



REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.ordemdosmedicos.pt

210
JANEIRO 2021



CHARLES M. RICE
Nobel da Medicina em
entrevista exclusiva

PNV -
Mais que uma maratona,
uma corrida de obstáculos...

**TESTES PARA
A COVID-19:
o que escolher?**

O seu mundo não perde o ritmo

Receba um subsídio diário desde o 1.º dia em que não possa trabalhar por infecção 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. (02/2021). Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida. Existem exclusões previstas na apólice. Campanha válida para os seguros de vida, Ritmo Vida Família e Ritmo Vida Profissional, com data de início entre 18 de janeiro e 31 de março de 2021, opção Top na cobertura de Incapacidade Total Temporária para o Trabalho, para pagamento anual ou semestral. A incapacidade para o trabalho tem de ser declarada por Autoridade de Saúde.



SUMÁRIO

ROM 210 - JANEIRO 2021

03	EDITORIAL Ética e Comunicação
06	BREVES
08	ENTREVISTA - Charles M. Rice Nobel da Medicina ao serviço da humanidade: da hepatite C à COVID-19
15	BREVES
	TEMA DE CAPA
18	Plano Nacional de Vacinação Mais que uma maratona, uma corrida de obstáculos...
23	Mesa de operações
24	Vacinação: combater o "obscurantismo" e valorizar a ciência
30	ALTOS E BAIXOS
	ATUALIDADE
32	Massificação de testes para a COVID-19: o que escolher?
40	Saúde não pode ser "uma prioridade só no papel"
42	2020 é sinónimo de "Médico"
43	Tomada de posse dos Colégios Pela qualidade da medicina e definição de boas práticas
44	Ser médico Responsabilidade, conhecimento e competência sem paralelo na sociedade civil
46	COVID-19: falta coordenação de meios Temos de funcionar como um país!



Revista da Ordem dos Médicos: Ano 37 - N° 210 - JANEIRO 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.

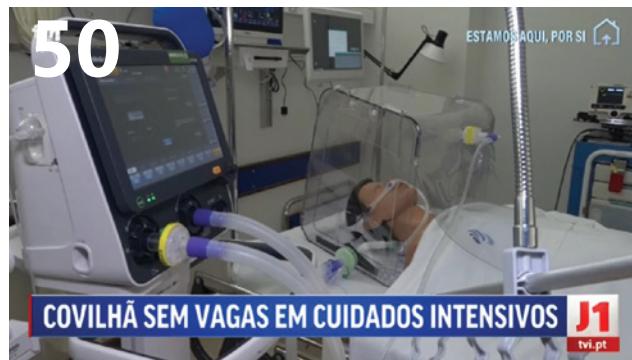
Em qualquer dos casos, tais artigos não representam qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos.

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 210 - JANEIRO 2021

48	ENTREVISTA - Isabel de Santiago
50	PROVA DOS FACTOS
	LEGES ARTIS
52	UA desenvolve teste ultrassensível para a COVID-19
	FORA DE ORDEM
54	Pedro Pita Barros Vamos culpar a "fadiga pandémica"?
	BAÚ DE MEMÓRIAS
56	100 Anos da descoberta da insulina
	CULTURA
58	Tudo gente séria
	OPINIÃO
60	Criação da subespecialidade de Pediatria do Neurodesenvolvimento
62	O impacto da pandemia SARS-CoV-2 na solidão do idoso
64	A ética como competência central da formação e prática médicas
	INFORMAÇÃO
66	Informação SRN
72	Informação SRS
78	Informação SRC



Ética e Comunicação



MIGUEL GUIMARÃES

Bastonário da Ordem dos Médicos

Ao longo do último ano, muito temos falado no binómio medicina e ciência. A pandemia, que caminha já para um ano de existência, reforçou a ideia de que o percurso da saúde se faz pela associação entre a prática clínica e a investigação relacionada com os problemas do quotidiano. Mas a tríade só fica de facto completa quando juntamos a dimensão ética. Sem uma visão sobre a bondade dos acontecimentos, corremos o risco de nos desfocarmos do essencial e de retirarmos do centro do que fazemos aquilo que realmente importa: o nosso doente e o respeito pelos princípios da bioética, como a autonomia, a

beneficência, a não maleficência e a justiça. Nesta revista que agora vos chega debruçamo-nos, por isso, de forma particular sobre o tema da vacinação contra a Covid-19. É lamentável, errada, incompreensível e eticamente reprovável a gestão política que foi feita de um dossier que é técnico e estratégico para a recuperação do nosso país. Como já tive oportunidade de partilhar convosco, a Ordem dos Médicos não foi ouvida antes da apresentação pública do Plano de Vacinação contra a Covid-19, mas fez questão, tanto antes como após a mencionada apresentação, de partilhar as suas recomendações com a

tutela, e publicamente. Os médicos e os outros profissionais de saúde e os mais idosos deveriam ter sido incluídos, desde o primeiro momento, no primeiro grupo a vacinar e só seria admissível passar às fases seguintes depois de cumprido este compromisso – que responde, na verdade, às metas e prioridades definidas pela própria Organização Mundial de Saúde, pela Comissão Europeia, e assumidos pela Direção-Geral da Saúde.

Enquanto os médicos, que protegem e cuidam dos doentes, não estiverem todos vacinados não descansaremos e vamos continuar a denunciar esta situação e a fazer pressão por todas as vias que pudermos, nomeadamente entregando listas com os nomes em falta junto da tutela. Não vamos deixar esta injustiça incólume. Como bastonário, não me resta qualquer dúvida da pertinência e justificação para os países estarem a incluir, um pouco por todo o mundo, os profissionais de saúde nos grupos prioritários. Se existem preconceitos políticos, devem ser ultrapassados, em última instância, pelos doentes – pois, ao privarmos um médico de uma vacina, e caso venha a adoecer, estamos a condenar os seus doentes a ficarem sem consultas, exames e cirurgias. A propaganda não salva vidas, os médicos sim.

Não é preciso ser-se um especialista em ética para percebermos que os médicos são vacinados por uma questão utilitária. Como nos ensinou Stuart Mill, a nossa ação deve ter em consideração a maior felicidade ou bem-estar possível para as pessoas afetadas por essa mesma ação. Vacinar um médico é dar vida e melhores condições de saúde ao próprio, mas sobretudo aos milhares de doentes de quem cuida. A felicidade de que fala o utilitarismo não é uma felicidade individual, mas a felicidade geral que uma ação causa.

Se há memória que fica desta pandemia é também a da importância da comunicação. Tão importante como o que fazemos é saber comunicar bem com os vários públicos. Desde que tomei posse para o meu primeiro mandato, em 2017, que me comprometi a melhorar a comunicação regular com os médicos. Do investimento nas redes sociais, passando pela criação de uma newsletter semanal e pelo envio, através de email, de informações importantes a todos vós, temos procurado reinventarmo-nos e aproveitar as vantagens das várias plataformas, interna e externamente. Chegou nesta edição a altura de avançarmos com mais algumas mudanças na Revista da Ordem dos Médicos.

É lamentável, errada, incompreensível e eticamente reprovável a gestão política que foi feita de um dossier que é técnico e estratégico para a recuperação do nosso país.

Vacinar um médico é dar vida e melhores condições de saúde ao próprio, mas sobretudo aos milhares de doentes de quem cuida. A felicidade de que fala o utilitarismo não é uma felicidade individual, mas a felicidade geral que uma ação causa.

A imagem passará a ter um papel mais preponderante e criámos, ainda, novas rubricas que acreditamos serem um ponto de partida para uma leitura mais organizada e mais agradável. Nos "Altos e Baixos" arrumaremos o melhor e o pior do que aconteceu no último mês, e na "Prova dos Factos" procuraremos destrinçar o que é verdadeiro ou falso entre várias informações que vêm a público. A "Leges Artis" apresenta algumas novidades e inovações do setor da saúde e no "Fora de Ordem" teremos artigos e entrevistas a pessoas que, não sendo necessariamente médicos, acompanham de alguma forma a saúde. A estreia coube ao economista Pedro Pita Barros. E como nada existe de forma sólida e consistente sem honrar os mestres e a história, o "Baú de Memórias" recorda-nos marcos importantes. Manteremos rubricas de atualidade e entrevistas de maior fôlego e reforçaremos o espaço para a área da Cultura.

O mundo é cada vez mais global e a noção de fronteiras dissipa-se. Procuraremos aumentar os contributos internacionais e, neste primeiro número do ano, é com entusiasmo que vos trazemos uma entrevista ao Prémio

Nobel da Medicina em 2020. O virologista norte-americano Charles Moen Rice partilha connosco o seu percurso e confirma a nossa convicção de que as conquistas dos últimos anos podem levar a que as pessoas valorizem cada vez mais a ciência como peça fundamental para mudar a humanidade. Tal como tem vindo a defender a Ordem dos Médicos, o tempo para a investigação clínica deve fazer parte dos horários de trabalho e deve ser entendido como um investimento. Charles Rice corrobora que, "por vezes, a liberdade pode não ser a forma mais eficiente de conseguir resultados direcionados, mas a possibilidade de explorar o inexplorado dá-nos hipóteses de conseguir descobertas que transformam a vida das pessoas". Aproveito este momento para desejar um bom 2021 a todos, com resiliência, solidariedade, justiça e, sobretudo, muita saúde.

**O ESTADO DA ARTE DAS VACINAS CONTRA A COVID-19**

As Ordens dos Médicos e dos Farmacêuticos realizaram, em janeiro, um webinar sobre o "estado da arte" das vacinas contra a COVID-19, a que assistiram cerca de 2 mil profissionais de saúde. "É a altura da ciência", foi o mote que o bastonário da OM escolheu ao lançar a sessão com intervenções de Václer Fonseca, diretor do departamento da qualidade da DGS, Helder Mota Filipe, professor da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Hugo Go-

mes da Silva da AstraZeneca, Rui Marques da Janssen, Ana Maia da Pfizer e Ana Marques da Sanofi. "Para resolver este problema [pandemia] temos de trabalhar juntos", concluiu um dos moderadores, Filipe Froes, realçando que "não vale a pena termos as melhores vacinas do mundo se não as administrarmos" com critérios de prioridade claros e que cheguem, a seu tempo, a todas as pessoas que delas necessitam.

46 MORTES COLATERAIS POR CADA CEM VÍTIMAS DA COVID-19

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), os efeitos indiretos do combate à pandemia traduzem-se no aumento da mortalidade que está 13% acima da média dos outros anos. Por cada cem mortos causados pela COVID-19, morreram mais 46 portugueses por motivos que podem ser considerados colaterais ao combate ao vírus, tais como: atrasos nos diagnósticos ou nos tratamentos. Esta estimativa foi feita por investigadores da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa (FCUL), com base em dados da mortalidade de 2020.

ALÍVIO DE MEDIDAS SÓ COM COBERTURA VACINAL ADEQUADA

A 9 de janeiro, o bastonário e o Gabinete de Crise da OM manifestaram apreensão pela rutura evidente do SNS e pela contínua exigência aos médicos e a todos os profissionais, já exaustos, realçando a deterioração das condições de trabalho, a falta de recursos, o burnout e o sofrimento ético e sublinhando que "o impacto da vacinação na comunidade não é imediato, pelo que o alívio das restantes medidas de saúde pública não poderá avançar enquanto não for atingida a cobertura vacinal adequada". Lamentaram ainda que "não tenham sido mobilizados em tempo útil os recursos humanos, técnicos e infraestruturais que existem no setor da saúde em Portugal", reafirmando nessa data "o imperativo de recuperar o SNS e proteger a saúde e a vida dos portugueses".

INDIGNAÇÃO PERANTE FALHAS NO PROCESSO DE VACINAÇÃO

Em conferência de imprensa de 27 de janeiro, a Ordem dos Médicos, o Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e a Federação Nacional dos Médicos (FNAM), manifestaram "indignação" e "revolta" devido às incongruências no processo de vacinação. O bastonário da Ordem dos Médicos referiu que as falhas "geram nos médicos um sentimento de revolta e indignação", numa altura



em que o Governo já anunciou que vai avançar com a vacinação de novos grupos. Noel Carrilho da FNAM referiu o conhecimento de casos em que não foram tomados em consideração os critérios de prioridade enquanto que Jorge Roque da Cunha do SIM referiu ser "lamentável o aproveitamento político" lembrando que "já tivemos três mil médicos infetados".

HOMENAGEM A MÉDICOS QUE PERDERAM A VIDA NO COMBATE À PANDEMIA

"A morte de colegas que dedicaram a sua vida a salvar vidas é um momento de grande consternação para todos nós e o mínimo que podemos fazer neste momento para honrar os médicos e as pessoas extraordinárias que foram é prestar-lhes esta homenagem pública, com uma palavra especial de gratidão e de solidariedade para com as suas famílias", declarou o bastonário da Ordem dos Médicos ao tomar conhecimento da morte de vários médicos com COVID-19. Miguel Guimarães apelou para que a tutela melhore as condições de trabalho para reduzir o risco de infecção e lamentou que o plano de vacinação continue a deixar milhares de médicos sem proteção, prejudicando quem está no terreno a salvar vidas.



OM ENTREGA LISTA DE MAIS DE 4000 MÉDICOS QUE QUEREM SER VACINADOS

A 8 de janeiro a Ordem dos Médicos enviou ao Ministério da Saúde uma primeira lista de mais de 4000 médicos que, até ao momento, não receberam qualquer informação sobre a vacinação contra a COVID-19 mas que pretendem ser imunizados. Essa lista resulta de uma iniciativa do bastonário da OM, de fazer um inquérito a todos os médicos para perceber quem está fora do SNS, sem informação sobre a vacina e com intenção de a receber. "Tendo o Ministério da Saúde identificado os médicos e profissionais de saúde como grupo prioritário, não é aceitável que todos os médicos portugueses, incluindo os que trabalham fora do SNS, não tenham sido ainda contactados", enquadrou. "Destaco que mais de 1000 dos médicos que nos responderam fazem serviço de urgência. Nesta listagem que enviamos à tutela, há ainda quase 1400 prestadores de serviços, que por trabalharem normalmente no SNS sem vínculo - através de empresas prestadoras de serviços - também não têm sido contemplados" na vacinação, alerta o bastonário.

PLANO DE VACINAÇÃO COVID-19

ALTERAÇÃO DAS DATAS DE REALIZAÇÃO DAS PROVAS DE AVALIAÇÃO FINAL

Depois de meses de múltiplos esforços encetados pela Ordem dos Médicos solicitando o adiamento das provas de avaliação final, no dia 7 de janeiro de 2021, foi publicada a Portaria nº 9-A/2021, que veio regulamentar a alteração das datas de realização das provas de avaliação final da formação médica especializada de 2021. A Ordem dos Médicos congratula-se por ver finalmente definido o adiamento da época de avaliação final, permitindo assim que os médicos internos possam compensar períodos de estágios formativos cujos objetivos não puderam ser adequadamente cumpridos, atendendo ao papel relevante e crucial destes médicos na resposta do Serviço Nacional de Saúde à pandemia SARS-CoV-2.

CHARLES M. RICE

Nobel da Medicina ao serviço da humanidade: da hepatite C à COVID-19

ENTREVISTA: FILIPE PARDAL | FOTOS: CORTESIA DA UNIVERSIDADE ROCKEFELLER

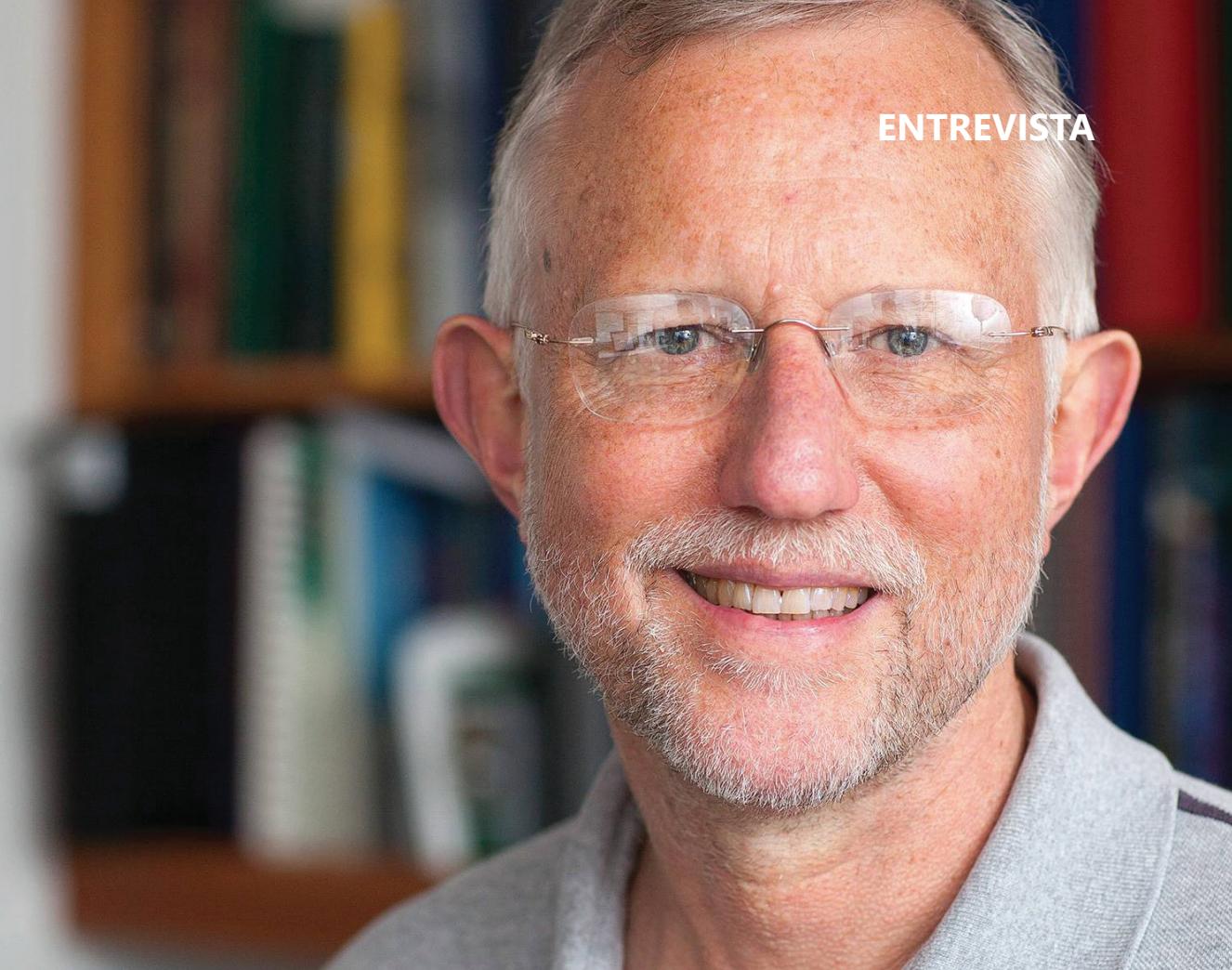
A manhã de Nova Iorque e a tarde de Lisboa enlaçaram uma conversa que juntou, por videoconferência, um dos três laureados com o Prémio Nobel da Medicina em 2020 e a Revista da Ordem dos Médicos. Os contributos de Charles Moen Rice, virologista norte-americano, foram decisivos para que o vírus da hepatite C pudesse ter cura, eliminando a hepatite pós-transfusão em muitas partes do mundo. Se é indiscutível que os feitos de Charles M. Rice tiveram um impacto na saúde global, também é verdade que o cientista garante que o prémio não mudou em nada a sua forma de ser. "Fazem-me parecer mais sábio agora, mas continuo a mesma pessoa", contou-nos entre risos, antes da entrevista começar. Nascido em Sacramento, capital do Estado da Califórnia, Charles Rice é professor na Universidade Rockefeller, em Nova Iorque, onde durante 17 anos foi diretor científico e executivo do "Centro Para o Estudo da Hepatite C". O seu papel foi provar que o vírus se conseguia reproduzir sozinho, demonstrando que era o responsável pela doença em doentes que não se conseguiam curar com os métodos conhecidos até então. Nos dias de hoje coordena o seu próprio laboratório e está a trabalhar na pandemia, desenvolvendo antivirais contra a COVID-19.

> A descoberta do vírus da hepatite C foi um marco histórico na batalha contra doenças virais. Como foi possível chegar até aqui?

Com muito trabalho de muita gente. A começar por Harvey J. Alter* que descobriu que estava a acontecer algo estranho em doentes que tinham realizado transfusões de sangue e que essa situação não se devia aos agentes virais da hepatite conhecidos até então. Essa pista lançou uma saga de quase 15 anos para tentar identificar o agente desconhecido. Nesta saga foi importantíssimo o trabalho de Michael Houghton** e da sua equipa que, em colaboração com a equipa de Harvey J. Alter, acabariam por conseguir identificar o agente. Esse avanço permitiu investigações sobre a doença e a nossa missão foi provar que o vírus da hepatite C conseguia reproduzir-se sozinho. Foi uma luta porque o vírus não cresceu em laboratório e foi preciso passar por um processo meticoloso para construir as ferramentas que acabariam por funcionar para a descoberta e desenvolvimento de antivirais. Não tínhamos as tecnologias que hoje em dia permitiram o desenvolvimento de uma vacina para a COVID-19 em tempo recorde... Às vezes é um pouco embaraçoso comparar a forma como as coisas eram feitas há 40 anos porque os novos cientistas conseguem fazer coisas numa semana que antes eram feitas em meses (risos). Os tempos definitivamente mudaram.

*Co-vencedor Prémio Nobel 2020

**Co-vencedor Prémio Nobel 2020



> Como é que chegou à conclusão, em 1997, que o vírus conseguia reproduzir-se sozinho?

A epidemiologia e a ligação entre esta infecção viral e a doença já estavam muito bem estabelecidas pouco depois da descoberta do vírus em 1989. Mas ainda não tínhamos sido capazes de isolar o vírus em laboratório e introduzi-lo no único recetor suscetível (um chimpanzé), mostrando efetivamente a doença. Faltava-nos a prova de que o vírus podia causar a doença. Isso envolveu, quando foi feita a sequenciação reportada em 1989, a consciência de que nos faltava uma peça do puzzle. Os vírus não têm genomas grandes, mas são entidades altamente evoluídas e não podemos simplesmente esperar que funcionem sem o grande pedaço de genoma que nos estava a escapar. Foi também essencial lidar com a variação que estes vírus de RNA positivo têm. As variações ocorrem de forma aleatória e, por isso, algumas das mudanças na sequência do vírus vão ser letais ou muito sérias e outras vão ser quase inofensivas. É estimado que, num único indivíduo infetado com este vírus, existam cerca de um trilião de variações a serem produzidas todos os dias. Quando começamos a conseguir construir tentativas de protótipos para criar um clone funcional da hepatite C, fomos confrontados com todas estas variações nas amostras que estávamos a usar. Começámos a preocupamo-nos que o nosso protótipo,

construído sem dar muita atenção a estas variações, pudesse estar errado...

> O que fizeram para tentar ultrapassar essa dificuldade?

Usámos amostras de diferentes doentes para alinhar e organizar todas as posições de nucleótidos do genoma viral, escolhendo um que fosse o nucleótilo predominante, numa estrutura que chamamos de "sequência de consenso". Quando combinámos essa peça que faltava no genoma viral, com esta "sequência de consenso" ainda nos confrontámos com outro problema: 'como é que testamos a função deste clone que fizemos?' Este vírus era uma dor de cabeça no sentido em que não podíamos apenas extraí-lo de um paciente e adicioná-lo às células em laboratório fazendo-as crescer. Antes do método que resultou em 1997, tentámos tirar o RNA e injetá-lo diretamente no fígado de um chimpanzé.... Nessa altura ficámos a saber que tínhamos uma real e funcional sequência de genoma da hepatite C que podia lançar a infecção num modelo animal, ou seja, que provava formalmente que a hepatite C era a causadora da doença nos casos até então inexplicados de hepatite. Se conseguimos este resultado num animal, deveríamos conseguir pegar nesse material e levá-lo para cultura celular, certo? Só que isso falhou miseravelmente!



Charles M. Rice, nos anos 90, com um aluno

Se tivéssemos sido mais proativos provavelmente cerca de 8 ou 9% das mortes teriam sido evitadas.

Passaram mais de 15 anos após a descoberta do vírus para sermos capazes de ter um sistema completo de ciclo de vida de cultura própria em laboratório. Contraste isso com o SARS-CoV-2 onde tiramos uma amostra de saliva, usamos uma zaragata em alguém que está infetado e um dia depois temos o vírus (risos).

> Considera que o seu trabalho realça a importância que a ciência tem ao serviço e benefício da humanidade?

Isso é o que todos esperamos. Há muitas coisas que tomamos por garantidas, como por exemplo a existência de vacinas que nos protegem de vírus que costumavam ser flagelos para a humanidade. Tenho em mente a irradicação da varíola, a febre amarela, entre outros. Existem muitos exemplos na história do combate a doenças infeciosas que as pessoas que nunca contactaram de perto com estas doenças tendem a esquecer, porque não têm noção da devastação que causavam. Estes avanços têm sido estrondosos para a biomedicina e para o aumento da nossa esperança de vida. Tenho esperança de que o reconhecimento da saga e história da hepatite C, que nos levou a estes incríveis medicamentos e tratamentos que temos hoje, leve as pessoas a valorizar o que a ciência pode mudar na humanidade. É bom enfatizar que estes

avanços são frequentemente imprevisíveis e que a convergência entre investigadores da hepatite C foi importante porque uniu pessoas que vinham de diferentes origens e trouxeram diferentes ângulos para o trabalho.

> Esse trabalho de equipa... suponho que seja essencial para estas descobertas.

Sim... é capaz de criar verdadeiras revoluções!

> Em entrevistas anteriores disse que um dos fatores do seu sucesso foi a liberdade que a universidade lhe deu em termos de trabalho laboratorial. Em Portugal, a Ordem dos Médicos tem insistido na necessidade de dar aos médicos tempo protegido para ser dedicado à investigação. Considera fundamental a existência desse tempo e dessa liberdade?

Sem dúvida. É o que nos ensina a fazer ciência. Por vezes a liberdade pode não ser a forma mais eficiente de conseguir resultados direcionados, mas a possibilidade de explorar o inexplorado dá-nos hipóteses de conseguir descobertas que transformam a vida das pessoas. Seria desejável que o sistema possibilitasse tempo protegido para os médicos fazerem mais investigação. Tal é importante para os médicos, mas também para quem faz investigação básica. Essa foi, aliás, uma das coisas em evidência quando começamos a trabalhar na hepatite C...

> A sinergia entre experiências práticas e teóricas?

Sim. A hepatite C é um grande problema clínico e nós começámos a trabalhar mais do lado da virologia molecular. No decorrer dos trabalhos contactámos com médicos que estavam efetivamente a tratar e a seguir doentes. Essa interação tem uma sinergia energizante para ambos os lados. Os clínicos gostam de aprender mais a dinâmica do vírus e os cientistas percebem que o que estão a fazer pode ter um impacto significativo na descoberta de melhores formas de lidar com uma doença séria. Interagir com pessoas que estavam a ver estes doentes foi um bónus para mim.

> Confessou que inicialmente pensou que a chamada que o informou que tinha ganho o Prémio Nobel da Medicina era uma brincadeira, uma vez

Quando somos virologistas e nos é dado a escolher se nos queremos refugiar nos nossos apartamentos ou arregaçar as mangas e ir para o laboratório estudar um novo vírus... não é preciso ser o Einstein para descobrir qual é o caminho que vamos escolher.

que a recebeu de madrugada... De que forma o Nobel mudou a sua vida?

Bem... parece que dou muitas entrevistas (risos). É uma sensação estranha experienciar algo desta dimensão no meio de uma pandemia causada por um novo vírus. Logo depois do anúncio, em outubro, tinha milhares de solicitações de entrevistas e inquéritos.... Foi uma experiência agradável porque me permitiu falar com pessoas que nunca tinha ouvido falar e com pessoas do passado com quem tinha perdido contacto. Pedem-nos para fazer muitas coisas: escrever cartas, participar em fóruns, debates, etc. Para mim foi complicado porque temos uma operação laboratorial muito ativa. Em alguns aspetos teria sido melhor ter este reconhecimento quando já estivesse reformado, para ser possível apenas apreciar. O facto de a cerimónia de entrega do prémio ter sido online acabou por ajudar porque permitiu-me continuar no laboratório a trabalhar nos nossos projetos sobre a COVID-19.

> É inevitável introduzir o tema da COVID-19 na nossa conversa. Ainda para mais porque o seu laboratório tem estado ativamente a trabalhar na pandemia. Diria que a COVID-19 mudou a forma como a ciência é feita?

Claramente! Nunca tivemos algo que tivesse entrado nas nossas vidas nesta escala e tão rapidamente. As nossas conexões, próprias de um mundo global, nunca foram tão grandes. E, claro, hoje temos mais e melhores ferramentas para descortinar o que se está a passar. A rapidez com que um agente infecioso pode ser identificado, a velocidade com que se consegue um diagnóstico e mesmo o desenvolvimento de uma vacina é incomparável. O vírus foi fácil de replicar e praticamente todos os laboratórios que tinham equipamento próprio de contenção para trabalhar com

este tipo de agente (um biosafety nível 3) começaram a investigar. Trabalhámos sentindo que havia urgência em fazer a diferença. A informação está a sair para a comunidade científica mais rapidamente e as pessoas estão a ser, em muitos casos, generosas em partilhar resultados que facilitam o trabalho a outros investigadores. Tudo isto num ritmo incrível! Provavelmente esta não vai ser a forma como toda a ciência continuará a ser feita daqui em diante, mas mostra-nos o que o esforço da comunidade científica pode produzir.

> A Universidade Rockefeller, onde trabalha, está situada naquele que foi o epicentro no início da pandemia nos Estados Unidos, em Nova Iorque. O confinamento trouxe maiores dificuldades para a sua equipa?

A meio de março a universidade foi fechada exactamente porque nos encontrávamos no epicentro da pandemia. Nós já estávamos a estudar há alguns anos os coronavírus, tentando compreender melhor a forma como o nosso sistema imunitário podia controlar a infecção causada por este grupo viral. Isso deu-nos algum avanço, mas quando a universidade fechou, a nossa pesquisa relacionada especificamente com a COVID-19 ficou mais reduzida. No entanto, quando somos virologistas e nos é dado a escolher se nos queremos refugiar nos nossos apartamentos ou arregaçar as mangas e ir para o laboratório estudar um novo vírus.... não é preciso ser o Einstein para descobrir qual é o caminho que vamos escolher. Acabámos por ter um pequeno grupo que foi autorizado a ir para o campus para começar a trabalhar no SARS-CoV-2, fazendo um trabalho realmente incrível. Fizeram alguns avanços que serão importantes para combater a pandemia e para nos colocar em melhor posição para o futuro.

> Muito se tem falado sobre as vacinas, mas o seu laboratório tem procurado encontrar antivirais e medicamentos para combater a COVID-19. Será que podemos esperar um tratamento efetivo para a doença ainda este ano?

Penso que existem alguns bons candidatos a tornar isso possível. Apesar do facto de trabalharmos mais na frente antiviral, estamos também a ajudar alguns colegas que têm estado a desenvolver anticorpos neutralizantes e anticorpos monoclonais que podem ser utilizados tanto para tratamento, como para prevenção. Mas tenho esperança de que as vacinas ajudem a colocar a situação sob controlo, porque o desenvolvimento destes tratamentos demora bastante tempo. No entanto, vão ser sempre úteis em pessoas que, por alguma razão, não podem ser vacinadas. É muito bom ter um backup. Como falámos antes, o genoma viral é pequeno, apenas codifica cerca de dez proteínas no caso da hepatite C, mas no caso dos coronavírus há mais de dez proteínas e será interessante descobrir se há fatores celulares e quais são os caminhos para o vírus se replicar. Estamos a descobrir que existem fatores comuns utilizados pelos diferentes coronavírus. Por isso, é expectável que ao bloquear alguns destes fatores comuns também estejamos a prevenir outros problemas que possam surgir no futuro para que não acabemos como estamos agora.

> A rapidez com que as vacinas foram desenvolvidas geraram algumas dúvidas em relação a segurança e eficácia. O que acha disso?

Os resultados que temos até agora em termos de segurança e eficiência são espetaculares. É brilhante conseguir fazer isto com esta rapidez. Gostaríamos de estar numa posição semelhante com a hepatite C, mas essa é uma situação mais desafiante, não só devido à variação do vírus, como ao facto do vírus estabelecer

uma infecção crónica. E, claro, devido a razões económicas. Custa muito dinheiro desenvolver uma vacina, especialmente quando já existem tratamentos. Há muito dinheiro investido para o desenvolvimento das vacinas para a COVID-19, o que nos permite aprender muito. É muito entusiasmante ter tantas tecnologias e plataformas diferentes a serem testadas em pessoas. Vai mudar profundamente o paradigma do desenvolvimento de vacinas, num bom sentido.

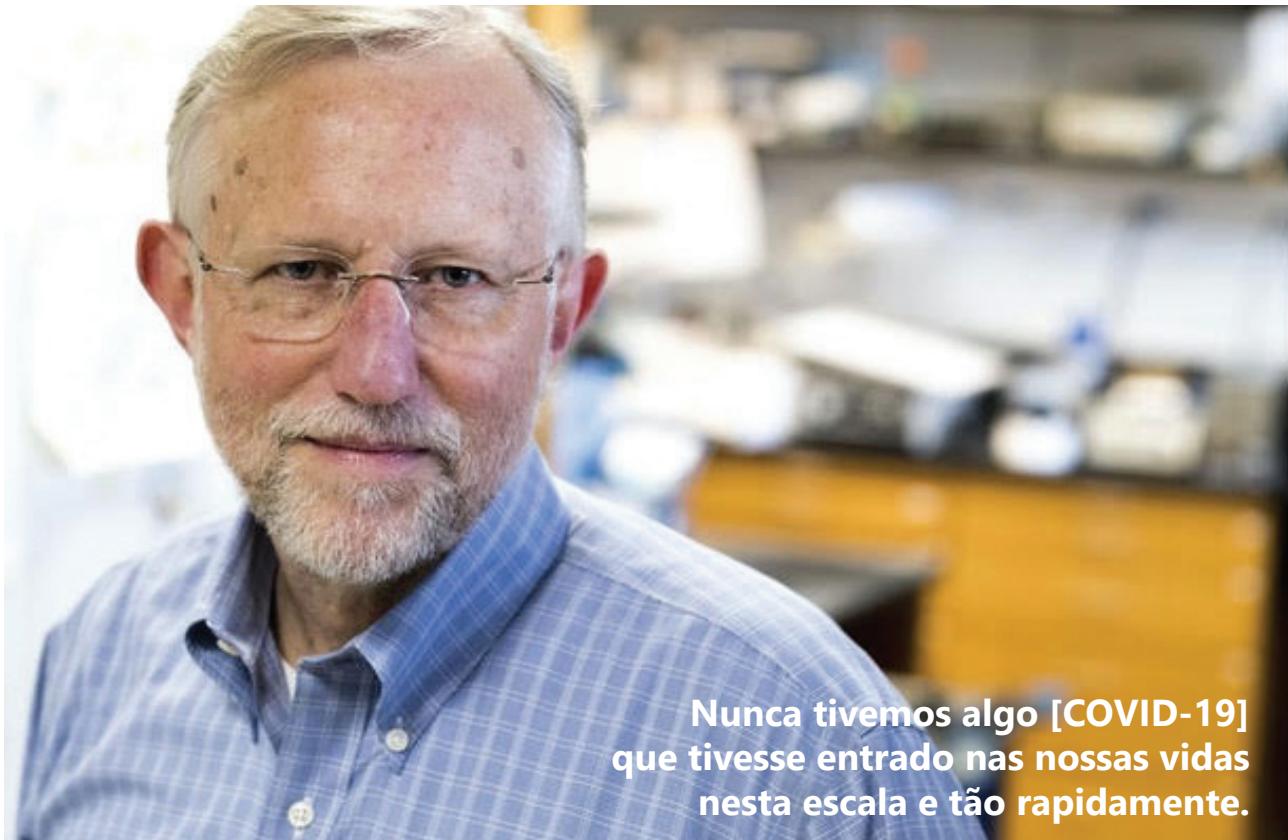
> Portugal esteve em janeiro no topo dos países com mais casos novos de COVID-19 por milhão de habitantes. O que contrasta com o início da pandemia, quando tivemos uma relativa boa resposta. Como é que se explica que agora que sabemos mais sobre o vírus, também seja o momento em que estamos a lidar pior com ele?

Enquanto esperamos que as vacinas tenham resultados efetivos, estamos a ter coletivamente dificuldades em manter as recomendações de saúde pública. Repare que são recomendações básicas, mas que resultam! É muito difícil proibir as habituais reuniões familiares e outros eventos de massas. Tenho a certeza de que os fãs de futebol não estão muito contentes por não poder ir aos estádios (risos). Não sei os detalhes sobre o comportamento das pessoas em Portugal, mas transpondo para a realidade nos Estados Unidos, o meu palpite é que possa ter a ver com ajuntamentos, medidas pouco claras dos líderes políticos e alguma resistência em evitar situações que nos colocam mais expostos ao vírus.

> No nosso caso a situação piorou depois do Natal. Estamos a pagar agora a fatura do alívio de restrições que o Governo português permitiu.

As festividades vieram num péssimo timing. Nos Estados Unidos estamos numa situação similar à de Portugal. Estamos a ter grandes números de novos casos todos os dias e os hospitais estão novamente sob grande pressão... As pessoas estão a começar a ser vacinadas, mas ainda estamos confrontados com estágios muito diferentes de imunidade na população e num contexto de propagação ainda muito elevada do vírus. O vírus tem sido capaz de encontrar as pessoas que ainda não estão imunes, ou que estão apenas parcialmente imunes, e isso leva-nos às mutações e novas estirpes que estão a surgir. Essa é uma das preocupações em relação às vacinas.

Os resultados que temos até agora em termos de segurança e eficiência [das vacinas] são espetaculares.



Nunca tivemos algo [COVID-19] que tivesse entrado nas nossas vidas nesta escala e tão rapidamente.

> Vão existir variantes do vírus que possam ser mais resistentes do que as vacinas de primeira geração?

Isso tem de ser monitorizado e estudado de forma muito cuidadosa. Mas os dados que tenho estudado, e que vão sair nas próximas semanas e meses, sugerem que a resposta das vacinas que temos hoje já é muito abrangente. Esperamos que sejam eficientes para tratar das variantes que estão a chegar à população. Outro fator promissor é que algumas destas novas tecnologias para as vacinas, como o RNA mensageiro e a vacina de nano partículas de lipídeos, são bastante rápidas na sua capacidade de serem refeitas ou adaptadas. Claro que têm de passar pelos protocolos de segurança, mas se precisarmos de uma vacina de segunda geração podemos trabalhar muito rapidamente nessa direção.

> Que lições devemos aprender com a situação atual que nos ajudem a preparar para futuras pandemias?

O mundo (e cada país) precisa de ter um bom sistema de prevenção para que se consigam monitorizar

este tipo de ameaças. Precisamos de ter mais infraestruturas em termos de resposta e ajustamento para desenvolver diagnósticos e implementá-los muito rapidamente para que seja possível acompanhar a propagação de vírus e as doenças que causam. Temos de aprender que quando lidamos com algo que tem a capacidade de se propagar com tanta eficiência, estamos todos juntos nisto. As coisas precisam de ser orquestradas ao mais alto nível, em vez de se deixarem as comunidades a defenderem-se a elas próprias.

> Mundo global, problemas globais...

Sem dúvida! Nos Estados Unidos falhámos nesse aspetto. Não tivemos uma liderança federal que dissesse claramente que tínhamos uma guerra nas mãos. Isto não é uma coisa que vá simplesmente embora, é algo que precisamos de combater com o que for preciso para achar a curva. Se tivéssemos sido mais proativos provavelmente cerca de 8 ou 9% das mortes teriam sido evitadas. Transpondo isto do lado da saúde pública para o lado da ciência, a nossa visão da virologia global, se lhe quisermos chamar assim, é muito enviesada sobre os vírus que podem causar



doença humana, animal ou vegetal. Isso corresponde a uma percentagem muito pequena do que existe na natureza e é importante financiar investigação no campo da virologia para que sejamos, lá está, proativos... No campo dos coronavírus, nos anos 90, foram os investigadores que tiveram muitas dificuldades em financiar as suas investigações que foram chave quando o SARS-CoV apareceu... depois apareceu o MERS-CoV que já se pareceu mais como uma pandemia e agora temos o SARS-CoV-2. Na pesquisa de agentes infeciosos, nós deveríamos estar a estudar subfamílias de vírus que não estão associadas a qualquer doença... Nunca se sabe o que pode aparecer no futuro ou o que podemos aprender.

> Num mundo em que a ciência tem sido atacada por movimentos baseados em notícias falsas e em teorias negacionistas, como é que podemos encorajar as novas gerações a valorizar mais a ciência e, quem sabe, seguir carreira nesta área?

Estou a contar com o trabalho de pessoas como você para fazer isso! Tudo o que podemos fazer é tentar investir mais tempo a tentar passar a mensagem, com exemplos claros que as pessoas entendam. Há sempre uma fração mais fanática com quem é muito difícil de comunicar, mas precisamos de reforçar alguns princípios básicos na sociedade e tentar

As pessoas que estão na linha da frente são verdadeiros heróis! Temos de vacinar esses profissionais o mais rapidamente possível porque só assim estaremos a valorizar o seu esforço em salvar vidas.

transmitir alguma empatia. Mesmo que seja algo que não nos coloque em grande risco individual, pela idade ou outro fator, se estivermos infetados e transmitirmos o vírus, podemos colocar outras pessoas no hospital ou debaixo do chão. Temos de continuar a tentar fazer passar a mensagem e "converter" o máximo de pessoas a um modo mais racional de olhar para o mundo. Mas é difícil. Olhe para os nossos políticos aqui nos Estados Unidos e o que nos fizeram passar durante 4 anos... é algo inimaginável. Precisamos de melhores líderes.

> Finalmente, numa altura em que os médicos portugueses estão nos hospitais sendo confrontados diariamente com decisões difíceis, gostava que deixasse uma mensagem final para os nossos profissionais.

As pessoas que estão na linha da frente são verdadeiros heróis! Temos de vacinar esses profissionais o mais rapidamente possível porque só assim estaremos a valorizar o seu esforço em salvar vidas, enquanto colocam as suas próprias vidas e as dos seus familiares em risco. Não podemos também esquecer o desgaste emocional dos médicos. É triste quando não se acarinham os profissionais e não se adotam medidas que ajudem a parar o desastre em que estamos agora. Na primeira onda da pandemia aqui em Nova Iorque foi tradição que, às sete da tarde, todos os que estavam confinados nos seus apartamentos saíssem para as varandas para aplaudir e apoiar os nossos heróis médicos. Precisamos de mais disso, precisamos de mais apoio e empatia.



BREVES

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS DIZ QUE "MÉDICOS SÃO ALVO DE DESPREZO POR QUEM ESTÁ A GERIR O PAÍS"



<http://portocanal.sapo.pt/noticia/251813>

"ESTE É UM MOMENTO DECISIVO DA NOSSA HISTÓRIA": ORDENS DOS MÉDICOS, FARMACÊUTICOS E DENTISTAS APELAM À VACINAÇÃO DOS IDOSOS E PROFISSIONAIS

<https://expresso.pt/coronavirus/2021-01-29-Este-e-um-momento-decisivo-da-nossa-Historia-Ordens-dos-Medicos-Farmaceuticos-e-Dentistas-apelam-a-vacinacao-dos-idosos-e-profissionais>



ORDEM DOS MÉDICOS RESPONSABILIZA GOVERNO PELO AGRAVAMENTO DA PANDEMIA



https://www.rtp.pt/noticias/pais/ordem-dos-medicos-responsabiliza-governo-pelo-agravamento-da-pandemia_v128837

ORDEM DOS MÉDICOS QUER TESTES RÁPIDOS À COVID-19 A CIDADÃOS QUE ESTARÃO NAS MESAS DE VOTOS



cmjornal.pt/sociedade/detalhe/ordem-dos-medicos-quer-testes-rapidos-a-covid-19-a-cidadaos-que-estaraos-nas-mesas-de-votos

COVID-19: ORDEM DOS MÉDICOS QUER PRIVILEGIAR FATOR IDADE NO PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO



<https://www.lusa.pt/article/wdns-C0h9CMoLE8Zgjf4azMSZM5iuSl1/covid-19-ordem-os-m%C3%A9dicos-quer-privilegiar-fator-idade-no-plano-nacional-de-vacina%C3%A7%C3%A3o>

ORDEM ENVIA AO MINISTÉRIO LISTA COM QUATRO MIL MÉDICOS FORA DO SNS QUE SE QUEREM VACINAR



<https://www.jn.pt/nacional/ordem-envia-ao-ministerio-lista-com-quatro-mil-medicos-fora-do-sns-que-se-querem-vacinar-13209607.html>



Bastonário dos Médicos, Miguel Guimarães
Foto: Cristiano Silva / Arquivo Global Imagens

COVID-19: BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS ATACA FALTA DE TRANSPARÊNCIA NOS DADOS DA VACINAÇÃO

<https://tvi24.iol.pt/sociedade/miguel-guimaraes/covid-19-bastonario-da-ordem-dos-medicos-ataca-falta-de-transparencia-na-divulgacao-dos-dados-sobre-a-vacinacao>



PROCESSO E PRIORIDADES DA VACINAÇÃO

Cronologia Vacinação

JANEIRO

NOVEMBRO

28 de novembro

> Bastonário e o Gabinete de Crise para a COVID-19 pedem "transparência, equidade e fundamentação científica" no processo de vacinação, com princípios assentes na "prevenção e minimização da mortalidade, morbilidade e da sobrecarga do SNS".

DEZEMBRO

30 de dezembro

> Ordem promove um inquérito junto dos médicos para identificar os colegas que estão fora do SNS e que querem ser vacinados. A listagem será partilhada com a tutela.

29 de dezembro

> Ordem dos Médicos denuncia que médicos do setor privado e social continuam sem informação sobre quando poderão ser vacinados.

27 de dezembro

> Início da vacinação em Portugal. António Sarmento é o primeiro português, e médico, vacinado.

3 de dezembro

> Revelado aos jornalistas o Plano Nacional de Vacinação pela Task Force do Ministério da Saúde.

4 de dezembro

> Bastonário alerta que é "um plano feita à pressa", sem que a Ordem dos Médicos tenha sido ouvida, apesar das promessas em contrário.

5 de dezembro

> Bastonário não acredita que estejam disponíveis em janeiro as doses necessárias para a primeira fase do plano.

24 de dezembro

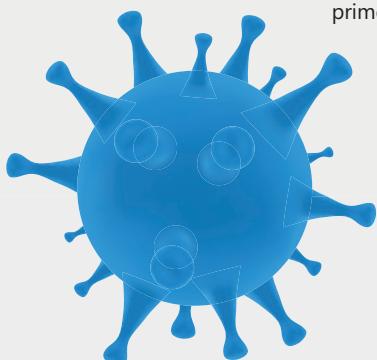
> Bastonário não acha "normal" que os profissionais de saúde do setor privado não estejam informados sobre se seriam, ou não, incluídos na primeira fase de vacinação e defende inclusão de todos, sem discriminação.

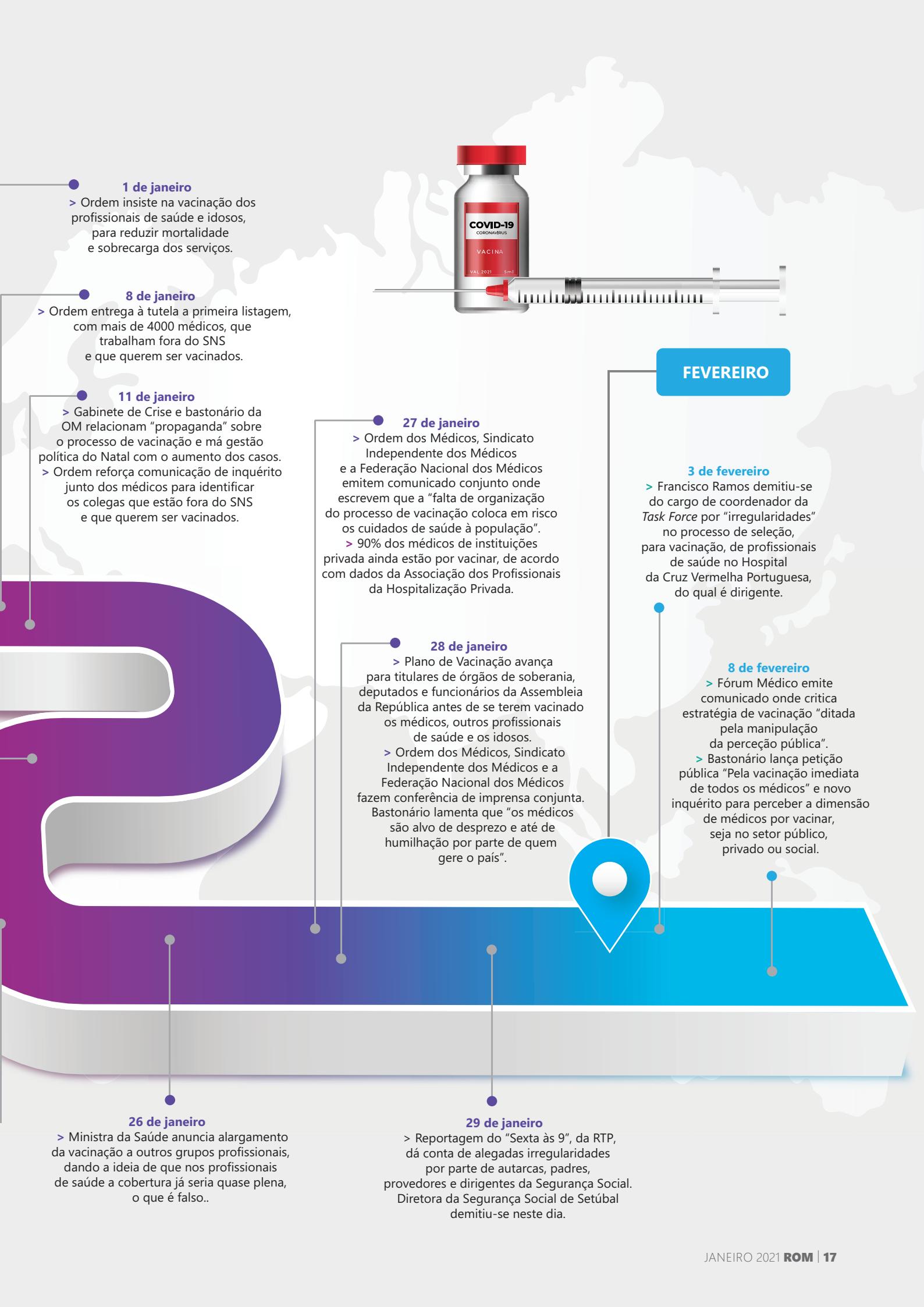
18 de janeiro

> Gabinete de Crise e bastonário da Ordem dos Médicos pedem revisão imediata do Plano Nacional de Vacinação COVID-19, com pedido de parecer urgente ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida sobre critérios de prioridade.

24 de janeiro

> A Ordem tomou conhecimento que morreram mais três médicos vítimas de COVID-19 e voltou a apelar ao Governo para a importância de se vacinarem todos os médicos.
> Ordem envia nova listagem à tutela, agora com mais de 6500 médicos que trabalham fora do SNS e que querem ser vacinados.





Plano Nacional de Vacinação

Mais que uma maratona, uma corrida de obstáculos...

TEXTO: **PAULA FORTUNATO**

O Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19, anunciado através da comunicação social em dezembro, apresenta várias lacunas desde a falta de identificação e estratificação claras dos grupos de risco, a problemas na operacionalização e fiscalização do cumprimento dos critérios definidos. Mas o pior deste plano tem sido o não cumprimento do plano. Exemplo desse incumprimento, considerou-se prioritário vacinar médicos e outros profissionais de saúde, por uma questão de ética utilitária para evitar o colapso de um sistema já sobrecarregado e em rutura. Mas as prioridades definidas pela OMS, Comissão Europeia e DGS não estão a ser cumpridas e os profissionais de saúde estão longe de estarem todos vacinados...



O plano nacional de vacinação contra a COVID-19 arrancou a 27 dezembro de 2020 com a inoculação dos profissionais de saúde dos hospitais definidos como diretamente envolvidos na prestação de cuidados aos doentes COVID. Um critério de prioridade que, como a Ordem dos Médicos tem alertado, não deve excluir os médicos que prestam outros cuidados de saúde, noutras instituições, igualmente importantes e que não podem ser interrompidos, sob pena de aumentar as cargas de doença e comorbilidades da população portuguesa. Porque "não vacinar todos os médicos é condenar os doentes a ficarem sem acesso a cuidados de saúde, fazendo perigar ainda mais o direito à saúde constitucionalmente protegido", alerta a instituição, pedindo "respeito, rigor, transparência e equidade no processo de vacinação". "Vacinar todos os médicos, de acordo com as prioridades definidas a nível nacional e internacional, é uma questão de ética e de

justiça. Preservar a saúde de quem tem o dever e a competência de estar na linha da frente a salvar vidas é defender o interesse público e a saúde do país", lê-se na petição a que é possível aceder a partir do site e do Facebook da Ordem dos Médicos, com a qual os subscritores vêm exigir a vacinação imediata de todos os médicos.

Petição pela vacinação dos médicos

[VER AQUI >](#)



Segundo a PorData (dados de 2019) existem 107.685 profissionais de saúde a trabalhar nos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde em Portugal (incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica), o que corresponde a cerca de 62% do total de trabalhadores do setor público, na área da saúde. Fora desses números fica, pelo menos, quem trabalha no setor privado (entre os quais milhares de médicos), no setor social e ainda – dentro do próprio SNS – outras categorias profissionais relevantes como os assistentes técnicos e operacionais, por exemplo, que também não estão contabilizados nessa estatística da PorData.

Ao telespectador – ou leitor de jornais – mais incauto, pareceria em face das notícias que abrem os (tele)jornais que já todos esses profissionais prioritários estão vacinados... Mas a realidade está longe da propaganda. Se não, vejamos...

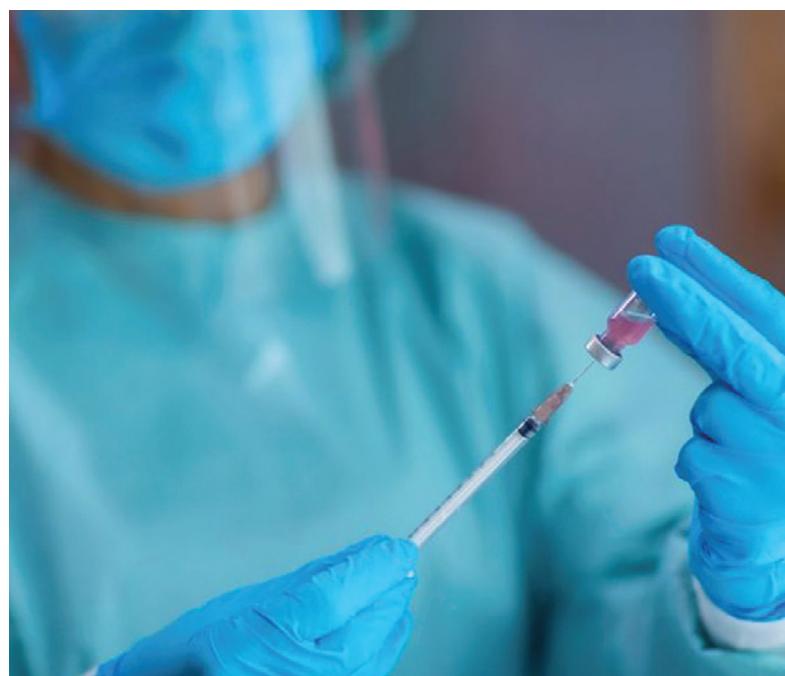
Ao final do primeiro dia de vacinação contra a COVID-19, contabilizava-se mais de 4.000 profissionais de saúde vacinados, nos cinco grandes centros hospitalares onde arrancou o processo: São João, Porto, Coimbra, Lisboa-Norte e Lisboa-Central.

Ao segundo dia a comunicação social falava de mais de 7 mil profissionais vacinados e, no dia 29 de dezembro, com tudo aparentemente a correr bem, a tutela regozijava-se por já terem sido vacinados 16.701 profissionais de saúde, o que corresponderia a cerca de 15% dos profissionais do SNS se nos reportarmos apenas aos referidos dados da PorData...

Apesar de não serem disponibilizados publicamente os dados da vacinação por categoria profissional, quando se inicia a segunda dose, a 17 de janeiro, lê-se na comunicação social que a tute-

la anuncia que a essa segunda dose irá abranger quase 30 mil profissionais de saúde prioritários de hospitais e cuidados de saúde primários. Tradução? Nessa mesma data refere-se já existirem cerca de 106 mil pessoas vacinadas só em Portugal continental, número que inclui menos de 30% dos profissionais de saúde definidos como prioritários. Esses dois números são a demonstração de que não tem havido um fio condutor e que a implementação se tornou um ziguezague que dificulta a contabilização por grupo profissional ou por ordem de prioridades.

No entanto, se tivéssemos mantido desde o primeiro momento o foco no grupo (mais) prioritário (profissionais de saúde) bem como o ritmo inicial de vacinação dos três primeiros dias, a 17 de janeiro já teríamos quase todos os profissionais prioritários do SNS devidamente vacinados e em poucos dias teriam sido vacinados todos os profissionais do setor privado (cuja vacinação começou a 15 de janeiro). Num cenário em que tivesse sido cumprido o critério de prioridade, definido desde o primeiro momento – começar por vacinar os médicos e outros profissionais de saúde “para evitar o colapso de um sistema já em rutura” – antes do final



Comunicado do Fórum Médico

[VER AQUI >](#)



TEMA DE CAPA



de janeiro já teríamos acabado a vacinação desse grupo prioritário, medida essencial pois “proteger quem nos protege é proteger toda a sociedade”, como explica o Fórum Médico em comunicado que pode ser lido integralmente no site da Ordem dos Médicos.

Comentários da OM ao PNV

[VER AQUI >](#)



As prioridades foram, aliás, definidas supranacionalmente pela OMS e pela Comissão Europeia, sendo também assumidas pela DGS. Mas não estão a ser cumpridas... O que aconteceu a partir dos primeiros dias de 2021 é o que já se denomina como um “ziguezague” na cobertura vacinal, que faz com que todas as categorias definidas como prioritárias já tenham tido alguém inoculado, mas em nenhuma estão vacinados todos... “Objetivamente constata-se que o processo de vacinação dos profissionais de saúde está significativamente atrasado em relação aos prazos anunciados. Ao mesmo tempo anuncia-se e avança-se para a vacinação de outros grupos, numa estratégia ditada pela manipulação da percepção pública”, denunciou o Fórum Médico.

Vejamos alguns números específicos sobre a vacinação dos médicos:

- Mais de um mês depois do início do processo, e reportando-nos apenas ao Serviço Nacional de Saúde, calcula-se que falte vacinar 70% dos médicos;
- Apesar dos pedidos à tutela para que não esquecesse os restantes setores e que houvesse respeito pelos critérios de prioridade, chegamos ao final de janeiro com mais de 250 mil pessoas vacinadas no país (incluindo entre lares e profissionais de saúde), das quais apenas 570 são trabalhadores da saúde do setor privado e social;
- Calcula-se que o número de médicos do setor privado e social já inoculados com a primeira dose da vacina contra a COVID-19 estará agora (primeira semana de fevereiro) em cerca de 7% do total.

“As vacinas são para os 10 milhões de portugueses. E não apenas para alguns. Estamos perante uma pandemia que afeta todos os setores. Que

afeta o país. Por isso as prioridades definidas pelo Ministério da Saúde devem ser aplicadas de forma transversal para todas as pessoas. Os médicos que trabalham fora do SNS devem ter o mesmo direito a serem vacinados. Para trabalharmos em segurança e proporcionarmos a melhor resposta possível a todos os doentes é essencial que o plano de vacinação seja um fator de equidade e coesão nacional e não um plano que volte as costas a parte dos portugueses, até porque muitos dos nossos doentes acabam por ter as suas consultas, exames complementares e cirurgias, dentro e fora do SNS, nomeadamente através de convenções, acordos e por decisão individual”, tem defendido Miguel Guimarães em várias ocasiões.

Estes números e percentagens que referimos podem não ser absolutamente exatos, simplesmente porque não é disponibilizada “informação permanente e atualizada do número de vacinas administradas, por local e grupo profissional”, como já veio exigir o Fórum Médico, depois de uma reunião extraordinária que se realizou a 3 de fevereiro.

Além de convocar o Fórum Médico, que reúne as principais estruturas representativas dos médicos*, a Ordem tem demonstrado a sua apreensão perante os atrasos na imunização de todos os médicos, independentemente do setor onde trabalham. Além dos sucessivos alertas, numa tentativa de ajudar a agilizar e facilitar o processo de vacinação desses médicos, a Ordem promoveu um inquérito junto dos profissionais desses setores para identificar os que estando fora do SNS, querem ser vacinados, incluindo informação sobre atividade e especialidade para ser possível estratificar a ordem de prioridades. A listagem daí resultante (em constante atualização) já foi enviada à tutela com indicação dos milhares de médicos que declararam a sua vontade em receber a vacina contra a COVID-19.

Mais recentemente, e porque os atrasos são

transversais e põem em causa o trabalho do Serviço Nacional de Saúde e a sua capacidade de resposta, a Ordem dos Médicos deu início a uma petição onde denuncia que os médicos continuam longe de estarem todos vacinados, alertando que, o mesmo acontece com os outros profissionais de saúde e com os portugueses com idade igual ou superior a 80 anos, grupos também prioritários. "No caso dos médicos, pelo que sabemos através da comunicação social, faltam ser vacinados a maioria (cerca de 70%) dos que trabalham no SNS e a imensa maioria (cerca de 90%) dos que trabalham fora do SNS".

Prioridade a maiores de 80: essencial para reduzir mortalidade e pressão nos serviços

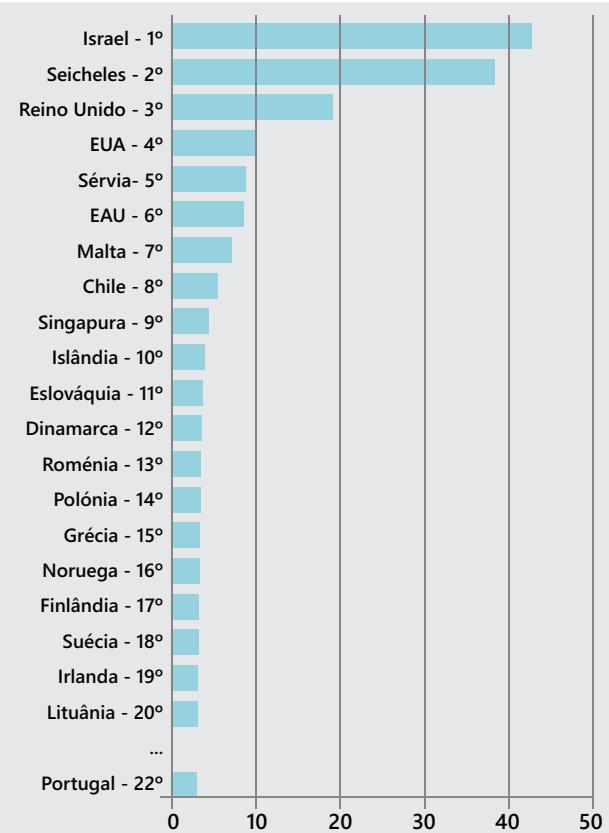
A Ordem dos Médicos considerou sempre que os médicos e restantes profissionais de saúde deveriam ser considerados prioritários, mas também defendeu desde o início a inclusão do critério "idade": logo a 21 de dezembro a Ordem enviou um ofício ao Ministério da Saúde com comentários ao Plano Nacional de Vacinação (que foi publicitado pelo coordenador da *task-force* junto da comunicação social) no qual defendia que os critérios de vacinação contra a COVID-19 deviam incluir a ponderação da idade como fator prioritário, nomeadamente para estratificar cada grupo de prioridades.

Recordamos que, inicialmente, o plano nacional de vacinação não incluía os maiores de 80 como prioritários, mas a Ordem sempre defendeu que os mais velhos deviam ser imunizados logo na primeira fase. Em comunicado de 1 de janeiro, a Ordem dos Médicos renovava esse apelo e lembrava que a taxa de letalidade com COVID-19 acima dos 80 anos em Portugal estava em "13,6%" enquanto na faixa entre os 50 e os 59 anos era de "cerca de 0,3%" e com quase 1 em cada 5 pessoas acima dos 80 infetada com COVID-19 a precisar de hospitalização. O recurso ao fator idade foi por isso identificado como facilitador da identificação dos grupos-alvo, mas especialmente como um elemento fulcral para reduzir a mortalidade, morbilidade e a pressão nos serviços. A Ordem defendeu o uso desse critério, bem como das doenças associadas, para incluir logo na primeira fase os residentes em lares, em unidades de cuidados continuados e os

idosos que são acompanhados em casa pelas famílias, mas também para a seleção inicial de médicos e outros profissionais, independentemente da unidade de saúde, região do país ou setor em que desenvolvessem a sua atividade.

O Gabinete de Crise para a COVID-19 da Ordem dos Médicos defendeu, em alinhamento com a evidência científica disponível sobre a elevada incidência da mortalidade nessa faixa etária, que esse deveria ser um dos grupos a incluir pela sua especial vulnerabilidade à infecção pelo SARS-CoV-2. Também os especialistas em infeciólogia, pneumologia, virologia e saúde pública defenderam concomitantemente em carta aberta a alteração dos critérios de vacinação contra a COVID-19 para dar prioridade aos maiores de 80 anos. Outra prioridade definida no papel e que não está a ser respeitada tornando

PESSOAS VACINADAS POR 100 HABITANTES



Fonte: *Our World in Data*

Dados recolhidos dia 11 de fevereiro. Esta estatística varia muito em termos diários: usando todos a mesma fonte, por exemplo, a 31 de janeiro a TVI referia que Portugal estava em 15º lugar e a 18 de fevereiro o Público indicava que estávamos no 26º lugar do top dos países que já vacinaram mais pessoas.

TEMA DE CAPA

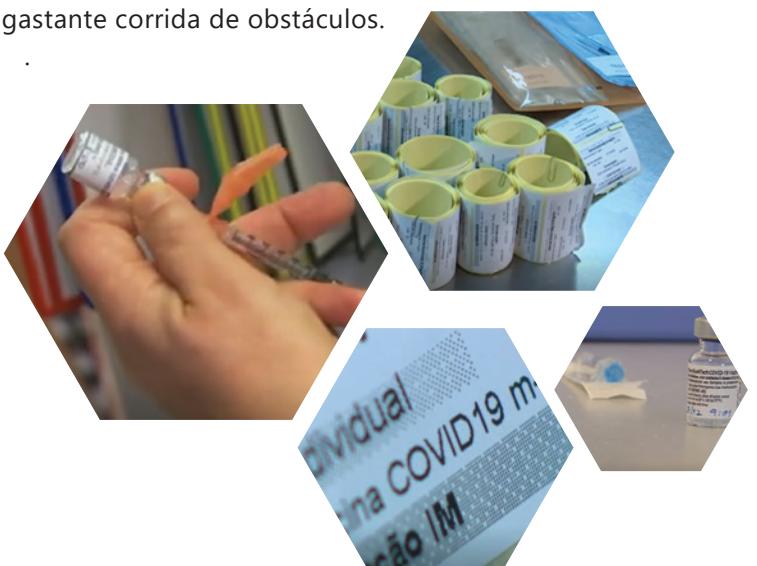


A vacinação dos profissionais de saúde é crítica para o controlo da pandemia e para a recuperação do nosso país, pelo que deve ser gerida e monitorizada de forma séria e transparente - Fórum Médico, 8 de fevereiro de 2021

pouco provável que se chegue a março com um mínimo de 80% dos portugueses com mais de 80 anos já vacinados como foi recomendado pela Comissão Europeia a todos os Estados-membros, uma percentagem que se aplicava também aos profissionais de saúde e que foi um compromisso assumido pelo primeiro-ministro em Bruxelas. Mas, em Portugal há 670 mil pessoas com 80 ou mais anos segundo dados da PorData, e as previsões da 'task-force' não eram de vacinação de 80% até ao final de março: segundo os responsáveis pelo plano de vacinação, nesse prazo atingir-se-ia 170 mil pessoas dentro dessa faixa etária com a vacinação completa e outras 170 mil apenas com a primeira dose da vacina. Cifrando-se, portanto, nos 50% a taxa de vacinação dos maiores de 80, número do qual, provavelmente, ainda ficaremos aquém.... Embora este grupo já tenha começado a ser vacinado, até ao momento não foram disponibilizados dados sobre o número de vacinas administradas.

Esta demonstração de que a maior falha do pla-

no nacional de vacinação é a falta de rigor no seu próprio cumprimento, recorda-nos que, como tem sido afirmado pelos mais diversos interlocutores, a luta contra a pandemia é uma maratona, não um sprint... Mas, demasiadas vezes, esta maratona parece estar a transformar-se numa constante e desgastante corrida de obstáculos.

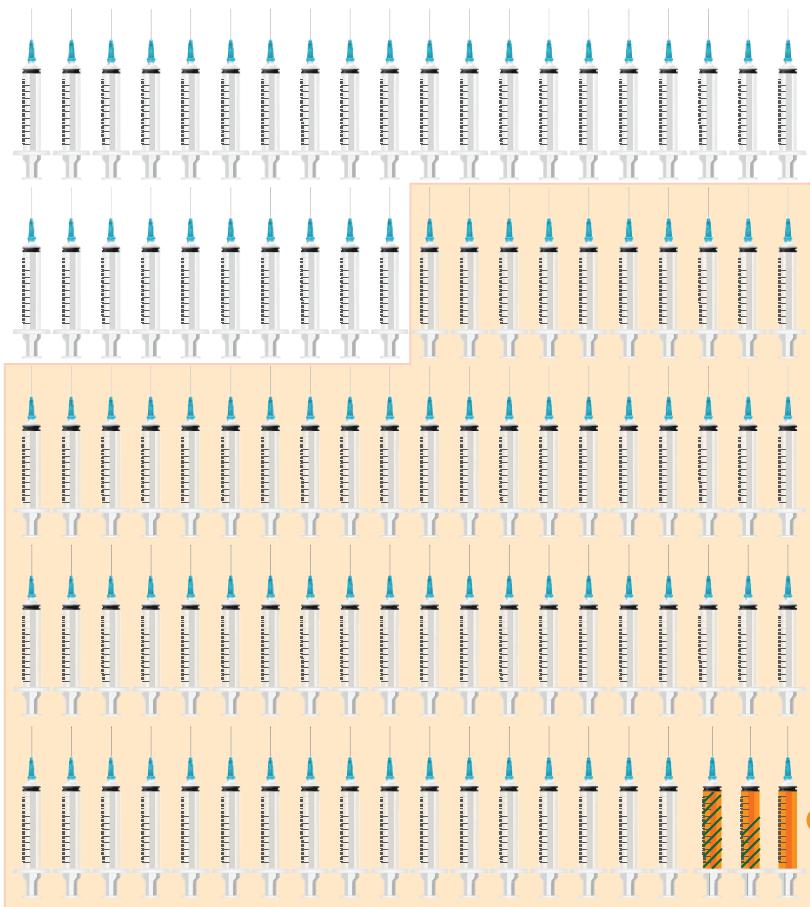


* O Fórum Médico inclui representantes das seguintes instituições: Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública, Federação Nacional dos Médicos, Sindicato Independente dos Médicos, Associação dos Médicos Portugueses da Indústria Farmacêutica, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Federação Portuguesa das Sociedades Científicas Médicas, Associação Portuguesa dos Médicos de Carreira Hospitalar, Associação Nacional de Estudantes de Medicina e Ordem dos Médicos.

MESA DE OPERAÇÕES

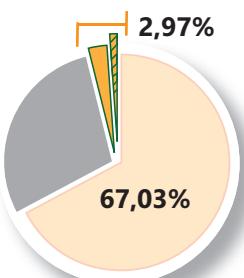


100% da População Portuguesa



Para a imunidade de grupo,
falta inocular

67,03%
da população portuguesa



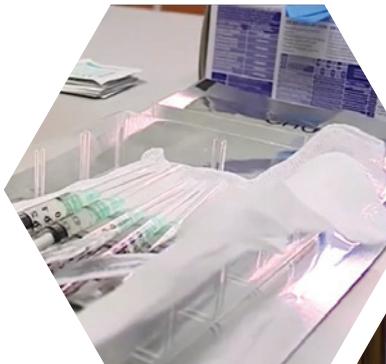
2,97%
da população já recebeu a vacina
mas apenas
1,31%
recebeu duas doses

Só **19,77%**
da população prevista foi vacinada
nos seguintes grupos: profissionais de saúde,
forças armadas, forças de
segurança e serviços críticos



Se mantivermos um ritmo de **10 a 15 mil doses/dia**, só conseguiremos completar a vacinação de **70% dos adultos** portugueses em **2023**, muito longe do objetivo definido pela UE (**verão de 2021**). 70% é também, segundo a OMS, o necessário para obter imunidade de grupo. Para atingir esse objetivo o país tem que **acelerar a taxa de vacinação diária**, o que depende da organização mas também de fatores externos como o número as doses disponíveis.

Vacinação: combater o “obscurantismo” e valorizar a ciência



TEXTO: PAULA FORTUNATO

Numa entrevista à ROM que publicamos nesta edição, um dos vencedores do prémio Nobel da Medicina de 2020, Charles Moen Rice, refere o papel dos jornalistas para a valorização da ciência. Alerta ainda que existe uma “fração mais fanática com quem é muito difícil de comunicar”. Qual a origem desse fanatismo? O que podemos fazer para ultrapassar a barreira de comunicação? É possível reverter estes movimentos?

A importância da vacinação tem-na colocado como um dos objetivos estratégicos da OMS, que em 2012 definia como essencial “que os indivíduos e as comunidades entendam o valor das vacinas e as procurem como um direito e com responsabilidade”. Apesar da importância para prevenção e erradicação de várias doenças, existem movimentos anti-vacinas desde a 1ª vacina inventada: a da varíola. A erradicação da varíola é, aliás, referida como um dos mais importantes feitos da história da medicina e a “prova inequívoca do poder da ação coletiva na melhoria da condição humana” (segundo Margaret Chan, ex-diretora-geral da Organização Mundial da Saúde). Mas no caso das vacinas, sejam as vacinas contra a COVID ou outras, os célicos recusam essa prova e referem medo de efeitos secundários, medo da sobrecarga do sistema imunitário, falta de confiança nas instituições, preocupações com a rapidez do processo, etc.

O problema do ceticismo afeta o mundo inteiro, e é a resposta à pergunta: por que razão ainda não foi eliminado, por exemplo, o sarampo em países europeus com uma boa capacidade de vacinação, de vigilância epidemiológica e de diagnóstico? Curiosamente, este é um problema com especial incidência no país onde nasceu Pasteur, o pai da vacina contra a raiva.

Quando nos questionamos sobre o motivo dessa desconfiança, é inegável o papel da comunicação social. A disseminação de informação em saúde, pode ser tão importante na valorização da ciência como na sua destruição, como podemos analisar através do exemplo tristemente famoso de um dos maiores ataques de sempre à vacinação: Andrew Wakefield publicou um artigo na revista Lancet em 1998 que associava a vacina VASPR ao autismo. A ampla divulgação desse artigo levou à drástica diminuição da cobertura vacinal, sendo de assinalar novos surtos de sarampo em 2003, em vários países europeus. No ano seguinte foi demonstrado que esse mesmo artigo tinha erros graves quer na amostra, quer na análise estatística. Mas, na era da comunicação global, o mal estava feito e de nada valeu que:

- > muitos estudos demonstrassem a inexistência dessa associação de causa/efeito;
- > em 2004, perante a evidência de erros, o Lancet retirasse o artigo dos seus arquivos e se retratasse da publicação;

PORUGAL: RETROCESSO NA ERRADICAÇÃO DO SARAMPO?

Há 5 anos, em 2016, Portugal recebeu da Organização Mundial da Saúde o diploma de país oficialmente livre de sarampo. De 2006 e 2014 Portugal teve apenas 19 casos de sarampo, quase todos importados de outros países. Infelizmente, fruto da redução da cobertura vacinal, em 2017 e 2018, o nosso país ultrapassou o número de casos que tinha registado em quase uma década. Em 2017 tivemos dois surtos de sarampo, que atingiram quase 30 pessoas, culminando na morte de uma jovem de 17. Em 2018 novos surtos com o dobro das pessoas infetadas. Segundo dados de 2017, mais de 87% das pessoas que contraíram sarampo nesses surtos não estavam vacinadas.



> seis anos depois o autor fosse excluído do General Medical Council e impedido de exercer, etc.

Apesar dessas notícias terem chegado aos jornais e à internet, o impacto não foi o mesmo que teve o artigo original, tornando impossível desfazer o que já estava feito. Precisamente porque existe uma "fração mais fanática com quem é muito difícil de comunicar": em 2013, na região europeia da OMS ocorreram 29.000 casos de sarampo, a maioria dos quais em pessoas não vacinadas. Na Europa, aliás, os objetivos de eliminação da doença têm sido sucessivamente adiados, havendo ainda muitos países onde a doença é endémica como, por exemplo, Bélgica, França, Itália, Roménia e Ucrânia. Portugal, depois de ser declarado país livre de sarampo pela OMS, voltou a ter surtos. Em 2019 a meio do ano, já o número de casos de sarampo na Europa tinha ultrapassado o total do ano anterior, facto que levou a OMS a demonstrar a sua preocupação. Mas, em Portugal, a diretora-geral de Saúde referiu que por haver uma cobertura vacinal "tão elevada, não há condições para que o vírus se torne endémico".

Contudo, como efeito secundário da pandemia e da concentração dos cuidados médicos no combate à COVID-19, em abril de 2020, o número de vacinas administradas no nosso país diminuiu quase 50%, em comparação com o mesmo mês de 2019. De acordo com os dados do portal da transparência do SNS, em abril de 2019 foram administradas 473.057 vacinas, contra as 247.810 de abril de 2020, situação preocupante num contexto em que diminuir a vacinação pode levar ao reaparecimento de doenças evitáveis como tem sido o caso dos surtos de sarampo.

É possível combater os mitos?

Com recurso a argumentos e demonstrações fiáveis, científicas e explicações sensatas, poderemos esperar mudar a opinião dos céticos? À partida a resposta é não. É exatamente isso que afirmam muitos "negacionistas", que respondem aos inquéritos referindo que "nenhuma razão os fará mudar de opinião". O papel da internet é cada vez maior nestes processos. O fatídico artigo publicado a 26 de fevereiro de 1998 por Andrew Wakefield marcou o início de uma desconfiança internacional contra as vacinas, não apenas a visada do sarampo, mas todas as outras, e, mesmo depois de ter sido retirado da Lancet, e depois do cirurgião britânico ser proibido de exercer, mais de 20 anos depois, ainda circula pelo mundo cibernáutico e é usado como argumento de negacionismos e conspirações. Com estratégias extremamente emocionais, os defensores destas teorias anti-vacinas bloqueiam qualquer possibilidade de a razão se suplantar à emoção, nomeadamente porque incutem medo de efeitos secundários, ainda que sem fundamento científico ou sem representatividade estatística relevante. Nos casos mais extremos, as teorias da conspiração



acusam as vacinas de serem potenciais armas biológicas e de controlo da população mundial.

Para fomentar os medos, é ainda incutida a desconfiança em relação às instituições, promovendo-se a teoria de que existem alianças ocultas entre a indústria farmacêutica e os governantes, fazendo com que se questione as motivações dos decisores políticos sobre os planos nacionais de vacinação. O medo da doença, é suplantado pelo medo dos efeitos da cura/prevenção.

Uma das dificuldades em combater as correntes anti-vacinas é o facto de as gerações mais novas não possuírem memória dos efeitos nefastos causados por doenças como a poliomielite ou a varíola que foram erradicadas tanto das estatísticas como da nossa memória coletiva mais recente, o que explica que as estatísticas que demonstram que a aceitação da vacinação é menor nos mais novos. Mas, entre a "fração mais fanática com quem é muito difícil de comunicar" e os que são totalmente a favor das vacinas, aceitando-as sem qualquer hesitação, há uma ampla gama de cízentos, de pessoas que não rejeitam a vacinação mas que podem ter receios, maiores ou menores, e com os quais os profissionais de saúde devem comunicar para aumentar a aceitação da vacinação. Também a imprensa pode – e deve – ter um papel para a valorização da ciência. Reconhecendo a dúvida e o questionamento como válidos, e potenciais motores de conhecimento e progresso, o que é preciso é estar atento e combater o "obscurantismo", como designou -Emmanuel Macron [a propósito dos estudos que indicam que muitos franceses não querem ser vacinados contra a COVID-19]. E manter a esperança pois, provavelmente, é na própria vacinação que está a melhor publicidade possível: estudos realizados nos EUA e Reino Unido demonstram que, depois da campanha de vacinação contra a COVID-19 começar, à medida que a distribuição das vacinas progride, o medo está a diminuir e os níveis de aceitação aumentaram.

Mesmo sendo difícil, como disse à ROM o Prémio Nobel da Medicina, Charles Moen Rice: "temos de continuar a tentar fazer passar a mensagem e 'converter' o máximo de pessoas a

um modo mais racional de olhar para o mundo" e esse é um trabalho de todos: profissionais de saúde, responsáveis políticos, comunicação social...

As vacinas são seguras?

Todas as vacinas são submetidas a avaliações de segurança e eficácia muito rigorosas, segundo princípios éticos, num processo que se inicia com o desenvolvimento pré-clínico, com a identificação dos抗ígenos relevantes para a vacina e testes de eficácia in vitro e em animais de laboratório. Segue-se o desenvolvimento clínico, com testes em humanos, sujeitos a consentimento informado, que decorre em várias fases:

- > **Fase I** - Ensaios clínicos de pequena escala, para avaliar segurança (deteção de reações adversas graves) e resposta imunológica;
- > **Fase II** - Ensaios clínicos maiores e mais prolongados (alguns meses até três anos) para avaliar eficácia e determinar a dosagem e o número de doses necessárias;
- > **Fase III** - Ensaios clínicos de larga escala para avaliar eficácia e segurança em condições naturais. Em função dos resultados a vacina poderá ser, ou não, licenciada/comercializada;



CIÊNCIA EM 3 MINUTOS
Edição Covid-19

1) Ensaios pré-clínicos
2) Ensaios clínicos
3) Pedido de autorização para comercialização
4) Produção e monitorização

O desenvolvimento e aprovação de qualquer vacina, incluindo a vacina contra a Covid-19 engloba quatro etapas principais.

Vídeo produzido por Ana Cadete Pires, PharmD e PhD, para o projeto "Ciência em 3 minutos".

VER AQUI > 

[A erradicação da varíola] é a “prova inequívoca do poder da ação coletiva na melhoria da condição humana”



Margaret Chan, ex-diretora-geral da Organização Mundial da Saúde

> **Fase IV** - Também chamada vigilância pós-comercialização. Tem por objetivo detetar reações adversas raras que não tenham sido detetadas antes do licenciamento.

Nas vacinas contra a COVID-19, tal como para qualquer outro medicamento, foram garantidas a eficácia, segurança e qualidade, através de ensaios clínicos e de uma avaliação rigorosa pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA).

O processo foi mais rápido nomeadamente porque beneficiou de anos de investigação e de todo o conhecimento prévio sobre os coronavírus, além de ter abreviado o tempo de duração da fase III como é comum fazer-se para doenças oncológicas ou raras, por exemplo. Acresce que o tempo mínimo durante o qual os vacinados são acompanhados após a toma da 2ª dose, é de oito semanas. Em nenhuma destas fases foram observados quaisquer efeitos adversos significativos numa frequência ou gravidade que coloque em causa a segurança das vacinas já aprovadas para a COVID-19. O processo de avaliação independente e aprovação por parte da EMA foi igualmente muito mais célere do que o habitual, dada a urgência na aprovação de vacinas para combater a pandemia. Não obstante, é de sa-

VANTAGENS DA VACINAÇÃO

- > A pessoa vacinada, se contrair a doença, terá sintomas mais leves e uma recuperação é mais rápida;
- > A pessoa vacinada tem menos probabilidade de transmitir a doença;
- > As pessoas vacinadas ajudam a proteger aqueles que não podem ser vacinados (recém-nascidos, pessoas com sistemas imunitários debilitados, alergias, etc.);
- > Quando um elevado número de pessoas é vacinado, são interrompidas as cadeias de transmissão;
- > A imunidade de grupo impede que a doença se propague na comunidade;
- > Ao manter mais pessoas saudáveis, a vacinação ajuda a mitigar os efeitos sociais e psicológicos da carga de doença;
- > Ao promover uma sociedade mais saudável, a vacinação alivia a pressão assistencial sobre os sistemas de saúde;
- > Ao prevenir determinadas doenças, a vacinação poupa recursos que podem ser usados para combater outras patologias.





É preciso combater o “obscurantismo”

Emmanuel Macron

[a propósito dos estudos que indicam que muitos franceses não querem ser vacinados contra a COVID-19]

lentar que isto apenas foi possível pelos esforços e trabalho conjunto das empresas farmacêuticas com a EMA, através da partilha precoce e contínua dos dados das fases I e II dos ensaios clínicos, bem como da disponibilização de muitos recursos por parte da EMA, dando prioridade máxima ao processo de avaliação dos dados de cada vacina candidata, após a sua submissão.

Um outro fator que contribuiu de sobremaneira para encurtar o processo de disponibilização das vacinas assim que aprovadas pela EMA foi o seu processo de produção ser iniciado antes da conclusão da fase de ensaios clínicos, possibilitado pela disponibilização de capital de risco proveniente de investimentos privados e ajudas governamentais.

Por último, mas não menos importante, habitualmente, os fabricantes de vacinas têm a obrigação de enviar um relatório de segurança à Agência Europeia de Medicamentos de seis em seis meses. No caso das vacinas contra a COVID-19, o relatório de segurança tem de ser enviado mensalmente. As vacinas são, portanto, seguras e estão em constante monitorização.



INFORMAÇÃO FIÁVEL SOBRE VACINAS

Aconselhe os seus doentes a consultarem fontes fidedignas de informação e a serem criteriosos nas suas pesquisas online. Para ajudar nessa tarefa, a OMS certificou muitos websites a nível mundial para fornecerem informação baseada em evidência científica fiável e revisões independentes por especialistas a nível mundial. Todos esses websites são membros da Vaccine Safety Net.

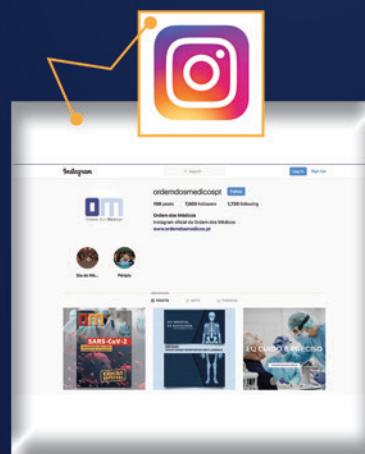


<https://www.vaccinesafetynet.org/>

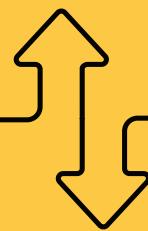
A Ordem dos Médicos



à distância
de um clique



QUEREMOS ESTAR MAIS PERTO DE SI



Ordem envia ao ministério lista com quatro mil médicos fora do SNS que se querem vacinar

Numa atitude proativa e preocupada com o "esquecimento" dos médicos que trabalham fora do SNS, a Ordem dos Médicos, através do bastonário, enviou ao Ministério da Saúde uma lista de mais de quatro mil médicos que trabalham fora do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e querem ser vacinados contra a COVID-19. Lista que já foi atualizada e enviada novamente, chegando a totalizar cerca de 6500 médicos.



"Enquanto bastonário não posso tolerar desrespeito [dos políticos] (...) os corajosos são os médicos, são eles que estão a tratar dos doentes no terreno".



Miguel Guimarães em conferência de imprensa sobre o plano de vacinação.



"Uma sociedade é tanto mais humana quanto mais sabe cuidar dos seus membros fragilizados e sofredores".

Papa Francisco em mensagem para o Dia Mundial do Doente



Estudo identifica possíveis biomarcadores para deteção precoce de malária grave em crianças

A investigação, publicada na revista "Emerging Infectious Diseases", foi conduzida pelo Instituto para a Saúde Global de Barcelona, em colaboração com o Centro de Investigação em Saúde de Manhiça, em Moçambique. Os resultados podem ajudar a compreender melhor os mecanismos subjacentes à malária grave. Não sendo fácil distinguir, no início da infecção, entre os sintomas da malária simples e os da malária grave, que pode ser letal, este estudo acarreta uma importância acrescida para "identificar e tratar rapidamente as crianças que sofrem de formas graves da doença".



COMO AVALIA A PRESTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA?

"Nunca é fácil gerir uma pandemia e, no início, ninguém podia antecipar as melhores medidas. Mais tarde começou a denotar-se falta de planeamento e uma comunicação deficiente com a população. A prestação na 2 e na 3 vaga ficou aquém do desejável".

Raquel Brito, Senior Manager



Diário de Notícias
Um diário para os nossos dias.**Marta Temido admite que Portugal poderá enviar doentes para o estrangeiro**

A ministra da saúde afirmou no dia 25 de janeiro que o Governo está a "acionar todos os mecanismos" à sua disposição a nível internacional, face à situação da pandemia, com objetivo de garantir a melhor assistência aos doentes de COVID-19. Por outras palavras, Marta Temido admitiu que Portugal equaciona enviar doentes para o estrangeiro.

**303**

Número recorde de óbitos por COVID-19 em Portugal foi atingido nos dias 28 e 31 de janeiro.

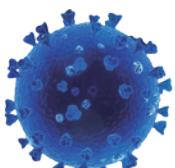
Médicos ainda não foram todos vacinados, representantes estão "indignados"

A Ordem dos Médicos (OM), o Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e a Federação Nacional dos Médicos (FNAM) mostraram "indignação" por grande parte dos médicos não terem ainda recebido a vacina contra a COVID-19, afirmando, em comunicado conjunto, que "muitos milhares" destes profissionais estão "a ser renegados no plano de vacinação, num processo cuja falta de transparência e equidade é indisfarçável". Vacinar os médicos é "proteger a saúde dos doentes", lembraram.

**Mais 3 médicos morreram em janeiro com COVID-19**

"A morte de colegas que dedicaram a sua vida a salvar vidas é um momento de grande consternação para todos nós e o mínimo que podemos fazer neste momento para honrar os médicos e as pessoas extraordinárias que foram é deixar-lhes uma palavra especial de gratidão e de solidariedade para com as suas famílias".

Miguel Guimarães



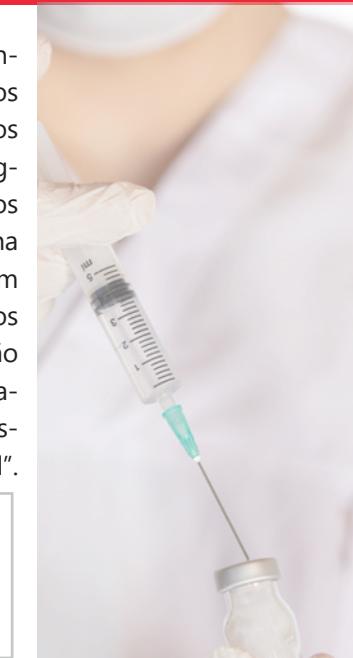
"O desempenho foi, no geral, mau. O improviso foi evidente, tal como se observou uma falta de capacidade de organização e de logística que nos prejudicou a todos".

Gonçalo Machado, Advogado



"Lamentável. Marcada por incoerências e falta de organização. Limitaram-se a reagir ao invés de agir. As medidas foram brandas e deram lugar a inúmeras exceções. Faltou humildade para se assumir que Portugal estava numa situação descontrolada. Pareceu-me nem haver um plano e isso resultou nas piores taxas de infecção no mundo".

Jorge Felício, Operador Turístico





Massificação de testes para a COVID-19: o que escolher?

TEXTO E FOTOS: PAULA FORTUNATO

Em março de 2020 outra frase do diretor-geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) tornar-se-ia viral, passando a slogan do combate à pandemia: “Testem, testem, testem”, um apelo repetido por vários chefe de estado e epidemiologistas, de todo o mundo. Quase um ano depois, foi anunciado que a política de testagem em Portugal passaria a ser a de testar massivamente... Agora que a ministra da Saúde anunciou essa mudança e que há previsão de realização de mais testes, procuramos perceber – e explicar – que tipo de testes existem e o que os distingue uns dos outros. Porque para decidir, é preciso informação.

Não se pode combater um fogo de olhos vendados. E não podemos parar esta pandemia se não soubermos quem está infetado.



*Diretor-Geral
da OMS, Tedros
Adhanom*

Durante cerca de um ano a Direcção-Geral de Saúde defendeu a utilização quase exclusiva dos testes moleculares PCR como sendo os testes mais fiáveis para detetar a infeção pelo vírus SARS-CoV-2. Só no caso de não haver disponibilidade desses testes - ou quando não havia capacidade para dar uma resposta num prazo inferior a 24 horas, é que era indicada a utilização de testes de抗ígenio, indicações, aliás, alinhadas com as recomendações internacionais da OMS e do Centro Europeu de Controlo de Doenças (ECDC). É certo que nenhum teste é 100% eficaz e fiável e que não servem todos exatamente para o mesmo, mas perante a informação de que há "necessidade de utilizar massivamente testes, desde testes PCR, a testes rápidos de抗ígenio, até aos testes de saliva que já se encontram também disponíveis" - conforme afirmou a ministra da Saúde na Assembleia da República - é importante perceber a fiabilidade e propriedades inerentes a cada teste. Que testes existem e qual a sua validade/eficácia? Para que serve cada tipo de teste? Um teste de anticorpos dá alguma garantia que a pessoa não tem COVID-19? Que testes devemos privilegiar, em que situações? Podemos confiar igualmente em todos os resultados? Quais as limitações de cada método? Serão estas algumas das questões a que procuramos responder em seguida.

Três testes, três utilizações?

Há três tipos de testes para a COVID-19: moleculares, de抗ígenio e serológicos. Algumas características e limitações são comuns, como por exemplo a influência fulcral da qualidade da amostra para a fiabilidade do resultado obtido. Mas também há diferenças que não se limitam ao preço...

A) TESTES MOLECULARES

Comecemos pelos testes moleculares que detetam infeções ativas, apresentando resultado positivo na presença de carga viral. Para isso procuram componentes do próprio vírus, pesquisando o seu material genético, nomeadamente o chamado ácido ribonucleico (ARN). Este tipo de testes usa uma técnica designada por "transcrição reversa da reação em cadeia da polimerase" ou RT-PCR (sigla do inglês "reverse transcription polymerase chain reaction"). São realizados em amostras do trato respiratório superior, recolhidas através de uma zaragatoa que se insere no nariz ou na boca até à faringe, mas também podem realizar-se em amostras de fluidos corporais como a saliva, como já é usado em Espanha, França, Itália e Estados Unidos (neste último país, os testes de saliva aplicam-se desde abril de 2020). Comparativamente aos testes de抗ígenio, apresentam uma menor taxa de falsos positivos (podem apresentar um resultado falso positivo por serem muito sensíveis e poderem detetar fragmentos inativos do vírus, mesmo quando já não existe infeção), mas uma maior taxa de falsos negativos (nomeadamente, quando se usa a zaragatoa, especialmente em crianças ou idosos, se não chegar à faringe poderá o resultado ser um falso negativo apenas por falta de qualidade da amostra colhida). Estamos a falar de taxas com pouco significado estatístico ou residuais e que não impedem a OMS e o ECDC de recomendarem os testes com metodologia PCR (de zaragatoa ou saliva), considerando-os de maior sensibilidade e mais fiáveis. Em Portugal, são esses testes PCR (com zaragatoa) que têm sido usados pelos laboratórios dos hospitais e pelo INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, nos doentes com critério de internamento ou em assintomáticos com contactos de alto risco

ATUALIDADE

TABELA 1 - VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS MÉTODOS DE TESTAGEM AO SARS-CoV-2

TIPO DE TESTE	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Testes Moleculares de amplificação do ácido ribonucleico (ARN) como os rRT-PCR	<ul style="list-style-type: none"> > Detetam a infeção ativa por SARS-CoV-2; > Elevada sensibilidade e especificidade. 	<ul style="list-style-type: none"> > Tempo de resposta de horas ou dias; > Exige muito trabalho; > Exige infraestrutura laboratorial e profissionais qualificados; > Mais caro do que os outros testes.
Testes de diagnóstico rápido: de抗原 (Ag-RDT)	<ul style="list-style-type: none"> > Detetam a infeção ativa por SARS-CoV-2; > Podem ser usados no local onde se prestam os cuidados (fora dos laboratórios); > Fáceis de executar; > Resultados rápidos (normalmente menos de 30 minutos) o que permite uma rápida implementação das medidas de controlo da infeção, incluindo o rastreio de contactos; > Mais barato que um teste molecular de PCR. 	<ul style="list-style-type: none"> > Sensibilidade e especificidade variáveis, geralmente inferiores às dos testes PCR; > Menor sensibilidade significa menor valor preditivo que o dos testes PCR especialmente em situação com alta prevalência de SARS-CoV-2; > É aconselhável fazer um teste PCR de confirmação nas situações de positividade do抗原 RDT em todas as situações de baixa prevalência e para os RDT negativos nas situações de elevada prevalência; > Um teste Ag-RDT negativo não pode ser usado para remover um contacto de quarentena.
Testes rápidos de deteção de anticorpos (Ab-RDT)	<ul style="list-style-type: none"> > Podem ser usados para detetar infeções anteriores pelo SARS-CoV-2; > Podem ser usados no local de prestação dos cuidados (fora dos laboratórios) ou com maior rendimento em laboratórios; > Fáceis de executar; > Resultados rápidos (geralmente em menos de 30 minutos nos testes feitos no ponto de atendimento); > Mais barato que um teste molecular de PCR. 	<ul style="list-style-type: none"> > O significado clínico de um resultado positivo num teste Ab-RDT ainda está em estudo; > Um resultado positivo num Ab-RDT não garante a presença de anticorpos neutralizadores ou imunidade protetora; > Os testes Ab-RDT não devem ser usados para determinar infeções ativas em cuidados clínicos nem para efeitos de rastreio de contactos de risco; > A interpretação dos resultados de testes Ab-RDT depende do estágio da doença, morbilidade clínica, epidemiologia e prevalência no contexto, tipo de teste usado, método de validação, e fiabilidade dos resultados.

Fonte: SARS-CoV-2 antigen-detecting rapid diagnostic tests: an implementation guide. Geneva: World Health Organization; 2020.

com casos confirmados, por exemplo. Estes testes podem ser feitos em poucas horas, mas – devido à pressão a que estão sujeitos os laboratórios com uma grande quantidade de testes para realizar – por vezes os resultados só saem 1 ou mais dias depois. Essa demora é um dos desafios do esforço para o controlo da pandemia e as ações necessárias que devem ser rapidamente realizadas após a receção de um resultado positivo (rastreio de contactos, por exemplo).

B) TESTES DE ANTIGÉNIO

Os testes de抗原 detetam uma infeção ativa através da presença de proteínas da superfície do

SARS-CoV-2. O抗原 é precisamente uma partícula da superfície de um agente patogénico. Este tipo de teste pode utilizar amostras do trato respiratório superior, recolhidas com zaragatoa. Tem uma sensibilidade menor do que os testes moleculares, especialmente se a carga viral for mais baixa. Quando a carga viral é mais elevada, isto é, numa janela temporal que vai desde 2 dias antes do surgimento dos sintomas até cinco a sete dias após o início da sintomatologia, torna-se mais eficaz. Desde o início da pandemia que a OMS considerou preferível o recurso a estes testes, do que a ausência de testagem, especialmente nos países onde o preço elevado do teste PCR pudesse ser impeditivo

do aumento da testagem. O facto de o equipamento necessário ser menos complexo é também uma grande mais valia para as regiões onde os laboratórios não sejam acessíveis ou onde não existam profissionais qualificados para executar os PCR. Mais recentemente, a OMS tem enaltecido a melhoria da qualidade de diagnóstico dos testes de抗生。

C) TESTES SEROLÓGICOS

Os testes serológicos detetam a presença (sem distinguir se é atual ou passada) do vírus no nosso organismo pesquisando pelos anticorpos (IgM, IgG e/ou IgA) produzidos pelo corpo como resposta à infeção pelo SARS-CoV-2, analisando para isso componentes do sangue.

Estes testes indicam a quantidade de anticorpos encontrada e a tipologia dos anticorpos e grau de imunidade.

Este teste não serve para diagnóstico – apenas identifica se a pessoa esteve em contacto com o patogénico e se desenvolveu anticorpos - pois os anticorpos de resposta imunológica só surgem cerca de 10 dias após o contágio. Há testes serológicos que permitem registar o tipo de anticorpos detetados, sendo que os IgM e os IgA estão normalmente associados a uma infeção ativa e os IgG a uma infeção passada. Mas é possível ser positivo para a COVID-19 e ainda não ter desenvolvido os anticorpos IgM e IgA. O teste não revela, portanto, se a pessoa tem o vírus, apenas assinalada a presença/ausência de anticorpos, o que por si só é somente indicador de potenciais níveis de imunidade.

Portanto, um teste positivo num teste serológico apenas indica que a presença de anticorpos confere algum grau de imunidade (variável), assim como um teste negativo apenas garante que a pessoa não esteve no passado em contacto com o vírus, mas não garante que a pessoa não está infetada com o SARS-CoV-2 no momento do teste (basta que ainda não se encontre na janela temporal adequada para a deteção de anticorpos, para o resultado poder ser indutor de uma falsa percepção de segurança).

Numa fase de confinamento social e combate à doença, quando ainda estamos longe de sentir que a crise sanitária está minimamente controlada, o que é relevante é saber se há ou não infeção, para determinar se a pessoa está em risco e se é um



QUAIS SÃO OS TESTES RÁPIDOS?

Há testes rápidos de抗生 (com ou sem zaragatoa) e testes rápidos serológicos. São feitos *in vitro*, de forma individual, assemelhando-se a um teste de gravidez e apresentam os resultados em 10 a 30 minutos. Todos os testes rápidos tendem a ser menos sensíveis que os laboratoriais (mesmo que usem a mesma técnica, ou seja, um teste de抗生 de laboratório é mais fiável que um rápido). Os primeiros testes rápidos de抗生 tinham, aliás, taxas elevadas de falsos negativos, o que gerou desconfiança na comunidade científica. Mas, neste momento, a tecnologia evoluiu e há melhores níveis de sensibilidade e fiabilidade. Alguns fabricantes referem mesmo eficácia próximas dos 100%. Mas, segundo especialistas do INSA, a eficácia máxima situa-se nos 80 a 90%.

Quando se recorre a um teste rápido, a regra tem sido: se for positivo, está feito o diagnóstico; mas se for negativo, e havendo suspeita de infeção ou contacto de risco, as boas práticas impõem que se realize um teste PCR para confirmar o resultado.



Poupar nos testes não é uma boa opção.

*Miguel Guimarães,
bastonário da
Ordem dos Médicos*

risco de propagação do vírus a outros. Os testes serológicos terão mais utilidade numa fase posterior em que se queira avaliar a imunidade adquirida a título individual e/ou a tão famosa e desejada imunidade de grupo. Este tipo de testes tem óbvia relevância no contexto de estudos epidemiológicos populacionais que procurem determinar a percentagem da população que esteve em contacto com o vírus ou para monitorizar os níveis de imunidade contra o SARS-CoV-2 de determinado grupo.

Quando/como usar testes rápidos de抗énio?

Até janeiro de 2021 segundo o SNS 24 o recurso a testes rápidos era indicado apenas como supletivo. Com o anúncio da tutela de que irão realizar-se testes a cada 14 dias em escolas, fábricas, prisões, etc., nos concelhos com mais de 480 casos por 100 mil habitantes, é finalmente consagrada uma medida que reproduz uma das recomendações que a Ordem dos Médicos faz há muitos meses: a testagem regular, pelo menos, dos profissionais de saúde, não necessariamente com recurso a testes rápidos. Este foi um dos apelos sucessivos da OM, que criticou desde o primeiro momento a orientação n.º 013/2020 de 21/03/2020, da Direção-Geral da Saúde, referente aos profissionais de saúde com exposição a SARS-CoV-2, por ser muito restritiva em termos de testagem (a norma estipulava que mesmo em casos com alto risco de exposição só seriam encaminhados para exames laboratoriais os profissionais que desenvolvessem sintomas).

Testar não basta, tem que haver um critério de utilidade: no contexto dos testes rápidos se não forem repetidos regularmente serão apenas estatísticas sem utilidade. Dada a sua menor sensibi-



lidade, a repetição com intervalos de tempo não muito alargados (por exemplo, testes semanais) terá maior utilidade na deteção dos casos positivos.

OMS recomenda: testar, informar e manter medidas preventivas

A OMS sempre apresentou a testagem como parte integrante da linha de defesa contra a COVID-19, o que exige identificação e isolamento rápidos dos casos para desacelerar a transmissão do vírus, prover cuidados de saúde aos infetados e proteger os sistemas de saúde de sobrecargas. Mas, em Portugal a testagem tem seguido as ondas da pandemia: quando o número de casos começa a aumentar, aumentamos a testagem, assim que começa a diminuir, diminuímos a testagem. Desde o início que a Ordem dos Médicos apresentou objeções ao que definiu como um "racionamento de testes", nomea-

damente quando se definiu que os médicos com contactos de baixo risco não deveriam ser testados: "Se estamos a poupar nos testes, estamos a gastar os profissionais de saúde que ficam doentes. Não é uma boa opção. Temos de gastar testes e preservar os profissionais de saúde e os cidadãos", lamentou o bastonário Miguel Guimarães, logo na fase inicial da pandemia, em março de 2020.

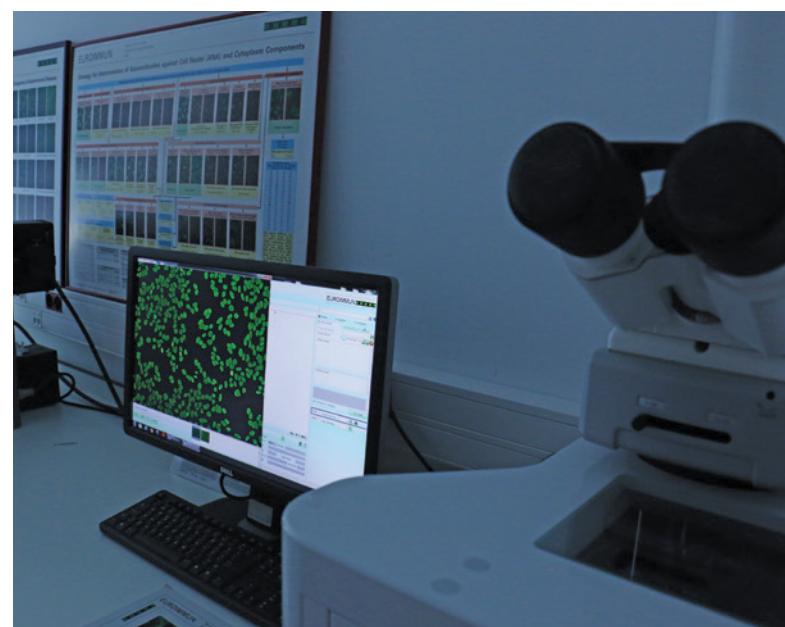
A massificação da testagem foi anunciada no início de fevereiro de 2021 pela ministra da Saúde, Marta Temido, instando a Direção-Geral da Saúde a rever as orientações técnicas, para que se passem a realizar testes a todos os contactos e não apenas a contactos considerados de risco.

Sabendo que a dinâmica de contágio do SARS-CoV-2 inclui a capacidade de ser espalhado por indivíduos tanto pré-sintomáticos, como sintomáticos ou mesmo assintomáticos, o mero diagnóstico e isolamento com base na sintomatologia não é eficaz no controlo da pandemia. É essa a razão pela qual a testagem massiva da população, para identificar e isolar rapidamente as pessoas que apresentam carga viral transmissível, é uma das estratégias essenciais neste contexto. A nova política de testagem anunciada para Portugal poderá favorecer a rapidez de atuação, vantagem importante em termos de saúde pública, pois com uma testagem alargada e eficaz podemos detetar mais depressa quaisquer surtos (lares, empresas, escolas, etc.) e isolar de imediato os doentes. Aliás, essa tem sido a posição defendida por alguns epidemiologistas, como é o caso do americano Michael Mina, professor de epidemiologia em Harvard e um dos maiores defensores da implementação de políticas de testagem rápida massificada, que faz precisamente a apologia de que o mais relevante para o controlo da pandemia é detetar, isolar e interromper as cadeias de contágio.

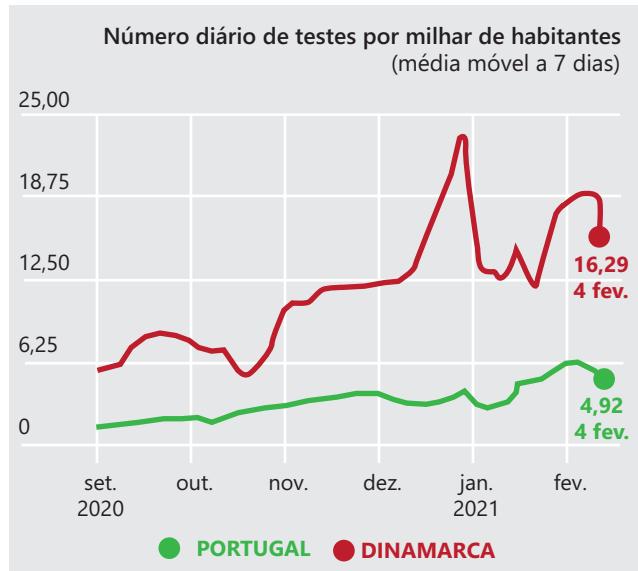
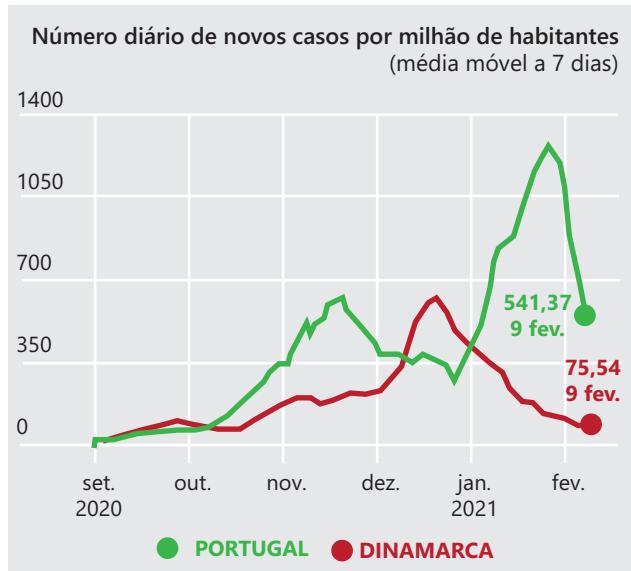
Mas para implementar essa estratégia teremos que ter algum planeamento: se vamos realmente alargar a testagem, é necessário, primeiro, que não se transmitam falsas noções de segurança que diminuam os outros cuidados essenciais e, segundo, que haja condições logísticas e circuitos bem definidos também para os testes rápidos, por exemplo,

pois o resultado demora 15 a 30 minutos e é preciso ter salas de espera nas quais não se potencie o contágio.

Será igualmente necessário planear a regularidade com que se devem repetir os testes. Alguns estudos já indicam que esse é um dos principais fatores a ter em conta: a necessidade, por exemplo, de repetir os testes semanalmente; veja-se o artigo de Daniel B. Larremore do departamento de Computer Science e do BioFrontiers Institute da Universidade do Colorado Boulder, cujos resultados demonstram que a eficácia dos testes depende muito da sua frequência e da rapidez com que se recebe e atua sobre o resultado, sendo esse fator mais relevante que a própria sensibilidade dos testes; Defende-se nesse artigo que se tenha como prioridade a acessibilidade aos testes, a frequência com que se faz a testagem e o tempo de resposta [D. B. Larremore, B. Wilder, E. Lester, S. Shehata, J. M. Burke, J. A. Hay, M. Tambe, M. J. Mina, R. Parker, *Test sensitivity is secondary to frequency and turnaround time for COVID-19 screening*. *Sci. Adv.* 7, eabd5393 (2021)]. A acessibilidade e regularidade da testagem é especialmente relevante nos testes rápidos pois, dada a sensibilidade inferior, irão "escapar" alguns casos de infecção e teremos alguns falsos negativos, mas a repetição regular amiúde dos testes aumenta exponencialmente a capacidade de detetar esses casos.



DIFERENTES POLÍTICAS DE TESTAGEM, DIFERENTES RESULTADOS



Em qualquer caso, a testagem só por si não resolve o problema: tendo em conta que nenhum teste é 100% fiável, a OMS recomenda que, se os resultados de um teste (PCR ou outro) não corresponderem à situação clínica, deve ser feita uma nova colheita e análise, usando a mesma tecnologia ou diferente. Neste sentido, os testes (mesmo os de PCR) são referidos como uma ajuda ao diagnóstico, que tem que ser considerada pelos médicos em correlação com fatores como: o momento em que a amostra foi recolhida, o tipo de análise realizada, observação clínica, história clínica, confirmação de contactos de risco e informação epidemiológica.

A OMS tem ainda alertado que é preciso que tenhamos "dados em tempo real e corretos, sobre a testagem de casos suspeitos, a natureza e estado de isolamento de todos os casos confirmados, número de contactos por caso e o rastreio completo desses contactos, e sobre a capacidade dinâmica dos sistemas de saúde lidarem com os casos de COVID-19", razão pela qual os países devem ter como prioridade a disponibilização em tempo real desses mesmos dados. Com a disponibilização de dados em tempo real, e se conseguirmos um bom controlo da saúde pública, o que não tem acontecido, a testagem massificada pode ser mais direcionada e com certeza muito mais eficaz. Porque,

quando não sabemos onde atuar, por desconhecer onde estamos concretamente a expandir os contágios, por não se realizar o rastreio de contactos em tempo útil e de forma eficaz, temos que recorrer ao confinamento alargado. Olhemos o exemplo da Dinamarca, que testa 4 a 5 vezes mais que Portugal e que o faz com especial incidência nos contextos de risco, ou seja, nos locais onde há qualquer contacto com o público. Com essa política de testagem muito mais ampla, Dinamarca evitou o confinamento alargado e tem uma das taxas de mortalidade mais baixas do mundo. A 23 de dezembro com 59.249 testes realizados, Portugal tinha uma média de 4,05 testes por mil habitantes e, em janeiro, chegou a ultrapassar a média de cinco testes/mil habitantes. Já a Dinamarca, que também teve um pico de testes no Natal, atingiu a 22 de dezembro uma média de 23,71 testes/mil habitantes.

Independentemente da testagem - e até da vacinação - todos devemos manter os cuidados principais, que garantem a diminuição de propagação do vírus e que são medidas simples mas que sabemos serem eficazes: manter a distância física de segurança, privilegiar o recolhimento, usar máscara adequada e de forma correta e lavar/desinfetar as mãos com frequência. Esses serão hábitos para manter.

Choosing Wisely Portugal

Escolhas Criteriosas em Saúde

Escolha não realizar o rastreio de bactériuria assintomática por rotina. Este rastreio está recomendado apenas durante a gravidez e antes de intervenções genitourinárias que envolvam incisão da mucosa.

A bactériuria assintomática é uma situação relativamente frequente, com prevalência variável de acordo com a idade, género, atividade sexual e existência de anomalias genitourinárias. No entanto, não está associada a complicações a longo prazo.

Em indivíduos sem fatores de risco, não existe evidência que comprove o benefício clínico do rastreio e tratamento da bactériuria. O benefício está comprovado apenas em duas situações: na gravidez, na cirurgia da próstata ou outras cirurgias urológicas invasivas, sendo por isso recomendado o rastreio e tratamento nestes casos. Na gravidez, o rastreio e tratamento da bactériuria assintomática reduz o risco de pielonefrite, de parto prematuro e de baixo peso ao nascer e nas intervenções genitourinárias traumáticas previne bactériemia e sepsis.

Nos restantes casos, o rastreio de bactériuria assintomática e a prescrição de antibióticos para o seu tratamento apresenta desvantagens relevantes, com implicações na segurança e qualidade dos cuidados, incluindo risco de falsos positivos ou falsos negativos, aumento do risco de reações adversas e aumento dos custos económicos.

Além disso, o tratamento da bactériuria assintomática pode eliminar bactérias de baixa virulência que suprimem o desenvolvimento de infecções, promovendo o desenvolvimento de infecções sintomáticas do trato urinário (ITUs) por bactérias como o Clostridium difficile e outros microorganismos resistentes ao tratamento antibiótico.

Embora a prevalência de bactériuria assintomática seja elevada nos doentes algaliados, a taxa de complicações, nomeadamente progressão para infecção urinária, é baixa, pelo que o rastreio não está recomendado nesta população. Também não existe evidência de benefício na pesquisa e tratamento de bactériuria assintomática nas pessoas com diabetes, idosos ou indivíduos institucionalizados.

Uma recomendação do 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/rastreio-de-bacteriuria-assintomatica-apenas-durante-a-gravidez-e-antes-de-intervencoes-genitourinarias-que-envolvam-incisao-da-mucosa/>

Escolha não repetir DEXA com intervalo inferior a 2 anos, por rotina, na monitorização do tratamento de osteoporose.

A densitometria óssea bifotónica (DEXA) é um exame de utilidade para a confirmação do diagnóstico de osteoporose, bem como, no seguimento dos efeitos da terapêutica desta entidade nosológica. Tendo em linha de conta a variação intrínseca do método, não se aconselha a repetição para comparação de resultados com intervalo inferior a 2 anos. A localização que tem o valor de variação mais baixo é a coluna lombar (~ 1%) e o fémur total (~ 3%).

Uma recomendação dos Colégios da Especialidade de
Medicina Nuclear da Ordem dos Médicos
Radiologia da Ordem dos Médicos



Mais informação e bibliografia no site nacional da OM em:
<https://ordemdosmedicos.pt/monitorizacao-osteoporose-nao-repetir-dexa-com-intervalo-inferior-a-2-anos-por-rotina/>

CW

Um projeto financiado por:

Apoiado por:

Saúde não pode ser “uma prioridade só no papel”

Esta foi uma das mensagens chave que o bastonário transmitiu numa participação na revista da Ordem dos Engenheiros: não basta dizer ou escrever que a saúde é prioritária. As ações têm que demonstrar a importância da saúde muito além do discurso político. Miguel Guimarães foi igualmente perentório ao reconhecer que os sistemas de saúde precisam “cada vez mais de outras profissões” e que a engenharia é essencial, como comprova o projeto do Sysvent OM1, o ventilador desenvolvido pela OM em estreita colaboração com engenheiros e que já obteve a sua certificação e que vai entrar em produção.

Reconhecendo que os sistemas de saúde precisam cada vez mais de outras profissões para se adaptarem aos tempos modernos e às exigências técnicas e tecnológicas, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, exigiu, num artigo para a revista da Ordem dos Engenheiros de janeiro-março de 2021, que a saúde seja mais do que “uma prioridade só no papel”. Definindo em três palavras-chave essenciais - reforço, autonomia e respeito - como alavancar o futuro do Serviço Nacional de Saúde, acrescentou: “é impossível construirmos um sistema de saúde melhor sem um claro reforço financeiro e de capital humano. A saúde tem de ser uma prioridade a sério” pois, como ficou provado “a saúde é o motor da economia”. “É urgente que o PIB que dedicamos à saúde caminhe para o valor da média da União Europeia (UE)” pois “Portugal dedica apenas 6,3% do seu PIB à saúde e a média da UE a 28 era de 7,1%, em 2017, último ano fechado. E estamos a falar de produtos internos brutos muito diferentes no seu volume”. Também a despesa per capita em saúde “está em Portugal mil euros abaixo da média da OCDE”. A segunda ideia chave, é que “a autonomia de quem está no terreno a tomar decisões é determinante”. O que ficou comprovado nesta pandemia com “os hospitais, pela primeira vez, a conseguirem resolver os seus problemas em tempo útil durante o estado de emergência, que vigorou na primeira vaga da pandemia, altura em que puderam fazer contratações diretas e compras de alguns equipa-

TEXTO: PAULA FORTUNATO



mentos”. “...Por fim, juntar a palavra respeito à equação: os médicos e o capital humano têm sido muito mal tratados e sem pessoas não há sistema de saúde. Os profissionais de saúde mostraram, mais uma vez, uma qualidade técnica, empenho, dedicação, solidariedade e humanismo que permitiu minimizar efeitos piores”.

Medicina: uma área cada vez mais multidisciplinar

O facto de muitas insuficiências importantes se terem tornado mais evidentes com a pandemia nomeadamente com centros de saúde e hospitais a substituir consultas presenciais “não pela verdadeira telemedicina que garante a proteção dos dados pessoais, a segurança, a qualidade e a responsabilidade”, mas por teleconsultas que se resumem a simples telefonemas.

Num contexto em que 57% dos portugueses consideram que a pandemia dificultou o acesso a cuidados de saúde. Entre os que tiveram acesso a “teleconsultas” 95% descrevem-nas como tendo sido feitas apenas por telefone. “Dois terços dos que tiveram consultas à distância afirmam que gostariam de ter tido contacto presencial. Uma observação mais completa e maior

qualidade no atendimento são os motivos apontados para essa preferência", explicou o bastonário à revista da Ordem dos Engenheiros, referindo dados do inquérito elaborado pela consultora GfK.

Além da importância da engenharia tecnológica no desenvolvimento de algum material cirúrgico de precisão, o bastonário referiu nesse artigo a relevância da engenharia de sistemas para o desenvolvimento de "ferramentas complementares que reduzam a necessidade de deslocação dos doentes aos centros de saúde e hospitais", ou que melhorem o acompanhamento à distância de alguns dados clínicos, o poder da inteligência artificial "pela sua capacidade de armazenamento e tratamento de dados em larga escala", com a sua potencialidade de apoio ao diagnóstico e à decisão clínica, etc.

Sysvent OM1: medicina e engenharia aliadas contra a pandemia

Reconhecendo que as equipes de engenharia especializada no setor da saúde são uma valia no meadamento na adaptação de circuitos de ar e nos agora célebres quartos de pressão negativa, o bastonário contextualiza a ação da Ordem dos Médicos como exemplo desse mesmo reconhecimento: a instituição fez ela própria uma parceria na área tecnológica, com uma empresa nacional de equipamentos e dispositivos médicos, alinhando a ação com a convicção de que a multidisciplinariedade é cada vez mais o caminho. Com essa iniciativa que aliou a OM aos engenheiros da SY-SADVANCE foi desenvolvido o primeiro ventilador com certificação CE de produção nacional, e que foi batizado como Sysvent OM1, projeto que está agora em fase final.

O equipamento já está certificado e é o primeiro desenvolvido no nosso país a conseguir esse reconhecimento de qualidade traduzido na marca CE. O processo de certificação aconteceu em tempo recorde para este tipo de dispositivo, o que representa um grande esforço envolvendo a equipa de desenvolvimento de engenheiros, o grupo de médicos especialistas em Cuidados Intensivos indicados pela Ordem dos Médicos e laboratórios acreditados de três países.

A SYSADVANCE vai iniciar de imediato a produção do ventilador, sendo as primeiras unidades destinadas a Portugal e à República Checa. Recordamos que este ventilador foi desenvolvido segundo as especificações

da equipa de médicos intensivistas da OM, o que dá garantias que tem tudo o que é essencial para as necessidades primordiais dos cuidados intensivos. As primeiras 30 unidades certificadas que vierem a ser produzidas vão ser adquiridas através do movimento "Todos por quem cuida" com o objetivo de oferecer esses ventiladores ao SNS, o que será complementado pela empresa produtora, que considerou desde o início que este projeto era um imperativo moral de apoio ao país e que já anunciou que irá complementar a oferta ao SNS com

"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", explicou o bastonário da Ordem dos Médicos referindo como "este ventilador é para nós um motivo de grande satisfação". Frisando que "as máquinas não funcionam sem capital humano altamente diferenciado", enalteceu o contributo que este ventilador vai representar: "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 em tempo de notícias nem sempre boas".

A certificação é o culminar de um processo complexo e representa "todo o esforço, empenho e profissionalismo dedicado a este projeto" que agora permite que Portugal disponha de "um equipamento de alta precisão e fiabilidade para ventilação de doentes em cuidados intensivos", explicava em nota de imprensa o engenheiro José Vale Machado, presidente do Conselho de Administração da SYSADVANCE. "Esperamos que o SYSVENT OM1 contribua para salvar vidas em Portugal e noutras países".



2020

é sinónimo de “Médico”



TEXTO: PAULA FORTUNATO

Convidado pelo Jornal Médico a fazer um balanço de 2020, escolhendo um único vocábulo para definir esse ano, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, elegeu a palavra “médico”. Porque os profissionais são peça fundamental de qualquer sistema de saúde e porque reconhece em todos os colegas o espírito de entrega, o humanismo e a solidariedade que este desafio está a exigir. Qualidades que definem a liderança clínica, determinante na reorganização de respostas “num SNS bastante depauperado”.

A escolha é natural e incontornável, como explicou: “Se há ano que conseguimos sintetizar em várias palavras e, simultaneamente, encontrar dificuldade em descrever, esse ano é 2020. Ainda assim, há uma palavra que foi transversal e na qual depositámos muitos dos nossos receios, mas também muita da nossa esperança no combate à pandemia e a todas as outras doenças que continuaram silenciosamente a existir. Refiro-me à palavra médico”.

Frisando que de nada valem equipamentos e instalações sem especialistas, o bastonário aproveitou esta ocasião para, mais uma vez, acentuar a sua profunda admiração por todos os colegas. “Este é o momento para dar mais uma palavra de especial agradecimento a todos os meus colegas que honraram, uma vez mais, a qualidade da medicina portuguesa, pela sua capacidade ini-

qualável de agregar à capacidade técnica, as qualidades indispensáveis a um médico completo: resiliência, ética, humanismo e solidariedade”. É ao conjunto dessas qualidades que nos podemos reportar quando verificamos como “a liderança clínica foi determinante para antecipar e reorganizar respostas num SNS bastante depauperado após anos de desinvestimento”, como explicaria Miguel Guimarães a esse meio de comunicação.

“Um sistema de saúde é muito mais do que um somatório de salas, camas, ventiladores... A importância do capital humano ganhou mais espaço no discurso público, com os portugueses a insistirem com o poder político para fazer da saúde uma verdadeira prioridade nacional”, enquadrou, o que fez com que a palavra “médico” tenha sido uma das mais citadas, mas também uma das mais louvadas desde o início da pandemia, como nos comprovam múltiplas manifestações de apreço e homenagens aos médicos. “Não existiu certamente, ao longo do ano, nenhum jornal impresso, noticiário de rádio ou de televisão que tenha passado uma edição/emissão sem referir a palavra médico”.

Apesar de ser difícil ser o alvo principal de todas as esperanças e receios dos portugueses, responsabilidade que pende sobre os médicos, é algo que aceitam como missão diária desde o primeiro momento em que ingressam na profissão: “Prometemos no nosso Juramento de Hipócrates consagrar a nossa vida ao serviço da humanidade e colocar os doentes no centro das nossas preocupações. E assim foi, assim será em 2021”, sublinhou o bastonário.



Tomada de posse dos Colégios

Pela qualidade da medicina e definição de boas práticas

TEXTO: FILIPE PARDAL



A tomada de posse das direções dos Colégios da Especialidade e Competências, das Secções de Subespecialidade e do Conselho Nacional do Médico Interno da Ordem dos Médicos aconteceu no dia 1 de fevereiro numa cerimónia online, mas com o mesmo simbolismo de sempre. O bastonário congratulou as centenas de médicos eleitos, salientando a "excelente resposta" que os Colégios deram durante a pandemia, emitindo recomendações valiosas e contribuindo para as soluções que o país precisa.

É nos momentos de crise que se revela, de forma mais vincada, a capacidade de trabalho dos profissionais. Se a competência dos médicos em salvar vidas na linha da frente é indiscutível - em tempos de pandemia e não só - ficou também evidente, através do trabalho dos Colégios da Ordem dos Médicos, que a liderança e o planeamento são mais eficazes quando partem de quem está no terreno.

Foi precisamente essa capacidade de trabalho, "rígido e célere" que o bastonário evidenciou às direções que tomaram posse. Miguel Guimarães manifestou aos colegas a sua vontade em reunir com todos os Colégios, um a um, para "trocar algumas impressões sobre os principais objetivos" para este mandato. Com a consciência que a pandemia tem acarretado "alguns transtornos em termos de formação médica", foi lançado o repto de repensar, de forma global "alguns dos internatos médicos e programas de formação". O intuito é o de consagrar mais oportunidades de formação aos jovens internos e mais equidade naquilo que é o acesso à investigação e à diferenciação progressiva. Outros desafios, como a participação mais ativa nas normas de orientação clíni-

ca, a definição das equipas-tipo no serviço de urgência e o recenseamento médico foram versados. Este último será importante para "saber exatamente onde é que os médicos portugueses trabalham", algo que é mais difícil conhecer no setor privado e social do que no Serviço Nacional de Saúde.

Elogiando a capacidade de resposta coletiva destes órgãos consultivos da Ordem dos Médicos, o bastonário sublinhou a função "muito importante" desempenhada pelos Colégios "naquilo que é a qualidade da medicina e naquilo que é a definição de boas práticas. O bastonário pretende ao longo dos próximos tempos, "aproximar estas estruturas às sociedades científicas", produzindo um espírito de sinergia que poderá beneficiar todos os médicos. É algo que já acontece em algumas especialidades, mas Miguel Guimarães quer ir mais longe e construir uma rede estruturada que privilegie as decisões baseadas na evidência científica, apoiadas num trabalho de equipa sustentável e profícuo.

"Este é o tempo da ciência" e todos os médicos fazem parte dela. E é também o tempo dos políticos perceberem a importância que a ciência tem para todas as áreas da sociedade: saúde, educação, justiça, etc.... "É pena que só agora muitos deputados da Assembleia da República tenham percebido o erro que cometem em consagrando a pseudociência na nova Lei de Bases da Saúde. Ainda estamos a tempo de corrigir algumas destas situações, mas é mais um verdadeiro desafio que temos pela frente, concluiu o bastonário.

Veja a lista nominal de todos os eleitos

AQUI >



Ser médico

Responsabilidade, conhecimento e competência sem paralelo na sociedade civil

TEXTO E FOTOS: PAULA FORTUNATO

Janeiro é o mês em que mais de 2 mil médicos iniciam o seu internato ingressando no ano comum, momento que em 2021 foi assinalado numa sessão virtual que teve uma comissão de boas vindas António Lacerda Sales, médico ortopedista e secretário de Estado Adjunto e da Saúde, o bastonário da Ordem dos Médicos e especialista em Urologia, Miguel Guimarães, João Carlos Ribeiro, médico otorrinolaringologista e presidente do Conselho Nacional do Internato Médico e o médico intensivista, Gustavo Carona.

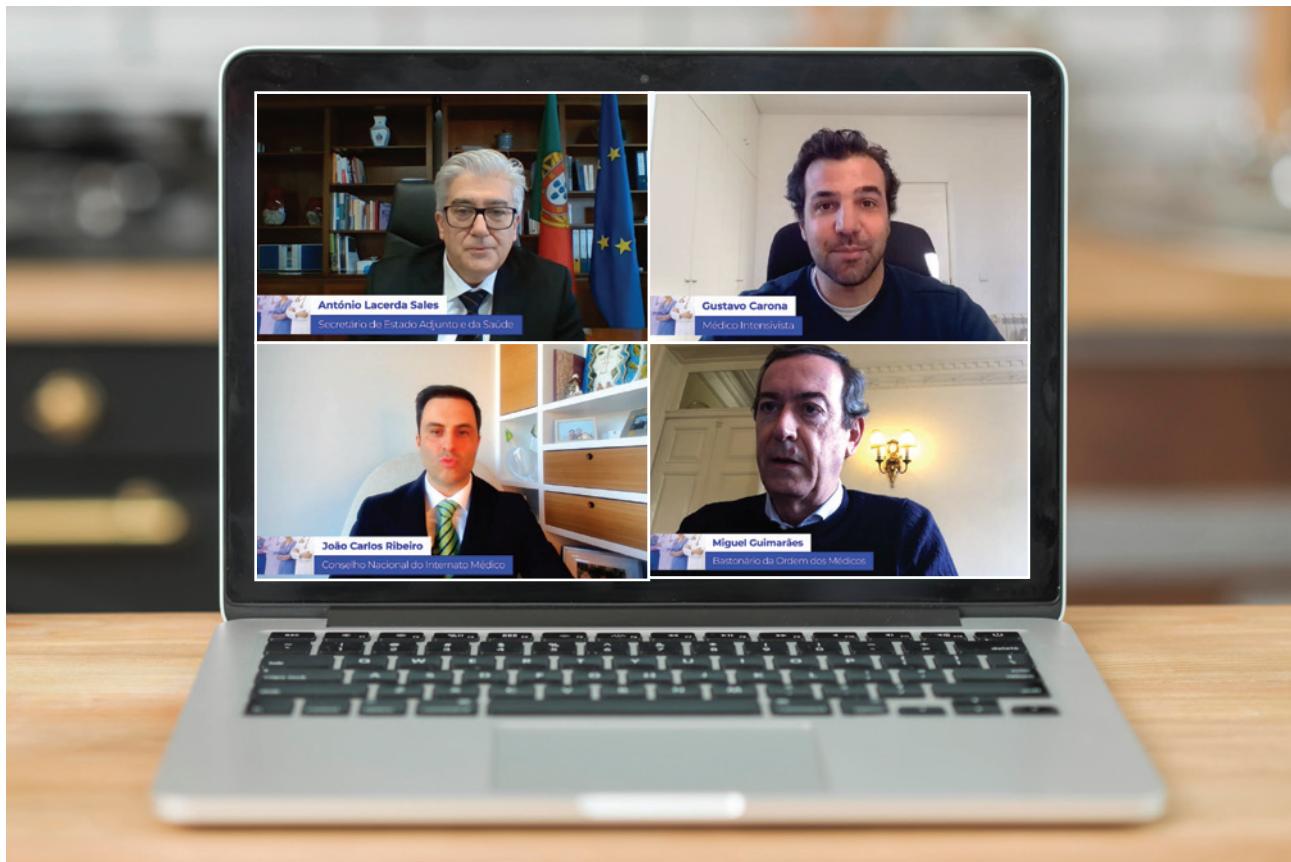
Numa cerimónia em que a empatia foi uma nota constante, João Carlos Ribeiro não foi exceção ao frisar que estes jovens "tiveram um ano terrível com enormes limitações no tratamento dos doentes e no ensino pré e pós-graduado". Referindo-se aos recém-chegados à profissão como "os pilares do SNS", explicou a estrutura do Conselho Nacional do Internato Médico e afirmou ser ele próprio "um médico em formação todos os dias". Lembrando as muitas dificuldades que a formação pós-graduada enfrenta, alertou que a "aposta no internato é a aposta no futuro do SNS", expressando o desejo de que as soluções que têm sido propostas possam ser implementadas para que a qualidade da formação médica continue a ser uma realidade em Portugal. Entre as muitas propostas do CNIM, referiu três áreas essenciais: informatização do sistema, recursos humanos na formação médica e médicos na liderança. João Carlos Ribeiro instou os jovens colegas a procurar as melhores formações e a que sejam proativos para conquistar o conhecimento, o mérito e o reconhecimento. "Bem-vindos à mais bela e complexa profissão do mundo", concluiu.

Também Gustavo Carona deixou palavras de alento pois "apesar de termos neste momento o encerramento individual e coletivo que nos entristece, (...)

momentos castradores da nossa felicidade", o intensivista acredita que os colegas mais jovens vão ter a capacidade de sentirem que estão a viver um momento muito especial que é o início da sua carreira. Recordando o momento em que ele próprio fez o Juramento de Hipócrates, lamentou que este ano os colegas não possam ter a festa merecida num momento em que estão a "terminar um sonho e a começar outro, maior", frisou. "Em algum momento vão olhar para trás e ter saudades do que são hoje, desse espírito livre". "Aproveitem a capacidade de sonhar", concluiu num tom de desafio e partilha, por não gostar de dar conselhos.

O bastonário da Ordem dos Médicos salientou pontos fundamentais, nomeadamente a importância da liderança médica que, lembrou, tem sido fulcral na resposta à pandemia. Referiu-se igualmente à importância de manter os mais novos no SNS, pois trazem um forte contributo para a inovação, setor essencial para que o SNS tenha melhor capacidade de resposta. Transmitindo uma palavra de profunda gratidão a todos os colegas que assistiam à sessão pelo aporte que cada um dá na sua área específica, e salientando não só o trabalho dos médicos altamente diferenciados como Gustavo Carona ("que tem feito um trabalho magnífico", enalteceu o bastonário), mas também de todos os outros que dão "os seus contributos que são absolutamente essenciais num momento como este de pandemia". O bastonário agradeceu o facto dos jovens colegas que iniciam agora o seu percurso "terem aceitado o enorme desafio de abraçarem a profissão mais complexa, mais humana, mais solidária, mais escrutinada (...) de maior exposição mediática e responsabilidade, mas a mais bela de todas as profissões".

"Ser médico é uma profissão que tem acima de tudo um nível de responsabilidade, conhecimento e competência sem paralelo na sociedade civil", uma



profissão que tem como pilar fundamental a relação médico/doente, tema central da intervenção de Miguel Guimarães durante o Juramento de Hipócrates, essência da própria medicina. "Mas hoje é melhor centrarmo-nos na importância do SNS: o Serviço Nacional de Saúde é a segunda maior conquista do 25 de Abril, logo a seguir à liberdade, e é uma conquista que tem sido realçada em várias circunstâncias por diferentes políticos, mas sempre esquecendo que a pedra basilar do SNS são as pessoas", considerou.

Recordando que o SNS foi construído com base no documento feito por médicos, o relatório das carreiras médicas, que tornou possível construir o serviço que hoje conhecemos, Miguel Guimarães frisou que "a forma como fazemos formação [pré e pós-graduada], desde o momento em que nos tornamos estudantes de medicina, passando depois pelos vários internatos, criamos um fluxo de trabalho em equipa em que os mais experientes vão ensinando os mais novos e estes vão ensinando os mais velhos", nomeadamente ao colocar questões "que nos obrigam a estar permanentemente atualizados, num sistema

que tem assim forma de se autorregenerar que é absolutamente essencial para a nossa finalidade: (...) fazer o melhor que pudermos pelos nossos doentes".

A concluir a sua intervenção, o bastonário pediu aos colegas que saibam defender a relação médico/doente, honrar a profissão de médico e ser médico sem medo, nomeadamente em situações em que estejam em causa as condições de trabalho e a qualidade dos cuidados prestados, frisando o dever ético de denunciar publicamente esse tipo situações.

A encerrar a sessão, António Lacerda Sales deixou uma mensagem de humanismo "que é o que os nossos doentes esperam de nós além da competência técnica: solidariedade com o seu sofrimento", enquadrou. Recordando a ansiedade de quando estava no lugar de interno, "preparando-se para ir para pôr em prática tudo o que aprendera durante o curso", fez questão de ser breve mas não quis deixar de enaltecer o "esforço que tem sido feito nomeadamente pela OM e pelo CNIM (...) no sentido de aumentar e ampliar as capacidades formativas".

COVID-19: falta coordenação de meios Temos de funcionar como um país!

TEXTO E FOTOS: PAULA FORTUNATO

O apelo e angústia dos colegas, em elevado sofrimento ético por verem os seus doentes internados em macas e cadeiras enquanto esperam vaga, levaram o bastonário ao Centro Hospitalar de Setúbal onde iniciou um novo péríodo por algumas das mais carenciadas unidades hospitalares do país. No terreno, o representante dos médicos encontrou colegas exaustos, a fazerem o seu melhor para dar resposta a uma taxa de ocupação de 950% nos cuidados intensivos. Há grandes dificuldades neste centro hospitalar que está em plano de catástrofe desde o dia 11 de janeiro...

Numa visita ao Centro Hospitalar de Setúbal, Miguel Guimarães encontrou um ambiente de grande pressão assistencial, com níveis de ocupação muito acima da média e profissionais exaustos. "A 28 de ja-

neiro o hospital de Setúbal tinha uma taxa de ocupação de 512% na enfermaria e de 950% em cuidados intensivos, o que significa que este hospital está a precisar urgentemente de ajuda externa", transmitiu Miguel Guimarães aos jornalistas, após a reunião com os médicos do Hospital de São Bernardo. Lamentando que falte uma coordenação global dos recursos disponíveis, em que se faça uma gestão integrada das enfermarias e que se encaminhe os doentes - a nível regional e nacional - para que as unidades com menos pressão possam ajudar as restantes. Essa coordenação de recursos tem sido, aliás, uma das muitas recomendações de como melhor gerir a pandemia feitas pelo gabinete de crise para a COVID-19 da Ordem dos Médicos. "Não o fizemos quando o hospital de Penafiel ficou no limite e parece que não aprendemos nada com isso", lamentou Miguel Guimarães, reforçando a importância de agirmos como um todo no



Os médicos explicaram que o ADR é um espaço dimensionado para cerca de vinte doentes mas que acolhe frequentemente mais de 100 pessoas em observação e tratamento



Para tentar minorar a falta de condições da ADR, foram montadas duas tendas do INEM para triagem e está em fase de instalação um outro pré-fabricado

CARTA ABERTA À MINISTRA DA SAÚDE

No início do mês de fevereiro foi enviada uma carta aberta (que reproduzimos no site nacional em: <https://ordemdosmedicos.pt/carta-a-ministra-a-cerca-do-estado-de-catastrofe-na-luta-contra-a-pandemia-no-centro-hospitalar-de-setubal/>) pelo conselho de administração do Centro Hospitalar de Setúbal para o gabinete da ministra da Saúde, cujo conteúdo foi subscrito por médicos e outros profissionais. Nela se resumem algumas das dificuldades que tornam "a situação verdadeiramente insustentável" e que se têm agravado com o crescendo número e gravidade clínica dos doentes que aí procuram cuidados e com as quebras nas condições de segurança dos doentes, designadamente no domínio do controlo de infecção.



combate a esta crise sanitária, quer através do recurso ao apoio de todos os setores, quer através da coordenação nacional: "Não estamos a funcionar como um país. É preciso criar uma comissão que faça a gestão das camas de cuidados intensivos e dos doentes que estão nas enfermarias, porque nem todos os hospitais do país estão com a mesma pressão." No decurso da visita, que passou pela Área de Doentes Respiratórios (ADR), foi referida a necessidade de reforçar o número de camas disponíveis, mas o bastonário deixou o alerta que aumentar as condições físicas não é suficiente. "Este hospital tem que ser olhado de forma diferente pela tutela: tem que ser incluído nos hospitais absolutamente prioritários quanto à necessidade de reforçar os cuidados intensivos – que estão neste momento esgotados –, de reforçar o número de camas, que, de facto, não são suficientes", sem esquecer a necessidade de mais médicos especialistas, mas também enfermeiros, técnicos auxiliares, etc..

Esta visita ao Hospital de Setúbal foi o ponto de partida para um périplo da Ordem dos Médicos por algumas das unidades que estão a atravessar maiores dificuldades, uma escolha que se justifica pela necessidade de dar "um grito de alerta" para a enorme pressão que está a ser exercida em vários hospitais, menos mediáticos e, como tal, mais esquecidos pela

tutela. Uma pressão que se deve ao avassalador número e gravidade dos doentes que são diariamente internados, mas também a problemas de índole social que dificultam a gestão das camas no momento da alta clínica.

Apesar do foco desta visita ser a sobrecarga dos serviços COVID, o bastonário faz questão de nunca esquecer os restantes doentes, alertando, mais uma vez, para o facto de não se poder negligenciar as outras patologias, nomeadamente as oncológicas e cardiovasculares, defendendo a necessidade de uma campanha alargada que ajude a população a perceber o que é uma doença aguda urgente de forma a que não deixem, nesses casos, de recorrer aos serviços de saúde por medo ou iliteracia.

Além do conselho de administração do centro hospitalar, que recebeu o bastonário da Ordem dos Médicos, também estiveram representadas nesta visita as autoridades locais através da presidente da Câmara Municipal de Setúbal, Maria das Dores Meira, que é simultaneamente a presidente da comissão distrital de proteção civil, e o vereador com o pelouro da Saúde nessa Câmara, Ricardo Oliveira. Os presentes na reunião forma unâimes na urgência em que este hospital seja apoiado para melhor resposta às necessidades da população.

ISABEL DE SANTIAGO

Quem falha a comunicar, prepara-se para falhar

ENTREVISTA: PAULA FORTUNATO

Especialista de comunicação em saúde, Isabel de Santiago é muito crítica da atuação da tutela por reagir, em vez de planear e agir, e por não ser capaz de comunicar de forma a mobilizar os portugueses. Lamentando que os médicos (e outros especialistas) não sejam ouvidos, refere que, ao flagelo da pandemia, junta-se o flagelo da falta de liderança e pede que se previna, com urgência, a morte por isolamento e abandono.

> Quais os requisitos de uma boa comunicação de crise?

Resumo em 3 palavras: comunicar, mobilizar e capacitar. Adaptando à crise atual - e da qual antecipei a existência de 2^a e 3^a vagas -, comunicar sobre o vírus SARS-CoV-2 que causa a doença COVID-19, mobilizar através de informação simples e acessível aos diferentes grupos e capacitar com intervenções específicas baseadas na evidência científica disponível.

> Como analisa a comunicação da DGS e do Ministério?

Existem 3 níveis de avaliação dos meus alunos de medicina e médicos: bom, suficiente e fraco. Para lhe responder, acrescento mais um: muito mau. Enviei muitas mensagens à Diretora Geral de Saúde – por quem tenho muito respeito e admiração profissionais, o que sei ser mútuo –, e disponi-

bilizei-me à Ministra da Saúde (MS) para trabalhar, ajudando pro bono. Mas, aparentemente, as autoridades em Portugal já sabem tudo. Talvez por isso não estejam a ouvir os especialistas das várias áreas, nomeadamente os médicos que estão no terreno...

> A mensagem parece ter deixado de “chegar” aos portugueses...

Sabe, isso acontece por várias razões:

- a população-alvo está ao abandono: as pessoas – que são o mais importante - foram esquecidas e não são valorizadas, escolhendo-se como arma vigiar e punir. A saúde associou-se à administração interna... Trabalho com grupos vulneráveis e não posso deixar de criticar esse abandono.
- falta liderança: quem está à frente da saúde demonstra intolerância e falta de humildade, essenciais a uma boa liderança.
- há uma desadequação das mensagens-chave: comunicar com a população de Rabo de Peixe (Açores) não pode ser igual ao que se faz no Pocinho (Torre de Moncorvo) ou Longroiva (Guarda). A MS e o MAI ignoram o que se passa no terreno e não aceitam críticas dos especialistas médicos e de segurança. Alguém imaginaria a GNR a impedir a PSP de sair com vacinas, numa disputa de poder?!
- e uma forte inadequação do formato comunicacional face aos elevados níveis de iliteracia digital existentes.



Assistente convidada e investigadora de comunicação em saúde no Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública da FMUL; pós-graduada em Liderança em Saúde e em Medical Response on Major Incidents; mestre em Gestão da Comunicação de Situações Especiais e Crises. Doutoranda na área de tecnologias da Saúde – ramo de educação e comunicação das ciências da Saúde.

CRÉDITOS: EXPRESSO

> O problema pode resumir-se ao desconhecimento do terreno?

É parte do problema: a Ministra conhece (vagamente) os hospitais, já preparados para as suas visitas políticas... Não conhece o terreno onde existem desorganização, estruturas obsoletas e desarticuladas. Tenho observado a ausência de morrinhice e de ação: desde o início da pandemia, só há reação, nunca vemos preparação ou antecipação, feitas à luz de indicadores epidemiológicos. Não sou só eu que o digo: Henrique Silveira, investigador do Instituto Superior Técnico, considera que o não confinamento no Natal foi "um erro crasso, catastrófico" e que o atual "já vem tarde", posição partilhada pelo infectologista Jaime Nina que afirmou à TSF que "quem falha a preparar, prepara-se para falhar".

> Mas para planear e agir, é preciso ouvir...
 É preciso comunicação positiva, como propus que se fizesse com programas de *edutainment* nas rádios regionais. Mas nunca tive resposta. A MS não ouve ninguém. Não mobilizou os *stakeholders*, nomeadamente as Ordens dos Médicos, Farmacêuticos e Enfermeiros. E há muitas outras falhas: deveriam, por exemplo, ter sido negociadas camas a preços justo com os grupos privados, como bem referiu Isabel Jonet. Mas o plano é meramente político e não visa o interesse das pessoas que é salvar vidas.

> Fez-me pensar no plano de vacinação...

Onde é que já se viu um plano de vacinação gerido por apenas um homem?! A apresentação inicial do plano foi caótica. Com erros de palmatória. Acredite, no futuro, todos se lembrarão dos responsáveis políticos pelas mortes evitáveis... E olhe que esta culpa será pesada. Bastava terem tido a humildade de ouvir: os hospitais que agora estão em colapso, os vários profissionais, os doentes... Sempre, repito, sempre abandonados.

> Que propostas concretas faria?

Prevenir a morte por isolamento e abandono. Contrapor à propaganda política a verdade da desumanização em que vivem os médicos nos hospitais. Empoderar mediadores locais, nas aldeias, com mensagens transmitidas por megafones, cartazes ou outdoors. Não podemos deixar os seniores esquecidos. E optar por mensagens de proximidade, humanistas e de afeto. Tudo isso é urgente. Como é urgente ouvir e pedir apoio às Ordens dos Médicos e Farmacêuticos, à Apifarma e à rede de Farmácias. É essencial que peçam conteúdos a quem sabe de comunicação em saúde e não à propaganda política. Primeiro as pessoas: é essa a missão da comunicação em saúde, que deve ser feita por especialistas. Sabe, o país precisa de um novo gestor de política. Precisamos de liderança nesta crise pandémica. Caso contrário, acabamos todos em autogestão. É que ordem e contraordem, gera desordem. E é este o flagelo que vivemos...

PROVA DOS FACTOS



PESQUISA: FILIPE PARDAL

A Ministra da Saúde nunca reuniu com a Ordem dos Médicos?

Alguns seguidores das nossas redes sociais questionam-se se a Ministra da Saúde alguma vez reuniu com a Ordem dos Médicos. A resposta a essa pergunta é clara para o bastonário que já teve oportunidade de o afirmar em várias intervenções públicas, sendo a mais recente no programa "Goucha" da TVI. "A senhora Ministra da Saúde nunca fez nenhuma reunião formal com a Ordem dos Médicos", algo que considera "estranho", porque existe uma "massa crítica dentro da Ordem que mais nenhuma instituição tem".



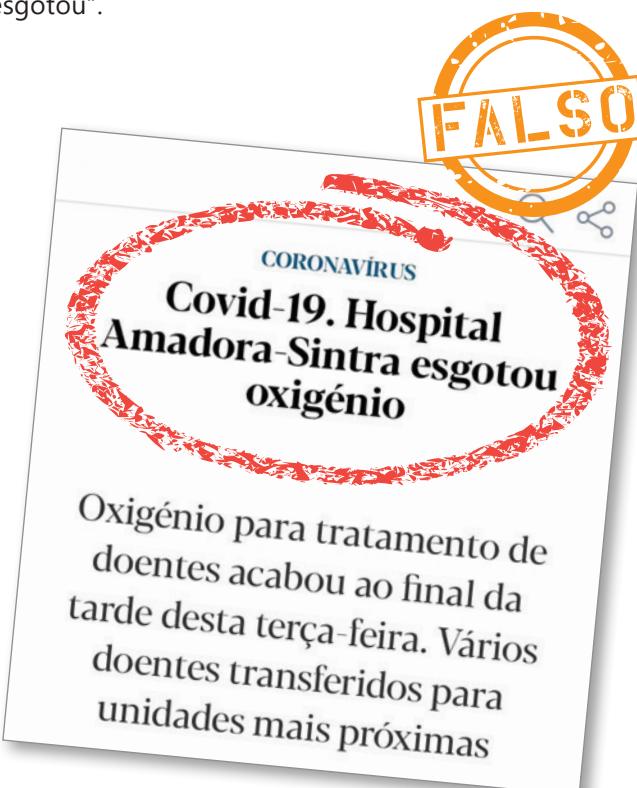
Testes PCR dão 80% de falsos positivos?

A informação tem circulado nas redes sociais mas, embora nenhum teste tenha uma fiabilidade de 100%, ao que acresce a possibilidade de contaminação



Hospital Fernando Fonseca esgotou oxigénio?

A notícia de que se tinha esgotado o oxigénio no Hospital Fernando Fonseca foi avançada na noite de 26 de janeiro por alguns meios de comunicação social. Os termos "esgotamento" e "colapso", utilizados por televisões e jornais online, precipitaram reações nas redes sociais assentes em pressupostos falsos. De acordo com comunicado oficial do hospital, o que aconteceu foram flutuações na distribuição interna da rede de oxigénio, provocada pelo elevado número de doentes nas enfermarias. Não esteve "em causa a disponibilidade de oxigénio ou o colapso da rede, mas sim a dificuldade da estrutura existente em manter a pressão", referiu o hospital. Em suma, existiu um problema no sistema de oxigénio e transferiram-se algumas dezenas de doentes para outros hospitais. Mas é falso que o oxigénio se "esgotou".



da amostra ou defeito no teste, um estudo publicado pela Oxford Academic em setembro de 2020 concluiu que os testes de PCR têm uma especificidade e sensibilidade superiores a 95%, pelo que é falso dizer que 80% dos seus resultados sejam falsos positivos.

Hospital da Covilhã usa “bonecos” para passarem por doentes com COVID-19?

Foram divulgadas nas redes sociais imagens descontextualizadas de uma reportagem da TVI, onde aparecem manequins deitados em camas de cuidados intensivos no Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (CHUCB), na Covilhã. O vídeo foi partilhado por milhares de pessoas, denunciando a “fraude” que supostamente as imagens comprovavam. Fonte oficial do CHUCB, contactada pelo Polígrafo (polígrafo. sapo.pt), confirmou que as imagens foram captadas nas instalações do hospital, mas explica que foram gravadas no dia 28 de novembro de 2020, numa “apresentação pública de um dispositivo médico inovador de proteção de profissionais de saúde que tratam doentes infetados com SARS-CoV2”. Concluindo, é “pseudociência” que se utilizem imagens descontextualizadas para apontar supostas “fraudes” e “propagandas”.

PSEUDOCIÉNCIA



Miguel Guimarães foi vacinado contra a COVID-19 por ser bastonário da Ordem dos Médicos?

FALSO



Miguel Guimarães foi vacinado no dia em que se iniciou o processo de vacinação em Portugal, dia 27 de dezembro. Desde então, em comentários recebidos nas redes sociais da Ordem dos Médicos, alguns cibernetos mais desatentos acusam o bastonário de ter sido vacinado por cumprir funções de liderança nesta ordem profissional. Miguel Guimarães foi convocado para a vacina, pela administração do Centro Hospitalar e Universitário de São João, devido à sua atividade na área da transplantação renal, uma vez que estas equipas foram consideradas como prioritárias logo na primeira tranche de vacinas.

É falso que tenha sido vacinado pelas suas funções de bastonário.

Fotografia de crianças expostas à varíola, onde se mostra os efeitos da vacinação, é real?

Ficou viral nas redes sociais uma fotografia antiga, de 1901, que mostra duas crianças expostas ao vírus da varíola. Uma das crianças teria sido vacinada e outra não, com as diferenças a serem bem notórias. O autor da publicação no facebook escreveu: “Sabe porque não vê imagens terríveis como esta hoje em dia? Porque a varíola é considerada erradicada graças a uma das maiores invenções da ciência moderna chamada vacina”. A fotografia é autêntica e é da autoria do médico Allan Warner do Isolation Hospital em Leicester, Reino Unido, segundo confirmou a Snopes, plataforma norte-americana de verificação de factos.





UA desenvolve teste ultrassensível para a COVID-19

TEXTO: PAULA FORTUNATO

Vivemos tempos extraordinários em que os responsáveis têm de tomar decisões com base em informação escassa. Mas uma certeza existe desde o início desta crise sanitária: antecipar, proteger e testar são metodologias sem as quais nunca poderemos obter os melhores resultados para Portugal e para os portugueses, tal como tem sido defendido pela Ordem dos Médicos e por outras instituições. A Universidade de Aveiro (UA) juntou um grupo de médicos e investigadores, em colaboração com uma empresa especialista em engenharia de plásticos para a área médico-hospitalar e desenvolveu um novo teste molecular com amostra de saliva, cuja eficácia defendem ser superior aos testes de zaragatoa.

Para além das vacinas e da tão desejada imunidade de grupo, os rastreios comunitários, acompanhados de quarentena seletiva dos casos positivos são uma das estratégias de controlo efetivo da COVID-19 que pode ser aplicada além do confinamento da população. Contudo, a complexidade e os elevados custos envolvidos para a testagem, seja na aquisição de equipamento de proteção individual, seja na necessidade de treinar e mobilizar profissionais de saúde para a utilização de zaragatoas, criam constrangimentos significativos. Numa tentativa de contribuir para o combate à pandemia, reduzindo constrangimentos e possibilitando a massificação da testagem, investigadores do Laboratório de Medicina do Genoma do Instituto de Biomedicina (iBiMED) da UA desenvolveram um kit e um teste de saliva ultrassensível para a COVID-19. Como explicou à ROM o coordenador desse laboratório e diretor do iBiMED, Manuel Santos, o projeto iniciou-se no verão de 2020 e envolveu médicos do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV)

– Santa Maria da Feira), do Centro Hospitalar da Praça em S. João da Madeira e investigadores do laboratório de Medicina do Genoma, do Instituto de Biomedicina, da Universidade de Aveiro, e a empresa Muroplás da Trofa, numa equipa que juntou biomédicos, médicos, enfermeiros e engenheiros. A inovação consiste na "combinação de um novo kit de colheita de saliva, desenhado e fabricado pela empresa da Trofa, de um processo térmico de fluidificação da saliva e de um novo protocolo de amplificação dos genes do SARS-CoV-2 por PCR em Tempo Real (RT-PCR)".

Se dúvidas houvesse quanto à eficácia dos testes com saliva quando comparados com colheitas por zaragatoa, Manuel Santos é perentório na sua apreciação: "Estes novos testes são incomparavelmente mais sensíveis do que os testes rápidos e do que a zaragatoa", resultado da "fluidificação da saliva combinada com o novo método de RT-PCR que aumentam substancialmente a sensibilidade e a reprodutibilidade relativamente aos testes RT-PCR com amostras de zaragatoa".

As vantagens são claras: "os testes de saliva eliminam o desconforto da zaragatoa e simplificam os rastreios (...) e o processamento das amostras, aumentando a capacidade de testagem dos laboratórios", mantendo-se o registo dos dados dos rastreios na plataforma SINAVELAB tal como nos outros testes. "O aumento da sensibilidade dos testes permite a testagem de grupos de amostras, em situações em que o número de positivos é baixo, por exemplo em lares ou escolas, baixando drasticamente os custos dos testes", uma questão que não é negligenciável.



A fluidificação da saliva combinada com o novo método de RT-PCR aumenta substancialmente a sensibilidade relativamente a testes com zaragatoa



Este resultado deste teste molecular de PCR com amostra de saliva demora entre 3 e 6 horas – tal como o PCR com zaragatoa. "O teste não foi desenhado para ser rápido, mas sim para melhorar a sensibilidade e reduzir o desconforto e a logística", explica o investigador referindo que o fator conforto é essencial. "Ao eliminar o desconforto da zaragatoa, principalmente nas pessoas idosas e nas crianças", exclui-se a "dificuldade em fazer chegar a zaragatoa à nasofaringe" o que vai eliminar potenciais falsos negativos. Melhorar a "robustez e fiabilidade" - e baixar o custo – completam os objetivos do trabalho desta equipa.

Os envolvidos encaram este trabalho de investigação com sentido de missão, como sendo o seu contributo para o combate à pandemia. "Estamos convencidos que a pandemia se controla ao nível da comunidade (escolas, empresas, lares, creches, etc.). Devemos ter um sistema robusto de controlo comunitário que salvaguarde os nossos hospitais, que são a última fronteira do combate à pandemia. Para tal é necessário simplificar os rastreios, tornando-os mais baratos e acessíveis e aumentar a capacidade nacional de testagem. Portugal faz um número muito elevado de testes diários, mas o controlo efetivo da pandemia [quando sairmos do confinamento] só se conseguirá fazer aumentando exponencialmente a capacidade de testagem", explica o diretor do iBiMED.

Este é o primeiro teste PCR por saliva desenvolvido em Portugal e está já na fase de preparação do dossier para submissão ao Infarmed. A equipa está confiante que esse processo será rápido por se tratar não de uma nova tecnologia, mas antes de uma nova técnica que adapta e melhora a eficácia de tecnologias já existentes.

Para o professor de economia da saúde, Pedro Pita Barros, a “fadiga pandémica” não deve ser responsabilizada pelo aumento de casos de COVID-19. Foi o momento de tentar retomar alguma normalidade antiga no período do Natal que aligeirou os cuidados nos contactos e acabou por originar a perda de controle. Para evitar que essa situação se repita, Pedro Pita Barros reforça, neste artigo para a revista da OM, a necessidade de uma intervenção pública não centralizada na culpa mas antes que saiba “motivar a população para manter, e quando possível reforçar, o seu comportamento de proteção”, num esforço coletivo, comum a todos os setores da sociedade, com regras que não estejam em constante mudança pois isso dificulta a adesão e agrava a “fadiga pandémica”.



PEDRO PITA BARROS

Professor BPI

Fundação “la Caixa” de Economia da Saúde
Nova School of Business and Economics

Vamos culpar a “fadiga pandémica”?

A noção de “fadiga pandémica” foi definida pela Organização Mundial de Saúde como falta de motivação para aderir aos comportamentos recomendados para proteção, surgindo gradualmente, ao longo do tempo, e é influenciada pelas emoções, experiências e percepções das pessoas. A implicação central desta ideia de “fadiga pandémica” no atual contexto da COVID-19 é a maior transmissão do vírus por menor cuidado de cada indivíduo.

A noção de “fadiga pandémica” é intuitivamente apelativa e simples de relacionar com observações casuais de comportamentos e atitudes de menor adesão aos deveres de confinamento e de observância das regras recomendadas de distanciamento físico e proteção. Contudo, essa facilidade de observação não deve ser confundida com a capacidade da “fadiga pandémica” justificar todos ou mesmo grande parte de comportamentos que vão contra as recomendações gerais.

Em particular, a ideia de “fadiga pandémica” tem de ser separada das preocupações de natureza económico-

ca para fazer face às despesas do dia-a-dia (ausência de rendimento e até eventualmente utilização total de poupanças). A adoção de medidas mais estritas de confinamento pode levar a quebras adicionais de rendimento, que não conseguirão ser compensadas com uso de poupanças acumuladas no passado.

O primeiro passo é naturalmente conhecer melhor a realidade deste período. O quadro seguinte apresenta informação de quatro inquéritos, feitos com sensivelmente 2 meses de intervalo entre cada um. Responderam cerca de 1000 pessoas em cada um, representativas da população com mais de 18 anos em Portugal.

A adesão às recomendações e o apoio às medidas de limitação de atividade foram maiores durante a primeira vaga, como tem sido reconhecido. Porém, desde junho a finais de novembro os níveis de adesão têm-se mantido geralmente estáveis. Não há propriamente um deslizar que reflete uma forte “fadiga pandémica”. Já o apoio a medidas públicas, como o fecho de esco-

% que adere (1-5) ou expressa apoio (6-9)	Abril 2020	Junho 2020	Setembro 2020	Novembro 2020
1 Lavar as mãos em pelo menos 20s	58%	51%	50%	50%
2 Usar álcool-gel para higienização	53%	63%	64%	65%
3 Distanciamento de pelo menos 1m	66%	55%	52%	53%
4 Evitar abraços e beijos	80%	73%	68%	71%
5 Cobrir nariz e boca quando se tosse	65%	63%	64%	64%
6 Fecho das escolas e universidades	91%	84%	63%	59%
7 Proibição de eventos públicos	91%	78%	63%	60%
8 Confiança na informação dos media	82%	78%	75%	75%
9 Preocupação com as PMEs	83%	78%	79%	81%

Fonte: Inquérito ECOS – ETN IQCE

las e universidades e a proibição de eventos públicos, apesar de ainda ser maioritário, tem-se vindo a reduzir. A preocupação com os aspetos económicos tem-se mantido a níveis elevados.

É certo que a evolução desde o Verão da pandemia teve uma segunda vaga no Outono, mesmo sem ocorrer uma quebra sensível na adesão (auto-reportada) às medidas de cuidado individual. É difícil atribuir essa segunda vaga a um comportamento mais descuidado generalizado das pessoas. Ter-se-á que procurar encontrar outras explicações (mais situações de contactos de risco, que para os mesmos cuidados gerem mais transmissão, é uma hipótese possível, por exemplo).

A dita “terceira vaga” da COVID-19, iniciada no período do Natal, aponta para que na sua origem não tenha estado um sentimento generalizado de “fadiga pandémica” e sim um aligeirar grande, mas conjuntural, dos cuidados nos contactos pessoais e familiares (os indicadores de mobilidade assim o sugerem, bem como as estimativas do R_t elaboradas por vários investigadores). Esta terceira vaga não se deveu a uma “fadiga” permanente, instalada, e sim a um momento em que a tentativa de retomar alguma normalidade antiga acabou por gerar um acelerar de contactos que rapidamente se multiplicou e ficou fora de controle.

A imposição de um novo confinamento estrito tem tido adesão considerável e começa agora, final da primeira semana de fevereiro, no esperado período de duas a três semanas após o início do confinamento, a mostrar resultados, com a redução do número de novos casos identificados com COVID-19.

Contudo, as preocupações com as consequências de uma maior “fadiga pandémica” aliadas a maiores necessidades económicas que resultem do confinamento iniciado em janeiro de 2021 não devem ser menosprezadas. Em concreto, a vontade que possa existir em

reencontrar alguma normalidade antiga por uns pode encontrar eco na necessidade económica de outros. O exemplo mais claro será o das atividades de restauração.

Ainda assim, a necessidade de motivar a população para manter, e quando possível reforçar, o seu comportamento de proteção tem que orientar a intervenção pública. É, a este respeito, útil a leitura do relatório da Organização Mundial de Saúde <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335820> de 2020. Este apresenta várias sugestões para não deixar esmorecer a adesão aos comportamentos de precaução até ao processo de vacinação permitir um controle da pandemia por imunidade adquirida desse modo por grande parte da população.

As sugestões do relatório da OMS que surgem como mais relevantes para preparar um futuro momento de alívio das regras de confinamento são, a meu ver, relativamente claras: a) estabelecer recomendações simples, fáceis de lembrar e de aderir, evitando alterações frequentes. A redução do custo psicológico de conhecer e relembrar regras em constante mudança é importante para limitar o agravamento da fadiga pandémica; b) definir em que condições de segurança para a saúde de todos podem ser realizados, ou não, eventos presenciais (religiosos, culturais, partidários, etc.), para que se sinta a norma de um esforço coletivo, comum a todos os setores da sociedade; e, c) evitar a atribuição de culpas, focando-se a atenção e o esforço na motivação e criação das condições, incluindo as condições económicas, para a adesão das pessoas às recomendações.

LEIA AQUI >



Lisboa, 7 de fevereiro de 2021



TEXTO: PAULA FORTUNATO



"100 anos da descoberta da insulina" é uma iniciativa da Fundação Ernesto Roma que conta com o patrocínio da Federação Internacional da Diabetes. O convite que deixamos é para uma visita virtual à história desta doença, incluindo o momento mais relevante em termos da inovação terapêutica neste contexto: a descoberta da insulina. O percurso começa no antigo Egito, mas chega até aos nossos dias, numa história que deve orgulhar os portugueses pois é nossa a primeira associação de diabetes do mundo: a APDP.

A exposição "uma visita à história da diabetes no centenário da descoberta da insulina" foi inaugurada a 6 de janeiro no Edifício Central da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, no Hospital de Santa Maria, e pretende-se que seja itinerante e visitável, sucessivamente, em Lisboa, Coimbra, Porto, Funchal e Ponta Delgada. Contudo, esta efeméride incontornável celebra-se num ano em que as limitações da pandemia de COVID-19 nos obrigam ao distanciamento social e ao confinamento, impedindo que possamos – pelo menos para já – visi-

tar presencialmente essa magnífica exposição. Mas o mundo vai-se reinventando e também a cultura e a história descobrem formas de perseverar: em <https://www.100anosinsulina.pt> podemos fazer uma visita virtual à exposição que assinala este primeiro centenário da maior revolução no tratamento da diabetes.

100 anos volvidos sobre a descoberta da insulina, marco científico que representa esse avanço extraordinário no tratamento e prognóstico da diabetes, uma das doenças mais estudadas da história da medicina, cujas primeiras menções remontam a textos do antigo Egito, mas também da Índia e da China, esta exposição proporciona-nos um passeio que começa em 1550 AC com o papiro de Ebers. Este papiro é o mais antigo documento que se conhece com referência a uma doença semelhante à diabetes, no qual se recomendava um tratamento

Um século a salvar doentes

que incluía extrato líquido de ossos, trigo, erva e terra. O percurso da exposição prossegue até 1921, ano em que ocorre a descoberta da insulina, inovação que avança e se aprimora graças ao trabalho de equipa como é explicado na exposição virtual. Mas esta história secular – envolva também em polémicas – não termina nesse ano, como poderá (re)ver na exposição. A nível nacional, aliás, podemos orgulhar-nos de ser parte dessa história ao ver nascer, apenas 3 anos depois da descoberta da insulina, a primeira associação de diabetes do mundo: a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), fundada pelo médico Ernesto Roma. A APDP nasceu a 13 de maio de 1926 com o objetivo de apoiar as pessoas que não tinham recursos financeiros para adquirir a insulina mas rapidamente se tornou um veículo de educação para a saúde e uma instituição multidisciplinar de apoio e seguimento das pessoas com diabetes. No ano da descoberta da insulina, Ernesto Roma estava em Boston a estagiar no Massachusetts General Hospital, tendo tido oportunidade de visitar a mais famosa clínica diabetológica do mundo, a

Ernesto Roma criou a APDP em 1926



Clínica Joslin, para onde os descobridores da insulina tinham enviado os primeiros frascos do produto. Na década de 80, também por iniciativa da APDP, era seu diretor clínico o médico Manuel Sá Marques, foi possível fazer com que a insulina passasse a ser comparticipada a 100% pelo Serviço Nacional de Saúde.

As comemorações dos 100 anos da descoberta da insulina são uma organização da Fundação Ernesto Roma que conta com o patrocínio da Federação Internacional da Diabetes.



TUDO Gente Séria

TEXTO: PAULA FORTUNATO

“Em estilo autobiográfico esta obra relata segmentos da vida de uma médica que é também mãe em primeira instância”. É assim que se apresenta o livro “Tudo gente séria”, uma edição da Chiado Books da autoria de Rute Neves Marques, médica interna que escolheu a especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF). Tornou-se mãe em 2019 e escreveu o seu primeiro livro em 2020, primeiro, mas não último, esclareceu-nos nesta incursão pelas suas reflexões.



Rute Neves Marques afirma escrever como tentativa assumida de fixar na memória algumas lições e aprendizagens, as mesmas que tem retirado não apenas do curso de medicina e dos mestres - a quem agradece -, mas também recuando até à infância, dos momentos em que a mãe aceitava ser a sua primeira doente num consultório inventado ou o pai assumia o seu papel de primeiro professor. A família transparece como o seu apoio – incluindo uma irmã, também médica, com quem a partilha é constante em todos os momentos da vida. E, quan-



É na família que está o conforto e a inspiração: a mãe, primeira doente nas brincadeiras de infância; O pai, primeiro professor de ciclismo e de virtudes.

Rute Neves Marques assume a paixão pela medicina, demonstrada logo na primeira infância e partilhada com Cláudia, irmã 4 anos e meio mais velha (juntas de mão dada na foto), que é também médica e autora do desenho da capa.

do a questionamos se é a eles que recorre nos dias mais difíceis, não hesita em explicar que mais do que nas dificuldades, essa é a sua fonte de energia diária. “Socorro-me diariamente daqueles que me dão força e apoio: a minha filha, a minha família e o exercício físico através da prática do krav maga”, à qual se dedica há quase uma década. E há também o apoio da equipa com quem trabalha, como refere várias vezes na sua obra.

Página a página, Rute Neves Marques dá-nos uma visão muito pessoal de vários temas, tão pes-

soal que, mais importante do que concordar ou discordar, o sentimento que domina o leitor é de que está a invadir o pensamento íntimo da autora, quase como se se tornasse num voyeur sentimental. Porque é isso que se encontra neste pequeno livro (ou deveríamos dizer, nesta longa carta): sentimentos e reflexões sobre o desafio da gestão do tempo e da sua divisão entre trabalho, família, amigos e a própria autora e as suas necessidades pessoais. A conjugação entre vida familiar e vida profissional, os desafios da maternidade ou as questões de saúde mental, sempre assustadoras, seja no desgaste do próprio, seja nos doentes que desfilam no consultório, o apoio e os desafios do trabalho de equipa, essa tão importante "segunda família".

Embora a autora fale da necessidade do médico revestir-se de "uma certa frieza", o que deixa transparecer, linha a linha, é o sentimento com

que exerce medicina: "Um médico neste meio [rural] torna-se pai, mãe, confidente, amigo e parceiro de vida"... Uma proximidade que é uma bênção e uma maldição, como explicará aos leitores ao longo deste livro onde refere a necessidade de um médico ter espaço para ser também pessoa.

Rute Neves Marques oferece os seus testemunhos porque "é necessário existir partilha", algo que considera relevante em todas as profissões, mas, ainda mais, nos profissionais de saúde. Uma partilha que pode ser de "experiências e conhecimento" ou simplesmente para "alívio" de ter alguém que "entenda", ou que, pelo menos, "realmente ouça". Por isso, quando lhe perguntamos se é no leitor que espera encontrar esse ouvinte atento, refere que a experiência e sua partilha são essenciais para a construção da sabedoria. "Partilho neste livro diversas experiências e espero que o leitor as consiga escutar, sentir e recordar", conclui.

Aos 28 anos, Rute Neves Marques escreveu um pequeno livro onde cabem muitas experiências contadas com apontamentos de humor mas, sobretudo, com muita autorreflexão. Mais do que um livro, concorda que escreveu uma longa carta para o seu 'eu' de 80 anos?, provocamos... Não discorda e até aceita um último desafio: que mensagem quer deixar a esse 'eu' futuro? "Este livro é, no fundo, um retornar às origens. Será útil para recordar o 'eu' de 80 anos que as experiências nos enriquecem tornam-nos mais resilientes e que devem ser partilhadas e recordadas".

E foi o que já começou a fazer, com este "Tudo gente séria", "livro que foi escrito para todos. Uns irão identificar-se, outros irão recordar-se, revivendo memórias há muito arquivadas".



PRESCRIÇÃO

Rute Neves Marques é interna de formação específica do 4º ano de MGF, em Santo António dos Cavaleiros, Loures. É mestre em medicina pela Nova Medical School da Universidade Nova de Lisboa, onde foi monitora de neuroanatomia. Pós-graduada em dor pela Universidade Católica, tem ainda um executive master em Gestão de Serviços de Saúde pelo ISCTE. Além da inspiração constante na família, dos ascendentes à pequena descendente, partilhou connosco algumas outras fontes de inspiração nos mais diversos campos:

Uma viagem – Vietnam

Um escritor – António Damásio

Uma música – Shake it Out,

da banda Florence and the Machine



FILIPE MIGUEL DA GLÓRIA E SILVA (Pediatra)
GUIOMAR GONÇALVES DE OLIVEIRA (Pediatra)
INÊS DE SOUSA NUNES VICENTE (Pediatra)
LIZA MINELA GOMES MARQUES DE AGUIAR (Pediatra)
MICHAELA SOFIA DE CARVALHO GUARDIANO DOMINGUES (Pediatra)
ROSA MARIA MEUNIER GOUEVIA DE JESUS (Pediatra)

**PELA DIREÇÃO DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA
DO NEURODESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE
PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPND-SPP)**



Criação da subespecialidade de Pediatria do Neurodesenvolvimento

As perturbações do neurodesenvolvimento representam hoje a patologia crónica mais frequente na idade pediátrica, obrigando a cuidados cada vez mais diferenciados. A SPND-SPP propôs o reconhecimento da Pediatria do Neurodesenvolvimento como subespecialidade, mas, na última reunião da Assembleia dos Representantes, a proposta foi reprovada e não houve uma discussão adequada nem baseada em factos reais.

Na reunião da Assembleia dos Representantes da Ordem dos Médicos de 28 de setembro de 2020, foi votada e reprovada a criação da subespecialidade da Pediatria do Neurodesenvolvimento que havia sido proposta pelo Colégio de Pediatria. Nesta reunião, a Sociedade de Pediatria do Neurodesenvolvimento (SPND) da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) foi convidada a assistir, apenas como observadora, sem possibilidade de argumentação.

Nesta reunião, a discussão foi pautada por intervenções pouco esclarecidas, não baseadas em factos reais, sem sugestões ou críticas construtivas, expondo desta forma o desconhecimento relativamente a esta área da pediatria. Temos plena convicção da nossa história, da qualidade do trabalho clínico e científico que realizamos e da formação sólida que o substancia. Para os pediatras que dedicam o seu trabalho clínico e científico a esta área, tão reconhecida pelas equipas multidisciplinares e pelas famílias acompanhadas, este processo merece um debate adequado à correção científica que caracteriza a nossa profissão.

A SPND respeita, evidentemente, o resultado da votação da Assembleia, contudo, gostaria que quem teve direito de voto a 28 de setembro, e que votou contra, tivesse

tido acesso a factos objetivos e corretos na tomada da sua decisão. Por esta razão, a SPND-SPP vem, com intuito informativo, apresentar os principais argumentos que substanciam a sua proposta.

1) As patologias do neurodesenvolvimento são muito frequentes

As patologias do neurodesenvolvimento constituem um grupo heterogéneo de entidades médicas que têm por base anomalias neurológicas que afetam o desenvolvimento cerebral e a sua função desde uma fase precoce da vida. Consideram-se, neste âmbito, o atraso global ou específico do desenvolvimento psicomotor, a perturbação do desenvolvimento intelectual, as dificuldades de aprendizagem específicas, as perturbações de linguagem, a perturbação do espectro do autismo, a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, entre outras¹. No conjunto, representam hoje a patologia crónica mais frequente na idade pediátrica, com uma prevalência estimada de 10 a 20% nos países desenvolvidos².

A Pediatria do Neurodesenvolvimento é o ramo da pediatria que se dedica à avaliação e vigilância do neurodesenvolvimento das crianças no sentido de prevenir ou diagnosticar as suas perturbações, de investigar as suas causas e de estabelecer planos de intervenção.

2) A Pediatria do Neurodesenvolvimento não é uma área recente da Pediatria

A afirmação desta área no seio da Pediatria remonta ao início do século XX, com o contributo de pediatras como Arnold Gesell (EUA 1880-1961), considerado o “pai” da Pediatria do Neurodesenvolvimento, e Ronald Illingworth (Inglaterra 1909-1990), que introduziu o tema do desenvolvimento psicomotor no ensino da pediatria e foi pionei-

ro na integração da avaliação do neurodesenvolvimento no exame objetivo da criança – introduzindo também o conceito de rastreio. Berry Brazelton (EUA 1918-2018), igualmente pediatra, destacou-se nos seus trabalhos de avaliação do neurodesenvolvimento do recém-nascido e pela criação do modelo *Touchpoints*, com uma perspetiva de intervenção antecipatória, na base do que entendemos hoje por Intervenção Precoce. Em Portugal, nos anos 60, a pediatra Maria da Graça Andrade dedicou-se à avaliação do neurodesenvolvimento, acompanhamento e reabilitação de crianças com Paralisia Cerebral. Desde os anos 70, consultas e equipas multidisciplinares exclusivamente dedicadas a esta área foram criadas nos hospitais portugueses. Este interesse crescente levou à constituição, há mais de 30 anos, de uma sociedade científica própria, a SPND, na dependência da SPP.

3) A designação neurodesenvolvimento é a mais correta e atual

Mary Sheridan, pediatra inglesa que deu um indiscutível contributo na avaliação parametrizada do neurodesenvolvimento, distinguiu o termo “crescimento” (aumento em tamanho) do termo “desenvolvimento” (aumento em complexidade). O termo Desenvolvimento (termo genérico que inclui o desenvolvimento físico, pubertário, imunológico, digestivo, osteoarticular, entre outros) tem sido, por isso, à luz do conhecimento atual, substituído por uma designação mais específica - Neurodesenvolvimento. Esta reflete, de forma mais correta, a base neurológica do conjunto de sinais e sintomas que definem as patologias do neurodesenvolvimento. Esta é também a designação da DSM-5, no capítulo “Perturbações do Neurodesenvolvimento”³. De igual modo, esta é a terminologia adotada internacionalmente, quer em eventos científicos (ex: mesas de “*Neurodevelopmental Pediatrics*” no *Excellence in Pediatrics*), quer em programas oficiais (ex: contributo dos “*neurodevelopmental paediatricians*” na *Surveillance of Cerebral Palsy in Europe*), quer em departamentos académicos (ex: *Division of Neurodevelopmental Pediatrics, University of Florida College of Medicine*) ou sociedades científicas (ex: *Neurodevelopmental and Behavioural Paediatric Society of Australasia*).

4) A formação em Pediatria do Neurodesenvolvimento está bem estabelecida e é reconhecida pela OM

A especialidade de Pediatria evoluiu no sentido de criar uma diferenciação em Pediatria do Neurodesenvolvimento e a necessidade de se dispor de recursos médicos qualificados levou à implementação, já por 5 vezes nos últimos

11 anos, de Ciclos de Estudos Especiais (CEE) em Pediatria do Neurodesenvolvimento, aprovados pelo Ministério da Saúde e pela Ordem dos Médicos. Com dois anos de duração, estes CEE preconizam uma formação estruturada e multidisciplinar, com formação em Neuropediatria, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Medicina Física e Reabilitação, Doenças Hereditárias do Metabolismo, Genética, entre outras. Na última contabilização, eram 30 os pediatras com CEE concluído, e outros em formação. Refira-se ainda que a Pediatria do Neurodesenvolvimento integra o tronco de formação comum da Formação Específica em Pediatria Médica (novo programa) e é um dos conteúdos obrigatórios na área da Pediatria da nova prova nacional de avaliação para acesso ao Internato Médico⁴.

5) A afirmação da Pediatria do Neurodesenvolvimento na atividade assistencial pediátrica é crescente

A nível nacional, em mais de 40 unidades hospitalares, as consultas de Pediatria do Neurodesenvolvimento foram quase 100.000 no ano 2017 (99.815) e representaram cerca de 14% do total das consultas de Pediatria. Nesse mesmo ano, eram 56 os pediatras que trabalhavam a tempo inteiro dedicados a esta área e 100 a tempo parcial⁵.

6) O Colégio de Pediatria é favorável à criação da Subespecialidade de Pediatria do Neurodesenvolvimento

Para dar continuidade ao processo evolutivo da diferenciação em Pediatria do Neurodesenvolvimento, e dando resposta às necessidades crescentes da mesma, a SPND da SPP, propôs ao Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos o reconhecimento, como subespecialidade, da Pediatria do Neurodesenvolvimento, tendo obtido parecer favorável.

Por tudo isto, estamos certos de que, numa futura apreciação, a nossa ordem profissional e os nossos colegas, agora devidamente esclarecidos, não inviabilizarão o caminho que a evolução e a realidade impõem.

Referências:

1. Capute AJ, Accardo JP. Neurodevelopmental Disabilities in Infancy and Childhood. 3rd ed. Brookes Publishing 2008
2. Health Neurodevelopmental Disorders. America's Children and the Environment. Third Edition, Updated October 2015. (https://www.epa.gov/sites/production/files/2015-10/documents/ace3_neurodevelopmental.pdf - acedido 3 março 2018).
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition, 2013.
4. Despacho n.º 4724-A/2019, de 9 de maio
5. G Oliveira, I Nunes-Vicente, M Guardiano, L Aguiar, S Loureiro, R Gouveia, F Glória-Silva, Pediatria do Neurodesenvolvimento em Portugal: Movimento Hospitalar Assistencial, Recursos e Necesidades – Evolução em Dez anos, Ata Med Port, Vol 33, N. 13 (2020) <https://doi.org/10.20344/amp.13316>

CATARINA ROCHA VIEIRA

Pós-graduada em Geriatria clínica; docente contratada da FMUP na área curricular de medicina preventiva; IFE de MGF do 4º ano na USF Camélias, ACeS Gaia



O impacto da Pandemia SARS-CoV-2 na solidão do idoso

O isolamento imposto no contexto da pandemia SARS-CoV-2, associou-se a um agravamento dos níveis de solidão na população geral e população idosa, em particular. Urge que se reúnam esforços para minimizar os impactos futuros na saúde deste grupo etário, especialmente vulnerável, e que sejam retomadas medidas de fomento do envelhecimento ativo, assim que a resolução da situação pandémica o permita.

A solidão é um sentimento vivido por grande parte das pessoas transitoriamente, em alguma fase da vida, sem que constitua, no entanto, um processo patológico ou preocupante.

É um sentimento subjetivo e complexo com conhecido impacto na saúde mental, sendo determinado por fatores individuais como a personalidade ou a perda de autonomia, bem como por fatores extrínsecos, como redes sociais insatisfatórias e défices de padrões afetivos.

Embora possa relacionar-se com isolamento físico, a solidão caracteriza-se antes por uma percepção desagradável de falta de rede social de apoio. Assim, o isolamento ocorre por distanciamento físico, sendo

possível haver solidão sem isolamento e isolamento sem solidão. No entanto, situações geradoras de isolamento social, ao colocarem em risco os padrões afetivos habituais, são potenciais fatores de risco para o aumento da solidão.

No contexto da pandemia SARS-CoV-2, os idosos representam um dos grupos etários que mais sentiu o impacto das medidas de confinamento. Por serem um grupo de maior vulnerabilidade, pela íntima relação que se verificou entre a idade e a taxa de mortalidade, foram desde cedo estimulados para o distanciamento físico dos familiares, que fruto das suas atividades laborais teriam maior rede de contactos e, portanto, maior possibilidade de transmissão da doença. Todas as medidas foram com o intuito (e bem) de minimizar o risco e na procura sempre do melhor desfecho. O impacto foi sentido a diferentes níveis, começando pela privação das redes de suporte familiar, nomeadamente dos netos que são, muitas vezes, o alento para ultrapassar os problemas que vão surgindo ao longo da vida. Os convívios sociais que sempre foram incentivados nestas idades na tentativa de evitar o isolamento, foram abolidos quase que drasticamente. Se alguns idosos conseguem colmatar alguns destes distanciamentos através de dispositivos digitais, outros sentem a frustração acrescida que o peso da infoexclusão atual acarreta, vendo agravada a sua perda de autonomia. Por outro lado, o sedentarismo, que sempre foi uma preocupação, acentuou-se porque a maioria dos idosos, no melhor da sua prote-

ção, viu diminuída a atividade física que até então poderia realizar. As opções on-line, na maioria dos casos, evidenciam, novamente, a dependência de terceiros para o efeito, acabando por muitas vezes ter um efeito contraditório na satisfação individual do indivíduo. O exercício físico em casa é possível, mas as casas, antigas, repletas de móveis, escadas, objetos de decoração e frequentemente mal iluminadas, acabam por ser locais suscetíveis para quedas e na grande maioria dos idosos, o receio instala-se, preferindo não fazer exercício não monitorizado, com o medo de lesão ou acidente que não seja passível de socorro. A qualidade da alimentação dos idosos foi também afetada, no sentido em que, para além dos apoios familiares serem menores, os locais de convívio e estabelecimentos comerciais foram encerrados. As próprias consultas médicas não urgentes, muitas vezes um refúgio para um desabafo das preocupações, foram adiadas ou canceladas o que despertou um sentimento de abandono e desespero.

O isolamento físico foi mandatório, os padrões afetivos regulares tornaram-se escassos, a autonomia e a independência diminuíram, a sensação de infoex-

No contexto da pandemia SARS-CoV-2, os idosos representam um dos grupos etários que mais sentiu o impacto das medidas de confinamento.

rá situações tão duras e com tanta necessidade de adaptação como um idoso ver-se afastado das suas redes de apoio familiares e sociais. Mais ainda, esta situação é agravada pela noção da falta de tempo, uma vez que o peso dos poucos anos que ainda têm disponíveis para viver aumenta o impacto do abandono social, familiar e o medo da morte.

O envelhecimento que sempre se procurou que fosse ativo e visto como uma oportunidade em saúde, passou a ser uma esperança. Uma esperança que os dias passem e que ainda haja tempo para viver e colmatar o que já foi perdido e não voltará.



clusão como forma de adaptação aumentou, o que culminou no agravamento de dos níveis de solidão no idoso. Não haveria outra forma, não seria possível proteger os idosos sem isolamento, mas nunca o isolamento esteve tão íntimo da solidão como nos dias de hoje. A solidão mata, já tem matado. A capacidade de adaptação, ferramenta tão útil na vida, é habitualmente comprometida no idoso e dificilmente have-

Referências:

- Fernandes P. A Depressão no idoso. Coimbra: Quarteto editora; 2000
- Paúl MC, Fonseca AM. Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi editores; 2006
- Flatt t. a new definition of aging? Front Genet 2012; 3: 148, doi: 10.3389/fgene.2012.00148.
- Direção Geral da saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direção Geral da saúde; 2006: 2417.
- Figueiredo D. Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi editores; 2007

CATARINA RAMOS RODRIGUES

Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar;
USF Eça de Queirós no ACeS Póvoa de Varzim, Vila do Conde

A ética como competência central da formação e prática médicas



O dia-a-dia de um médico em formação conduz-nos numa interessante viagem pelas várias dimensões da educação e da ética. Enquanto Interna de Medicina Geral e Familiar e aluna de Mestrado em Cuidados Paliativos deparo-me com uma Medicina que coloca o doente no centro da decisão e que lhe presta cuidados alicerçados em equipas multidisciplinares, que se querem colaborativas e eficazes. Ora esta realidade cria um cenário de múltiplas relações interpessoais, que se constroem em torno de algo tão nobre quanto a prestação de cuidados de saúde a um indivíduo. E é precisamente sobre a importância da ética nas relações interpessoais que reflito ao longo deste artigo. Sendo a ética um conjunto de saberes que nos ajudam a obter melhores resultados na relação com os outros, admira-me que seja tantas vezes subestimada. De facto, vivemos numa era tecnológica que tende para o desenho de uma realidade instantânea, talhada à imagem de cada um, o que dificulta o desenvolvimento de competências relacionais. Se a isto associarmos o ritmo vertiginoso focado no desempenho e produção em que vivemos, acabamos por reconhecer que, repetidas vezes, a ética não acompanha este processo. Não por não ter a mesma vitalidade ou importância, mas por consubstanciar em si uma complexa rede de importantes e densos valores. Ao constatar o enorme desafio que é o estabelecimento de relações interpessoais nesta conjectura de trabalho em equipa procuro no meu processo de formação bases de trabalho que me permitam desenvolver as competências necessárias para tal. Acabo por constatar que apesar da crescente inclusão do seu ensino e valorização nos vários

programas curriculares, quer pré-graduados quer pós-graduados, se revela insuficiente. Esta realidade potencia uma classe profissional que centra nos resultados e nas competências técnicas e normativas o desiderado último da sua essência. Enquanto profissionais de saúde e indivíduos, não podemos permitir que o nobre ato de prestação de cuidados não tenha como estandarte a ética nas relações interpessoais, que se exigem respeitosas e horizontais. É certo que a aquisição de competências éticas e sociais é complexa, quer pelo seu moroso desenvolvimento quer pela sua difícil objetivação, mas isso não lhes pode retirar importância. Está demonstrado o seu impacto na qualidade dos serviços prestados, sendo até uma das principais causas de erros clínicos e falhas de comunicação e articulação entre profissionais de saúde. Sem reduzir em algum momento a importância das competências técnicas, é premente investir na ética das relações interpessoais, na empatia, na tolerância, nas capacidades de comunicação, nas competências do trabalho em equipa, na capacidade de gestão de conflitos e insucessos, que por serem também eles processos cognitivos são tão passíveis de treino como um ato cirúrgico. Não obstante o lugar central que devem adotar nos planos curriculares, devem ser sempre acompanhadas do investimento contínuo de cada um.

Em conclusão, a formação deve sempre enriquecer o indivíduo numa dimensão que está para além de uma grelha de avaliação ou cumprimento do programa curricular. A sociedade necessita de um exercício profissional estruturado num constructo de valores e executado de uma forma humanizada e ética.



INICIE UMA NOVA FASE DA VIDA **COMEÇANDO PELA** **SAÚDE AUDITIVA**

**BENEFÍCIOS EXCLUSIVOS PARA MEMBROS
DA ORDEM DOS MÉDICOS E RESPECTIVOS FAMILIARES**

- **10% DESCONTO** EM PROGRAMAS
DE REABILITAÇÃO AUDITIVA

• **5 ANOS** DE PILHAS*

• **4 ANOS** DE SEGURO**

*Duração da campanha de oferta de pilhas consoante o consumo dos aparelhos. **Duração da oferta de seguro consoante o número de anos de garantia dos aparelhos. Campanha não acumulável com outras campanhas, acordos e protocolos em vigor

Nº verde gratuito
800 200 343

Dias úteis das 9h às 18h



ATENDIMENTO
POR AUDIOLISTA
EM TELECONSULTA

www.widex.pt

De quem é a culpa?

Tenho falado e escrito amiúde sobre a necessidade de pensarmos e vivermos para lá da pandemia. Reconheço que, nos tempos que correm e com os números que nos chegam todos os dias, com o impacto que a COVID-19 está a ter na vida de todos os portugueses, se torna difícil pensar e falar de outros assuntos e iniciativas. Mas também tenho a certeza de que é forçoso avançar e organizar algo mais, de continuar a celebrar as datas festivas, de fomentar as iniciativas em prol da Medicina e dos médicos, de continuarmos a sentir que a vida não acabou.

Por este motivo, o Conselho Regional do Norte (CRNOM) organizou a entrega do Prémio Banco Carregosa/SRNOM - 4ª edição, mantendo-se o incentivo à investigação científica na área clínica e que contou com uma conferência muito interessante e atual de Paulo Portas. Efetuamos o Juramento de Hipócrates e comemorámos o Natal, com cerimónias digitais, mas originais, que envolveram muitos dos membros do CRNOM e das sub-regiões. Na senda dos projetos inovadores em saúde na nossa região, desta vez salientamos a "Unidade Domiciliária de Cuidados Paliativos do Planalto Mirandês e da Terra Fria", da Unidade Local de Saúde do Nordeste, e a "Avaliação Geriátrica peri-operatória para doentes oncológicos em idade geriátrica (pGA-70)", do Centro Hospitalar Universitário de S. João.

Durante todo este período, mantivemo-nos atentos aos problemas que existem nas nossas unidades hospitalares. Porque a pandemia no mês de Outubro atingiu particularmente o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, colocando-o muito perto da rutura e exigindo dos colegas que lá trabalham uma dedicação que ultrapassou tudo o que pode ser exigido a qualquer profissional, visitamo-lo, discutimos com o Conselho de Administração estratégias de atuação e de salvaguarda dos profissionais de saúde, que veio a culminar, entre outras



ANTÓNIO ARAÚJO

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos
Editorial publicado na revista Nortemédico 84

medidas, com o pedido de ajuda ao Ministério da Saúde e com a transferência de múltiplos doentes para outras instituições do SNS e do sector privado.

Outro problema que abordamos foi o da Urgência Metropolitana do Porto de Psiquiatria. Já tínhamos visitado o Hospital de Magalhães Lemos, tendo a 17 de dezembro reunido com o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de S. João para se fazer o ponto da situação, avaliar as medidas que têm vindo a ser implementadas e o que se perspetiva para melhorar o atendimento urgente dos doentes psiquiátricos no grande Porto.

Mas hoje grande parte dos nossos pensamentos centram-se na pandemia e no incremento elevado no número de infetados que esta tem provocado,

Para lá dos números dramáticos, o que mais choca são, em primeiro lugar, o número de mentiras e de contradições com que o governo, em geral, e o Ministério da Saúde, em particular, nos têm brindado, confundindo a opinião pública e levando a que a população tenha dificuldade em aderir às regras necessárias.

doentes e a necessitarem de cuidados intensivos.

Neste âmbito e para lá dos números dramáticos, o que mais choca são, em primeiro lugar, o número de mentiras e de contradições com que o governo, em geral, e o Ministério da Saúde, em particular, nos têm brindado, confundindo a opinião pública e levando a que a população tenha dificuldade em aderir às regras necessárias. Por outro lado, a falta de planeamento e de liderança, não tendo sido tomadas nenhuma medida excepcional para fazerem face à(s) tão esperada (s) segunda/terceira vaga(s).

A este propósito muitos me têm questionado sobre se vamos ou se projetamos reabrir o "Hospital de Campanha Porto.", que esteve em funcionamento no Super Bock Arena - Pavilhão Rosa Mota. Este projeto, liderado pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, teve como parceiros os Centros Hospitalares de S. João e do Porto e a Câmara Municipal do Porto. Funcionou sempre em regime de voluntariado, tendo aglutinado de forma empenhada médicos, alunos de medicina, enfermeiros, alunos de enfermagem, farmacêuticos, psicólogos, informáticos e pessoas de outras profissões que serviram, com o mínimo de formação, de auxiliares. Tivemos inúmeras doações, que permitiram que o saldo financeiro final fosse nulo. Todos estávamos empenhados em prestar um serviço público, face a uma pandemia que chegava com imagens chocantes de serviços de saúde em completa rutura de países com uma capacidade bem acima da nossa – era o nosso dever cívico. Note-se que, tal como já referi noutras textos, o êxito nesta altura ficou apenas a dever-se à abnegação

dos profissionais de saúde, ao empenho de alguns presidentes dos conselhos de administração de hospitais e à visão de determinados autarcas. Atualmente, temos as faculdades a funcionarem, não se fecharam as empresas e, já no pico da atual crise, criaram-se alguns hospitais de retaguarda (leia-se, de campanha), por decreto, contratando todo um corpo de profissionais de saúde e financiando-o do erário público. Por tudo isto, neste momento, não existem condições psicológicas nem sociais para organizarmos os recursos humanos necessários para colocar em funcionamento, de novo, o "Hospital de Campanha Porto.".

Depois de termos enfrentado o impacto do desconhecido, avisou-se de que era expectável uma segunda vaga, pior que a primeira, que era forçoso adotar medidas para diminuir o número de transmissões e preparar as unidades de saúde. O que fizeram os nossos governantes?... a culpa é dos portugueses, que não seguiram as recomendações nas épocas festivas! E o planeamento??

E os doentes "não-COVID"?? Porque, se não houve planeamento para a vaga COVID, menos se pensou nas outras patologias, as que continuam a existir, à sombra da COVID-19, e que também são causa de grande morbidade e mortalidade. E se as vagas COVID vão demorar alguns meses, os impactos nos cidadãos portadores de outras patologias vão fazer-se sentir pelos próximos anos. Continua a privilegiar-se o Trace-COVID e mantém-se extremamente dificultado o acesso dos cidadãos aos cuidados primários de saúde.

Maus vão os tempos e não irá ficar tudo bem. De quem é a culpa? Do vírus e dos portugueses... será?

Cerimónia de Entrega do Prémio Banco Carregosa/SRNOM - 4.ª Edição

Investigação ao serviço do bem comum

TEXTO: CATARINA FERREIRA | FOTOGRAFIA: MEDESIGN



Apoiar e incentivar a investigação científica na área clínica em Portugal é a principal finalidade do Prémio Banco Carregosa/SRNOM. A entrega dos prémios da 4.ª edição foi realizada numa cerimónia mais reservada, transmitida via streaming, mas contou com uma interessante conferência de Paulo Portas. André Moreira, João Lobo e Ana Catarina Fonseca foram os distinguidos pelos seus trabalhos de investigação.

Pelo quarto ano consecutivo, a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos e o Banco Carregosa uniram-se para distinguir a investigação clínica de excelência em Portugal, tida como uma das maiores oportunidades de desenvolvimento na área das ciências e tecnologias da saúde. Reconhecer e estimular a investigação clínica é o grande objetivo do Prémio Banco Carregosa/SRNOM ao premiar trabalhos de investigação de autores portugueses. Esta distinção,

de âmbito nacional, tem um valor total de prémios de 25 mil euros, distribuídos pelo projeto vencedor (20 mil euros) e por duas menções honrosas (2 mil e quinhentos euros cada). Nesta 4.ª edição, André Moreira, João Lobo e Ana Catarina Fonseca foram os premiados com o galardão principal e as menções honrosas, respetivamente. Os prémios foram entregues pelo presidente do júri, Nuno Sousa, presidente da Escola de Medicina da Universidade do Minho, e Maria Cândida Rocha e Silva, presidente do Conselho de Administração do Banco Carregosa, que acompanharam António Araújo, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) na mesa da sessão. Os restantes elementos do júri, Alexandre Figueiredo, António Sarmento, João Cerqueira e Jorge Correia Pinto, assistiram à sessão na plateia, acompanhando Paulo Portas, o convidado especial desta edição. A cerimónia de atribuição do prémio criado pela SRNOM e patrocinado pelo Banco Carre-

gosa realizou-se a 5 de novembro, no Salão Nobre da SRNOM. Devido às restrições impostas pela pandemia, a sessão foi transmitida em direto, via streaming.

Aliança medicina, ciência e indústria

A sessão de entrega dos prémios desta 4ª edição contou com uma conferência de Paulo Portas, intitulada "Política, Ciência, Saúde e Economia: o mundo antes e depois da Covid-19". O palestrante confidenciou que devido à sua experiência diplomática e política, tem uma leitura diferente do mundo, para além daquela feita pelos "olhos dos europeus". Na sua opinião, devemos enquadrar a resolução dos problemas no contexto do "bem comum" global e "bem comum" e cultivar o hábito de ouvir quem sabe mais. Por isso, procurou enquadrar esta intervenção em três áreas. "Primeiro, perceber como é que já estava o Mundo antes da pandemia. Segundo, como gerir o desconhecido, ou seja, o que as nações e as suas autoridades devem fazer, na falta de um manual de instruções. Como podemos colocar o nosso olhar naqueles que o tempo confirmou terem melhores práticas ou práticas com menor insucesso. E terceiro, como tudo isto se relaciona, mais do que as pessoas pensam à primeira vista, com as questões estruturais e conjunturais", adiantou. Decidido a abordar aquilo que precisamos para superar "tempos difíceis como estes", em contexto de pandemia, Paulo Portas reforçou: "Estamos a viver um momento em que, mais do que nunca, é necessário estabelecer uma aliança entre a Medicina, a Ciência e a Indústria. É a única aliança que nos proporciona alguma segurança para ultrapassar estes tempos difíceis. Não sou médico, farmacêutico, epidemiologista ou especialista em qualquer outra área da saúde, mas interesso-me muito por este tema e acredito que é preciso saber comunicar de forma estruturada".

Globalização

Para a sua apresentação, o jurista trouxe alguns dados e comparou os diferentes continentes e as suas realidades antes da pandemia começar. "Nessa altura, o mundo já estava à beira de uma nova polarização entre uma potência a viver tempos difíceis, os Estados Unidos da América, uma potência desafiante que já não hesita em confessar as suas ambições, a China,



uma União Europeia com uma fratura severa e consumida na sua capacidade de compromisso e consenso por populismos de várias ordens. E depois uma mudança que já pareceu demasiada acelerada para alguns, que é apenas uma primeira mudança de uma outra ainda mais rápida: se alguns se espantam com aquilo que a globalização mudou, mais espantados ficarão com o que a digitalização mudará", acrescentou. Segundo os números apresentados, nos últimos 40 anos, a Ásia tornou-se responsável por mais de 45% do crescimento real da economia mundial e em breve estaremos a viver um tempo em que o "epicentro, o centro de gravidade económico do mundo migrará para o continente asiático", prevê Paulo Portas.

O convidado especial da sessão apelou ao sentido do "bem comum" para tratar todos os doentes e elogiou os premiados pelo "espírito e contribuição para a investigação e evolução da ciência". Antes de terminar, deixou ainda a sua homenagem "à Medicina e à Ciência" e congratulou o Banco Carregosa "por escolher a investigação clínica em saúde para premiar e apoiar".

Despertar para a inovação

Quem também iniciou a sua intervenção com um agradecimento especial à presidente do Conselho de Administração do Banco Carregosa, Maria Cândida Rocha e Silva, foi o presidente o júri, Nuno Sousa, "pela sua visão, persistência, resiliência, por acreditar que a investigação clínica é algo que permite construir uma sociedade mais saudável, mais culta e que

preserva o estado da saúde", dedicando-lhe um particular obrigado pela sua "preciosa ajuda". O presidente do júri do Prémio Banco Carregosa/SRNOM assinalou o marco que constituía esta 4ª edição e reconheceu o trabalho dos restantes colegas que o acompanharam no processo de seleção e avaliação dos projetos. "Celebramos hoje mais uma edição de um prémio que marca a união entre instituições para o bem comum, com uma estratégia persistente. Por isso, elogio esta iniciativa enquanto médico, investigador, académico e cidadão. Foi um privilégio partilhar momentos de reflexão ao avaliarmos as investigações que concorreram ao prémio", declarou. O presidente da Escola de Medicina da Universidade do Minho sublinhou a visão estratégica demonstrada pela SRNOM e por António Araújo, "por dirigir a Casa do Médico com

Eficácia e esperança

"Mais um ano se passou e parece que foi ontem que estive aqui na edição do Prémio Banco Carregosa/SRNOM 2018 e já cá estou de novo. Desta vez, num ano tão diferente, em que só ouvimos falar de expectativas mudadas, de planos arruinados, de sonhos desfeitos. E lembrei-me que é neste clima de frustração geral que eu venho cumprimentar três médicos jovens, investigadores clínicos, que com a sua dedicação e empenho conseguiram encontrar melhores terapias, maior eficácia, minorar o sofrimento dos seus doentes, deixando espaço para a esperança", destacou Maria Cândida Rocha e Silva. Depois de felicitar os premiados, a presidente do Conselho de Administração do Banco Carregosa deixou também uma palavra de apreço à SRNOM, "que se esforça por continuar a dar vida a uma ideia bonita de Alexandre Figueiredo", ao júri formado por professores e médicos que "nesta ocasião se encontram tão sobrecarregados, mas ainda assim se disponibilizam para um trabalho de seleção e apreciação de tantos trabalhos". E por último, aos premiados "que nos vieram provar que todos os sacrifícios e renúncias valem a pena para colocar o saber ao serviço dos que sofrem".

Fonte de motivação

Seguiu-se a entrega dos prémios. Uma das menções honrosas foi atribuída a Ana Catarina Fonseca, com o trabalho "Imagen cardíaca no acidente vascular cerebral isquémico de causa indeterminada", que por razões profissionais não pôde estar presente. A outra foi atribuída a João Lobo com o trabalho "Novos biomarcadores epigenéticos com valor diagnóstico, prognóstico e preditivo de resposta à terapêutica em doentes com tumores de células germinativas do testículo", entregue por Nuno Sousa. João Lobo, interno de Anatomia Patológica no IPO Porto fez um breve resumo do projeto, após alguns agradecimentos, em nome de toda a sua equipa: "Este prémio é uma enorme fonte de motivação para continuarmos o nosso trabalho", garantiu.

O Prémio Banco Carregosa/SRNOM 2019 foi atribuído a André Moreira, com o trabalho "Desenvolvimento e validação de biomarcadores no ar exalado para identificar e endotipar asma em crianças e adultos" e foi-lhe entregue por Maria Cândida Ro-



mestria reconhecida e consensual para todos nós".

A última nota de reconhecimento foi dirigida aos candidatos desta edição que "obrigaram" o júri a "ler, aprender e despertar para a inovação", ao apresentarem trabalhos de elevada qualidade e ao aplicarem o conhecimento na área da saúde. "Infelizmente a investigação clínica em Portugal ainda tem um handicap significativo que não se deve à qualidade dos investigadores, mas sim à insuficiente infraestrutura. Tínhamos condições porque temos um ecossistema com um enorme potencial. A resiliência dos candidatos em aderirem a este desafio é a prova de que a Medicina e a Ciência Médica Aplicada está bem viva entre nós. Foi uma honra escrutinar os vossos trabalhos e com eles aprender", assegurou Nuno Sousa.



André Moreira - Prémio



Catarina Fonseca - Menção Honrosa



João Lobo - Menção Honrosa

cha e Silva. O especialista em Imunoalergologia do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) recebeu o galardão e começou por agradecer à família, equipa de trabalho e doentes. "Confesso que receber prémios é um constrangimento. Não trabalhamos para receber prémios, mas aceito-o com uma enorme satisfação. É um incentivo na área da investigação clínica de translação, claramente uma fonte de motivação. É um prémio que tem um reconhecimento que se traduz num prestígio e orgulho enormes", concluiu.

Competências de um médico

Após a entrega das distinções, a cerimónia prosseguiu com uma intervenção de António Araújo. Começou por congratular Maria Cândida Rocha e Silva, reafirmando que "é um gosto contar com a visão estratégica do Banco Carregosa no apoio à investigação médica". Destacou o contributo de Alexandre Figueiredo, "que idealizou e semeou o que hoje estamos a colher", e ainda de António Sarmento, antigo dirigente do CRNOM, "uma figura ímpar nesta iniciativa". Felicitou o júri pelo trabalho desenvolvido, considerando-os a "chave de sucesso deste prémio". Para o presidente do CRNOM, a investigação faz parte dos genes e obrigações dos médicos, e incentivou os premiados a continuarem o seu trabalho nesta área. "Um médico necessita

hoje de ter quatro competências: conhecimentos e saber na área da especialidade, só assim se praticam atos médicos e se exerce medicina de qualidade; saber ensinar e transmitir conhecimento aos colegas mais novos; ter competências em gestão, porque cada vez mais somos chamados a gerir serviços, unidades ou pandemias; e ainda o quarto pilar, que está relacionado com a investigação, que deve fazer parte do nosso dia a dia, da nossa prática clínica diária, para gerar conhecimento".

Para o presidente do CRNOM, é neste pilar que se insere o prémio, o qual, numa altura tão particular como a que vivemos, assume uma importância ainda maior. "Espero que possamos continuar a manter esta iniciativa no futuro, porque precisamos de ter bons médicos. Se fomos um caso de sucesso no início da pandemia, muito se deveu à atuação empenhada e abnegada dos médicos e outros profissionais de saúde para conseguir controlar a situação. Continuamos a ser essenciais para controlar esta pandemia e ajudar todos os doentes que sofrem. Devemos ser resilientes e empenhados, só assim conseguiremos devolver à sociedade a consciência que têm de nós como médicos. O que os cidadãos mais prezam é a saúde, o que traz aos médicos mais responsabilidade. Hoje celebramos também o empenho, o querer ser melhor diariamente e em traduzir isso na nossa prática clínica diária", concluiu.

Que Sistema de Saúde após 2020... E depois da pandemia?

O ano de 2020 ficará para a história como o "Ano da pandemia". Marca o início, mas certamente 2021 manterá os mesmos contornos e possivelmente com o mesmo ou maior impacto. Se no primeiro trimestre de 2020, o impacto no sistema de saúde foi minimizado e circunscrito (à custa de um completo *lockdown* da sociedade e do SNS), os impactos da segunda vaga parecem perdurar devendo ser feito um rigoroso balanço das múltiplas "ondas" que se vão sentir posteriormente, como as sequelas tardias da infecção viral, a excessiva mortalidade acrescida e a doença oncológica mais avançada, só para falar dos clinicamente mais óbvios.

Teremos ainda de fazer as necessárias reflexões sobre os impactos colaterais, talvez mais subtils, mas não menos perniciosos, na estrutura e organização do Sistema de Saúde português. Temos um SNS que já anteriormente se encontrava muito fragilizado, com sucessivos problemas em múltiplas áreas e regiões, como mostraram as crises das urgências pediátricas ou das maternidades, as respostas caóticas aos episódios de gripe ou a incapacidade em fixar especialistas após os sobrelotados Internatos Médicos.

A pandemia terá repercussões diretas na formação dos nossos jovens médicos, muito diferente entre especialidades, mas sempre com fortes impactos negativos. Programas não cumpridos ou demasiado compridos... Exames adiados, cirurgias insuficientes para adquirir gestos fundamentais, menos (e "piores") publicações. Em vez de 2 meses com fácil solução caminhamos para 2 anos de interrupções, indefinições e adiamentos.

Será ainda mais difícil, após este esforço brutal, impedir o descontentamento, seguido do abandono, por parte dos médicos que sacrificaram a Medicina que praticavam com seriedade.



ALEXANDRE VALENTIM LOURENÇO
Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos

Sem profundas reformas, os mais credenciados e preparados não aguentarão facilmente trabalhar neste sistema. Algumas especialidades, tecnicamente muito diferenciadas, podem apresentar um êxodo ainda maior para a medicina privada ou mesmo para o estrangeiro. Se faltavam anestesiologistas, intensivistas, internistas, obstetras ou pediatras jovens, os impactos do "pandemónio" da pandemia, associado à ausência de resposta às legítimas ambições profissionais num sistema estagnado, com carreiras inoperantes, constituem um *cocktail* ainda mais explosivo deixando o Sr. Molotov embaraçado.

Os impactos na formação, nas carreiras, nas equipas, nos serviços podem ser mais duradouros e difíceis de resolver, em especial se não houver consciência e vontade de mudança, nem visão e liderança.

Devemos relembrar o processo da Lei de Bases da Saúde de 2019. Proposta por um grupo de trabalho nomeado pelo ministro Adalberto Campos Fernandes,

Após 2021 é necessário reorientar o Sistema de Saúde. Centrar as decisões nas necessidades reais de saúde dos indivíduos e da sociedade. Evitar decisões baseadas em fatores de tesouraria, políticos ou fundamentados em interesses corporativos. Quaisquer que eles sejam.

foi transformada radicalmente já na primeira edição deste Ministério, com ampla polémica, e importantes modificações, à data. Manifestei publicamente, com pareceres e opiniões a discordância com vários aspectos da Lei, mas era necessária uma mudança após 30 anos após a inicial.

O estatuto do SNS publicado em 1993 tinha como propósito materializar a orientação política da Lei de Bases da Saúde aprovada em 1990 (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto). Quer o então Estatuto, quer a Lei de Bases permitiriam um novo ciclo na saúde em Portugal, após a reforma decorrente da aplicação do histórico e célebre relatório das carreiras médicas dos anos 60. No entanto, durante os 30 anos de vigência, sucessivas alterações legislativas foram feitas avulso, desvirtuando e tornando inexequíveis muitos dos princípios enumerados.

A pandemia realçou as fragilidades de um sistema coerente datado de 1978, mas infelizmente muito desfasado das necessidades de uma medicina mais moderna, mais técnica e com desafios muito diferentes em 2019.

O Serviço Nacional de Saúde dispõe de estatuto próprio, tal como estabelece a Lei de Bases da Saúde aprovada antes da pandemia (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro). A sua Base 20 enumera no nº 3 que «O SNS dispõe de estatuto próprio, tem organização regionalizada e uma gestão descentralizada e participada».

O estatuto permanece inalterado, e normalmente é aplicado de forma contrária aos seus princípios. E para nós médicos é inequívoco que a Lei de Bases entretanto criada carece de visão e de regulamentação. E não parece credível que a atual equipa governativa, assoberbada pela pandemia e pela presidência da UE, tenha capacidade para realizar a regulamentação em

moldes que traga inovação, eficiência e, sobretudo, instrumentos para implementar princípios de governança clínica que guiem as decisões nas instituições de saúde.

Após 2021 é necessário reorientar o Sistema de Saúde. Centrar as decisões nas necessidades reais de saúde dos indivíduos e da sociedade. Evitar decisões baseadas em fatores de tesouraria, políticos ou fundamentados em interesses corporativos. Quaisquer que eles sejam.

Precisamos de reestruturar instituições e equipas, fundamentadas no primado da ciência e não da política. Impor que o processo de decisão seja sempre executado com rigor técnico e adequada utilização dos nossos finitos recursos, sem perder os valores da relação médico-doente e os elevados valores éticos na atividade da saúde.

Precisamos de uma nova organização de trabalho, vulgo carreira, que proteja os valores que a mesma sempre encerrou: promoção da diferenciação médica, valorização do mérito, relação articulada de setores, que favoreça o relacionamento profissional inter e intra equipas, sempre em prol de uma melhor SAÚDE dos DOENTES.

Retirar as semânticas e práticas que conspurcaram um edificado exemplar resultante do Relatório das Carreiras Médicas de Jorge Horta e Miller Guerra, dois exemplares bastonários. Para eles, os médicos não eram colaboradores ou profissionais de saúde e os doentes não eram clientes ou utentes.

A medicina deve recuperar o seu ADN, ciência, ética, técnica e humanismo ao serviço do doente. Só com esses princípios e essa matriz é possível recuperar o Sistema de Saúde e torná-lo resistente a "pandemias" e imune a outros "pandemónios".

A vacina espetáculo

"O escândalo nos nossos dias não consiste em atentar contra os valores morais, mas sim contra o princípio da realidade". Quem o afirmou foi o conhecido filósofo francês Jean Baudrillard a propósito da Guerra do Golfo.

A violação do princípio da realidade foi uma das principais premissas de atuação do Ministério da Saúde e do Governo português ao criar a ilusão, de que, com a nova "Vacina" contra o COVID 19, tudo estaria resolvido.

Esqueceu-se de deixar claro que o programa de vacinação só estará terminado, se estiver, no 2º semestre de 2022.

Esqueceu-se de dizer que se desconhece o tempo de duração da "Vacina", que na verdade são seis, contando com a que está a ser administrada atualmente. E como vai evoluir essa imunidade de grupo.

Esqueceu-se de aprender com as limitações ocorridas já este ano com a vacina da gripe.

Esqueceu-se de muitas outras coisas. Mas não se esqueceu de criar momentos de espetáculo mediático em torno da vacina. Transmissões em direto. A primeira vacina administrada. As filas de profissionais à espera da ambrósia antivírica. As escoltas de segurança em torno do transporte, motivadoras inclusive de conflitos entre forças de segurança.

Mas acima de tudo, e violando o princípio da reali-



dade, "esqueceu-se" de afirmar que a "Vacina" nada mais é do que um, ainda que importante, instrumento na luta contra a pandemia. Um, de muitos instrumentos.

O que o Governo teima em não reconhecer é que a pandemia de COVID dificilmente se resolverá nas próximas semanas. Que levará meses, numa versão contida, a que tudo volte ao normal.

O que importa refletir é que sabemos mais sobre a "Vacina" pelos órgãos de comunicação generalistas do que pelas publicações científicas. Previne a "Va-

O que o Governo teima em não reconhecer é que a pandemia de COVID dificilmente se resolverá nas próximas semanas. Que levará meses, numa versão contida, a que tudo volte ao normal

“cina” a transmissão ou evita a doença? Uma dúvida pertinente ainda não respondida. E cuja resposta pode implicar estratégias diferentes. Assim o afirma um editorial da revista Lancet de novembro de 2020.

O que o Governo se esqueceu de dizer foi o que irá fazer com os doentes não COVID. Doentes que já ficaram para segundo lugar na primeira vaga. E que agora voltam a ficar. Porque o Governo nada tem feito para aprovar mecanismos capazes de resolver estes problemas. Não comprehendo como é possível que não se recorra ao setor privado, social e das forças armadas, todos eles com capacidade instalada e disponível. Milhares de consultas, meios complementares de diagnóstico, de internamentos e cirurgias ficaram por realizar. Não o fazer por motivos ideológicos é grave e incompreensível. Nenhum doente a necessitar de tratamento, seja um cancro ou uma insuficiência cardíaca, um aneurisma ou catarata, entenderá que o governo, constitucionalmente obrigado, não lhe dê a oportunidade de ser tratado. Quando tem essa mesma oportunidade ao seu alcance.

O que o Governo fez foi prometer honras e tributos aos profissionais de saúde e depois nada fazer. Não contratar, não reconhecer o esforço de milhares, não perceber que os profissionais de saúde não são robots e autómatos, mas cidadãos que têm responsabilidades e limitações iguais a todos os outros portugueses. Que adoecem e morrem como todos os outros. Que têm família, pais e filhos como os outros. O que fez e faz é obrigá-los, é alocá-los a um programa informático quando outros o poderiam fazer.

O primeiro caso de COVID data de dezembro de 2019. Em Portugal de 2 de março de 2020.

A 9 de janeiro Portugal tinha 476.187 casos de COVID. 7.701 óbitos. Em 2019, Portugal teve 111.793 óbitos. A 9 de abril de 2020 existiram 915 casos, o pico do mês. Em janeiro de 2020 Portugal teve, a 8 de janeiro, 10.176 casos. Estes são os números que nos devem levar a refletir se é legitimo continuar a esquecer o princípio da realidade.

Ainda não tinha terminado a primeira vaga já sabíamos da segunda. Nada fizemos com o que já sabíamos.

A esperança em torno da vacina foi claramente positiva. Mas não pode ser a solução de todos os males.

Importa ter uma estrutura altamente profissionalizada, dotada de recursos técnicos altamente competentes, com uma coordenação única. Com um sistema de informação robusto. Com meios financeiros ao seu dispor

Portugal está claramente num momento difícil. Profissionais de saúde cansados, instituições de saúde à beira da rotura. Economia em deficit. Portugueses desmoralizados.

Importa mudar de rumo. Importa assumir uma nova postura.

Importa dizer a verdade aos portugueses.

Importa ter uma estrutura altamente profissionalizada, dotada de recursos técnicos altamente competentes, com uma coordenação única. Com um sistema de informação robusto. Com meios financeiros ao seu dispor. Uma comunicação pela positiva e não pela negativa e meramente repressiva. Uma comunicação profissionalizada.

O discurso político, certamente relevante, tem de ser recentrado, enquadrado e sustentado.

O Ministério da Saúde tem de encontrar as respostas técnicas para as várias questões que tem de resolver, e são muitas.

O Ministério tem o mês de janeiro para se reinventar.

Os profissionais de saúde continuam disponíveis para serem o exército da linha da frente. Para servir os seus doentes.

NOTA: artigo publicado na edição de 12 de janeiro do Diário de Notícias

Eleições para o Conselho Médico dos Açores

Na área da Região do Sul da Ordem dos Médicos, realizaram-se no dia 14 de janeiro de 2021 eleições para os representantes da Ordem dos Médicos na Região Autónoma dos Açores (CMRAA). Este sufrágio é intercalar e o mandato dos novos dirigentes terminará no início de 2023, altura em que haverá eleições para todos os órgãos nacionais, regionais e sub-regionais da Ordem.

Às eleições nos Açores concorreu apenas a lista A, que teve diferentes votações para os três diferentes órgãos. Enquanto o Conselho Fiscal colheu 133 votos, a Mesa da Assembleia teve 131 e o Conselho Médico, a que preside agora Margarida Moura, obteve 124 dos votos expressos.

Os resultados eleitorais foram os seguintes:

Inscritos no caderno - 798

Mesa da Assembleia

Lista A – 131 votos; brancos – 27; nulos – 0

Conselho Médico

Lista A – 124 votos; brancos – 34; nulos - 0

Conselho Fiscal

Lista A – 133 votos; brancos – 25; nulos - 0

Foram eleitos os seguintes novos dirigentes:

Mesa da Assembleia da Região Autónoma

Presidente | Rui Carlos Correia Dias César

Vice-Presidente | José Renato da Costa Medeiros Pereira

Secretária | Isabel Maria Rocha de Sousa

Conselho Médico

Presidente | Maria Margarida Vieira de Sousa Moura

Vice-Presidente | José Carvalho Oliveira Santos

Tesoureiro | Sofia Torres Decq Mota

Secretário | Pedro Miguel Ribeiro Oliveira Lopes

Vogal | Patrícia Pereira da Costa Santos

Conselho Fiscal

Presidente | Maria Cristina Fraga Freire de Barros

Vogais | Maria Helena Raposo Silveira

e David Miguel Neves da Silva

Novos membros da Assembleia de Representantes

No mesmo dia 14 de janeiro foram eleitos os membros da Assembleia de Representantes que não tinham sido eleitos em janeiro de 2020. No caso da Região do Sul as eleições realizaram-se nas Sub-regiões de Ribatejo e Setúbal, tal como nos Açores

Os resultados foram os seguintes:

Açores

Inscritos no caderno - 798

Lista A – 120 votos; brancos – 25; nulos - 0

Ribatejo

Inscritos no caderno - 1400

Lista A – 54 votos; brancos – 4; nulos – 0

Setúbal

Inscritos no caderno - 2803

Lista C – 136 votos; brancos – 31; nulos- 0

Os representantes destas 3 sub-regiões são agora os seguintes:

Açores

Tiago Manuel de Medeiros do Nascimento Cabral

Marta Margarida de Sousa Amorim Pavão Borges

Joana Margarida de Melo Salgado Ricardo

Setúbal

Jorge Manuel Coelho do Espírito Santo

Maria Dulce Pinto Pascoalinho

Manuel Pedro dos Santos Rodrigues Pereira

Sara Isabel Pinheiro Paulino Contente

Francisco Jorge Monteiro Oliveira Silva

Lígia Sofia Costa Santos Fernandes do Espírito Santo

Miguel Jerónimo Bento Martins Pires

Ribatejo

Carlos Eduardo Baptista da Piedade de Noronha

Maria José Reis Dias da Silva OM 31356

António Manuel de Freitas Pinheiro OM 59118

Ana Lúcia Domingos Nobre

Área de covid-19 no site

www.omsul.pt

O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, no contexto do acompanhamento próximo atento que tem dedicado à situação da infeção a COVID-19 em Portugal, criou, no seu site, uma área completamente dedicada a informação rigorosa e científica sobre o tema.

Com o objetivo de consultar informação fidedigna, a partir do banner covid-19 do site é possível aceder a documentos, recomendações e artigos atualizados de fontes credíveis, incluindo revistas científicas e organizações de saúde nacionais e internacionais.

O projeto arrancou em fevereiro de 2020 e até ao final do ano reuniu 468 documentos e artigos científicos, alinhados por categorias, que vão desde as normas e recomendações oficiais até aos estudos mais importantes que vão sendo publicados.

De todas as categorias a de Profissionais de Saúde é a que tem naturalmente o maior número de arti-



A norma da DGS Equipamentos de Proteção Individual (EPI) foi a publicação que atraiu mais leitores na área de covid-19 do site da Região do Sul

gos, 389 até ao final do ano, distribuídos por Cirurgia (3), Cuidados de Saúde Primários (7), Cuidados Intensivos (16), Epidemiologia (9), Fatores de Risco (20), Formação (7), Imagiologia e Clínica (58), Informação Geral (76), Isolamento e Controlo de Infeção (54), População Pediátrica (48), População Obstétrica (12), Terapêutica (52) e Vacinação (27).

A categoria seguinte com mais documentos é a Direção-Geral da Saúde, onde foram carregadas 61 entradas durante todo o ano, entre normas, orientações e documentos de informação geral.

Para além destas, a área de informação sobre covid-19 tem ainda as categorias de Cidadão, Medicina do Viajante e Coronavírus no Mundo.

Esta área de informação continua a ser carregada com conteúdos atualizados quase diariamente e tem destaque, várias vezes por semana, na página de Facebook da Ordem dos Médicos – Região Sul.



Dos artigos científicos publicados em meios estrangeiros, o mais consultado foi a Harvard - Mechanical Ventilation for COVID-19 (551 consultas) publicado a 13 de abril de 2020

COVID-19

TOP TEN DOS ARTIGOS MAIS CONSULTADOS

- 29.MAR.20 | DGS - Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (1.493 consultas)
- 14.MAR.20 | Acesso aberto para conteúdos da UpToDate sobre coronavírus (858)
- 16.ABR.20 | DGS - Abordagem de Assintomático com Teste Laboratorial Positivo (694)
- 16.OUT.20 | DGS - Diagnóstico COVID-19 - Testes de pesquisa de antígeno (660)
- 14.ABR.20 | DGS - Uso de Máscaras na Comunidade (652)
- 16.MAR.20 | SPCI - Recomendações da Sociedade Portuguesa e Cuidados Intensivos para a Abordagem do Covid-19 em Medicina Intensiva (650)
- 22.MAR.20 | ANMSP - Mapa epidemiológico Portugal (588)
- 4.ABR.20 | DGS - Utilização de Equipamentos de Proteção Individual por Pessoas Não-Profissionais de Saúde (565)
- 15.OUT.20 | DGS - COVID-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19 (563)
- 20.JUN.20 | AMP - Proteção Facial e Respiratória: Perspetivas Atuais no Contexto da Pandemia por COVID-19 (561)

Vacinar sem ética*

O que tem acontecido nos hospitais do SNS, nas instituições do setor privado e social, nos consultórios e outros locais de prestação de cuidados de saúde é inaceitável. É inaceitável e escandaloso.

O processo de vacinação seria um momento de esperança e um exemplo de civismo, justiça e equidade entre todos. A proteção das pessoas mais expostas, das mais vulneráveis e do resto da população permitiria atingir o patamar da imunidade de grupo e acabar com a pandemia a nível mundial.

Infelizmente, apesar do SARS-CoV-2 atingir toda a população da mesma forma, só os países mais ricos e mais poderosos estão a ter um acesso significativo às doses de vacinas, relegando as restantes populações para um segundo plano na luta contra este flagelo planetário.

É uma realidade a que nenhum de nós deverá estar alheio.

Em Portugal, a euforia inicial da vacinação foi substituída por um manto de desconfiança e estupefação, perante a aplicação dos critérios definidos pela *task force* para a vacinação e a definição dos novos grupos a vacinar.

É fundamental diminuir o impacto dos contágios junto dos profissionais de saúde como meio de reduzir os períodos de ausência laboral, devido às quarentenas ou mesmo às baixas por doença covid-19. Mas também é importante que os profissionais de saúde possam oferecer a segurança aos seus doentes pelo facto de não estarem infetados e não serem um potencial veículo de transmissão do vírus SARS-CoV-2.

Incompreensivelmente, os critérios foram subvertidos nos hospitais públicos expondo situação de favorecimento e decisões de duvidosa moralidade e ética, na medida em que as prioridades de vacinação foram ostensivamente desrespeitadas. Por outro lado, os médicos que estão a trabalhar fora do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – a prestar um serviço essencial, tratando doentes e evitando ainda mais a sobrecarga sobre o SNS – estão a ser segregados e privados de um direito estipulado no plano de vacinação, inclusivamente reconhecido como tal em todos os países.



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

O que tem acontecido nos hospitais do SNS, nas instituições do setor privado e social, nos consultórios e outros locais de prestação de cuidados de saúde é inaceitável.

É inaceitável e escandaloso.

Os critérios de priorização definidos pela *task force* para a vacinação são claros: não discriminam alguém pelo seu vínculo laboral, por estar a trabalhar num hospital público, num hospital do setor privado, social ou militar, ou num consultório médico.

É compreensível que a complexidade do processo possa causar erros ou ineficiências, mas não o é quando existem sinais claros de parcialidade e de decisões de duvidosa moralidade na distribuição nacional das doses de vacinas, na sua priorização nos hospitais e junto dos médicos que prestam cuidados de saúde.

Não é aceitável iniciarmos a vacinação de grupos menos expostos ao risco de contágio, enquanto não forem vacinados todos os médicos e os outros profissionais de saúde.

O processo da vacinação tem de ser transparente, submetido ao escrutínio público e responsabilizar quem o desrespeitou e continua a subvertê-lo.

A ministra da Saúde referiu, há dias, que é criminoso insinuar a inexistência de planeamento no combate à pandemia.

O que é verdadeiramente criminoso é o que está a ser feito com a vacinação dos profissionais de saúde.

A forma como está a decorrer o processo de vacinação contra a covid-19 tem sido uma demonstração gritante da falta de ética de alguns decisores.



*Artigo publicado no Jornal PÚBLICO
de 28 de janeiro de 2021

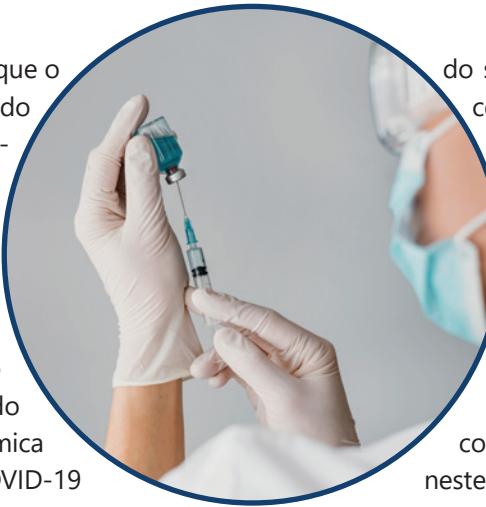
Vacinação, mês 1.

A esperança e as desigualdades

"Espero que 2021 seja o ano em que o vírus fique definitivamente confinado nas nossas memórias. Provavelmente será a vontade mais desejada no mundo". Assim vaticinava o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos aos microfones da rádio, para os desejos de novo ano. Mas a luta contra o SARS-CoV-2 veio provar, mau grado a esperança da comunidade académica e científica em torno das vacinas COVID-19 que a luta se tornaria desigual e, nalguns casos, pouco transparente. Foi precisamente contra essas gritantes diferenças que Carlos Cortes se insurgiu desde o primeiro dia em que se iniciou o Plano de Vacinação Contra a COVID-19 em Portugal. Carlos Cortes chegaria mesmo a admitir, em entrevista ao jornal Expresso, que nunca recebera tantas queixas em tão curto espaço de tempo.

Janeiro. Mês 1 do plano de vacinação.

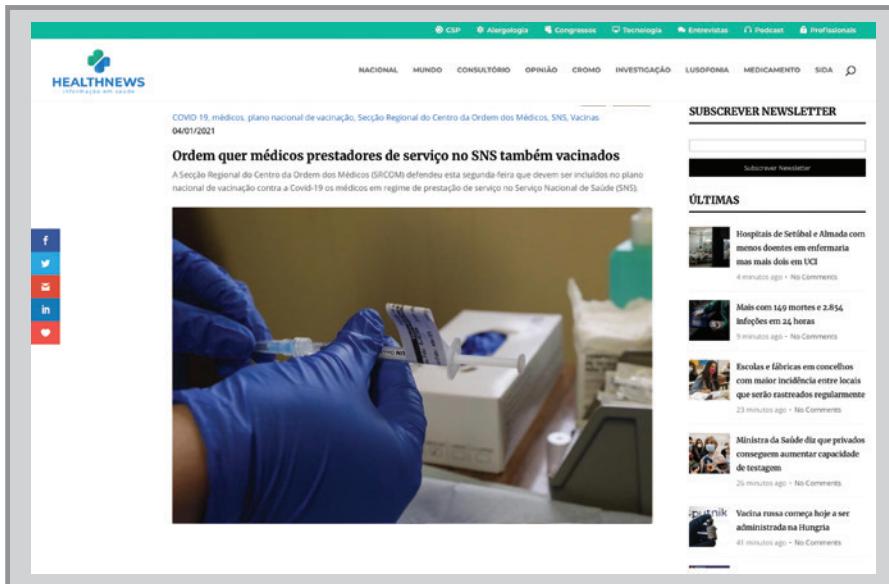
Atente-se na linha do tempo da intervenção pública da SRCOM em janeiro: No dia 4, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos defendeu que devem ser incluídos no Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 os médicos em regime de prestação de serviço no Serviço Nacional de Saúde (SNS): Neste enquadramento e criticando a escassez de profissionais da saúde para fazer frente a nova vaga pandémica, Carlos Cortes lamentou a opção das autoridades de saúde de não vacinar os médicos contratados para fazer frente à pandemia e que, apesar disso, estão e continuarão a estar na linha da frente no combate à COVID-19. "Nem todos os profissionais que trabalham no SNS têm contratos públicos, alguns estão em prestações de serviço. Ou seja, independentemente da natureza do contrato, não pode existir discriminação entre profissionais com as mesmas funções", segundo o presidente da SRCOM, assumiu. "É urgente os hospitais e a Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro acabarem com este esquecimento e esta desigualdade. Os médicos



do setor privado também não foram contemplados logo nos primeiros dias da primeira fase do plano de vacinação", recordou Carlos Cortes, numa nota de imprensa. Realçando que o País, graças a este processo, iniciou uma fase de "grande esperança" no combate à pandemia, não deixou de alertar que "há problemas a ter em conta". Na sua opinião, "os critérios neste circuito de vacinação não estão a ser devidamente acautelados, face às necessidades assistenciais que o país enfrenta". Assumiu, convictamente: "Todos [os médicos] devem estar protegidos contra o risco da Covid-19", incluindo os que estão "em situação de risco a atenderem e tratarem doentes em consultórios ou instituições privadas e do setor social", bem como "os que estão na tutela do Ministério da Justiça", entre outros departamentos do Estado. Carlos Cortes marcou, assim, desde o primeiro minuto, a defesa de todos os colegas neste processo. A SRCOM informa, neste enquadramento, que enviou um ofício ao conselho direutivo da ARS do Centro e aos conselhos de administração dos hospitais da região "com estes alertas e preocupações".

A 6 de janeiro, e tendo sido reportadas à Ordem dos Médicos algumas queixas relativas ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), cujos profissionais de saúde mesmo estando expostos diariamente ao vírus SARS-CoV-2, "não foram ainda chamados para vacinação, como definido superiormente", Carlos Cortes exortou os responsáveis CHUC a cumprir e respeitar os critérios do Plano de Vacinação contra a COVID-19. E deu, até, o exemplo do serviço de urgência, "que é muito complicado", no qual os profissionais de saúde atendem os doentes "sem saberem bem a sua situação", pelo que devem também estar incluídos nos grupos prioritários. Sendo uma esperança para todos, a Ordem dos Médicos insurgia-se desde o primeiro minuto contra as desigualdades deste processo.

Informação REGIÃO CENTRO



COVID-19, médicos, plano nacional de vacinação, Secção-Regional do Centro da Ordem dos Médicos, SNS, Vacinas
04/01/2021

Ordem quer médicos prestadores de serviço no SNS também vacinados

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) defendeu esta segunda-feira que devem ser incluídos no plano nacional de vacinação contra a Covid-19 os médicos em regime de prestação de serviço no Serviço Nacional de Saúde (SNS).



SUBSCREVER NEWSLETTER

ÚLTIMAS

Hospitais de Setúbal e Almada com menos doentes em enfermaria mas mais doentes em UCI
Mais com 149 mortes e 2.854 infecções em 24 horas
Escolas e fábricas em concelhos com maior incidência entre locais que serão rastreados regularmente
Ministra da Saúde diz que privados conseguem aumentar capacidade de testagem
Vacina russa começa hoje a ser administrada na Hungria

ESPECIAL [Tudo sobre a covid-19](#)

In HealthNews Online - 04-01-2021



IN Direto Nacional Local Justiça Mundo Economia Desporto Pessoas Inovação Cultura Opinião NM História TAG Mais Seçoes

60 segundos Presidentiais 2021 Resultados Presidentiais

Covid-19 **Ordem quer médicos prestadores de serviço no SNS também vacinados**

IN / Agências 04 Janeiro 2021 às 15:37

TÓPICOS Nacional Ordem dos Médicos SNS Médicos



Carlos Cortes
Foto: Fernando Fontes/Global Imagens

RELACIONADAS Ministra admite requisição civil para apoiar o SNS

MÁIS VISTAS EM NACIONAL Mais número de casos desde dezembro em dia com 196 mortes

08-02 Médicos alemães acham que vão precisar de ficar mais tempo em Portugal

In Jornal de Notícias Online
04-01-2021

HÁ MÉDICOS EM COIMBRA QUE NÃO FORAM INCLUÍDOS NO PLANO DE VACINAÇÃO

A ORDEM DOS MÉDICOS DO CENTRO DIZ QUE HÁ CLÍNICOS NA LINHA DA FRENTE DA COVID-19 QUE NÃO FORAM INCLUÍDOS NO PLANO DE VACINAÇÃO.



PORTUGAL COVID-19
+4.956 (80.183)
OBÓTOS +90 (7.286)
INTERNAÇÕES +89 (3.260)
CUIDADOS INTENSIVOS +2 (512)

HÁ MÉDICOS EM COIMBRA QUE NÃO FORAM VACINADOS

PORTUGAL COVID-19
+4.956 (80.183)
OBÓTOS +90 (7.286)
INTERNAÇÕES +89 (3.260)
CUIDADOS INTENSIVOS +2 (512)

MÉDICOS EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FORA DO PLANO



In TVI24 - Notícias - 05-01-2021
15:03H

Vacinação, mês 1.

A esperança e a responsabilização



Intitulado “A luminosidade de 2021”, o texto fala-nos de esperança para enfrentar o flagelo de saúde pública: “Precisamos, mais do que nunca, da ajuda de todos”. É o apelo para a responsabilização coletiva que o presidente da SRCOM, Carlos Cortes, deixou escrito num artigo publicado na primeira semana deste mês nos jornais Diário de Coimbra, Diário de Aveiro, Diário de Viseu e Diário de Leiria. No mesmo texto, lembra que o dia 27 de dezembro de 2020 [início da primeira fase de vacinação em Portugal], é, sobretudo, o “sinal promissor que a Ciência conseguiu materializar”. Na crónica da Rádio Regional do Centro, também emitida na primeira semana de janeiro, o presidente da SRCOM vaticinava: “Apesar do gigantesco desafio que ainda teremos de enfrentar, espero que 2021 seja o ano em que o vírus fique definitivamente confinado nas nossas memórias. Provavelmente será uma das vontade mais desejada no mundo”.

E, tal como as mensagens da campanha de sensibilização levada a cabo pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos no já longínquo mês de julho do ano passado, o presidente da SRCOM voltaria a invocar, no mesmo texto, as medidas simples mas cruciais para enfrentar a pandemia: “Não tenho dúvidas que se queremos rapidamente salvar vidas, as pessoas têm de estar em primeiro lugar confinadas e, em segundo lugar, nunca esquecerem que estamos numa pandemia e que medidas simples – como usar a máscara facial, o distanciamento entre pessoas e a higienização das mãos – são fundamentais”.

Porém, à medida que Janeiro seguiu o seu rumo no calendário, a realidade da região Centro atingia níveis bastante preocupantes enfrentando o momento mais crítico desde o início da pandemia, a tal ponto que o Conselho Regional do Centro reuniu, de emergência,

no dia 17 de janeiro, defendendo - face à gravidade da situação - fechar escolas e controlar as regras do confinamento.

“Nunca o acesso dos doentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) sofreu tanta pressão e nunca foi tão difícil a um doente não portador de COVID-19 ser atendido e tratado num hospital”, admitia Carlos Cortes. Por outro lado, a SRCOM voltou a alertar para as falhas graves no plano de vacinação, por exemplo, face à a segregação dos médicos do setor privado e setor social. A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos acusou mesmo o Ministério da Saúde de continuar a segregar os profissionais de saúde expostos à covid-19. E, perante o recrudescimento das queixas neste primeiro mês de vacinação, Carlos Cortes exigiu um inquérito ao Ministério da Saúde para apurar responsabilidades.

Por outro lado, face a todo este contexto tão complexo e exigente para todos, e para os médicos em particular, a SRCOM assumiu com mais ênfase a necessidade de dar apoio aos colegas que se encontram em situação de desgaste profissional (‘burnout’) por causa do combate à pandemia da Covid-19.

Este mês fica também marcado por uma reunião com a ARS Centro, na qual participaram também os presidentes das sub-regiões da Ordem dos Médicos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu, na qual o presidente criticou a falta de vacinação dos profissionais de saúde o aumento de camas na região Centro em enfermaria e unidades de cuidados intensivos sem que isso corresponda a mais recursos humanos. Nesta reunião, Carlos Cortes alertou ainda para a necessidade do tratamento de doenças não COVID-19. Em suma, continuando a pautar a intervenção com a esperança do progresso científico e clínico, não deixa de ser necessária a responsabilização de todos para o combate à crise sanitária global.

Informação REGIÃO CENTRO



“As pessoas têm que ter consciência que devem proteger-se contra este vírus mortal”

13 Janeiro, 2021 11:02

In Diário As Beiras
13-01-2021

ORDEM ACUSA MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PASSAR “MENSAGEM MENTIROSA”

A SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO DA ORDEM DOS MÉDICOS ACUSA O MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ESTAR A PASSAR UMA MENSAGEM MENTIROSA. PARA OS ESPECIALISTAS, OS NÚMEROS ATUAIS SÓ MOSTRAM A PONTA DO ICEBERGUE. COMENTÁRIOS DE CARLOS CORTES, PRESIDENTE ORDEM DOS MÉDICOS CENTRO; HENRIQUE VEIGA-FERNANDES, INVESTIGADOR PRINCIPAL FUNDAÇÃO CHAMPALIMAUD



COVID-19 EM PORTUGAL

A ORDEM DOS MÉDICOS DIZ QUE MORRERAM MAIS 3 MÉDICOS NOS ÚLTIMOS DIAS, VÍTIMAS DA COVID-19, E VOLTA A APELAR AO GOVERNO PARA QUE MELHORES CONDIÇÕES DE TRABALHO PARA REDUZIR O RISCO DE INFECÇÕES. COMENTÁRIOS DE CARLOS CORTES, PRESIDENTE ORDEM DOS MÉDICOS CENTRO



MÉDICOS DO CENTRO DENUNCIAM FALHAS GRAVES NO PLANO DE VACINAÇÃO NO PRIVADO

OS PLANOS DE VACINAÇÃO NOS HOSPIITAIS DA REGIÃO CENTRO NÃO ESTÃO A SER CUMPRIDOS, VOLTOU A ALERTAR ESTA QUARTA-FEIRA O PRESIDENTE DA SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO DA ORDEM DOS MÉDICOS (SRCOM), QUE CONSIDEROU INADMISSÍVEL QUE HAJA MÉDICOS POR VACINAR “É INACEITÁVEL QUE OS MÉDICOS QUE ESTÃO EXPOSTOS A TRATAR DOENTES NO SETOR PRIVADO AINDA NÃO TENHAM SIDO VACINADOS



In HealthNews Online - 20-01-2021



Médicos do Centro denunciam falhas graves no plano de vacinação no privado

por Lusa

RTP Notícias- 21-01-2021



Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos apoia médicos com burnout

In Jornal Médico.pt Online - 22-01-2021

<https://www.youtube.com/watch?v=v6Sq1mSn7Mg>



SRCOM
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS

#RespeitoPelaVida

5 passos que ajudam a vencer a Covid-19



Higienize as mãos com frequência, durante 40 a 60 segundos, com água e sabão ou uma solução de base hidroalcoólica.



Mantenha a distância social mínima de 2 metros.



Evite tocar com as mãos na boca, nariz ou olhos.



Use sempre máscara em locais públicos, higienizando as mãos antes e após a sua colocação.



Ao espirrar ou tossir tape a boca e o nariz com o antebraço ou utilize um lenço descartável.

www.omcentro.com

Parceiros:



Departamento de Saúde Pública
ARS CENTRO I.P.

1 2 9 0 UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE CIÉNCIAS DA SAUDE

snemaac

medUBI

Patrocinador:

Biel
Keeping life in mind.

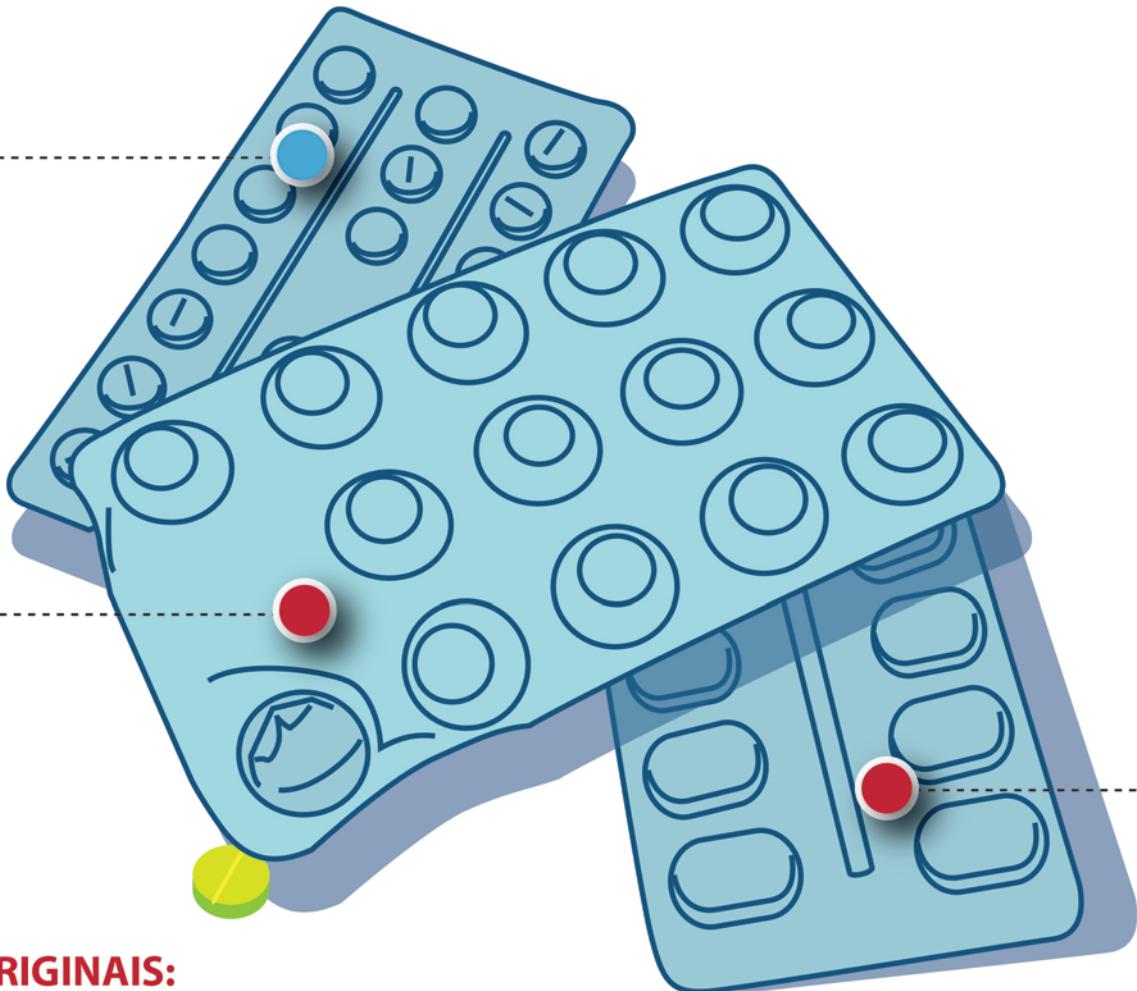
Acta Médica Portuguesa

Março 2021

data de publicação online: 01 de março

PERSPECTIVA:

- O papel da farmacovigilância em contexto de COVID-19



ARTIGOS ORIGINAIS:

- Estratégias para a monitorização de COVID-19: sistemas de vigilância sindrómica
- Análise dos alertas sobre os dispositivos médicos emitidos pela Agência Portuguesa do Medicamento: delineando o propósito de novas recomendações regulatórias

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



PRÉMIO

Maria de Sousa

Regulamento e
Formulário de Candidatura:
www.ordemdosmedicos.pt
www.fundacaobial.com

Destina-se a galardoar jovens investigadores científicos portugueses, até aos 35 anos, com projetos de investigação na área das Ciências da Saúde, incluindo um estágio num centro internacional de excelência.

Valor: até €25.000

Prazo de candidaturas: 1 de janeiro a 31 de maio de 2021

Júri

Presidente:
Rui Costa

Vogais:

Maria do Carmo Fonseca
Miguel Castelo-Branco
Joana Palha
Graça Porto



FUNDAÇÃO
BIAL
Instituição de utilidade pública

COM O ALTO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELENCIA



O Presidente da República

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



7
ANOS
DE GARANTIA

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).

LEXUS
EXPERIENCE AMAZING