

UNIÃO EUROPEIA DA SAÚDE

Até onde podemos e queremos ir?



Repensar
os sistemas
de saúde.
Mais apoios
à população
idosa.

Agir perante a mudança
demográfica na Europa.

Uma UE mais rápida, eficiente
e coordenada.

Curso de
Especialização em

GESTÃO E DIREÇÃO EM SAÚDE

O curso é reconhecido pelas **Ordens dos Médicos e dos Farmacêuticos** como critério de admissão à obtenção da **Competência de Gestão dos Serviços de Saúde**.

O GEDIS foi desenhado e estruturado para profissionais, das áreas da saúde e das ciências económicas e empresariais, que pretendam adquirir competências avançadas no âmbito da Gestão e Direção de organizações e serviços em Saúde.

CANDIDATURAS ABERTAS

1.ª fase - até 15 de julho

2.ª fase - 1 a 18 de setembro

Curso reconhecido pela
Ordem dos Médicos

Mais informação em
gedis.uc.pt



1 2 9 0


SUMÁRIO

ROM 221 - FEVEREIRO 2022

	EDITORIAL
04	Saúde global com políticas próprias
	BREVES
06	ENTREVISTA - Susana Garcia de Vargas
08	Nunca aceitei nada na minha vida apenas para fazer currículo
	TEMA DE CAPA
16	União Europeia da Saúde: até onde podemos e queremos ir?
	ENTREVISTA - Susete Serras
28	Ser médico dá direito a ser um bocadinho vaidoso
	ATUALIDADE
34	Níveis de vacinação permitem perspetivar alívio das restrições
37	Recuperar os doentes que ficaram fora do SNS? Só com um "plano Marshall"!
39	Mais de 200 mil portugueses em listas de espera para cirurgia
40	O impacto da pandemia no cancro Como recuperar os doentes que ficaram para trás?
42	Retrato preocupante da realidade oncológica em Portugal
43	Falta de confiança política e social agravou pandemia
44	BIAL Award in Biomedicine 2021 Não investir na ciência é uma forma de negacionismo!
47	Sem investimento Saúde não é prioridade nacional!



08



28



42



44

Revista da Ordem dos Médicos: Ano 38 - N° 221 - FEVEREIRO 2022

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: Rita Albuquerque Teixeira | 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 221 - FEVEREIRO 2022

	FORA DE ORDEM
48	Comunicar com o coração
	BAÚ DE MEMÓRIAS
50	Maria de Sousa, uma referência
	5 PERGUNTAS AOS COLÉGIOS
52	Colégio da Especialidade de Otorrinolaringologia
53	Colégio da Especialidade de Nefrologia
	LEGES ARTIS
54	Saúde mental: e depois da pandemia?
	ALTOS E BAIXOS
56	
58	PROVA DOS FACTOS
	CULTURA
60	Cantar para acabar com o estigma associado à doença mental
	OPINIÃO
62	Investir em literacia é investir em saúde
64	A notícia da morte, como evolução humana dos cuidados de saúde portugueses
66	O nosso país tem de ser para idosos... com cancro: uma chamada de atenção para os princípios da Oncologia Geriátrica
68	Medicina Rural - Um médico em vias de extinção?
70	Os sósias de Deus
	INFORMAÇÃO
71	Informação SRS
77	Informação SRN
83	Informação SRC



Acta Médica Portuguesa

Abril 2022

PERSPECTIVA

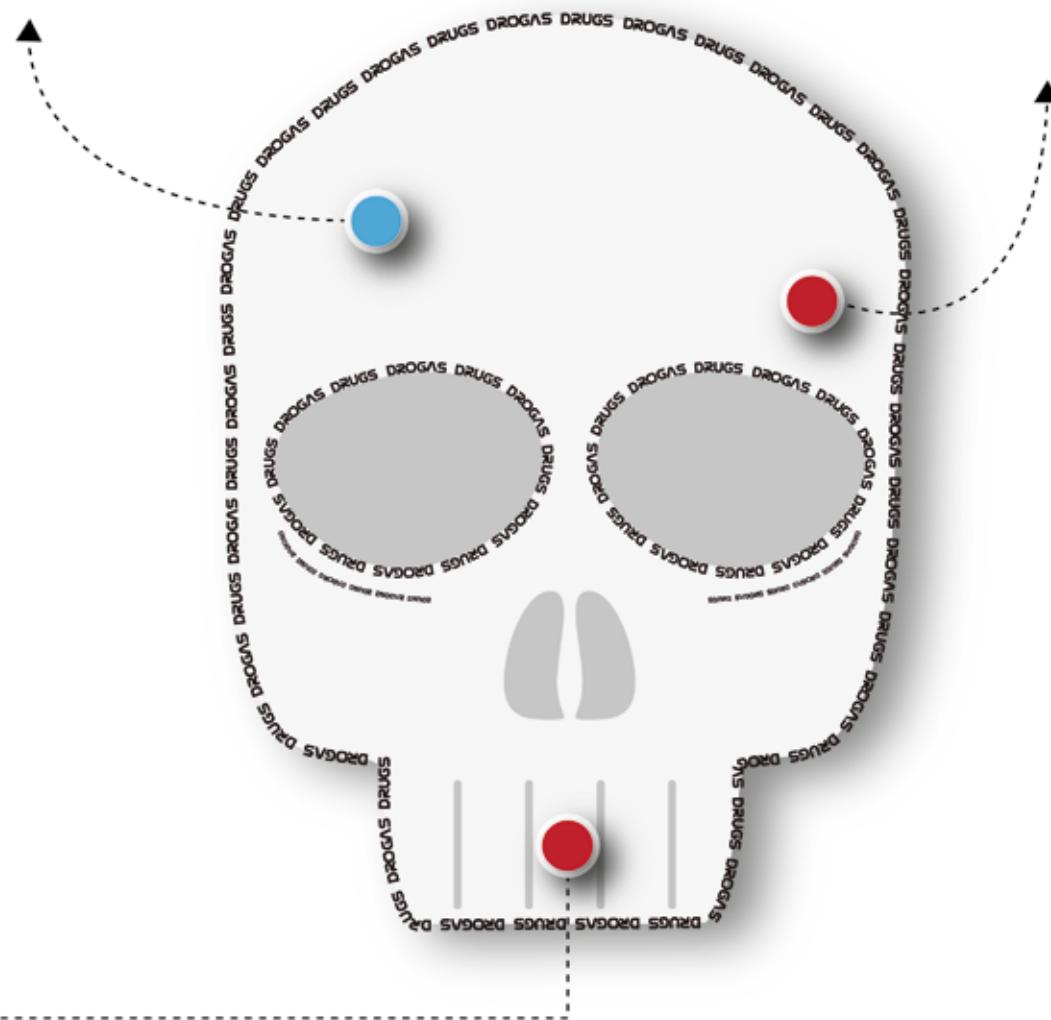
Uso de substâncias em populações de refugiados: propostas de abordagem a uma população vulnerável

Acta Med Port 2022 Apr;35(4):239-241

ARTIGOS ORIGINAIS:

Estratégias de aprimoramento cognitivo em estudantes de medicina portugueses: qual a relevância dos desafios académicos?

Acta Med Port 2022 Apr;35(4):257-263



- Versões validadas em Português do *Alcohol Use Disorders Identification Test*: protocolo de revisão sistemática da literatura

Acta Med Port 2022 Apr;35(4):264-269

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

Pub Med



AMP

ACTA
MÉDICA
PORTUGUESA

A Revista Científica da Ordem dos Médicos



Saúde global com políticas próprias



MIGUEL GUIMARÃES

Bastonário da Ordem dos Médicos

O setor da Saúde é estruturante em qualquer sociedade moderna. Essa premissa é uma realidade em todas as partes do mundo, independentemente da sua localização geográfica. Os países constroem-se com populações saudáveis que, consequentemente, serão capazes de gerar riqueza, de construir alicerces sociais, de viver para si e para aqueles que os rodeiam com solidariedade, empatia e dedicação. Sem Saúde não há mais nada. Esta é uma frase forte, mas que temos de começar a enfatizar com maior determinação para exigir a todos os decisores políticos – locais e globais – um investimento sério e consistente naquilo que nos permite ser, estar e mantermo-nos saudáveis. Esse investimento tem de ser direcionado para a medicina, para a ciência, para os médicos e para os profissionais de saúde. Não só nas estruturas, mas no capital humano, não só nos equipamentos, mas nas carreiras de quem faz, todos os dias, a Saúde acontecer. Esta é uma insistência permanente da Ordem dos Médicos e que continuarei a defender em nome de todos os médicos até ao último dia do meu mandato enquanto bastonário.

Nesta edição da revista falamos de uma "União Eu-

ropeia da Saúde" – um tema que não é consensual, que tem ainda alguns desafios por ultrapassar, mas que também nos conduz a muitas oportunidades que merecem ser exploradas e devem ser debatidas enquanto sociedade. Um dos fatores que dificulta a fixação de médicos no nosso Serviço Nacional de Saúde é precisamente a integração de Portugal numa Europa de fronteiras abertas, onde a competitividade do mercado de trabalho aumentou, sobretudo devido a uma geração que é a mais bem preparada de sempre, que não tem dificuldades em dominar vários idiomas e que está disposta a trabalhar em qualquer país que lhe ofereça um projeto aliciante e que valorize o seu conhecimento e nível de responsabilidade. Felizmente, os nossos médicos continuam a ser dos que melhores formações têm no mundo, podendo optar por vários caminhos de carreira além-fronteiras. No entanto, tal facto duplica a responsabilidade dos decisores. Se não captarmos o nosso talento perdemos a massa cinzenta que faz Portugal acontecer. Se não dermos condições de trabalho aos nossos médicos, vamos "somente"vê-los a ganhar prémios fora de Portugal, onde são,

muitas vezes, mais reconhecidos. Se não priorizarmos a Saúde, vamos ficar cada vez com um SNS mais doente, sem conseguir cumprir os nobres pressupostos para que foi construído pelos médicos e por António Arnaut.

Para cumprirmos o desígnio de uma verdadeira Saúde global, precisamos de políticas próprias e modernas que nos coloquem bem posicionados em todos os *standards* europeus. Por exemplo, a esperança de vida saudável em Portugal permanece abaixo da média europeia e quase um terço da nossa população tem limitações na realização de atividades quotidianas devido a problemas de saúde. De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a expectativa de vida saudável aos 65 anos para a população portuguesa em geral em 2019 situou-se em 7,3 anos, menos três anos do que a média europeia (10,3). Junta-se a estes números preocupantes, o facto de serem os portugueses um dos povos europeus com mais despesas diretas (do seu próprio bolso) com a Saúde. Apesar do SNS garantir acesso generalizado aos cuidados, 30% da despesa total é suportada diretamente pelos cidadãos, 4,7% da despesa dos agregados familiares - um recorde a nível europeu! Dos 6,6 mil milhões de despesa do setor privado, 5,4 mil milhões foram suportados pelas famílias e 994 milhões por seguradoras, segundo os dados mais recentes da própria OCDE.

Se queremos que uma União Europeia da Saúde seja viável, temos de investir rápido e bem nos vários sistemas nacionais de cada Estado-Membro. Estamos todos ligados no mundo de hoje, por isso é tempo de colocar a Saúde e a solidariedade em primeiro lugar.

Só com uma abordagem comum, nos parâmetros em que é exequível e respeitando as especificidades de cada país, é que se conseguirá, de forma mais eficaz, cumprir o desígnio da Saúde ser um direito e não um privilégio. Fortalecer esta estrutura global é um compromisso que deve ser levado a sério, relevando a importância – como foi demonstrada pela pandemia – de estarmos todos preparados para os desafios do futuro. Um dos maiores que se impõem ao continente europeu e, muito em especial, a Portugal, é o inverno demográfico que se adensa com um saldo natural negativo com tendência decrescente. O envelhecimento da população implica desafios abrangentes, como é o caso da sustentabilidade do Estado Social, e encravadas mais restritas, como é o caso da dificuldade em garantir o direito à Saúde para todos, de forma tendencialmente gratuita no ato, com um agravamento das doenças crónicas clássicas e de outras doenças que

despontam com as idades mais avançadas. De acordo com dados do INE, através dos Censos realizados em 2021, o envelhecimento demográfico está a acentuar-se em Portugal. Existiam, no final de 2021, 182 idosos por cada 100 jovens. Os dados mostram também que estão intensificados os desequilíbrios na distribuição da população pelo território nacional, verificando-se que o interior do país concentra mais concelhos com um índice de envelhecimento elevado.

A ideia da União Europeia da Saúde não é nova e significa muitas coisas, por vezes até contraditórias, em si mesmas. Não podemos cair no erro de tentar uniformizar, à força, o que é diferente, mas também não devemos fechar os olhos para a potencialidade da União Europeia poder vir a ter um papel reforçado, sobretudo em áreas como a prevenção da doença e a promoção da Saúde e no combate a flagelos, como pandemias e catástrofes naturais onde uma resposta articulada será sempre mais forte do que várias respostas isoladas. Ursula von der Leyen, presidente da Comissão Europeia, resumiu esta ideia da melhor maneira possível no seu discurso na discussão do Estado da União de 2020: "Nenhum de nós estará seguro enquanto todos nós não estivermos seguros – onde quer que vivamos, quaisquer que sejam os nossos recursos."

Temos visto estratégias distintas pela Europa tendo em conta a necessária sustentabilidade dos sistemas de Saúde. Todas elas têm os seus méritos e os seus defeitos, mas cada vez mais precisamos de unir esforços para chegar a soluções eficientes, atualizadas, justas, equitativas e que não deixem ninguém para trás. Assumindo os problemas existentes, mas não esquecendo os valores da nossa Constituição e os valores do nosso Serviço Nacional de Saúde – um dos melhores sistemas públicos do mundo na sua génese, essência e intenção. Para isso é essencial transformar e modernizar o SNS, torná-lo competitivo, mantendo o seu código genético, oferecendo melhores condições de trabalho globais, valorizando o trabalho, as competências e a responsabilidade dos médicos e dos profissionais de saúde, com um novo modelo de gestão que permita responder de forma rápida e adequada às necessidades dos portugueses. Cada dia que se perde devido à falta de estratégia e decisão política contribui para afastar cada vez mais o SNS dos portugueses e dos médicos. É urgente salvar o SNS e reconhecer os méritos de um sistema de saúde global em que todos têm um papel a desempenhar.



BREVES

CASOS GRAVES DE COVID-19 EM CRIANÇAS REFORÇAM IMPORTÂNCIA DA CIÊNCIA

Tendo tomado conhecimento da informação clínica avançada pelo Centro Hospitalar Universitário de São João, onde estava internada uma criança de apenas um ano por agravamento da doença COVID-19, com necessidade de recurso ao equipamento ECMO, o bastonário da Ordem dos Médicos e o Gabinete de Crise para a COVID-19 realçaram em comunicado datado de 5 de fevereiro a importância da ciência, deixando ainda "uma palavra de confiança à equipa de excelência que acompanha a criança, e de solidariedade para com a família". Bastonário e Gabinete de Crise insistiram publicamente na importância de "não se desvalorizarem os efeitos desta infecção nas mais variadas faixas etárias" pois "mesmo na nova fase da pandemia em que nos encontramos, e que tem permitido a reabertura progressiva da sociedade, é essencial que não nos esqueçamos do caminho difícil que percorremos e do que conseguimos alcançar". "A vacinação introduzida há pouco mais de um ano nos vários países, e que foi sendo alargada a várias faixas etárias, permitiu mudar o curso da pandemia e tornar a doença COVID-19, regra geral, menos grave. No caso concreto das crianças, é verdade que a infecção tende a ser mais benigna, mas os casos graves existem e não devem ser desvalorizados", reforçou igualmente o coordenador do Gabinete, Filipe Froes.

OMS CONSIDERA PREMATURO "DECLARAR VITÓRIA"

Poucos dias após a data em que se assinalaram dois anos sobre a declaração de emergência pública de preocupação internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apelou a uma postura de prudência pois "estamos a assistir a um aumento preocupante de mortes em muitas regiões do mundo", alertou Tedros Adhanom Ghebreyesus. Por isso mesmo considera prematuro que qualquer país "declare vitória" à pandemia. Conforme foi frisado, desde que a variante Ómicron foi identificada, há apenas 10 semanas, quase 90 milhões de casos de infecção foram registados, "mais do que foi reportado em todo o ano de 2020".



INVESTIGADORES DESCOBREM MAIS DE 130 MIL VÍRUS COM NOVA FERRAMENTA INFORMÁTICA

Uma análise detalhada de certas famílias virais permitiu a descoberta de mais de 30 novas espécies de coronavírus. A descoberta foi de uma equipa de investigadores que identificou mais de 130 mil vírus RNA que eram desconhecidos. Este trabalho científico tornou-se possível graças a uma nova ferramenta informática que permitiu pesquisar sequências virais em milhões de gigabytes de dados de sequenciamento disponíveis em bases de dados genéticos. A nova ferramenta (Serratus) analisou 5,7 milhões de amostras biológicas recolhidas em todo o mundo. Os resultados foram publicados na revista Nature.

RECUPERAR A CONFIANÇA DAS PESSOAS

(Entrevista com Vítor Rodrigues no Dia Mundial da Luta Contra o Cancro)



<https://ordemdosmedicos.pt/entrevista-a-vitor-rodrigues-a-confianca-das-pessoas-tem-de-ser-recuperada/>

100 PROFISSIONAIS DE SAÚDE INFETADOS

(Infeções nos profissionais afetam urgência pediátrica do Centro Hospitalar Universitário do Algarve)



<https://www.dn.pt/sociedade/urgencia-pediatrica-no-algarve-afetada-por-surto-entre-medicos-14572253.html>

MORTE DE CRIANÇA DE 6 ANOS NO SANTA MARIA NÃO FOI CAUSADA PELA VACINA

(Conclusões apresentadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses)



<https://www.dn.pt/sociedade/morte-de-crianca-de-6-anos-nao-foi-causada-pela-vacina-14550080.html>

CONSELHO ESTRATÉGICO ALERTA PARA “GRAVE SUBFINANCIAMENTO” DO SNS

O Conselho Estratégico Nacional da Saúde (CENS) da Confederação Empresarial de Portugal alertou para o “grave subfinanciamento” do Serviço Nacional de Saúde, que apresentou um défice de 1.100 milhões de euros em 2021. “Com a despesa efetiva a aumentar a 7% e a receita a ficar-se pelos 0,5%, o défice foi muito significativo, chegando a 1.100 milhões de euros, o que representa um enorme agravamento face ao previsto no Orçamento do Estado para 2021 (89 milhões de euros). O país encontra-se perante o maior défice

orçamental alguma vez registado”, adiantou o CENS em comunicado. De acordo com o CENS - órgão que reúne oito associações do setor, representando mais de 4.500 empresas que empregam cerca de 100 mil trabalhadores -, esses dados demonstram ser “imprescindível aumentar a dotação orçamental para cumprir compromissos, recuperar a atividade assistencial tão afetada pela pandemia e garantir o acesso aos cuidados de saúde de que os portugueses necessitam”.

ASSOCIAÇÕES MÉDICAS EUROPEIAS CONTRA INVASÃO DA UCRÂNIA

Na manhã de 24 de fevereiro o mundo acordou com notícias perturbadoras que chegaram da Ucrânia, sobre a invasão pelas forças armadas russas. As associações médicas europeias - reunidas no contexto do Working Group on Violence/Burnout against doctors and other health professionals, presidida pela CEOE - emitiram um comunicado no qual se pode ler um apelo à União Europeia para ajuda aos refugiados, mas também à ajuda humanitária para o povo ucraniano vítima deste conflito. A área do apoio em termos de saúde mental não é esquecido neste apelo que pode ser lido aqui:



<https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2022/03/EMOs-Press-Release-Ukraine.pdf>

VACINAÇÃO REDUZ PROBABILIDADE DE DESENVOLVER LONG COVID

De acordo com uma investigação dinamizada pela Agência de Segurança da Saúde do Reino Unido, a vacinação contra a COVID-19, além de reduzir a possibilidade de se contrair a doença, reduz também as hipóteses de se desenvolver a chamada long COVID. O estudo foi publicado no dia 16 de fevereiro e refere que mesmo nos indivíduos não inoculados que tenham contraído a infecção e recebam a vacina posteriormente, essa dose pode prevenir sintomas prolongados. Os investigadores teorizam que a vacina pode ajudar a limpar as últimas bolsas de vírus existentes no corpo ou fragmentos do vírus que continuem a alimentar a inflamação e, consequentemente, os sintomas. Este estudo enfatiza, uma vez mais, a importância e a eficácia da vacinação, relembrando que as vacinas continuam a ser a melhor opção contra o vírus.



PRÉMIO HEALTHY WORKPLACES - LOCAIS DE TRABALHO SAUDÁVEIS 2022

(Reconhecer práticas de gestão promotoras de segurança, bem-estar e saúde no local de trabalho)



<https://maisprodutividade.org/healthyworkplaces/>

PLANTA COM MAIS DE 300 MILHÕES DE ANOS NA UNIVERSIDADE DO PORTO

(Descoberta nas coleções do herbario do Museu da História Natural e da Ciéncia da Universidade do Porto)



<https://www.jn.pt/local/noticias/porto/porto/descoberta-planta-com-mais-de-300-milhoes-de-anos-em-museu-da-universidade-do-porto-14548989.html>

DESFAZER O ERRO

(Artigo da autoria do bastonário da OM sobre o papel do quarto poder no contexto democrático)



https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2022/02/opiniao%CC%83o_cm.pdf

SUSANA GARCIA DE VARGAS

Nunca aceitei nada na minha vida apenas para fazer currículo

ENTREVISTA E FOTOS: PAULA FORTUNATO

Susana Garcia de Vargas é médica especialista em Anestesiologia; coordenou o ensino do Internato de Anestesiologia e o grupo de Anestesiologia Pediátrica; É membro fundador da Secção de Anestesiologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, tendo feito parte da direção durante 2 mandatos. Foi Gestora de Risco do Serviço de Anestesiologia. Desde julho de 2017 que preside ao Conselho Nacional para a Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos. No triénio 2020/22, após convite, foi eleita para a Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos. Integra o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos e é a atual tesoureira nacional. Deu palestras, moderou debates, elaborou recomendações e normas clínicas; É autora de dezenas de trabalhos científicos; Foi investigadora principal num estudo multicêntrico sobre incidência de bloqueio neuromuscular residual. É diretora do Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar e Universitário de São João desde 13 de março de 2020 e do Bloco de Urgência desde setembro de 2021.



Não consegue estar “parada”, mas essa é uma palavra sem cabimento no dicionário de alguém que abraça cada tarefa com grande dedicação, empenho e otimismo. Otimismo porque só se envolve quando acredita que poderá ajudar a fazer a diferença. Se a oportunidade surge e sente que pode dar um contributo para a evolução, melhoria ou concretização de algum projeto, a nossa entrevistada não vira costas ao desafio. É o prazer que nos traz a sensação de dever cumprido que a motiva para tudo aquilo em que se envolve. Falamos da médica Susana Garcia de Vargas que está na Ordem dos Médicos há três mandatos, sempre por convite, sinal de inequívoco reconhecimento interparas das suas capacidades. Mas as funções atualmente acumuladas na OM, entre as quais tesoureira do Conselho Nacional e presidente do Conselho Nacional para a Auditoria e Qualidade, e que incluíram em anterior mandato um lugar na Assembleia de Representantes, são apenas a ponta do iceberg no dia a dia de uma anestesiologista que dá de si em tudo o que faz: seja à frente do bloco operatório de um dos maiores hospitais do país, seja na esgrima, desporto em que ingressou há pouco tempo, mas que pratica de forma federada e já com medalhas no currículo. Susana Vargas é mulher, mãe, desportista e profissional e um exemplo de liderança que vai muito além do género.

O trabalho na OM

> **O que é que a motivou para se envolver no trabalho da Ordem dos Médicos?**

Além dos convites que me foram sendo dirigidos, o gosto que tenho em desenvolver projetos novos

e concluí-los. Não sou capaz de estar sem nada de novo no meu horizonte. Além disso, considero que é de grande importância que estejamos disponíveis para trabalhar para a Ordem e para defender os interesses de todos os médicos.

> Este é o seu terceiro mandato mas em diferentes órgãos...

Já tive várias funções na OM, nomeadamente em órgãos consultivos técnicos como o Conselho Nacional para a Auditoria e Qualidade, que continuo a presidir, mas também na Assembleia de Representantes que, pela importância dos temas que analisa, despertou o meu interesse em conhecer e contribuir mais para a OM, em prol de todos os médicos. Atualmente mantenho a presidência desse conselho consultivo a par da função de tesoureira do CN.

> Não consegue dizer que não a um desafio?

Não é bem isso. Mas faz parte da minha personalidade estar sempre à procura de projetos aliciantes que possa desenvolver e nos quais sinta que posso dar um contributo para a mudança para melhor. Por isso, se não fossem estes projetos, seriam certamente outros...

> Considera todas essas funções igualmente desafiadoras?

São trabalhos muito diferentes. Confesso que a presidência do Conselho Nacional para a Auditoria e Qualidade foi o desafio mais interessante.

> A maior parte desse trabalho teve a ver com as normas da DGS. Em que sentido é que gostou mais?

Essencialmente porque os resultados dependiam mais de mim. Claro que quando digo que "dependia de mim" estou a enquadrar toda a direção do conselho consultivo e os Colégios da Especialidade, sem os quais nada teria sido possível, mas conseguimos sempre chegar a consensos e avançar e, com isso, consegui introduzir mudanças que me parecem positivas na forma de relacionamento entre a OM e a DGS. Foram novas abordagens que considerei importantes e que, embora tenham acarretado muito trabalho, como dependia essencialmente de nós, senti que compensou; Era a mim que competia atuar junto dos Colégios para motivar a ação e assumi esse compromisso com todo o gosto. A direção do conselho esteve sempre em sintonia, trabalhávamos todos para o mesmo objetivo e com o mesmo pensamento: a melhoria da qualidade da medicina. Uma das coisas que mais gostei foi o resultado final de transformação de metodologias e de relacionamento institucional. Tivemos muito bom feedback da DGS, valorizaram o nosso trabalho, estimularam a nossa ação e apoiam-se muito no que foi desenvolvido pelos Colégios



da Especialidade através da coordenação do Conselho Nacional para a Auditoria e Qualidade.

> Também potenciou parcerias que levaram à oferta de cursos de auditoria clínica a todos os médicos que quiseram ter essa formação...

Sim, esses cursos (práticos e teóricos) são uma mais-valia para dotar os médicos de ferramentas para poderem analisar numa forma construtiva a qualidade do trabalho que praticam e introduzirem medidas corretivas para uma melhoria contínua. A adesão dos colegas foi enorme e será feita uma segunda edição muito em breve.

> E como tesoureira?

Enquanto tesoureira estou mais dependente dos prazos, opiniões e tempos de resposta do Conselho Nacional, o que nem sempre está de acordo com o que acharia desejável. Mas a tarefa é muito mais exigente e com uma responsabilidade enorme.

> Como tesoureira e membro do CN tem que procurar consensos e diálogo...

O maior desafio dentro do Conselho Nacional da OM é precisamente essa dinâmica de negociação. Mas também temos um âmbito de trabalho muito mais

A direção do conselho esteve sempre em sintonia, trabalhávamos todos para o mesmo objetivo e com o mesmo pensamento: a melhoria da qualidade da medicina. (...) Tivemos muito bom feedback da DGS, valorizaram o nosso trabalho, estimularam a nossa ação e apoiaram-se muito no que foi desenvolvido pelos Colégios da Especialidade através da coordenação do CNAQ.

amplo que os outros órgãos da Ordem por isso parece-me normal que assim seja.

> **Tem sido fácil?**

Foi mais difícil do que eu estava à espera... O Conselho Nacional é um órgão interessante porque ao mesmo tempo que estamos a defender o interesse da Ordem como um todo, temos os representantes das regiões que mantêm em mente os interesses da sua secção regional. Como sou tesoureiro nacional, a minha visão é a dos interesses do conjunto total de médicos o que por vezes pode colidir com interesses parcelares regionais. Compete à tesoureira expor esses temas e obter consenso para o bem da Ordem como um todo.

O facto de ter tido que aprender muito na área das finanças e da gestão para conseguir desempenhar estas funções também traduz alguma dificuldade; quando aceitei o cargo não tinha a noção do volume de trabalho que implica a gestão financeira da Ordem.

> **Creio que só depois de assumir a pasta é que se fica com essa noção de imensidão de tarefas...**

Sim. Ainda por cima, o cargo de tesoureiro tem uma particularidade interessante: quando um assunto não é da responsabilidade de ninguém passa a ser nossa.

> **Considera que a Ordem está subdimensionada para o que a instituição é hoje em dia?**

Acho que sim. A Ordem com a dimensão que tem é uma grande empresa e nós médicos que trabalhamos na direção já não conseguimos acompanhar essa grande empresa com a mesma velocidade que ela tem evoluído. A instituição exige cada vez mais tempo e cada vez mais conhecimento e não pode ser um conhecimento amador. É preciso uma evolução mais rápida porque, repito, a Ordem cresceu muito. Por exemplo,

sendo uma entidade privada de interesse público está sujeita a regras muito específicas e exigentes como é o caso da contratação pública, área que não é nada fácil. Mesmo os juristas não estão todos preparados para a trabalhar dada a sua complexidade. Mas a lei não quer saber se é fácil ou difícil ou se nós somos amadores ou profissionais. Isto implicou que eu percorresse um caminho longo, mas de forma rápida, para colmatar as falhas que detetei ou para as quais os serviços me alertaram.

> **Mais uma área em que sente que fez a diferença?**

Sim, essa parte vai deixar-me muito contente: pode não ficar completo, mas melhoramos e avançamos muito na conformidade a que devemos corresponder.

> **Quase a terminar este ciclo é um bom legado que deixa para as futuras direções: a organização da área da contratação pública. E no polo oposto, há algum projeto que fique com pena de ainda não ter sido possível concretizar neste mandato?**

A par da alteração do processo de contratualização de toda a Ordem – que é uma área em que começamos a trabalhar mas que ainda não está completamente concretizada –, temos todas as questões relacionadas com o investimento da Ordem que também deviam ter uma intervenção profunda, mas já não vou a tempo de o fazer; o dinheiro que a Ordem gere é dos associados e deve ser investido com toda a atenção. Mas é preciso melhorar – claro que não podemos fazer investimentos de risco – mas há muito que pode ser trabalhado e talvez seja necessário na contabilidade ter alguém profissional que nos ajude a gerir o dinheiro para potenciar a sua rentabilização de forma diferente.

> **Devíamos ter maior centralização na instituição?**

Sim, a coordenação devia ser maior. Sem desrespeitar a autonomia das regiões mas a Ordem não pode

ter 5 unidades (mais que autónomas) estanques em termos jurídicos ou financeiros. Temos que encontrar no futuro novos métodos de trabalho para normalização de regras pois a Ordem não pode ser apenas o Conselho Nacional ou a soma de partes... Gostaria de ter conseguido ter um papel de unificação que não tive, independentemente dos motivos.

> Concorda que se não estivermos bem organizados internamente isso terá um reflexo negativo no exterior?

Completamente. Aliás, tem que ser assim pois por muito que tentemos disfarçar uma potencial desorganização, essa será sempre visível para fora, se for a realidade.

> Das reformas que se fizeram nos procedimentos, que ferramentas destacaria?

A instalação do "Primavera" em toda a Ordem – programa de contabilidade – um processo que veio no conjunto de sugestões da ROC e da TOC logo após a minha primeira apresentação de contas. Entre o panorama que me foi feito sobre o que poderia – e deveria – ser mudado para melhor, a implementação do Primavera permitiu a modernização da instituição; A sua implementação em toda a instituição foi importante para a OM. Também a contratação de um assessor jurídico só para a área da contratação pública consubstancia uma grande mais-valia.

> Mesmo antes da pandemia já estava a ser feito um trabalho de agilização da comunicação na OM, reduzindo deslocações com o sistema de videoconferência com periféricos nas distritais que, em tempo real e com qualidade, facilitam a comunicação...

Ainda autorizei pagamentos de alguns sistemas que vieram solidificar esse processo, mas já estava tudo decidido para implementação. Foi de grande valor pois em tempo de pandemia se não tivéssemos tido essa tecnologia não teríamos feito nem metade do que conseguimos fazer.

> Houve um esforço orçamental inerente à criação do Fundo de Apoio à Formação Médica. A formação médica é muito mais que um centro de custos...

Sim. Aliás, essa foi uma área fácil de trabalhar no Conselho Nacional. Acho que todos concordamos que o dinheiro dos médicos deve favorecer os próprios médicos e que a formação é uma área fundamental em que a Ordem deve apoiar e zelar pelas boas práticas



Como sou tesoureira nacional, a minha visão é a dos interesses do conjunto total de médicos o que por vezes pode colidir com interesses parciais regionais. Compete à tesoureira expor esses temas e obter consenso para o bem da Ordem como um todo.

clínicas. Não faria qualquer sentido pôr em causa esse investimento. Também no âmbito da formação, estou a tentar avançar com o concurso para a contratação de plataformas de apoio à decisão clínica: queremos que se avance ainda este ano. Mas ambos os projetos já existiam quando entrei para o CN.

> A pandemia sentiu-se muito nas solicitações ao Fundo de Solidariedade?

Não. Pensei que íamos ter mais pedidos, mas talvez graças a apoio familiar, não aconteceu. Creio que os médicos desconhecem o trabalho que a Ordem faz no apoio a colegas que têm maiores necessidades. Provavelmente porque somos muito zelosos da privacidade das pessoas

que apoiamos, salvaguardando a sua identidade. Curiosamente foram os médicos estrangeiros que pediram mais apoios nesta fase e que estão a beneficiar dele.

...Quero continuar a aprender e a fazer as coisas cada vez mais bem feitas. Quando aceito um determinado cargo é para estar de alma e coração e para o fazer o melhor que sei; (...) nunca aceitei nada na minha vida apenas para fazer currículo.

> Falou da importância de melhorar o apoio técnico especializado em algumas áreas como o investimento. Essa é uma área muito relevante para o Fundo de Solidariedade.

Sim, porque o Fundo é financiado pelas quotas, mas também pelo rendimento dos imóveis. E, de facto, essa é outra área em que tenho preocupações: os imóveis precisam de manutenção e de uma gestão cuidada em termos contratuais; devíamos ter apoio específico, por exemplo para a fiscalização de obras; tenho feito o que consigo, mas não tenho conhecimentos para acompanhar uma empreitada de arranjo de um telhado ou a remodelação de uma fachada de um prédio. Essa função compete ao gestor do contrato, mas quando esse gestor é a OM torna-se difícil o seu acompanhamento, também por falta de conhecimento técnico.

Congratulo-me porque vamos pela primeira vez contratar um consultor para acompanhar e fiscalizar uma obra de grande envergadura. É esse crescimento da OM que a estrutura necessita de acompanhar.

Ser médica: desafios de uma carreira

> Tem uma carreira muito exigente, com grande responsabilidade e diversificada...

Sim, além de médica anestesiologista, exerce funções de gestão como diretora do Bloco Operatório Central e do Bloco de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de São João.

> De que forma é que o bloco operatório é um

ponto chave no desempenho de um hospital?

O bloco operatório central é a espinha dorsal do financiamento de um hospital e no São João implica fazer 10% das cirurgias do país. Temos um volume enorme de trabalho cirúrgico e uma parte importante do financiamento do centro hospitalar advém desse serviço fulcral, com o rendimento a depender da quantidade e diferenciação das cirurgias que se realizem. As minhas funções como diretora implicam gerir o funcionamento das salas, a sua taxa de ocupação, as cirurgias que se podem fazer, o material para essas cirurgias, a gestão de conflitos... Em resumo: tudo o que é necessário para que o bloco operatório tenha o maior rendimento possível com a melhor qualidade de trabalho para todos, o mesmo se aplicando ao bloco de urgência. No São João estou a tempo inteiro na gestão.

> Como foram estes dois anos nessas funções?

Foi muito complicado. Durante este tempo todo só geri pandemia, em sentido lato, incluindo a gestão da retoma, fazer com que os doentes não-COVID fossem operados em segurança, etc. Para essa complexidade contribui o facto de, na segunda fase pandémica, nunca termos parado a cirurgia não-COVID. Mas foi um trabalho muito difícil e exigente. Agora começo, finalmente, a gerir para além da pandemia. Parece que decidimos que a pandemia acabou, mas não acabou e continuo a ter doentes cujas cirurgias são adiadas porque testam positivo; ou seja, continuo a ter o meu trabalho muito condicionado pelo SARS-CoV-2, o que me obriga a constantes ajustes.

> Ser médico é um desafio. Ser médica é um desafio ainda maior como ouvimos recentemente desabafar uma colega mais jovem?

Eu já conhecia o desafio que é esta profissão pois sou filha de um médico; não vim para a medicina sem saber o que era; o meu pai era daquelas pessoas que se envolvia desde que acordava até ir dormir em tudo o que fazia. Deu-me um excelente exemplo...

Claro que as mulheres que querem conciliar a família com a profissão sem deixarem nada em segundo plano, têm muito mais dificuldade.

> A prática clínica era completamente diferente...

Sim. O meu pai era o verdadeiro médico de família, mais que a imagem, a concretização prática do célebre João Semana que andava na casa dos doentes a

Parece que decidimos que a pandemia acabou, mas não acabou e continuo a ter doentes cujas cirurgias são adiadas porque testam positivo; ou seja, continuo a ter o meu trabalho muito condicionado pelo SARS-CoV-2.



ver o que eles precisavam, levantava-se às 3 ou 4 da manhã para fazer um domicílio, pagava-lhes os medicamentos e ainda passava novamente lá por casa a ver se eles precisavam de mais alguma coisa... Foi uma referência muito grande na minha vida e, quando escolhi a profissão, "não vim às cegas". Sabia ao que vinha e o que a medicina ia exigir de mim.

> E para as mulheres?

Ainda continua a ser mais difícil. As coisas mudaram, mas sem dúvida que nós temos que ser muito melhores para chegar aos mesmos sítios e ter o mesmo reconhecimento.

> Algumas profissões tradicionalmente dominadas pelo sexo masculino (medicina, advocacia ou magistratura) têm hoje mais mulheres do que homens. Sente-se essa mudança ao nível das chefias?

A verdade é que os cargos de chefia, na sua maioria, continuam ocupados por homens. Por exemplo: o Hospital de São João vai fazer 63 anos em junho e eu sou a primeira mulher diretora do bloco operatório e a primeira anestesiologista (antes eram sempre cirurgiões).

> O que falta para chegarmos a uma paridade natural?

Por um lado, as mulheres têm que se pôr nesse papel e querer estar nos lugares de chefia. Fala-se muito da paridade, mas a sociedade ainda se sente mais confortável quando está um homem na liderança. A sociedade tem que continuar a evoluir, porque os homens continuam a ter maior disponibilidade e facilidade para esses cargos. No fundo não é preciso nada de especial a não ser eliminar barreiras e que façamos bem o nosso trabalho e sejamos reconhecidas e respeitadas por isso. A verdade é que as mulheres continuam a ter papéis familiares que lhes ocupam mais tempo; Embora se comece a ver que

os homens já partilham mais as tarefas extra trabalho...

> Ainda é “ajudar a mulher” em vez de assumir uma responsabilidade?

Talvez seja isso. Até ser equitativo ainda falta muito e vai uma diferença grande. Apesar de tudo há cada vez mais mulheres. Agora é preciso que tenham disponibilidade mental e tempo.

Integridade, visão e orgulho: definir um líder

> Para uma mulher chegar a uma posição de liderança, terão que existir líderes homens com visão... Que análise faz da liderança no Hospital de São João?

É verdade, sem visão de quem está no topo, as mulheres não conseguem avançar. No caso do São João a chave do êxito da liderança é o conhecimento profundo do funcionamento da instituição, a antecipação dos problemas e a proximidade com os vários Diretores de Serviço para caminharem juntos na sua resolução; nós sentimos que participamos nas decisões do hospital.

> A liderança é determinante para se aceitar dirigir um serviço?

É preciso confiança e é preciso sentir que há uma identificação com a visão da administração para o hospital. Senti que existia uma capacidade e vontade de inovar que se enquadram na minha forma de estar.

> Há quem fale da “perspetiva de género” para definir lideranças. Nesse contexto concorda com a paridade forçada através de um sistema que quotas?

Não concordo com a paridade forçada. Creio que, se tenho algum êxito no que faço, não será por qualquer vantagem ou diferença na minha liderança pelo simples facto de ser mulher. A verdade é que



é independente do género: há muitos homens que desempenham muito mal o seu papel. Acredito que nada tem a ver com o género mas sim com a postura psicológica e a capacidade de liderar.

O meu pai (...) andava na casa dos doentes a ver o que eles precisavam, levantava-se às 3 ou 4 da manhã para fazer um domicílio, pagava-lhes os medicamentos e ainda passava novamente lá por casa a ver se eles precisavam de mais alguma coisa... Foi uma referência muito grande na minha vida.

> Então não sente diferenças?

Nunca achei que nestes dois anos de direção tivesse sido desrespeitada de forma alguma, mas também muito menos acho que tenham tido qualquer atitude de condescendência por eu ser mulher. O importante é que nos consigamos impor pelo nosso trabalho e pela demonstração de quão profissionais somos. Seja num cargo de chefia ou simplesmente no trabalho em equipa multidisciplinar.

> A prática médica evoluiu muito. Concorda que a carreira médica deverá contemplar uma vertente de gestão?

Sim, a gestão não é para todos e creio que devia haver a opção pela carreira de médico gestor pois está mais

que demonstrado que na saúde somos gestores com performance pelo menos tão boa como os não médicos.

> Integridade, visão e algum orgulho serão as principais características de um bom líder?

Sim, podemos ter orgulho se formos bons líderes. Orgulho sim, mas arrogância não! Acho que a integridade é sem dúvida o mais importante. E o orgulho não faz mal nenhum pois traduz-se em ficarmos felizes por conseguirmos atingir certos resultados. Claro que me sinto orgulhosa por ter feito um bom trabalho, que tem sido reconhecido, e espero fazer melhor ainda. É certo que é a minha obrigação quando aceito um projeto, mas quero continuar a aprender e a fazer as coisas cada vez mais bem feitas. Quando aceito um determinado cargo é para estar de alma e coração e para o fazer o melhor que sei; só aceito se sinto que tenho alguma capacidade para dar um contributo com valor; nunca aceitei nada na minha vida apenas para fazer currículo. Se entro num projeto quero trabalhar para conseguir resultados. Se não consigo desenvolver devidamente a tarefa a que me proponho, vou-me embora. Se consigo, claro que fico feliz. Mas arrogância não!

> O que é que pode tornar um médico um bom gestor?

É preciso empatia: há coisas que eu não tolerava quando não era diretora de um serviço mas hoje tenho que ser capaz de ultrapassar; não posso transpor as minhas preferências pessoais para a gestão; Isenção é uma capacidade que - se não temos - teremos que adquirir; temos que ser sensatos e saber esperar porque nem sempre as alturas são propícias para fazer ou dizer determinada coisa. E, obviamente, ter conhecimento teórico e reconhecimento dos nossos pares.

...as mulheres têm que se pôr nesse papel e querer estar nos lugares de chefia. Fala-se muito da paridade mas a sociedade ainda se sente mais confortável quando está um homem na liderança. A sociedade tem que continuar a evoluir...

> Liderar não é mandar. É persuadir. Será isso que define a liderança?

Poder de persuasão tem quem é reconhecido entre pares. Um bom líder tem que ter esse reconhecimento ou nunca será eficaz. Tem que haver credibilidade que faça com que as pessoas sigam a liderança.

Há vida para além da profissão!

> É saudável que exista tempo e espaço para todas as facetas da vida. Como é que tem equilibrado a vida pessoal e profissional?

Descanso pouco, nomeadamente porque tenho muitos interesses, o que às vezes traz alguma dispersão. Gosto muito de música e tocar piano (mas passam-se meses sem tocar no que tenho em casa) e gosto de dançar. Além disso sou atleta federada de esgrima, desporto que comecei há pouco tempo, mas estou muito empenhada. Ganhei uma medalha de bronze nos campeonatos nacionais no sábado passado [29 de abril de 2022].

Não queria que o meu filho fosse médico

Além de uma carreira admirável, e interesses culturais diversificados, Susana Garcia de Vargas também investiu na família e tem um filho com 29 anos. "Não queria que ele fosse médico", confessam-nos. Dada a propensão do filho para a matemática, as tecnologias e a informática, a anestesiologista preferia que ele tivesse ido para as engenharias. "Ele é fabuloso em matemática e adora", explica. "Ganhou medalhas nas olimpíadas de matemática nacionais e a nível europeu". Mas a vontade prevaleceu, naturalmente, e a família Vargas ganhou a terceira geração de médicos, a Estomatologia ganha um especialista e a Ordem dos Médicos um novo contributo, pois José Pedro é um dos médicos que dá o seu tempo em prol dos colegas, fazendo parte do conselho consultivo para as tecnologias de informática na saúde, dando razão aos comentários de que tem especial gosto e jeito por essas áreas científicas. "Ele está contente com as suas escolhas que é aquilo que queremos para os nossos filhos", frisa a nossa entrevistada.

> Consegue dedicar muito tempo à esgrima?

Ajuda-a de alguma forma a desligar do trabalho?

Sim. Faço dois treinos por semana: um à quarta feira ao fim do dia e outro ao sábado de manhã e é a única altura em que não penso em trabalho porque tenho que estar muito atenta ao que estou a fazer. E também porque, mesmo que quisesse, o equipamento nem sequer me deixa olhar para as notificações do relógio... [risos] É mesmo o único sítio onde não penso em nada relacionado com o trabalho. Ah, e gosto muito de ler.

> Que livro tem à sua cabeceira?

"A casa da cabeça de cavalo" da autoria de Teolinda Gersão, que ainda não acabei e estou a ler há muito tempo.

> É preciso tempo para ter disponibilidade...

Sim, preciso de mais tempo livre para as coisas de que gosto.





União Europeia da Saúde: até onde podemos e queremos ir?

TEXTO: PAULA FORTUNATO

No setor da saúde há, claramente, objetivos comuns, mas também desafios partilhados por todos os países da União Europeia (UE) delineados por algumas tendências gerais como, por exemplo, o envelhecimento populacional ou a necessidade de assegurar cuidados de saúde às populações migrantes. Em termos de política estrutural a UE defende que se assegurem cuidados de saúde de qualidade, financeiramente acessíveis em sistemas sustentáveis e com acesso aos diversos níveis de cuidados, independentemente da geografia e da geolocalização de países e cidadãos. Mas – quando olhamos para além dessas tendências – existem entre os países da União Europeia diferenças em termos de resultados em saúde, diferenças essas tantas vezes geradoras de iniquidades inaceitáveis. Há quem defenda o desenvolvimento de uma verdadeira união europeia da saúde como sendo a melhor abordagem para resolver os problemas de acesso e equidade. Mas essa solução poderá não ser viável pois implicaria alterações aos tratados de constituição da União Europeia. O que parece ser viável (e quem sabe desejável) é uma maior colaboração entre os Estados-membros e um aprofundamento do envolvimento ao nível da Saúde Pública, em áreas tão díspares como a inversão da pirâmide etária, a pobreza energética e as suas consequências sanitárias, a redução dos níveis de poluição ou o combate às pandemias. Tendo em conta os estudos recentes que indicam que ser saudável é a principal preocupação dos cidadãos europeus, quisemos auscultar algumas opiniões sobre os caminhos que se poderão percorrer numa Europa que se quer mais saudável.

A abordagem à saúde na Europa é um tema vasto para o qual todos ficámos mais despertos com a pandemia, mas que não se cinge, de todo, às situações de crise sanitária mundial. Já no Tratado de Maastricht, que criou a União Europeia em 1992, a Saúde Pública fazia parte das questões de política comum, embora num âmbito muito limitado, criando a possibilidade da União “contribuir” para a defesa da saúde. Cinco anos mais tarde, com o Tratado de Amesterdão, reforçou-se a possibilidade de intervenção da UE, que passou a poder adotar medidas destinadas a assegurar a proteção da saúde dos seus cidadãos, ainda que a competência nessas matérias continue a residir nos Estados-membros. Desde então tem havido uma tendência de maior influência da UE nas políticas de saúde nacionais. Essa propensão um pouco mais intervencionista, foi exponenciada pela crise sanitária provocada pela COVID-19, em que o Parlamento Europeu assumiu as rédeas de uma resposta coordenada e em cooperação. Não é por mero acaso que a Comissão do

Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar é responsável por mais de 10% do total da atividade legislativa do Parlamento Europeu.

Juntos os Estados-membros procuram fazer face aos desafios que sentem como comuns, sejam eles uma pandemia mundial ou as consequências do inverno demográfico sobre o aumento da procura de cuidados de saúde.

O contexto sanitário atual no nosso continente está sobretudo marcado por um envelhecimento sem precedentes que obriga a repensar os sistemas de saúde, realidade que não pode ser ignorada quando olhamos para os caminhos a percorrer para a promoção da saúde dos europeus... Projeções recentes do Eurostat (Europop2010) mostram que, nos próximos 50 anos, o envelhecimento da população atingirá provavelmente níveis sem precedentes em 31 países, embora a magnitude, rapidez e impacto dessa alteração demográfica possa variar.

Esta mudança demográfica implica novos desafios especialmente se tivermos em conta que, por exem-

plo, em 2018, a esperança de vida à nascença para os homens aumentou para os 78,2 anos e para as mulheres passou a ser os 83,7 anos, tendência que vai manter-se; a previsão é que os homens nascidos em 2070 vivam 86 anos e as mulheres 90. A tendência demográfica é, portanto, clara: em 2019 já mais de um quinto (20,3%) da população da UE-27 tinha 65 anos ou mais. Chegados a 2070, prevê-se que esse número subirá para 30,3% (mais 10% de pessoas nessa faixa etária em relação a 2019) e 13,2% terá 80 ou mais anos (ultrapassando o dobro dos cidadãos que se encontravam nessa faixa etária em 2019, ano em que havia apenas 5,8% da população acima dos 80). Este envelhecimento populacional coloca grandes desafios às sociedades, nomeadamente quanto à eficácia e resiliência dos sistemas de saúde, quer em termos da oferta de cuidados, quer da sua adequação às necessidades de uma população mais velha, mas também ao nível do financiamento (quer na parcela pública, quer na parcela out of pocket).

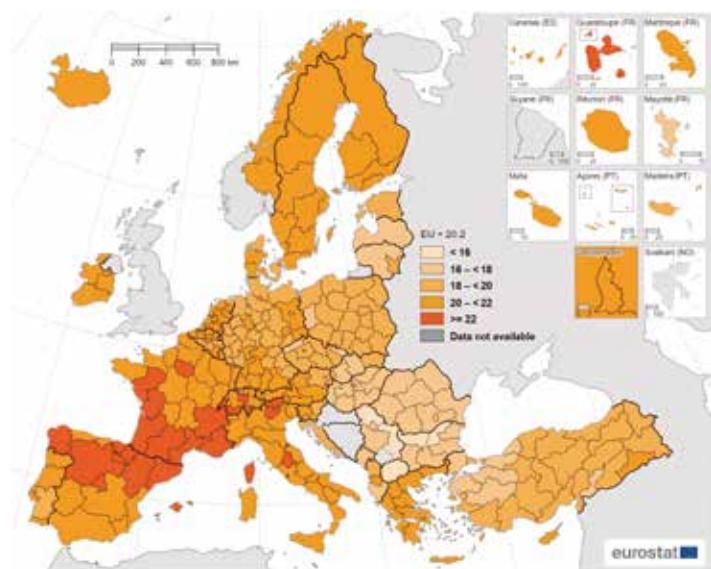
Também no acesso se registam tendências preocupantes: em 2019, 31 milhões de europeus viviam em regiões de baixo rendimento onde as populações estavam a diminuir rapidamente, uma redução da densidade populacional que, em conjunto com as condições económicas e geográficas, dificulta o acesso aos cuidados necessários.

Acresce que, quando olhamos para além das tendências gerais – idênticas em todo o continente e que traduzem dificuldades no acesso, sejam pela geografia, seja por uma inversão da pirâmide etária –, existem, na prática, muitas diferenças em termos de resultados em saúde entre os países da União Europeia, mas também entre as diferentes regiões de cada país, as quais traduzem iniquidades no acesso e diferenças na qualidade dos cuidados recebidos.

Em 2019, aos 65 anos, a expectativa de vida estimada era de 20,2 anos (21,8 anos de sobrevida para mulheres e 18,3 para homens) mas em 2020, com a pandemia, a esperança média de vida registou uma queda significativa na maioria dos Estados-membros da UE. Analisando a nível regional, no ano antes da pandemia, as regiões do sul de França e do norte de Espanha registavam a maior esperança de vida.

No nosso país há várias áreas em que comparamos mal com a média europeia. Na questão demográfica - que temos estado a referir porque influencia de forma substancial os sistemas de saúde - Portugal entrou, em 2019, para a lista dos

cinco países com mais idosos do mundo, segundo dados do Euromonitor International que realçou a "tendência de despovoamento" que temos no nosso país, em linha com o que já referimos para a UE, tendências que – se nada for feito nomeadamente em termos políticos – se prevê que vão continuar a agravar-se.



Mapa 1: Esperança de vida aos 65 por NUTS 2 por região, 2019
Fonte: Eurostat

Com Portugal entre os países com maior percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 65 e um aumento da esperança média de vida que podemos considerar positivo, o que preocupa é o 'envelhecimento sem qualidade' e com menos saúde de que se traduz em vidas menos proveitosas: os idosos portugueses tiveram os piores resultados num estudo coordenado pelo reumatologista José Pereira da Silva, do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, que avaliou o envelhecimento saudável em pessoas com 70 anos ou mais. O estudo, que avaliou mais de 2 mil idosos com autonomia e sem doenças crónicas nem limitações físicas incapacitantes de cinco países europeus, concluiu que os adultos mais saudáveis nessas faixas etárias avançadas se encontram na Áustria e na Suíça, países mais ricos e onde a literacia para a saúde é mais elevada. Se nos lembremos que as mulheres portuguesas, aos 65 anos de idade, têm, em média, uma das maiores esperanças de vida na União Europeia, este estudo deixar-nos-á alarmados pois a maior parte desses anos decorrerá sem bons indicadores de saúde e, consequentemente, sem bem-estar.



Saúde: separação de competências dificulta maior integração

Estas realidades trazem oportunidades e desafios, tanto em termos de investimento como de infraestruturas necessárias e de acesso a cuidados de saúde para os quais temos que encontrar soluções inovadoras que potenciem o apoio a estas pessoas no seu processo de envelhecimento, quer para que possam ser mais saudáveis quer para as ajudar quando assim não seja (voltaremos ao tema dos desafios do envelhecimento populacional numa edição futura).

Que soluções poderão ser essas? Passarão pelo aprofundamento da integração europeia como tem defendido diversas vezes o bastonário da Ordem dos Médicos ao alertar para a necessidade de uma verdadeira integração europeia no setor da saúde? Miguel Guimarães não hesita em afirmar que "fortalecer a saúde global é um compromisso comum" que pode ser fundamento para essa integração. Outros recordam que, se mantivermos abordagens individuais, a União Europeia continuará a ser tão fraca quanto o seu elo (Estado-membro) mais fraco.



"Fortalecer a saúde global é um compromisso comum"

- Miguel Guimarães

Mas a uniformidade nas soluções pode não ser desejável. É pelo menos essa a opinião do economista Pedro Pita Barros que, quando questionado pela ROM sobre a forma como a UE poderia contribuir para um maior acesso a cuidados de saúde de

qualidade, começou precisamente por enquadrar a falta de "competências diretas [da UE] nos sistemas de saúde dos vários países", pelo que "não é adequado pensar numa intervenção direta". "É necessário olhar para intervenções indiretas, e 'influência' sobre os sistemas de saúde através da apresentação de caminhos e ideias. No caso do envelhecimento, a Comissão Europeia produz regularmente um relatório" no qual envolve fortemente os países, recorda o economista.

"É difícil, por vários motivos, ter uma ação mais direta até porque há fatores económicos menos presentes na discussão pública que fazem a diferença. O elemento mais comum quando se fala de 'cuidados mais complexos e dispendiosos' é pensar em medicamentos com preços muito elevados. Essa é uma pressão para todos os países e procurar guiar mais a inovação no sentido relevante, com mecanismos de remuneração dessa inovação que sejam menos penalizadores para a capacidade financeira dos sistemas de saúde é, provavelmente, uma área de intervenção possível para a União Europeia. Mas parte dos cuidados a prestar a uma população idosa passam também por uma componente de serviços prestados por profissionais de saúde (pessoas a ajudar pessoas), e os custos (salariais) entre países são muito diferentes, uma diferença de natureza económica relevante. Significa que países diferentes podem, de forma perfeitamente normal, procurar soluções diferentes, e será mais difícil conseguir nessa componente uma intervenção a nível da União Europeia, e provavelmente nem será desejável que exista uniformidade de intervenções", considera.

Refletindo sobre prós e contras, o professor catedrático na Nova School of Business and Economics, Pedro Pita Barros, explica tanto o que nos aproxima como o que nos distingue: se por um lado "os países da União Europeia partilham, em grande medida, os principais objetivos para o sistema de saúde, o que favorece uma visão de maior integração europeia, apesar de algumas diferenças que possam estar presentes na importância relativa dos vários objetivos", por outro "os países da UE têm sistemas de saúde bastante diferentes entre si, o que desfavorece uma visão de maior integração". Assim, e "como em geral as populações dos vários países têm preferência pelo sistema de saúde do seu país, seja por efeito de defesa do que conhecem e receio do que não

conhecem, seja por o sistema de saúde se organizar para responder às preferências e necessidades do país", o economista não antecipa, por isso, a existência de um sistema de saúde da União Europeia (o que seria o aprofundamento máximo dessa integração). "Espero, isso sim, uma maior cooperação entre sistemas de saúde diferentes, podendo (devendo, nalguns casos) existir iniciativas conjuntas, decididas voluntariamente, com todos ou por vezes apenas alguns dos sistemas de saúde", especifica.



"O EU4Health vai também investir em prioridades de saúde urgentes [no combate ao cancro, estratégia farmacêutica, partilha de dados em Saúde, infeções resistentes a antimicrobianos, doenças raras e medicamentos órfãos ou vacinação], tendo como foco uma maior integração da Saúde a nível da UE"

- Sara Cerdas

Já a eurodeputada e médica de Saúde Pública Sara Cerdas, que defende que deveria ser garantido o acesso a um padrão de saúde europeu transversal de elevada qualidade, lembra como "o Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE) estipula que 'a ação da União respeita as responsabilidades dos Estados-membros no que se refere à definição

das respetivas políticas de saúde, bem como à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos' (artigo 168.º, n.º 7)". Esse artigo não impede, no entanto, que a União Europeia tenha "um papel importante a desempenhar na melhoria da Saúde Pública, na prevenção e gestão de doenças, na mitigação das fontes de perigo para a saúde humana e na harmonização das estratégias de saúde entre os Estados-membros. Além disso, deve estar assegurado um elevado nível de proteção humana na definição e execução de todas as políticas e atividades comunitárias". "Em termos mais simples: a organização dos serviços de saúde e prestação de cuidados de saúde é da competência de cada Estado-membro. No entanto, a proteção da Saúde Pública é uma competência partilhada entre os Estados-membros e a União Europeia", frisa Sara Cerdas.

Fortalecer a capacidade da UE perante emergências sanitárias

A pandemia demonstrou que - sem uma coordenação adequada por parte da UE para responder a ameaças transfronteiriças - o primeiro impulso dos Estados-membros perante uma ameaça desta índole é virar-se para dentro. A primeira reação não foi a cooperação mútua mas antes o fechar das fronteiras e a restrição da circulação de pessoas e bens, especialmente de equipamentos médicos e medicamentos. Numa situação de escassez, de equipamentos de proteção individual, por exemplo, tal atitude agrava ainda mais essa escassez nos países que estejam menos preparados. Mas o que a pandemia também demonstrou foi que quando nos unimos e cooperamos não só aprendemos uns com os outros como conseguimos soluções globalmente mais eficazes e satisfatórias. Se o desenvolvimento de vacinas é um exemplo de cooperação científica a nível global, a aquisição dessas mesmas vacinas é exemplo de como a União Europeia pode melhorar a saúde de todos os seus Estados-membros; a ajuda que se verificou nos momentos em que o sistema de saúde em Itália ficou mais assobradado é outro excelente exemplo do potencial da União Europeia. Neste contexto, a deputada ao Parlamento Europeu Lídia Pereira, explica-nos que "a UE tem aprendido várias lições ao longo dos últimos dois anos" com a saúde a ganhar "centralidade na agenda pública" o que fez com que a UE tenha apresentado "vários



Aprender – e agir – de acordo com as novas realidades

Enquanto Pedro Pita Barros alerta que no enquadramento legal atual “não é adequado pensar numa intervenção direta” da União Europeia mas antes numa influência sobre o modo de funcionamento dos sistemas de saúde, Victor Ramos acredita que o caminho passa pelo aprofundamento da articulação do local com o global: “acredito que este movimento permitirá, na Saúde, atualizar o ‘Pensar global, agir local’, atribuído a René Dubois, nos anos 70 do século passado. Nessa altura, a globalização vislumbrava-se no horizonte. Cinquenta anos depois, cabe-nos aprender e atuar em conformidade com as novas realidades e passar a ‘Pensar e agir, local e global’. Isto é, aprofundar e partilhar o que de melhor existe e se faz em cada local, em cada país e, simultaneamente, articular esta dinâmica com uma visão e ação enquadradoras e harmonizadoras na Europa e, dentro do possível, a nível planetário”, frisa.

programas e medidas, quer para a resposta a esta pandemia, quer para fortalecer a capacidade da UE perante futuras emergências sanitárias ou de outra natureza”. No âmbito da estratégia farmacêutica para a UE – refere –, por exemplo, que se pretende que sejam “criadas as condições para um aumento da produção de princípios ativos e medicamentos essenciais na Europa. Também já temos feito avanços no que respeita ao reforço do papel da Agência Europeia de Medicamentos (EMA), que é crucial para conseguirmos operacionalizar uma estratégia que permita monitorizar e prever a escassez de medicamentos, assim como de dispositivos médicos considerados críticos para dar resposta a uma determinada emergência de Saúde Pública ou, no caso dos medicamentos, a outras necessidades que possam ter um impacto grave na Saúde Pública dos europeus”. Sobre a experiência adquirida com a pandemia, Lídia Pereira considera que ficaram bem patentes as limitações da “capacidade da UE para coordenar respostas e assegurar a disponibilidade de medicamentos e dispositivos médicos, bem como promover o seu desenvolvimento”. Por isso

mesmo, sublinha que existe consenso quanto à necessidade de termos “uma União capaz de reagir de forma rápida, eficiente e coordenada a emergências de Saúde Pública” e que garanta essa disponibilidade e acessibilidade. Um consenso que não pode esquecer que “a saúde, por força dos tratados, é uma competência exclusiva dos Estados-membros”, o que limita a atuação da UE. No futuro “podem ser desenvolvidas ações de cooperação, assim como se deve apoiar o desenvolvimento de capacidades nacionais, reduzindo-se desigualdades”, considerando que há “vantagens” de toda a aprendizagem, como seja “termos uma União mais bem preparada para responder a crises sanitárias”. Lídia Pereira está convicta que “tal como aconteceu com a aquisição de vacinas, equipamentos de proteção individual ou dispositivos médicos, os procedimentos de aquisição conjunta, lançados pela UE, podem facilitar o acesso ao mercado e, inclusive, assegurar compras a preços mais vantajosos. Aconteceu pela primeira vez com este conjunto de bens, mas é algo que pode ser replicado, por exemplo, na aquisição de medicamentos destinados a pacientes com doenças raras”.

Quisemos abordar áreas em que a pandemia prejudicou o acesso à saúde de forma grave. Sabendo-se que o cancro é a segunda causa de morte na Europa, com cerca de 1,3 milhões de mortes – 20% da mortalidade total, como evidencia Lídia Pereira – e que a pandemia teve um impacto que levou a “um efeito grave nestes números”, efeito esse que “ainda não se conhece em absoluto”, a deputada alerta que “sem ações substanciais” chegaremos a 2035 com os casos de cancro a aumentar 25%, fazendo desta patologia “a principal causa de morte na UE”. “Perante estes números e estas perspetivas, a UE tem de atuar, contribuindo para o reforço das políticas nacionais de prevenção, promovendo maior cooperação entre Estados-membros e, também, criando condições que facilitem a redução das disparidades e desigualdades” no espaço europeu, defende, explicando o que já se está a fazer: “Uma das primeiras ações previstas na estratégia europeia, apresentada em fevereiro de 2021 pela Comissão Europeia, foi a identificação de tendências, disparidades e desigualdades entre Estados-membros e regiões” com o objetivo de “criar um registo comum no domínio do cancro”. A intervenção da UE “permitirá apoiar ações destinadas a assegurar cuidados oncológicos mais integrados e abrangentes e combater a desigualda-

de no acesso a cuidados de saúde e medicamentos de qualidade. A UE vai apoiar a criação de centros nacionais de referência na área de Oncologia, nos Estados-membros onde estes ainda não existem. No domínio da cooperação, deverá ser criada uma nova rede europeia, que interligue estes centros nacionais. Também vale a pena salientar que, quer a Comissão, quer o Parlamento, concordam na redução da burocracia relacionada com o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços. A Diretiva em vigor, desde 2011, deverá ser revista em breve. É um aspeto importante da cooperação europeia, sobretudo quando estão em causa tipos rares de cancro. Cada doente deve ter direito a aceder aos melhores cuidados, ou a ensaios clínicos promissores, independentemente do Estado-membro onde resida”.



EU4Health: o programa de saúde mais ambicioso de sempre

Já há muito trabalho realizado a nível europeu na área da saúde, sendo o EU4Health um excelente exemplo... No contexto da União europeia o EU4Health “é o programa de saúde mais ambicioso de sempre”, explica-nos Sara Cerdas, deputada ao Parlamento Europeu desde 2019. Com um orçamento de 5,3 mil milhões de euros, o EU4Health “vai muito além da resposta a crises, como a pandemia de COVID-19”, prossegue, “no discurso sobre o estado da União da presidente da Comissão Europeia de 2020, foi finalmente abordada a proposta legislativa da União Europeia da Saúde, e nesse ano concluíram-se as negociações do programa EU4Health, com um orçamento de 5,3 mil milhões de euros, um aumento de dez vezes face à proposta inicial pré-pandemia de apenas 500 milhões de euros”. Mas o que faz esse programa, concretamente? “O programa define as políticas de saúde na UE para os próximos sete

anos (2021-2027), complementando as políticas dos países da UE”. A deputada europeia destaca 4 dos objetivos do programa:

- melhorar a acessibilidade a medicamentos, dispositivos médicos e produtos relevantes para crises;
- melhorar e fomentar a saúde na União;
- combater as ameaças sanitárias transfronteiriças;
- fortalecer os sistemas de saúde, a sua resiliência e a eficiência de recursos.

“Obviamente que o foco na integração está presente”, explica-nos Sara Cerdas citando alguns exemplos dessa visão integradora: “a revisão do regulamento de ameaças transfronteiriças graves à saúde, a revisão do mandato da EMA e a revisão do mandato do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC)”.

A integração via União Europeia da Saúde poderá não ser desejada por todos ou poderá até não ser a solução para todos os problemas dos sistemas de saúde, mas é um caminho no qual já estão a ser dados alguns passos, conforme se percebe das palavras da eurodeputada que em 2021 foi indicada a mais influente no Parlamento Europeu em matéria de políticas de saúde, pela Votewatch Europe: “O EU4Health vai também investir em prioridades de saúde urgentes, tendo como foco uma maior integração da Saúde a nível da UE:

- Plano Europeu de Combate ao Cancro, com 4 mil milhões de euros, que visa prevenir, detetar precoceamente e tratar o cancro e garantir que os doentes oncológicos, os sobreviventes, as suas famílias e cuidadores possam desfrutar de uma maior qualidade de vida;
- Estratégia farmacêutica para a Europa;
- A criação do Espaço Europeu de Dados em Saúde;
- Infeções resistentes a antimicrobianos;
- Doenças raras e medicamentos órfãos;
- Vacinação geral, entre outros.

A União Europeia também pretende alargar o seu trabalho em rede, seja através de iniciativas como a Rede Europeia de Referência para Doenças Raras, seja através da cooperação internacional para resposta a desafios de saúde globais”, conclui a eurodeputada.

Também Pedro Pita Barros refere áreas idênticas, ao mencionar a potencial evolução positiva em termos de colaboração ao nível europeu, começando pelas vantagens da partilha de informação “até porque a biologia não tem respeito pelas barreiras ad-



“...procurar guiar mais a inovação no sentido relevante, com mecanismos de remuneração dessa inovação que sejam menos penalizadores para a capacidade financeira dos sistemas de saúde é, provavelmente, uma área de intervenção possível para a União Europeia”

- Pedro Pita Barros

ministrativas definidas pelos vários países”, ironiza. “Destaco, de momento, quatro áreas: cooperação em situações de emergência, que aliás já se iniciou com a criação da HERA – Health Emergency Response Authority; vigilância epidemiológica, em que há vantagem evidente na partilha de informação; doenças raras, onde seja importante alcançar economias de escala (pois maior dimensão de atividade significa conseguir melhores resultados para os doentes); e criação do Espaço Europeu de Dados de Saúde, onde a partilha de conhecimento decorrente da experiência com a transformação digital é importante e onde o investimento partilhado, evitando duplicações desnecessárias, trará vantagens a todos os sistemas de saúde” da UE. Em termos de investimento, o professor de economia da saúde realça que há campos em que “dentro da União Europeia, há um

caminho já definido”, exemplificando com o “Europe’s Beating Cancer Plan, que irá cobrir essas quatro dimensões” [investigação, prevenção, diagnóstico e tratamento] sem esquecer a “vida pós-tratamento” no contexto das doenças oncológicas; este programa incide “num problema onde há vontade de ter um esforço conjunto” permitindo “objetivos ambiciosos, com as quais todos os países concordam”. O cancro é uma área “onde há investigação europeia relevante” e em que é fundamental investir dada a relevância e impacto sociais e cujo combate gera consensos e permitirá ver “benefícios do esforço conjunto”, explica.

Objetivos do EU4Health e o Espaço Europeu de Dados de Saúde

Aquele que é, de momento, o programa com maior orçamento no contexto da saúde a nível europeu, tem objetivos bem definidos que passam pelo reforço dos sistemas de saúde, melhorando a sua eficiência na utilização de recursos, através de:

- apoio a um trabalho integrado e coordenado entre os Estados-membros;
- promoção da implementação de boas práticas e da partilha de dados;
- reforço dos recursos humanos no setor da saúde;
- enfrentar as implicações dos desafios demográficos;
- e promover a transformação digital.

Estas são áreas em que a pandemia evidenciou ainda mais a importância de pensarmos a saúde de forma mais global no espaço europeu e nas quais houve aprendizagens – especialmente em termos de Saúde Pública e de políticas de saúde, como nos explica Sara Cerdas. “Para além dos tópicos sobre os quais já conversamos que incluem a revisão dos mandatos da EMA e ECDC, e revisão do regulamento de ameaças transfronteiriças graves à saúde, evidencio outras lições que tiramos desta pandemia:

- o papel do Espaço Europeu de Dados de Saúde como ferramenta essencial na construção da Saúde Pública a nível da EU;
- a importância da literacia em saúde e o combate à desinformação, com a especial foco nos cidadãos;
- a contribuição de um ambiente de inovação na UE, com mais transparência e cooperação”.

Especificamente sobre o papel do Espaço Europeu de Dados de Saúde, Sara Cerdas frisou cinco objetivos principais:

- "promover o intercâmbio seguro de dados dos doentes (inclusive quando viajam dentro da UE) e o controle por parte dos cidadãos sobre os seus dados de saúde;

- apoiar a investigação científica no que se refere a tratamentos, medicamentos, dispositivos médicos e resultados em saúde;

- incentivar o acesso e uso de dados de saúde para investigação, formulação de políticas e regulamentação, com uma estrutura de governança confiável e garantindo as regras de proteção de dados;

- apoiar serviços de saúde digitais;

- e clarificar a segurança e possível dependência da inteligência artificial na saúde".

Investir em saúde: prevenção, investigação e tratamento

A necessidade premente de termos uma Europa unida, mais forte e mais estratégica evidencia-se no contexto da investigação em domínios como a medicina personalizada, por exemplo. Mesmo considerando difícil quantificar, quando questionamos a eurodeputada Lídia Pereira sobre onde devemos investir mais, a doença oncológica acaba por ser a área de maior destaque confirmando ser um setor que gera consenso quanto às vantagens da intervenção global. "É difícil dar uma resposta quantitativa [sobre se devemos investir mais na investigação, na personalização dos tratamentos oncológicos ou na qualidade dos cuidados paliativos], sobretudo quando ainda nos deparamos com desigualdades muito significativas entre Estados-membros". Com as desigualdades, variam também as prioridades. Seja em que área for, Lídia Pereira tem uma certeza: "estou convencida que a UE poderá desempenhar um papel muito importante no apoio à investigação. Está previsto a mobilização de um conjunto de instrumentos financeiros, no total de 4 mil milhões de euros, através do Programa UE pela Saúde, do Horizonte Europa e do Programa Europa Digital. A investigação poderá beneficiar de um impulso significativo", e com ela beneficiará a saúde dos europeus. Referindo-se especificamente à área da Oncologia, "gostava de destacar a aposta na UNCAN.eu, que contribuirá para identificar as pessoas que apresentam um risco mais elevado de desenvolver um dos tipos de cancro mais comuns. No domínio da prevenção será uma iniciativa muito importante. Mas posso dar-lhe

outros exemplos, desde logo na área da imagiologia oncológica, onde se vai apoiar o desenvolvimento de novas ferramentas assistidas por computador, com a finalidade de melhorar a medicina personalizada. Também alcançámos um compromisso político para que tecnologias como o mRNA sejam melhor exploradas no domínio da prevenção e para o tratamento de doença oncológica. Esta tecnologia revelou-se muito importante no combate à pandemia", enquadra. A eurodeputada – e economista – conclui com a nota de que a saúde condiciona todas as áreas: "em suma, recordando uma das grandes lições da pandemia, gostava de salientar que não há economia sem saúde. Não estarmos preparados para lidar com uma situação atípica levou ao estrangulamento da atividade económica, com todos os impactos e externalidades negativas que disso advêm", conclui Lídia Pereira.



"Podem ser desenvolvidas ações de cooperação, assim como se deve apoiar o desenvolvimento de capacidades nacionais, reduzindo-se desigualdades"

- Lídia Pereira

Para o futuro, parece haver em todos os intervenientes do setor da saúde o desejo de que seja possível ter uma visão estratégica que permita prever crises e elaborar políticas conjuntas para dar resposta eficaz e célere a quaisquer desafios.



Portugueses querem mais União Europeia?

Um inquérito realizado entre setembro e outubro de 2021 aos cidadãos dos 27 Estados-membros da UE, no âmbito da Conferência sobre o Futuro da Europa, revela que cerca de 50% dos portugueses acreditam que, num horizonte a dez anos, haverá uma crescente transposição do poder de decisão dos Estados para as instituições europeias. Também a deputada ao Parlamento Europeu, Sara Cerdas, nos referiu dados recentes do Eurobarómetro que vão no mesmo sentido: "cerca de 70% dos cidadãos da UE querem mais saúde na UE". "Apesar das limitações dos TFUE, em que a prestação de cuidados de saúde é da competência de cada Estado-membro, a proteção da Saúde Pública é uma competência partilhada entre Estados-membro e União Europeia. Uma resposta em saúde centralizada irá permitir mais coordenação e eficiência, principalmente em situações que afetem mais do que um Estado-membro", acrescenta. Ainda no âmbito inquérito realizado para a Conferência sobre o Futuro da Europa, 66% dos portugueses considera que as questões da saúde são o principal desafio global para a União Europeia, logo seguidas das alterações climáticas (56%). De realçar ainda que 96% dos portugueses que responderam ao questionário quer que a voz dos cidadãos da UE seja ouvida na tomada de decisão relativa ao futuro da Europa e 93% defende a necessidade de reforçar a democracia europeia. A acreditar nessas análises estatísticas, os portugueses estão menos distantes das instituições europeias e querem mais (e melhor!) União Europeia, realçando-se a importância de uma abordagem mais participativa.

Saúde em todas as políticas: da retórica à prática

É reconhecida a importância da saúde para todos os setores, da economia ao turismo. A evidência está por todo o lado: além de um capítulo totalmente dedicado à Saúde Pública, e seguindo esse princípio de incluir a saúde em todas as políticas, no Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, a saúde é referida desde a proteção do consumidor às questões da alimentação ou ao ambiente. Esta é uma das temáticas mais atuais e simultaneamente um dos maiores desafios que os decisores enfrentam: como garantir que a saúde está de facto presente em todas as áreas políticas, desde a produção de alimentos mais saudáveis, à redução da poluição para que as nossas cidades sejam espaços mais limpos e saudáveis, à atenuação dos efeitos nefastos das alterações climáticas (que têm provocado um número crescente de mortes seja devido a vagas de calor intensas seja a catástrofes naturais), etc. A abordagem "Saúde em todas as políticas", é também parte da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. "Na definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde", podemos ler no artigo 168.o, n.o 1 do TFUE e no artigo 35.o da Carta.

Mas, perante a realidade, há vozes críticas des-

sas dinâmicas de palavras que ficam muito aquém dos atos. O médico Victor Ramos, especialista em Medicina Geral e Familiar que preside à Fundação para a Saúde – SNS, é uma dessas vozes: "A retórica da 'saúde em todas as políticas' tem tido fraca tradução prática nas decisões de governação e na ação concreta na generalidade dos países. Não creio que seja por má vontade ou por incompetência dos governantes, mas porque a arquitetura de governação dos Estados e das sociedades é feita, na maior parte dos países, de modo fragmentado, por setores desligados entre si, com decisões e ações por vezes contraditórias ou sem os alinhamentos desejáveis. E, até no âmbito restrito dos sistemas de saúde, verifica-se essa lógica fragmentária, com silos desconectados entre si". Mesmo nesse cenário, o especialista vê com 'bons olhos' o aprofundamento da integração europeia especificamente para a área da Saúde porque "defender a Saúde implica atuar numa teia de determinantes que desconhece fronteiras", o que só terá a beneficiar com essa abordagem mais global. "No entanto, devemos distinguir entre este processo e os detalhes de organização da prestação de cuidados de saúde em cada país. Segundo a investigação epidemiológica, a componente dos serviços de saúde, sendo absolutamente indispensável, contribui relativamente pouco para o estado de saúde e bem-estar de uma população. Têm sido

indicados valores de 20 a 25% para a respetiva fração atribuível de efeito. Assim, são cada vez mais necessárias abordagens do tipo 'One Health' e/ou 'Global Health', defende. Esta preocupação é patente em abordagens como o programa de ação da União no domínio da saúde para o período 2021-2027 que frisa no preâmbulo "a interligação entre a saúde humana, a saúde animal e, de um modo mais geral, o ambiente", definindo que esse programa UE pela Saúde irá apoiar os Estados membros na transição para uma melhor preparação e no reforço dos seus sistemas de saúde, apoiando os na consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas relacionados com a saúde". O contexto dos últimos dois anos não fica de fora pois pretende-se colmatar "as lacunas que a recente pandemia revelou no que se refere ao desenvolvimento e fabrico de medicamentos, ao fornecimento adequado de equipamento hospitalar e à existência de pessoal médico suficiente, à utilização de ferramentas e serviços digitais que permitam a continuidade dos cuidados, bem como à necessidade de manter o acesso a bens e serviços essenciais em tempos de crise". Pretende-se com este programa criar no contexto da UE "mais instrumentos para tomar medidas rápidas, decisivas e coordenadas com os Estados membros, tanto na preparação como na gestão das crises". Victor Ramos acredita que há muito a corrigir e que esse poderá ser o caminho... "Haverá que corrigir a fragmentação: cuidados de saúde primários, hospitalares, cuidados continuados, cuidados paliativos, organizações privadas, etc., etc. Vejo como prioritário um registo de saúde eletrónico europeu, síntese avaliativa estruturada, permanentemente atualizada, com resumos clínicos pertinentes. Com propriedade e controlo por cada cidadão. Simultaneamente, conviria desenvolver os cuidados de saúde primários como eixo central e base dos sistemas de saúde, interconectados com os outros cuidados". Mas há mais onde podemos evoluir. "Avanços interessantes seriam ainda uma rede europeia de Saúde Pública; cuidados no domicílio e autocuidados, com apoio da telessaúde; um sistema avançado e colaborativo europeu de avaliação das tecnologias da saúde", resume. Se for esse o caminho, quem sairá a ganhar, o SNS?, quisemos saber. "Uma lógica europeia favorável à integração e continuidade de cuidados, centrados em cada pessoa singular, permitirá mais e melhor saúde para todos. Ajudará a

evitar ou a reduzir erros, redundâncias, desperdício de recursos, "outcomes" desfavoráveis e outros inconvenientes e danos. Pelo contrário, aumentarão as condições para otimizar os recursos disponíveis e maximizar os resultados possíveis. O SNS é património de todos. É, essencialmente, um instrumento solidário, promotor de saúde, de coesão e justiça social e de bem-estar. Quem ganha são os cidadãos e toda a sociedade", afirma perentoriamente o presidente da Fundação para a Saúde - SNS.

Não devemos ignorar o adágio 'se queres a paz, prepara a guerra', como bem recordaram os deputados europeus do Grupo da Aliança Progressista



"Haverá que corrigir a fragmentação: cuidados de saúde primários, hospitalares, cuidados continuados, cuidados paliativos, organizações privadas, etc., etc. Vejo como prioritário um registo de saúde eletrónico europeu, síntese avaliativa estruturada, permanentemente atualizada, com resumos clínicos pertinentes"

- Victor Ramos



dos Socialistas e Democratas e Renew Group, Sara Cerdas, Véronique Trillet-Lenoir e Nicolae Ștefănuță, no artigo de opinião que publicaram no dia 15 de setembro de 2020, "Uma Europa da Saúde": "o mundo está a mudar a um ritmo sem precedentes; aquecimento global, ameaças à saúde transfronteiriças e crises económicas são parte de nossa nova realidade. Como diz o velho ditado romano, '*si vis pacem, para bellum*' (se queres a paz, prepara a

Edifícios mais verdes e mais emprego em prol da saúde dos europeus

Assim como os portugueses se preocupam com os desafios colocados pelas alterações climáticas, a Comissão Europeia está consciente das interligações da saúde com as mais diversas áreas e adotou uma proposta de estratégia para tornar os edifícios mais verdes, criar emprego e melhorar as condições de vida, numa estratégia essencial para proteger a saúde dos cidadãos europeus e que inclui, por exemplo, o tratamento do amianto nos prédios ou a implementação do pilar europeu dos direitos sociais no que diz respeito à habitação sustentável e a preços acessíveis. Esta estratégia tem sido definida como de *win-win-win* porque acarreta uma tripla vitória: para o clima, para a recuperação económica em resultado dos empregos que sejam criados e para a luta contra a pandemia e a pobreza energética, a favor de habitação sustentável para todos, incluindo as pessoas mais vulneráveis. Estas medidas são particularmente relevantes se tivermos em conta a estimativa de que 50 milhões de europeus viverão em casas pouco saudáveis e a correlação entre a falta de qualidade habitacional e cerca de 100 mil mortes prematuras por ano.

guerra), precisamos de garantir que a Europa tem instrumentos e financiamento adequado para estar preparada para os desafios presentes e futuros", de forma a garantir o direito de todos os cidadãos que vivem na UE terem acesso a cuidados de saúde modernos, eficientes e de elevada qualidade.

Na agenda e estratégia políticas da UE dos próximos anos farão parte, com certeza, o debate sobre o acesso a medicamentos a preços acessíveis, as tecnologias da informação e de comunicação (como forma de melhorar a saúde desde a prevenção e promoção de estilos de vida saudáveis, ao diagnóstico, tratamento, monitorização e gestão de todo o percurso em saúde), a digitalização e a segurança no acesso ou partilha dos dados de saúde, a medicina personalizada, os cuidados de saúde transfronteiriços, incluindo toda a dinâmica do pagamento desses cuidados ou a avaliação de medicamentos e tecnologias de saúde. A saúde no contexto europeu é um tema vasto e complexo e muito fica por abordar. Da partilha de opiniões que nos foi proporcionada, concluímos pelo menos que, em face dos desafios comuns, como é o caso do envelhecimento da população, há uma necessidade premente de procurar maior qualidade de vida, sem deixar de garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Tudo isso numa resposta que só terá a ganhar se aprendermos uns com os outros, se partilharmos conhecimento e soluções, sem esquecer a tradição europeia de garantia de proteção social, o que inclui sistemas de saúde de caráter público, tendencialmente gratuitos e com cobertura universal. E, se os decisores não conseguirem políticas de saúde mais sensatas pela simples análise do passado (recente e não só), que possamos ao menos vê-los assumir a responsabilidade pelo futuro da saúde dos europeus.

Fontes

1. Observatório das Migrações
2. EUROSTAT | Estrutura populacional e envelhecimento | <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/>
3. EUR-LEX | Proposta de Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho relativo à criação de um programa de ação da União no domínio da saúde para o período 2021-2027
4. Parlamento Europeu - Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar | <https://www.europarl.europa.eu/committees/pt>

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

SUSETE SERRAS

Ser médico dá direito a ser um bocadinho vaidoso!

ENTREVISTA E FOTOS: PAULA FORTUNATO

Dois anos de pandemia a escapar ao vírus, entramos em 2022 e tivemos que adiar este encontro, fruto do isolamento a que a nossa entrevistada se viu forçada por ter contraído o SARS-CoV-2. Passada essa fase, a médica Susete Serras recebe-me em sua casa, já devidamente recuperada. Com poucos sintomas, congratulamo-nos ambas por vermos que a vacinação deu frutos. Sou recebida com toda a gentileza e convida-me a sentar. Fico a saber que esta é a cadeira do “Pai Pestana”, numa alusão a Rui da Câmara Pestana, médico cirurgião e seu marido. Rui da Câmara Pestana era filho de Maria de Vasconcelos Bettencourt da Câmara Pestana, prima em segundo grau do famoso higienista e professor universitário português, pioneiro da bacteriologia, Luís da Câmara Pestana. Sinto a honra que é estar aqui a conversar sobre a medicina portuguesa, tendo como pano de fundo a extensa biblioteca quase exclusivamente composta por livros de medicina até porque “os cirugiões tinham que estudar ainda mais”, frisa a especialista em Patologia Clínica. A completar um século de vida, Susete Serras aceitou fazer connosco um pequeno passeio entre as recordações do que é ser médica e mãe de seis filhos, num tempo povoado de mestres e de boas memórias, percurso de que se orgulha, até porque “ser médico dá direito a ser um bocadinho vaidoso”.

> Nasceu a 19 de maio de 1922. Sempre sonhou ser médica?

Não. Quem primeiro pensou que gostaria que eu fosse médica foram os meus pais. No liceu essa opção era-me quase indiferente. Talvez gostasse da ideia, mas não tinha

assim nenhum desejo especial de ser médica. Nessa altura existia o instituto de orientação profissional Dr. Leite de Vasconcelos e os meus pais acharam que deveria ir lá verificar que aptidões teria. Como os resultados indicavam que teria vocação para médica – entre outras profissões – resolvi fazer a vontade aos meus pais.

> E começou a gostar...

É verdade que sim. Só não apreciava o cheiro da faculdade porque, perto da entrada, havia o serviço das “compotas” como lhe chamavam, que era o serviço de Anatomia Patológica do Prof. Henrique Parreira^[1], onde o odor a desinfetante era muito intenso [risos].

> Quando se formou havia poucas mulheres a estudar medicina...

No meu ano formaram-se vinte e tal médicas. Médicos foram mais de setenta. Não era muito bem visto as mulheres quererem ter uma carreira, mas na minha família era diferente: apesar de nunca termos tido uma médica na família, incentivaram-me. Reconheço que a minha entrada em medicina gerou um contraste pois tínhamos várias gerações de mulheres que estavam em casa.



Caricatura de Susete Serras no livro de Curso

> Termina o curso a 3 de novembro de 1945 e, depois, especializa-se em Patologia Clínica. Como escolheu a especialidade?

Eu e o meu marido éramos colegas de curso e estávamos no Hospital de Arroios onde o diretor, o

Notas da redação:

1 - Henrique (Fragoso Domingues) Parreira – que acompanhou Francisco Gentil, seu mestre e grande amigo, desde os tempos de estudante – esteve também ao lado do fundador do IPO na construção do instituto; Henrique Parreira integrou a primeira comissão diretora do IPO, onde também desempenhou funções de chefe de serviço de Anatomia Patológica. Foi chefe de laboratório das clínicas escolares e da Clínica de Terapêutica e Técnica Cirúrgicas do Hospital de Santa Marta, assistente na secção médica dos Hospitais Civis de Lisboa e, mais tarde, no Serviço Central de Anatomia Patológica. Entrou como assistente de Anatomia Patológica para a Faculdade de Medicina de Lisboa e integrou o Conselho Médico-Legal.



Susete Serras
Médica especialista em Patologia Clínica

Dr. Aníbal de Castro^[2], aconselhou-me e ajudou-me nesse sentido. Recordo as suas palavras: "a menina, se quiser um contrato que seja de ir para análises, eu falo com o enfermeiro-mor^[3]". Essa parte da escolha da especialidade foi, como vê, muito simples: entrei para os Hospitais Civis de Lisboa, fora do quadro, para análises clínicas...

> Depreendo das suas palavras que houve uma parte que não foi assim tão simples...

Verdade. Depois seguiram-se dois concursos para entrar para o quadro, pois no primeiro não entrei. Os concursos foram ainda mais difíceis que o exame de Anatomia! No primeiro só havia uma vaga e entrou uma médica mais velha que eu, a Dra. Colette. Custou-me imenso não ter entrado porque era um processo muito exigente. Fazímos concurso perante um júri composto por 7 elementos: 5 analistas clínicos mais um cirurgião e um médico de outra especialidade. Era

mesmo muito difícil. Algum tempo depois, quando fiz o segundo concurso, já eram apenas 5 elementos no júri, todos analistas clínicos. Fiquei classificada em primeiro e entrei para o quadro. Fiquei naturalmente muito contente por ter entrado na Patologia Clínica do Hospital de Arroios, embora nessa altura a especialidade não se chamassem assim. Foi o Germano de Sousa^[4] que colocou essa designação.

> Em que hospitais trabalhou?

Trabalhei em dois: no Hospital de Arroios, onde estive vários anos até acabarem os serviços complementares de medicina e, depois, por escolha minha, no Hospital de Santa Marta onde encontrei um diretor excelente e amigo, o Dr. Sérgio Carvalhão Duarte^[5]. Arroios foi para mim uma instituição única. Achava aquele edifício especial, era um espaço agradável que não tinha o ar dos hospitais austeros. Hoje em dia está uma ruína.

2 - Aníbal de Castro era diretor do serviço de Medicina no Hospital de Arroios, onde criou um pequeno laboratório para o qual convidou Dias Amado e Roberto Chaves. Nesse serviço ingressaria, por sua sugestão, a nossa entrevistada. No Hospital de Arroios, começou a desenvolver-se uma intensa atividade científica que atraiu jovens médicos de outros hospitais dando origem à designação "Universidade de Arroios", com sessões a realizar-se na capela do antigo convento franciscano que ali existira, que passou a ser considerada a 'Aula Magna da Universidade de Arroios'. É por essa altura que, com total apoio de Aníbal de Castro, seriam lançadas as bases da futura Sociedade Médica dos HCL.

3 - O Enfermeiro-mor a que se refere Aníbal de Castro era um cargo tradicionalmente exercido por um médico que administrava os Hospitais Civis de Lisboa.

4 - Susete Serras fez parte do júri que avaliou as provas do concurso em que o futuro bastonário Germano de Sousa entrou para o quadro dos HCL. Germano de Sousa é especialista em Patologia Clínica, foi professor associado da Faculdade de Ciências Médicas durante 20 anos, fundou e regeu o Curso de Mestrado em Patologia Química e integrou o Gabinete de Estudos Pós-Graduados da mesma faculdade. Nos Hospitais Civis foi diretor dos Serviços de Patologia Clínica dos Hospitais do Desterro e dos Capuchos. Presidiu à Sociedade Portuguesa de Patologia Clínica, à Sociedade Portuguesa de Osteoporose e Doenças Metabólicas e à Associação Nacional de Laboratórios Clínicos. Foi bastonário da Ordem dos Médicos entre 1999 e 2004.

5 - Sérgio Carvalhão Duarte foi um médico, especialista em Patologia Clínica, que trabalhou nos HCL e que teve uma importante atividade contra a ditadura, tendo participado nas lutas dos médicos em diversas causas da classe. Nesse contexto, pertenceu à Comissão Coordenadora Sindical que em 1974 pretendia tornar a Ordem dos Médicos num sindicato; Cinco anos mais tarde integrou as Jornadas Sindicais Médicas da Região Sul, que emitiram um comunicado no qual se defendia a necessidade de se formar um sindicato médico da zona sul, dada a ausência de poderes sindicais da OM.



Uma ligação afetiva com os doentes e a Ordem

Entre os doentes fez amizades espontâneas que refere com carinho, mencionando por exemplo os Lobo-Machado, família que entrou por acaso no seu laboratório, mas que “ficaram todos muito amigos”. Este ano celebra – com uma festa que reúne família e amigos, alguns deles ex-doentes – um século de vida. Dois dias antes, a 20 de maio, completará 75 anos de inscrição na Ordem dos Médicos, instituição a que se orgulha de pertencer e à qual fez recentemente a doação de algumas fotografias para o espólio histórico. Ainda recorda o tempo em que a Ordem se situava na Av. da Liberdade e conta-nos que considera a instituição um ‘porto de abrigo’: “para mim a Ordem dos Médicos era como uma espécie de protetor, portanto, em 1947, dois anos depois de me formar, fui logo me inscrever. Fui das primeiras pessoas a ter um cartão da Ordem. Era uma honra. Sentia que era um valor acrescentado estar na OM pois fazia-me sentir confortável em como teria a quem recorrer se acontecesse alguma coisa de menos bom”. Uma ligação que também se tornou afetiva: “ao longo da vida a Ordem deu-me outros momentos de prazer como ter podido fazer lá a festa dos 90 anos do pai Rui”. Junto de si tem algumas publicações. “A revista está muito bonita e moderna”, diz-nos enquanto folheia a ROM.

> Da sua formação de quem se lembra com maior admiração?

Havia um mestre, o Dr. Xavier Morato^[6], que na sua qualidade de médico assistente, nos ensinou muito. Era assistente de Fisiologia, Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina de Lisboa. Dava-nos explicações sobre sintomatologias e ensinava terminologias que, enquanto jovens internos, ainda estávamos a aprender. Tudo isso muito bem ensinado, de tal forma que nunca mais nos esquecemos de tais ensinamentos. Mas houve muitos outros: recordo, mais tarde, o Ducla Soares^[7] que nos deu lições de cardiologia em Santa Marta e lembro-me bem dos traçados cardiográficos que nos ensinava maravilhosamente. E o senhor professor Aníbal de Castro, diretor do hospital de Arroios, incontornável, claro. Anos mais tarde, foi meu padrinho de casamento, em reconhecimento da sua amizade e do muito que nos ensinou. Aníbal de Castro era bom médico e – além de tudo – um homem muito bondoso, especialmente para os colegas mais novos. Todos os dias, antes de se ir embora, reunia à sua volta os internos e contava histórias. Umas engracadas, outras inspiradoras. Era um bom homem.

> Acha que antigamente havia mais cortesia entre colegas?

O meu curso terá sido talvez padrão. Eramos todos muito amigos. Sempre com um respeito e uma amizade que marcaram todo o nosso percurso.



6 - Xavier Morato foi um internista respeitado pelos seus pares por ser um “notável pedagogo” com exposições invulgarmente claras e um sentido clínico apurado. Foi um dos primeiros utilizadores em Portugal da metodologia da microscopia eletrónica. Em 1952 foi eleito para o cargo de secretário-geral da primeira direção da recém criada Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

7 - Armando Ducla Soares, professor de medicina da Faculdade de Medicina de Lisboa, onde chegou a diretor; internista com grande interesse por todas as áreas da medicina, nomeadamente pela clínica hematológica, criou – em conjunto com Francisco Parreira – a Sociedade Portuguesa de Hematologia.

Em pequena não sonhava ser médica

Portadora de uma memória invejável, como pude constatar durante a entrevista que nos concedeu, a médica centenária lamenta que já se vá esquecendo de algumas datas ou nomes. A essa queixa acrescenta-se uma ligeira rouquidão, talvez um pouco agravada pela COVID. Não pude esconder o sorriso perante tais queixas e partilhei o desejo de ter a mesma frescura e longevidade. Susete Serras – nome profissional que nunca abandonou, mesmo após o casamento, pois nunca quis fazer valer-se do sonante “Camara Pestana” – nasceu a 19 de maio, mesma data em que fazia anos o seu pai. Talvez por ser dia de festa a duplicar, o pai esqueceu-se de fazer o seu registo e na certidão passou a constar o dia 25 de maio como se fosse a data de nascimento da futura médica. De pequena, diz que gostava de “bailar”, mas nunca sonhou ser bailarina, “era um bailado caseiro” apenas. Mas também não sonhou ser médica. Essa foi uma carreira na qual entrou porque era o desejo dos pais, Romeu Dias Serras e Maria José Rego Serras. Mas foi essa a profissão que abraçou e que rapidamente aprendeu a amar.

> Deixou saudades...

De facto. Fomos um curso simpático e unido. Aliás, o fim de curso foi assinalado por uma récita muito elogiada, com os quintanistas de medicina referenciados nos jornais do dia seguinte. Nos anos a seguir – como no curso da minha filha – cada vez houve mais alunos. Não é possível comparar o ambiente entre cursos.

> Mas teve com certeza momentos que não foram tão felizes. Falou há pouco do teste de anatomia...

Não diria ‘menos felizes’, mas houve momentos mais difíceis. Esse é um deles: o mestre Vilhena^[8] era o terror da faculdade. Era ele que fazia o exame de Anatomia e – tal como todos os outros alunos – eu tinha muito medo desse que era o primeiro exame de responsabilidade que tinha que fazer. Anatomia... E o mestre recebeu-me, muito bem, no anfiteatro, espaço também ele assustador, onde ao fundo havia a secre-

tária com uma cadeira para a vítima se sentar [risos]. Sentei-me aterrorizada, fiz o exame, perante o mestre Vilhena, que infundia em nós grande respeito, e... tive um 18! Recordo perfeitamente como tive que descrever um osso que, por acaso, era um osso bem bonito: o esfenóide. Tive outras notas ‘menos más’. 15, 17... Mas o 18 de Anatomia é uma espécie de troféu que tenho gravado na memória.

> A profissão tinha mais prestígio nessa altura?

Creio que o prestígio se mantém. Mas, talvez hoje haja menos vaidade. Embora ser médico dê o direito de ser um bocadinho vaidoso [comentário feito com um sorriso, meio riso, que deixa transparecer o seu orgulho na profissão que abraçou].



> Em 100 anos, muita coisa mudou na medicina...

Direta ou indiretamente, a evolução da medicina foi acontecendo, por exemplo no aspecto tecnológico, principalmente nas patologias clínicas que ao longo dos anos muito se transformaram. No meu tempo usávamos o ureómetro, um elemento chave mas que nos fazia perder imenso tempo e que às vezes se partia e lá tínhamos que começar tudo de princípio. Servia para o doseamento da ureia que se fazia por recurso a esse tal ureómetro, um tubo de vidro, no qual se colocava a urina e o reagente para depois agitar manualmente, durante um tempo pré-definido; depois esperávamos, colocando no suporte e aplicávamos uma escala para medir a ureia naquele doente. Um processo moroso! Hoje é tudo metido numa máquina que lê e mostra as medições em muito pouco tempo. Basta ter um kit para cada análise e em poucos minutos temos o resultado. Na parte citológica e na bacteriologia também houve avanços muito grandes com novos meios de cultura muito mais específicos.

> Era mais difícil ser patologista nessa altura?

Sim, de certa forma sim. Um laboratório pequeno tem algumas limitações, ficamos no limiar da simplicidade. Quando surgia uma bactéria pouco comum ou a uma citologia mais rara, recorríamos muito ao

8 - Referência a Henrique de Vilhena, um mestre e um terror aos olhos dos seus alunos; fundou e desenvolveu uma escola de anatomistas. Foi professor de Anatomia na Faculdade de Medicina de Lisboa e na Escola de Belas-Artes, o que talvez inspirasse os seus alunos a reconhecer a beleza de ossos como o esfenóide. Fundou várias sociedades de Anatomia em Espanha e na América Latina e deixou uma obra publicada que ultrapassou em muito a atividade meramente científica como morfologista, englobando estudos sobre Antropologia e Etnografia, ensaios sobre temas de História da Medicina e filosofia.

ENTREVISTA



A patologista clínica e o cirurgião, juntos no dia da celebração dos 60 anos de casados (2009)

Instituto de Medicina Tropical. Aqui faço uma referência especial ao meu colega e amigo Francisco Parreira^[9] pelo gosto que tinha em mostrar-nos células em casos de patologias raras ou complexas.

> Qual foi o maior desafio da sua vida profissional?

Nas análises clínicas, essencialmente manter-me atualizada quanto aos métodos de colheita. Tinha que estar a par das novidades dos métodos de trabalho mais modernos e mais eficientes. Sempre a aprender. Havia sempre um manancial de delegados de propaganda médica que nos mostravam algumas dessas novidades, nomeadamente quando apareciam novos reagentes. Alguns laboratórios suíços e americanos – que nos inspiravam muita confiança – eram essenciais nessa aprendizagem prática – mais do que teórica – que a especialidade exigia.

> E em termos pessoais?

Comecei a namorar do terceiro para o quarto ano de medicina e em 45 acabamos o curso, casando 4 anos depois. Tivemos seis filhos e cheguei a chefe de serviço de Patologia Clínica dos Hospitais Civis de Lisboa. Não foi fácil mas tínhamos uma empregada que esteve connosco muitos anos e que foi uma grande ajuda. Orgulho-me muito de ter estado casada mais de 60 anos e nunca, nunca, juro-lhe, houve a mais pequena questiúncula entre mim e o meu marido. Dávamo-nos muito bem. Toda a família foi testemunha dessa sintonia, mesmo com os desafios de criar seis filhos. Fora de tempo, já depois dos 40, ainda tive uma sétima gravidez mas ficou a meio...

> É uma lembrança triste... É essa a memória que mais a entristece?

A coisa que mais me entristece hoje em dia é a morte da minha mãe, talvez porque foi um momento trágico e inesperado: a minha mãe morreu de acidente, atropelada num dia 19 de março. Foi terrível e ainda hoje me faz muita falta. Muito triste também, a morte do meu filho mais velho com um terrível mesotelioma. Também penso muito no meu marido e em como teria sido se ele não tivesse morrido, mas a sua morte foi serena. Estava 'velhotinho'. Morreu há sete anos, com 94. No próximo dia 15 de maio faria 101 anos. Também me sinto velhinha, mas não tanto como ele estava.

> Tem algum segredo para a sua longevidade?

Não. O meu médico é o Dr. Daniel de Matos, o médico dos presidentes. É, além de médico, meu amigo e vem cá a casa sempre que preciso. É ele que cuida do nosso presidente Marcelo Rebelo de Sousa com quem já tive o prazer de conversar. Fui colega do pai dele^[10] e no encontro que tivemos recordei uma conversa que tive, no terceiro ou quarto ano da faculdade de medicina, com o Baltazar Rebelo de Sousa, sobre os valores a transmitir a um filho.

> Numa conferência^[11], o Dr. Rui Câmara Pestana – seu marido – frisou que o “único exemplo”

9 - Francisco Parreira, médico patologista clínico e professor universitário, viria a fazer parte da direção da OM sob a presidência do bastonário António Gentil Martins (bastonário da OM de 1977 a 1986). Filho de Henrique Parreira (referido nesta entrevista por ser o responsável pelo serviço de Anatomia Patológica) teve dois filhos: Henrique Parreira (médico patologista, genro da nossa entrevistada) e António Parreira (diretor clínico do Centro Champalimaud desde 2011).

10 - Baltazar Rebelo de Sousa, pai do atual presidente da república portuguesa, Marcelo Rebelo de Sousa, conhecido médico, professor e político português do Estado Novo.

11 - Este discurso – muito elogiado interpares – foi proferido no congresso de Cirurgia em que foi designado como presidente honorário. Nele Rui Câmara Pestana frisou que o “único exemplo” que quis deixar aos mais novos é o de “uma vida séria e discreta, sempre longe do protagonismo que outros assumiram”, mas de uma “carreira hospitalar feita com grande empenhamento e seriedade, às vezes com grande sacrifício pessoal e familiar”.

que quis deixar aos mais novos é o de uma carreira de "grande empenhamento e seriedade"...

É curioso que me fale do meu marido. Não me recordo de ver qualquer referência a ele feita pela Ordem dos Médicos. Talvez porque o meu marido não era de facto de dar nas vistas...

> ...E a Dra. Susete Serras, que memória sente que deixa por onde passa?

Procuro dar-me bem com todas as pessoas e tenho a convicção de que todos os colegas gostavam de mim. Desde o curso – em que fui eleita pelos meus pares para ser *commere*^[12] da revista – aos hospitais onde trabalhei, todos me trataram bem. Acho que tive uma boa presença em qualquer lugar por onde passei e também junto dos doentes, muitos dos quais também se tornaram amigos.

A família é o segredo da longevidade

Afirmado não ter segredos sobre a chegada a um século de vida, Susete Serras considera que ter uma família grande é uma ajuda preciosa para a sua longevidade e, porque não dizê-lo, uma certa jovialidade. São 6 filhos, 19 netos e 25 bisnetos, entre os quais estabelece, rankings que vão mudando e que originam graças competitivas, de brincadeiras em família para tentar adivinhar quem está no pódio a cada semana. Dos netos fala-nos um pouco do Gonçalo e do Nuno, duas personalidades bem diferentes que descreve como um "mais certinho" outro mais "galanteador e simpático". Partilha assim os afetos e, com isso, faz-nos sentir bem vindos. Também fala dos filhos, e conta que só uma – Isabel da Câmara Pestana, médica especialista em Medicina Física e de Reabilitação – escolheu seguir os passos da mãe e ser médica. "Os restantes não quiseram nada com medicina", frisa, o que é reforçado pelo facto de também nenhum neto (e, até agora, nenhum bisneto) ter optado por essa carreira. "Quem manda na família sou eu" diz-nos Susete Serras, o que é corroborado pelos filhos. E é assim que terminamos a nossa entrevista à matriarca da família Câmara Pestana, entre risos e sorrisos.



Os 90 anos do cirurgião Rui da Câmara Pestana foram comemorados na Ordem dos Médicos. Estávamos em 2011 e esta foto da Susete Serras foi tirada nesse dia. Com a matriarca temos as 3 filhas, 3 noras, 9 das 11 netas e 1 bisneta (que tinha nascido havia pouco tempo e que está ao seu colo) e ainda 2 netas por afinidade (por casamento com 2 netos)

12 - *Commere* – feminino de compère; pessoa do sexo feminino que faz as apresentações dos participantes de um programa ou de uma peça de teatro.

Níveis de vacinação permitem perspetivar alívio das restrições

TEXTO: PAULA FORTUNATO

À semelhança de outros países europeus, Portugal discutiu ao longo do mês de fevereiro o fim do isolamento para doentes assintomáticos e outras medidas de levantamento de restrições. Nesta fase, o uso de máscara e a manutenção do distanciamento social são ainda aconselhados e devem manter-se, mas já se perspetiva o alívio das principais medidas. Em comentários à comunicação social, o bastonário da Ordem dos Médicos lembrou que a instituição tem defendido precisamente a adoção de medidas menos restritivas, exemplificando com a redução do tempo de isolamento de 7 para 5 dias, salientando-se que os mais frágeis terão que continuar a ser protegidos.

Com a pandemia numa fase de estabilização e reduções da incidência em todo o território nacional, fevereiro foi mês de começar a equacionar a redução das medidas de restrição tais como o fim do isolamento para pessoas infetadas com COVID-19 que se mantenham assintomáticas. De acordo com declarações proferidas pela diretora-geral da Saúde, esse alívio das medidas pode acontecer já em março. Graça Freitas falava numa entrevista à RTP na qual defendeu o alinhamento com a redução de medidas que se tem verificado noutros países europeus. Naquilo que definiu com uma "nova fase do combate à pandemia", se a incidência se mantiver baixa e estável, a representante da DGS aceita a potencial redução do período de isolamento e a não obrigatoriedade do uso de máscara.

Em declarações à SIC Notícias, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, e o médico intensivista Gustavo Carona comentaram as implicações dessa potencial tomada de decisão. Para o bastonário é possível pensar em eliminar o tempo de isolamento graças às altas taxas de vacinação que di-

minuem a gravidade da doença. "Estamos numa fase em que a pandemia está a decrescer graças à elevadíssima eficácia da vacinação e ao facto de termos muitas pessoas que estão a ser imunizadas, naturalmente, devido à grande infeciosidade que esta variante tem. Vamos ter mais pessoas protegidas, e bem protegidas, contra a doença grave, aliás tem sido uma evidência, que a vacina tem uma tremenda eficácia contra a doença grave. Portanto, o que senhora diretora-geral da Saúde diz, obviamente, vai ser possível, mas não descartando que as pessoas que estão em isolamento devem usar máscara e devem evitar ajuntamentos". O bastonário lembrou ainda que a Ordem tem defendido várias vezes que o isolamento passe dos 7 para os 5 dias, "sobretudo em pessoas que não tenham sintomas".

Nesse mesmo espaço de informação Gustavo Carona explicou que considera que o alívio das medidas é um percurso inevitável, mas defende que o "timing" é discutível e que deve, por isso, ser ponderado. Neste sentido, acredita que "o primeiro passo é a retirada dos certificados [de vacinação] para a grande maioria dos estabelecimentos, seguido de uma testagem orientada apenas para as pessoas que tenham sintomas". Mediante a monitorização do evoluir dos números, considera que será então natural "acabar com os isolamentos profiláticos e, finalmente, com os isolamentos ou, pelo menos, com a obrigatoriedade, para se tornar apenas numa recomendação, com os cuidados de usar máscara e evitar ajuntamentos. Isto nos casos de pessoas assintomáticas ou com sintomas ligeiros" pois, para os mais frágeis – incluindo quem está nos hospitais ou lares de idosos – defende que se mantenham as medidas de proteção.

Em comentário a outros meios de comunicação, nomeadamente ao Diário de Notícias, também o pneumologista Filipe Froes, coordenador do gabinete de crise COVID-19 da OM, apresentou argumentos a favor do desanuviar faseado das medidas restritivas pois, como explicou, "já atingimos o pico de novos casos e, com base na monitorização dos internamen-



tos e dos que estão nas unidades de cuidados intensivos (UCI), é desejável que se começem a levantar restrições a partir da segunda quinzena de fevereiro". Não se prevê que o alívio das medidas traga oscilações não geríveis da incidência nomeadamente porque Portugal já é, nesta altura, o terceiro país da Europa com menor grau de confinamento, só atrás da Dinamarca (foi o primeiro país do velho continente a eliminar a maior parte das medidas restritivas, nomeadamente o uso de máscara tendo deixado algumas apenas destinadas a viajantes não vacinados) e da Irlanda. O índice de confinamento em que se baseia esta análise é elaborado semanalmente pelo Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge e nele se indica que o nosso país tem uma taxa de confinamento de 20%, com mais de um milhão de pessoas ainda em isolamento, segundo dados da DGS da segunda semana de fevereiro, ou seja, aproximadamente 10% da população.

Da vacinação à infecção: toda a população terá alguma imunidade ao vírus

Conhecido em fevereiro, o relatório do grupo de acompanhamento da pandemia do Instituto Superior Técnico (IST) indica que o nosso país regista uma "redução acentuada do perigo pandémico" e recomenda que as "medidas em vigor sejam reduzidas de forma quase total". Nesse documento preconiza-se a manutenção de "máscara em ambientes públicos fechados", "certificado digital COVID-19

para eventos fechados de grande densidade" e "isolamento de sintomáticos até desaparecimento dos sintomas". Segundo o relatório "entre vacinação e infecção, depois do final de fevereiro, toda a população terá alguma imunidade ao vírus" o que torna desnecessárias as medidas atualmente em vigor pois estamos numa fase pandémica muito diferente, graças aos elevados índices de vacinação da população. É por isso que, nesta fase, o relatório desse grupo de acompanhamento considera que vamos assistir a uma "franca descida" dos internamentos em enfermaria ao longo de fevereiro, acompanhada por uma tendência de redução do número de doentes internados nos cuidados intensivos. "Os óbitos diários em média móvel a sete dias passaram de 45.9 para 45.4, tendo já passado o seu pico, atingido em 6 de fevereiro. Poderemos ter ainda algumas flutuações estatísticas antes da descida acentuada" do final deste mês, estimam.

O documento conclui pela eliminação integral das medidas restritivas "com exceção do contexto dos espaços de serviços de saúde e junto de indivíduos vulneráveis", reforçando essa recomendação explicando que quando chegarmos abaixo do valor de 20 pontos IAP (Indicador de Avaliação da Pandemia criado pela Ordem dos Médicos e pelo IST), "a doença COVID-19 não coloca riscos acrescidos face a outras doenças endémicas igualmente graves e de notificação obrigatória. A nossa previsão para essa ocorrência será o dia 10 de março de 2022", lê-se no relatório. Apesar destas previsões otimistas, e porque existe o risco de "introdução de novas mu-

ATUALIDADE

tações" do coronavírus SARS-CoV-2, é "muito recomendável" uma vigilância e monitorização, apelando o relatório a que se garanta que a monitorização dos números é "feita de forma rigorosa e transparente até à declaração de fim de pandemia pela Organização Mundial da Saúde".

O fim da pandemia é precisamente uma das perguntas que os meios de comunicação colocam frequentemente. Questionado sobre se estamos no fim da pandemia, Miguel Guimarães explicou em declarações à SIC Notícias que estamos próximo de ter uma vida normal. "Na primavera já podemos fazer a nossa vida normal, porque vamos entrar numa fase diferente da pandemia, provavelmente, numa endemia. Obviamente, vamos passar esta fase difícil e passar a fazer uma vacina anual, não em todas as pessoas, mas apenas nos grupos de risco", referiu.

Sobre a manutenção do uso de máscara, o bastonário da Ordem dos Médicos considera que a obrigatoriedade é necessária até ao fim do mês de fevereiro e que "é altamente recomendável que nos

locais fechados se continue a usar máscara, contudo na rua já não é estritamente necessário. A máscara será a última coisa a cair", o que prevê que aconteça "já durante o mês de março".

Este alívio das restrições só é possível porque Portugal tem uma elevada taxa de vacinação e porque já passou o pico de casos da variante ómicron do coronavírus. É precisamente para isso que a Organização Mundial de Saúde (OMS) alertou no dia 1 de fevereiro quando pediu que as medidas de contenção da propagação do SARS-CoV-2 sejam atenuadas de forma gradual. Para os países que "ainda não passaram pelo pico da ómicron" ou que ainda "têm níveis baixos de cobertura vacinal, com indivíduos muito vulneráveis nas suas populações", a epidemiologista Maria Van Kerkhove, responsável pela gestão da COVID-19 na OMS, pediu que sejam prudentes na tomada de decisão.

Bastonário dá as boas-vindas ao alívio de restrições

Com o Governo a decidir avançar no alívio das restrições anti-COVID, indo assim ao encontro do que a Ordem dos Médicos tem defendido nas últimas semanas, o bastonário declarou que as medidas de alívio das restrições "são bem-vindas" e que traduzem o corolário de um "sucesso tremendo da vacinação" que coloca Portugal "em condições de poder libertar algumas das medidas restritivas". O certificado digital passa a ser exigido apenas no controlo de fronteiras e mantém-se especial atenção aos mais frágeis, com o teste negativo apenas a ser necessário para visitar pessoas em lares ou internadas em estabelecimentos de saúde. A recomendação de teletrabalho termina, os isolamentos ficam mais circunscritos (deixando de existir para os contactos de risco) e os estabelecimentos comerciais deixam de ter limite de ocupação. Onde já era exigida, a utilização da máscara nos espaços interiores mantém-se. O representante de todos os médicos desafiou a Direção-Geral da Saúde a ir mais longe interrompendo testagens em massa (medida que defende que se deve restringir a pessoas sintomáticas e às que precisem de ser testadas por motivos especiais) e reduzindo o tempo de isolamento nas pessoas com sintomas leves/moderados de sete para cinco dias, à semelhança do que se fez na maior parte dos países. O bastonário sugeriu ainda terminar com a comunicação diária do mapa da avaliação da pandemia considerando que "a melhor forma de comunicar neste momento é dar, uma vez por semana, a informação real daquilo que está a acontecer para as pessoas perceberem a evolução". No entanto, salientou, toda a informação deve continuar disponível para os especialistas e de livre acesso para a população. Com a "gravidade do vírus" a cair "a pique", a convicção é que a 20 de março se assinalará "a Primavera da liberdade".

Recuperar os doentes que ficaram fora do SNS? Só com um "plano Marshall"!

TEXTO: PAULA FORTUNATO

As palavras são do bastonário da Ordem dos Médicos que, perante milhares de consultas, rastreios e cirurgias que foram adiadas ou simplesmente deixaram de se realizar devido à pandemia, considera que a recuperação desses doentes que ficaram sem acesso a cuidados de saúde e fora do Serviço Nacional de Saúde (SNS) só acontecerá se aplicarmos algo semelhante ao "plano Marshall" que permitiu à Europa recuperar dos efeitos da Segunda Grande Guerra e que implicou investimento avultado.

Em várias intervenções, Miguel Guimarães tem apelado que se implemente um "plano Marshall" que permita a recuperação dos doentes que ficaram fora do Serviço Nacional de Saúde por falta de acesso. Estes apelos já remontam ao final do verão de 2020, altura em que o bastonário manifestou o seu receio que as quebras ao nível do acesso para doentes não-COVID pudessem condicionar os futuros índices de mortalidade e morbidade dos portugueses.

Precisamente por ter essa preocupação a Ordem dos Médicos constituiu o Movimento Saúde em Dia, em parceria com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, e com o apoio da Roche. Os números que foram sendo tornados públicos por esse movimento são verdadeiramente alarmantes e reforçam a importância dos apelos do bastonário. O representante máximo dos médicos defende que o país precisa de "um Plano Marshall para a saúde dos portugueses" pois existem milhares de doentes em risco, alguns dos quais já não são recuperáveis porque perderam a janela de oportunidade terapêutica para que os seus tratamentos tivessem a devida eficácia, especialmente no que se refere a doenças oncológicas.

Os alertas ao Ministério da Saúde para que não



"A Ordem dos Médicos tem proposto, tal como a Convenção Nacional da Saúde, um plano de recuperação destas pessoas que ficaram de fora, uma espécie de plano Marshall. Um plano que estenda a rede de diagnóstico, que torne a malha mais fina, permitindo captar mais doentes que ficaram para trás. Neste momento nós ainda temos tempo para diagnosticar muitos cancros que estão em fase inicial e, portanto, são curáveis"

- Miguel Guimarães

deixasse para trás os doentes não-COVID sucederam-se, mas ainda com poucos resultados práticos.



O presidente da APAH concorda com o bastonário da OM quanto à necessidade de um plano marshall para a saúde.

Para quando um "plano marshall" para o setor da saúde?

Se já em 2020 médicos e administradores hospitalares apelavam para que a tutela desenhasse e implementasse um plano Marshall no setor da saúde, a verdade é que os decisores políticos apresentaram um plano para o outono-inverno do SNS que ficou muito "aquém das expectativas", afigurando-se "insuficiente" em todos os sentidos. A falta de uma "abordagem integrada" foi uma das maiores críticas do bastonário da Ordem dos Médicos e do presidente da APAH, Alexandre Lourenço, que persistem na convicção de que sem um plano integrado de recuperação dos doentes que ficaram para trás nada se irá alcançar. Quase dois anos volvidos, a pergunta permanece atual e premente: Para quando um "plano marshall" para o setor da saúde?

Os números apresentados colocam-nos em algumas estatísticas ao nível de 2019, mas isso não chega pois não significa que estejamos a cuidar dos doentes que se foram tornando "invisíveis": só em 2021, foram realizadas menos 18% de mamografias, menos 13% de rastreios ao cancro do colo do útero e menos 5% ao cancro do cólon e do reto comparativamente com 2020, conforme a análise do acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde, realizada pela 'Moai Consulting', parceira do movi-

mento Saúde em Dia.

Foi precisamente com essa preocupação em mente que numa entrevista à Rádio França Internacional, o bastonário da Ordem dos Médicos lembrou que a normalização da atividade em 2021 não corresponde de modo algum a conseguir recuperar todos os doentes. "Cerca de 30 milhões de exames ficaram por fazer, 450 milhões de pessoas não fizeram rastreio do cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro do colon e recto. Os novos diabéticos diagnosticados em 2020 caíram cerca de 20% a 25%, a mesma situação para o número de novos diagnósticos de hipertensão arterial e a mesma situação para a insuficiência cardíaca", enquadrou.

O bastonário frisou que só com um plano estruturado e de investimento consequente, como se fosse um verdadeiro "plano Marshall", será possível salvaguardar a saúde dos portugueses através da recuperação dos doentes que ficaram fora do SNS. "A Ordem dos Médicos tem proposto, tal como a Convenção Nacional da Saúde, um plano de recuperação destas pessoas que ficaram de fora, uma espécie de plano Marshall. Um plano que estenda a rede de diagnóstico, que torne a malha mais fina, permitindo captar mais doentes que ficaram para trás. Neste momento nós ainda temos tempo para diagnosticar muitos cancros que estão em fase inicial e, portanto, são curáveis", lembrou o representante dos médicos nessa entrevista.

Uma preocupação incontornável que também referiu foi a insuficiência de recursos humanos qualificados pois "neste momento, o Serviço Nacional de Saúde tem uma falta grande de médicos de várias especialidades, incluindo médicos de família", problema para o qual refere uma solução simples: "Se for necessário, faz-se um acordo com o setor privado e social para nos ajudarem" a identificar e cuidar destes doentes que estão em risco devido ao subdiagnóstico. Porém, a médio e longo prazo será preciso fazer mais e melhor para que consigamos ter e cativar os recursos humanos que tanta falta fazem ao SNS, o que só acontecerá num contexto de maior "inovação, tecnologia e formação", fatores primordiais para motivar os médicos e outros profissionais de saúde. A "modernidade, flexibilidade e autonomia das unidades de saúde", são alguns dos elementos que Miguel Guimarães indica como essenciais para que o SNS se torne um local de trabalho que atrai – e mantém – os mais qualificados.

Mais de 200 mil portugueses em listas de espera para cirurgia

TEXTO: MÁRCIA MENDONÇA

A pandemia de COVID-19 teve um impacto tremendo na saúde em Portugal, principalmente no ano de 2020, uma vez que foram adiadas milhares de consultas e cirurgias por todo o país. A Ordem dos Médicos apela a que se tente recuperar “quem podemos recuperar” pois há doentes que já “não terão resposta” atempada.

Este problema já tinha sido identificado anteriormente pelo bastonário da Ordem dos Médicos, nomeadamente através da iniciativa Saúde em Dia. De acordo com os dados desse projeto, Miguel Guimarães realçou que “em 2020, o ano em que mais doentes ficaram para trás, as listas de espera para cirurgia diminuíram. Porquê? Porque cerca de 30 a 50% dos doentes nem sequer entraram no sistema, ou seja, os hospitais tiveram uma quebra na referência nos cuidados de saúde primários”.

Neste momento, há mais de 200 mil portugueses em lista de espera para cirurgia, sendo que muitos deles constam nesta lista desde 2020. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, em 2021 foi realizado o número mais alto de intervenções cirúrgicas desde que há registo, contudo não foi suficiente para compensar as 100 mil intervenções que ficaram por fazer em 2020. Em declarações à comunicação social, o bastonário da Ordem dos Médicos deixou o alerta: “Em 2021, já estamos a ter uma atividade semelhante, até ligeiramente superior, ao ano de 2019, mas aquilo que ficou por fazer no ano de 2020 ainda não foi recuperado. Ou é recuperado, rapidamente, ou depois a recuperação já não será possível”.

Além de continuar a recuperar as cirurgias em atraso, a prioridade para Miguel Guimarães passa, também, por estender as redes de rastreio, de forma que as doenças sejam diagnosticadas o mais cedo possível, facilitando o respetivo tratamento.

Quanto mais precoce for o diagnóstico, mais os doentes beneficiarão da terapêutica.

Em 2021 foram feitas 700 mil cirurgias, contudo ainda faltam as 120 mil intervenções adiadas em 2020, bem como os milhares de doentes que nem chegaram a entrar no sistema. No que toca a uma possível recuperação do total do número de cirurgias que ficaram por fazer, o bastonário da OM refere que não é possível dar certezas, mas reforça que “temos de tentar ao máximo recuperar quem podemos recuperar, contudo há doentes que não terão resposta”, lamentou.

Além de continuar a recuperar as cirurgias em atraso, a prioridade para Miguel Guimarães passa, também, por estender as redes de rastreio, de forma que as doenças sejam diagnosticadas o mais cedo possível, facilitando o respetivo tratamento.

Quanto mais precoce for o diagnóstico, mais os doentes beneficiarão da terapêutica.

O impacto da pandemia no cancro

Como recuperar os doentes que ficaram para trás?

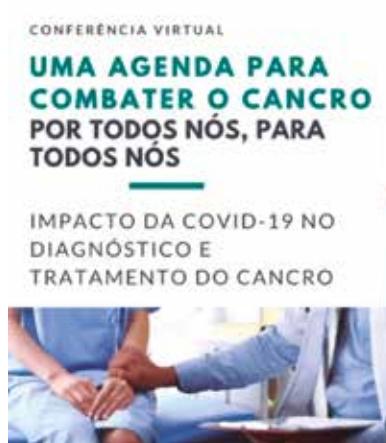
TEXTO: MÁRCIA MENDONÇA E FILIPE PARDAL

A pandemia que assola o mundo há dois anos teve consequências diretas no acesso aos cuidados de saúde, sendo a área oncológica uma das mais afetadas a todos os níveis, desde o cancelamento de consultas e rastreios, até ao adiamento de diagnósticos e tratamentos. Este foi o principal mote da conferência virtual “Impacto da COVID-19 no diagnóstico e no tratamento do cancro” – em antecipação ao Dia Mundial da Luta Contra o Cancro – que se celebra a 4 de fevereiro. Presente na conferência que se realizou dois dias antes dessa efeméride, o bastonário da Ordem dos Médicos destacou a urgência de aumentar o acesso a rastreios, mas alertou que só isso não é suficiente. “Temos que ser mais ambiciosos nos objetivos políticos para a saúde”, afirmou, pois faz falta uma modernização transversal do Serviço Nacional de Saúde.

ção de *stakeholders* estratégicos na área da Oncologia – médicos, decisores políticos e representantes da sociedade civil – com transmissão em direto no site do jornal, estiveram presentes quatro oradores que debateram o impacto da pandemia na referenciado e tratamento da doença e as consequências da falta de diagnósticos precoces, entre outros temas.

Gabriela Sousa, oncologista e diretora do serviço de Oncologia Médica do IPO de Coimbra, iniciou o debate referindo que a pandemia teve impacto nos doentes, mas também nos profissionais de saúde. Conforme relatou da sua experiência, a prioridade do IPO foi “preservar os doentes de ir ao hospital”, sem que fosse absolutamente necessário, bem como alargar a “periodicidade dos tratamentos”. Relativamente a adiamentos ou atrasos de tratamentos, considera que não aconteceu por necessidade da estrutura, mas houve “fases muito difíceis com pouca gente a trabalhar e a garantir apenas a atividade considerada inadiável, ou seja, todos os doentes oncológicos em tratamento”, com menor capacidade de resposta ao nível do diagnóstico de novos doentes.

Teresa Almodôvar, presidente do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão, corroborou essa visão, referindo-se ao IPO de Lisboa e, mais precisamente, ao cancro do pulmão. Ambas as oradoras distinguiram várias fases da pandemia e diferentes impactos com diferentes níveis de intensidade, contudo o cancro do pulmão foi – segundo Teresa Almodôvar – um dos mais negligenciados já que o diagnóstico, na maioria das vezes, surge na área da Pneumologia e quase todos os hospitais gerais alocaram esses especialistas ao tratamento dos doentes COVID. “Nos grandes serviços de Pneumologia e nos hospitais não centrais, [a pandemia] afetou, profundamente, a trajetória do doente dentro do hospital, uma vez que havia muito menos médicos para fazer essa atividade”, lamentou, dando



No quinto webinar organizado pelo jornal Público, em parceria com a MSD Portugal, integrado na iniciativa “Uma agenda para o cancro: por todos nós, para todos nós”, que tem contado com a participa-

a mesma nota de dificuldades ao nível do diagnóstico, com atrasos significativos. "Os doentes foram diagnosticados mais tarde (...) e isso vai repercutir-se na capacidade de resposta de tratamento". A "resposta [aos doentes oncológicos] não foi interrompida, mas foi diminuída" pois "baixaram para metade os diagnósticos que podiam ser feitos num dia", nomeadamente porque as medidas para garantir a segurança clínica dos doentes em face da pandemia aumentaram substancialmente o tempo de espera entre os exames.

Miriam Brice, presidente da Associação Careca Power, deu o seu contributo ao trazer a debate a dimensão mais humana. "Numa fase inicial, a COVID-19 assustava muito os doentes", especialmente os doentes com cancro do pulmão uma vez que também atinge o sistema respiratório. Contudo, conforme a pandemia foi progredindo, "o que assustava verdadeiramente o doente era não conseguir prosseguir com os tratamentos". Acrescentou também que, do ponto de vista da associação, "o doente que estava em tratamento, não deixou de ir ao tratamento ou à cirurgia por medo da COVID-19." "Consultas, cirurgias e tratamentos, ou seja, o que é, verdadeiramente, urgente" nada foi alterado ou adiado, tirando na fase inicial da pandemia. O problema, reconheceu, está sim no diagnóstico mais tardio.

O painel de oradores ficou completo com a participação do bastonário da Ordem dos Médicos. Miguel Guimarães que iniciou o seu contributo referindo que houve atrasos em todas as áreas no início da pandemia, mas após esse período as funcionalidades foram retomadas, exceto nos cuidados de saúde primários. Sobre isso, o representante dos médicos relembrou que a Ordem "já fez várias sugestões no que toca ao acompanhamento a doentes Covid assintomáticos ou com sintomatologia leve", tendo em vista a libertação dos médicos de família destas tarefas.

No que toca ao tema central do debate, Miguel Guimarães referiu que "os diagnósticos caíram porque as pessoas deixaram de dar entrada nos hospitais", e deixou o alerta: "como é que vamos recuperar os doentes que ficaram para trás? (...) segundo a Ministra da Saúde, em 2021 já se fez tantas consultas e cirurgias como no ano pré-pandémico, contudo os



doentes que foram negligenciados durante o ano de 2020 ainda não tiveram a resposta necessária. Neste momento existem pessoas que têm um cancro em evolução (...) e não sabem que o têm."

Para o bastonário da Ordem dos Médicos é urgente que se faça uma expansão do rastreio que era habitualmente realizado, aumentando os números. Porém, acrescentou que esta expansão só é possível através de uma transformação do Serviço Nacional de Saúde – "Não podemos ter um serviço público de saúde que funciona como há 42 anos. (...) Temos que melhorar as formas como são feitas as contratações de pessoas, aumentar a autonomia que os hospitais têm para tomar decisões, bem como a flexibilidade que é fundamental existir na gestão, para se obter respostas mais rápidas às necessidades dos doentes."

Ainda no âmbito da transformação do SNS, o bastonário adicionou que é importantíssimo "modernizar o SNS, tornando-o mais competitivo porque tem a capacidade para o ser. Temos uma rede muitíssimo boa, com hospitais distribuídos por todo o país, bem como centros de saúde e farmácias". Portanto, temos de atualizar o funcionamento do SNS para que este prospere e continue a superar os desafios que a saúde exige, reforçou.

Retrato preocupante da realidade oncológica em Portugal

No dia 4 de fevereiro, a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) assinalou o Dia Mundial do Cancro com um retrato preocupante da realidade oncológica em Portugal no contexto pandémico de COVID-19.



Fazendo estimativas que o cancro matou 30.168 pessoas em Portugal em 2020^[1], número que tenderá a crescer nos próximos anos face aos atrasos do diagnóstico e tratamento, sendo que o grande impacto nas mortes por cancro deverá sentir-se dentro de um a cinco anos. A LPCC defende que é importante e urgente a reorganização do sistema nacional de saúde em defesa do doente e uma maior aposta em programas de prevenção, deteção precoce e tratamento do cancro em Portugal. Sobretudo, é importante uma reorganização dos Cuidados de Saúde Primários focada nos diagnósticos e na referenciação do doente com cancro.

Relativamente ao programa de rastreios oncológicos nos cuidados de saúde primários, e de acordo com dados do Estudo do Movimento Saúde em Dia^[2], houve menos 18% de mulheres com mamografia realizada, menos 13% de mulheres sem registo de colposcopia atualizada e menos 5% de utentes com rastreio do cancro do colon e reto efetuado, dados que sugerem que muitos casos de novos cancros ficaram por identificar durante os anos de pandemia.

Além da diminuição do número de rastreios, que teve impacto direto nos diagnósticos de cancro, a

LPCC aponta a diminuição da capacidade assistencial dos Cuidados de Saúde Primários face à necessidade de dar resposta à pandemia como fatores que contribuíram para a redução de diagnósticos. Nos casos em que não havia um diagnóstico precoce organizado e que constituem cancros mais agressivos – exemplos do cancro do pulmão, intestino e fígado – verificaram-se mais diagnósticos tardios.

A Liga Portuguesa Contra o Cancro aponta também que o tempo de espera pela emissão de atestados de incapacidade multiuso ao doente oncológico aumentou durante a pandemia e que há doentes a aguardar há mais de dois anos por um documento essencial para acederem aos benefícios, nomeadamente fiscais. A LPCC defende que a situação piorou devido à suspensão de juntas médicas, sendo que o maior problema está nos doentes diagnosticados durante a pandemia.

De acordo com dados do Globocan, o cancro é a 2ª causa de morte mais frequente em Portugal, com 60 467 mil novos casos em 2020. O cancro colorretal é o mais frequente em Portugal, com 10.501 novos casos. De seguida surgem o cancro da mama (7.041), próstata (6.759) e pulmão (5.415). Os números mais recentes da incidência são de 2020.^[3]



Referências bibliográficas:

[1] <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>

[2] Movimento Saúde em Dia - Estudo "O impacto da pandemia COVID-19 e as medidas de recuperação necessárias".

[3] <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>

Falta de confiança política e social agravou pandemia

TEXTO: PAULA FORTUNATO

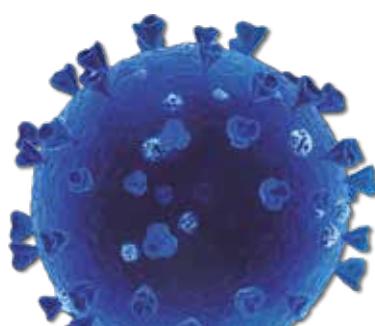
Em dezembro, na rubrica “prova dos factos”, analisamos como as crenças políticas afetam a taxa de vacinação nomeadamente porque a posição parental quanto à vacinação infantil é um processo social complexo e dinâmico que reflete as convicções políticas e sociais dos progenitores. A revisão sistemática que está na base dessa análise está em linha com um outro estudo divulgado em fevereiro no qual se realça que quanto maiores forem os níveis de confiança política e social e quanto menores forem os índices de corrupção governamental, maior será a cobertura da vacinação contra a COVID-19.

Se na análise realizada por Cooper S et al que referimos anteriormente (ver página 49 da edição nº 219), conclui que os pais podem ser influenciados quer por questões políticas quer sociais, de acordo com o estudo interparés publicado agora na revista The Lancet, se todos os países tivessem níveis de confiança política pelo menos tão elevados como os que se registam na Dinamarca (cerca de 75%), teria havido menos 13% de infecções por SARS-CoV-2. Quando colocamos no prato da balança a confiança social (ou seja, a confiança nos outros), se tivéssemos um nível igualmente elevado, o efeito ‘de proteção’ seria ainda maior, chegando a 40% menos infecções em todo o mundo. Segundo este estudo a falta de confiança política e social, associada a índices elevados de corrupção governamental, estão “fortemente relacionados com as mais altas taxas de infecção de COVID-19 do mundo” também porque são fatores que influenciam negativamente a cobertura vacinal. Acresce que, nos países onde a confiança política e social é mais elevada, o respeito e adesão às regras do distanciamento social e às restrições de mobilidade foram maiores.

O estudo - realizado em 177 países e conduzido por investigadores americanos - procurou analisar a variabilidade nas taxas de mortalidade entre países geograficamente próximos tendo concluído que a razão dessas diferenças não se devia unicamente à eficácia das políticas nem ao maior ou menor acesso a cuidados de saúde ou às desigualdades económicas. A confiança política e social revelou ser fator com “relação significativa” com os níveis de infecção e mortalidade por COVID-19.

Entre os países que evidenciam melhor essa correlação, o estudo cita os EUA e França. Do lado oposto, com bons resultados apesar de menores recursos, surgem países como Filipinas ou República Dominicana - cuja qualidade e acesso a cuidados de saúde é deficitária mas que conseguiram manter taxas de infecção reduzidas e menor número de mortes durante o período do estudo.

A boa notícia é que – embora não tenhamos qualquer controlo sobre alguns dos fatores que agravam a pandemia (estação do ano, idade e densidade populacional, etc.) – quanto à confiança política compete aos governos mudar para melhor como foi realçado por Thomas J. Bollyky e Erin Hulland, que colideraram este estudo: “A confiança pode ser estimulada pelos governos” especialmente se usarem “uma clara comunicação de risco e estratégias de envolvimento da comunidade para criar confiança”, e essa será a melhor forma para preparar a resposta a uma próxima pandemia. Tudo isto só é possível mediante maior investimento em estratégias de comunicação de risco e envolvimento da comunidade para aumentar a confiança nas orientações de Saúde Pública.



BIAL Award in Biomedicine 2021

Não investir na ciência é uma forma de negacionismo!

TEXTO: PAULA FORTUNATO

A cerimónia de entrega da segunda edição do BIAL Award in Biomedicine decorreu a 18 de fevereiro no Salão Nobre da Reitoria da Universidade de Lisboa com a presença do Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, que entregou o galardão a Drew Weissman por um trabalho que viria a ser precursor do desenvolvimento de vacinas contra a COVID-19 com base na tecnologia de mRNA. O Presidente da República deixou um alerta para os decisores ao afirmar que piores que os “negacionismos de princípio” são os “negacionismos na prática” pois, embora enalteçam o valor da ciência, recusam-se a investir e apostar no seu reforço...

Nesta edição, o prémio foi entregue à equipa liderada por Drew Weissman pelo trabalho “*Zika virus protection by a single low-dose nucleoside-modified mRNA vaccination*”, investigação que constituiu um contributo muito importante para a prevenção de epidemias associadas ao vírus Zika, mas que teve, simultaneamente, um papel precursor na investigação que permitiu o desenvolvimento de vacinas contra a infecção por SARS-CoV-2, com base na tecnologia de mRNA. Aquilo a que Marcelo Rebelo de Sousa classificou como a “pré-história da investigação” das vacinas contra a COVID-19, enaltecendo assim como esse trabalho, inicialmente feito para ajudar no combate a outro vírus, nos permitiu avançar mais depressa no combate à pandemia. Luís Portela, presidente da Funda-

ção Bial, referenciou a qualidade do trabalho científico, escolhido entre dezenas, “que em muito beneficiou a sociedade e que muito mais poderá beneficiar” pois a investigação é relevante muito além do impacto na luta da humanidade contra a COVID-19, já que abriu caminho “para outras terapêuticas inovadoras”.



Num dia que considerou ser de “celebração”, o Presidente da República sublinhou que prémio científico e premiados representam aqui “o mundo”, razão pela qual “a BIAL cumpriu a sua missão de ligar o universal a todo o universo. A ciência é universal”, recordando que a pandemia fechou o nosso universo de tal forma que até as ideias circularam com maior dificuldade, tal como a esperança no futuro. “Os criadores, pesquisadores, investigadores, cientistas (...) e aqueles que no terreno, no caso os profissionais de saúde são portadores do que a ciência vai construindo ao longo do tempo”.

Não podendo ignorar o tema da negação da ciência, o Presidente da República frisou a pouca perigosidade dos “negacionismos por princípio” pois “são destruídos

“Os negacionismos da prática são os que se traduzem em reconhecer o mérito da ciência mas em hesitar em fazer uma aposta na ciência, a ir mais longe nos recursos disponíveis para a ciência, em converter uma aposta de princípio numa aposta de recursos e de meios” - Marcelo Rebelo de Sousa



em cada esquina pela afirmação da ciência". Já "os negacionismos da prática são os que se traduzem em reconhecer o mérito da ciência mas em hesitar em fazer uma aposta no conhecimento científico, a ir mais longe nos recursos disponíveis para a ciência, em converter uma aposta de princípio numa aposta de recursos e de meios", negacionismos que são, por isso, mais perigosos segundo o chefe de Estado português.

É momento de perceber que o futuro passa precisamente pelo investimento. "A ciência não tem tempos marcados, a não ser a urgência de todo o tempo", frisou Marcelo Rebelo de Sousa, enaltecendo Drew Weissman, recordando que "a ciência é uma maratona que supõe génio, talento e humildade", característica que reconhe-

ce no premiado. "O talento é humilde", afirmou. Dirigindo-se ao galardoado, frisou a qualidade e relevância do trabalho realizado. "O vosso talento mudou o mundo. Obrigado por isso", concluiu Marcelo Rebelo de Sousa, após elogiar também o trabalho de Luís Portela no "incentivo à ciência" e por "persistir em sonhar com um futuro diferente".

Com um valor de 300 mil euros, o BIAL Award in Biomedicine 2021 tem distinguido obras publicadas na área biomédica, nos últimos dez anos, que traduzam um trabalho inovador de excepcional qualidade e relevância científica. Presentes na cerimónia estiveram, entre muitos outros, o reitor da Universidade de Lisboa, Luís Ferreira e o representante do Júri, Menno Witter.



Autores do trabalho premiado

Referimos em seguida a afiliação dos autores do estudo premiado, à data da sua publicação na revista Nature:

- Department of Medicine, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, EUA
- Norbert Pardi, Michael J. Hogan, Hiromi Muramatsu, Veronica M. Holmes & Drew Weissman;**
- Viral Pathogenesis Section, National Institute of Allergy and Infectious Disease, National Institutes of Health, EUA
- Rebecca S. Pelc, Christina R. DeMaso, Kimberly A. Dowd & Theodore C. Pierson;**
- Bioqual Inc., Rockville, EUA
- Hanne Andersen, Wendeline Wagner, Alex Granados, Jack Greenhouse, Michelle Walker & Mark G. Lewis;**
- Duke Human Vaccine Institute, Duke University School of Medicine, EUA
- Laura L. Sutherland, Richard M. Scearce, Robert Parks, Jae-Sung Yu, Charles E. McGee, Gregory D. Sempowski & Barton F. Haynes;**
- Department of Microbiology, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, EUA
- Elinor Willis & Scott E. Hensley;**
- Acuitas Therapeutics, Vancouver, Canadá
- Barbara L. Mui, Ying K. Tam, Thomas D. Madden & Michael J. Hope;**
- Diagnostic Medicine and Pathobiology, College of Veterinary Medicine and the Biosecurity Research Institute, Kansas State University, EUA
- Yan-Jang Huang, Dana Vanlandingham & Stephen Higgs;**
- Center for Virology and Vaccine Research, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, EUA
- Harikrishnan Balachandran, Sujata Sahu, Michelle Lifton & Sampa Santra;**
- BioNTech RNA Pharmaceuticals, Alemanha
- Katalin Karikó;**
- Vaccine Research Center, National Institute of Allergy and Infectious Disease, National Institutes of Health, EUA
- Barney S. Graham.**



ORDEM DOS MÉDICOS



Descubra mais aqui.

www.ordemdosmedicos.pt/



The website displays a quote: "É PRECISO TEMPO PARA GLARIOS, ESCUTAR, FAZER A HISTÓRIA CLÍNICA E O EXAME FÍSICO. É PRECISO TEMPO PARA O DOENTE SER PARTE INTEGRANTE DO SEU PERCURSO DE SAÚDE".



Sem investimento Saúde não é prioridade nacional!

TEXTO: PAULA FORTUNATO

O Conselho Estratégico Nacional da Saúde (CENS) da Confederação Empresarial de Portugal (CIP), que congrega empresas da saúde da indústria farmacêutica aos prestadores privados do setor, veio em fevereiro alertar para o “grave subfinanciamento” do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este Conselho defende que a saúde tem que ser uma prioridade nacional e não aceita que os decisores políticos continuem a não investir naquele que é o bem mais importante para todos os cidadãos.



O Serviço Nacional de Saúde apresentou um défice de 1.100 milhões de euros em 2021 “com a despesa efetiva a aumentar a 7% e a receita a ficar-se pelos 0,5%”, traduzindo um défice “muito significativo”, “o que representa um enorme agravamento face ao previsto no Orçamento do Estado” para o ano passado (89 milhões de euros) e coloca o país naquele que é o “maior défice orçamental alguma vez registado”, lia-se no comunicado do CENS, resultados a que não é obviamente alheio o impacto do combate à pandemia.

Segundo o CENS, a execução orçamental do SNS demonstra claramente a “situação de grave subfinanciamento, com as transferências do Orçamento do Estado a ficarem muito aquém das verdadeiras necessidades que decorrem da atividade assistencial” normal. Perante esse cenário é “imprescindível aumentar a dotação orçamental para cumprir compromissos, recuperar a atividade assistencial tão afetada pela pandemia e garantir o acesso aos cuidados de saúde de que os portugueses necessitam”, sob pena de, se assim não for, o país não estar a prestar

os cuidados de saúde adequados aos seus cidadãos.

“Ainda do lado da despesa, continua também a registar-se um corte no investimento do SNS. Assim, em 2021, o investimento do SNS retraiu-se mais de 19% e ficaram por realizar mais de 40 milhões de euros do valor inicialmente orçamentado”, alertou o CENS em comunicado, uma situação que é exatamente o oposto do que esse Conselho preconiza para a saúde quando pede que os decisores políticos a coloquem como prioridade nacional.

Referindo-se à capitalização que “o Estado injetou, em dezembro”, nos hospitais, o CENS faz uma análise pragmática e explica que “na prática, esse financiamento serviu essencialmente para reduzir dívida vencida. Desta forma, os pagamentos em atraso diminuíram em cerca de 565 milhões de euros no último mês do ano, tendo sido repostos os níveis que existiam em dezembro de 2020”, esclarecem.

O Conselho Estratégico Nacional da Saúde é um órgão da CIP que reúne oito associações do setor, representando mais de 4.500 empresas que empregam cerca de 100 mil pessoas.

Segundo o CENS, a execução orçamental do SNS demonstra claramente a “situação de grave subfinanciamento, com as transferências do Orçamento do Estado a ficarem muito aquém das verdadeiras necessidades que decorrem da atividade assistencial” normal.

Comunicar com o coração



GRAÇA TEÓFILO

Communications & Public Affairs Manager Grupo GCI

A profissão de médico e a de consultor de comunicação têm uma particularidade em comum: toda a gente sabe um pouco de medicina, toda a gente gosta de opinar sobre comunicação.

Quantas vezes, durante uma consulta, ouviu a frase "pesquisei no Google" e "acho que tenho xxx? Acredito que foram muitas as vezes. No meu caso, os meus clientes dizem "quero estar neste programa, porque tem muita audiência". A verdade é que nos dois casos o ridículo (e permita-me o adjetivo) acontece. Quem consulta um médico ou um consultor de comunicação tem à frente o especialista, mas parece que em formato de "TPC" já fez o diagnóstico e tem a receita. A mim apetece responder ao cliente: "então, arregace as mangas e vá à luta". A si, que é médico/a, deve apetecer responder bem pior, tanto mais quando sabe que os portugueses gostam da automedicação.

Mas vamos centrar o foco na importância da comunicação e nas competências comunicacionais que profissionais habituados a uma linguagem hermética nunca devem perder de vista. Estes profissionais de que falo são os médicos, os profissionais em quem os portugueses mais confiam, segundo o estudo Marcas de Confiança 2022.

Nunca como hoje a relação médico e paciente (ou cliente, nunca sei a melhor terminologia e por isso vou usar "recetor") foi tão importante, e também nunca como hoje se falou tanto em "humanização da saúde". Mas, para que esta humanização seja concreta não basta ser simpático. Há que ser empático, usar uma linguagem acessível e ter atenção à linguagem corporal.

A profissão de médico está intrinsecamente associada ao uso de bata branca, a pessoa que tem a receita para a cura, que está ali para ajudar. Por isso, tenha sempre presente que a generalidade dos seus recetores não comprehende linguagem técnica, nem muitos dos termos que usa para informar acerca da patologia.

Lembre-se que muitos dos recetores não gostam de dizer "Dr., não estou a perceber..." e refugiam-se na pesquisa junto do "Dr. Google". A minha sugestão é que use com o seu recetor a mesma linguagem que usaria com uma criança que está a entrar na adolescência. Lembre-se que tem de ser empático. E esta sugestão é válida não apenas quando está no seu consultório, mas também quando está a fazer uma apresentação em público, quando tem uma assistência heterogénea.

Lembre-se que comunicar é a melhor forma de aproximar as pessoas. Se comunicarmos com recurso a uma linguagem simples e direta estaremos a aproximar-nos do nosso recetor, e isso é tudo o que um profissional de saúde (e de comunicação) deseja para o seu dia-a-dia.

Nos últimos tempos muito se tem falado no trabalho que o Almirante Gouveia e Melo, que personaliza uma equipa de profissionais de várias áreas, fez durante o processo de vacinação contra a COVID-19. Qual o segredo do sucesso? Este profissional agarrou um projeto que já estava a rolar e deu-lhe uma nova roupagem, a começar pela comunicação verbal e não verbal. Com uma linguagem acessível – a falar com o coração – e mensagens genuínas e que todos compreendemos, o líder da *task force* agarrou os seus clientes (entenda-se recetor da mensagem).

Falar em público, mesmo para os pares, é outra área que do meu ponto de vista a classe médica necessita de melhorar. Sabemos que um orador é sempre alguém reputado, que inspira confiança e é um modelo para os seus pares ou alunos. Mas quantas vezes no papel de recetor pensou em abandonar a sala? E porquê? Porque o orador (emissor) era monocórdico, porque a apresentação era péssima, porque na verdade a mensagem era tão fechada que perdeu o interesse.

Sempre que está num palco lembre-se que necesita de ter a plateia consigo, entusiasmada e, sobre tudo, atenta ao que está a dizer (emitir).

Segredos para isso? Deixo-lhe três dicas:

- Tente modificar o registo de voz pontualmente, de forma a não tornar/ter um discurso monocórdico;
- Um discurso longo só atrapalha a mensagem – aposte em frases curtas que sintetizem a mensagem-chave a passar;
- Seja claro, conciso e simples.

Se estiver em televisão ou na rádio, às três dicas anteriores junta mais algumas:

- Tenha um aspeto cuidado e evite padrões como riscas e quadrados;
- Dê respostas curtas, concisas e diretas – uma frase, uma ideia;
- Utilize argumentos com impacto mediático – ideias claras, com princípio, meio e fim;
- Evite ser demasiado explicativo. É preferível sacrificar o rigor, mas ser ouvido;
- Evite ser muito técnico – a mensagem chega a tantas mais pessoas quanto mais simples for (fale com o coração);
- A comunicação não-verbal é tão importante como a verbal. Por isso: mantenha as mãos visíveis, mas não gesticule demasiado; tenha atenção aos ruídos junto do microfone, que

poderão dificultar a clareza das suas mensagens; se usar acessórios (relógio, por exemplo) evite que batam na mesa; no caso de ter cadeira giratória evite balançar-se enquanto fala; no caso de estar de pé, coloque um pé ligeiramente à frente do outro, por forma a ficar com os ombros direitos;

- Assuma uma postura simpática e frontal, de quem “não tem nada a esconder”;
- Fale olhando o entrevistador/ interlocutor nos olhos e não a câmara.

Este conjunto de dicas pode parecer uma verdadeira tolice, mas a verdade é que resultam quando falamos ou nos expomos perante o público, ou quando estamos frente-a-frente com o nosso recetor. Por isso, deixo mais uma dica: perca a vergonha e treine em frente ao espelho. Acredite que, tal como treinou para ser o melhor na sua área de expertise, também será um dos melhores a comunicar.

Tecnologia e medicina salvam vidas, mas quando juntamos tecnologias de comunicação ao serviço da medicina, a simbiose ainda não é tão perfeita. Do ponto de vista do profissional da comunicação esta é uma lacuna que deve preencher. Não tenha receio de participar em conferências, seminários, workshops online. Pode não sentir o ambiente, mas serão uma mais-valia e poderá conversar com os seus pares nos quatro cantos do mundo. Cuide do seu LinkedIn, como cuida dos seus clientes em tele-consulta.

Lembre-se que comunicar é a melhor forma de aproximar as pessoas. Se comunicarmos com recurso a uma linguagem simples e direta estaremos a aproximar-nos do nosso recetor, e isso é tudo o que um profissional de saúde (e de comunicação) deseja para o seu dia-a-dia.

TEXTO: MÁRCIA MENDONÇA

Maria de Sousa, uma referência:

No âmbito da Celebração do Dia Internacional das Mulheres e Raparigas na Ciência, relembramos Maria de Sousa, a mulher, a médica e a cientista que marcaram Portugal e o mundo com o seu empenho e força, sendo um exemplo para as gerações de hoje.

O Dia Internacional das Mulheres e Raparigas na Ciência celebra-se, anualmente, a 11 de fevereiro. Esta efeméride foi criada pela *Royal Academy of Science International Trust* (RASIT) e pelo Departamento dos Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas (DESA), em fevereiro de 2015. Viria a ser instituída mais tarde, através da Resolução 70/212 da Assembleia Geral das Nações Unidas, a 22 de dezembro de 2015. Este dia tem como objetivo destacar o papel primordial que as mulheres desempenham na produção de conhecimento científico, bem como sensibilizar a sociedade civil para a importância de derrubar as barreiras promovidas pela desigualdade entre géneros no acesso à educação e a carreiras, nomeadamente na área das ciências exatas. No âmbito desta efeméride, recordamos Maria de Sousa, médica e uma das mais brilhantes cientistas portuguesas.

Nascida em Lisboa em 1939, Maria de Sousa licenciou-se em Medicina em 1963, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. No ano seguinte, foi para o Reino Unido como bolsa da Fundação Calouste Gulbenkian, para o *Imperial Cancer Research Found*, em Mill Hill, Londres. Foi nesta organização que, em 1966, fez a sua primeira grande descoberta, presente em qualquer manual de imunologia dos dias de hoje, onde identificou a migração organizada dos linfócitos, as células do sistema imunitário. Tendo publicado esse estudo inovador na revista *Journal of Experimental Medicine*, uma revista científica de referência.



Em 1967, rumou à Escócia onde se doutorou em Imunologia no Departamento de Bacteriologia e Imunologia da Universidade de Glasgow. Durante a década de 70, foi investigadora e professora assistente em várias Universidades do Reino Unido e dos Estados Unidos da América, nomeadamente no *Cornell Medical College* e na Faculdade de Medicina de Harvard, tendo sido diretora do Laboratório de Ecologia Celular no Instituto Sloan Kettering de Investigação em Cancro, em Nova Iorque.

Já na década de 80, voltou a Portugal para estudar a Hemocromatose Hereditária, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), onde foi professora Catedrática e onde fundou o mestrado em Imunologia. Em 1986 e 1993, foi membro do Conselho Consultivo da Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológico (JNICT), atual Fundação para a Ciência e a Tecnologia, para as Ciências da Saúde. Em 1987, realizaram-se as Jornadas Nacionais de Investigação Científica e Tecnológica, das quais Maria de Sousa fez parte da Comissão Organizadora, um evento ligado à investigação em Ciência em Portugal.

"Escreve uma mulher feliz: por ser cientista, por ser livre"

Na década de 90, entre 1990 e 1993, foi presidente da Comissão Coordenadora de Investigação, no âmbito do Programa Mobilizador de Ciência e Tecnologia, para a área das Ciências Médicas. Foi uma das principais responsáveis pela criação do Programa Graduado de Biologia Básica Aplicada (GABBA) na qualidade de membro da Comissão Coordenadora. Este programa resultou da reestruturação de quatro mestrados e consistia no financiamento de bolsas de doutoramento atribuídas aos candidatos selecionados pelas comissões de coordenação dos Programas. Em 1998 o programa foi novamente reformulado e transformado num programa de doutoramento, de reconhecimento internacional.

Em 2014, Maria de Sousa publicou o livro *Meu Dito, Meu Escrito. De ciência para cientistas, com um monólogo da caneta*. Um

livro, tal como o nome deixa antever, sobre ciência e cientistas, que reúne textos escritos ao longo de vários anos, na forma de anotações, dedicatórias e memórias. Esta foi uma das várias provas que materializam a capacidade ímpar que a investigadora possuía de aliar conhecimento científico a uma vertente humanista e cultural muito vincada.



Maria de Sousa foi um marco muito importante no envolvimento das mulheres em posições de liderança e responsabilidade em áreas científicas, tendo sido um exemplo a seguir. A sua vida e obra foram, várias vezes, premiadas e celebradas. Em 1994, rece-

beu o Prémio Bial pelo seu trabalho "Contribuição para a caracterização das Ecologia e da Biologia do Sistema Timo-Dependente: Memórias, Percursos e Esboço de uma nova Teoria". No ano seguinte, foi distinguida com o Grau de grande-oficial da Ordem Infante D. Henrique, por Mário Soares. Já em 2004, recebeu o Prémio Estímulo à Excelência e em 2009 recebe a Medalha de Ouro de Mérito Científico do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Em 2011, foi-lhe atribuído o Título de Professora Emérita da Universidade do Porto e, no mesmo ano, recebe o Prémio Universidade de Coimbra, tendo vindo a receber o Prémio Universidade de Lisboa, em 2017. Ainda em 2012, foi distinguida com o Grau de grande-oficial da Ordem Militar de Santiago da Espada por Aníbal Cavaco Silva e em 2016, foi premiada por Marcelo Rebelo de Sousa com o Grande-colar da Ordem Militar de Santiago da Espada.

Maria de Sousa dedicou a sua vida à ciência, sendo uma das maiores referências para o país. Dedicou-se também muito a Portugal, tendo incentivado em larga escala a evolução da ciência e dos cientistas portugueses. Viria a falecer a 14 de abril de 2020, com 81 anos, vítima de COVID-19. No mesmo ano, a Ordem dos Médicos e a Fundação Bial criaram o Prémio de Investigação Maria de Sousa, em sua homenagem.



Colégio da Especialidade de Otorrinolaringologia

01

Quais são as prioridades da especialidade para o triénio atual?

As prioridades com que a especialidade está confrontada são fundamentalmente relacionadas com a melhoria dos cuidados prestados, estando subjacente a preparação dos especialistas e os desafios da subespecialização.

A área da Otorrinolaringologia-Cirurgia da Cabeça e PESCOÇO, pela sua abrangência, torna prioritária a colaboração com outras especialidades num trabalho multidisciplinar desafiante para todos.

02

Como analisa as consequências da concentração de recursos no combate à pandemia?

A pandemia COVID-19 trouxe grandes desafios à especialidade, desde logo com a adaptação ao contacto com os doentes, que numa especialidade de proximidade e grande exposição como a nossa, nos permitiu chegar ao ponto de equilíbrio sem aumento de riscos quer para os doentes quer para os especialistas.

Depois as restrições do acesso a consultas de cuidados primários, vieram agravar as situações clínicas com que a especialidade foi confrontada, tendo a suspensão parcial da atividade formativa, prejudicado os jovens médicos, que foram, a par dos doentes, os principais prejudicados.

03

Quais são as maiores preocupações dos especialistas para os próximos anos?

As preocupações dos Otorrinolaringologistas-Cirurgiões da Cabeça e Pescoço, estão focadas na evolução técnica e tecnológica.

Sabemos que é uma especialidade que necessita de muito investimento em meios complementares de diagnóstico e equipamentos de apoio à cirurgia, sendo fundamental que o SNS e os grupos da medicina privada, façam apostas nestas áreas.

04

Quais os maiores avanços que podemos esperar na Otorrinolaringologia?

Acreditamos, na sequência do que tem sido feito, que a especialidade vai progredir nas áreas de investigação do nosso tempo, como o diagnóstico genético, a electro medicina, a medicina molecular e a medicina personalizada.

05

Temos médicos especialistas suficientes?

Segundo trabalho publicado pela Universidade de Coimbra em 2012 havia 568 especialistas de Otorrinolaringologia, que correspondia a 1 especialista para 18.594 habitantes.

Em 2020 havia 650 especialistas inscritos no Colégio de Otorrinolaringologia, traduzindo uma estabilidade no número de especialistas, que se pretende manter.



ARTUR MENDES

Colégio da Especialidade de Nefrologia

01

Quais são as prioridades da Nefrologia para este triénio?

- Revisão da avaliação final, currículo e conteúdo programático do Internato de Formação Específica em Nefrologia;
- Melhoria da relação de interdisciplinaridade com outras especialidades médicas, com destaque para a Medicina Geral e Familiar;
- Promoção da prevenção da progressão da doença renal crónica;
- Estímulo da preparação individualizada e atempada do início da técnica de substituição da função renal, com envolvimento do utente e família e discussão de expectativas, benefícios, prognóstico, valores e objetivos;
- Desenvolvimento de subespecializações dentro da Nefrologia (Nefroncologia, Genética Médica, Cuidados Paliativos...);
- Redução da pegada ecológica das Unidades de Hemodiálise.

02

Quais foram os principais desafios que a pandemia trouxe à especialidade que representa?

- Continuar a tratar dos doentes, minimizando os riscos de transmissão da infecção por SARS-CoV-2, e nunca descurar o tratamento dos doentes para diminuir os riscos de transmissão;
- Assegurar a continuação da prestação de cuidados aos doentes nefrológicos, incluindo os transplantados renais, muitas vezes com recurso a ferramentas de telemedicina;
- Manutenção da construção de acessos vasculares e tratamento da disfunção dos mesmos.

03

Estaremos já a recuperar os doentes que ficaram para trás?

Sim, mas com prejuízos irrecuperáveis em diversas áreas, como os acessos vasculares para hemodiálise e a transplantação renal.

04

Quais os maiores desafios que irão enfrentar os especialistas em Nefrologia nos próximos anos?

- Criação de condições para administração de terapêutica individualizada ao doente e patologia concreta (Nefrologia de Precisão);
- Criação de condições para alargamento da oferta de modalidades domiciliárias de tratamento de substituição da função renal.

05

Temos médicos especialistas suficientes?

Não, com os recursos humanos atualmente existentes não é possível a obtenção dos objetivos superados e a melhoria global da prestação dos cuidados nefrológicos.

TEXTO: MÁRCIA MENDONÇA

Saúde mental: e depois da pandemia?



Pedro Morgado, médico psiquiatra, já se tinha vindo a destacar no âmbito de projetos de apoio à saúde mental, nomeadamente na vertente digital. Em 2020, ano em que a pandemia de COVID-19 se instalou em Portugal, foi um dos impulsoradores de um projeto que procurava garantir consultas gratuitas por videochamada a colegas médicos e outros profissionais de saúde no âmbito das consequências causadas pela enorme e extraordinária carga de trabalho que enfrentavam e que despoletou, em muitos casos, a síndrome de burnout. “Cheguei à urgência e fui abordado por vários médicos e enfermeiros que queriam falar. Alguns apresentavam intensa ansiedade, a necessitar de consulta médica enquanto outros apenas queriam falar”, revelou Pedro Morgado em entrevista à revista da Ordem dos Médicos (ROM) ainda em 2020.

Em declarações à ROM, destacou o papel fulcral desempenhado pela Associação Centro de Medicina Digital P5, uma organização sem fins lucrativos, iniciativa da Escola de Medicina da Universidade do Minho. Esta estrutura tem como objetivo contribuir para a promoção e melhoria da saúde dos cidadãos em áreas pouco exploradas no Serviço Nacional de Saúde, através do recurso a novas tecnologias. Com esta dinâmica já montada, foi mais fácil a criação do projeto *“Promoting Mental Health During Pandemic”*. A iniciativa conta como objetivos principais a compreensão do impacto da pandemia COVID-19 na saúde mental da população adulta residente em Portugal, bem como o desenvolvimento de ferramentas que permitam a automonitorização da saúde mental e, ainda, a orientação das situações que possam beneficiar de cuidados de saúde. O projeto é liderado pelo Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde (ICVS) da Escola de

Medicina da Universidade do Minho, sob coordenação de Pedro Morgado, e foi financiado pela FCT no âmbito do programa *Research4Covid*.

Foi neste âmbito que foi dado o salto para o desenvolvimento da app P5 Saúde Mental, cujo principal objetivo é permitir que o utilizador faça uma autoavaliação de sintomatologia ansiosa ou

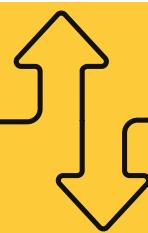
rios: um relacionado com sintomatologia ansiosa e, outro, com sintomatologia depressiva. Após a avaliação das suas respostas, o utilizador recebe feedback em relação aos níveis de sintomas, bem como a indicação sobre se deve ou não procurar ajuda de um profissional de saúde. Além disso, caso os testes verifiquem que não existe necessidade de ajuda profissional, a aplicação promove "uma série de técnicas, que [os utilizadores] podem implementar, para promoverem o seu bem-estar", explicou Pedro Morgado ao JN. Entre estas técnicas destacam-se estratégias para melhores hábitos de sono, táticas de relaxamento e de gestão emocional.

depressiva, propondo indicar-lhe qual o auxílio profissional mais benéfico para cada caso. Em declarações ao Jornal de Notícias (JN), Pedro Morgado explicou que a app não foi desenvolvida com "a perspetiva de tratamento de doenças, mas sim de prevenção e de disseminação de informação com vista à literacia em saúde mental", permitindo, acima de tudo, "que as próprias pessoas sejam promotoras ativas da sua saúde mental".

A app P5 Saúde Mental procura ser intuitiva, promovendo um funcionamento simples através de um avaliador de sintomas executado por médicos, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas. O processo inicia-se através da resposta a dois questioná-

Apesar de reconhecer a importância de desenvolver algoritmos como este, acessíveis a toda a população, destacando que são iniciativas como esta que podem fazer a diferença na vida das pessoas, Pedro Morgado lembra que a app não efetua, não pode, nem tem como objetivo efetuar, diagnósticos, nem substitui uma avaliação personalizada feita por médicos. A aplicação visa apenas ajudar o paciente na tomada de decisão. Para isso, utiliza dois instrumentos conhecidos da prática clínica: o PHQ-9, para pesquisar a presença de sintomas depressivos, e o GAD-7, para pesquisar a presença de sintomas ansiosos.

Totalmente gratuita, esta app é a primeira ferramenta do género a ser criada em Portugal e está disponível para download em Android e IOS. Será totalmente dedicada a questões do foro psicológico, contudo a equipa de investigadores está empenhada para a desenvolver cada vez mais, conferindo-lhe novas funcionalidades de auxílio aos doentes, como por exemplo, "lidar com situações de luto e outras áreas em que é importante promover a literacia em saúde mental."



3

doentes com uma paralisia sensório-motora completa recuperaram funções motoras depois de tratamento baseado em estimulação elétrica personalizada à espinal medula, conforme noticiou o jornal espanhol ABC. O sistema foi desenvolvido por investigadores da École Polytechnique Fédérale de Lausanne e os resultados foram publicados na revista Nature.

Projeto português permite detetar Alzheimer numa fase precoce

Um projeto de investigação português liderado pela Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica no Porto e que conta com a colaboração do Hospital de São João, das faculdades de Medicina e de Engenharia da Universidade do Porto e do Instituto Politécnico de Bragança, pode vir a revolucionar o diagnóstico da doença de Alzheimer, numa fase muito precoce em que ainda nem sequer existem sintomas. Trata-se de um projeto no domínio da Inteligência Artificial.



Estudos avançam para vacina mRNA de tratamento do cancro

Uma vacina personalizada, mRNA, dada a doentes com certos tipos particulares de cancros agressivos poderá ajudar o sistema imunitário a combater esta patologia, abrindo uma nova possibilidade de tratamento. Atualmente, os ensaios clínicos de fase 1 estão em execução para melanoma metastático, cancro do trato gastrointestinal, cancro colorretal, cancro do pâncreas, ovário e pulmão.



Diagnósticos de COVID-19 descem 38%

Portugal passou a barreira dos 3 milhões de casos de COVID-19 diagnosticados desde o início da pandemia, sendo que mais de metade desses casos verificou-se já em 2022. Em fevereiro, a redução da incidência e do nível de transmissibilidade foram significativas, uma tendência a nível nacional que se acentuou e que permitiu equacionar o alívio de medidas.

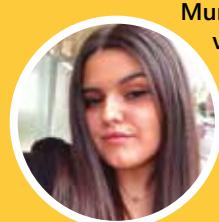
Segunda dose aumenta dez vezes os anticorpos

Um estudo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge divulgado no dia 22 de fevereiro indica que a segunda dose da vacina contra a COVID-19 aumenta dez vezes os anticorpos contra o SARS-CoV-2. "Foi igualmente observado um aumento dos anticorpos neutralizantes do SARS-CoV-2 na mesma ordem de grandeza", referiu o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.



**GOSTARIA QUE SE
APROFUNDASSE
UMA UNIÃO EUROPEIA
DA SAÚDE?**

Acredito que não seria necessária a criação de uma união europeia de saúde uma vez que já existe a Organização Mundial de Saúde, a nível mundial e a nível europeu, já existe o cartão europeu de saúde que facilita muito os cuidados de saúde a cidadãos da União Europeia que estejam fora do seu país.



Constança Nunes, Estudante de mestrado em Comunicação Cultura e Tecnologias da Informação

Obesidade como fator de aumento da demência

Um estudo, divulgado na revista científica *The Lancet*, estima que a nível global serão 153 milhões de pessoas a ter demência em 2050. Este cálculo pondera fatores como o envelhecimento da população e o aumento da incidência de fatores de risco, como a obesidade.



OBSERVADOR

Poluição do ar causa quase 2 milhões de mortes

A poluição urbana levou à morte prematura de mais de 1,8 milhões de pessoas no ano de 2019. Os números são mencionados num novo estudo que conclui que 86% dos habitantes das cidades do mundo (2,5 bilhões) estão expostos a níveis médios anuais de partículas finas que excedem as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2005. Um segundo estudo conclui pela relação causal de quase dois milhões de novos casos de asma infantil em resultado da poluição do ar por dióxido de nitrogénio causado pelo trânsito.



Mais de **1000** é o número de médicos de família que atinge este ano a idade da reforma e que irá provavelmente aposentar-se do Serviço Nacional de Saúde.

Mais de 200 mil portugueses em listas de espera para cirurgia

Há mais de 200 mil portugueses em lista de espera para cirurgia, sendo que muitos deles constam nesta lista desde 2020. Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, em 2021 foi realizado o número mais alto de intervenções cirúrgicas desde que há registo, contudo não foi suficiente para compensar as intervenções que ficaram por fazer em 2020. O bastonário da Ordem dos Médicos alertou que "...aquilo que ficou por fazer no ano de 2020 ainda não foi recuperado" e que se tal recuperação não ocorrer rapidamente deixará de ser possível recuperar esses doentes... "Há doentes que não terão resposta", lamenta em face dos números atuais: em 2021 foram feitas 700 mil cirurgias, contudo ainda faltam as 120 mil intervenções adiadas em 2020, bem como os milhares de doentes que nem chegaram a entrar no sistema, área que também preocupa o representante máximo dos médicos.

Cancro: faltou referenciação

Em 2020, doentes em estados mais avançados de cancro, chegaram ao IPO do Porto. O impacto da pandemia fez-se sentir na diminuição da referenciação e no aumento da mortalidade por cancro. Tal como nas outras áreas cirúrgicas, 2021 ficou marcado pela tentativa de recuperação da atividade, conforme explicou em feve-

reiro de 2022 à imprensa, o presidente Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, Rui Henrique. Devido à falta de referenciação, "na ordem dos 17%", chegaram menos doentes ao IPO, e os que chegaram estavam "numa parte mais avançada" da doença, fator que contribuiu para o referido aumento da mortalidade.



Bárbara Dias, Estudante de licenciatura em Estudos Europeus
Penso que, ao aprofundar a União Europeia da Saúde, todos seriam beneficiados. Quer pela possibilidade inovação, ao preparar e adaptar cada país para as mudanças futuras, como pelas melhorias que poderiam ser efetuadas para aperfeiçoar os sistemas de saúde, resultando assim numa melhor acessibilidade e eficácia a nível europeu.

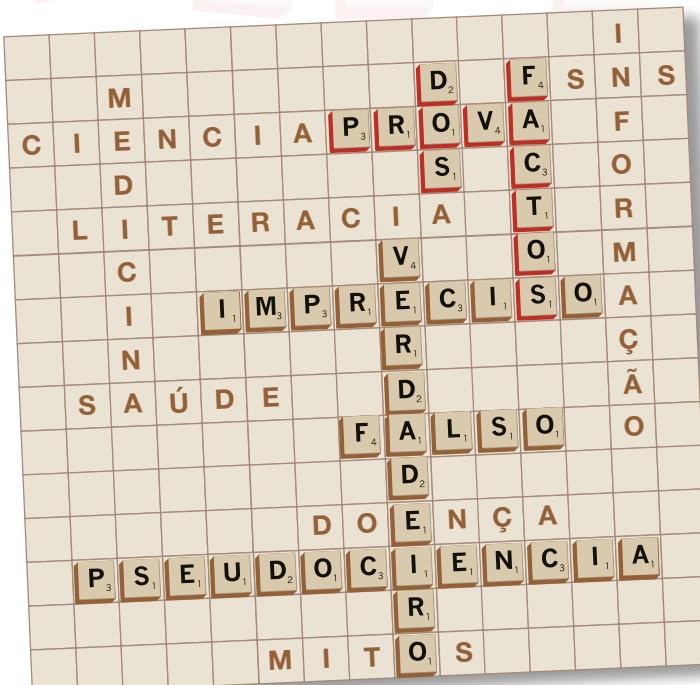
Bárbara Dias, Estudante de licenciatura em Estudos Europeus

Maria Edite, Oficial de Registos e Notariado
Acredito que faria sentido porque é necessário uniformizar procedimentos na comunidade europeia e adquirir novos conhecimentos, com vista à obtenção de melhores resultados para os doentes. Além disso, os profissionais de saúde ao partilharem o seu conhecimento, desenvolveriam também as suas competências e os doentes seriam beneficiados.



Maria Edite, Oficial de Registos e Notariado

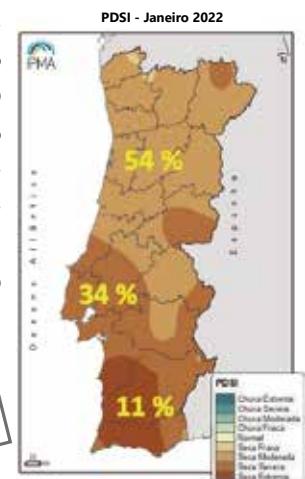
PROVA DOS FACTOS



PESQUISA: MÁRCIA MENDONÇA

Cerca de 99% do território português "está em seca moderada, severa ou extrema"?

Os dados foram apresentados no Parlamento Europeu e divulgados no Facebook por José Manuel Fernandes, eurodeputado do PSD. "99% do território português encontra-se em seca grave." De acordo com a Avaliação das Condições Meteorológicas divulgada pelo Instituto do Mar e da Atmosfera a 27 de janeiro de 2022, 54% do território encontrava-se em seca moderada, 34% em seca severa e 11% em seca extrema, somando os valores obtemos os 99% mencionados. Porém, os dados apresentados tratam apenas o território de Portugal Continental, não integrando todo o território português.



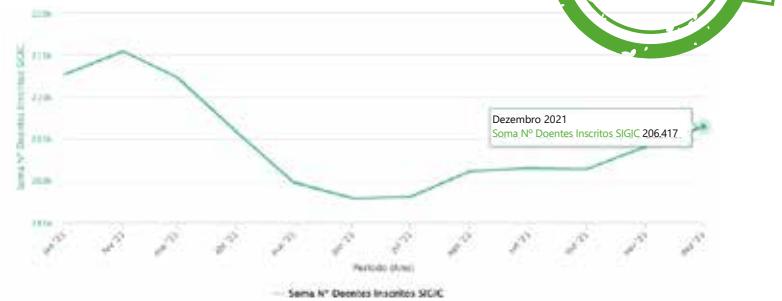
Médico de família para todos os portugueses é uma promessa com mais de 30 anos?

De acordo com o Polígrafo, o tema foi tratado primeiramente no programa de Cavaco Silva, "Portugal no bom caminho". Nas eleições seguintes, foi a vez de António Guterres com o programa "Do PS e da Nova Maioria". Em 2002, Durão Barroso volta a incluir promessas acerca dos cuidados de saúde primários em "Compromissos de Mudança" (PSD). Em 2009, a bola passa para o PS de José Sócrates através do programa "Avançar Portugal 2009-2013". Em 2011, Pedro Passos Coelho insiste com o programa "Mudar Portugal – Recuperar a Credibilidade e Desenvolver Portugal". Em 2015, António Costa com o programa "Alternativa de Confiança", promete "prosseguir o objetivo de garantir que todos os portugueses têm um médico de família", contudo reconheceu nas legislativas de janeiro que tinha falhado o compromisso.



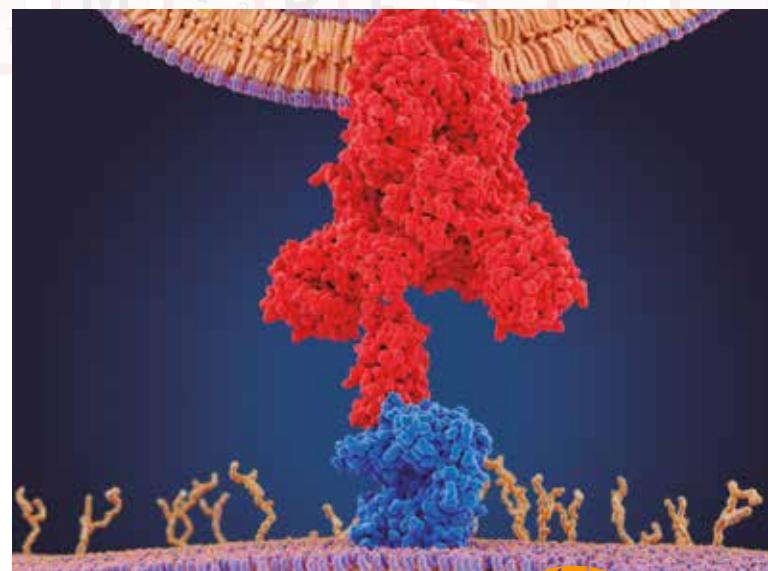
Mais de 206 mil portugueses estão inscritos nas listas de espera para cirurgias?

Uma publicação no Facebook alertava para os "206 mil portugueses à espera de cirurgia", excluindo os milhares fora do sistema. Em relação às listas de espera, os dados apresentados no portal Transparência do SNS, indicam que, no final de 2021, havia 206.417 doentes inscritos no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Porém, até dezembro de 2021 realizaram-se 708.922 cirurgias programadas e urgentes, um aumento de 22,4% em relação a 2020, onde se realizaram apenas 578.987 cirurgias. Resta ainda ao SNS debruçar-se sobre os doentes que permanecem fora do sistema.



Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos confirma que pessoas vacinadas estão a desenvolver novas variantes?

Uma publicação no site de notícias falsas, "Getaway Pundit", afirma que o "Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CCPD) dos EUA confirma que 80% dos casos de COVID-19 causados pela ómicron nos EUA são indivíduos vacinados – e 33% receberam a dose de reforço!". Estas informações são ditadas com base num relatório do CCPD e são, de facto, verdadeiras. Porém, o artigo afirma, erradamente, que são as vacinas que estão a criar as novas variantes. As novas variantes surgem pelas mutações na sequência do genoma do vírus. Quanto menos pessoas se vacinarem, mais facilmente o vírus se replica e mais mutações irão surgir.



Proteína Spike, com elementos presentes em vacinas contra a Covid-19, é "tóxica"?

A afirmação foi feita pelo médico norte-americano Robert Malone num vídeo de Facebook. Apesar de ter chegado a trabalhar com a tecnologia mRNA nos anos 80, Malone está a disseminar informação falsa. A segurança das vacinas mRNA já foi confirmada por várias autoridades sanitárias e, também, já foi explicada: as vacinas ensinam as células a produzir a proteína "spike", de forma a desenvolverem uma resposta imunitária ao vírus, através do reconhecimento do mesmo pelo nosso sistema imunológico. Além disso, não existem estudos que confirmem que a proteína é prejudicial ao ser humano.



É obrigatório que a letra do médico seja legível nas prescrições?

A tutela decidiu – por pedido reiterado da Ordem dos Médicos (OM) – prolongar a opção de os médicos passarem receitas em papel em vez de via eletrónica, contudo alguns utentes afirmam ter dificuldades em compreender a caligrafia do seu médico. De acordo com o Código Deontológico da OM, publicado em Diário da República, as prescrições devem "ser claras redigidas de forma legível e (...) apresentar de forma inequívoca o nome e número de cédula", bem como "redigidas em língua portuguesa e manuscritas a tinta com letra bem legível."



Cantar para acabar com o estigma associado à doença mental

TEXTO: MÁRCIA MENDONÇA

Dos corredores do hospital para os corredores de salas de espetáculo, Inês Homem de Melo é médica psiquiatra e cantora. Recorda os tempos em que tinha de conciliar os estudos de medicina com os estudos da música e as dificuldades que enfrentou.

Nascida no Porto em 1991, Inês Homem de Melo cresceu numa família de médicos, tendo vindo tornar-se também médica psiquiatra. Tornou-se conhecida de todos os portugueses graças à sua participação no Festival da Canção de 2022, contudo o seu percurso na música é muito mais antigo. Aos 8 anos ingressou no coro infantil do Círculo Portuense de Ópera, por incentivo da mãe, onde permaneceu até aos 16 anos. No 12º ano de escolaridade prosseguiu os seus estudos na música ao entrar para o Conservatório de Música do Porto, "quando entrei já sabia que teria de arranjar maneira de conciliar os estudos da escola, numa fase exigente, com os estudos do conservatório e mais tarde com a faculdade", recorda.

Apesar de ter optado por ingressar em medicina, admite que no final do 12º ano de escolaridade teve dúvidas "se seguiria as artes performativas, nomeadamente para ser atriz", mas acabou "por seguir as pisadas da família". "Nessa altura, para mim ser adulto era igual a ser médico, era a vida adulta que eu conhecia de perto, por isso foi quase uma não-escolha", disse-nos. Todavia, não se arrepende de ter tomado essa

decisão, "Cresci a ver alguns colegas dos meus pais e a minha própria mãe a serem médicos e artistas ao mesmo tempo. Fui para medicina sabendo que podia fazer as duas coisas."

Não querendo abdicar de nenhuma das áreas, Inês recorda que a conciliação do estudo da música com o curso de medicina foi muito árdua. "O curso de medicina é muito exigente e o conservatório também exige muito estudo." No ano comum foi para Lisboa, para os Hospitais Centrais, e mais tarde iniciou o internato de Psiquiatria no Hospital Egas Moniz. Durante o ano de IAC, fez uma residência artística durante 4 meses. "Foi irónico porque comecei a trabalhar como médica na mesma altura em que comecei a cantar profissionalmente, de forma séria e regular. Na residência tinha que atuar quatro vezes por semana, e esse período coincidiu com o estágio de medicina interna." Apesar de todo o esforço e dedicação que foram necessários, Inês recorda esses tempos com carinho e, sobretudo, como uma grande aprendizagem. "Acho que ter tantas atividades me ajudou porque fui obrigada a rentabilizar todos os momentos que tinha disponíveis. Ter uma

vida dupla é benéfico para qualquer pessoa, mas não precisa de ser totalmente dupla. O importante é ter um interesse/hobby que ocupe parte do tempo e do pensamento. É muito útil para obrigar a pessoa a desligar do seu trabalho. O burnout acontece quando o trabalho toma conta de todas as áreas da vida da pessoa, incluindo a pessoal. Quando se tem outras coisas para além do trabalho onde se focar, vai ser mais difícil que o burnout se instale. Do ponto de vista da saúde mental é muito importante."

A psiquiatra relembra que durante o curso de medicina temeu não encontrar nada que a fizesse sentir muito realizada, mas tudo mudou quando teve o primeiro contacto com a psiquiatria. "Conhecer o mundo interno do doente, a sua vida e a sua circunstância apaixonam-me. A subjetividade da palavra também me apaixona muito, tendo em conta a minha paixão pelas artes e menos pelas coisas objetivas. Em psiquiatria, a palavra é simultaneamente o nosso estetoscópio e o nosso bisturi! Uma consulta de psiquiatria pode ser uma experiência bela, pelas experiências interpersonais." No que toca aos preconceitos por ser médica e cantora, Inês afirma que todos os que existiram foram criações da sua própria cabeça. "Ao início era muito estranho porque tinha medo que não fosse bem visto no hospital que fizesse as duas coisas. Da parte dos meus colegas nunca houve preconceito. Da parte dos doentes também não, mas, inicialmente, temia que não me considerassem suficientemente profissional." Admite, no entanto, que rapidamente perdeu estes medos. "Os doentes quando descobriam falavam disso com alegria. Acho que até contribui para humanizar o médico. Passei de ter medo para chegar ao extremo de fazer música no hospital, usando-a como ferramenta terapêutica."

Em relação ao Festival da Canção, revela que era um sonho antigo. "As pessoas sempre me sugeriram que eu fosse a concursos de talentos e eu nunca quis. Sempre sonhei participar no Festival da Canção pela importância histórica do concurso em Portugal, pelas pessoas que já lá passaram que são grandes ídolos para mim. Sempre quis fazer parte da história deste evento, principalmente, por se tratar mais de uma festa da música e menos de uma competição." Descreve que todo o processo de candidatura se desenvolveu num espaço de tempo muito curto, "eu pensava que só me podia candidatar se um compositor me convidasse,

mas a pouco tempo do final do deadline, descobri a livre submissão. A partir daí, foi como se os astros se tivessem alinhado. Conheci o compositor, o Pedro Marques, através da minha mãe e gostei muito do trabalho dele. Eu tinha uma ideia fixa do que é que eu queria levar ao Festival da Canção e se fosse um compositor que não respeitasse a minha ideia, então não iria dar. Também queria que a letra da música fosse escrita em todas as línguas que sei falar e o letrista com quem o Pedro costumava trabalhar, o Galileu Granito, também fala muitas línguas. Estava destinado!"

Inês Homem de Melo revelou à ROM que neste momento se encontra a trabalhar num disco cujas músicas serão todas relacionadas com a saúde mental. "Quero que este álbum sirva como ferramenta numa das minhas maiores batalhas: acabar com o estigma associado à doença mental. A doença existe e temos que lutar contra ela, mas o estigma dificulta muito o nosso trabalho porque, por vergonha e desconhecimento, as pessoas atrasam muito a procura de ajuda. A minha forma de lutar contra isto é intervir na comunidade através da música." Lamenta ainda que em Portugal existam pouquíssimos incentivos às artes e à carreira de artista. "A vida do ser humano gira à volta da cultura. O nosso país não reconhece isso."



ANA MARINHOInterna de Formação Específica de Medicina
Geral e Familiar, USF Cova da Piedade

Investir em literacia é investir em saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de "competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde (WHO, 1998): é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia a dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político; possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades."

A literacia em saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida. Há vários estudos que indicam que um baixo nível de literacia em saúde acarreta custos individuais e sociais, dando origem, por exemplo, a um maior número de internamentos, a uma utilização mais frequente de serviços de urgência e, também, a uma menor prevalência de atitudes individuais e familiares preventivas no campo da saúde. Ou seja, a uma menor qualidade de vida.

Os médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) cuidam dos indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas e promovem uma abordagem holística dos pacientes ao longo da sua vida, integrando fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais, baseados numa estreita relação médico-doen-

te. Os cuidados de saúde primários asseguram que as pessoas recebem cuidados completos, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente diário. Os profissionais de saúde, sobretudo nos cuidados de saúde primários, são agentes fundamentais de literacia em saúde, pelo que na minha opinião cada consulta médica é, ou idealmente deveria ser, sempre um momento de promoção de literacia em saúde. Contudo torna-se uma missão difícil, uma vez que o tempo de consulta é muito limitado, as listas de coisas que trazem os utentes à consulta são longas e o novo modelo de consulta médica nos cuidados de saúde primários obriga o profissional a dedicar parte do tempo de consulta ou entre consultas a inúmeros "cliques" e verificações para cumprir os indicadores. Os médicos de família vivem numa luta contra o tempo, tentando cumprir a agenda estabelecida para aquele utente, bem como a própria agenda do utente, acabando na maioria das vezes a literacia em saúde por "ficar para a próxima consulta".

A literacia em saúde tem vindo a ganhar reconhecimento no panorama nacional e internacional como um fator de impacto nos ganhos em saúde das populações, mas mesmo assim por diversos motivos é ainda deixada para segundo plano. Julgo que é fundamental manter todo o investimento que tem sido feito na área da literacia na saúde e apesar de achar que é necessário um esforço maior que apenas a intervenção ao nível individual na consulta, julgo que é essencial aumentar o tempo de consulta ou estruturarmos a mesma de forma a dar tempo de antena à literacia em saúde, uma vez que é neste contexto que habitualmente conseguimos entender

A literacia em saúde implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida.



as dúvidas dos utentes, desmistificar mitos e iniciar a luta contra a desinformação ou pseudoinformação médica, que é cada vez mais frequente hoje em dia. Além disso, acredito que é essencial os profissionais de saúde trabalharem em equipa na tentativa de organizar projetos de intervenção, sessões de educação para a saúde, panfletos, dinamização de dias comemorativos de forma a abranger um maior número de utentes, de forma a capacitar a nossa

comunidade. Dado que os *mass media* são um importante meio de propagação de informação, julgo que seria uma boa hipótese o uso dos mesmos a favor da divulgação de informação de qualidade, usando programas de rádio local, o *facebook* institucional, diferentes sites de evidência científica de fácil acesso aos utentes, entre outros, como veículo de literacia em saúde. Ademais, julgo que seria essencial a capacitação dos profissionais de saúde nesta área, uma vez que a integração da literacia em saúde como parte dos cuidados de saúde centrados na pessoa constitui um grande desafio.

Investir em literacia é investir em saúde, daí a importância de nos unirmos nesta caminhada que é a capacitação do indivíduo, com o propósito de promover ganhos na saúde e o bem estar da população.

Referências bibliográficas:

1. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health promotion international*, World Health Organization, Geneva.1998, 13(4), 349-364
2. Arriaga M., Santos B., Silva A., Mata F., Chaves N., Freitas G. Plano de ação | Literacia em Saúde – Portugal 2019-2021, 2019 Março.
3. Espanha R., Ávila P., Mendes R.V. Literacia em Saúde em Portugal: relatório síntese. Fundação Calouste Gulbenkian. 2016.
4. Hespanhol AP, Couto L, Martins C, Viana M. Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (I). *Rev Port Clin Geral* 2009;25:236-41.
5. Almeida C., Silva C., Rosado D., Miranda D., Oliveira D., Mata F., Maltez H., Luis H., Filipe J., Moutão J., Laranjeira J., Cid L., Menezes M., Ferreira M., Loureiro M., Correia M., Silva N., Barbosa P., Silva P., Francisco R., Horgan R., Assunção V. Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2019 Set
6. Nunes LS. Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014;Série III(11 Supl.):94-99.

TELMA PINHO REIS

Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar no ACeS Baixo Vouga, USF da Barrinha



A notícia da morte, como evolução humana dos cuidados de saúde portugueses

Não há muito tempo, e após seguir uma movimentada funerária da comunidade onde trabalho, dei por mim a reconhecer algumas caras e a ficar a par de algumas mortes da lista de utentes com que trabalho. A morte sabemos bem que é uma gaveta emperrada na nossa mente, quando a abrimos, é para lamentar ou para a criação de uma solidão existencial autolimitada. A última passa em poucos minutos, a primeira fica, mas vai esvanecendo.

Do nascimento todos ficamos a saber, ora seja pela notícia de nascimento, ora pelo pai atarantado. Ainda antes de se sentir a notícia, já se contam os dedos para a realização do famoso teste do pezinho. Até quando nos falta uma grávida, adiantada nas semanas, ou por alguns minutos que esteja atrasada, o instinto é consultar logo os registos hospitalares e verificar se houve alguma entrada no serviço de urgência. E o atraso daquela senhora de 87 anos frágil? Entra tantas vezes em remarcação dos frios protocolos.

E a morte quem nos conta? Tantas são as vezes que ficamos a conhecer a morte de um utente, com longos anos de relação, por um erro de integração do sistema informático ou por uma banda negra sobre o nome. Paramos e consultamos o agregado para confirmar a identidade certa e é ali que tantas vezes ficamos a saber, numa consulta do agendamento dos dias seguintes, num acaso. Tantas são ainda as vezes em que o acesso à informação hospitalar fica já inacessível. Nem sabemos de quê, nem

quando, nem se podíamos ter ajudado. Somos secundarizados. E aquele sentimento de culpa de já ter consultado, entretanto familiares e amigos seus e ter, não por culpa própria, passado uma imagem de frieza. Alguns largam “sabe senhora doutora, o meu irmão faleceu”. Não sabemos, mas devemos saber, devemos poder saber e ter direito ao nosso luto, e poder ajudar no luto dos outros.

Ora se consigo saber o número exato de caixas de uma certa estatina passada por mim durante um ano, de facilmente obter inúmeros dados sobre doença e saúde, e sobre a morte? Talvez de todos os dados apresentados num currículo, seja este o único parâmetro de análise ainda a merecer uma rudimentar base de dados pessoal. Bastaria, na minha presunção prepotente, uns simples códigos e integrações para fazer chegar esta notícia atempadamente à equipa de saúde, que deve ser convidada a acompanhar também a morte do seu doente.

É urgente a criação da notícia de morte à equipa de saúde e a todas as suas equipas assistentes. É um ponto de enorme evolução, num tempo onde a evolução é na sua esmagadora maioria tecnológica. O lado humano também deve crescer no nosso dia a dia e ser um ponto fulcral na qualidade dos serviços prestados.

Com a Widex,
quem não
nos ouve,
passa a ouvir.

FERNANDO TORDO & CUCA ROSETA
CANTORES, COMPOSITORES E EMBAIXADORES WIDEX



**CONSULTA
GRATUITA DE
ACONSELHAMENTO
AUDITIVO**



Benefícios exclusivos para membros da
Ordem dos Médicos e respetivos familiares
Na compra de um programa de reabilitação auditiva, oferta* de:

**10% DESCONTO
5 ANOS DE PILHAS
4 ANOS DE SEGURO**

CONSULTE SEMPRE O SEU MÉDICO OTORRINO

*A oferta de serviços varia consoante o Programa de Reabilitação Auditiva adquirido.
Não acumulável com outras campanhas, acordos e protocolos em vigor.

Nº verde gratuito

800 100 157

Dias úteis das 9h às 18h

www.widex.pt

FILIPE COUTINHO

Assistente hospitalar de Oncologia Médica do Centro Hospitalar do Médio Ave; Coordenador do Grupo de Trabalho de Oncologia Geriátrica da Sociedade Portuguesa de Oncologia; Representante Nacional da Sociedade Internacional de Oncologia Geriátrica



O nosso país tem de ser para idosos... com cancro: uma chamada de atenção para os princípios da Oncologia Geriátrica

Os últimos dois séculos caracterizam-se por um crescimento da população mundial, sobretudo em idades geriátricas. Os sistemas de saúde devem definir estratégias ajustadas que respondam às necessidades deste grupo, perante o previsível aumento das doenças crónicas e uma maior utilização destes serviços. O envelhecimento não é uniforme entre os idosos, observando-se uma elevada heterogeneidade fenotípica que frequentemente não é proporcional ao envelhecimento cronológico. Existe um maior risco de aparecimento das síndromes geriátricas (mais prevalentes nos doentes oncológicos) que impactam negativamente na qualidade de vida, nos *outcomes* relacionados com o cancro e na sobrevida global.¹

Não obstante a tendência para o crescimento de novos casos de cancro nos idosos, subsistem dilemas sobre como adequar os tratamentos nos diferentes *settings* oncogeriátricos e lamenta-se a sua persistente sub-representação nos ensaios de aprovação das terapêuticas antineoplásicas equacionando sobre a eficácia e segurança.²

Na tomada de decisões sobre os tratamentos oncológicos deve estar uma avaliação multidimensional e multidisciplinar do estado de saúde do idoso, atentando as variabilidades intra-individuais (no percurso da doença) e inter-individuais (diversidade fenotípica/genotípica). A implementação de uma Avaliação Geriátrica Global (AGG) possibilita identificar e priorizar problemas e necessidades, e oportunamente delinear intervenções e vigilâncias especializadas. A AGG melhora vários *outcomes* relacionados com o doente e os tratamentos, realçando-se a sua capacidade para prever o risco de toxicidade à quimioterapia.² Diversas sociedades internacionais apoiam

a sua implementação na prática clínica oncológica, sendo uma delas a Sociedade Internacional de Oncologia Geriátrica (SIOG), que inclui a integração da AGG na tomada de decisões e na elaboração de diretrizes (idealmente em todos os idosos) entre as suas iniciativas para a Globalização da Oncologia Geriátrica.³ Na sua impossibilidade, está recomendada a utilização de ferramentas de triagem de fragilidades (ex. G8 ou o *Vulnerable Elders Survey-13*), de uso rápido e fácil e que permitem selecionar doentes que poderão beneficiar de uma AGG.² É um facto que a AGG pode consumir algum tempo da atividade clínica; no entanto, estima-se que seja compensado com ganhos em saúde, na personalização e otimização de tratamentos, como na diminuição de despesas com tratamentos das iatrogenias secundárias aos agentes antineoplásicos.⁴

Urge a necessidade de se criarem condições sistémicas a nível nacional focadas para esta problemática. Numa análise da realidade na Península Ibérica, apresentámos o maior rácio idosos/geriatras, e ausência de unidades de saúde, programas pedagógicos ou ensaios clínicos dedicados à problemática. Não obstante estes factos, documentou-se que cerca de 20,7% da nossa população era idosa, assim como apresentou uma das mais altas taxas de incidência de cancro.⁵

Num estudo apresentado durante o Congresso Nacional de Oncologia em 2019, partindo de um inquérito com 222 participantes, foi reforçada a ausência de unidades de Oncologia Geriátrica ou de Geriatria nas suas instituições, a inexistência de diretrizes ou protocolos oncogeriátricos, e o crescente aumento do número de idosos nas consultas. Na prática clíni-



ca, a maioria considerou que uma avaliação funcional recorrendo a escalas como *Karnofsky Performance Status Scale* ou *The Eastern Cooperative Oncology Group* seriam insuficientes.

Aliando a estes factos a chamada de atenção da SIOG para as sociedades científicas unirem esforços na promoção de atividades clínicas, pedagógicas e de investigação, foi formado o Grupo de Trabalho de Oncologia Geriátrica da Sociedade Portuguesa de Oncologia (GTOG/SPO) em maio de 2020. O GTOG/SPO tem como um dos principais objetivos a sensibilização das especialidades que cuidam do idoso com cancro (e comunidade médica nacional) para colocarem em prática a *legis artis* da oncogeriatría. Entre as várias atividades desenvolvidas, destaca-se uma análise de dados do Registo Oncológico Nacional referente ao ano de 2018 apresentada no Congresso Nacional de Oncologia em 2020, onde se apresentou que 60% da incidência de cancro ocorreu em idosos

(31% tinha mais de 80 anos), 24% não foram sujeitos a algum tratamento antineoplásico, e somente 35% realizaram tratamentos sistémicos. Refletiu-se sobre a importância de melhorar os registos oncológicos nesta população e aguarda-se a publicação dos restantes dados obtidos. De destacar que Portugal tem dois representantes da SIOG que promoverão a articulação entre as sociedades e a implementação da Oncologia Geriátrica.

É assim lançado o mote para a necessidade emergente de se debater e delinear estratégias para a melhoria dos cuidados dos nossos idosos com cancro, e de se promover o desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas para a multidimensionalidade desta problemática.

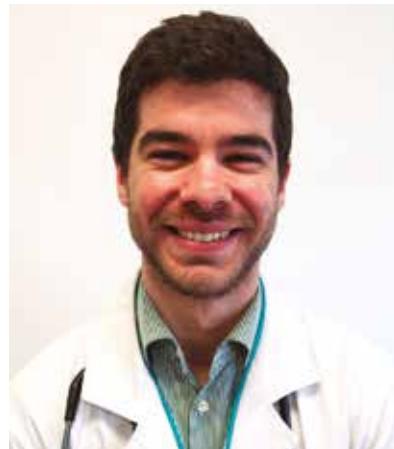
Porque o nosso país tem de ser, cada vez mais, para velhos... com cancro!

Referências bibliográficas:

1. Mohile SG, Fan L, Reeve E, et al. Association of cancer with geriatric syndromes in older Medicare beneficiaries. *J Clin Oncol*. 2011;29:1458-1464
2. Loh KP, Soto-Perez-de-Celis E, Hsu T, et al. What every oncologist should know about geriatric assessment for older patients with cancer: Young international society of geriatric oncology position paper. *J Oncol Pract*. 2018;14:85-94
3. Extermann M, Brain E, Canin B, et al. Priorities for the global advancement of care for older adults with cancer: an update of the International Society of Geriatric Oncology Priorities Initiative. *Lancet Oncol*. 2021;22:e29-36.
4. Hamaker ME, Wildes TM, Rostoff S. Time to Stop Saying Geriatric Assessment Is Too Time Consuming. *J Clin Oncol*. 2017 Sep 1;35(25):2871-2874. doi: 10.1200/JCO.2017.72.8170. Epub 2017 Jun 19. PMID: 28628364
5. Soto-Perez-de-Celis, E., Cordoba, R., Gironés, R. et al. Cancer and aging in Ibero-America. *Clin Transl Oncol* 20, 1117–1126 (2018). <https://doi.org/10.1007/s12094-018-1844>

CARLOS ROCHA DE CASTRO

Médico Interno de Medicina Geral e Familiar,
USF do Minho (ACeS Cávado I – Braga)



Medicina Rural - Um médico em vias de extinção?

Pelas características inerentes à sua prática, a medicina geral e familiar (MGF) é uma especialidade singular. A necessidade de atuar nos mais variados contextos sociodemográficos obriga a que o médico de família seja capaz de se ajustar a estes, de uma forma quase camaleónica.

Nos últimos anos temos assistido, frequentemente, à colocação de recém-especialistas de MGF em zonas rurais, dada a carência de recursos de saúde existente nessas regiões. Não raras vezes, médicos que realizaram a sua formação exclusivamente em zonas urbanas vêem-se colocados nestas vagas, mas são poucos aqueles que as ocupam de forma definitiva. Isto acarreta consequências negativas não só para os utentes, que têm recorrentemente um "novo" médico de família, como também para a equipa de saúde da unidade de colocação, que tem de se adaptar a um novo ele-

mento, na incerteza da sua permanência.

Mas antes de tentar imputar responsabilidades para esta situação, é importante tentar perceber o porquê deste êxodo do médico rural. Um dos fatores com eventual impacto neste contexto prende-se com a acessibilidade. Embora nas últimas décadas tenhamos assistido a uma melhoria contínua dos acessos rodoviários, que amenizaram as distâncias aos grandes centros urbanos, a dificuldade de realizar determinadas deslocações para o acesso a cuidados de saúde diferenciados ainda é uma realidade. Nesse sentido, o médico rural deve ser dotado de alguma criatividade e inovação na utilização dos escassos recursos disponíveis para a resolução dos problemas que enfrenta. Para além disso, deve procurar ser mais ponderado na identificação dos casos que necessitam de encaminhamento hospitalar. Estas capacidades são difíceis de serem teorizadas, é necessário vivê-las para as entender.

Para além disso, num meio com poucos habitantes,



Num meio com poucos habitantes, o médico rural adquire um papel social relevante, sendo reconhecido pela quase totalidade da população. Se esta relação for recíproca, o médico poderá compreender de uma forma mais aprofundada os hábitos, costumes e práticas daquele meio. O uso deste conhecimento poderá ser relevante para uma prática clínica mais focada nas reais necessidades daquela população.

o médico rural adquire um papel social relevante, sendo reconhecido pela quase totalidade da população. Se esta relação for recíproca, o médico poderá compreender de uma forma mais aprofundada os hábitos, costumes e práticas daquele meio. O uso deste conhecimento poderá ser relevante para uma prática clínica mais focada nas reais necessidades daquela população.

É ainda importante percebermos que os médicos que se formaram e que sempre viveram em meio urbano, podem ter alguma dificuldade em se adaptar às problemáticas existentes no meio rural. Quando um recém-especialista de MGF, proveniente de um meio urbano, é colocado numa vaga rural, o confronto com uma nova realidade, com a qual nunca contactou, pode ser um fator de desmotivação profissional. Deste modo, ou o clínico é capaz de se adequar e se inserir na comunidade, ou assumirá a vaga como um local de trabalho temporário, na esperança de regressar ao ambiente que conhece. A perpetuação e generalização desta ideia pode levar à formação de um preconceito destes locais, tornando-os menos desejados ou apetecíveis.

Em suma, parecem existir competências distintivas para que um médico possa exercer em meio rural, as quais vão além das capacidades adaptativas que o médico de família, por inerência, terá que possuir. Assim sendo, afigura-se como evidente que a aquisição destas competências deva ser feita a um nível mais estruturado ao longo da formação pré e pós-graduada. Nesse sentido, o grupo de trabalho para a prática rural da WONCA defende que os estudantes de medicina e médicos internos devem incluir a passagem por áreas rurais no seu percurso formativo. Existe evidência de que, se tal

acontecer, as probabilidades destes grupos exercerem atividade profissional em áreas rurais aumentam.¹

Em Portugal, entre os anos de 1975 e 1982, esteve em funcionamento um serviço médico obrigatório na periferia que teve como principal objetivo a melhoria do acesso aos cuidados de saúde das populações rurais. Indirectamente, ou não, este serviço acabou por atrair alguns desses médicos para zonas rurais num período ainda inicial da vida profissional e pessoal, contribuindo para que estes se fixassem definitivamente nestas áreas.² Quarenta anos volvidos, a reforma profissional deste grupo deixa a descoberto uma necessidade que vai sendo camouflada pela presença efémera dos recém-especialistas de MGF nestes locais. Paralelamente, o novo programa de formação de MGF passou a incluir a frequência obrigatória de um estágio, com a duração de um mês, numa unidade com características diferentes da unidade de colocação.³ Esta alteração tem motivado, ainda que por um curto período, um intercâmbio entre médicos internos de zonas urbanas e rurais. Que este seja o primeiro passo para uma mudança de paradigma que promova a autenticidade e genuinidade do médico rural.

Referências bibliográficas:

- Norris TE. Establishing a rural curriculum from an urban academic medical centre. WONCA Rural Medical Education Guidebook World Organization of Family Doctors (WONCA): WONCA Working Party on Rural Practice. 2014.
- Leuschner A. Serviço médico na periferia (1975-82): Um passo decisivo para o SNS. Boletim do Sindicato Médicos do Norte. 2017;03:4.
- Ministério da Saúde. Portaria n.º 125/2019. Diário da República nº 83/2019, Série I de 2019-04-30, páginas 2295 - 2299. 2019.

JOÃO MIGUEL NUNES "ROCHA"

Médico



Os sósias de Deus

Das profundezas do tempo, do universo sem fim, a morte natural chega quase sempre de mansinho, mesmo num substrato de dor, arrefece os pés aos que vai levar, amarinha-lhes pelas pernas num rocegar de carícia e ao chegar-lhes ao coração estes suspiram e quedam-se numa expressão final de apaziguamento, de infinita paz. Talvez o seu "eu" imaterial tenha entrado enfim, no reino de um Deus bom que criou os homens à sua semelhança para que pudesse almejar todos, e para sempre, o Céu, e as crenças que nos foram incutidas e minaram a minha fé, de que há um inferno onde os padecentes, só ouvem choros e ranger de dentes em sintonia com os seus, num sofrimento sem fim, não passem de ardis sacerdotais para nos manterem encurralados e para angariarem o seu sustento e atafulharem os seus cofres fortes de ouro, de legados e de heranças, "arte" que quase todas as religiões partilham, desde tempos imemoriais...

A vida é efémera, o além incerto, urge aproveitar o pouco tempo, mas o homo sapiens, qual homúnculo estúpido e de mau génio, digladiá-se constantemente em carnificinas e em guerras que raramente resultam de actos de defesa ou de honra, mas de mero comércio e de rapina.

Quando nasci, pouco depois do fim da segunda Guerra Mundial - e do encerramento de Auschwitz e dos muitos outros campos de morte nazis -, o mundo tinha conseguido um certo equilíbrio devido ao medo mútuo das duas grandes potências nucleares, ambas com armas capazes de implodirem a terra ou, pelo menos, de a converterem num planeta, desolador e medonho.

Depois, com a formação da UE, da queda do muro de Berlim e do desmembramento da URSS, a Rússia tornou-se uma espécie de parente pobre, até dos

europeus e a América o "quero, mando e posso" do mundo e a Alemanha a dona da Europa, de uma forma nunca antes conseguida pela guerra (e não há que imputar-lhe o desleixo de o não ter tentado). E, as guerras têm-se sucedido desde então e as suas causas verdadeiras permanecem dúbias, com várias versões, quase todas arredadas da verdade, de que é exemplo com direito a reportagem, a de um nosso compatriota, posando na base das Lages.

Morrer-se numa guerra estúpida é sempre horrendo. Mas, na minha opinião, é muito improvável que esta descambe para uma terceira guerra mundial pois não há recompensas que bastem envolvidas, e os interesses são sempre mais importantes que a razão. O ataque à Ucrânia choca-me, obviamente, quase tanto como me chocou a chacina no Iraque e a razia dos migrantes de África, afogados sem que ninguém lhes queira dar asilo ou lhes acuda. É muito provável que no momento em que todos os nossos "pivots" televisivos se exibem em terras ucranianas e há discursos histriónicos contra os russos, o vil comércio de armas e de bens logísticos continue e não descrimine nenhum dos contendores.

Se bem que os danos colaterais, reais e simulados, já comecem a fazer-se sentir nos bolsos dos do costume e o ouro a jorrar para os cofres dos privilegiados também do "costume", é pouco provável que, quer a Europa quer a América, entrem em grandes conflitos para defender os ucranianos.

Por força da nossa natureza humana, impiedosa e implacável, a génesis da guerra é a ganância e a rapina e não a defesa dos direitos humanos.

Pediatria do CHULN “tem sido um exemplo”

“O Centro Académico de Medicina de Lisboa e nomeadamente o Serviço de Pediatria têm sido sempre um exemplo de como se conjuga a academia, a assistência e a investigação”, considerou Alexandre Valentim Lourenço, na sessão de abertura das XXVII Jornadas de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte.



Alexandre Valentim Lourenço na sessão de abertura das XXVII Jornadas de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

O presidente do Conselho Regional do Sul esteve na mesa de abertura da sessão, que decorreu no dia 24 de fevereiro, no Auditório Egas Moniz, com Daniel Ferro, presidente do CA do CHULN, Fausto Pinto, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, e Ana Isabel Lopes, diretora do Departamento de Pediatria do CHULN.

Estas jornadas, disse o dirigente, “mostram que o caminho na área da Pediatria tem sido feito dentro dos princípios que a Ordem também entende como a visão de futuro de uma Medicina moderna, uma visão em que a medicina é qualificada, é diferenciada e, por fim, por isso mesmo ser recompensada”.

Alexandre Valentim Lourenço defendeu que “um bom médico, um bom pediatra, assume as suas funções na plenitude e, para a Ordem dos Médicos, é essencial que o faça sempre com maior e crescente diferenciação”, recordando que “o que tem acontecido nos últimos anos com o progresso da ciência fez com que a Medicina seja mais diferenciada”. Para o dirigente essa evolução está de acordo com o projeto que tem defendido na Ordem, baseado “sempre na formação pós-graduada e em mais diferenciação”.

A crescente diferenciação da Medicina “fez com que na Pediatria tivéssemos subespecialidades, especialidades afins, especialidades como a cardiologia pediátrica ou cirurgia pediátrica, e também competências desen-

volvidas”, disse o presidente do CRS, informando que, nos últimos três anos, “foram aprovadas mais subespecialidades e vamos continuar a aprovar porque ainda estão algumas para ser desenvolvidas”.

A diretora do Departamento disse por seu turno que a Pediatria estará “na linha da frente na salvaguarda de valores éticos, deontológicos e humanistas”. Num evento em modelo híbrido, com cerca de 700 participantes, Ana Isabel Lopes falou dos desafios que a especialidade tem enfrentado nos últimos tempos e lembrou que a área de influência do Departamento abrange uma população pediátrica superior a meio milhão de habitantes, sendo realizadas, na globalidade anual, mais de 50 mil consultas, mais de 25 mil MCDT e 50 mil episódios de urgência.

A pediatra aproveitou também para mencionar a sua tripla missão – assistencial, de ensino e de investigação –, à qual se junta o “nobre” objetivo de formar novas gerações de pediatras. Dirigindo-se aos internos, Ana Isabel Lopes agradeceu por serem “a força viva e o motor do Departamento”.

Ana Isabel Lopes defendeu ainda que o protagonismo da Pediatria na linha da frente da prevenção é cada vez mais necessário, sublinhando que as inovações tecnológicas, que permitiram, nesta fase difícil, a telemedicina e a telemonitorização, vieram para ficar, alterando a prática pediátrica, que continuará a evoluir.

Uma abordagem diferente da saúde mental



Jorge Penedo, vice-presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, Daniel Arthur e Sandro Resende, coordenador do espaço criativo Manicómio, na abertura da primeira exposição do ciclo Symposium da Loucura

Abordar a saúde e a doença mental de uma forma diferente é um dos propósitos da Ordem dos Médicos, que o vice-presidente do Conselho Regional do Sul (CRS), Jorge Penedo, apontou na abertura da exposição de Daniel Arthur, a primeira do ciclo Symposium da Loucura, uma iniciativa organizada em parceria com o espaço criativo Manicómio, que se prolongará durante o ano.

Jorge Penedo, também responsável pelo pelouro da Cultura da Região do Sul, agradeceu ao parceiro deste projeto, o Manicómio, organização e espaço de criação que promove trabalhos de artistas com experiência de doença mental, e a Daniel Arthur, o autor das obras da exposição que esteve patente na Galeria Mário Botas, da Região do Sul da Ordem dos Médicos.

"Esta iniciativa da Ordem tem a lógica de abordarmos a saúde mental de uma maneira diferente, nas suas várias expressões, quer da saúde mental quer da doença mental", disse o vice-presidente do CRS. A exposição é a primeira do ciclo Symposium da Loucura, que terá ainda outros eventos ao longo do ano, e Jorge Penedo sublinhou "a obra exposta de Daniel, que toca de perto e de diferentes maneiras" e suscita uma diversidade de comentários e de interesse, "já manifestado pelas pessoas que viram os quadros".

A abertura da exposição contou com a presença do artista, que referiu a importância de se integrar e de ser apoiado pelo Manicómio, e de Sandro Resende, um

dos fundadores do projeto, que destacou a ligação da Ordem ao Manicómio, o que "é um sinal de boa saúde mental".

Symposium da Loucura é a grande mostra artística de 2022 na Galeria Mário Botas e reunirá ao longo do ano, a arte de seis artistas do Manicómio.

"A saúde e a doença mental, apesar de serem realidades com centenas de anos, só recentemente entraram nas prioridades das sociedades modernas. Entendemos que devemos dar um contributo efetivo nesta discussão e na desmistificação do que significa a doença mental", disse Jorge Penedo, a propósito do projeto.

Sandro Resende, por seu turno, considera que "o Symposium da Loucura é uma performance cultural intervintiva, uma afirmação da disruptão e um hino à liberdade criativa, ao diferente que, apesar de ainda não o sabermos, é o normal", destacando que o convite da Ordem dos Médicos o surpreendeu, gracejando sobre uma velha máxima: "Já sabemos que de médico e louco, todos temos um pouco".

O Manicómio, com quem a OM Sul estabeleceu esta parceria, é o primeiro espaço de criação de Arte Bruta em Portugal, onde conjuga a criação e a aproximação dos artistas residentes que experienciam doença mental ao público e os seus artistas já contam com mais de 15 exposições organizadas em apenas três anos em Portugal e no estrangeiro, e vários prémios como a distinção de mérito do Ministério da Saúde.

"Trabalho no espaço criativo Manicómio é profilático"

Daniel Arthur não gosta de sentir que é especial, mas assume que a sua doença mental lhe dá um ponto de vista diferente da forma como produz a sua arte. O desenho desde a infância foi a primeira expressão deste artista do coletivo Manicómio, que depois de entrar neste espaço criativo começou a usar tintas e cores e hoje considera o seu trabalho profilático.

Medi.com – Os quadros da exposição foram selecionados por si?

Daniel Arthur – A seleção foi feita por mim e pelo Sandro Resende.

Medi.com – E com que espírito escolheram estas e não outras?

DA – Muitas delas foi por serem pinturas de que eu gosto especialmente e que gostavas de as mostrar, mas contando também muito com a opinião do Sandro e o que ele pensava sobre o que resultaria da exposição.

MC – Há aqui uma área mais de desenho, em que utiliza o lápis e carvão e outra de pintura a óleo. Em quais destas opções sente que se exprime melhor?

DA – Desde pequeno que utilizo o desenho para me expressar. Em 2015, ano em que decidi entrar para Belas Artes, entrei pela licenciatura de desenho e até aí nunca tive grande contacto com tinta, nem a óleo nem acrílico. Representava sobretudo a carvão e a grafite.

Depois entrei para o Manicómio e eles proporcionaram-me materiais e a oportunidade de poder fazer o que eu quisesse com qualquer tipo de meio, optei por usar a pintura a óleo para representar o meu imaginário, porque tem muita plasticidade e consigo diferentes resultados. Com carvão ou grafite fica só pelo monocromático, que por vezes não representa o sentimento que as cores passam. Foi depois de entrar para o Manicómio que comecei a trabalhar mais com as tintas.

MC – A entrada para o Manicómio foi um grande impulso para o seu trabalho? Sente-se bem a trabalhar neste coletivo do Manicómio?

DA – Sinto-me mesmo muito bem. No início, quando estava internado, ouvi falar do Manicómio pelo médico. Ele via que eu estava sempre a desenhar no

internamento e viu o potencial dos meus desenhos. E falou-me do Manicómio, mas eu fiquei um pouco de pé atrás porque não queria ficar ligado à ideia de ser um paciente de doença mental, embora na verdade eu não estava a ver mais à frente.

Porém, depois de algum tempo decidi contactar o Manicómio e, para minha surpresa, eles passaram-me à frente de mais de 60 pessoas que tinham pedido para entrar e fiquei na equipa.

Desde então eles têm-me ajudado com tudo, não me posso queixar de absolutamente nada, eles são impecáveis comigo.

MC – Portanto o Daniel exprime-se bem ali e trabalha tranquilamente...

DA – Muito bem, eu agora até caracterizo o meu trabalho como profilático, porque ajuda a prevenir a minha doença mental, juntamente com outros artistas que têm patologias, não necessariamente as mesmas que as minhas, mas já fomos todos internados ou pacientes nalgum ponto. Eu sinto grande ligação com eles e o espaço do Manicómio é fantástico para produzir e para continuar a desenvolver a minha produção.

MC – Acha que um artista que convive com a doença mental tem um ponto de vista diferente da arte?

DA – Eu não gosto de pensar em mim como especial, sou como toda a gente; agora, ter uma patologia de doença mental é algo que nos deixa mais sensíveis e mais introspectivos em certos espelhos. A minha doença mental a certo nível ajudou-me na produção tanto como atrapalhou. É uma faca de dois gumes, mas não me posso queixar do que tenho e do que já consegui. Por exemplo, ter essa patologia levou-me a estar com o Manicómio e possibilitou-me estar aqui hoje. E por isso estou muito grato.



Daniel Arthur, artista do espaço criativo Manicómio

Ordem defende sempre a Medicina em prol do doente

Zelar pela eficácia clínica no tratamento dos doentes é um dos propósitos da Ordem dos Médicos, como disse o presidente do Conselho Regional do Sul, nas comemorações do Dia do Doente Coronário, em Évora, numa sessão organizada pela Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular (APIC), que decorreu no Palácio de D. Manuel, a 14 de fevereiro.

“É um dever da Ordem dos Médicos estar num sítio onde se discute a clínica e onde se discute Medicina em prol do doente.”, disse Alexandre Valentim Lourenço, que falava na sessão inaugural das comemorações, que antecedeu uma sessão de discussão sobre o tratamento do enfarte agudo do miocárdio e do AVC no Alentejo.



João Brum da Silveira, Lino Patrício e Alexandre Valentim Lourenço, nas comemorações do Dia do Doente Coronário, em Évora

Para o presidente do Conselho Regional do Sul, “a Ordem tem de zelar por aquilo que é a eficácia clínica do tratamento dos doentes e não propriamente da defesa de circuitos ou de regras que não façam sentido”.

Referindo-se aos aspectos especiais que têm relevância numa região como o Alentejo, sublinhou: “É importante identificar paradoxos e perceber que a pessoa demora menos tempo a aceder a uma unidade de tratamento de intervenção cardiovascular se estiver no centro de saúde ou em casa do que se estiver num hospital da rede”.

A APIC, que tem em marcha a campanha «No enfarte agudo do miocárdio cada segundo conta», considera também no contexto dessa campanha, que “no Alentejo, devido à sua extensão, muitos dos

doentes com enfarte agudo do miocárdio e com AVC não têm tratamento atempado”. E defende que “a rede de referenciação deve, desde já, ter em conta esta realidade e preparar para o futuro Hospital Central do Alentejo os procedimentos organizativos para que se cumpram as *guidelines*”.

Alexandre Valentim Lourenço considerou, a propósito, que “o Alentejo tem um problema de acesso, de equidade de acesso, que não tem a ver com a qualidade socioeconómica, tem a ver com a distância e tem a ver com a localização”, acrescentando ser frequente estar na região “a falar de problemas de tratamento de doentes, sempre com a questão da distância”. Esta realidade exige “repensar as vias é que podem permitir reduzir o tempo”, apontou.

Saudando o trabalho que se está a fazer na região nesta área da Medicina, o presidente do Conselho Regional do Sul lançou também um desafio aos mentores da campanha; o de divulgar também os indicadores clínicos, para além dos tempos e da comparação com indicadores internacionais. “Por exemplo, saber os níveis de não perfusão em doentes dos concelhos mais afastados ou se a morbilidade ou se a qualidade de vida pós enfarte, o reenfarte, e os outros problemas que possam existir nestes doentes, são mais frequentes em quem esteve mais longe ou com pior acesso”, disse.

A sessão contou com as intervenções de Lino Patrício, diretor do Centro de Responsabilidade Cérebro-cardiovascular do Hospital do Espírito Santo, em Évora; de João Brum da Silveira, coordenador nacional da campanha «Cada segundo conta»; do presidente da APIC, Eduardo Infante de Oliveira; e também de Isabel Pita, diretora clínica do Hospital do Espírito Santo; de Vera Escoto, diretora clínica do Hospital de Portalegre; e do presidente da Câmara de Évora, Pinto de Sá.

Curso de Receção aos Internos de Cirurgia Geral – Qualidade formativa ameaçada



Alexandre Valentim Lourenço e Menezes da Silva, presidente do Colégio de Cirurgia Geral

O presidente do Conselho Regional do Sul advertiu que “a qualidade formativa está em rampa descendente já há alguns anos”, fruto de diversas razões, desde a troika à falta de investimento. Foi na abertura do Curso de Receção aos Internos do 1.º Ano da Formação Especializada em Cirurgia Geral, que decorreu na Ordem dos Médicos, a 18 e 19 de fevereiro.

Alexandre Valentim Lourenço recordou perante os novos internos de Cirurgia Geral, que esta fase terá começado “fruto do contexto económico que tivemos com a troika e depois por falta de investimento nas estruturas que foram de excelência durante anos a fio”, que resultaram de uma “construção dos médicos, feita durante anos a fio”.

Perante esse histórico que honra os médicos, o presidente do CRS referiu que a Ordem atribui “grande importância” a todas as ações formativas e destacou particularmente a que estava a iniciar-se, apontando ao Colégio respetivo “uma dinâmica excepcional”, saudando assim também o seu presidente, Menezes e Silva, também presente na sessão de abertura do curso.

Alexandre Valentim Lourenço sublinhou, de resto, que este colégio “costuma dar muito trabalho” à Ordem, sendo isso “bom sinal”, com a programação e execução de muitas visitas de idoneidade, algumas delas “porque a Cirurgia Geral tem dificuldades

inerentes também a outras especialidades” que garantem as urgências, o que dificulta “a capacidade formativa que tínhamos há 7 ou 8 anos atrás”.

O Curso de Receção aos Internos do 1º. Ano da Formação Especializada em Cirurgia Geral é organizado anualmente pelo Colégio de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos e pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia, cujo presidente, Gil Gonçalves, esteve online na sessão de abertura.

Este ano, a participação nos trabalhos decorreu de forma mista, com internos presentes no auditório da Região do Sul da Ordem dos Médicos e outros que seguiram o evento em plataforma online.

O programa, que se prolongou por dois dias, abordou temas que os responsáveis pela organização consideraram “do maior interesse, não só na atividade diária do Médico Interno, mas também ao longo da sua formação”. O Colégio de Cirurgia Geral e a Sociedade apresentaram, como propósito do curso, “facultar informação e conhecimentos que permitam encarar uma nova realidade da vida profissional, e mostrar as mais adequadas formas de estar e de atuar no exercício da especialidade”.

Os dois organismos apontaram como razões para a organização “a valorização humana e profissional dos futuros cirurgiões”, que possa “contribuir para o início de uma adequada preparação e um percurso cirúrgico bem-sucedido”, como se refere no programa do curso.

OMSul renova protocolo com a Lexus



Alexandre Valentim Lourenço e Fernando Monteiro, da Lexus

O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos renovou o protocolo que tem estabelecido com a Lexus, que dá aos médicos condições especiais de aquisição de viaturas desta marca. O documento foi assinado no dia 10 de fevereiro, pelo Presidente do CRS, Alexandre Valentim Lourenço, e por Fernando Monteiro, que representou a Caetano Auto, SA.

Este protocolo entre a OM Sul e a Lexus tem sido renovado todos os anos desde há cinco a esta parte e, assim, os médicos da Região do Sul usufruem das seguintes condições na aquisição e manutenção de viaturas Lexus:

- Condições especiais de aquisição através da Lexus Finance Services, válidas para todos os modelos da gama, de acordo com o anexo do protocolo que os médicos podem solicitar à empresa e que vai sendo atualizado em conformidade com as políticas da Lexus (novos modelos e alteração de valores de base);
- Oferta do Pack Manutenção, pelo período de 4 anos ou até aos 60 mil quilómetros nas aquisições a pronto pagamento;
- Sete anos ou 160 mil quilómetros de garantia;
- Cinco anos de assistência em viagem;

- Viatura de cortesia gratuita, sempre que efetue a marcação de uma manutenção;

- Oferta de lavagem exterior e limpeza interior em cada manutenção.

Para que tenham acesso a estes benefícios, os médicos terão apenas que apresentar a sua identificação médica – a cédula profissional – e devem tomar nota de que as condições especiais na aquisição de viatura ou na oferta do Pack Manutenção não são cumulativas com outras condições que estejam em vigor na Lexus, aplicando-se sempre as condições mais favoráveis.

Na ocasião da assinatura do documento, o presidente do Conselho Regional do Sul referiu que "o intuito é dinamizar e fomentar a interligação com os médicos em áreas diversificadas, proporcionando-lhes condições vantajosas na aquisição de produtos e na prestação de serviços".

Este protocolo estabelece também um conjunto de outras vantagens mútuas, cujo efeito perdura até 31 de março de 2023. O mesmo se passa com as condições favoráveis para aquisição de viaturas destinadas a todos os médicos da Região do Sul.

CICLO DE CONFERÊNCIAS "O NORTE DA SAÚDE"

Faculdades de Medicina e o Futuro dos Jovens Médicos

4.^a edição do ciclo estreou com a participação das escolas médicas do Porto (FMUP e ICBAS) e as respetivas associações de estudantes

"Faculdades de Medicina e o Futuro dos Jovens Médicos", foi o tema de mais um Ciclo de Conferências "O Norte da Saúde". A iniciativa, organizada pelo CRNOM, levantou as necessidades que a formação médica terá de enfrentar num futuro próximo, com as escolas médicas a debaterem quais as soluções a implementar para manter a excelência da formação na área da Medicina.



No dia 24 de novembro, data em que a Ordem dos Médicos comemorou 83 anos de existência, a Sala Braga do Centro de Cultura e Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) foi palco da conferência «Faculdades de Medicina e o Futuro dos Jovens Médicos». Inserido no Ciclo de Conferências "O Norte da Saúde", o evento juntou o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), com Alberto Caldas Afonso a representar esta escola médica, a Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (AEFMUP) e a Associação de Estudantes do ICBAS (AEICBAS), através de Henrique Moreira e Francisca Moutinho, respetivamente.

Novas Perspetivas no ensino médico

Na intervenção de abertura, António Araújo, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM), relembrou que o Ciclo de Conferências "O Norte da Saúde" teve início há três anos, tendo passado por vários distritos do Norte de Portugal, onde foram debatidas temáticas diversas, da área dos cuidados de saúde primários aos cuidados hospitalares. Ao mesmo tempo, António Araújo explicou que esta sessão teve como propósito colocar as escolas médicas a debater o estado atual do ensino médico, bem como discutir qual o caminho que as mesmas terão de fazer no futuro para acomodar os futuros estudantes.

Começando a sua intervenção a elogiar a "dedicação e sentido de missão" dos profissionais médicos, Alberto

Caldas Afonso revelou que uma das preocupações da profissão era "passar um testemunho em condições melhores que aquele que recebemos". Nesse aspetto, o diretor do Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS garantiu que o primeiro passo para assegurar esse objetivo passava por "transmitir a importância dos valores de um médico aos futuros profissionais". "A saúde dos portugueses será aquilo que for a capacidade do desempenho desses futuros profissionais e do seu papel na sociedade", explicou. Referindo que o ICBAS tem como preocupação perceber qual é o papel do médico na sociedade e aquilo que ela espera dos profissionais de saúde, Caldas Afonso defendeu que os médicos





precisam de estar mais presentes nos centros de decisão, sugerindo que se deve dar aos estudantes conhecimentos de outras áreas: "Se

Ihes dermos algumas ferramentas de gestão, uma unidade que tenha um médico a exercer essa responsabilidade, o desempenho da instituição, em termos de eficácia, será diferente para melhor do que feito por alguém que tenha apenas uma formação em gestão", acrescentou o também vogal do CRNOM.

Corroborando o parecer de Alberto Caldas Afonso, Francisca Moutinho considerou ser necessário que os estudantes tenham um "espírito mais empreendedor", sendo fulcral que as escolas médicas deem a possibilidade aos estudantes de "escolherem o seu caminho". A presidente da AEICBAS indicou que a inovação pedagógica não se vê apenas na digitalização do ensino e que é preciso preparar os estudantes para crescerem dentro das escolas médicas, seja na Medicina ou em outras áreas, numa perspetiva de aproximação à sociedade. "Mais do que pensar numa forma de canalizar este excesso de recém-formados para o exercício clínico, é preciso começar a pensar e perspetivar outras opções e vertentes", ressaltou.

Novas escolas de Medicina

Henrique Moreira lançou para debate o aparecimento de novas faculdades de Medicina em Portugal na próxima década. Revelando que o país pode vir a duplicar o número de escolas médicas, o presidente da AEFMUP deixou algumas reservas sobre se essa decisão irá melhorar a qualidade do ensino médico: "Tenho quase a certeza de que não vamos duplicar o número de docentes, doutorados e infraestruturas. Essas novas escolas médicas estão a parasitar os nossos docentes e estruturas".



No final da conferência, que contou também com a presença de Dalila Veiga, presidente do Conselho Sub-Regional do Porto da Ordem dos Médicos, e Hélio Alves, vogal do CRNOM, António Araújo deixou uma mensagem aos jovens estudantes, aconselhando-os a participarem, de forma ativa, neste tipo de iniciativas: "Conto convosco para estarem mais vezes cá presentes. Vocês são o futuro, e talvez estejamos aqui a ver os próximos dirigentes da Ordem dos Médicos. Como tal, queremos que vocês estejam connosco".



**Receção ao Médico Interno
Conselho Sub-Regional de Viana do Castelo da Ordem dos Médicos**

“Ser Bom Médico e Boa Pessoa”

“Ser Bom Médico e Boa Pessoa” deu nome à conferência proferida por António Araújo no passado dia 11 de novembro. Como forma de assinalar a receção aos médicos internos, o Conselho Sub-Regional de Viana do Castelo da Ordem dos Médicos promoveu este encontro informal em que esteve em destaque a importância de uma visão humanista da Medicina.



• Competência e Humanismo em Medicina

“O facto de se ser médico não significa que se seja boa pessoa. Tal como o facto de se ser boa pessoa não significa que se seja bom médico”. Contudo, “a simples preocupação de cada um de nós em ser bom já nos transforma em boas pessoas”. Foi com esta reflexão que Nelson Rodrigues, presidente do Conselho Sub-Regional de Viana do Castelo, introduziu o tema da conferência agendada para o dia 11 de novembro, numa

iniciativa que marcou a receção aos médicos internos de Formação Geral e Específica.

Nelson Rodrigues começou por dar as boas-vindas aos jovens médicos e aos membros do Conselho Sub-Regional presentes, entre eles Jorge Veiga Torres, Alberto Midões, Lígia Sá, Rui Escalheira e Edgar Torre. “Como médicos, cuidamos do ser humano, e tudo o que tenha que ver com o ser humano interessa-nos. Quando nós conhecemos verdadeiramente toda a dimensão do ser humano, compreendemos e articulamos melhor o discurso com as pessoas. Se nós tivermos esse cuidado e soubermos quais são as suas preocupações, compreendemos melhor a doença”, completou, ao explicar o contexto da iniciativa.

• Bom médico ou bom técnico?

Como orador principal, António Araújo partilhou uma reflexão sobre a relação das duas facetas: ser bom médico e boa pessoa. Mas antes disso, explorou as competências essenciais para se exercer a profissão, desde a capacidade técnica e conhecimento científico, às competências de ensino, investigação e também de gestão. “No entanto, é isto que faz um bom médico? A resposta é não. Todo este conhecimento faz de vocês bons técnicos, que não é o mesmo que ser bom médico. Todos nós conhecemos exemplos de grandes profissionais que são excelentes técnicos, mas que não são bons médicos.

Informação REGIÃO NORTE

Porque para exercemos boa Medicina temos que juntar aqui a questão da humanidade, a questão da relação médico-doente. E é, sobretudo, na relação médico-doente que se vai tornar o técnico num bom médico", esclareceu o presidente do CRNOM. Ouvir os doentes, estabelecer uma relação de empatia e confiança, ser capaz de compreender as suas queixas são, para António Araújo, particularidades que definem um "bom médico".

Face aos tempos de incerteza em que vivemos na área da saúde, o presidente do CRNOM recomendou aos jovens médicos que escolham a especialidade "com o coração" ao invés de "pensar apenas nas saídas profissionais ou no dinheiro auferido". "Aquilo que escolherem hoje vão fazer, em princípio, para o resto da vossa vida profissional. Portanto, é bom que escolham algo que gostem de fazer, não porque tem mais saídas profissionais, mas porque é aquilo que gostam realmente. Só assim se vão sentir realizados e ter sucesso, independentemente da especialidade", acrescentou.

estrangeiro", lamentou.

Durante o seu discurso, o presidente do CRNOM elogiou a capacidade de resiliência dos profissionais de saúde face a todas as adversidades do SNS. "Além de resilientes, temos sido, sobretudo, boas pessoas. A ideia é haver um sentido de abnegação, um sentido de amor ao próximo, um dever de responsabilidade social que nos faz aguentar estas dificuldades e que nos faz ficar e lutar pelo SNS". Em jeito de conclusão, António Araújo defendeu a realização profissional e deixou uma mensagem de esperança. "Para se ser bom médico não é preciso ser boa pessoa, para se ser boa pessoa não é preciso ser bom médico, mas, no fundo, as duas facetas estão interligadas. E é uma pena quando muitas vezes vemos colegas que querem ser apenas bons técnicos, porque ser médico é a melhor profissão do mundo. É aquela que vos dá acesso a tratar pessoas, que vos dá a possibilidade de minorar o sofrimento do próximo.



• Boas pessoas

Sem esquecer o segundo tópico da conferência, o orador foi muito sucinto: "Claramente é preciso ser boa pessoa para se ser bom médico nos tempos que correm". Neste sentido, António Araújo foi mais longe e abordou as principais necessidades do Serviço Nacional de Saúde. "Vivemos tempos tão difíceis que realmente temos de ser boas pessoas. Nós atravessamos um período de pandemia praticamente sem liderança nenhuma, em termos de tutela. No SNS, hoje, não há liderança. Não havendo liderança, não há estratégia, porque uma coisa implica a outra. Por muito que nos digam que querem salvaguardar o SNS, torná-lo mais robusto, o que é facto é que o SNS se tem vindo a degradar progressivamente. Quer em termos de estrutura e equipamento, quer de planos e projetos de realização profissional dos seus profissionais de saúde, que acabam por sair para o setor privado ou

• Humanismo

O debate estendeu-se à plateia e Nelson Rodrigues aproveitou a oportunidade para declarar que "a Medicina e os médicos representam o humanismo em ação". Alguns dos médicos presentes lamentaram a "falta de liderança e sabedoria" por parte dos dirigentes e partilharam exemplos vividos no seu dia-a-dia e serviços. Como reação à conferência proferida por António Araújo, sublinharam a importância da relação médico-doente, bem como do "conhecimento, confiança e capacidade de compreender o sofrimento do doente de forma empática". "Na minha opinião, o médico deve ser um filantropo, deve gostar da humanidade. Podemos ser bons técnicos, mas os doentes não sentirem confiança em nós. Quando alguém escolhe ir para Medicina, a primeira coisa que tem que assumir é que gosta do ser humano, para assim poder tratá-lo", concluiu Rui Escaleira, vogal do Conselho Sub-Regional de Viana do Castelo.

Violência contra os Profissionais de Saúde – Seja um aliado desta causa

“Respeito por quem protege”

**CAMPANHA DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE VIOLENCIA CONTRA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
CONSELHO SUB-REGIONAL DE BRAGA DA ORDEM DOS MÉDICOS**



O Conselho Sub-Regional de Braga da Ordem dos Médicos e o Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade do Minho promoveram uma ação de sensibilização sobre a violência contra os profissionais de saúde. “Respeito por quem protege” foi o mote desta iniciativa, que decorreu no dia 13 de outubro de 2021, no Hospital de Braga e na Escola de Medicina da Universidade do Minho e contou com o apoio do CRNOM.



A violência contra profissionais de saúde no local de trabalho tem-se tornado um problema generalizado e muito frequente, não só em Portugal como em todo o Mundo. Corresponde a uma disfunção grave do sistema de saúde e, como tal, deve ser combatida. No Serviço Nacional de Saúde trabalham cerca de 140 mil profissionais que, estima-se, produzem anualmente 60 milhões de interações com os utentes. Em 2021 foram registados 825 episódios no sistema de notificações de violência contra os profissionais de saúde que existe há vários anos no SNS. Ou seja, em pleno ano de pandemia foram agredidos diariamente dois profissionais de saúde.

Face a esta problemática, que “tem aumentado substancialmente”, a Ordem dos Médicos não poderia ficar indiferente. Nesse sentido, o Conselho Sub-Regional de Braga e o Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade do Minho uniram-se numa iniciativa com o objetivo de sensibilizar os cidadãos e alertar os profissionais de saúde para a importância da denúncia. Apesar de todas as evidências e casos que chegam a público, existem ainda muitas situações que não são denunciadas. E não são apenas médicos e enfermeiros os alvos da violência. O problema afeta também os assistentes técnicos, os assistentes operacionais, os técnicos de diagnóstico e terapêutica e os assistentes sociais. As formas de violência mais comuns são a

agressão verbal, as injúrias e as ameaças que representam mais de 60% das denúncias. Seguem-se a violência física (13%), a violência patrimonial e “alguns casos de assédio”.

Alerta em três frentes

A manhã do dia 13 de outubro foi reservada para uma ação de sensibilização, que contou com o apoio do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) e teve lugar no Hospital de Braga. André Santos Luís, presidente do Conselho Sub-Regional de Braga, coordenou a entrega de folhetos alusivos ao tema aos utentes da instituição e pins aos profissionais de saúde, para que se juntassem a esta causa. Alguns elementos do NEMUM (Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade do Minho), liderado por Marisa Coelho, participaram na iniciativa de forma ativa, envolvendo os “futuros médicos” no relacionamento com os doentes. “Hoje estamos aqui a dar um alerta em três frentes: junto dos profissionais de saúde, que devem notificar e denunciar estas situações; junto da população, alertando para o facto de estes comportamentos não serem aceitáveis numa sociedade civilizada como aquela em que vivemos; e ainda junto da tutela e das estruturas que nos governam, para que identifiquem e percebam quais são as disfuncionalidades do sistema que levam a estes episódios”, esclareceu André Santos Luís.

Já na parte da tarde, foi a vez da Escola de Medicina da Universidade do Minho receber uma conferência sob o mesmo mote, dividida em três sessões temáticas: “Violência contra profissionais de Saúde em Portugal”, “Como agir perante uma situação de violência contra um profissional de saúde?” e “A perspetiva jurídica da violência contra os profissionais de saúde”.

Conselhos aos médicos

Dalila Veiga, presidente do Conselho Sub-Regional do Porto da Ordem dos Médicos, foi a primeira oradora e alertou para o facto de esta ser "uma realidade cada vez mais frequente". Apesar de não ser um problema novo, ainda "não se conhece bem a sua dimensão" porque muitos casos não são reportados. "É importante refletir que a violência contra um profissional de saúde destrói, por completo, a relação médico-doente. É uma relação que se espera de confiança e se existe um episódio de violência, essa relação está absolutamente condenada,

e o nosso exercício normal de Medicina, que deve ser feito num clima livre de qualquer tipo de coação, não pode ser feito nessas condições. Portanto, é absolutamente necessário assegurar um ambiente em que os profissionais de saúde exerçam as suas fun-

ções sem este tipo de ameaças", alertou.

Como representante do Gabinete Nacional de Apoio ao Médico da Ordem dos Médicos, Dalila Veiga explicou como este funciona e como os profissionais devem reportar situações de violência e burnout. Reconhecendo que ainda temos "um longo caminho a percorrer", a presidente do Conselho

Sub-Regional do Porto sublinhou que o "capital humano" é o grande pilar do SNS e que, naturalmente, tem de ser defendido.

O psicólogo e professor da Universidade do Minho, Pedro Teixeira, partilhou uma reflexão sobre a importância de "prestar apoio psicológico aos profissionais perante estas situações". Para o convidado, o primeiro passo para compreender um problema é perceber a sua dimensão. Recuperar a "humanização dos cuidados de saúde", transformar os sistemas de saúde, "onde deve imperar a aprendizagem", e manter uma "comunicação eficaz" foram algumas ideias sublinhadas durante esta intervenção.

Para encerrar a sessão, Inês Folhadela, consultora jurídica da SRNOM, trouxe a debate a "perspetiva legal e os mecanismos de que os médicos dispõem para atuar em caso de violência".

"Importa que cada episódio de violência seja abordado como um acontecimento de elevada importância, devendo ser analisado segundo uma metodologia previamente definida e conduzir a medidas que minimizem as consequências da violência e previnam episódios futuros, atuando sobre as causas", podia ler-se na informação partilhada no âmbito da campanha. Mais, deve ser criado nas instituições "um ambiente de erradicação do problema e de apoio e suporte às vítimas de violência. Assim, qualquer episódio de violência deve ser registado, ter uma avaliação aprofundada e levar à tomada das medidas consideradas necessárias".



funcionários devem reportar situações de violência e burnout. Reconhecendo que ainda temos "um longo caminho a percorrer", a presidente do Conselho





SRCOM

SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS



FORMAÇÕES SRCOM 2022



Inscreva-se em
<https://formacaosrc.com.moqi.pt/>

Avenida Afonso Henriques, 39
3000-011 Coimbra

T . 239 792 920

www.omcentro.com



www.facebook.com/seccao centroordemdemedicos



www.twitter.com/OM_SRC



www.youtube.com/user/SRCOMCOIMBRA

Curso “Start de Patologia Clínica” junta 71 jovens médicos

Maioria dos participantes estiveram presentes através da plataforma digital zoom

É uma área científica de especial importância e que ganhou redobrada atenção face à mais recente pandemia da COVID-19: a Patologia Clínica. Numa formação organizada por médicos internos e direcionada para médicos internos da mesma especialidade, decorreu na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos a terceira edição do 'Start de Patologia Clínica', evento formativo anual que em 2022 juntou 71 jovens médicos. Na sessão de boas-vindas, o diretor de serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Carlos Cortes, enalteceu as características técnicas e científicas desta especialidade laboratorial que, a seu ver, "tem sido pouco desenvolvida na área pré-graduada".



"Em 2019, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos considerou importante levar a cabo este evento, estritamente organizado por internos e que junta especialistas das mais diversas áreas", recordou. O médico patologista clínico enfatizou na mesma intervenção que "estes dois dias de troca de conhecimentos científicos servem para perceber a importância desta especialidade que até há pouco tempo não era vista como especialidade de primeira linha". E a realidade é que, sublinhou, "não há cuidados de saúde sem patologia clínica".



Ao longo de dois dias, o START Patologia Clínica contou com sessões de elevada relevância para a formação prática nesta especialidade médica, com palestras e debates científicos em torno do Internato de Patologia Clínica, Química Clínica, COVID-19, Hematologia, Microbiologia, Imunologia, Investigação e Gestão na área de Patologia Clínica. O evento, que reuniu especialistas de vários hospitais do País, contou com a conferência inaugural por parte do Professor Germano de Sousa que abordou o tema "Patologia Clínica: o começo e o futuro!".

Integraram a Comissão Científica deste evento: Dr. Carlos Cortes (Diretor do Serviço de patologia Clínica do Centro Hospitalar do Médio Tejo e Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos); Prof. Dr. Germano de Sousa (Médico Patologista Clínico e Fundador/Administrador do Grupo Germano de Sousa); Dr. Fernando Rodrigues (Diretor do Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra); Prof. Dr. João Tiago Guimarães (Presidente do Colégio de Patologia Clínica da Ordem dos Médicos, Diretor do Serviço de Patologia Clínica do Centro



Hospitalar e Universitário de São João); Prof. Dr. José Alberto Órfão (Professor Catedrático de Imunologia e Vice-Diretor do Centro de Investigação do Cancro da Universidade de Salamanca); Prof. Dr. Melo Cristino (Diretor do Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar de Lisboa Norte); e a Dr.^a Paula Gama (Médica Patologista Clínica; Coordenadora do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos).



Ordem dos Médicos do Centro destaca aumento da resposta da emergência pré-hospitalar do INEM durante a pandemia

Quando se assinalou o Dia Mundial do Doente e o Dia Europeu do 112, dia 11 de fevereiro, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) visitou a delegação Centro do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).



Ao visitar o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, o presidente da SRCOM elogiou a importância da emergência médica pré-hospitalar assim como da linha 112, cruciais no apoio ao doente que necessita de tratamento urgente e da intervenção rápida do INEM. “Neste contexto especialmente exigente e de enorme complexidade causado pela pandemia COVID-19, a resposta dada pelo dispositivo de emergência médica às mais de 1.5 milhões de chamadas para o CODU é de enorme relevância e fundamental na resposta aos cuidados de saúde do País”, frisou Carlos Cortes, em declarações aos jornalistas.

Os números na região Centro são expressivos e revelam o impacto da pandemia COVID-19 sobre a saúde em todas as áreas, designadamente no domínio da saúde mental. Segundo

dados do INEM, o Serviço de Helicóptero de Emergência Médica, pela aeronave de Viseu, foi acionado 191 vezes em 2021, o que corresponde a um aumento de 12% de atividade comparativamente a 2020 (a nível nacional, este aumento foi de 32%, correspondendo a um número total de 1106 acionamentos em 2021). No mesmo período comparativo, a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência da Região Centro teve um aumento de 167% (em 2021 foi acionada 230 vezes, em 2020 foram reportados 86 acionamentos de meios), enquanto que, a nível nacional, o aumento foi de 76%, num total de 1468 casos em 2021 e 833 em 2020.

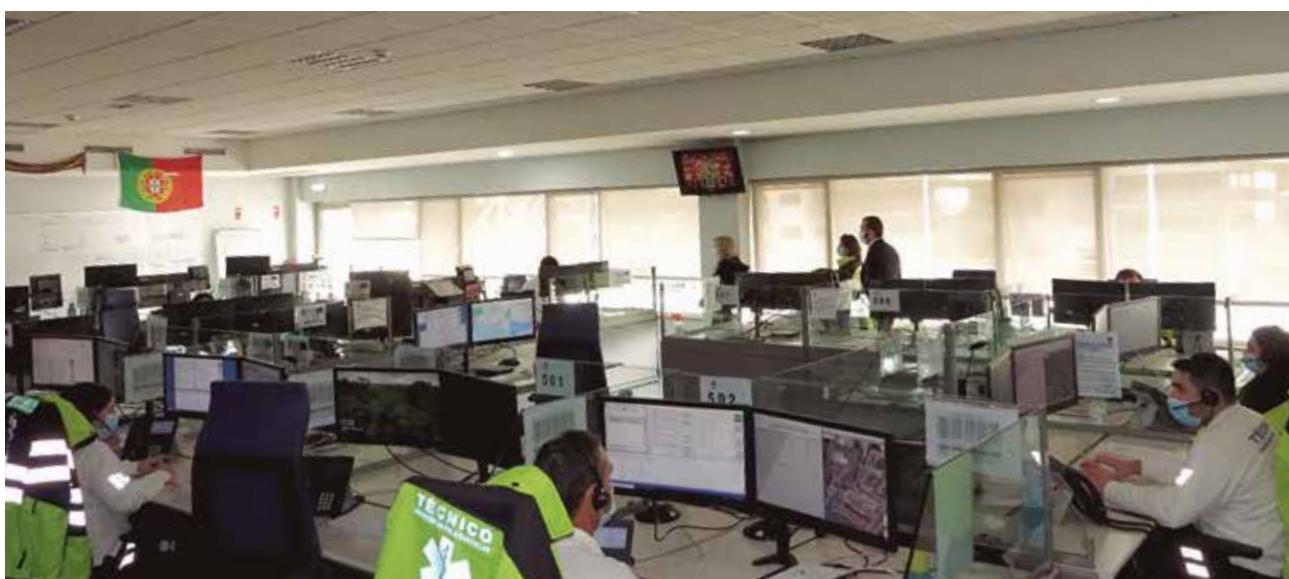


"Apesar da escassez de recursos humanos e das muitas dificuldades sentidas durante este período pandémico", assinalou o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, "a resposta em emergência médica na região Centro foi sempre dada adequadamente e tem tido um papel fundamental para ajudar a salvar vidas". Carlos Cortes enalteceu todo o trabalho dos profissionais de saúde do INEM e dos seus responsáveis para a resposta em tempo real, aos pedidos de auxílio (doença súbita, partos, acidentes, incêndios, etc.) e frisou a necessidade imperiosa de colaboração de toda a população para o uso correto do número europeu 112. "É fundamental que todos façamos o uso adequado do número 112, de forma a ter os meios disponíveis para responder, em tempo útil, aos cuidados de saúde de emergência", lembrou. "O número ajuda a salvar vidas. Se

usarmos o 112 apenas e só em emergência estamos a contribuir e a colaborar para o auxílio na emergência de quem mais precisa".



"É todo o dispositivo do Instituto Nacional de Emergência Médica que elogiamos, e na região Centro em particular, que continua a efetuar a triagem, a acionar os meios de socorro e a chegar às ocorrências que necessitam de intervenção urgente". A concluir a intervenção face às perguntas dos jornalistas, Carlos Cortes defendeu ainda que "a resposta dada na área da emergência pré-hospitalar merece um investimento em recursos humanos e financeiros que possa permitir a manutenção e maior capacitação desta instituição".



Newsletter nº 11 do Gabinete de Investigação e Divulgação Científica da SRCOM

"The Effects of COVID-19 on Cancer Care Provision: A Systematic Review", de Ana Luísa Azevedo, é o estudo plasmado na newsletter número 11 do Gabinete de Investigação e Divulgação Científica da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Recorde-se que, desde março de 2021, o Gabinete de Investigação e Divulgação Científica iniciou a disponibilização de informação sobre áreas relevantes para a prática clínica. Esta ferramenta conta com o apoio da rede Cochrane Portugal, que inclui as duas escolas médicas da região Centro.

NEWSLETTER N°11
MARÇO | 2022

GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA
Cochrane Portugal (FMUC e UBI)
Ordem dos Médicos - Região Centro

The Effects of COVID-19 on Cancer Care Provision: A Systematic Review
Autor: Ana Luisa Azevedo

Referência: Alom S, Chi CM, Jha A, Lai SHD, Yau THL, Harky A. The Effects of COVID-19 on Cancer Care Provision: A Systematic Review. *Cancer Control*. 2021 Jan-Dec;28:1073274821997425. <https://doi.org/10.1177/1073274821997425>

Questão e contexto:
A pandemia COVID-19 obrigou os serviços de saúde de todo o mundo a um intenso esforço para alterar este um enorme fluxo de doentes. Este impacto foi particularmente evidente nos serviços oncológicos, com muitos doentes enfrentando atrasos no diagnóstico e tratamento do cancro, o que levou à adoção de modificações drásticas nos serviços para manter o atendimento oportuno e eficaz. Esta revisão sistemática teve como objetivo reunir dados primários de intervenções oncológicas que implementaram mudanças na prestação de serviços no contexto da pandemia COVID-19, para planear futuras intervenções e estratégias de resposta das unidades de saúde.

Análise do estudo:
Em conformidade com o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), foram pesquisadas as seguintes bases de dados: Medline, Global Health e EMBASE. Foi também incluída literatura orientada para a pesquisa foi desenhada em 3 categorias que incluem patovariáveis e MeSH relacionadas com: (1) "COVID-19"; (2) "Cancer"; (3) "Service Provision". Foram identificados 1833 estudos, posteriormente submetidos a processos de screening e elegibilidade, sendo selecionados 72 artigos para inclusão na síntese qualitativa. A avaliação da qualidade dos artigos incluídos foi realizada usando a ferramenta de avaliação da qualidade do National Institutes of Health (NIH).

Resultados:
A síntese narrativa da literatura permitiu identificar 6 eixos temáticos que englobaram as intervenções nos serviços oncológicos adotadas pelas instituições de saúde:
1) Testagem e Rastreio:
- Testagem de doentes e profissionais de saúde
- Questionário de saúde obrigatório
- Tracing de contactos
2) Divulgação e Comunicação:
- Comunicação via telemedicina
- Reuniões clínicas em videoconferência
- Educação do doente quanto aos riscos de contaminação cruzada
3) Proteção:
- Fornecimento e treino no uso de equipamento de proteção individual (EPI)
- Uso obrigatório de máscaras
- Desinfecção de mãos e do ambiente
4) Distanciamento Social:
- Limitação do número de pessoas nos locais
- Sistemas de segregação dos profissionais de saúde
- Separar espaço por áreas (áreas "COVID-19" e áreas "COVID-19 free")
5) Gestão do Tratamento:
- Avaliação e reabordagem pré-tratamento
- Considerar redução ou adiamento dos protocolos de tratamento
- Uso de técnicas oncológicas com menor risco de aerosolização
6) Reestruturação de Serviços:
- Agilizar a distribuição de medicamentos
- Outourcing de exames complementares de diagnóstico seleccionados
- Limitar o número de consultas por médico e redistribuir a equipa de profissionais de saúde

Discussão:
A pandemia COVID-19 destacou os amplos impactos das políticas governamentais e das necessidades da sociedade na moldagem da assistência oncológica. Também enfatizou a necessidade de os sistemas de saúde serem dinâmicos e flexíveis para mitigar os efeitos-cadeia de médio e longo prazo que se refletem na prática clínica e nos outcomes dos doentes.

Implicações futuras:
Em busca de melhores estratégias para apoiar os doentes oncológicos durante a pandemia COVID-19, deve ser prioritário:
1) obter dados clínicos de longo prazo para avaliar o impacto da redução/adiamento do tratamento nos outcomes dos doentes;
2) avaliar quantitativamente o impacto psicológico nos pacientes, com o objetivo de fornecer cuidados holísticos e emocionalmente adequados;
3) partilhar dados de qualidade das intervenções efetivadas, de modo a ter um ponto de referência para futuras crises de saúde;
4) entender melhor as implicações de médio e longo prazo nos médicos e doentes, uma vez que se antecipam outros impactos consequentes no tratamento do cancro pós-pandemia.

A pandemia COVID-19 destacou os amplos impactos das políticas governamentais e das necessidades da sociedade na moldagem da assistência oncológica.



LEIA AQUI A
NEWSLETTER



seguro

saúde⁺ exclusive

**Proteção exclusiva para
si e para a sua família.**

Seguro de saúde com Médico Online,
disponível onde e quando quiser,
sem ter de sair de casa.



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

Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A.
Sede: Av. Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo. Pessoa Coletiva n.º 503 496 944.
matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.000.000,00



um mundo para
proteger o seu

PÓS-GRADUAÇÕES FLEXÍVEIS,
FORMAÇÃO DE QUALIDADE,
DEZ ANOS DE EXPERIÊNCIA
EM ENSINO A DISTÂNCIA

CANDIDATURAS 2022/2023

ESPECIALIZAÇÕES

- Enfermagem na Anestesiologia
- Fundamentos Científicos de Anestesiologia
- Geriatria Clínica
- Medicina Desportiva
- Reabilitação em Medicina do Exercício e Desporto
- Medicina do Trabalho

FORMAÇÃO CONTÍNUA

- Auscultação Cardíaca Digital
- Curso Básico de Eletrocardiografia
- Curso Básico de Monitorização Ambulatória de Pressão Arterial (MAPA) de 24 horas e de Velocidade da Onda de Pulso Carótido-femoral
- Dor Crónica: Abordagem das Principais Síndromes de Acordo com o ICD-11
- Imagiologia em Medicina Desportiva
- Medicina de Viagem e de Populações Móveis
- Medicina do Futebol
- Medicina e Reabilitação no Futebol
- Neuroanestesiologia
- Nutrição Clínica na Medicina Geral e Familiar
- Nutrição Clínica para Médicos Hospitalares
- Prescrição de Exercício
- Reumatologia Aplicada

