuidados de saúde primários em comparação com os números de 2019. A quebra também se fez notar a nível hospitalar, com menos 3,4 milhões de contactos, entre os quais se incluem consultas, cirurgias ou episódios de urgência. Estes são os últimos dados macro do movimento “Saúde em Dia – Não Mascare a sua Saúde”, uma iniciativa criada pela Ordem dos Médicos e pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, em parceria com a farmacêutica Roche. O tratamento dos números foi executado pela consultora MOAI a partir dos dados oficiais do Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde.

Ao ensaiar um pequeno jogo de diferenças, não será difícil identificar o que a pandemia mudou nas nossas vidas. Confinamentos, máscaras, distanciamento social, novas regras de higienização pessoal e de espaços públicos, etiqueta respiratória, entre tanto outro léxico que entrou de rompante na rotina diária um pouco por todo o mundo. A pandemia moldou o ano de 2020 (e continua a fazê-lo em 2021), mas trouxe consigo algumas consequências menos visíveis a “olho nu” que são igualmente preocupantes. Falamos dos doentes de sempre que se transformaram em doentes “não-COVID” e que foram, por motivos mais ou menos legítimos, sendo esquecidos pelas circunstâncias e por uma gestão política da pandemia que preferiu em certos momentos a dicotomia entre saúde e economia, optando pela segunda e não antecipando que uma não prospera sem a outra.

A Ordem dos Médicos (OM), desde a primeira hora, veio alertando que não seria legítimo, nem eticamente aceitável, deixar portugueses para trás, esbarrando em portas fechadas no que diz respeito ao acesso ao Serviço Nacional de Saúde. Com consciência do problema e uma postura de responsabilidade na procura de soluções, a OM, através do bastonário, Miguel Guimarães, e juntamente com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) e a farmacêutica Roche, colocou em marcha o movimento “Saúde em Dia – Não Mascare a sua Saúde”. O objetivo último do projeto foi o de alertar as autoridades competentes para as consequências nefastas que tem a quebra de consultas, cirurgias, exames ou diagnósticos tardios. Para isso, foram trabalhados os números avulsos que se encontram no Portal da Transparência do SNS. Com a ajuda da consultora MOAI, foram agregados e interpretados os dados de uma forma factual e acessível para que se entendesse que estamos a passar por uma “pandemia paralela”, em que a saúde de muitos cidadãos está a ser permanentemente adiada e, consequentemente, prejudicada de uma forma que, para muitos, já não é recuperável.

Em termos concretos, a redução – comparando 2020 ao ano transato – de consultas médicas presenciais nos cuidados de saúde primários foi de 38%. Uma percentagem que significa, em termos

absolutos, menos 7,8 milhões de consultas médicas. Também os contactos presenciais de enfermagem sofreram uma quebra significativa (18%). Já a nível hospitalar, foram menos 3,4 milhões os contactos médicos presenciais, onde se incluem consultas, cirurgias e urgências. Os episódios de urgência reduziram-se em 31%, as cirurgias tiveram uma diminuição de 18% e as consultas externas 11%. As primeiras consultas tiveram uma quebra superior (16%) às consultas subsequentes (8%). A tendência é a mesma na análise aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Foram realizados cerca de menos de um quarto dos exames e análises consumados em 2019. A redução em números absolutos de meios complementares é muito significativa: menos 26,59 milhões de atos realizados. Só na Medicina Física e de Reabilitação, por exemplo, foram feitos menos 13,6 milhões de atos do que em 2019.

A realização de rastreios oncológicos foi outra das áreas mais afetadas. Os números falam por si: menos 169 mil mamografias, 125 mil rastreios a cancro do cólon e do reto e 140 mil colpocitologias (rastreios a cancro do colo do útero). O bastonário da Ordem dos Médicos sublinhou à ROM que “estamos a falar de mais de 400 mil pessoas” e que esta situação significa que “vamos ter cancros detetados mais tarde e haverá doentes sem possibilidade de cura porque a janela terapêutica foi ultrapassada”.

Em contracorrente, houve um enorme aumento de contactos médicos não presenciais, tanto nos cuidados de saúde primários (101%), como em contexto hospitalar (50%). O problema é o tumulto de conceitos entre o que é efetivamente telemedicina e o que é apenas um contacto telefónico. “Os telefonemas são importantes, mas não podem ser a matriz que nos leva a contactar os doentes à distância”, alertava Miguel Guimarães já no final do ano passado, “porque o doente nem tem a certeza se está a falar com o seu médico, nem o médico está certo que esteja a falar com o seu doente”. “A nossa preocupação não é só com a doença COVID”, salientou o representante. O reforço da mensagem não é excessivo quando se fala para “todos os doentes do nosso país”. Miguel Guimarães confessou que todos os dias tem recebido cartas e/ou e-mails de centenas de pessoas a pedir ajuda. Depois de uma



“[A redução de rastreios oncológicos] afetou mais de 400 mil pessoas e significa que vamos ter cancros detetados mais tarde e haverá doentes sem possibilidade de cura porque a janela terapêutica foi ultrapassada”.

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos

primeira fase em que, devido ao receio de contágio, os próprios doentes deixaram de procurar serviços de saúde, neste momento “os doentes querem ir às suas consultas, querem ser operados...”. Para isso, seria necessário colocar em marcha um plano de recuperação não-COVID que, aparentemente, não terá saído do papel a não ser pelas diversas iniciativas, isoladas, de alguns centros de saúde e hospitais que não ficam à espera de instruções da parte da tutela e que foram conseguindo, graças à disponibilidade e competência dos médicos e restantes profissionais, mitigar parte das listas de espera.

Em declarações à agência Lusa sobre os números divulgados, o bastonário da Ordem dos Médicos sublinhou que a redução de consultas presenciais nos centros de saúde é “muito preocupante” porque estas são “absolutamente essenciais para a entrada dos doentes no sistema”. É exatamente por esse motivo que a OM chamou a atenção desde cedo para a necessidade premente de libertar os médicos de família das tarefas que têm na área do Trace Covid que “devia ter equipas próprias” para funcionar paralelamente à atividade normal. “Libertar os médicos de família” é uma medida basilar para que a principal porta de acesso ao SNS possa estar totalmente aberta. As preocupações do bastonário são alargadas à “queda brutal” dos contactos hospitalares e fazem-no frisar novamente a urgência de constituir um “Plano Marshall” que recupere algum deste atraso, “porque senão as coisas não só se vão agravar, como muitos doentes nem sequer vão ser tratados”, alertou. A quebra da referenciação dos doentes dos cuidados de saúde primários para as consultas de especialidade tem sido, aliás, apontada como moti-



“Os números são dramáticos e mostram a fragilidade no acesso a cuidados de saúde”.

Alexandre Lourenço, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

vo de preocupação nas visitas que o bastonário tem feito ao terreno.

Já para o presidente da APAH, os dados revelados pelo movimento “Saúde em Dia” aumentaram, ainda mais, a preocupação nacional sobre esta matéria, uma vez que são “bastante dramáticos” em relação aos resultados que já tinham sido apresentados anteriormente em relatórios parciais. Alexandre Lourenço acredita que os indicadores mostram uma grande “fragilidade no acesso a cuidados de saúde” e reforçam a necessidade de “encontrar soluções rápidas e imediatas para que este problema seja mitigado”. “Uma resposta adequada resposta à doença COVID-19 teria permitido manter os níveis de resposta dos hospitais num modelo de acesso minimamente aceitável”, defendeu.

Os dados desta análise foram recolhidos em fevereiro de 2021 e mostram um cenário desolador, que se alastra para outras áreas, tais como a saúde mental, a gerontologia e a própria investigação científica não relacionada com a pandemia que também sofreu contratempos, passou por desafios inéditos e adiamentos provavelmente evitáveis.

Plano de Recuperação e Resiliência: uma oportunidade perdida

O que poderia ter sido um trampolim tendo em vista a recuperação necessária na saúde, acabou por ser, aparentemente, uma oportunidade perdida. O movimento “Saúde em Dia” verificou que o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), apresentado pelo Governo, negligência a recuperação de doentes não-COVID, tal como falha na visão estratégica para o futuro do sistema de saúde.

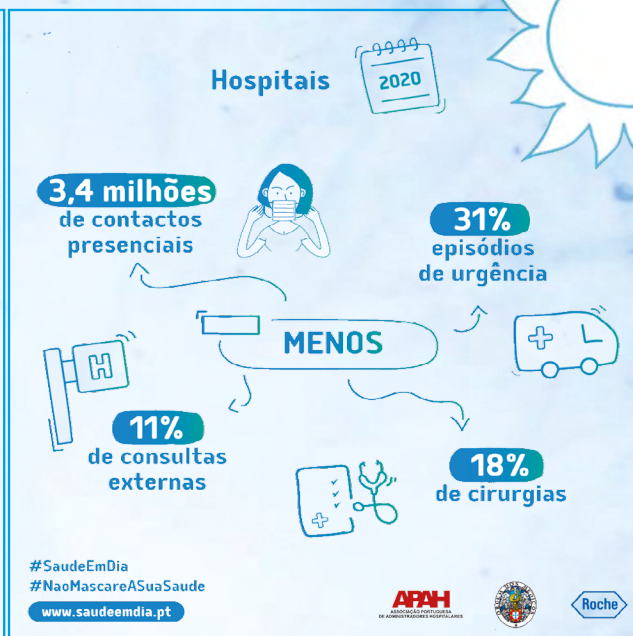
Como dinamizadores da iniciativa, a OM e a APAH reiteraram, em comunicado enviado para as redações em março, que “sendo a área da saúde uma das mais afetadas pela pandemia, e tendo o PRR disponíveis cerca de 14 mil milhões de euros, com um período de execução até 2026, tornava-se essencial compreender de que modo é que as verbas disponíveis poderiam ser utilizadas na reforma do sistema de saúde”. Infelizmente, fizeram notar, “o que se faz é aproveitar os fundos europeus para concretizar promessas antigas, algumas já iniciadas e projetadas há 15 anos, perdendo-se a oportunidade de responder aos imensos desafios que se apresentam ao Serviço Nacional de Saúde e que a pandemia veio evidenciar”. O movimento sugeriu três medidas essenciais para um plano de recuperação, a incluir no PRR, ou noutro mecanismo de financiamento nacional e/ou europeu: identificar as áreas e os doentes prioritários a recuperar, através da análise dos dados dos Cuidados de Saúde Primários; aumentar o acesso a todos os cuidados de saúde, através de um Programa Excecional para a resolução de listas de espera e emitir credenciais eletrónicas para realização de rastreios oncológicos no setor convencionado.

ARTIGO DE OPINIÃO – MIGUEL GUIMARÃES “PLANO DE RECUPERAÇÃO, ONDE ESTÁS?”

O bastonário da Ordem dos Médicos, num artigo de opinião para o jornal especializado “Hospital Público”, questionava-se sobre a existência de um verdadeiro plano de recuperação no setor da saúde. Miguel Guimarães aludiu ao anúncio da criação de uma task-force para os doentes não-COVID, “sobre a qual mais nada se ouviu”, insistindo na importância de delinear uma verdadeira estratégia. Citando Michael Porter, professor na Harvard Business School, o bastonário lembrou que “é tão importante saber escolher o que fazer como o que não fazer” e lamentou que o Governo português, infelizmente, parece estar sem rumo transformador.



MESA DE OPERAÇÕES



MANUEL SOBRINHO SIMÕES

Não há nada mais analógico do que um ser humano!

ENTREVISTA E FOTOS : PAULA FORTUNATO

A Natureza invadiu a Humanidade de uma forma que nos afetou a todos, ainda que em diferentes medidas. É nesse contexto de incerteza pandémica que Manuel Sobrinho Simões nos fala, com naturalidade, dos medos e desconforto que sentiu (e sente). É uma naturalidade que se reveste de generosidade e gentileza, fazendo-nos sentir muito melhor perante as nossas próprias inseguranças e angústias. Ao longo da entrevista, reconhece que Portugal é péssimo a prever e prevenir e espera que tenhamos aprendido algo com esta vivência, nem que seja a promover parcerias sem nos agarrarmos a “minifúndios”, os quais só prejudicam o país. E que tenhamos uma atitude de avaliação permanente pois só assim se potencia a aprendizagem e a evolução – seja da ciência, seja da política. Para o futuro, mais do que esperar, antevê uma medicina que terá que equi-

librar o digital, os algoritmos e a tecnologia com uma relação humanizada, que privilegie equipas multidisciplinares e a tão necessária prevenção. Para isso será essencial a qualidade da formação médica, outra área afetada pela pandemia, mas também o reforço da educação para combater a tempestade de desinformação. Nenhum desses fatores, nem sequer o seu conjunto, é suficiente para que os bons resultados em medicina prevaleçam, como nos explica Manuel Sobrinho Simões ao referir a existência de muitos fatores imponderáveis que determinam a essência da relação pessoal que se estabelece durante um processo terapêutico. Fatores inerentes ao humano e que não se conseguem captar nem com estatísticas nem com tecnologia. A nossa conversa termina com uma das ‘fórmulas secretas’ para se ser Manuel Sobrinho Simões...

> Define-se como um médico que gosta de ensinar ou como um professor que gosta da prática médica?

Penso que sou um bom exemplo de um médico que gosta muito de ensinar e de aprender. Valha a verdade que também gosto muito de ser professor de Anatomia Patológica.

> Como perspectiva a medicina daqui a 20 anos?

Presumo que será cada vez mais esfrangalhada entre dois mundos: a medicina digital, tecnológica, centralizada, algoritmizada... e a medicina analógica, pessoal e comunitária, privilegiando a relação médico-doente “do antigamente”, as

equipas multidisciplinares e, se for possível, a prevenção.

> Concorde que só agregando conhecimentos e competências de áreas cada vez mais abrangentes conseguiremos melhorar constantemente a prática médica?

A medicina beneficiará imenso da relação com outras áreas não só do lado das ciências duras (engenharias, matemática, física...) como também do lado das "humanidades". Há quem chame a isto o exercício da convergência. A prática médica melhorará, "em média", milhares de doentes com biliões de dados. Não sei se a qualidade da prática médica do Sr. Silva e da D.^a Rosa será melhor ou pior; vai depender de muitas coisas que não posso prever pois a relação pessoal escapa às médias e à sobrevalorização das tecnologias.

> Pode comentar o provérbio chinês "quem quer ter colheitas no ano seguinte, semeia; quem quer resultados a dez anos, planta; mas aqueles que apostam mesmo no futuro, a cem ou mil anos, o que fazem é ensinar, educar, formar"?

Não tenho qualquer dúvida que o futuro da medicina depende da qualidade da educação dos alunos, da formação ao longo da vida, dos médicos (e dos outros profissionais de saúde) e das instituições.

> Pensando na Anatomia Patológica acha que a pandemia foi uma oportunidade de aprendizagem ou um obstáculo que fragilizou o percurso formativo?

A pandemia revelou aspetos importantíssimos para a/o aprendizagem/treino de algumas especialidades. Para a Anatomia Patológica tal não aconteceu. A coisa piorou. Desde logo porque fizemos pouquíssimas autópsias e nem nós, os patologistas, nem os outros médicos, aprendemos tanto como deveríamos no que diz respeito à patogenia da infeção. E, depois, porque a atividade anátomo-patológica diminuiu em toda a parte, repercutindo-se negativamente na formação



dos jovens patologistas. Quanto à minha atividade de consulta anátomo-patológica no Ipatimup para o exterior a situação também piorou. Passámos de cerca de 20 casos/mês para 5/6 casos por mês e temos tido alguma tendência para sobre-diagnóstico de malignidade (talvez porque tenha havido menor disponibilidade para reuniões de discussão de casos com outros especialistas).

> Em 2017, no discurso que fez na cerimónia do 10 de junho e que tivemos o prazer de publicar na revista da OM, abordava as doenças transmitidas por genes alterados e as pandemias. Em face do conhecimento existente, devíamos ter estado melhor preparados para a crise sanitária que estamos a viver?

É verdade que muitos de nós andamos há anos a avisar que poderíamos ter doenças infecciosas e outras doenças de causa ambiental, secundárias às alterações dos ecossistemas com localizações preferenciais (ex. dengue na Madeira). A novidade, pelo menos para mim, foi a generalização e a violência da infeção. E não estávamos preparados para isto. Somos péssimos a prever (e a prevenir...).

> Num registo muito racional, disse numa

entrevista que “é um disparate aprender uma coisa que esteja errada”. Como se sentiu o médico e investigador Sobrinho Simões quando, no contexto da pandemia, viu a ciência ter que assumir que precisava avançar muito rapidamente com tentativas de solução e caminhos para minimizar a doença, mesmo sem ter essa segurança racional?

Senti-me assustado e fiquei bastante desanimado quando me apercebi que a coisa não iria ser facilmente resolvida pois não se sabia o suficiente acerca desta doença. Evoluímos no sentido de antecipar que, mais cedo ou mais tarde, o problema sanitário, “agudo”, estará controlado (imunidade, vacinas, terapias); entretanto, ficarão por resolver alguns (bastantes?) problemas associados às sequelas em pessoas que estiveram infetadas, às vezes muito tempo depois da infeção, assim como as recidivas e/ou reinfeções. Espero que a experiência acumulada ao longo dos próximos anos traga, se mantivermos uma atitude de avaliação permanente, uma aprendizagem adequada e conhecimento útil.

> Creio que não gosta dessa incerteza... Mesmo assim, consegue encontrar alguma mais-valia? Ocorre-me pelo menos o bom exemplo



Não sei se a qualidade da prática médica do Sr. Silva e da D.^a Rosa será melhor ou pior; vai depender de muitas coisas que não posso prever pois a relação pessoal escapa às médias e à sobrevalorização das tecnologias.

Tanto no domínio da ciência, como no das políticas (individuais e coletivas), testemunhámos o estabelecimento de parcerias que foram um sucesso. Espero que esse exemplo continue a frutificar no futuro pois fartos de minifúndios estamos nós.

de algumas parcerias que foram estabelecidas...

Como sou bastante medroso, a incerteza causada pela pandemia contribuiu inicialmente para o meu mal-estar. A situação melhorou substancialmente em várias partes do globo, em parte graças à ciência e em parte graças à melhoria do comportamento das pessoas e das comunidades (viva o SNS com os profissionais e a sua organização!). Tanto no domínio da ciência, como no das políticas (individuais e coletivas), testemunhámos o estabelecimento de parcerias que foram um sucesso. Espero que esse exemplo continue a frutificar no futuro pois fartos de minifúndios estamos nós.

> Como pessoa e como investigador valoriza muito a verdade. Como é que podemos combater as fake news e a desinformação?

Entre as chamadas "outras epidemias" que grassam na sequência da pandemia temos a desinformação. A proliferação de fake news é um problema com repercussões terríveis na sociedade com "epidemias" de medo, solidão, populismo. A única forma de combater a desinformação é com educação e formação. O desenvolvimento das plataformas de informação deveria ser utilizado no sentido de procurar a verdade ou, pelo menos, desmascarar a aldrabice. Infelizmente, somos também cada vez mais bombardeados por biliões de dados – o famigerado big data – e os produtores de dados não são inocentes. A coisa é muito difícil e a pandemia tem acentuado uma "outra epidemia": a desigualdade com assimetrias a todos os níveis. Além da pobreza, a falta de co-

nhecimento potencia, no sentido mais negativo, a desinformação sobre os mais desfavorecidos. É uma tempestade perfeita, do pior; não vejo outra forma de procurar amortecer a tempestade a não ser com reforço da educação e da formação.

> Como analisa esta pandemia mais silenciosa que é o isolamento e os seus efeitos nefastos na saúde mental do mundo? Vai ser a tecnologia a ajudar-nos a enfrentar essas angústias? Estaremos mais preparados para a tão falada "transformação digital"?

Não sei o suficiente para prever quais as alterações mentais que iremos enfrentar, quer por causa da infeção/inflamação da COVID-19, quer como repercussão da modificação do nosso estilo de vida no sentido antissocial. Também não sei o suficiente para opinar sobre opções terapêuticas nestes domínios. Ninguém põe em dúvida as vantagens instrumentais da chamada "transição digital", mas tenho a certeza que "o cuidar" de uma pessoa doente não será nunca um processo digital, esteja onde estiver. Não há nada mais analógico do que um ser humano saudável, assim-assim ou doente; numa sociedade hiperconsumista não há nada comparável ao contacto humano ("com tacto").

> A opção política de concentrar a resposta no combate à pandemia provocou uma quebra assistencial em toda a atividade programada de cuidados de saúde, levando ao adiamento de milhões de atos clínicos, consultas, cirurgias, exames e tratamentos. Como é que se explica que este vírus tenha conseguido "des-

valorizar” temporariamente a importância do combate a todas as outras doenças?

A situação que descreve preocupa-nos a todos seja qual for a razão que tenha contribuído para o problema. Estou convencido que confluíram limitações de “fora para dentro” (institucional, organizacional) com limitações de “dentro para fora” (medo, solidão, etc.). Julgo que estamos já a minorar os aspetos negativos que apontou e estou convencido que a evolução será progressivamente melhor à medida que a pandemia for controlada. Penso que não há qualquer valorização discriminativa das diferentes doenças que foram “atrasadas”, sejam cardiovasculares, ou cancerosas, ou... – as limitações apenas refletem, sobretudo, uma prioridade nacional (COVID-19). Como em outras áreas da sociedade portuguesa temos de procurar soluções colaborativas interinstitucionais e apostar no sentido do compromisso em vez do comportamento adversarial que nos caracteriza.

> A saúde da humanidade e a saúde do planeta são duas faces da mesma moeda. Sente-se otimista quanto ao futuro desta história conjunta?

Estamos a ter com a pandemia (e sucedâneos) uma experiência sócio-cultural do arco-da-velha com a Natureza a penetrar pela Humanidade adentro. É curioso como a Saúde, sinónimo de bem-estar, constitui talvez a resultante mais óbvia do estado-das-coisas a que chamou a história conjunta da Humanidade e do planeta. O risco aumentado de morte, individual e comunitário, assusta como nenhum outro fator nestas circunstâncias. Como tenho 73 anos arrisco, sem estar cem por cento seguro, que não terei razões para estar pessimista; agora, daqui a 20, 30, 40 anos, a pensar nos meus filhos e nos meus netos, não sei. Não sei mesmo.

> Termine com um desafio: deixe-nos com um segredo do homem por trás do médico.

Tive sorte e sempre trabalhei muito. Aprendi e trabalhei a sério, com pessoas e instituições de todo o mundo, mas tive, sobretudo, muita sorte.

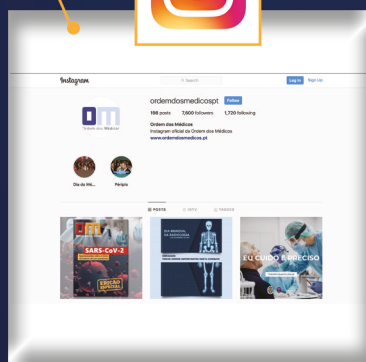
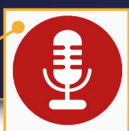


Manuel Sobrinho Simões é médico especialista em Anatomia Patológica, doutorado em Patologia Oncológica. É um dos fundadores e diretor do IPATIMUP - Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto e codiretor da i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto. Em 2015, numa votação em que participaram patologistas de diversos países, o investigador português foi considerado pelos seus pares como o mais influente do mundo. Em 2017 a Ordem dos Médicos distinguiu-o com o Prémio de Mérito da Competência em Gestão dos Serviços de Saúde. As distinções, aliás, são tantas que faremos apenas referência a mais alguns exemplos: em 2012 recebe a medalha de serviços distintos do Ministério da Saúde grau ouro, foi agraciado com o título de Comandante e Grande Oficial da Ordem Real da Noruega (2003 e 2010) e com a Grã-Cruz da Ordem do Infante D. Henrique (2004). Recebeu o Prémio Bordalo de Ciência (1996) e o Prémio Pessoa (2002). Adora ensinar: é professor emérito da Universidade do Porto e já lecionou em cerca de três dezenas de universidades e institutos de oncologia europeus, norte-americanos, latino-americanos e asiáticos. O currículo profissional é muito longo e difícil de resumir, mas impossível seria querer definir neste pequeno espaço o ser humano que transparece em todos os momentos e que é, sem dúvida, parte inerente a um profissional de excelência.

A Ordem dos Médicos



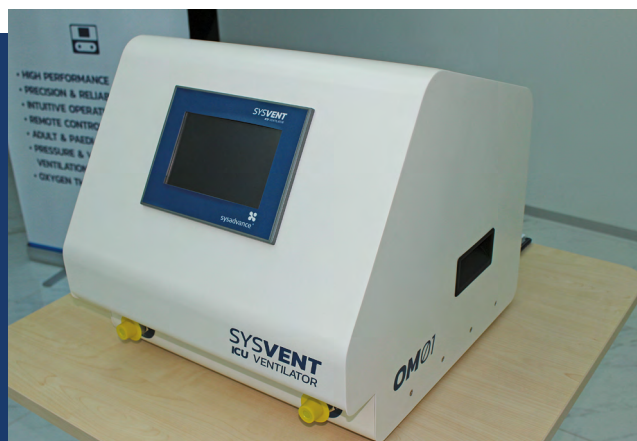
à distância
de um clique



QUEREMOS ESTAR MAIS PERTO DE SI

SYSVent OM1: assegurar o futuro

TEXTO: PAULA FORTUNATO



Com o desenvolvimento do primeiro ventilador português que obteve certificação europeia, estamos a garantir que, neste nível de resposta diferenciada dos cuidados intensivos, o país passou a ter capacidade para ser autónomo e autossuficiente numa área crítica. É uma grande mais-valia para o nosso sistema de saúde e, sem dúvida, um motivo de orgulho para todos os que estiveram envolvidos no processo. A entrega simbólica do primeiro ventilador ao bastonário da Ordem dos Médicos, em nome do movimento Todos por Quem Cuida, aconteceu no dia 14 de abril nas instalações da SYSADVANCE na Póvoa de Varzim.

O primeiro ventilador produzido em Portugal que obteve certificação europeia está pronto a ser entregue aos hospitais: o SYSVent OM1, como foi designado em homenagem ao trabalho desenvolvido pela Ordem dos Médicos, como grande impulsionadora do projeto, mas também por todos os médicos no contexto desta pandemia, é um equipamento "altamente diferenciado, específico para cuidados intensivos, que compara favoravelmente com os que são produzidos noutros países, nomeadamente na Alemanha", enquadrou o bastonário da Ordem dos Médicos aos jornalistas, na cerimónia em que foi feita a entrega simbólica do primeiro aparelho ao movimento Todos Por Quem Cuida. Isto é "muito importante para a autonomia do país", até porque, acrescentou, "o ventilador produzido tem uma precisão essencial para os doentes críticos, em especial para os que estão em cuidados intensivos e sabemos que será uma mais-valia em doentes COVID e não COVID".

Miguel Guimarães elogiou a indústria nacional por ter tido a capacidade de se adaptar para produzir o que era necessário para Portugal ter alguma autonomia numa área tão sensível como a ventilação invasiva e lembrou que, embora tenhamos assistido – na primeira vaga da pandemia – à aquisição de ventiladores, muitos deles nunca chegaram a ser usados por não terem qualidade, o que fez com que os doentes tenham sido tratados com os meios disponíveis e que nem sempre eram os mais adequados. "É evidente que salvar vidas não é só em cuidados intensivos", enquadrou, frisando que são igualmente fulcrais todos os níveis de cuidados onde se procura - e tantas vezes consegue - impedir o agravamento do estado clínico dos doentes. "Tivemos que usar os melhores e os piores ventiladores que tínhamos. Usaram-se todos, mesmo os que não eram específicos dos cuidados intensivos, porque o objetivo fundamental era tentar salvar o máximo de vidas". "O SYSVent OM1 pode começar desde já por substituir os equipamentos obsoletos", exemplificou. O representante dos médicos realçou que o equipamento, ao receber a certificação europeia, foi "reconhecido como um ventilador com características compatíveis com a classe IIb", em condições equiparáveis às dos equipamentos produzidos pelos melhores fabricantes mundiais. "Desenvolveu-se uma máquina que fica para a nossa história, fica para a história da pandemia e que é seguramente um contributo que as ordens [dos médicos e dos farmacêuticos] estão a dar também ao país", concluiu.

José Vale Machado, presidente do conselho de administração da SYSADVANCE, fez as honras da casa ao iniciar a cerimónia, explicando como a empresa se envolveu neste projeto, depois de serem "desafiados pelo bastonário da Ordem dos Médicos". Foi montada "uma equipa multidisciplinar, que em tempo recorde

desenvolveu, certificou e produziu, o equipamento”, uma equipa altamente motivada e que fez história ao desenvolver em menos de um mês um protótipo operacional que já respeitava as necessidades básicas. “Hoje é com orgulho que entregamos a primeira unidade SYSVent OM1” ao movimento Todos Por Quem Cuida. “É um marco excecional na história da SYSADVANCE, mas certamente também na história da atividade médica em Portugal, no que diz respeito ao seu envolvimento no desenvolvimento de dispositivos

emocionante”: quando vemos chegar a bom porto a produção de um equipamento que fazia tanta falta a Portugal. “A persistência, a energia e a vontade eram muito grandes”, enquadrou, referindo o trabalho de toda a equipa e agradecendo-lhes em nome do Todos Por Quem Cuida por terem demonstrado do que “somos capazes, com a qualidade técnica, científica e industrial”, levando Portugal ao mundo.

Miguel Guimarães encerrou a cerimónia agradecendo em nome da Ordem dos Médicos o facto de todos



médicos. Fechamos hoje um ciclo virtuoso, onde imperou a competência, a tenacidade, o conhecimento e a determinação, para um bem comum”, destacou José Vale Machado.

Ana Paula Martins, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, numa intervenção em representação do movimento Todos Por Quem Cuida, explicou como, há um ano, esta situação complexa que vivemos e que “afetou profissionais de saúde, instituições, todas as pessoas” nos confrontou “com necessidades que até esse momento eram praticamente inexistentes”. Nessa altura, foi criado este fundo, “muito por iniciativa da Ordem dos Médicos”, fez questão de frisar, “que mobilizou também a Ordem dos Farmacêuticos e a Apifarma no sentido de podermos, de uma forma eficaz, contribuir para que algumas dessas necessidades fossem satisfeitas”, entre as quais, a falta de equipamentos de proteção individual, recordou. “Fomos chegando a todo o país”, começando pelo Serviço Nacional de Saúde, mas estendendo a todo o sistema de saúde, pois “na área social havia também carências determinantes nos lares, nos bombeiros”, etc.. “Além da Apifarma, a quem estamos todos gratos, tivemos muitas doações privadas”, reforçou. Um enquadramento que fez com que este seja um “momento muito importante e até

terem acreditado no projeto, nomeadamente ao presidente da SYSADVANCE “pela sua visão e reconhecimento da importância deste projeto para o país”, aos engenheiros que trabalharam no seu desenvolvimento e acreditação, realçando que ter a marca CE é “um aspeto particularmente relevante”, distinção que coloca este ventilador entre os melhores e que permite a sua comercialização a nível europeu. O agradecimento público foi também endereçado “à equipa médica que fez um trabalho excecional e que passou muito tempo a trabalhar com a equipa de engenheiros”, concluindo com palavras de apreço a todos aqueles que, ao seu lado, tornaram possível o movimento Todos Por Quem Cuida, na pessoa de Ana Paula Martins, mas também de João Almeida Lopes e Eurico Castro Alves.

As primeiras 15 unidades já estão prontas para serem entregues, mas, no total, o movimento solidário Todos Por Quem Cuida vai oferecer ao SNS 30 unidades ao que acrescerão 5 oferecidas pela SYSADVANCE.

A cerimónia contou com a presença dos médicos especialistas em Medicina Intensiva António Carneiro, Nuno Cortesão e Marco Fernandes que trabalharam diretamente com os engenheiros da SYSADVANCE, uma “equipa de sonho”, como definiu José Vale Machado.



Grandes desafios, grandes soluções

Resposta da ciência passa por equipas multiprofissionais e humanização

TEXTO: PAULA FORTUNATO

A comprovar que “os grandes desafios da saúde encontram resposta na ciência”, os médicos intensivistas António Carneiro, Nuno Cortesão e Marco Fernandes trabalharam durante o último ano diretamente com os engenheiros da SYSADVANCE para a conceção de um ventilador que entregasse a mistura gasosa nas condições necessárias a doentes internados nos cuidados intensivos: o SYSVent OM1 nasceu em tempo recorde e tem precisamente como característica principal assegurar esses padrões de qualidade do cuidar. A ROM quis saber a opinião desses médicos especialistas sobre as equipas multiprofissionais, o papel unificador dos médicos, a liderança, o humanismo e o primado da relação médico/doente.

“A Ordem dos Médicos sempre acreditou que os grandes desafios do mundo, e da saúde em particular, encontram resposta na ciência e na medicina. Esta aliança frutuosa entre médicos e engenheiros demonstrou que devemos investir na investigação clínica para chegarmos às soluções que os hospitais precisam, com mais rapidez, qualidade e inovação” – foi um dos desafios lançados

pelo bastonário da Ordem dos Médicos no contexto do desenvolvimento do ventilador SYSVent OM1. A este propósito, a ROM falou com os especialistas que fazem parte da equipa designada pela Ordem dos Médicos para este projeto para perceber melhor o papel unificador do médico no contexto destas equipas multidisciplinares.

Terminada esta fase do trabalho, como se sentem os médicos que estiveram diretamente envolvidos na definição precisa dos modos ventilatórios relevantes, bem como das funcionalidades mais importantes e que não existiam noutros equipamentos semelhantes, nomeadamente a capacidade de monitorizar e operar remotamente vários ventiladores a partir de um computador portátil? António H. Carneiro (especialista em Medicina Interna e Medicina Intensiva com a Competência em Emergência Médica, diretor clínico, diretor de Departamento de Medicina, UCI e Urgência do Hospital da Luz Arrábida), Nuno Cortesão (especialista em Pneumologia e Medicina Intensiva do Hospital da Luz Arrábida) e Marco Fernandes (especialista em Medicina Interna e Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga e do HLA) explicam o orgulho que se sente por fazer parte da história: “A equipa, convidada pelo bastonário da OM para a conceção e desenvolvimento do

... O médico tem que conseguir equilibrar a força motriz utilitarista (...) com a compreensão dos constrangimentos (...), num esforço unificador que é fundamental para o adequado funcionamento de uma equipa multidisciplinar.

Marco Fernandes

SYSVent OM1, está particularmente satisfeita e com a sensação de dever cumprido. Não é todos os dias que se protagoniza um momento histórico como conceber e construir um ventilador integralmente desenvolvido em Portugal, já com certificação CE e pronto a ser testado nas nossas UCI". Como em todos os processos criativos e de desenvolvimento de novas tecnologias, a equipa já começou a pensar numa versão 2.0, revista e melhorada: "Concluída a 1ª versão já estamos a trabalhar na 2ª versão do SYSVent para o que constituímos uma Rede nacional de utilizadores do SYSVent OM1 (RuSy OM1), com a qual avaliaremos o comportamento do ventilador e definiremos as melhorias necessárias para corresponder aos requisitos dos utilizadores que connosco quiserem colaborar".

"A parceria OM/SYSADVANCE é um exemplo de como a correta definição de requisitos, por profissionais qualificados, pode ser corretamente interpretada pelos engenheiros de forma produzir em tempo recorde um equipamento com a sofisticação do SYSVent OM1", exemplifica António H. Carneiro, quando questionado sobre a importância da união das ciências da saúde com as engenharias em prol de melhores cuidados para os doentes. E o futuro? "A tecnologia e a finança são as forças dominantes dos tempos que correm, ambas sem valores e sem princípios. Alimentam-se do seu próprio sucesso e parecem ter uma sofreguidão incontrolável. O futuro das ciências da saúde será cada vez mais tecnológico, alargando o conceito de profissionais de saúde para além dos que estabelecem a relação clínica". Mas sem perder o foco no humanismo, como frisa este especialista: "Creio que é a dimensão humana da relação clínica que legitima essa intromissão da tecnologia e que lhe dá sentido de finalidade", diz-nos, explicando como aplica essa certeza ao processo que originou o desenvolvimento do SYSVent OM1. "O que nós quisemos foi contruir um ventilador de cuidados intensivos para salvar vidas.

Ele aí está. O objetivo agora é otimizá-lo e alargar o âmbito desta virtuosa parceria", conclui António H. Carneiro.

Nuno Cortesão também considera que "o diálogo entre a Medicina e a Engenharia é um imperativo. Aliás, o diálogo entre a Medicina e um conjunto de outras tantas áreas do saber são estruturais para a prática médica", uma realidade que considera que sempre assim foi. "O desafio é que todos compreendam esta necessidade e que promovam as condições necessárias para que a multidisciplinaridade deixe de ser apenas uma palavra difícil de se pronunciar e passe a representar uma atitude perante os outros". Sobre como poderemos facilitar esse processo, "a solução parece-me depender de estratégias formativas, educacionais e pedagógicas que promovam no comportamento de cada indivíduo uma atitude efetivamente multidisciplinar. O conhecimento dá conteúdo ao diálogo, mas quem o veicula são pessoas e é nelas que devemos apostar", explica-nos Nuno Cortesão, defendendo uma aposta clara no capital humano.

Confessando-nos não conseguir prever a Medicina que vamos ter dentro de 20 anos, este especialista tem uma

O que nós quisemos foi contruir um ventilador de cuidados intensivos para salvar vidas. Ele aí está. O objetivo agora é otimizá-lo e alargar o âmbito desta virtuosa parceria.

António H. Carneiro



Marco Fernandes, António Carneiro, Miguel Guimarães, Danielson Pina e Nuno Cortesão

A minha experiência é que esta nova realidade [mais tecnológica] nos aproxima mais das pessoas porque, no fim das contas, é preciso alguém que contextualize, que interprete, que decida, que oriente e que planeie. Esse papel continua a ser do médico.

Nuno Cortesão

certeza: a importância de continuar a humanizar a medicina. “Temos, como nunca antes, um vasto conjunto de ferramentas tecnológicas que podem (assim queiramos) humanizá-la, centrá-la na pessoa e nas suas necessidades. São bem conhecidos os enormes avanços tecnológicos que, ao longo dos últimos anos, foram colocados à disposição de Medicina. Os dispositivos utilizados no apoio à telemedicina são um dos exemplos da liberalização dos avanços da tecnologia médica”. Mas como analisa o receio de que possamos vir a ter uma “medicina mecanizada”? “A minha experiência é que esta nova realidade nos aproxima mais das pessoas porque, no fim das contas, é preciso alguém que contextualize, que interprete, que decida, que oriente e que planeie. Esse papel continua a ser do médico”, não hesita em afirmar Nuno Cortesão.

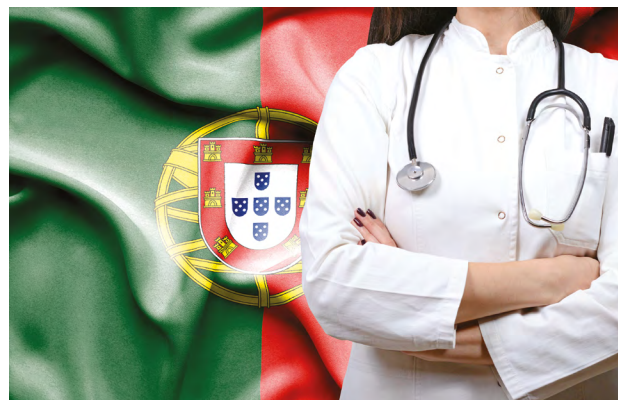
Ao médico, aliás, pede-se que saia da sua área de conforto e que se envolva em processos de criação que, sendo essenciais para a medicina, envolvem outros conhecimentos, cabendo-lhe nesse contexto a liderança da equipa, naquilo que o especialista Marco Fernandes nos define como “um esforço unificador”, essencial para que se atinjam os resultados desejados: “na prática clínica atual os médicos são confrontados com a necessidade de utilizar - e muitas vezes desenvolver - ferramentas que exigem competências e conhecimentos em esferas muito diversas e que, de uma forma ou de outra, se contactam e cruzam naquilo que é hoje o estado da arte médica. Por este motivo, na interação com outras áreas, mais do

que uma questão de linguagem comum, o médico tem que conseguir equilibrar a força motriz utilitarista, gerada pela necessidade de soluções, com a compreensão dos constrangimentos técnicos e económicos inerentes ao desenvolvimento de novos equipamentos, num esforço unificador que é fundamental para o adequado funcionamento de uma equipa multidisciplinar. Cabe-lhe a tarefa e a responsabilidade de estreitar o fosso existente entre áreas distintas de conhecimento, definindo claramente objetivos, traduzindo conceitos chave e procurando soluções para dificuldades na aplicação prática dos mesmos”. Um papel unificador que só resulta se for incorporado pela totalidade da equipa: “O sucesso de qualquer iniciativa interdisciplinar está fundeado nesta busca conjunta de caminhos, baseada na complementaridade dos intervenientes e numa vontade para atingir um objetivo comum”, conclui Marco Fernandes.

A dicotomia profissional/máquina precisa igualmente dessa unificação, como se infere das palavras do bastonário da Ordem dos Médicos, proferidas no contexto do desenvolvimento do SYSVent OM1: “As máquinas não funcionam sem capital humano altamente diferenciado, mas um equipamento fiável é também determinante para o sucesso do tratamento dos doentes, pelo que termos o primeiro ventilador certificado em Portugal é para nós uma grande alegria”, defende Miguel Guimarães. Alegria e orgulho - naturais - que se sentem em todos os intervenientes neste processo.

RÁCIO DE MÉDICOS POR 1000 HABITANTES EM PORTUGAL SUBIU 74% EM 20 ANOS

A Ordem dos Médicos (OM) considerou que o esforço para formar médicos de qualidade não tem sido aproveitado em Portugal, destacando a urgência de revisão das condições de trabalho e recuperação das carreiras médicas. A propósito dos dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), que indicam uma subida de 74,2% em 20 anos no rácio de médicos por 1000 habitantes, a OM afirma que "o SNS tem cada vez menos condições para se reinventar e para ser um espaço de trabalho cativante, onde as pessoas sintam que há um projeto a longo prazo". Em comunicado, o bastonário, Miguel Guimarães, sublinhou que o "esforço feito para formar médicos de qualidade não tem sido aproveitado e que muitos dos médicos de excelência acabam por trabalhar no setor privado, social ou no estrangeiro. Miguel Guimarães realçou ainda que "o numerus clausus definido pelo Ministério da Ciência e Ensino Superior triplicou nos últimos 20 anos e que as vagas identificadas pela OM para a formação médicas especializadas também têm sido constantemente superadas". Segundo o INE, "em 2019, Portugal contava com um rácio de 5,4 médicos por cada 1000 habitantes, ou seja, mais 2,3 médicos do que há 20 anos". O crescimento do número de médicos em Portugal foi mais elevado do que na restante União Europeia, com 3,6% ao ano entre 2014 e 2018, quando na UE se ficou pelos 1,4%.



PEDRO MORGADO VENCE A PRIMEIRA EDIÇÃO DO FLAD SCIENCE AWARD MENTAL HEALTH

O médico psiquiatra Pedro Morgado venceu a primeira edição do FLAD Science Award Mental Health, atribuído pela Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento, com um projeto sobre o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). A investigação liderada por Pedro Morgado procura aumentar a eficácia dos tratamentos para doentes com TOC. "Há diferentes tipos de obsessões: relacionados com lavagem e contaminação, com dúvida e

verificação, ordem e simetria, acumulação ou medo de pensamentos transgressores sobre comportamento, sexo ou religião", descreveu Pedro Morgado ao Diário de Notícias, sublinhando a seriedade da doença: "É uma doença muito incapacitante, que implica níveis de sofrimento e diminuição de qualidade de vida muito significativos". O projeto de investigação, premiado agora com uma bolsa de 300 mil euros, propõe-se a trazer mais luz sobre uma doença à qual ainda é dada pouca atenção e divide-se em duas etapas, ao longo dos próximos três anos. A primeira parte pretende ajudar a perceber, através da ressonância magnética funcional, a resposta dos doentes aos tratamentos convencionais existentes, "uma ferramenta útil para obter um melhor diagnóstico e poder decidir o tratamento de forma mais precoce e eficaz, personalizando-o", explicou. A segunda parte consiste num ensaio clínico para testar um medicamento atualmente utilizado em doentes de Parkinson. O que, a ser bem-sucedido, "permitirá um novo tratamento para as pessoas que não respondem aos antidepressivos convencionais nem a psicoterapia", frisou Pedro Morgado.

CRUZ VERMELHA LANÇA SELO COVID TESTED & GO

A Cruz Vermelha Portuguesa lançou o selo COVID Tested & Go com o objetivo de ajudar as empresas a recuperar a confiança dos seus clientes. A Câmara Municipal da Maia foi a primeira entidade a nível nacional a receber o selo, certificando o seu sistema de testagem. A certificação "Covid Tested & Go" pretende incentivar empresas



e instituições a testar os funcionários regularmente, constituindo uma ação elogiada pelo bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães. O representante dos médicos recordou que é muito importante dinamizar a regular testagem em massa, fulcral para a prevenção da COVID-19 nesta fase de desconfinamento.

CARLOS MINEIRO AIRES

Engenheiros e médicos: juntos para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos

ENTREVISTA : PAULA FORTUNATO

Carlos Mineiro Aires não hesita em sublinhar que engenheiros e médicos têm objetivos comuns, nomeadamente contribuir para a qualidade de vida e o bem-estar da comunidade e da Humanidade. Como bastonário da Ordem dos Engenheiros recorda que foram também estes profissionais que ajudaram a manter o país a funcionar em tempos de pandemia, designadamente ao assegurarem áreas como o teletrabalho. A ligação entre a medicina e as engenharias é, mais do que o futuro, o presente e a pandemia só veio demonstrar realidades por de mais conhecidas: a importância das equipas multiprofissionais, o papel da engenharia, por exemplo, na procura constante de soluções digitais mais seguras que permitam a médicos e doentes ter confiança na telemedicina, etc.. Em contexto pandémico, frisa, as Ordens profissionais souberam honrar a sua génese e defender e assegurar o serviço público que têm de prestar ao país e aos cidadãos e, com isso, garantiram o elevado respeito dos portugueses. Carlos Mineiro Aires atribui um especial destaque à extraordinária resposta assegurada pelos profissionais de saúde e aos engenheiros que possibilitaram as infraestruturas que potenciaram de alguma forma essa resposta sanitária.

> Qual é para si o papel da engenharia no combate e na adaptação a situações de pandemia?

Os engenheiros e os médicos têm objetivos comuns: melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, prestar serviços essenciais e contribuir para o bem-estar da comunidade e da Humanidade.

A resolução de carências é fundamental para solucionar muitos dos problemas de saúde e para a erradicação de doenças, muitas delas diretamente relacionadas com falta de infraestruturas, caso do saneamento básico, razão por que o papel e a intervenção dos engenheiros na área da saúde pública é fundamental.

Os engenheiros fazem hoje parte do quotidiano hospitalar, zelando pela sua manutenção e garantindo o adequado funcionamento das complexas redes que garantem a gestão de dados e a prestação de cuidados, proximidade que nos permitiu desde o início da pandemia acompanhar a extraordinária resposta que os profissionais de saúde deram e continuam a dar. De certo modo, e salvaguardadas as devidas distâncias, os engenheiros também são heróis silenciosos.

> Muitas empresas reinventaram processos e adaptaram materiais para poderem dar resposta às necessidades do país...

A capacidade de transformar processos e adequar indústrias para a produção de bens com elevada procura, caso dos ventiladores, máscaras e álcool gel, foi a mais mediatizada, mas não podemos esquecer que o país nunca parou durante a pandemia, em grande parte graças a outras áreas onde a engenharia é fundamental, como seja a digitalização de processos, caso do teletrabalho, do ensino à distância, das vendas on-

line e da prestação de serviços essenciais do Estado, sem esquecer os serviços fundamentais (água, saneamento, energia elétrica, gás, transportes, etc.) e a indústria agro-alimentar, que continuaram a funcionar sem interrupções.

À engenharia cabe, pois, um papel fundamental no desenho de novas soluções resilientes e adequadas para cenários diferentes e inesperados, sempre em estreita colaboração com a medicina e os seus atores.

> Quando pensamos numa ligação da medicina com as valências da engenharia, o mais comum é pensarmos nos meios técnicos de diagnóstico. Mas consigo pensar em ligações da saúde com a engenharia química, biológica, agronómica, ambiental, civil, de materiais, informática, etc.... Pouco ou nada fica de fora desta ligação com as ciências da saúde, concorda?

A ligação entre diferentes especialidades da engenharia e a medicina é uma realidade em contínuo crescimento e cada vez mais indissociável. Se no início era sobretudo focada nos meios técnicos de diagnóstico, agora ganha novas dimensões, passando a ter aplicação em muitas outras áreas do quotidiano hospitalar e do próprio acompanhamento dos pacientes, por exemplo facilitando o diagnóstico através de tecnologias com base em sofisticados algoritmos, passando pela adequada conceção de hospitais e centros de saúde e não esquecendo as bioengenharias, nanotecnologias e, muito importante, o desenvolvimento de novos materiais.

> Há muitas áreas em que urge envolver os engenheiros e que têm reflexos na saúde das populações. Estou a lembrar-me, por exemplo, na necessidade de combater a pobreza energética...

A questão da pobreza energética constitui uma vergonha nacional, pois vivemos num país onde ainda se morre de frio e de calor, tal como por falta de dinheiro para comprar de medicamentos.

Portugal, entre 29 países europeus, situa-se no 4º lugar entre os piores classificados, com um nível "muito alto" de pobreza energética, apenas ultrapassado pelo Chipre, Lituânia e, na cauda, pela Bulgária.

O atual Governo tem a questão identificada e tem medidas concretas para tentar reverter a situação, mas estamos a falar que questões históricas e estruturais – quatro milhões de casas de primeira habitação, em



Carlos Mineiro Aires
Bastonário da Ordem dos Engenheiros
e presidente do CNOP – Conselho
Nacional das Ordens Profissionais*

** O CNOP agrega 17 Ordens essenciais para o desenvolvimento do país, representando cerca de 470.000 profissionais e tem como finalidade principal a defesa dos valores éticos e deontológicos das profissões liberais regulamentadas e o seu aperfeiçoamento. Às ordens profissionais representadas pelo CNOP compete prioritariamente a defesa dos direitos fundamentais dos cidadãos e a salvaguarda do interesse público, desígnios que se concretizam pela autorregulação das profissões, com exercício em autonomia técnica funcional e independência, e capacidade técnica.*

[com a generalização de soluções digitais e tecnológicas] o grande desafio da Engenharia é garantir soluções seguras.



que três em cada quatro (75%) são desconfortáveis ou insalubres – o que exigiria, à partida, investimentos da ordem dos 25.000 milhões de euros e, claro, um grande esforço financeiro por parte dos seus proprietários, a maior parte dos quais, são pobres.

> A transformação digital é essencial e um processo que tem que avançar já. Também nessa área temos desafios que envolvem a engenharia e que são essenciais para a (tele)medicina como a cybersegurança...

Com a digitalização dos processos e dependência acrescida de tecnologias e soluções digitais, acabámos por nos tornar extremamente expostos a intrusões digitais, mais ou menos maliciosas.

A pandemia veio acelerar a evolução tecnológica que já estava em curso, com dimensão e velocidade difíceis de antecipar, pois aconteceu mais num ano do se pensaria que ocorresse nos próximos cinco anos.

A generalização das soluções digitais e tecnológicas, as próprias soluções médicas (análise, diagnóstico, monitorização à distância, telemedicina, dados, apps, etc.) também ficaram altamente expostas, sendo que o grande desafio da Engenharia nesta área é garantir soluções seguras, através de constantes investimentos em cada vez mais sofisticados meios de vigilância.

> Concorda que as nossas cidades têm que ser construídas e pensadas em equipas que envolvam as ciências da saúde e as engenharias?

As cidades do futuro já começaram a ser construídas, com base em recursos digitais sofisticados, preocupações ambientais, nomeadamente com a mobilidade, e nas quais a *internet of things* vai desempenhar um papel central, tal como o terá a vídeo vigilância entre outras tecnologias, constituindo as designadas *smart cities*.

A par, e tal como a pandemia veio pôr em evidência, as ciências da saúde também devem ter um papel no desenho urbanístico e ambiental das cidades, interagindo com engenheiros e arquitetos no planeamento de habitações e infraestruturas essenciais ao bem-estar das comunidades.

> Como presidente do CNOP, que análise faz, neste contexto de pandemia, à importância da salvaguarda da qualificação e da excelência do desempenho dos profissionais que representam, tão essenciais para a defesa dos interesses dos cidadãos?

Para quem tivesse dúvidas, talvez agora tenha ficado claro porque é que as exigências nas qualificações académicas, na formação contínua, na avaliação do mérito reconhecido interpares e em exigentes posturas éticas e deontológicas, são aspetos de que as Ordens profissionais não podem abdicar, sob pena de perdermos a confiança dos cidadãos e de colocarmos em causa a estruturação e a credibilidade do próprio Estado.

As questões da formação contínua e da atualização de conhecimentos são indispensáveis em profissões que estão sujeitas a constantes evoluções tecnológicas, casos dos profissionais de saúde e dos engenheiros, o que requer a permanente atenção dos que as exercem.

> Que desafios acha que irão as ordens profissionais enfrentar no pós-pandemia?

Pessoalmente acho que as Ordens profissionais saem reforçadas da crise pandémica e conquistaram para quem ainda não tinha essa perceção, a confiança pública e a sua afirmação.

O facto de o país ter continuado a funcionar num contexto de grande adversidade, desde logo, para os profissionais de saúde e para os que garantem serviços essenciais, foi a demonstração do verdadeiro papel e missão das profissões autorreguladas.

O papel estatutário das Ordens profissionais, ao contrário do que muitas vezes se pretende perpassar, não é servir os membros, mas sim zelar pelo serviço público que têm de prestar ao país e aos cidadãos.

Com elevada prestação, competência profissional e entrega demonstradas, a que teremos de associar uma rápida adesão às soluções digitais de futuro, as Ordens profissionais mostraram a sua razão de existir, o serviço público que asseguram, e, sobretudo, porque são merecedoras do respeito dos portugueses.

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

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



COIMBRA

**A CIÊNCIA EM TEMPO
DE PANDEMIA**

 www.23cnmom.pt

COM O APOIO:



CÂMARA MUNICIPAL
DE
COIMBRA



Juntos por um mundo mais justo e saudável

TEXTO: PAULA FORTUNATO

A necessidade de estratégias para um mundo mais saudável foi exacerbada pela pandemia de COVID-19 que pôs em evidência desigualdades em saúde que decorrem, por exemplo, de fatores geográficos. Com esse problema, em mente, a "construção de um mundo mais justo e saudável" foi o mote escolhido para o Dia Mundial da Saúde que se celebrou a 7 de abril. À voz da OMS juntou-se este ano a ONU, através do seu secretário-geral, mas também a União Europeia. Todas estas instituições reconhecem que a falta de acesso a ambientes seguros, água potável, segurança alimentar e serviços de saúde são algumas das causas de doença e morte prematura evitáveis. Mortes que têm impacto económico e social nas comunidades afetadas e no mundo e que é preciso combater.

Ao definir como mote a construção de "um mundo mais justo e saudável", a Organização Mundial de Saúde (OMS) pretende sensibilizar e responsabilizar os governos a nível mundial, para que tomem medidas que assegurem boas condições de vida e de trabalho e potenciem um acesso universal efetivo aos serviços de saúde.

Com esse intuito, no dia 7 de abril de 2021 a OMS desafiou os decisores a juntarem-se a uma campanha de construção de um mundo mais saudável e justo, instando a que reconheçam que grande parte das desigualdades que se verificam são preveníveis. O apelo da OMS é a que os decisores políticos contribuam para que todos vivam e trabalhem em condições que propiciem a saúde. Simultaneamente apelam aos governos que estejam vigilantes e combatam as iniquidades para que todos possam aceder aos cuidados de saúde quando deles necessitem. A OMS recorda que a COVID-19 foi particularmente penosa para as comunidades que já se encontravam expostas e vulneráveis ao risco de doença

e que são, por isso, mais propensas a ter consequências adversas para a saúde em resultado não só da pandemia mas também das medidas que foram tomadas para a conter. A OMS está comprometida em assegurar que todos tenham, em todo o mundo, a mesma possibilidade de concretizar o seu direito universal à saúde. Para isso consideram que temos que ter líderes que trabalhem juntos, que recolham e partilhem dados em saúde de confiança e que ataquem as iniquidades, aquém e além fronteiras. A OMS lembra que só quando conseguirmos proteger, testar e tratar a população mundial é que conseguiremos acabar com a pandemia de COVID-19.

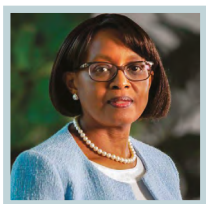
Desigualdades são imorais e perigosas!

Também a Organização das Nações Unidas (ONU) pediu a renovação de compromissos com o setor da saúde. Foi essa, aliás, a mensagem do secretário-geral, António Guterres, no dia 7 de abril, a propósito da necessidade de construção de um mundo mais justo e mais saudável. Referindo as desigualdades e injustiças que a pandemia evidenciou na área da saúde – e não só – António Guterres lembrou precisamente que a propagação da doença e a morte pelo novo coronavírus têm afetado mais as pessoas que já estavam em situações de fragilidade e que lutam contra a pobreza, a falta de condições de vida e de trabalho, e outros fatores de exclusão social. Para António Guterres as desigualdades são imorais e perigosas não apenas para a saúde mas também para a economia e a sociedade em geral. António Guterres pediu que neste Dia Mundial da Saúde se assumisse o compromisso com um mundo mais saudável e mais equitativo.

Matshidiso Moeti, directora regional da OMS para África, aproveitou a data para fazer o mesmo apelo: que todos participem na construção de um mundo mais justo e saudável, lembrando que os países africanos estão entre aqueles que se encontram no fim da fila em termos de acesso a kits de teste à COVID-19, a equipamentos de proteção individual e às vacinas. Embora a população do continente africano represente cerca de 17% da população mundial, com quase 600 milhões de doses de vacinas administradas em todo o mundo, apenas 11 milhões foram em África. Matshidiso Moeti pede que se atue nas determinantes sociais e económicas da saúde, de forma a melhorar as condições de vida e de

António Guterres lembrou que a propagação da doença e a morte pelo novo coronavírus têm afetado mais as pessoas que já estavam em situações de fragilidade e que lutam contra a pobreza, a falta de condições de vida e de trabalho.





“Exorto (...) a investirem numa abordagem focada nos determinantes sociais e económicos da saúde, para combater as desigualdades.”

*Matshidiso Moeti,
directora regional da OMS para África*

trabalho e o acesso à educação. Para que essa ação seja consequente e eficaz, realça a importância de recolha e partilha de dados fidedignos “para orientar a tomada de decisões e a formulação de políticas”. “Neste Dia Mundial da Saúde, exorto os Estados-Membros, os parceiros, a sociedade civil, as comunidades e outras partes interessadas a colaborarem mais estreitamente com a OMS para atingir a cobertura universal de saúde e a investirem numa abordagem focada nos determinantes sociais e económicos da saúde, para combater as desigualdades e construir um mundo mais justo e saudável”, apelou, frisando que a “OMS continua empenhada em garantir que todas as pessoas em África, e no resto mundo, possam usufruir do direito a uma boa saúde”.

Construir uma União Europeia da Saúde mais forte

Também a União Europeia emitiu a 6 de abril uma declaração a propósito do Dia Mundial da Saúde, lembrando que a pandemia de COVID-19 demonstrou que

“a colaboração e a solidariedade são o caminho mais seguro para sair desta crise” sanitária e para alcançarmos “sociedades mais saudáveis e igualitárias”. Reconhecendo que “as desigualdades na saúde continuam a ser uma realidade diária” em todo o mundo e também para muitos dos cidadãos da União Europeia, a comissária Stella Kyriakides recordou que “mesmo antes da COVID-19 pôr os nossos sistemas de saúde e hospitais à prova, o acesso a cuidados de saúde de qualidade já não era um dado igual para todos na UE”, frisando que foram os “grupos mais vulneráveis” que ficaram mais expostos à pandemia, alinhando a sua intervenção com os alertas da OMS ao dizer que as medidas de contenção da pandemia tiveram efeitos secundários mais nefastos junto dessas populações mais frágeis, nomeadamente as minorias étnicas. “A igualdade na saúde é um princípio orientador do nosso trabalho, não apenas na UE, mas também a nível mundial. A pandemia foi um alerta para todos nós, sobre como nossa saúde está interligada”. Stella Kyriakides espera que através do trabalho que a UE está a desenvolver para melhorar a capacidade de resposta coletiva às ameaças transfronteiriças à saúde, com o objetivo de “construir uma União Europeia da Saúde mais forte”, se possa inspirar os líderes mundiais a uma ação global em prol de um mundo mais saudável e mais justo.

A comissária reafirmou o empenho da União Europeia continuar além das suas próprias fronteiras a cooperar a nível global para enfrentar os desafios da saúde, “apoando a COVAX e ajudando outros países a tornar os seus sistemas de saúde mais responsivos e resilientes”. A União Europeia reafirma assim o seu compromisso “em melhorar a saúde, reduzir as desigualdades, aumentar a proteção contra ameaças globais à saúde e construir um mundo mais justo e saudável para todos”.





Choosing Wisely Portugal

Escolhas Criteriosas em Saúde

Escolha não realizar ecocardiograma transtorácico em repouso em doentes assintomáticos propostos para cirurgia não cardíaca de risco cirúrgico menor.

O ecocardiograma transtorácico em repouso nos doentes assintomáticos não constitui um valor adicional para a avaliação clínica em doentes propostos para cirurgia não cardíaca de risco cirúrgico menor.

Uma recomendação do Colégio da Especialidade de
Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Mais informação e bibliografia no site nacional da OM em:
<https://ordemdosmedicos.pt/ecocardiograma-transtoracico-em-reposo-em-doentes-assintomaticos/>



Escolha não efetuar ecografia tiroideia por rotina ou como exame de rastreio em indivíduos sem sinais e/ou sintomas de patologia tiroideia (ex: doentes com função tiroideia normal e sem nódulos palpáveis) e não pertencendo a grupos de risco para carcinoma da tiróide.

A ecografia é um exame indispensável na avaliação da doença nodular da tiróide permitindo diagnosticar e caracterizar morfológica-mente os nódulos tiroideus, sendo o método de eleição para a estratificação do risco de malignidade.

A utilização pouco criteriosa da ecografia leva frequentemente à identificação de nódulos. A grande maioria destes nódulos, mesmo quando evolui, tem um comportamento habitualmente muito indolente sem consequências graves para a saúde. Os exames efetuados sem indicação correta, podem levar a achados incidentais, os quais podem implicar mais procedimentos diagnósticos, tratamentos desnecessários ou vigilância prolongada. A realização de ecografia tiroideia deve ser ponderada caso a caso.

Uma recomendação dos Colégios da Especialidade de
Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos
Endocrinologia e Nutrição da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Mais informação e bibliografia no site nacional da OM em:
<https://ordemdosmedicos.pt/ecografia-da-tiroide-em-doentes-com-funcao-tiroideia-normal-e-sem-nodulos-palpaveis/>



Um projeto financiado por:



Apoiado por:



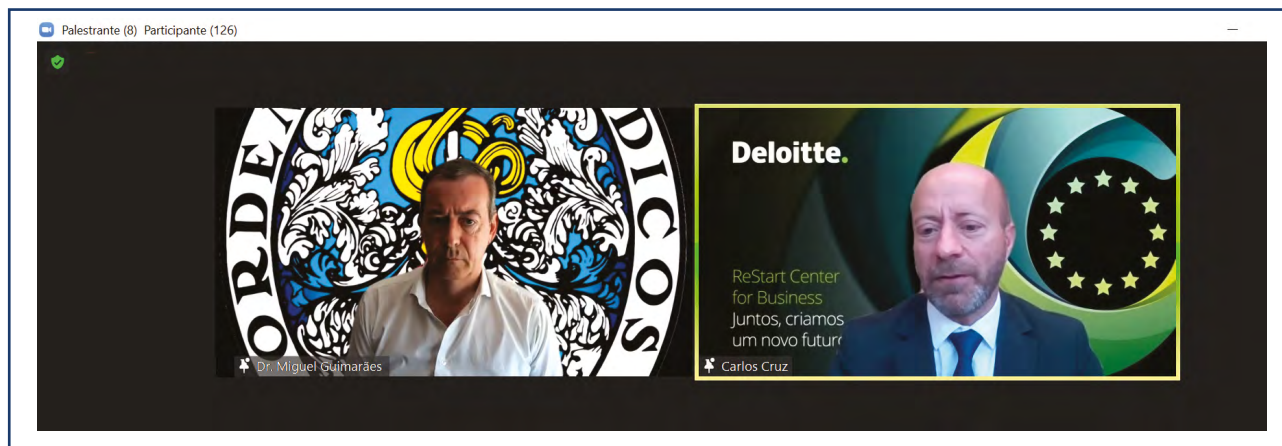
Plano de Recuperação e Resiliência: falta ambição!

TEXTO: PAULA FORTUNATO

Num webinar centrado na análise do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) como potencial motor da transformação do setor da saúde, os intervenientes, nomeadamente o bastonário da OM, lamentaram de forma quase unânime a falta de ambição neste que poderia ser um verdadeiro ponto de viragem para a saúde em Portugal. Tendo em conta que a resiliência de um sistema de saúde passa necessariamente pela resiliência quer dos seus cidadãos, quer dos seus profissionais de saúde, o PRR devia ser mais ambicioso, envolvendo cidadãos e profissionais em todo o plano e com muito mais resiliência que nos preparasse agora para o futuro. Áreas como a formação e incentivos aos recursos humanos são totalmente negligenciadas num plano que parece ser muito mais de recuperação do que de resiliência: recuperação de décadas de desinvestimento na saúde dos portugueses...

O investimento de mais de 1,8 biliões de euros no Quadro Financeiro Multianual da União Europeia e do *Next Generation EU*, e o facto de a Comissão Europeia estar a implementar programas que representam uma oportunidade de desenvolvimento, criando um objetivo comum e global de uma sociedade mais verde, mais digital, resiliente, igualitária e sustentável, foram temas que deram mote a um webinar organizado pela Deloitte no dia 6 abril. A sessão, moderada por Carlos Cruz, partner e life sciences and health care leader da Deloitte, começou com a intervenção do keynote speaker Diogo Serras Lopes, Secretário de Estado da Saúde, que abordou os mecanismos disponíveis para o desenvolvimento de uma visão macro em saúde. Já Nuno Ferreira, associate partner da Deloitte, especificou alguns dos apoios e oportunidades que estão ao alcance das organizações do setor da saúde strictu sensu, incluindo tecnologias de saúde, mas também, por exemplo, a relevância da promoção e adoção de hábitos saudáveis num contexto em que se reconhece que a centralidade deve ser na saúde das pessoas a saúde.

Em resposta ao desafio de analisar o Plano de Recuperação e Resiliência, o bastonário da Ordem dos Médicos não pôde deixar de lamentar que se planeie de forma pouco consequente e sem o investimento adequado: "O PRR é para executar durante 5 anos, até 2016, o que significa 277 milhões de euros por ano", ou seja, "menos de 2% da despesa pública anual", um valor baixo e que, ainda por cima, não será para inovação: "O PRR é para aplicar ao que já estava em curso. Para reforço das reformas da saúde" algumas com 20 ou mais anos. Miguel Guimarães quer que se pense no que acontece aqui e agora, pois "o maior desafio que a pandemia nos lança é a necessidade de fazer transformações na sociedade", mas não apenas daqui a 20 anos: "É para começar já..." Em termos de valor, o bastonário considera 300 milhões



de euros para 5 anos de transformação digital claramente insuficiente, lembrando “neste momento não conseguimos fazer telemedicina com segurança”. Não existem sequer condições estruturais em termos de equipamentos para a de telemedicina e faltam sistemas de apoio às melhores decisões clínicas e para combate à desinformação. O representante máximo dos médicos define como “absolutamente lamentável” que este PRR não tenha em conta a importância dos incentivos e formação dos recursos humanos. “Foi a qualidade dos nossos médicos e enfermeiros que nos fez dar a resposta que demos a esta pandemia (...) não foram as paredes” ou os sistemas (que não temos) de telemedicina, destacou. Igualmente lamentável é que não exista verba alocada no PRR para a nova “pandemia que já existe neste momento: a da recuperação dos doentes não-COVID que ficaram para trás” com “quase 30 milhões de exames de diagnóstico que ficaram por fazer”, designadamente ao nível do rastreio do cancro. “Temos muito para recuperar”, mas, para sermos eficazes, era preciso que este PRR alocasse uma verba específica. A forma como a tutela passou ao lado deste problema deixa o bastonário da OM naturalmente preocupado, levando a apelar à ação, agora.

Já Joaquim Cunha, da Health Cluster Portugal, lembrou a importância de criarmos um verdadeiro “ecossistema de inovação na saúde” pois, embora possa parecer que repetimos constantemente o mote da centralidade da saúde, temos de fazê-lo até que deixe de ser um chavão e se torne uma realidade. Para que esse desígnio se torne real, Joaquim Cunha indicou as palavras de ordem: estratégia, visão global e integrada (pensar pelo menos em termos europeus) e massa crítica - juntando o melhor do que temos, mas atraindo também o interesse estrangeiro, explicou. Dando um exemplo prático da necessidade de, seguindo o apelo do bastonário e outros interve-

nientes do setor, se avançar de imediato com medidas para o setor que tenham impacto no terreno, definiu como “uma desgraça” comparável à não construção da barragem do Alqueva, processo que se arrastou durante anos, com prejuízos para o país... “Todas as pessoas diziam que era importante, que fazia falta, mas não se construía” e, quando finalmente se construiu, “tivemos bons resultados”. O diretor executivo do Health Cluster fez, assim, a apologia da ação imediata ao explicar que desenvolveram um plano estruturado até ao fim da década, mas que apela a ações desde já, nomeadamente para implementar na saúde um conjunto de tecnologias que já existem, investir em medicamentos e dispositivos médicos essenciais, mas também na área dos ensaios clínicos, com “valorização do conhecimento”.

Nelson Fontainhas, da Deloitte Portugal, líder de consultoria para o setor de Life Sciences & Health Care, considera que são visíveis no PRR algumas das principais tendências que têm sido identificadas por esta consultora, realçando a importância da transição digital e da disponibilização de novos serviços digitais para o cidadão, como exemplos. Por estarmos neste “momento único para uma geração”, Nelson Fontainhas defende que temos que “perceber se o PRR tem o nível de ambição e o poder transformador” necessários. Como ambição é preciso dar prioridade às tecnologias, mas também às pessoas e competências em tudo o que rodeia a saúde em Portugal, mas não só. Todas as profissões estão a ser impactadas pelo contexto atual, numa transformação inevitável que é preciso também transpor para a prestação de cuidados, defendeu. A valorização dos cuidados com base no valor, a monitorização dos resultados para o cidadão, a prevenção, o diagnóstico precoce e intervenção nas condições sócio-económicas, foram alguns dos exemplos de futuro apontados por Nelson Fontainhas, a

par com a interoperabilidade dos dados para que o cidadão possa aceder ao seu histórico, numa integração que tem que ser total e não apenas no SNS.

Já em fase de perguntas e respostas, Miguel Guimarães reiterou algumas das múltiplas áreas negligenciadas nos últimos anos: os Cuidados de Saúde Primários, onde faltam ações inovadoras, mas também os hospitais. Sobre a transformação digital, considera que há falta de visão estratégica e que havia muito mais a fazer: “A literacia digital é uma arma poderosa para dar aos doentes para tomar decisões”, explicou, defendendo que é dever da tutela disponibilizar fontes de informação fidedignas que possibilitem que os 10 milhões de portugueses possam ter acesso, por exemplo, a plataformas como o BMJ Best Practices, o UpToDate ou a Cochrane. Claro que há bons exemplos, e, embora pontuais e dependentes das lideranças locais e da qualidade e capacidade de liderança clínica, o bastonário fez questão de salientar pela positiva o trabalho desenvolvido no IPO do Porto que deveria servir como modelo a outras instituições pois “é um exemplo do recentrar dos cuidados no doente”. Miguel Guimarães não tem dúvidas que os profissionais querem essas mudanças e lamenta que no PRR “faltem ideias concretas” e que a tutela se centre nas folhas de excel em vez de se centrar “em preservar e valorizar a qualidade”, um caminho que os médicos pretendem há muito tempo e que tem sido objeto de várias propostas enviadas pela Ordem ao Ministério.

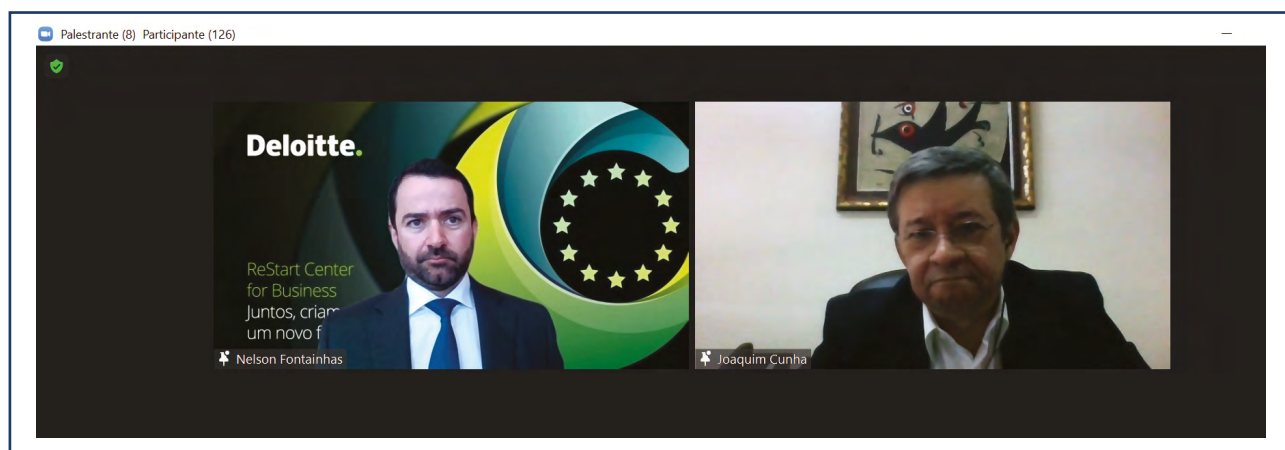
Já Joaquim Cunha deixou como mensagem final a importância de “criar condições para atrair startups de outros países”, como forma de “gerar massa crítica”. “Temos que encontrar fatores de diferenciação” no que definiu como um ecossistema de inovação em que se envolvam os setores adjacentes, pois “a saúde vê as suas fronteiras alargarem-se”: às questões da alimentação, hábitos de

vida ou até aos têxteis, por exemplo, porque “a grande maioria das nossas maleitas resulta da forma como nos tratamos”. “O PRR pode fazer a diferença”, se, frisou, o investimento for “colocado nos locais certos” e sem que “gastemos a nossa energia coletiva na guerra artificial entre o público e o privado”. “Eu não sei o que é saúde pública ou privada, sei o que é boa ou má saúde”, concluiu.

Sobre a aceitação da mudança, Nelson Fontainhas explicou que são precisamente os profissionais de saúde os mais confiantes no impacto da tecnologia na prestação de cuidados, embora identifiquem a burocracia e a rigidez dos sistemas de saúde como obstáculos potenciais. Um entrave referido foi a literacia digital e a formação dos profissionais de saúde. Os resultados de um estudo da Deloitte mostram que Portugal - entre os 7 países europeus analisados - “é aquele onde há maior lacuna de formação, com quase 50% dos profissionais a dizer que não tiveram qualquer formação digital”, alertou, considerando que é importante “mais ambição do PRR” também para esta área.

Num contexto de falta de capital humano, equipamentos obsoletos, instalações deficitárias e reformas que (quase) não passam do papel há anos, este plano parece ser mais uma oportunidade de recuperação do que ficou por fazer no passado, do que um plano que perspetive o futuro do setor. E, se o dinheiro não for investido de forma correta, esta poderá vir a ser mais uma oportunidade perdida para o país...

Este webinar fez parte de um ciclo intitulado “ReStart the Future” que é dedicado aos domínios estratégicos que compõem os novos fundos europeus e comunitários: resiliência, transição digital e transição climática, bem como às oportunidades de recuperação, transformação e desenvolvimento estrutural que decorrem desses programas.





A CIÊNCIA EM TEMPO DE PANDEMIA

Já estão abertas as inscrições para o 23º Congresso Nacional da Ordem dos Médicos que decorrerá nos dias 31 de maio, 1, 2 e 3 de junho, tendo como tema central “A Ciência em tempo de pandemia”.

O evento irá decorrer em Coimbra em formato híbrido (na Antiga Igreja do Convento São Francisco e, simultaneamente, numa plataforma digital). Em debate estará o impacto que a pandemia da COVID-19 tem tido em diversas áreas, como a medicina e a ciência, mas sem esquecer igualmente o impacto na sociedade em geral. O programa contará com nomes de relevo tanto a nível nacional como internacional.

Este ano, e pela primeira vez, pretende acrescentar-se ao congresso uma vertente mais científica, apresentando as mais recentes atualizações em cada uma das áreas de diferenciação da Medicina.

Serão abordados temas como “Pandemia: História, Ciência e Pessoas”, “O Papel dos Médicos na pandemia”, “Economia em Saúde – Desafios para o futuro”, “Gestão em saúde - reajustar as políticas públicas de saúde por experiência da pandemia”, “COVID-19 na Europa: perspetivas e abordagens”, “Pandemica MENTE - O Aqui e o Agora em Saúde Mental”, “Variantes e capacidade de testagem”, “COVID-19: Desafios do processo global de vacinação”, “A sociedade portuguesa em resposta à pandemia: Três olhares”, entre outros. Destaque para o envolvimento direto dos colégios da especialidade da Ordem dos Médicos em inúmeras sessões dedicadas a áreas específicas de especialização.

No último dia, decorrerá ainda a cerimónia de entrega das Medalhas de Mérito da Ordem dos Médicos. Trata-se



de uma distinção que é conferida a médicos que, pela sua atividade e mérito pessoal, profissional, académico ou associativo tenham contribuído de forma relevante para a dignificação da profissão médica, da Medicina em geral e da Humanidade, identificando-se assim com os valores desde sempre defendidos pela Ordem dos Médicos.

Do programa desta iniciativa constam ainda cursos de formação e a submissão de trabalhos científicos, bem como as sessões científicas que preencherão os quatro dias do evento.

Consulte o programa, saiba mais sobre o evento e inscreva-se em:

<https://www.23cnmom.pt>

<https://www.facebook.com/watch/?v=593801681571183>



União Europeia da Saúde?

Se a queremos, temos de investir



TEXTO: FILIPE PARDAL

A discussão tem estado em cima da mesa nos últimos meses: devemos, ou não, trilhar caminho com o intuito de alcançar uma União Europeia da Saúde? Quais são as suas potencialidades? Quais as suas fragilidades? O que será possível e o que será utópico? Foi para tentar responder a algumas destas inquietações que a representação da Comissão Europeia em Portugal e a NOVA Economics Club, em parceria com a NOVA Student's Union, organizaram, no dia 5 de abril, um debate online sobre a temática. Os oradores convidados apresentaram pontos de vista diferentes, mas a "união" entre eles ocorreu na ideia de que é necessário mais e melhor investimento.

Ursula von der Leyen já deixou clara a intenção de reforçar a cooperação entre Estados-membros no que ao setor da Saúde diz respeito. Em outubro do ano passado, a presidente da Comissão Europeia afirmava a sua ideia para um futuro a curto/médio prazo, "construiremos as fundações de uma União Europeia da Saúde mais forte, na qual os 27 países trabalhem em conjunto". Desde então, as propostas da Comissão Europeia têm ido no sentido de fortalecer a coordenação no combate às crises sanitárias, tal como a pandemia pela qual estamos a atravessar. Sabemos, no entanto, que nem sempre a União Europeia tem conseguido materializar, na prática, esta coordenação e temos o exemplo recente das

diretrizes variáveis, de país para país, em relação às vacinas, nomeadamente a da Oxford/Astrazeneca.

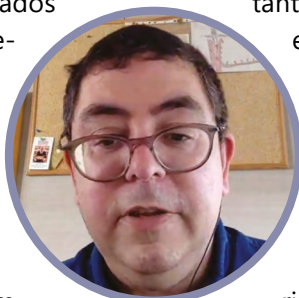
No debate moderado pela jornalista Dulce Salzedas, o bastonário da Ordem dos Médicos começou por definir aquele que considera o "passo inicial que poderá permitir a construção de uma União Europeia da Saúde": reforço do investimento em cada um dos Estados-membros. Miguel Guimarães não vislumbra alternativas que não passem por "investir nos sistemas nacionais de saúde", alertando para o facto do volume de investimento de cada país em termos de saúde ser, neste momento, bastante díspar. Além do investimento, sublinhou, é incontornável a necessidade de uma "liderança forte". Nesta matéria, Miguel Guimarães lembrou o que aconteceu com o processo de vacinação, onde "tivemos o melhor e o pior". No "melhor" encontramos a colaboração entre os países na aquisição das vacinas, uma "força coletiva" que teve mais força do que qualquer iniciativa própria teria. Já no "pior", o bastonário destacou a suspensão temporária da administração da vacina da AstraZeneca, na medida em que "os vários países decidiram por si próprios", relegando a unidade europeia para segundo plano, apesar das recomendações da Agência Europeia do Medicamento e da Comissão Europeia.

O representante dos médicos enalteceu o papel

decisivo da ciência, dos médicos e dos restantes profissionais de saúde durante este período mais difícil que a pandemia nos trouxe e fez notar que a COVID-19 acabou por nos recordar que “estamos todos ligados” num mundo cada vez mais global. Por isso, “é tempo de colocar a saúde e a solidariedade global em primeiro lugar”. Só com uma abordagem comum (nas matérias em que isso é possível) se conseguirá, de forma mais eficaz, cumprir o desígnio da saúde ser, verdadeiramente, um direito e não um privilégio. “Fortalecer a saúde global é um compromisso comum”, assumiu, advertindo para a urgência de nos prepararmos para uma próxima pandemia no futuro, porque “nós sabemos que vai existir, só não sabemos quando.

Já o ex-ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, salientou que o mundo está a atravessar “uma nova era” despoletada pela COVID-19. O ex-governante mantém-se otimista num “novo entendimento” global sobre a importância das políticas de saúde, até porque a realidade do último ano exibiu essa necessidade de forma clara para todos. “Os Estados-membros da União Europeia, os Estados Unidos, o Reino Unido e a China aperceberam-se de que uma doença viral pode facilmente parar a economia, pode pôr todos os aviões no chão”. Adalberto Campos Fernandes acredita que “nada será como antes” tendo em conta o impacto da pandemia, tanto na vida social, como na economia. E é exatamente esse impacto económico que o leva a acreditar que será “possível nos próximos anos dar os primeiros passos para a constituição de uma União Europeia da Saúde direcionada para as doenças emergentes e pandemias”.

O médico e deputado do PSD, Ricardo Baptista Leite, frisou que a pandemia desafia a ideia de que os



países mais ricos e mais fortes “têm mais a ganhar ao preservar a sua capacidade de decisão na saúde como um poder soberano”. O orador considerou que a pandemia “é uma oportunidade muito especial e única para podermos iniciar uma caminhada passo a passo para a União Europeia da Saúde e apontou a prevenção, a investigação e o estudo de doenças raras como áreas em que essa união pode ser materializada. “Finalmente temos essa oportunidade. Haja da parte das lideranças a capacidade para a concretizar”, desejou. Ricardo Baptista Leite ambiciona também ver um “papel proactivo” da sociedade europeia, através dos próprios cidadãos, mas também das associações de doentes, na definição desta política comunitária para que “não se fique à espera que seja Bruxelas a ditar tudo de cima para baixo”.

Opinião diferente tem o economista e professor da NOVA School of Business and Economics, Pedro Pita Barros, que apresentou uma visão mais “pessimista” sobre a viabilidade do projeto. A sua opinião é sustentada nas “diferentes fontes de financiamento” que cada país da União Europeia tem, tanto para o seu orçamento global, como especificamente para a área da saúde. “É muito difícil ver como se conseguirá criar uma União Europeia da Saúde desta forma”, afirmou, sem acreditar que estas desigualdades económicas possam ser facilmente ultrapassáveis, quer pelos interesses dos países mais ricos, quer pelos anseios dos países mais pobres. Para o economista não se trata tanto de alcançar um consenso a 27, mas antes produzir ferramentas que permitam que nenhum país se sinta isolado das decisões em Saúde.

Veja ou reveja o debate:
https://www.facebook.com/watch/live/?v=1171155833345931&ref=watch_permalink



Liderar pela responsabilidade

Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia e compaixão - João Lobo Antunes



ANA PAULA MARTINS,
Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos

Questionei-me várias vezes, ao longo dos anos, se os médicos sentiriam medo? Se tinham consciência do erro? Como conviviam com a fatalidade? Que resiliência era necessária para não desistir de tratar um doente? Ou quanta coragem para assumir que o combate com a morte tinha terminado?

Em África, onde nasci, nas aldeias do Alentejo, onde o meu avô e o meu pai foram farmacêuticos, sempre convivi com médicos e ouvi conversas sobre a sua *legis art*. Sempre foi claro para mim que, por mais que a tecnologia avance, que a inteligência artificial ofereça novas formas de personalizar a medicina e de diminuir o erro, por mais que o conhecimento baseado na evidência nos guie, e bem, a medicina nunca deixará de ser uma arte, que integra a tecnologia na interpretação do que é a natureza humana.

Talvez por ter percebido isto muito cedo achei sempre que iria para medicina. Pelo que representava de fusão entre o homem e o progresso, pela compaixão que lhe era própria, pelo valor social reconhecido. Não fui, porque me faltaram dois décimos para entrar na Faculdade de Medicina da Universidade Lisboa e, na altura, não tinha possibilidades de me afastar de Lisboa por questões familiares. Fui para a profissão dos meus avós e do meu pai, convencida que mudaria no ano seguinte. Podia ter mudado. Não mudei. Por várias razões, umas mais bonitas e fáceis de contar do que outras. Mas, acima de tudo, porque percebi que exercer medicina ia exigir uma vocação incondicional ao outro, uma dedicação altruísta, um compromisso absoluto

com a ciência, que eu não me julgava, à data, capaz de ter.

Hoje sinto que estava certa. Fiz bem em perceber que gostava demasiado de viver para doar a minha vida a um juramento e a um compromisso que exigiriam sempre de mim mais do que qualquer outra profissão. Na saúde ou fora dela. E fiz bem, porque gosto de ser farmacêutica, gosto da alquimia e da descoberta que os medicamentos representam, gosto da proximidade que temos com as pessoas, gosto da multiplicidade de competências que adquirimos, da nossa capacidade crítica e adaptativa, da nossa criatividade controlada. Gosto da relação que temos com os médicos e com a medicina, da relação que já começamos também a construir com os outros profissionais da saúde. E acredito que é na cumplicidade desta relação virtuosa que colocamos as pessoas no centro do sistema. É nesta aventura coletiva e partilhada, que somos mais do que a soma das partes.

Há que reconhecer, sem complexos, que, no princípio e no fim, é a intimidade entre médico e doente, a relação que é vista como património imaterial da humanidade, que representa o que há de mais belo e complexo na arte de cuidar, pela responsabilidade e pela compaixão. Dimensões que são partilhadas por todas as profissões da saúde, das mais antigas e às mais recentes. Mas cuja origem é a prática da medicina e que faz do médico um agente fulcral e insubstituível na vivência da nossa humanidade.

No processo de prestação de cuidados de saúde há um elemento essencial e indissociável do ato médico: o diag-

Liderar as transformações no SNS e na sociedade implica assumir compromissos. Foi isso que os médicos sempre fizeram (...).

nóstico. Sobre ele e dele advém a maior responsabilidade para os médicos, quer da parte do doente, quer da parte da família, quer de toda a sociedade, que penaliza o médico, mais do que qualquer outro profissional, pelos insucessos e erros na prestação de cuidados de saúde. Este facto não dá mais relevância ao médico, nem mais importância, nem mais poder, como muitos gostam de fazer crer. Dá-lhe sim mais responsabilidade, uma responsabilidade global sobre a condução do processo de cuidados de saúde que acontece naquele doente em particular. E cada doente é diferente. E se é verdade que a tecnologia ajuda a medicina, diminui o erro e aumenta a eficiência, há uma dimensão no diagnóstico que é humana, que é empática, que flui com o diálogo, que acontece no espaço imaterial da relação médico-doente. Por isso, a centralidade do médico nas equipas de saúde é totalmente inquestionável. O que não retira nem um milímetro de importância, valor e também responsabilidade ao contributo dos outros profissionais que na equipa de saúde convergem para o processo de cuidados. É também por isso que o trabalho de equipa, aporta segurança, conforto. É um caminho acompanhado, em que cada um faz o que sabe e concretiza a sua vocação. Mas o trabalho em equipa, não pode substituir a visão holística do doente, a sua compreensão integral.

Não creio que o debate sobre o trabalho das equipas na saúde possa alguma vez ter a atenção e credibilidade dos cidadãos, se tiver como fim único a clarificação do papel de cada uma das profissões ou um exercício de poder de cada uma delas. Sendo um debate que se espera genuíno, mas não é ingénuo, gera natural expectativas de progresso e afirmação de novas competências nas profissões não médicas. As tradicionais profissões das equipas de saúde também estão a mudar. Os engenheiros

biomédicos, por exemplo, ocuparão crescentemente um espaço da maior importância com a evolução das “ómicas”, tal como os assistentes sociais, que são muitas vezes a garantia das condições para a continuidade de cuidados. Os psicólogos assumirão certamente maior densidade na equipa de saúde pela abordagem fundamental que concretizam. Temos excelentes enfermeiros, os melhores de sempre, que tratam por tu a arte de cuidar. Nutricionistas e terapeutas altamente especializados. Farmacêuticos com uma preparação académica como nunca tivemos. Temos tudo para dar certo, se mantivermos o foco no essencial: perceber que no exercício da nova medicina todos temos um lugar destacado e fundamental. Por isso, nunca foi tão importante que para a liderança no exercício da medicina, os médicos se preparem para este compromisso, que é também de partilha, para fazer o que está certo pelos doentes. É com essa medicina, contemporânea, aberta aos saberes, transparente, empática e progressista, que todos queremos ser tratados.

Não há medicina sem médicos.

Não há sistema de saúde sem uma medicina de qualidade. Liderar as transformações no SNS e na sociedade implica assumir compromissos. Foi isso que os médicos sempre fizeram e com eles todos os profissionais que trabalham para a saúde. Um compromisso com as pessoas. Para além da espuma dos dias.

É isso que a sociedade em pleno século XXI, no meio de uma pandemia que marcará as gerações que a viveram para sempre, espera dos médicos. Que estejam ao leme, corajosamente, para que se chegue ao destino. Porque quando se navega sem destino, nenhum vento é favorável.

Ana Paula Martins é, desde fevereiro de 2016, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos. Do seu vasto currículo, realçamos apenas alguns apontamentos: é professora auxiliar da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa e coordenadora das Unidades de farmacovigilância de Setúbal e Santarém e Lisboa. Foi membro da task-force de avaliação de tecnologias da Saúde da European Federation Pharmaceutical Industry

and Associations (EFPIA) em representação da APIFARMA. É, desde março de 2015, membro suplente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Foi assessora do ministro da Educação e do ministro adjunto e dos Assuntos Parlamentares entre 1992 e 1994, tendo responsabilidades nas áreas do Programa Nacional de Combate às Toxicodependências e no Programa de Promoção da Saúde em Meio Escolar.

Higiene das mãos: de prática absurda a imperativo ético

TEXTO: PAULA FORTUNATO



A lavagem das mãos é provavelmente a medida mais consensual para evitar a propagação do novo coronavírus. Mas esta simples medida de higienização tem benefícios reconhecidos que nem sempre o foram: o primeiro médico a defender a obrigatoriedade da lavagem das mãos foi ridicularizado e ostracizado pelos seus pares... Próximo do Dia Mundial da Higiene das Mãos, que se celebra a 5 de maio, recordamos o pai dessa medida fundamental e como foi difícil despertar consciências e implementar a lavagem correta e frequente das mãos.

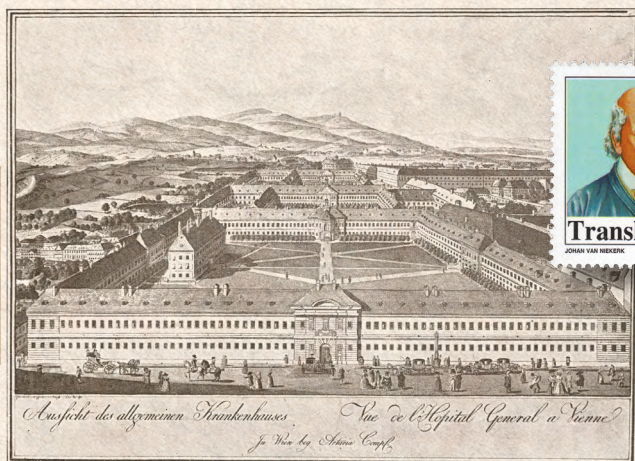
Quando em março de 2020, os políticos começaram a dizer às populações para lavar as mãos enquanto cantassem os “parabéns a você”, pode ter parecido estranho, mas para os médicos e outros profissionais de saúde não foi. Hoje já ninguém discute que a lavagem das mãos durante 20 segundos com água e sabão é uma das medidas mais eficazes para eliminar o SARS-CoV-2 evitando a propagação da pandemia. Mas, há 2 séculos atrás, os pioneiros da higienização das mãos tiveram que enfrentar a crítica e os ataques a uma prática que no século XIX era considerada absurda... até mesmo pelos médicos!

Estávamos na década 40 do século XIX quando um médico húngaro, Ignaz Semmelweis, nomeado assistente do diretor e chefe na maternidade do Hospital Geral de Viena, decidiu investigar a causa da morte de várias mulheres em fase pós-parto, acometidas por uma doença conhecida por febre puerperal. Semmelweis estava decidido a salvar

vidas e lutar para reduzir os cerca de 700 óbitos anuais em parturientes. No Hospital existiam duas maternidades: numa, a assistência era prestada por médicos do sexo masculino, e era a que tinha a maior taxa de mortalidade, e noutra com assistência por parteiras. Perante uma taxa de mortalidade duas vezes superior, Ignaz Semmelweis resolveu investigar e descartou várias possibilidades: desde tentar perceber se o que originava a febre nas parturientes era a presença de médicos do sexo masculino, ou se seria por influência do medo incutido pelos representantes do clero que as acompanhavam, ou ainda se seria por a maternidade ter doentes a mais, etc. O médico acabou por verificar que a grande diferença entre as duas maternidades era que as parteiras apenas estudavam e trabalhavam nessa ala, enquanto que os médicos e estudantes de medicina de manhã participavam em autópsias e, à tarde, iam para a maternidade. Afastadas as restantes hipóteses e depois

Em vários trabalhos médicos publicados, os meus ensinamentos são ou ignorados ou atacados. A Faculdade de Medicina de Würzburg premiou uma monografia escrita em 1859 na qual as minhas descobertas são rejeitadas...

lamento de Ignaz Semmelweis, incluído no seu livro publicado em 1861



Há segundos que salvam vidas:
no caso da lavagem das mãos,
são 20 segundos
que podem fazer a diferença.

do seu amigo Jakob Kolletschka se cortar acidentalmente com um bisturi de um estudante, durante uma autópsia, acabando por morrer (verificando-se no exame post mortem que a sua patologia era semelhante à das mulheres que morriam de febre puerperal), Ignaz Semmelweis conclui que a diferença residia precisamente nesse aspeto: o contacto com os cadáveres e a transferência para as parturientes daquilo a que apelidou como sendo "matéria orgânica animal em decomposição". Eram os estudantes quem estava a transportar a infeção para as parturientes saudáveis! Na sequência dessa descoberta, em 1847, Ignaz Semmelweis instituiu a obrigatoriedade de lavagem das mãos na prática médica de quem trabalhava consigo no Hospital de Viena, o que originou uma descida de 90% na taxa de mortalidade. Três anos depois, perante o auditório da Sociedade Médica de Viena, Semmelweis apresentou os seus resultados e enalteceu as virtudes da higienização das mãos. Mas a teoria continuou a ser ridicularizada pelos pares e, apesar da evidência científica, a lavagem obrigatória das mãos foi abandonada no Hospital de Viena. Este pioneiro voltaria a implementar a obrigatoriedade da lavagem das mãos, numa maternidade na Hungria onde estava a ocorrer um surto de febre puerperal. Obteve, tal como em Viena, melhorias significativas na taxa de mortalidade pós-parto. Mesmo depois de ter publicado vários artigos, ensaios e um livro com os seus resultados, e apesar de muitas cartas abertas que endereçou a professores de medicina de outros países, não houve aceitação das suas ideias e o médico acabou por morrer em 1865, sem o devido reconhecimento. Na década de 70 do século XIX, os médicos começariam a lavar regularmente as mãos antes das cirurgias, mas a aceitação generalizada a nível mundial, com definição de diretrizes nacionais sobre a higiene das mãos, aconteceria apenas no século XX.

Mais de um século depois de as teorias de Semmelweis terem sido ridicularizadas, as instituições redimem-se e há

atualmente uma Universidade de Medicina em Budapeste à qual foi dado o seu nome (Semmelweis University), um hospital para mulheres em Viena (Semmelweis Klinik) e a sua casa em Budapeste tornou-se um museu (Semmelweis Medical History Museum), entre muitos outros atos simbólicos que reconhecem a importância de Ignaz Semmelweis para a evolução da medicina.

Em plena crise de saúde pública em que todos nos tornamos extremamente conscientes da importância de uma boa e frequente higienização das mãos, a Organização Mundial da Saúde lembra, no Dia Mundial da Higiene das Mãos, que há segundos que salvam vidas. No caso da lavagem das mãos, são 20 segundos que podem fazer a diferença e que se transformaram num imperativo ético para qualquer profissional de saúde. Em contexto de pandemia, a importância da lavagem frequente e correta das mãos alargou-se à sociedade civil, marcando a diferença na contenção da pandemia.



O Anatomista (1869) por Gabriel Cornelius Ritter von Max

Fontes:

Medicine in stamps - Ignaz Semmelweis and Puerperal Fever - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3881728/>
Ignaz Semmelweis - German-Hungarian physician - <https://www.britannica.com/biography/Ignaz-Semmelweis>



Colégio da Especialidade de Medicina Desportiva



Que prioridades tem o Colégio de Medicina Desportiva para este novo triénio?

Contribuir para a definição da identidade da especialidade, aumentando o seu reconhecimento na comunidade médica e sociedade em geral; reformular o programa do internato de formação específica (FE) em Medicina Desportiva (MD); promover a abertura de vagas para FE; contribuir para o adequado enquadramento do especialista em MD no SNS e no sector privado; valorizar o momento da consulta de exame médico-desportivo.



O desporto é um dos domínios altamente afetados pela pandemia. Quais as consequências mais preocupantes em termos de medicina desportiva?

O confinamento geral determinou a suspensão da quase totalidade das atividades desportivas. Sendo a avaliação pré-participação e o diagnóstico e tratamento de lesões e doenças associadas à prática de exercício uma parte significativa do nosso trabalho, a quebra na procura pela consulta de MD foi notória. Por outro lado, a realização de exercício físico foi altamente condicionada pelas medidas em vigor e os níveis de inatividade física aumentaram significativamente, com os prejuízos que daí advêm para a saúde das populações.



Quais os principais desafios que a COVID-19 apresenta à especialidade?

O acompanhamento do desportista com COVID-19 começa no diagnóstico inicial, passa pela vigilância durante a fase de isolamento e continua na tomada de decisões quanto ao processo de retorno aos treinos e competição. Nesta fase cabe ao especialista em MD fazer a integração do estado clínico do atleta, dos resultados dos exames auxiliares que decide pedir e das exigências da modalidade desportiva. A partir daí planeia-se, com o atleta e o

treinador, o processo gradual de retorno à competição, com aumentos progressivos da duração e intensidade dos treinos. Importa, nesta fase, vigiar de perto o surgimento de intercorrências e analisar a resposta do indivíduo ao estímulo do treino.



Quais as questões que irão exigir a reflexão dos médicos especialistas na evolução da Medicina Desportiva nos próximos anos?

Reconhecida pela OM desde 1980, a MD está ainda numa fase incipiente de afirmação junto da comunidade médica e sociedade em geral. Importa começar por refletir sobre os motivos subjacentes a esta situação. Outras questões a merecer ponderação são: quais as competências específicas do especialista em MD e que a distinguem de especialidades com as quais tem "áreas de contacto"? Qual o lugar a ocupar pelo especialista de MD no SNS? Como garantir a abertura regular de vagas para FE em MD e a necessária uniformização da formação e competências do especialista em MD em Portugal?



Temos médicos especialistas suficientes em Medicina Desportiva? Porquê?

Difícil responder. Atualmente temos cerca de 130 especialistas, sendo que a maioria tem outra(s) especialidade(s). Menos de metade destes colegas exerce MD na sua prática clínica regular e, atualmente, a prática de MD é essencialmente realizada fora do SNS. Estou convencido que o aumento da procura por cuidados médicos especializados em MD, promovida pelo reconhecimento que a especialidade está a conquistar entre pares e potenciais utentes/clientes, poderá gerar uma demanda futura por um maior número de especialistas, à semelhança do que já se observa noutros países.



Menezes da Silva

Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral

01

Quais as prioridades da especialidade de Cirurgia Geral para este novo triénio?

A preocupação constante da direção do Colégio é garantir em todos os serviços a qualidade da formação dos futuros cirurgiões; vamos pugnar pela publicação do programa de formação (falta que a ACSS se pronuncie) e queremos contribuir para uma alteração da classificação da avaliação final que está muito inflacionada e para que se dê maior critério aos concursos de ingresso na categoria de assistente.

02

Como é que se poderão recuperar os atrasos que a centralização na pandemia provocou na atividade cirúrgica?

A pandemia agravou um problema que nasceu quando a ACSS acabou com a unidade central do SI-GIC e com o controlo das cirurgias que são realizadas fora do SNS. A solução seria repor essa unidade que teria a seu cargo a distribuição dos doentes pelas unidades que têm capacidade para os operar, dando condições aos hospitais para trabalhar fora do horário normal, remunerando-os e aos profissionais de forma adequada.

03

Como analisa o efeito do medo na saúde dos portugueses?

Hoje há melhor diálogo entre quem propõe a cirurgia e o doente, portanto o medo reduziu. Mas a pandemia, por culpa da má gestão do Ministério da Saúde, trouxe outro medo: o de ir ao hospital. Deviam ter criado hospitais ou corredores específicos para doentes COVID e zonas livres para os outros. Dou-lhe o exemplo do Curry Cabral cujo serviço de transplantes parou independentemente da opinião dos especialistas...

04

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

A necessidade de resolução das listas de espera cirúrgicas que aumentaram devido à pandemia e ao que referi. É preciso encontrar espaço e tempo para resolver a situação destes doentes. E enfrentar doenças mais avançadas, com pior prognóstico, com armas que não são adequadas ao estágio avançado da doença, por falta de diagnóstico atempado. Há um retrocesso: estamos a encontrar situações desesperadas, como há 30 anos...

05

Temos médicos especialistas suficientes?

No SNS não temos. Falta remuneração adequada e uma correta gestão do quadro: há hospitais que têm muitos cirurgiões em pré-reforma, dispensados dos horários noturnos e que não podem fazer urgência, que é um setor muito necessitado. Em vários não há especialistas suficientes para cumprir as regras da OM de constituição das equipas de urgência. Tudo isso interfere com o trabalho nos serviços que ficam desfalcados.

Primeiro ventilador português certificado a nível europeu SYSVent OM1: qualidade, precisão, robustez e fiabilidade

Quando um engenheiro químico, um engenheiro eletrotécnico, um engenheiro de projeto, um designer de produto, uma diretora de qualidade, um CEO de uma empresa especializada em tecnologia de manipulação, tratamento e fabrico de gases e de soluções integradas para ar comprimido, e três médicos especialistas em medicina intensiva se juntam durante um ano o que pode acontecer? No nosso país, essa junção de vontades foi impulsionada pela Ordem dos Médicos e fez nascer em tempo recorde o primeiro ventilador português certificado a nível europeu: o SYSVent OM1 já está em produção.



Danielson Pina é um engenheiro químico, especializado em processo e produtos, que não esconde o natural orgulho por o seu nome constar na equipa que desenvolveu o SYSVent OM1

No SYSVent OM1, que se destina à ventilação invasiva de adultos, o interface do operador com o ventilador faz-se por intermédio de um monitor de programação tátil, que serve simultaneamente para programação e monitorização ciclo a ciclo. Como se explica na prova de conceito, a tecnologia utilizada permite que a programação e a monitorização sejam feitas à distância, facto que reduz a necessidade de contacto direto com o ventilador ou com o ambiente em que o doente se encontra, uma das vantagens do equipamento. O SYSVent OM1 resulta de um trabalho de equipa multidisciplinar em que, além dos três especialistas em Medicina Intensiva (ver artigo com António Carneiro, Nuno Cortesão e Marco Fernandes nas páginas 20 a 22) nomeados pela Ordem dos Médicos e que foram naturalmente essenciais em todo o processo, participaram de forma direta e constante pela empresa SYSADVANCE um núcleo de seis pessoas: José Vale Machado, CEO da empresa, Danielson Pina, engenheiro químico, Felipe Fernandes, engenheiro eletrotécnico, Isabel Machado, diretora da qualidade, João Abreu, engenheiro de projeto, e Alexandre Moreira, designer de produto, aos quais se juntam outras pessoas. “Claro que todos os colaboradores da SYSADVANCE, em particular a divisão de desenvolvimento,

deram de forma intermitente o seu contributo para o projeto”, explica-nos numa breve entrevista, Danielson Pina. E como foi trabalhar com médicos? “Sem dúvida, uma experiência bastante enriquecedora e motivadora. Para além de serem profissionais de excelência, apresentam um sentido crítico de engenharia extraordinário. Também não podia deixar de realçar, a garra, a determinação e compromisso que assumiram connosco no desenvolvimento deste projeto”, sublinha.

A conclusão foi em tempo recorde, muito graças ao envolvimento de uma empresa que já tinha know-how nesta área. “O facto de termos conhecimento tecnológico de base, no condicionamento, medida e mistura de gases, bem como por termos um vasto leque de fornecedores habituais de componentes técnicos, permitiu uma seleção rápida dos componentes a integrar a lista de peças constituintes do SYSVent OM1”. Embora os componentes não sejam produzidos pela empresa, esse conhecimento prévio facilitou o processo de seleção desses mesmos componentes “com base na performance e adequação”. Além dessa análise, a empresa “desenvolve todo o mecanismo de controlo (software)”.

Como é que tudo começou? Primeiro há uma ideia, a

qual, neste caso, foi lançada pela Ordem dos Médicos, através do seu bastonário, Miguel Guimarães, como frisa Danielson Pina. “Depois existe todo um planeamento na definição da equipa de projeto, estratégia de desenvolvimento e forma de colocar em prática essa mesma ideia”, explica. A partir daí, há “um conjunto de ações, como por exemplo montar um protótipo para realização de testes”. Só após essa fase, e apenas quando os resultados obtidos são favoráveis é que se toma a decisão de desenvolver o produto. No caso do SYSVent OM1, com resultados positivos obtidos na fase de testes e uma boa performance de funcionamento, iniciou-se o processo de certificação de dispositivo médico. Apesar de já estarem habituados aos procedimentos de certificação a nível europeu, o engenheiro químico explica que nunca há certezas. O que a SYSADVANCE faz é assegurar-se que apresenta um dossier devidamente fundamentado e com todas as provas necessárias. “Não estávamos seguros da obtenção da certificação, mas estávamos extremamente confiantes”, o que se justificava pelos “resultados obtidos durante os testes de bancada, nos testes in vivo” e no próprio suporte documental pois “foram precisos mais de 300 documentos e 11 ensaios em 3 laboratórios acreditados para obtenção do certificado”.

Entre ideia e certificação, foi, naturalmente, preciso enfrentar e resolver vários desafios técnicos: “Tivemos que resolver bastantes dificuldades no desenvolvimento do equipamento. Tendo que escolher um dos grandes desafios, escolho o controlo da PEEP” (pressão positiva tele-expiratória), refere Danielson Pina, enaltecendo o resultado final: “Este ventilador distingue-se pela performance de grande qualidade, nomeadamente a sua precisão, robustez e fiabilidade, bem como a sua facilidade de utilização”. A fiabilidade e elevada performance devem-se, explica, “à elevada precisão que apresenta na medição dos parâmetros ventilatórios programados”. São precisamente essas as características que lhe permitem comparar favoravelmente com aparelhos idênticos produzidos noutros países. “Um dos requisitos para obtenção da marca CE era precisamente comprovar a não inferioridade face aos equipamentos existentes no mercado. Fizemos um estudo comparativo com um equipamento de topo [de uma empresa alemã líder a nível mundial na área de tecnologia médica] e os resultados obtidos foram surpreendentes, sendo que a diferença entre os parâmetros programados e valores medidos no SYSVent OM1 foi inferior à diferença verificada no equipamento da empresa alemã”.

Já com certificação europeia e em fase de produção e



O desenvolvimento do SYSVent OM1 foi um trabalho de equipa que envolveu profissionais de diferentes áreas

comercialização, como se sente Danielson Pina por ter contribuído para este desfecho tão positivo para o país? “Fica a sensação de dever cumprido e muito orgulhoso do resultado final obtido. Foi um momento histórico para Portugal, histórico para engenharia e para a medicina portuguesa”. Um momento histórico para o qual teve “o prazer de ter contribuído”.

O SYSVent OM1 é mais uma forma que a Ordem dos Médicos encontrou para contribuir para que o país possa sair desta pandemia, minimizando os efeitos da crise sanitária e reforçando quer o Serviço nacional de Saúde*, quer a capacidade produtiva do país e a sua independência estratégica.

* ver artigo na página 18 e 19 sobre o trabalho conjunto da Ordem dos Médicos, Ordem dos Farmacêuticos e Apifarma, na aquisição através do Fundo Todos Por Quem Cuida de dezenas de ventiladores para doação aos hospitais do SNS



Miguel Guimarães: “As vacinas salvam vidas, são seguras e eficazes.

A maior homenagem que podemos fazer ao caminho que a ciência e a medicina nos têm ajudado a percorrer desde sempre é termos zero rejeições à imunização, para que possamos continuar a alegrar-nos com zero mortes”.

@ Correio da Manhã, dia 29 de abril, depois de uma semana em que Portugal registou, pela segunda vez desde o início da pandemia, um dia sem vítimas mortais por SARS-CoV-2.



27 milhões
É o número de pessoas que, até ao dia 20 de abril, já tinham sido inoculadas com a segunda dose na União Europeia. Mais de 100 milhões já tinham até então recebido pelo menos uma dose da vacina.

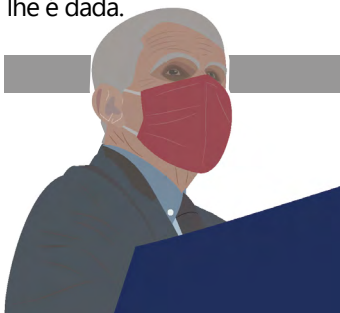
Hospital de São João implanta dispositivo que individualiza tratamento do Parkinson

O Centro Hospitalar Universitário São João, no Porto, implantou no dia 6 de abril um dispositivo médico num paciente com doença de Parkinson que, ao registar as ondas cerebrais associadas aos sintomas da doença, permite “individualizar o tratamento”. O neurocirurgião Rui Vaz, responsável pelo procedimento, explicou que “o dispositivo vai com o doente para casa” e quando o doente volta à consulta é possível rever o registo, melhorando assim “a estimulação” que lhe é dada.



Portugueses recuperaram confiança nos serviços de saúde e já procuram consultas

Nas últimas semanas de abril, a percentagem de portugueses que procuraram os estabelecimentos de saúde para marcarem consultas ficou muito próxima dos valores registados no verão de 2020: quase 80%. Um estudo da investigadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Carla Nunes, concluiu que as pessoas estão a recuperar a confiança nos serviços de saúde.



Anthony Fauci: “A rapidez e eficiência com que estas vacinas altamente eficazes foram desenvolvidas e o seu potencial para salvar milhões de pessoas, deveu-se a um esforço multidisciplinar que envolveu a ciência básica, pré-clínica e clínica. Estes desenvolvimentos estavam em andamento – fora dos holofotes – décadas antes da pandemia”.

@ Science Magazine, 9 de abril

VOX POP



Temos hoje, em Portugal, condições para a prática segura da telemedicina?

Infelizmente, não. Uma parte da população não tem ferramentas para que tal aconteça. A ideia ajudaria a que muitas pessoas não adiassem consultas médicas, mas a estrutura de saúde não tem uma rede viável e temos ainda uma população com cobertura de internet deficitária que não permite que a prática seja exercida em segurança.

Mariana Silva - Gestora de Clientes



Número de portugueses sem médico de família voltou a aumentar para mais de 860 mil

De acordo com os dados do Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde, 8,3% dos utentes inscritos no SNS não têm médico de família atribuído. Ao jornal ECO, o Ministério da Saúde disse que “os dados provisórios do final de março de 2021 revelavam que se encontravam inscritos 10.343.220 utentes no SNS, dos quais 9.443.903 com médico de família e 867.369 sem médico de família”. Existem assim mais portugueses sem médico de família agora quando comparado com o final de 2020, quando eram 835.658 aqueles que não tinham um profissional atribuído.



565 565 565
565 565 565
565 565 565
565 565 565
565 565 565

É o número de médicos que, em quase 6 anos, escolheram vagas com incentivos para trabalhar em zonas carenciadas. Um número manifestamente pequeno tendo em conta as necessidades e os objetivos do Governo. Os profissionais referem que os incentivos ajudam, mas não são determinantes para mudar de vida e que é preciso olhar para as zonas carenciadas como um todo, apostando em estratégias integradas, tal como a Ordem dos Médicos tem vindo a defender há vários anos.

Falta de solidariedade e “injustiça” na distribuição de vacinas contra a COVID-19

“Um bem público ao nível mundial”, é assim que António Guterres deseja que as vacinas sejam consideradas. O secretário-geral da ONU afirmou, em entrevista ao canal de televisão canadiano CBC, que o sistema de distribuição de vacinas é injusto e lamentou que os países mais ricos guardem doses acima das necessárias, não as partilhando com as nações mais pobres.



1 em cada 3 profissionais de saúde apresentam níveis severos de burnout



Um estudo recente da Universidade Portucalense mostrou que um em cada três profissionais de saúde apresentam níveis severos de burnout, esgotamento físico e emocional. Este é um desgaste que já existia anteriormente, mas que está a ser exacerbado pelos efeitos da crise pandémica.



A telemedicina veio responder a uma necessidade. No entanto, é preciso compreender as limitações do atendimento à distância. Portugal tem uma população envelhecida, surgindo assim entraves à utilização de um regime que não o presencial e, para os profissionais de saúde, a informação adquirida através de um simples telefonema é, muitas vezes, insuficiente.

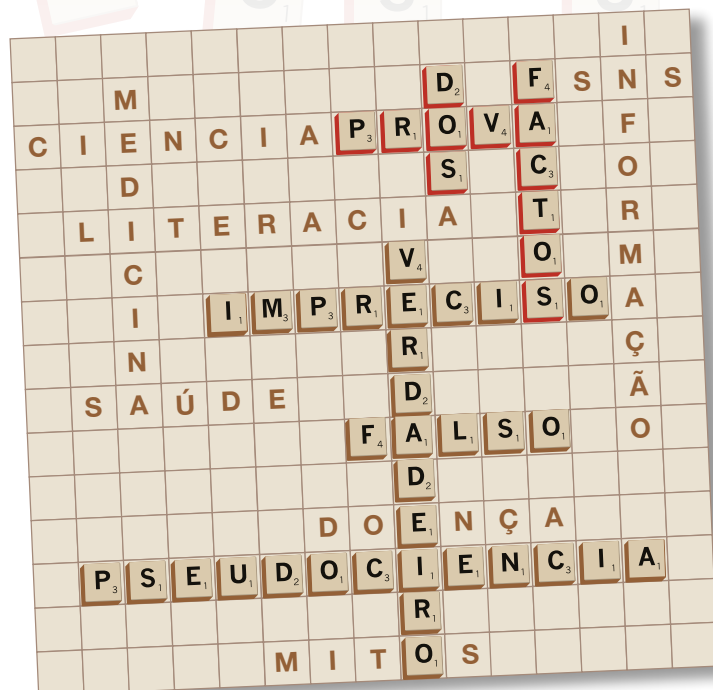
Rita Santos - Beauty Advisor

Temos condições para a prática segura de telemedicina, contudo não temos investimento suficiente. Devíamos apostar nas novas tecnologias de forma complementar e para não sobrecarregar os médicos, enfermeiros e auxiliares de saúde. A falta de investimento impossibilita usar a telemedicina de forma eficaz.

Sofia Ribas - Atriz



PROVA DOS FACTOS



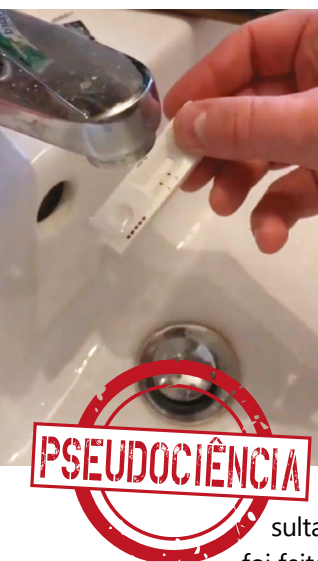
Vice-Almirante Gouveia e Melo disse que recusará a vacina contra a COVID-19 por ser perigosa

FALSO

Declarações proferidas pelo coordenador do plano de vacinação contra a COVID-19 em Portugal foram descontextualizadas nas redes sociais, dando a entender que Gouveia e Melo recusava a vacina por ser perigosa. O que o Vice-Almirante afirmou à Lusa, no dia 18 de março, foi o seguinte: "não tomarei a vacina enquanto não tiver a certeza de que grande parte dos portugueses, na sua maioria, estão vacinados". Esta frase foi enunciada no contexto da polémica que existiu em torno dos casos de pessoas que foram vacinadas primeiro que alguns grupos prioritários, passando à frente da "fila". É falso que o Vice-Almirante tenha considerado a vacina contra a COVID-19 como perigosa, tendo, pelo contrário e por diversas vezes, apelado à vacinação e defendido a segurança das vacinas que "salvarão milhares de vidas".

PESQUISA: FILIPE PARDAL

Água da torneira deu origem a resultado positivo em teste antígeno à COVID-19



Circulou nas redes sociais um vídeo que demonstra a utilização de um teste de antígeno à COVID-19, onde uma pessoa retira o teste diretamente da embalagem colocando-o debaixo de uma torneira. Depois de algumas gotas caírem diretamente no local apropriado para a amostra, surgem no dispositivo dois traços vermelhos, o que, na teoria, significaria um resultado positivo. Porém, o processo não foi feito corretamente. A amostra não passou pelo líquido que acompanha este tipo de testes e que tem como objetivo estabilizar o pH. Germano de Sousa explicou ao Polígrafo que "a água da torneira é uma água tratada com hipoclorito de sódio, que tem um pH mais ácido. O teste deve ser feito com pH entre os 7,5 e os 8". É pseudociência que a água da torneira tenha dado origem a um resultado positivo, já que o teste do vídeo foi realizado de forma incorreta, sem equilibrar o pH da amostra. Ao utilizar água como amostra, os componentes do teste são destruídos e daí resulta um falso positivo.

Cadáver com braços "a mexer" é prova de falsos óbitos por COVID-19 no Brasil

Se é verdade que o vírus SARS-CoV-2 é um dos maiores desafios do momento para o setor da Saúde em todo o mundo, é igualmente verdade que as publicações virais nas redes sociais são também um problema de saúde pública em alguns casos. Um vídeo, partilhado milhares de vezes, mostrava um corpo, num hospital brasileiro, a ser submetido aos cuidados pós-morte que, alegadamente, teria movimentado os braços. Lê-se na publicação que acompanha esta notícia falsa que teriam "dopado" a pessoa para ser possível criar mais uma farsa no que diz respeito aos óbitos por COVID-19. O site de notícias do Grupo Globo (G1) conduziu o fact-check do caso e, ouvindo responsáveis do Governo e médicos especialistas, concluiu que as imagens mostram "um movimento normal de gravidade" em que "os braços apenas escorregam", por estarem "para cima". Factos que, aliás, são vislumbráveis à luz de mera observação.

FALSO

Centros de saúde realizaram menos 11,4 milhões de consultas presenciais em 2020

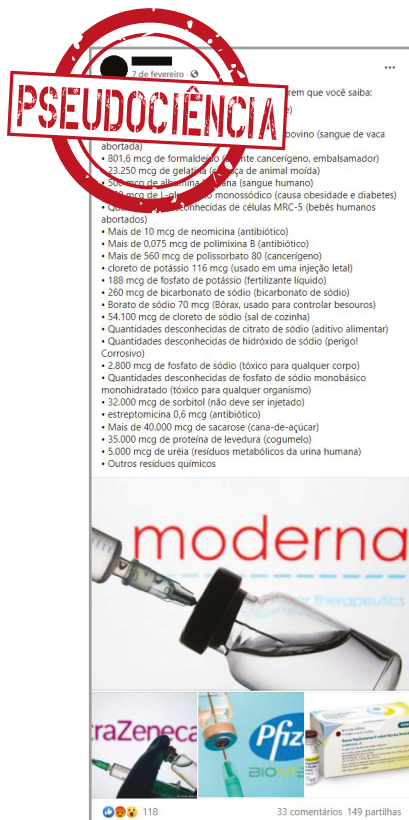
Os dados divulgados pelo Movimento Saúde em Dia, liderado pela Ordem dos Médicos e pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, não deixam dúvidas: é verdadeiro que os centros de saúde realizaram menos 11,4 milhões de consultas no ano passado, quando comparado com o ano de 2019. A análise feita pela consultora MOAI, a partir dos números oficiais do Portal da Transparência do SNS, indica igualmente uma "quebra acentuada" nos cuidados médicos presenciais nos hospitais, com menos 3,4 milhões de contactos em 2020, entre consultas, cirurgias e urgências. Miguel Guimarães alertou o Ministério da Saúde e os deputados de que "é fundamental apostar nesta situação" e que "não possível ficar parado mais um mês, dois ou três". Saiba mais sobre esta quebra no acesso ao SNS na página 8 e seguintes.



As vacinas contra a COVID-19 são tóxicas para o organismo e contêm sangue e carcaça animal

Uma publicação veiculada no facebook enumera cerca de 30 ingredientes das vacinas contra a COVID-19, alegando que são tóxicos para o organismo humano. Da lista apresentada, que contém, entre outras coisas, sangue e "carcaça animal", apenas cinco excipientes podem ser verdadeiramente encontrados nas vacinas aprovados em espaço europeu: cloreto de sódio, cloreto de potássio, hidróxido de sódio, polissorbato 80 e sacarose. Os cinco ingredientes listados efetivamente na bula das vacinas

podem ser, em quantidades muito elevadas, nocivos para o organismo. No entanto, uma dose de vacina corresponde a uma quantidade entre 0,3 a 0,5 ml de produto injetável (já depois de diluído) pelo que os excipientes estão presentes em doses baixas. Além do controlo rigoroso pelos reguladores, a pequena quantidade garante que não há toxicidade para o organismo humano. Ao jornal Observador, o investigador do Instituto de Medicina Molecular e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Joaquim Ferreira, garantiu que "a informação [da publicação em análise] não é correta relativamente à composição das vacinas ou ao eventual risco associado aos seus excipientes".



Ordem dos Médicos impedida de vacinar médicos que já tiveram COVID-19, de acordo com Norma da DGS em vigor em fevereiro e março

A Ordem dos Médicos coordenou, através do bastonário Miguel Guimarães, uma ação de vacinação para cerca de 4200 médicos que estavam a ficar para trás e que, de outro modo, não teriam sido vacinados ou seriam apenas mais tarde do que a prioridade o justificava. Esta primeira fase de vacinação correu de forma exemplar, com o sentimento por todo o país de enorme gratidão dos médicos que beneficiaram deste trabalho da sua Ordem, podendo assim continuar a tratar dos doentes com mais segurança. Infelizmente, a Ordem dos Médicos viu-se obrigada a seguir a Norma da DGS que impedia a vacinação de médicos que já tivessem contraído a doença COVID-19 anteriormente. Uma situação injusta e que Miguel Guimarães lutou para reverter. "A evidência científica vai no sentido de vacinar, com uma ou duas doses, consoante os casos, as pessoas que já estiveram doentes. Custa-me perceber a resistência da Direção-Geral da Saúde em alterar uma norma obsoleta e, sobretudo, muito injusta. Só Portugal e a Islândia estão nesta situação", reforçava, à data, o bastonário.

TEXTO: PAULA FORTUNATO

MÚSICA E MEDICINA:

ser duplamente feliz!



Aos 10 anos ganhou um concurso em que foi inscrito por acaso. No ano seguinte inscreveu-se novamente e voltou a vencer. Depois disso foram anos a tocar em saraus, na igreja, em bares e a fazer covers no YouTube. Anos em que não desistiu de trabalhar até ter a merecida oportunidade: no passado 14 de

fevereiro de 2021, dia dos namorados, aos 26 anos, Tiago Cardoso, médico interno no Hospital de Santarém, apresentou ao mundo o seu primeiro single: “Tiro ao Lado”, produzido pela editora Klasszik. Tiago Cardoso garante que ser músico e médico lhe permite ser duplamente feliz.

As primeiras vitórias musicais foram há 16 anos, mas, atualmente, a música tem uma companheira de peso: a medicina. Duas áreas que complementam a vida de Tiago Cardoso, interno de formação geral no Hospital de Santarém. Embora seja o primeiro músico profissional da família, “o amor pela música já se faz sentir há algumas gerações”, diz-nos, referindo o avô materno “que cantava ao desafio na ilha da Madeira”. Foi aos 10 anos de idade que acidentalmente descobriu a sua vocação musical: “participei, por engano, num concurso de karaoke na escola Básica de Cinfães e acabei por vencê-lo. A partir daí, as coisas foram surgindo naturalmente e o meu interesse pela música nunca mais parou de crescer”. A medicina é também partilhada em família pois tem uma irmã que é especialista em Medicina Geral e Familiar. Duas paixões importantes para o seu equilíbrio, mas bem diferentes quanto à responsabilidade que sente: “a responsabilidade a exercer medicina é a que me deixa mais ansioso. Nunca me perdoaria se deixasse perder uma vida ou a danificasse por uma desatenção ou incompetência”. Aliás, a escolha da medicina prende-se precisamente com o seu desejo de desempenhar um papel “historicamente respeitado e desafiante”. Porque, define, “ser médico é conhecer, ao mais alto nível, os mistérios do corpo humano e aprender a interpretar os sinais que podem antecipar um desequilíbrio fatal e salvar uma vida”. Então, de que matéria se constrói um bom médico? De humanismo, investigação e formação contínua, como nos explica Tiago Cardoso: “destacaria três qualidades básicas: responsabilidade, empatia e dedicação”. O médico deve, assim, procurar “a resolução de todos os problemas, contribuindo para o bem-estar dos seus pacientes”, ser “empático para que o doente se sinta sempre bem recebido e confortável” e “dedicado para que não se deixe desatualizar na sua ciência e continue a interessar-se pela busca de novos dados científicos”. Na música as qualidades que considera essenciais são humildade, espírito de sacrifício para manter os pés bem assentes na terra, e “nunca perder a noção do mundo real em que vivemos” e para “potenciar o talento e o brio”, “para que nunca se desleixe e lance sempre os melhores trabalhos possíveis”, explica demonstrando ser um perfeccionista. Foi precisamente isso que fez este ano, ao lançar o single “Tiro ao lado”. Esta primeira apresentação ao mundo – que fez depois de ter estado 12h de banco na véspera - representa “um sonho que

ESCOLHAS SEM EXPLICAÇÃO

Um hobbie além da música: Escrever poesia.

Melhor voz de sempre: Amália Rodrigues ou Freddy Mercury.

Um palco em que gostaria de atuar: Meo arena.

Um conselho inspirador:

O meu amigo Paul g (artista angolano), disse-me uma vez que seria insensato da minha parte pensar que numa primeira apresentação pública teria logo tudo com que sonhei. E que teria que continuar a lutar pelo meu sonho, mesmo depois de, em teoria, já o ter alcançado. Tinha toda a razão.



se concretiza”, mas também o silenciar de quaisquer dúvidas e, simultaneamente, uma antevisão do futuro. Depois de “anos a absorver os trabalhos dos grandes”, sente que agora chegou “a sua hora”. O single de estreia tem claras influências pop, mas também de kizomba e música de dança.

Embora para alguns o isolamento social tenha sido inspirador, para Tiago Cardoso foi o contrário e 2020 revelou-se um ano difícil a todos os níveis. “Para mim, é essencial viver para compor e a vida foi vivida a meio gás neste último ano, com bem menos intensidade e défice de relações interpessoais”, o que fez com que fosse “mais difícil compor com o sentimento à flor da pele”, como gosta de fazer. Embora não seja fácil equilibrar os dois mundos, e consciente de que “teria uma vida bem mais confortável e tranquila” se se dedicasse apenas a uma das áreas, diz-nos que, assim, tem “uma oportunidade única de ser duplamente feliz, duplamente recompensado, duplamente reconhecido”. “Enquanto tiver forças vou tentar ser tudo aquilo que quero ser e que o meu público e utentes merecem que eu seja”. Nem que para isso se tenha que esforçar a dobrar.

TIRO AO LADO



<https://www.youtube.com/watch?v=NcMSErMaSII>

ANA SALSELAS

Especialista em Imuno-Hemoterapia



A relevância da dádiva de sangue em tempo de pandemia

Apesar de já terem sido dados alguns passos, no âmbito da investigação científica, não é possível, ainda, produzir sangue humano, de forma artificial, para ser utilizado em rotina. Este facto confere uma grande relevância à colheita de sangue, em qualidade e quantidade, de forma a dar resposta aos desafios que as necessidades crescentes da evolução da Medicina vão colocando.

Do ponto de vista teórico, a transformação dos glóbulos vermelhos presentes nos grupos sanguíneos ABO em glóbulos vermelhos universais passa por um processo de remoção enzimática (*glicosidases*) dos distintos antígenos que definem estes grupos sanguíneos. No entanto, para Liu, Q. P. et.al., ainda faltam os ensaios clínicos que comprovem a eficácia e a inocuidade dos glóbulos vermelhos submetidos a este processo, transfundidos em seres humanos ⁽¹⁾.

Segundo dados do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) ⁽²⁾, embora, a partir de 2003, o número de doadores regulares de sangue tivesse vindo a aumentar significativamente, o consumo também seguiu essa tendência. São múltiplos os factores que contribuem para esta situação: o aumento da esperança média de vida, a realização de um número cada vez maior de cirurgias e transplantes, o crescimento do número de doentes crónicos e oncológicos e a crescente especialização da intervenção nas situações de emergência hospitalar e pré-hospitalar.

Com a ocorrência da Covid 19, constatou-se uma diminuição preocupante do número de doadores e, consequentemente, do nível das reservas de sangue de todos os tipos. Por esta razão, o IPST tem vindo a fazer apelos à dádiva de sangue, utilizando estratégias diversificadas, face às dificuldades acrescidas, da crise pandémica ⁽³⁾.

Neste contexto, torna-se indispensável incentivar e manter um funcionamento eficiente e de excelência dos serviços de recolha de sangue, tendo em vista suprir as necessidades e continuando a aumentar a motivação para a dádiva benévola, sem comprometer os critérios de qualidade e segurança ⁽⁴⁾.

O reconhecimento consignado na lei portuguesa e nas orientações europeias ⁽⁵⁾ de que "só a dádiva voluntária e não remunerada contribui para a obtenção de elevados padrões de segurança do sangue e componentes sanguíneos" ⁽⁶⁾ está em linha com o argumento que defende que a dádiva de sangue não deve ser mercantilizada para não comprometer a qualidade e a quantidade de um recurso comum, que deve ser colocado à disposição de quem dele necessite. A propósito desta questão, Louçã *et al* citam Richard Titmuss (2009) que sustenta que uma eventual ligação da obtenção do sangue aos mecanismos do mercado tenderia a comprometer o "ideal da fraternidade" que "exige a provisão de certos bens em comum, sem referência a doadores específicos e a sua distribuição com base em critérios de necessidade" ⁽⁷⁾. Este autor refere, ainda, como consequência

possível da mercantilização do sangue, o enfraquecimento das relações de solidariedade e a trivialização da dádiva, provocada pela introdução de incentivos monetários. Esta trivialização alteraria a essência do ato cívico da fraternidade que contém, em si próprio, a sua recompensa, bem como a quantidade, a qualidade e a segurança do sangue.

Estas reflexões remetem-nos para a importância da dádiva de sangue, benévola, regular e altruísta, cujo suporte é o dador que, através de um ato de consciência individual, de cidadania participada, de solidariedade e de valores de cultura, contribui para a sustentabilidade social das reservas de sangue para utilização terapêutica ⁽⁸⁾.

Com base nos resultados de um questionário realizado a dadores, sobre a motivação para a dádiva, o Manual de Gestão de Dadores ⁽⁵⁾ refere cinco fatores principais: altruísmo (preocupação com o outro); solidariedade (de todos para todos); capital social (cumprimento do dever de contribuir para o bem comum); reciprocidade (dar e receber); incentivos (melhoria da autoestima e compensações, tais como o rastreio de saúde e isenção das taxas moderadoras).

No processo da dádiva de sangue, o exame objetivo e a anamnese têm uma importância central na seleção dos dadores. Na avaliação da saúde do dador (exame objetivo) são utilizados parâmetros específicos (medição da tensão arterial, nível de hemoglobina digital, frequência cardíaca e peso). A recolha da informação para a realização da anamnese realiza-se através de uma entrevista, com o suporte de um questionário, cujas questões devem identificar qualquer risco de infeção para o recetor, resultante da história clínica do dador, estilo de vida, viagens para regiões endémicas e informação (muito sensível) de comportamentos de risco. Após a conjugação da análise dos dados do exame objetivo e da informação recolhida através da anamnese, procede-se à decisão da aptidão, suspensão ou eliminação do dador.

Em todo este processo, a entrevista com o dador tem um papel determinante. Para *Carl Rogers* (2009) ⁽⁹⁾ a qualidade da entrevista depende da relação estabelecida com o dador, que deverá ser uma relação de empatia e de confiança e com um suporte

A qualidade da entrevista depende da relação estabelecida com o dador, que deverá ser uma relação de empatia e de confiança e com um suporte deontológico e ético.

deontológico e ético. A qualidade desta relação deve ter, também, subjacente componentes de abertura e capacidade de comunicação, de compreensão, de aceitação e da consciência controlada das emoções. É, ainda, de grande exigência do ponto de vista do treino e da capacidade do profissional que conduz a entrevista, o que implica uma permanente atitude de autoavaliação e a melhoria contínua da relação médico-doente.

Estes requisitos, essenciais ao estabelecimento de uma relação profissional de qualidade, são indispensáveis para a realização da entrevista ao dador num espaço de acolhimento personalizado, empático e humanizado. Este contexto tem efeitos diretos na satisfação e motivação do dador, na maior fiabilidade da informação recolhida e na construção da imagem dos Bancos de Sangue como uma referência positiva, o local ao qual o dador se dirige para o ato solidário da dádiva benévola de sangue, um gesto ainda insubstituível e que é necessário multiplicar, para consolidar e ampliar a missão de salvar vidas.

Referências:

1. Liu, Q P. et al. Bacterial Glycosidases For The Production Of Universal Red Blood Cells. s.l. : Nature Biotechnology, 2007. Vol. 44, pp. 454-464.
2. Newsletter do IPS, nº 04. s.l. : Publicação Trimestral, Março de 2012.
3. Newsletter do IPST, IP. Outubro de 2020.
4. Circular Normativa N.º001-D/CN-IPST,IP/2020. 14 de setembro de 2020.
5. Bart, T. et al. Manual de Gestão de Dadores, Projecto Domaine, co-financiado pela UE. Holanda : Edição Wim de Kort, 2010.
6. Decreto-Lei nº 267/2007 de 24 de Julho. 2007.
7. Louçã, F., Caldas, J. C. Economia(s). Porto : Edições Afrontamento, 2009. pp. 240-241.
8. Nunes, António Robalo. Sanguini Parce Ut Optime, Poupar Sangue, Transfundir Melhor. 2011, Vol. 115, pp. 24-25.
9. Rogers, Car. Tornar-se Pessoa. Lisboa : Padrões Culturais Editora, 2009.

TIAGO COSTA FREITAS

Médico Interno de Medicina Geral e Familiar da USF Arca D'Água



SAOS ou perturbação do sono?

A ICPC (*International Classification of Primary Care*) foi criado pela WONCA (*World Organization of Family Doctors*) e publicado pela primeira vez em 1987 com a sua última revisão feita em 1998 (ICPC-2). Esta classificação foi criada para colmatar as falhas nos registos clínicos dos cuidados de saúde primários (CSP) e melhorar a prestação de cuidados com informação de qualidade, permitindo codificar motivos de consulta, diagnósticos ou problemas e procedimentos. Resumidamente, esta classificação está organizada numa estrutura simples de dois eixos em que um dos eixos tem 17 capítulos com um código de uma letra e o outro eixo constituído por sete componentes de dois algarismos. Os capítulos são organizados, grosseiramente, por sistema anatómico, por exemplo, o capítulo R corresponde ao sistema respiratório e o capítulo P à área psiquiátrica/saúde mental. Os componentes são organizados por assunto: sinais e sintomas, procedimentos diagnósticos e preventivos, medicação e tratamentos, resultados de exames, procedimentos administrativos, seguimento e outros motivos de consulta ou diagnósticos e doenças.

Não é de agora a dificuldade com que os médicos de família se deparam na classificação de doenças através da ICPC-2. São muitos códigos, muito abrangentes e pouco específicos. Ao longo dos meses nesta jornada do internato em Medicina Geral e Familiar, deparo-me com esta dificuldade. A dificuldade em colocar num mesmo código problemas de saúde algo distintos ou códigos que não especificam com certezas de que se trata. Uma codificação em especial tem causado recorrentemente dúvidas e despertado a atenção, o código P06 – Perturbação do Sono. Lendo isto, todos nós assumiríamos, corretamente, que se pudesse tratar de insónia, hipersónia, narcolepsia ou sonambulismo, mas poucos de nós colocaria aqui a apneia do sono ou SAOS (Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono). A SAOS é uma síndrome causada pelo colapso da via aérea superior durante o sono que

causa apneias e hipopneias com episódios de dessaturação e microdespertares que se repetem ao longo do ciclo de sono. Portanto, uma patologia mais próxima do foro orgânico respiratório do que do foro psicológico.

Isto traduz-se na prática clínica em alguma confusão e incerteza. Se analisarmos bem a ICPC-2, o código P06 encontra-se no capítulo "Psicológico" e no componente dos "Sinais e Sintomas". Ora, a SAOS é um diagnóstico e por isso deveria estar preferencialmente no componente dos Diagnósticos e Doenças. Explicando por outras palavras, o código P06 deveria estar preferencialmente no S do SOAP, destinada ao Subjetivo, relativo ao que o doente sente. A SAOS sendo uma entidade nosológica, deveria ser colocada no A do SOAP, destinada à avaliação, ao diagnóstico.

Até no estudo das listas de utentes, esta codificação por não ser específica, interfere com a programação de intervenções em saúde, nomeadamente aquando da avaliação dos indicadores de saúde no que toca à prescrição de hipnóticos e sedativos.

Quantas vezes na preparação da consulta estamos a rever os antecedentes e nos deparamos com o código P06? Quantas vezes o doente tem um diagnóstico de novo de SAOS, codificamos P06 e acabamos por ter de colocar em notas o diagnóstico correto? Isto é uma lacuna grave da ICPC-2, porque não é evidente para quem avalia e pode até induzir em erro. Não seria mais correto criar um código no capítulo R, dando à SAOS a dignidade de entidade nosológica autónoma?

A classificação em uso nos CSP deveria ser adequada à nossa atividade clínica, torna-la simplificada e, na minha opinião, a ICPC-2 merecia, sobre este assunto, uma revisão urgente.

Referências:

1. Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (Segunda edição) ICPC-2E V4.4 PT

FRANCISCA SILVA

Médica Interna no 4º ano de MGF na UCSP Celorico de Basto (ACeS Baixo Tâmega)



Síndrome Pós-COVID: o que esperar ao nível dos cuidados de saúde primários?

Já lá vão 12 meses desde que começamos a assistir à maior ameaça de saúde pública observada dos últimos tempos. A verdade é que o “novo” coronavírus oriundo da província chinesa de Wuhan rapidamente se disseminou pelo resto do mundo, tornando-se uma realidade assustadora para a maioria dos países. À medida da necessidade, cada país adquiriu as suas próprias estratégias no combate à doença e o sucesso individual foi estando de acordo com as medidas implementadas.

Um ano após o início da crise pandémica, vemos-nos agora mais iluminados pela luz da esperança que acompanha o complexo processo de vacinação a uma escala global. Intercorrências à parte, o cada vez mais curto percurso que temos pela frente no âmbito da vacinação parece mostrar-nos o fim tão esperado desta derradeira história.

Ainda que o cenário vá sendo progressivamente mais animador, para trás fica uma enormidade de pessoas que sofreram com a infeção, de forma mais ou menos sintomática na fase aguda. Independentemente da clínica da doença aguda, numa pequena porção de doentes temos vindo a assistir ao surgimento de sintomatologia diversa no período pós-COVID. Em Portugal, ainda não existem orientações neste âmbito, no entanto, recentemente os britânicos desenvolveram um algoritmo de atuação ao nível dos cuidados de saúde primários no sentido de proporcionar uma resposta a utentes com sintomatologia pós-infeção. De acordo com as entidades britânicas, a síndrome pós-COVID é uma doença multissistémica, podendo afetar até 10% dos infetados e a sua gestão implica uma visão holística do doente.

Embora não se conheçam as causas para esta problemática, alguns fatores são apontados como prováveis, nomeadamente a virémia persistente ou falta de resposta imunológica, recidiva, reinfeção, inflamação ou outras respostas imunes e ainda fatores mentais como stress pós-traumático. Clinicamente, os sintomas apresentados são variáveis, com destaque para a tosse, febre baixa e fadiga; outra sintomatologia também se tem evidenciado, como é o caso de dispneia, dor torácica, cefaleia, dificuldades neurocognitivas, mialgias, fraqueza, rash, alterações metabólicas, complicações tromboembólicas, depressão e outras alterações psiquiátricas.

Após exclusão de complicações agudas e comorbilidades associadas, os utentes devem ser orientados de forma pragmática e sintomaticamente, evitando a sobre investigação. Desta forma, estaremos a favorecer a importância da prevenção quaternária, tratando-se de uma característica fundamental da Medicina Geral e Familiar. A referenciação aos cuidados secundários e reabilitação é desnecessária na maioria dos casos e a melhoria dos níveis de energia e dispneia ocorre na generalidade dos utentes de forma gradual e espontânea.

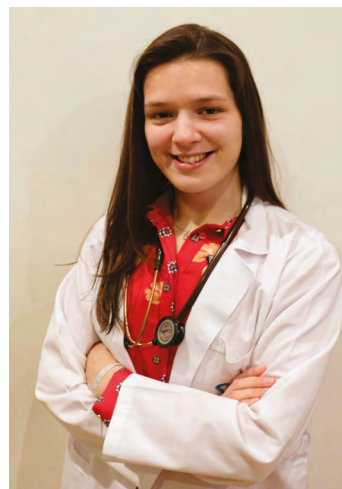
Embora a história natural de Covid-19 pós-aguda e crónica na comunidade seja ainda pouco conhecida, o papel do médico de família pode incluir a validação e monitorização de uma recuperação prolongada que preocupa e inquieta o utente.

Bibliografia:

Greenhalgh T., Knight M, A’Court C., Buxton M., Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. BMJ 2020;370:m3026

MARTA DUARTE GOMES

Médica interna de formação específica em MGF, USF Terras de Santa Maria (ACeS Feira/Arouca)



A máscara, os internos e a relação médico-doente

O uso de máscara devido à COVID-19 dificulta a comunicação entre médicos e doentes. Este problema é especialmente sentido pelos médicos internos de Medicina Geral e Familiar que estão ainda a tentar criar uma relação de confiança com os utentes, sendo a comunicação a pedra basilar para esse efeito. A necessidade de superação diária dos internos veio comprovar a sua capacidade de resiliência.

O SARS-CoV-2 chegou a Portugal em 2020. Rapidamente, passámos do ceticismo inicial e quase generalizado, à certeza de que estávamos perante um vírus imprevisível e potencialmente perigoso que tinha vindo para pôr à prova aquilo que sempre tomámos por garantido.

Volvido mais de um ano desde o início da pandemia, já muito se falou acerca do seu impacto no funcionamento do Serviço Nacional de Saúde e consequentemente nos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, mas o impacto na relação médico-doente também se revelou significativo.

Sou médica interna em Medicina Geral e Familiar e faço parte daquele grupo de médicos tantas vezes apelidados pelos utentes de “novinhos” e “estagiários”, cujo papel nem sempre compreendem bem. Uma grande parte das pessoas é uten-

te do seu Médico de Família há muitos anos, assim como já eram os seus pais e avós e agora, os seus filhos. Ao longo da vida, foi com ele que tantas vezes partilharam as suas dores, mas também momentos felizes, estabelecendo-se um vínculo único. E eis que no meio desta equação surgem os médicos internos... Sinto que desde o primeiro dia em que entrámos no Centro de Saúde, iniciámos um processo de conquista dos utentes do nosso orientador de formação, o que nem sempre é uma tarefa fácil. O uso obrigatório de máscara imposto pela pandemia tornou o estabelecimento desta relação ainda mais desafiante. Se não, vejamos...

Habitualmente, antes de cada consulta, verifico se há algum registo clínico anterior escrito por mim. Isto porque muitas vezes, através dele, consigo lembrar-me de quem é a pessoa. Contudo, nem sempre isso acontece. Nesses casos, à partida, bastar-me-ia olhar para o utente na sala de espera, para reconhecê-lo, mas devido à máscara, não é incomum eu não reconhecer utentes a quem já fiz consulta ou eles não me reconhecerem, sendo necessário voltarmos às apresentações iniciais, como se nos estivéssemos a ver pela primeira vez. As máscaras também dificultam a comunicação por diversos motivos. Elas diminuem a intensidade do som e precisamos de falar mais alto; a leitura labial que é feita enquanto observámos alguém a falar e que se assume como um importante complemento à comunicação, deixou de ser possível, sendo este facto

especialmente penalizador para os doentes com déficit auditivo que assim, têm ainda mais dificuldade em perceber o que dizemos; e a expressão facial, importante componente da linguagem não verbal passou a estar quase totalmente escondida. É maioritariamente através da mímica facial que conseguimos mostrar ao doente que estamos a ouvi-lo e que nos preocupamos e que também podemos interpretá-lo para além das suas palavras, recolhendo dados importantes para a anamnese, nomeadamente no que concerne ao seu estado anímico.

Estes são apenas alguns dos obstáculos à relação médico-doente trazidos pelo uso das máscaras, mas a pandemia trouxe muitos outros e todos eles se somaram às já normais dificuldades sentidas pelos médicos internos na construção da mesma. Torna-se necessário reconquistar a confiança dos utentes, o que é particularmente importante no âmbito da Medicina Geral e Familiar devido à longitudinalidade dos cuidados,

...A pandemia trouxe muitos [obstáculos à relação médico-doente trazidos pelo uso das máscaras] e todos eles se somaram às já normais dificuldades sentidas pelos médicos internos na construção da mesma. Torna-se necessário reconquistar a confiança dos utentes...

mostrando que também somos capazes de gerir a sua situação clínica, sempre com o apoio do nosso orientador de formação. Se dúvidas existissem acerca da capacidade de enfrentar desafios e da resiliência dos médicos internos, estes novos tempo vieram esclarecê-las.



DIOGO MODERNO DA COSTA

Ex-Elemento da Equipa COVID Agenda Teste da ARS Centro

Médico Interno de Medicina Geral e Familiar, USF Cruz de Celas, ACeS Baixo Mondego



Equipa COVID Agenda Teste cooperação em tempos de pandemia

A Equipa COVID Agenda Teste foi criada em março de 2020 pela ARS Centro durante a fase de Mitigação da pandemia COVID-19, época de grandes limitações na testagem para o SARS-CoV-2.

A equipa constituída inicialmente por 2 Médicos Especialistas e 9 Médicos Internos de Medicina Geral e Familiar, surgiu com o objetivo de melhorar o processo de pedidos e agendamento de testes, melhorar a articulação com as equipas de colheita e posteriormente receber e processar os resultados. A Equipa colaborou na adaptação de uma plataforma informática designada por Wow Covid numa parceria com a Critical Software, através da qual, médicos de Medicina Geral e Familiar e de Saúde Pública podem solicitar a realização do teste. Nas equipas de informatização de processos é essencial existirem elementos do grupo profissional dos utilizadores dos novos sistemas informáticos, para conferir ao projeto a perspetiva de quem se encontra no terreno e facilitar a comunicação.

Não sendo uma equipa exclusiva de organização e planeamento, mas também de ação, coube-lhe contactar o utente, realizar o agendamento e fazer etiquetagem para aplicação nos Kits de colheita. Uma vez recebidos os resultados, estes eram introduzidos na plataforma de modo a serem vistos pela unidade de saúde prescritora ou Saúde Pública.

Ninguém pensa enfrentar uma pandemia durante a vida, enquanto profissional de saúde ou enquanto Médico Interno. A esta Equipa foi exigida capacidade de gestão do circuito de testes SARS-CoV-2, tendo de desenvolver competências também na gestão de expectativas de utentes e profissionais. O contacto telefónico diário com dezenas de cidadãos permitiu conhecer a ansiedade dos utentes em isolamento. Por outro lado, conhecemos o ponto oposto, da organização e decisão, percebendo o quão difícil é a gestão de recursos e definição de estratégias, mais ainda em pandemia. A responsabilidade incumbida neste período caótico fez desenvolver em cada um várias aptidões importantes para a prática profissional e pessoal.

A visão, a proatividade e a disponibilidade dos Médicos Internos são uma mais valia no Serviço Nacional de Saúde e foi, de facto, uma mais valia nesta Equipa que enfrentou o desconhecido, saiu da sua zona de conforto e “lançou mãos à obra” numa árdua e exigente tarefa completamente distinta de tudo o que havíamos feito nestes, ainda escassos, anos de prática clínica.

Em funcionamento desde março de 2020, a Equipa original foi renovada, encontrando-se ainda em atividade.

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

Nesta rubrica contamos com a apresentação de dois projetos: i) Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos do Planalto Mirandês e da Terra Fria e ii) Avaliação geriátrica peri-operatória para doentes oncológicos em idade geriátrica: pGA>70.

Projeto #3

Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos do Planalto Mirandês e da Terra Fria



Os cuidados paliativos são “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, como principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e no tratamento rigoroso da dor e outros sintomas físicos, mas também psicossociais e espirituais.” Lei de Bases de Cuidados Paliativos, Lei nº 52/2012 de 5 de setembro

Por Duarte Soares e Liseta Gomes
Especialistas em Cuidados Paliativos; Presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e diretora do Departamento de Cuidados Paliativos da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), em Bragança, respetivamente.

Área de abrangência:



- UCP Consulta Externa
- ★ ECSCP Terra Fria
- ★ ECSCP Planalto Mirandês
- ★ ECSCP Alfândega da Fé
- UCP Internamento
- ◆ EIHSCP

Apresentação

O projeto “Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos (UDCP) do Planalto Mirandês e da Terra Fria” funciona na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) como Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). A ULS Nordeste tem um Departamento de Cuidados Paliativos dotado de diferentes tipologias de cuidados organizados em rede: Unidade de Internamento na Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros, Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) nas Unidades Hospitalares de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela, duas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (a ECSCP do Planalto Mirandês – Miranda do Douro, Mogadouro e Vimioso; e a ECSCP da Terra Fria – Bragança, Macedo de Cavaleiros e Vinhais), Consulta Externa na Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros e o Hospital de Dia nas Unidades de Bragança e Macedo de Cavaleiros.

(nortemédico) – Como nasceu este projeto?

Os Cuidados Paliativos começaram no Nordeste Transmontano em novembro de 2009, com a inauguração da Unidade de Internamento, sendo à data responsável pelo projeto a Dra. Teresa Ramos, a quem os Cuidados Paliativos muito devem pelo seu esforço e dedicação. A implementação das ECSCP surge através de candidatura a projetos financiados pela Fundação Calouste Gulbenkian em parceria com Câmaras Municipais e Santas Casas da Misericórdia. Em fevereiro de 2010 iniciou funções a UDCP do Planalto Mirandês pela mão determinada da Dra. Jacinta Fernandes. Já em 2014 o projeto da Terra Fria, idealizado pelo Dr. Duarte Soares, é levado ao terreno por uma equipa multidisciplinar entusiasmada e trabalhadora. A EIHSCP inicia atividade em 2013. A Consulta Externa e o Hospital

de Dia passaram, em 2014, a constituir mais uma resposta para doentes em ambulatório.

Quem são os responsáveis/intervenientes na sua organização?

As equipas multidisciplinares das diferentes tipologias contam com a disponibilidade de um médico, um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social. No internamento dispomos ainda do apoio de um educador social, fisioterapeuta, nutricionista, psiquiatra e de fisiatria. Salienta-se que a equipa médica, além das valências referidas, tem o apoio de profissionais da área de Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Oncologia e de Cirurgia. Estes diferentes olhares sobre a doença e o doente permitem melhorar o cuidado na terminalidade.

Qual é o público-alvo?

As Equipas Comunitárias dão resposta a uma população de aproximadamente 77.643 habitantes, com um índice de envelhecimento superior a 300, num território disperso, de baixa densidade populacional e com maus acessos viários, já contabilizam acima de dez mil consultas e muitos milhares de quilómetros percorridos. Continua a ser objetivo desta ULSNE alargar a ação das equipas comunitárias à região sul do distrito de Bragança e garantir a cobertura domiciliária em permanência. A sua concretização permitirá cumprir integralmente a nossa missão de prestar cuidados a doentes paliativos, na sua casa, apoiando os seus familiares e cuidadores, sempre que este seja o desejo do doente e da sua unidade familiar/unidade cuidadora. Permitirá simultaneamente desalojar dos hospitais de agudos, doentes para os quais não estão vocacionados.

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

Os Cuidados Paliativos centram-se na importância da





dignidade da pessoa doente, vulnerável e limitada. Este é o princípio norteador do nosso trabalho. Tão simples: humanizar é apenas relacionar-se. Este princípio é simples, complicado é organizar equipas multidisciplinares. É preciso espaço físico adequado, viaturas, material e dispositivos médicos, ajudas técnicas, recursos humanos com formação. Para podermos organizar esta estrutura foi necessário desmontar a relação médico-doente e envolver na relação de cuidado todos os outros intervenientes, como psicólogos e assistentes sociais. Isto obrigou a revolver mentalidades nas instituições de saúde e na comunidade. Tivemos de compreender que estar bem até ao fim, carece de cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Qual foi o seu impacto na comunidade médica e sociedade em geral?

A sociedade percebeu que a medicina curativa tinha limites. O conceito indefinido de medicina de acompanhamento veio dar lugar a cuidados diferenciados de suporte para doentes com doença progressiva e incurável. Neste momento, a chegada das nossas viaturas às populações constitui uma visita de esperança e já não um presságio de morte. No entanto, suportar estruturas que tiveram origem em projetos piloto, corre o risco de enraizar a utopia e não dar o salto que lhe permita enraizar na realidade. Todas as tipologias de cuidados paliativos precisam ainda de muita atenção e monitorização, por parte dos dirigentes

que servem este país, para se afirmarem como realidades sustentáveis. As ECSCP, na maior parte dos casos, começaram num contexto exterior aos serviços de saúde. E se o conceito de uma medicina não curativa já foi adotado nestes serviços, a suspensão dos financiamentos externos veio criar a necessidade de institucionalizar estas equipas.

Como foi divulgado? Quais eram as expectativas?

Desde início, a divulgação foi feita dentro da ULSNE, nas instituições públicas parceiras, na comunidade em geral, por testemunho direto e através dos órgãos de comunicação social. Se inicialmente os doentes nos chegavam através de circuitos pouco ortodoxos, através de autarcas que conheciam casos sociais gravíssimos, de carências a todos os níveis, de miséria física/psíquica/social, hoje a referência já ocorre essencialmente a partir de serviços de saúde, pelos canais padronizados.

Qual é a vossa opinião sobre esta nova iniciativa do CRNOM?

Acreditamos na quimera, acreditamos que esta iniciativa do CRNOM será um incentivo ao enraizar das sementes, que as parcerias referidas acima lançaram no território do Nordeste. Queremos estar no caminho dos doentes que de nós precisam e que nos permitam reformular frases como a que um dia um doente nos disse: "Já não sou eu que vivo... É a vida que passa por mim".



Projeto #4

Avaliação geriátrica peri-operatória para doentes oncológicos em idade geriátrica: pGA>70

Apresentação

O projeto “Avaliação geriátrica peri-operatória para doentes oncológicos com idade igual ou superior a 70 anos - pGA>70” foi o vencedor do concurso hospitalar “60 Anos, Novas ideias”, uma edição comemorativa dos 60 anos do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no início de 2020. Esta iniciativa inédita possibilitou que uma ideia individual, uma necessidade sentida na prática clínica diária, apresentada como uma proposta de melhoria dos cuidados (onco) geriátricos peri-operatórios fosse transposta, por vontade e insistência do Conselho de Administração do CHUSJ, num projeto institucional coletivo e pluridisciplinar, no apoio personalizado e coordenado ao doente oncológico em idade geriátrica. A pandemia de COVID-19 transtornou a programação inicialmente idealizada e só no 2º semestre de 2020 foi possível criar um grupo de trabalho e, sem encargos financeiros acrescidos, começar a implementar na prática clínica hospitalar o programa pGA>70.

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

(Fernando Osório) – Resumidamente, aquando do diagnóstico de doença oncológica num doente em idade geriátrica, o primeiro passo será aplicar a ferramenta de rastreio de fragilidade “G8”, muito simples, rápida e exequível na prática clínica. Já devidamente validada e com sabido impacto prognóstico, permite distinguir o doente resiliente (“fit”) que poderá ser submetido ao tratamento oncológico standard, do doente “frágil” que necessitará de uma avaliação geriátrica mais completa e uma eventual adaptação do seu tratamento. No doente “frágil”, serão identificadas, avaliadas e corrigidas, sempre que possível, as vulnerabilidades fisiopatológicas limitantes, através de um grupo de suporte inter e

Por Fernando Osório
Especialista em Cirurgia Geral/Centro de Mama
e Assistente Hospitalar Graduado
do Centro Hospitalar Universitário
de São João (CHUSJ), Porto





multidisciplinar, que se pretendeu abrangente, antes da decisão terapêutica na reunião de grupo oncológico. Não há propriamente uma inovação pois já é, há muitos anos, uma recomendação de inúmeras sociedades científicas. Há sim o propósito de implementar na prática clínica, no CHUSJ, uma avaliação geriátrica compreensiva (CGA, em inglês), multidimensional, que garanta uma melhor e mais personalizada abordagem assistencial no doente oncológico em idade geriátrica.

Quem são os responsáveis/intervenientes na sua organização?

No 2º semestre de 2020, o objetivo foi criar uma equipa pluriprofissional, que inclui vários serviços hospitalares e diferentes especialidades médicas. Criamos ainda uma metodologia operacional, centrada no doente (oncológico) frágil, que interligasse todas as valências clínicas indispensáveis, já existentes no CHUSJ, com a exceção da Geriatria.

O 1º interveniente será cada médico assistente, na 1ª consulta médica de cada unidade funcional/serviço clínico, que dará o 1º passo, aquando do diagnóstico de doença oncológica num doente com idade igual ou superior a 70 anos, com a aplicação da ferramenta de rastreio de fragilidade "G8". Se o doente tiver uma pontuação ≥ 15 é considerado "fit", não frágil e, deste modo, será candidato ao tratamento oncológico "standard", baseado nos protocolos terapêuticos estabelecidos por cada grupo oncológico. Já se for ras-

treada fragilidade (pontuação < 15), cada doente será referenciado a uma estrutura transversal denominada CGA, que compreende 2 níveis de suporte: um 1º nível interdisciplinar, onde os doentes frágeis serão abordados por uma equipa coordenada, que irá confirmar, medir e quantificar a fragilidade através de uma série de escalas padronizadas que possibilitarão uma avaliação funcional multidimensional – psicológica, cognitiva, motora, nutricional e social, bem como a identificação de co-morbilidades limitantes e polimedicação. Conseguir-se-á um diagnóstico das vulnerabilidades, uma previsão do seu prognóstico e do seu consequente impacto no tratamento oncológico. Também serão, desde logo, iniciadas as intervenções de reabilitação entendidas por convenientes, privilegiando a sua concertação num mesmo momento para o doente, minimizando deslocações repetidas ao hospital ou propondo-lhe avaliações à distância, por telefone, ou mesmo no seu domicílio. E um 2º nível multidisciplinar, um suporte mais diferenciado da CGA, que inclui o contributo de diferentes especialidades médicas, sempre que for necessário corrigir vulnerabilidades específicas e limitantes do tratamento oncológico e consegui-lo num período temporal curto que não limite os "timings" do tratamento oncológico.

Qual é o público-alvo?

Os doentes com idade igual ou superior a 70 anos a quem é diagnosticada uma doença oncológica no

CHUSJ. Numa primeira fase, avançamos com as doentes com cancro da mama, com as quais já trabalhamos neste grupo etário desde 2014. Estamos agora a iniciar a sua implementação nos doentes com tumores do esófago e estômago. Depois queremos alargar o suporte geriátrico a todos os tumores digestivos, bem como aos tumores hematológicos, para no futuro o generalizar a todos os doentes oncológicos.

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

Sem dúvida. Há que repensar a abordagem ao doente idoso a quem é diagnosticado um cancro. Há que evitar o estigma da idade cronológica. Há que melhorar a comunicação clínica com o doente idoso (e a sua família/cuidador), explicar-lhe o diagnóstico, o prognóstico e o impacto dos diferentes tratamentos na sua qualidade e tempo de vida, há que conhecer e respeitar as suas convicções e diretivas antecipadas de vontade. Mas há também que conhecer melhor a sua fisiopatologia, a sua idade “biológica”, o seu estado cognitivo e nutricional, a sua mobilidade, as comorbilidades, a polimedicação, ou seja, conhecer a sua resiliência ou, pelo contrário, a sua fragilidade, até no contexto familiar e social. É consensual na literatura a imperiosidade de aplicar na prática clínica diária uma avaliação geriátrica multidisciplinar nos doentes propostos para tratamento oncológico. Sabemos que o doente idoso tem uma maior morbi-mortalidade pós-operatória. Daí ser fundamental prever, antecipar e minimizar possíveis complicações operatórias, através duma cuidadosa avaliação e suporte peri-operatório. Que, por outro lado, até nos permite ousar soluções inovadoras como a que estamos a preparar que é entender a cirurgia de ambulatório no cancro da mama (que já é uma rotina no CHUSJ) a doentes com mais de 80 anos. Poder-se-á assim, em casos selecionados e com segurança para todos os intervenientes – cirurgia, anestesista, doente, família – minimizar as potenciais complicações cognitivas dum internamento hospitalar num doente idoso. Outro preconceito a evitar é o da doença oncológica ser menos agressiva no doente idoso. Há que evitar o subtratamento no idoso, pois poderá ter impacto na sobrevivência e na qualidade de vida. Daí uma avaliação geriátrica personalizada, prévia à discussão terapêutica no grupo oncológico,

ser essencial para saber propor o tratamento oncológico mais adequado ou, se necessário, saber adaptá-lo. No limite, ter fundamentação para oferecer apenas um tratamento de suporte.

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

Esperamos contribuir para uma reflexão sobre o necessário apoio multidimensional a um crescente subgrupo etário com uma fisiopatologia mais vulnerável. Tivemos nas últimas décadas um significativo aumento da esperança de vida e um consequente aumento da prevalência da doença oncológica, uma doença associada ao envelhecimento. Por outro lado, a evolução da sociedade, da vida familiar e do estatuto económico do país trouxe, sobretudo nas grandes cidades, um maior número de idosos dependentes, que vivem sozinhos em condições socioeconómicas não ideais. Será indispensável dedicar, na área social e nas instituições de saúde, uma atenção a práticas há muito implementadas noutros países, sobretudo naqueles em que a Geriatria, como especialidade médica, é uma realidade. Concretamente, na doença oncológica em doentes com idade acima dos 70 anos há que desmistificar, adaptar e melhorar o seu diagnóstico e tratamento. Há que minimizar barreiras ao diagnóstico.

Como será divulgado? Quais são as expetativas?

Temos tido o apoio institucional do CA do CHUSJ e contado com a excelência clínica dos múltiplos profissionais e serviços envolvido. Estamos a procurar criar o indispensável espírito de corpo e motivação académica essencial ao bom funcionamento de uma nova estrutura funcional multidisciplinar e, sobretudo, temos apreciado a enorme receptividade dos nossos doentes (e seus familiares/cuidadores), a quem temos proposto o nosso programa pGA>70. Posto isto, as nossas expetativas com o programa pGA>70 no CHUSJ são corresponder às boas práticas recomendadas internacionalmente na área da geriatria oncológica.

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

Excelente. Gostei muito de ler a primeira reportagem desta iniciativa do CRNOM e assim poder conhecer boas ideias a bem dos doentes, que são aplicadas nos nossos hospitais.

AI business hub

iscte – Executive Education

Webinar
13 maio | 18h00

A Inteligência Artificial na Gestão de Pandemias



REGIÃO SUL



**Alexandre
Valentim Lourenço**

Presidente do Conselho
Regional do Sul da
Ordem dos Médicos



**Bernardo
Pinto**

Head of AI
Business Hub



**Paula
Vasconcelos**

Assistente graduada de
Saúde Pública
Exerceu várias funções
a nível nacional e
internacional



**Hugo
Monteiro**

Médico de Saúde
Pública a trabalhar no
Dept. de Estudos e
Planeamento da ARS
Norte

Com o Apoio:



Situação preocupante no Hospital de Setúbal

Os diretores de serviço e de unidade do Centro Hospitalar de Setúbal solicitaram à Ordem dos Médicos apoio para os seus anseios de melhoria da qualidade assistencial naquela unidade. O Conselho de Administração tem recebido mal as iniciativas destes médicos, que consideram a situação no hospital preocupante, com a perda de médicos e de valências.

Assim, o bastonário, o Conselho Regional do Sul e o Conselho Sub-regional de Setúbal organizaram uma reunião com os diretores de serviço e de unidade, que decorreu na Ordem dos Médicos, em Lisboa, no dia 26 de abril, ao fim da tarde.

O encontro decorreu com muitas presenças físicas, no auditório da Ordem, e ainda com participações online de vários dos diretores.

Os responsáveis de serviço, sem exceção, e o próprio diretor clínico tinham apresentado à Administração uma moção aprovada numa reunião entre todos

em que contestam a falta de resposta às necessidades de requalificação do hospital de nível C para nível D e a melhoria dos serviços e da qualidade assistencial, que se tem degradado ao longo dos anos com a saída de muitos médicos e a perda de valências.

Na reunião que decorreu na Ordem, os diretores de serviço e de unidades voltaram a lamentar que o Centro Hospitalar não tenha capacidade de gerar a atratividade necessária e a falta de renovação de quadros médicos, que vai levar, a curtíssimo prazo, ao colapso.

O presidente do Conselho Sub-regional do Sul da Ordem dos Médicos recordou que a reunião foi marcada pelo Conselho Regional do Sul num contexto de graves deficiências assistenciais, que conduziu "a uma posição coletiva de os cerca de 50 diretores de serviço, com o apoio do diretor clínico".

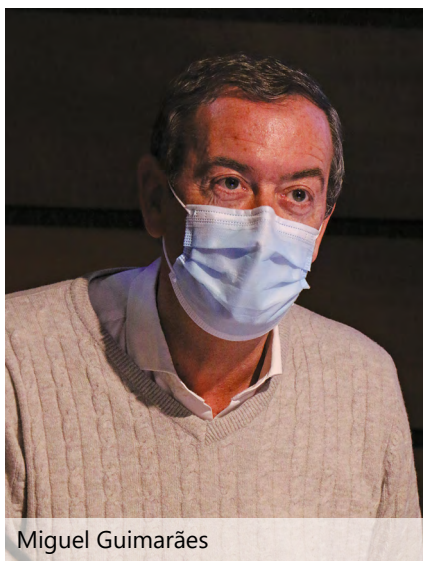
Daniel Travancinha elencou problemas como a necessidade de reclassificação, "prometida há muito e

Alexandre Valentim Lourenço, Miguel Guimarães e Daniel Travancinha reuniram-se com os diretores de serviço e de unidade do Centro Hospitalar de Setúbal no auditório da Ordem dos Médicos, no dia 26 de abril





Alexandre Valentim Lourenço



Miguel Guimarães



Daniel Travancinha

que impede a introdução de especialidades ou serviços essenciais" ou o propalado encerramento do Hospital do Outão, para aí criar uma unidade hoteleira.

O presidente do Conselho Regional do Sul considerou que a razão assistia aos médicos presentes e que "a posição do diretor clínico deve ser reforçada", uma vez que a Administração tem optado por fazer ameaças veladas perante as propostas apresentadas.

Alexandre Valentim Lourenço defendeu ser "muito importante que a visão clínica prevaleça", em detrimento de visões que não são do interesse das populações nem dos profissionais, pelo que, garantiu, nessas circunstâncias, que "a Ordem dos Médicos estará sempre ao lado dos médicos", que devem manter as suas posições na defesa da melhoria da qualidade dos serviços e do reforço no número de médicos nestas unidades que têm sofrido com a falta de atratividade.

No final da reunião, em declarações à comunicação social, o presidente do Conselho Regional do Sul elogiou as posições que os diretores de serviço têm tomado e advertiu que, "face às condições em que os médicos exercem, o hospital pode estar em risco de perder as equipas que garantem a qualidade dos cuidados de saúde que presta aos utentes".

Alexandre Valentim Lourenço sublinhou que, depois de ouvidos os médicos, "a Ordem verificou que a atitude é generalizada e que os problemas atingem todos os serviços, que vão da Oncologia aos Cuidados Intensivos ou à Ortopedia" e avisou que se o hospital não beneficiar da reclassificação que os diretores de serviço defendem é provável que "perca ainda mais os profissionais que lá trabalham".

Os profissionais "há mais de dez anos que reclamam por melhores condições" e o que pretendem "é que os serviços respondam às necessidades da população, numa zona é muitas vezes prejudicada e com baixa situação social", disse o presidente do Conselho Regional do Sul.

O Bastonário assegurou, por seu turno, que a iniciativa do diretor clínico do Centro Hospitalar de reunir-se com os colegas diretores de serviço e apresentar uma moção à administração "não é ilegal" e até defendeu que as direções clínicas "podem e devem reunir-se e ouvir os diretores de serviço".

Miguel Guimarães referiu que a Ordem está disposta "a ir até onde for necessário na defesa dos valores dos médicos e do interesse dos doentes".

O bastonário informou os presentes que a Ordem dos Médicos iria escrever à ministra da Saúde e ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e à Comissão Parlamentar de Saúde, "onde alguns destes médicos já foram ouvidos", para que sejam dadas as respostas que os diretores de serviço exigem.

"As novas instalações do Centro Hospitalar de Setúbal já andam a ser faladas há muitos anos e depois as coisas ficam paradas", disse Miguel Guimarães, que advertiu: "De uma vez por todas temos de pôr estas coisas a andar para a frente".

As preocupações de Miguel Guimarães foram também transmitidas à comunicação social no final da reunião. "Os médicos estão muito preocupados", porque "estão há muitos anos a lutar pelos seus doentes, a quererem o melhor para Setúbal e para a população", afirmou, lamentando que não haja consequências da sua luta.

Contratualização nos CSP precisa de melhorar

A contratualização é uma marca da reforma dos Cuidados de Saúde Primários e do processo de criação das USF, mesmo tendo começado a fazer-se ainda antes. Mas vários aspetos deste modelo têm sido contestados ao longo dos anos sem que haja repercussões nem mudanças.

Este ano, o atraso na emissão do documento da ACSS, que também praticamente ignorou a situação pandémica, com forte repercussão na atividade dos CSP, levantou um coro de críticas e a desaprovação generalizada de médicos e de organizações sindicais e de especialidade.

Sobre os problemas que o atraso na emissão do documento provoca e as fragilidades do modelo, ouvimos três especialistas de MGF, o presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), Nuno Jacinto, a vogal do Conselho Regional do Sul e professora universitária Isabel Santos e Mónica Fonseca, que é membro do Conselho Regional de Lisboa Cidade da Ordem dos Médicos e assessora do colégio de MGF. Todos defendem mudanças no modelo e nas práticas e lamentam os atrasos inaceitáveis.

Os três especialistas referem justamente a falta de envolvimento dos profissionais e a falta de diálogo como um dos problemas a que urge pôr termo. Isabel Santos, por exemplo, considera que o processo “segue o modelo centralista, hierárquico e burocrático de comando-controlo, em cascata, que justamente este processo dizia querer mudar”.

Quanto aos atrasos, particularmente o deste ano, Isabel Santos não dá provimento às explicações da tutela. Diz a especialista que “a pandemia nos apanhou a todos de surpresa, mas vem desde março de 2020. Logo nessa altura, o Colégio de Medicina Geral e Familiar, tendo a perceção do impacto na forma como estavam organizados os serviços e na forma de prestação e também no confinamento da população, pediu de imediato que se cancelasse a contratualização”.

Nuno Jacinto tem posição semelhante. Para o presidente da APMGF, “o processo de contratualização

acontece sempre fora de prazo” e a norma é estar-se “sempre a contratualizar muito para além daquilo que era desejável, em vez de ser em janeiro ou fevereiro, faz-se em abril, maio, setembro”. E recorda que se chegou “a assinar cartas de compromisso em outubro para algo que tinha sido negociado muito tempo antes”.

Já Mónica Fonseca, que faz parte da equipa de uma USF da capital, segue as críticas dos colegas quanto à falha na emissão do documento para 2020-2021. A especialista e dirigente do Conselho Sub-regional de Lisboa Cidade aponta “os atrasos recorrentes do documento” como a normalidade e recorda a contradição com aquilo que é definido pela própria ACSS, “que este ano até refere que esse documento orientador deve ser emitido em outubro, para se conseguir contratualizar a tempo para o ano seguinte”.



A norma é estar-se sempre a contratualizar muito para além daquilo que era desejável, em vez de ser em janeiro ou fevereiro, faz-se em abril, maio, setembro

Nuno Jacinto, presidente da APMGF



A maioria dos indicadores, para não dizer a totalidade, não tem validação técnico-científica adequada quanto ao valor indicativo para o que dizem querer medir

Isabel Santos, vogal do Conselho Regional do Sul

Indicadores não traduzem ganhos em saúde

E se o problema dos atrasos não tem tido solução e se agravou este ano, a questão dos indicadores e da sua dimensão prática é muito contestada pelos três especialistas.

A verdade, refere Nuno Jacinto, é que “continuamos a estar muito preocupados com a questão dos indicadores, do desempenho, muito preocupados com metas, e os planos não são aqueles planos para três anos de que se falava e em que basicamente nos devíamos focar”.

Mónica Fonseca, por seu turno, sustenta que se trata de “um processo feito de forma igual para todos, embora as equipas sejam diferentes, as comunidades sejam diferentes e os problemas de cada unidade também o sejam”.

Na prática, considera, “alguns indicadores não fazem sentido e outros revelam falta de evidência, nomeadamente na definição da percentagem do seu cumprimento, sem terem em conta as características particulares de cada comunidade”.

Para Isabel Santos, entre a quantidade de indicadores que compõem a contratualização, “encontram-se praticamente só os que se designam por indicadores de processo, ou seja, indicadores que têm poucos resultados para os ganhos em saúde. A maioria, para não dizer a totalidade, não tem validação técnico-científica adequada quanto ao valor indicativo para o que dizem querer medir”.



Os próprios profissionais em si tentam de facto cumprir com o compromisso da contratualização, mesmo sabendo que depois não terão algo em troca

Mónica Fonseca, vogal do Conselho Sub-regional de Lisboa Cidade

Sistema de incentivos não funciona

Os incentivos são um outro aspeto que parece nunca ter sido bem resolvido e merece reparos. Ou não se cumprem, ou cumprem-se apenas parcialmente e tarde. Os três especialistas ouvidos lamentam unanimemente que seja assim.

Mónica Fonseca tece muitas críticas ao modelo de incentivos e ao seu funcionamento. Ainda assim, garante, que “os próprios profissionais em si tentam de facto cumprir com o compromisso da contratualização, mesmo sabendo que depois não terão algo em troca”. E, sem surpresa, sublinha que “há unidades de modelo A que cumpriram os indicadores e, portanto, teriam indicação para receber incentivos institucionais, mas não os receberam”.

Por seu turno, Isabel Santos olha para o sistema de incentivos pelo lado da avaliação dos indicadores e objetivos, porque considera que existem “problemas na forma como eles são monitorizados”.

Já Nuno Jacinto refere que “todos aqueles planos de aplicação de incentivos também são difíceis de perceber, depois não há cabimentos, depois há cabimentos, mas não chega o material. Isto existe assim há mais de uma década”.

NA COZINHA

DO PÁTEO VELHO

UMA SÉRIE QUE PROMETE
REVELAR OS SEGREDOS DO CHEF



ORDEN DOS MÉDICOS
Região do Sul

PÁTEOVELHO
RESTAURANTES & CATERING



A pandemia das desigualdades

CARLOS CORTES

Presidente da Secção Regional do Centro
da Ordem dos Médicos

Os acontecimentos do último ano, associados à pandemia, estão a ter um forte impacto nas nossas vidas quotidianas, lançando um manto de preocupação sobre o futuro pós-pandémico. É neste contexto de incerteza que é cada vez mais premente corrigir as desigualdades que se têm acentuado nas respostas em saúde. Um mundo mais justo é um mundo em que todos devem ter as mesmas oportunidades e os mesmos instrumentos para combater a Doença. A pandemia, também ela, foi geradora de mais desigualdades e de mais iniquidades obrigando-nos a todos a encontrar as soluções adequadas.

É neste complexo enquadramento que o Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), António Guterres, pediu uma intervenção concertada para resolver a profunda crise económica, financeira, social e sanitária geradora de desigualdades. António Guterres sustenta, aliás, que é hora de reiniciar, reformular e reconstruir, tendo como base a formulação dos Direitos Humanos e a dignidade universal do ser humano.

Talvez, de onde não é habitual surgirem sinais de atenuação desigualdades sociais, surgem sinais de esperança. Nos Estados Unidos da América, o 'Plano Biden', ao pretender injetar um pacote financeiro de 1,3 biliões de dólares (já aprovado pelo Congresso Norte-americano), tal terá como alvo o estímulo da economia mas, também e sobretudo, o apoio às famílias atingidas direta ou indiretamente pelos efeitos sociais da COVID-19.

Thomas Piketty defendeu, ainda esta quarta-feira, que é absolutamente necessário fazer uma redistribuição da riqueza. Para o co-autor do livro "Clivagens Políticas e Desigualdades Sociais", a atual crise traz à tona a necessidade de um outro modelo, mais solidário, através de novas bases de justiça social e fiscal como forte motor de desenvolvimento económico.

Na mensagem efetuada no âmbito do Dia Mundial da Saúde (o segundo consecutivo durante a pandemia COVID-19), o secretário-Geral da ONU pediu ao mundo que promova o acesso universal aos cuidados de saúde e um mundo mais saudável e justo. Isto porque o novo coronavírus mostrou desigualdades e injustiças na área da Saúde, lembrando que a pobreza e as condições desfavoráveis de habitação, de trabalho são propícias a maiores desigualdades.

Este ano, aliás, há uma outra gritante desigualdade que poderá comprometer este desiderato da Organização Mundial da Saúde: as desigualdades no acesso às vacinas contra a COVID-19. Poderemos estar perante uma patologia silenciosa que pode condicionar a nossa vida num futuro próximo. Neste caso, estamos ainda muito longe de contribuir para uma sociedade mais justa. As vacinas estão a construir um mundo de profundas desigualdades de oportunidades e de prevenção desta doença. Falta-nos solidariedade e entajuda entre Estados neste capítulo, e essa deveria ser uma prioridade na agenda internacional.

Temos ainda um longo caminho a percorrer num modelo de sociedade mais saudável. Os países mais desenvolvidos vacinam, em média, uma pessoa por segundo, enquanto alguns - mais pobres e desprotegidos - não estão a receber qualquer dose da vacina!

As desigualdades não existem só a nível mundial, elas acontecem à nossa volta. Investir nas unidades e recursos humanos de Saúde nas zonas mais periféricas e do interior do nosso País, contribuirá para um mundo mais justo e saudável. Esta pandemia gerou e potenciou graves consequências sociais, económicas e sanitárias. Cabe-nos a nós, como sociedade, contrariar essas desigualdades e fomentar um mundo mais justo.

Coimbra, 15 de abril de 2021

Foi publicado no Diário de Coimbra, Diário de Viseu, Diário de Leiria e Diário de Aveiro.
<https://www.omcentro.com/opiniao/a-pandemia-das-desigualdades/>

Vacinação. Mês 4.

**Terceira fase de desconfinamento:
não podemos descuidar as regras de segurança**

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



Se já foi vacinado
**não deixe de
usar máscara**

 **SRCOM**
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.omcentro.com

#ProtegeroFuturo

Parceiros:  1 2 9 0   **FACULDADE
CIÊNCIAS DA SAÚDE**

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



Se já foi vacinado
**não deixe de manter
a distância física**

 **SRCOM**
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.omcentro.com

#ProtegeroFuturo

Parceiros:  1 2 9 0   **FACULDADE
CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Entraram em vigor a 19 de abril as novas regras para a terceira fase de desconfinamento, após 15 decretos de Estados de Emergência. O ensino secundário e superior, cinemas, restaurantes, cinemas e teatros, comércio e centros comerciais, futebol de formação e paulatinamente mais pessoas em trabalho presencial. Portugal vai desconfinando a várias velocidades, à mercê dos números oficiais da Direção Geral da Saúde, mas são inegáveis os efeitos desta crise sanitária, social, económica e financeira.

Numa visão integrada e dinâmica da sociedade, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) prossegue a campanha de sensibilização alusiva à vacinação sob o lema "Proteger o Futuro". É que o processo de vacinação em Portugal traz uma nova esperança e uma nova estratégia de proteção e combate à COVID-19, de modo a que possamos retomar as nossas vidas em segurança.

A SRCOM assume a campanha #ProtegeroFuturo como um processo permanente, acentuando-se a necessidade de continuar a adotar comportamentos seguros no nosso quotidiano, no contexto social, laboral e familiar. "Só juntos é que conseguiremos dar um ponto final nesta pandemia", defendeu Carlos Cortes, no momento em que apresentava a campanha de sensibilização sob o lema "Proteger o Futuro", acentuando ainda que "a vacinação é absolutamente fundamental para ultrapassar o momento pandémico e voltar à tranquilidade do nosso dia-a-dia".

Nesta nova fase em que retomamos a vida quotidiana, surgiram novas imagens nas redes sociais no âmbito da campanha #ProtegeroFuturo, a incentivar o respeito pelas boas práticas de saúde pública em nome de um desconfinamento seguro. Recorde-se que esta iniciativa se enquadra no facto da SRCOM

Continuar a cumprir as regras protege o futuro. De todos, de cada um.

CONTINUE A USAR MÁSCARA nos transportes públicos



SRCOM
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.omcentro.com

#ProtegeroFuturo
Desconfinamento seguro

Parceiros: 1 2 9 0   FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Continuar a cumprir as regras protege o futuro. De todos, de cada um.

Não deixe de manter a distância física



SRCOM
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.omcentro.com

#ProtegeroFuturo
Desconfinamento seguro

Parceiros: 1 2 9 0   FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE

acompanhar a realidade do País com vários eventos ligados à comunidade, no âmbito das funções estatutárias da instituição, e, neste ano extremamente exigente, sempre em contacto com as entidades ligadas ao Ministério da Saúde e demais instituições locais e nacionais. Esta mais recente campanha de sensibilização – que contempla ainda um guia de vacinação, documento elaborado em parceria com a Faculdade de Medicina de Coimbra e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior – surge, aliás, na continuidade da campanha “Respeito Pela Vida” levada a cabo desde o final de julho do ano passado e que incentiva ao cumprimento das regras de proteção à pandemia.

O Guia da Vacinação é um documento prático e útil, de 14 páginas, que visa reunir informações sobre vacinação para a COVID-19 e responder às principais dúvidas da população. Esta campanha da SRCOM e

das escolas médicas da região Centro surge face aos acontecimentos do último ano, associados à pandemia, que estão a ter um forte impacto na população, verificando-se uma preocupação generalizada com o futuro.

Certo é que o prudente regresso ao quotidiano social, laboral e familiar obriga a uma responsabilização coletiva e à manutenção de todos os cuidados em relação ao risco de infeção com Covid-19, designadamente o distanciamento físico, a proteção individual e a higienização das mãos.

Neste ano tão exigente, o presidente da SRCOM destaca e agradece “a todos os colegas, pelo empenho, colaboração, sentido de responsabilidade e entreajuda”, pelo que “todos os colegas merecem ver assinalada a inextinguível dedicação e contributo da classe médica no combate à crise sanitária”.

"O êxito na luta contra a pandemia resulta do esforço de todos"

Dia Mundial da Saúde é assinalado a 7 de abril por iniciativa da Organização Mundial da Saúde, este ano sob o lema "Construir um mundo mais justo e saudável"

"É premente corrigir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde na região Centro e as assimetrias entre litoral e o interior", defendeu o presidente da SRCOM, Carlos Cortes, a propósito do Dia Mundial da Saúde.

A seu ver, sobretudo no atual contexto, são necessários "programas de prevenção em Saúde, para prevenir doenças graves, tais como a obesidade, a diabetes, as doenças cérebro-cardiovasculares, o cancro". "Temos ainda um longo caminho a percorrer num modelo de sociedade mais saudável", sublinhou.

Na nota que enviou à imprensa no âmbito do Dia Mundial da Saúde, Carlos Cortes deixou o alerta para uma outra "gritante desigualdade" que poderá comprometer o desiderato da OMS: "as desigualdades no acesso às vacinas contra a covid-19".

"Poderemos estar perante uma patologia silenciosa que pode condicionar a nossa vida num futuro próximo. Neste caso, estamos ainda muito longe de contribuir para uma sociedade mais justa".

O presidente da SRCOM referiu ainda que as vacinas "estão a construir um mapa-mundo de profundas desigualdades de oportunidades e de prevenção" da doença. "Falta-nos solidariedade e entreajuda entre Estados neste capítulo, e essa deveria ser uma prioridade na agenda internacional", lembrando ainda que "os países mais desenvolvidos vacinam uma pessoa por segundo, em média, enquanto alguns mais pobres e desprotegidos não estão a receber qualquer dose da vacina".

"Estamos perante uma resposta desigual e muito injusta. O êxito na luta a esta pandemia passa por um esforço conjunto", apontou. A seu ver o tema escolhido pela OMS é "especialmente pertinente num ano tão complexo" como o que se tem vivido desde a declaração da pandemia covid-19.

24 INÍCIO NOTÍCIAS DIRETO VÍDEOS FOTOS GUIA TV DOSSIERS EU VI
Opinião Sociedade Política Economia Internacional Desporto Motores Tecnologia Música Cinema Acredite se quiser

ORDEM DOS MÉDICOS DO CENTRO DEFENDE "EQUIDADE E ACESSO MAIS JUSTO" À SAÚDE

"É premente corrigir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde na região Centro e as assimetrias entre litoral e o interior", refere o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

2021-04-06 10:58 LUSA / MJC





<https://tvi24.iol.pt/sociedade/acesso-a-saude/ordem-dos-medicos-do-centro-defende-equidade-e-acesso-mais-justo-a-saude>

OBSERVADOR

Opinião Rádio Podcasts Newsletters Secções ▾

ORDEM DOS MÉDICOS DO CENTRO DEFENDE "EQUIDADE E ACESSO MAIS JUSTO" À SAÚDE

Preocupada com "as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde na região Centro e as assimetrias entre litoral e o interior", a Ordem dos Médicos pede mais equidade no serviço nacional de saúde.

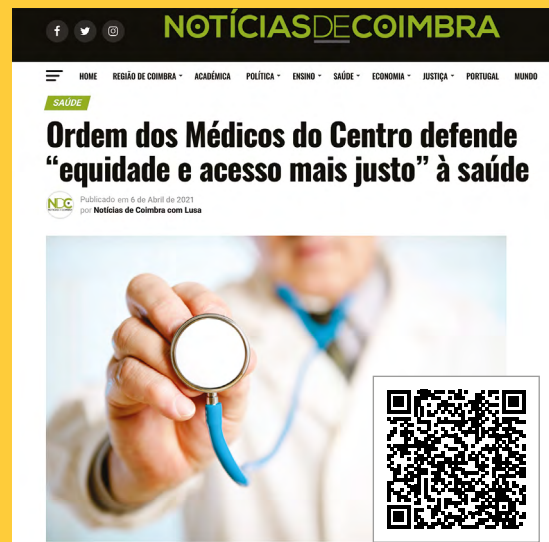


<https://observador.pt/2021/04/06/ordem-dos-medicos-do-centro-defende-equidade-e-acesso-mais-justo-a-saude/>

A SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO DA ORDEM DOS MÉDICOS (SRCOM) DEFENDE, A PROPÓSITO DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE, “EQUIDADE E ACESSO MAIS JUSTO À SAÚDE”, E A CORREÇÃO DAS ASSIMETRIAS ENTRE O LITORAL E O INTERIOR DO PAÍS.

“É premente corrigir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde na região Centro e as assimetrias entre litoral e o interior”, refere o presidente da SRCOM, Carlos Cortes, a propósito do Dia Mundial da Saúde, que é assinalado na quarta-feira, por iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), sob o lema “Construir um mundo mais justo e saudável”.

<https://www.noticiasdecoimbra.pt/ordem-dos-medicos-do-centro-defende-equidade-e-acesso-mais-justo-a-saude/>



Diário de Coimbra



https://www.omcentro.com/nos_media/medicos-defendem-equidade-e-acesso-mais-justo-a-saude/



“AS VACINAS ESTÃO A CONSTRUIR UM MAPA-MUNDO DE PROFUNDAS DESIGUALDADES” – DIZ PRESIDENTE DA ORDEM DOS MÉDICOS DO CENTRO

<https://www.figueiranahora.com/sociedade/as-vacinas-estao-a-construir-um-mapa-mundo-de-profundas-desigualdades--diz-presidente-da-ordem-dos-medicos-do-centro>



DIÁRIO as beiras

o meu jornal, a minha região

ORDEM QUER ACESSO MAIS JUSTO À SAÚDE

https://www.omcentro.com/nos_media/ordem-dos-medicos-quer-acesso-mais-justo-a-saude/



Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos



"Os médicos de 2030": Inovação sem esquecer proximidade aos doentes

O atual currículo de ensino médico influencia os médicos do amanhã: Será o mais adequado face às atuais exigências? Que competências devem ter os médicos de amanhã, face aos constantes desafios? Que peso devem ter as áreas não formais, isto é, as competências pessoais raras vezes abordadas em contexto de aula? Estes e outros temas estiveram em debate no Congresso de Educação Médica organizado pelo Departamento de Educação Médica do Núcleo de Estudantes de Medicina da Associação Académica de Coimbra (NEM/AAC).

E foi na conferência dedicada ao tema "Os médicos de 2030", a 17 de abril, que esteve um dos fundadores do NEM/AAC e atual presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes; contando ainda este debate com a presença do Presidente do Conselho de Escolas Médicas Portuguesas e Diretor da Faculdade de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Henrique Cyrne Carvalho; o Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Carlos Robalo Cordeiro; e o Diretor de Educação Médica da Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM), Vasco Cremon de Lemos.

A palestra em formato online foi transmitida em tempo real por uma plataforma própria, estando os intervenientes no auditório.

Neste dia e recuando no tempo, em 1969, Coimbra foi o símbolo de uma outra confiança no futuro e vontade de mudança: o estudante Alberto Martins – ex-presidente da DG/AAC na inauguração do edifício das matemáticas, pediu a palavra e, como sabemos, a vida académica e política do País começou, a partir daí, a trilhar mais uma importante etapa no caminho para a Democracia.

Sobre os pontos fracos e fortes, em resposta à pergunta do moderador do debate, Henrique Cabral, membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos e ex-dirigente do NEM/AAC e da ANEM, todos os intervenientes apontaram a necessidade de currículos robustos, adaptados aos novos tempos. Carlos Cortes lembrou aliás que "hoje o médico é muito mais do que um clínico,

participa na investigação, é formador, tem competências em Tecnologias de Informação e Comunicação".

"Vamos criar renovação e inovação", aventou Carlos Robalo Cordeiro. "Devemos repensar e valorizar o ato médico porque é a base de desempenho da nossa profissão", sublinhou Henrique Cyrne Carvalho. Ambos, aliás, destacaram o importante papel que as escolas médicas desempenharam perante a pandemia, experiência que será uma mais-valia no futuro do ensino médico, na medida em que a pandemia está a ser encarada também como oportunidade para se saber enfrentar ambientes difíceis e ter de continuar a desempenhar a profissão. Vasco Lemos destacou, por seu turno, a excelência da formação em todas as escolas médicas – "que nos formam para o melhor desempenho" – e lembrou a necessidade de maior focalização, nos currículos, para além das áreas clássicas, tais como a investigação e a docência.

Já na parte final desta conferência, Carlos Cortes lembrou as diversas determinantes em saúde que podem interferir na maneira de encarar a profissão nas próximas décadas. "A relação médico-doente é um dos grandes desafios do futuro, por causa de mecanismos que deveremos manter, da telemedicina, da teleconsulta, mas são perigos aos quais deveremos estar atentos. Vem aí uma transformação avassaladora do ponto de vista ético, no âmbito da utilização das biotecnologias, por exemplo. Além de tudo isto, o médico tem uma componente social muito importante e deverá participar do ponto de vista cívico, não só enquanto portador de humanismo para com o doente mas em toda a sociedade. Um médico é o adversário das desigualdades", afirmou Carlos Cortes.

Ficou patente nesta conferência a forte colaboração entre as escolas médicas portuguesas, a ANEM e a Ordem dos Médicos em prol de uma formação ainda de maior qualidade.

Recorde-se que o "VI CALL ME – A Call for Medical Education" – um dos projetos com maior visibilidade na área de ação do NEM/AAC decorreu nos dias 16, 17 e 18 de abril de 2021, a partir do auditório da subunidade 3 da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Carta Aberta

Premência da otimização da anemia em doentes sujeitos a cirurgia eletiva

Com a situação pandémica gradualmente a melhorar em Portugal, e quando se começa a preparar a recuperação da atividade assistencial não realizada e fortemente impactada pela pandemia de COVID-19, consideramos essencial a correta otimização da anemia e da deficiência de ferro no doente candidato a cirurgia eletiva, resultando não só na eficaz gestão de recursos como também na melhoria do desempenho das unidades hospitalares e da qualidade do tratamento prestado aos doentes.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, nos hospitais, a atividade assistencial em 2020, comparada com 2019, registou uma enorme diminuição nas principais linhas de atividade. Em 2020 houve menos 1,2 milhões de consultas e, concomitantemente, a quebra de atividade foi também extensível às cirurgias, com uma descida de 126 mil cirurgias face a um volume de 704 mil cirurgias em 2019.

Estamos, portanto, num momento adequado para definir e implementar estratégias que visem uma retoma efetiva da atividade assistencial.

Entre estas estratégias, existe uma simples e fácil de implementar: a otimização da anemia e da deficiência de ferro, tanto em contexto pré-operatório como pós-operatório, o que impactará positivamente a gestão das reservas de sangue, a duração do internamento, a taxa de reinternamento e outros indicadores de qualidade assistencial:

- Ao garantir um eficiente consumo de sangue, haverá uma melhor gestão das reservas disponíveis, o que permitirá o agendamento atempado das intervenções cirúrgicas necessárias.

- Em contexto pré-operatório, a atempada otimização do doente anémico terá impacto positivo nos desfechos clínicos associados da cirurgia, traduzindo-se em menor número de complicações, menor necessidade de transfusões, menor morbilidade e, consequentemente, menor mortalidade.
- Resultará também na redução do tempo de internamento pós-cirúrgico e na redução da taxa de readmissões, permitindo uma permanência mais curta em contexto hospitalar por parte do doente e uma maior disponibilidade de camas de internamento que, também, permitirá uma recuperação mais eficaz da atividade cirúrgica. É igualmente importante que esta otimização da anemia e da deficiência de ferro seja também avaliada e efetuada em contexto pós-operatório.

A identificação e tratamento da anemia em contexto cirúrgico é parte integrante e essencial do programa de gestão dosangue do doente (PBM – *Patient Blood Management*), amplamente conhecido, discutido e afirmado pela Organização Mundial da Saúde e pela Comissão Europeia, e cujo programa, em Portugal, está explanado na **Norma de Orientação Clínica 011/2018**, desenvolvida pela Direção Geral de Saúde. Com esta gestão é expectável diminuir em 51,2% as transfusões, em mais de 10% os internamentos e 37,2% os reinternamentos, apresentando também uma redução de custos (mortalidade, internamento, consultas, etc.) de 6,3% (o que perfaz uma poupança de um valor estimado em cerca de 67,7 milhões de euros).

A pandemia mostrou claramente as vulnerabilidades do nosso sistema de saúde. Não obstante, mostrou-nos que ainda há tempo para refletir sobre normas de orientação clínica e procurar oportunidades para melhorar os resultados em termos de saúde.

Sabemos que esta recuperação da atividade cirúrgica será gradual. Mas também sabemos que é possível atuar no imediato.

Cabe assim a todos nós unir esforços e valorizar a atempada e apropriada identificação e tratamento da anemia e da deficiência de ferro.

O seu mundo não perde o ritmo

Receba um subsídio diário desde o 1.º dia em que não possa trabalhar por infeção ou isolamento profilático por Covid-19.

ageas.pt

seguro
ritmo 
vida

ageas
seguros

Ageas Portugal, Companhia de Seguros de Vida, S.A. Sede: Edifício Ageas, Av. do Mediterrâneo, 1, Parque das Nações, Apart. 8063, 1801-812 Lisboa, Tel. 21 350 6100. Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 502 220 473. Conservatória de Registo Comercial de Lisboa. Capital Social 10.000.000 Euros.

PUB. (04/2021). Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida. Existem exclusões previstas na apólice. Campanha exclusiva para membros das Ordens Profissionais com protocolo com a Ageas Seguros e suas famílias, no seguro de vida, Ritmo Vida Profissional, com data de início entre 1 de abril e 30 de junho de 2021, na opção Top na cobertura de Incapacidade Total Temporária para o Trabalho, para pagamentos anuais ou semestrais. A incapacidade para o trabalho tem de ser declarada pela Autoridade de Saúde competente.