



REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.ordemdosmedicos.pt

211
FEVEREIRO 2021

UMA PANDEMIA,
muitas lições

HOSPITAL DE SÃO JOÃO:
liderança em todas as linhas

**PAINEL DE VIGILÂNCIA
IMUNOLÓGICA DE**
portugueses com COVID-19

O seu mundo não perde o ritmo

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

ageas.pt

seguro

ritmo 
vida

ageas
seguros

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

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

SUMÁRIO

ROM 211 - FEVEREIRO 2021

03	EDITORIAL As respostas e soluções estão no terreno, nas pessoas
06	BREVES
08	ENTREVISTA - Ana Cristina Garcia A ciência aos cientistas, a política aos políticos...
	TEMA DE CAPA
14	Pandemias ao longo da história Uma pandemia, muitas lições
25	ENTREVISTA - Patrícia Pacheco Propaganda e mensagens contraditórias
	ATUALIDADE
28	Hospital prevenido vale por dois? Bastonário alerta: é preciso "pensar maior" e agir
33	Hospital de São João: liderança em todas as linhas
35	Terá o SNS uma grande resiliência?
38	Painel de vigilância imunológica de portugueses com COVID-19
40	Desafios da pandemia para a estrutura internacional de saúde
41	BREVES



Revista da Ordem dos Médicos: Ano 37 - N° 211 - FEVEREIRO 2021

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

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

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

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

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

Nota da redação:

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

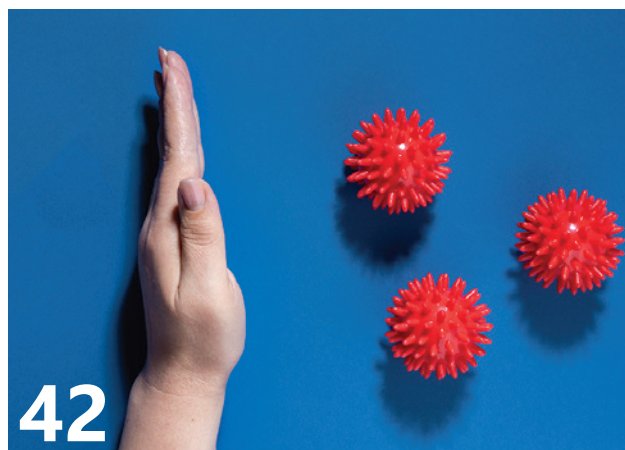
Em qualquer dos casos, tais artigos não representam qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos.

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

SUMÁRIO

ROM 211 - FEVEREIRO 2021

42	ALTOS E BAIXOS
44	PROVA DOS FACTOS
	LEGES ARTIS
46	Equipa multidisciplinar desenvolve máscara protetora para reabilitação
	FORA DE ORDEM
48	Catarina Furtado - "Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina"
	BAÚ DE MEMÓRIAS
50	Dia mundial do doente
	CULTURA
52	Fotografia (d)e viagem: em busca da luz ideal
	OPINIÃO
54	Medicina Geral e Familiar e COVID-19: a visão de um interno
55	Voltaremos a ter Cuidados de Saúde Primários como os conhecíamos?
56	Teleconsulta: o decair da relação médico-doente?
58	Autismo em Portugal: onde anda a evidência científica?
60	O médico no ecrã
62	Vulnerabilidade
	INFORMAÇÃO
63	Informação SRS
69	Informação SRC
75	Informação SRN



As respostas e soluções estão no terreno, nas pessoas



MIGUEL GUIMARÃES

Bastonário da Ordem dos Médicos

Nas funções com pendor administrativo, como a que também ocupo neste momento, o tempo de gabinete tende a engolir-nos. É fácil que os dias passem e que o tempo seja todo tomado por reuniões e documentos mais burocráticos. Essa é – sem dúvida – uma parte importante do trabalho, que não podemos deixar de cumprir com zelo, mas sempre defendi que é essencial ir ao terreno e estar próximo das pessoas.

A pandemia veio reforçar esta minha convicção: as lideranças próximas das pessoas tomam decisões mais justas e mais acertadas, como temos tido a oportunidade de comprovar com o novo coordenador da Task-Force para a vacinação, que ouviu o nosso apelo para corrigir uma situação que nos prejudicava como país, vacinar as pes-

soas mais frágeis, mais velhas e contar com o apoio da Ordem dos Médicos para vacinar os médicos que estavam a ficar esquecidos pela tutela.

É próximo dos médicos e dos doentes que encontro um retrato fiel do que está a acontecer e do que é urgente melhorar. É no terreno que vejo a importância da empatia, de uma simples palavra amiga, infelizmente agora sem o abraço de outros tempos. É nos centros de saúde e hospitais que confirmo que temos os melhores médicos do mundo e que não precisamos de inventar a roda. Sabemos a receita, é preciso vontade e coragem política para fazer o que está certo, para valorizar o capital humano e para implementar as estratégias de que o nosso sistema de saúde precisa, cada vez com mais urgência.

É próximo dos médicos e dos doentes que encontro um retrato fiel do que está a acontecer e do que é urgente melhorar. É no terreno que vejo a importância da empatia, de uma simples palavra amiga, infelizmente agora sem o abraço de outros tempos.

Da mesma forma, é essencial que exista humildade para emendar um caminho que se revelou incorreto.

Esta edição da Revista da Ordem dos Médicos dá, uma vez mais, voz a quem está no terreno a fazer acontecer e procura revisitar as maiores pandemias da história para tirar lições do passado e do presente. E é quase impossível que não nos sintamos inspirados pelas mensagens que vários colegas partilham connosco e que deviam ser tidas em conta por quem tem a pasta da Saúde.

Ana Rita Eusébio, que foi coordenadora regional de Saúde Pública da Região Autónoma dos Açores de 2012 a outubro de 2020, sintetiza na perfeição a importância da liderança nas instituições, ainda mais na pandemia que estamos a viver: "Os sistemas de saúde devem valorizar e reforçar o seu principal ativo, o capital humano. A liderança é para isso fundamental. Um verdadeiro líder gere recursos, mas também deve inspirar e dar confiança à equipa; apoiá-la nos bons e maus momentos, com paciência e sensibilidade. A pandemia mostrou os verdadeiros líderes e deixou para trás os 'chefes'. É necessária humildade para reconhecer o erro, assumindo

perante a equipa as decisões mais difíceis a tomar, tendo em mente e no coração a verdadeira missão: a saúde das pessoas".

Também Ana Cristina Garcia, secretária da Secção de Saúde Pública da UEMS, defende que "o país, através do Ministério da Saúde, necessita de ter, em permanência, um forte e bem estruturado órgão de planeamento em saúde, designadamente na sua vertente estratégica e de operacionalização", como tantas vezes temos vindo a defender, em particular no combate à Covid-19, em que a mistura da esfera técnica com a esfera política e a má gestão da comunicação dificultaram o alcance de melhores resultados. Opinião reforçada por Patrícia Pacheco, do Gabinete de Crise para a Covid-19 da Ordem dos Médicos e diretora de infectiologia do Hospital Fernando Fonseca, que reafirma que, ao longo deste ano, podemos "recordar vários momentos em que os discursos políticos não foram prudentes e deram mensagens contraditórias".

Curiosamente, é pela pena dos mais jovens que é abordado um dos temas que mais me preocupa e no qual a Ordem dos Médicos tem procurado ter um papel central. Há al-

guns anos, partilhei aqui neste espaço uma situação real de uma criança que desenhava um gabinete de consulta e em que colocava a cara do médico encoberta pelo monitor do computador. Nessa altura, alertei para os riscos da informatização excessiva e burocratização das conversas e como o espaço de consulta estava a ser deturpado e a adaptar-se às tecnologias, esquecendo-se de que o essencial daquele tempo e daquele espaço é e será sempre a relação médico-doente. Agora, fruto da pandemia, Catarina Calheno Rebelo e Tiago Sousa, internos de Medicina Geral e Familiar, trazem-nos um artigo intitulado “O médico no ecrã”, que aborda a situação contrária – passámos para uma realidade em que médico e doente são afastados, muitas vezes numa relação que nem mediada pela imagem é, em que mais uma vez corremos o risco de aceitar uma mudança de grande impacto na relação médico-doente, na qualidade e na humanização. A telemedicina é positiva e útil, mas precisa de nascer com alicerces sólidos. Permitir agora, a reboque do SARS-CoV-2,

que tudo seja passível de teleconsulta e que um simples telefonema seja uma teleconsulta, é desvirtuar o conceito, desvirtuar a profissão de médico e sobretudo desvirtuar uma relação com o nosso doente, à qual jurámos consagrar as nossas vidas.

Felizmente, o mês de fevereiro termina com boas notícias e comprova-nos que quando as causas são justas e quando somos resilientes é possível alterar decisões inadmissíveis. A nova Task-Force para a vacinação reconheceu que os médicos, eleitos para o primeiro grupo prioritário de vacinação, já deviam ter sido imunizados e confiou à Ordem dos Médicos a tarefa de organizar uma grande operação para vacinar todos os colegas que ainda não tiveram acesso à vacina, numa ação nacional que terei o gosto, o dever e a responsabilidade de coordenar. Juntos somos mais fortes, juntos vamos conseguir que as causas justas avancem e que tanto nós como os nossos doentes fiquemos mais protegidos.

A nova Task-Force para a vacinação (...) confiou à Ordem dos Médicos a tarefa de organizar uma grande operação para vacinar todos os colegas que ainda não tiveram acesso à vacina, numa ação nacional que terei o gosto, o dever e a responsabilidade de coordenar.

O COMBATE À PANDEMIA GANHA-SE NA COMUNIDADE

O bastonário da Ordem dos Médicos e o respetivo Gabinete de Crise para a COVID-19, manifestaram apoio ao novo coordenador da task force de vacinação. Em comunicado lamentaram os quase 20.000 óbitos ocorridos em janeiro e evidenciaram a necessidade de monitorizar a eficácia do confinamento a nível regional (NUTS II) com acompanhamento permanente de vários indicadores: incidência de novos casos por 100.000 habitantes a 14 dias e respetiva tendência, o Rt local, a taxa de positividade dos testes, atraso na realização dos inquéritos epidemiológicos e percentagem de cobertura vacinal dos profissionais e dos indivíduos com 80 ou mais anos. Insistiram ainda na criação de condições para operacionalização da vigilância epidemiológica e da testagem precoce de todos os contactos de alto risco, que já defendiam desde julho de 2020. Reiterando que o combate à pandemia é ganho na comunidade, defenderam a manutenção do confinamento até que a evolução favorável e sustentada dos indicadores permita a sua reversão.



PETIÇÃO PELA VACINAÇÃO DE TODOS OS MÉDICOS

O Plano de Vacinação contra a Covid-19 arrancou há um mês e meio e elegeu os profissionais de saúde

como o primeiro grupo prioritário. Contudo, decorrido este tempo, em fevereiro muitos médicos continuavam por vacinar, enquanto se assistia ao arranque da vacinação noutros grupos que não estavam inicialmente previstos. Esta situação foi considerada inaceitável e representa um entrave no acesso dos doentes a cuidados de saúde, pelo que a Ordem dos Médicos lançou uma petição pela vacinação imediata dos médicos, sendo o bastonário o primeiro subscritor. Em poucos dias a petição ultrapassou as 10.000 assinaturas.



PLANO DE RESILIÊNCIA PARA REFORÇAR SAÚDE

Foi colocado em consulta pública em fevereiro de 2021 o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) de Portugal, que prevê um investimento de 1.383 milhões de euros em diversas áreas para reforço da capacidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O montante mais significativo – 463 milhões de euros – destina-se à reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente ao reforço do acesso e da qualidade, ao alargamento dos serviços dos ACES e da requalificação de instalações e equipamentos. “Para as redes nacionais de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos, o PRR

reserva 205 milhões de euros destinados a desenvolver uma nova geração de respostas de proteção social dos cidadãos”. O plano para aceder ao financiamento comunitário pós-crise da COVID-19 “prevê 36 reformas e 77 investimentos nas áreas sociais, clima e digitalização, num total de 13,9 mil milhões de euros em subvenções”. Em diversos contextos, o bastonário da OM tem defendido ser essencial que se avance com as reformas e se faça evoluir o SNS aproveitando o momentum gerado pela pandemia, o que se espera agora que possa acontecer com base no PRR.



GRANDES CENTROS DE VACINAÇÃO SÃO EXCELENTES SOLUÇÕES

O bastonário da Ordem dos Médicos saudou a iniciativa das Câmaras do Porto e de Lisboa pela abertura de grandes centros de vacinação. A aposta neste modelo de imunização foi defendida pela Ordem desde o primeiro momento e transmitida ao Ministério da Saúde e à task force. "Tanto o drive thru de vacinação no Porto como os centros anunciados para Lisboa são soluções excelentes, que permitem agilizar a vacinação e manter condições de segurança essenciais para que todo o processo decorra de forma rápida e com confiança, visto que há uma parceria que en-

volve os hospitais e os agrupamentos de centros de saúde das regiões em causa", destaca o bastonário da Ordem dos Médicos, instando a que mais autarquias se envolvam nestas soluções. "Este modelo está a ser seguido nos países que têm alcançado melhores taxas de vacinação. Simultaneamente, também permite que o trabalho seja organizado sem desviar tantos recursos humanos dos cuidados de saúde primários e dos hospitais, o que é fundamental quando sabemos que os doentes não Covid-19 precisam com urgência de ter mais acesso a consultas, exames e cirurgias", reforça.

FUNDO SOLIDÁRIO COVID-19 DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SEGURADORES



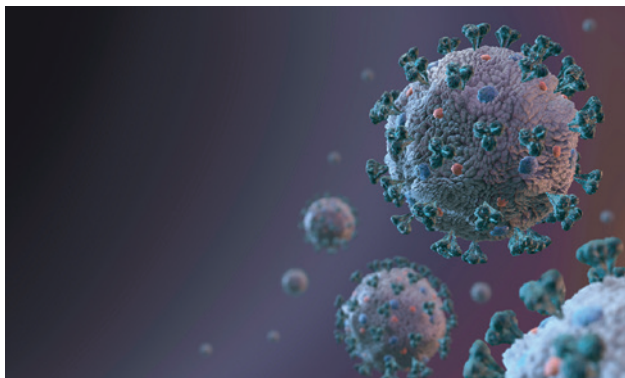
As empresas de seguros que operam em Portugal constituíram um Fundo Solidário na Associação Portuguesa de Seguradores, dotado de 1,5 milhões de euros, destinado a financiar a atribuição de compensações, de natureza excecional, a familiares de um conjunto de profissionais que, durante o período do estado de emergência e no exercício da sua profissão ou de missão voluntária, tenham testado positivo à doença COVID-19 e, em consequência dela, tenham falecido ou venham a falecer. Os montantes a atribuir serão sigilosos e em caso algum será divulgada qualquer informação respeitante a dados pessoais. Este é um apoio solidário extraordinário a prestar às famílias das vítimas, por parte do setor segurador, com o objetivo de ajudá-las, num momento particularmente difícil, a reorganizar as suas vidas e a fazer face a necessidades mais imediatas. O acesso ou a atribuição deste apoio não condiciona, nem limita, qualquer compensação ou outro direito que seja devido às famílias. O apoio também prevê as situações em que se tenha tratado de trabalho voluntário – não coberto, portanto, por mecanismos de apoio garantidos aos trabalhadores –, caso em que o Fundo pode atribuir uma compensação em caso de internamento, majorado se tiver ocorrido em situação de cuidados intensivos.

Mais informação e formulários em:

<https://ordemdosmedicos.pt/fundo-solidario-covid-19-da-associacao-portuguesa-de-seguradores/>

ESPECIALISTAS EM DOENÇAS INFECCIOSAS DIVULGAM POSIÇÃO CONJUNTA

Os diretores dos Serviços de Doenças Infecciosas dos maiores hospitais portugueses e do Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos divulgaram uma posição pública conjunta na qual se solidarizaram com todos os profissionais de saúde que, com abnegação e sentido de responsabilidade, têm superado os limites da resistência humana para cuidarem dos doentes, COVID-19 e todos os outros; Deixaram um apelo ao Ministério da Saúde para reforçar o SNS em meios materiais e humanos, expressando preocupação com o profundo impacto da pandemia na formação médica pré e pós-graduada; Manifestaram apoio a todas as medidas de confinamento que maximizem o efeito protetor do distanciamento social, aconselharam uma modificação do modelo de comunicação em saúde que já não mobiliza os portugueses e sugeriram a preparação de um plano para evitar sucessivas ondas epidémicas, aplaudindo o início da campanha de vacinação contra SARS-CoV-2, embora pedindo a reavaliação das prioridades definidas.



ANA CRISTINA GARCIA

A ciência aos cientistas, a política aos políticos...

ENTREVISTA E FOTOS : PAULA FORTUNATO

Ana Cristina Garcia começa por nos falar do reconhecimento europeu da qualidade da nossa formação e do trabalho de duas décadas em que vários representantes da Ordem dos Médicos (OM) consolidaram esse reconhecimento, especificamente ao nível da Secção de Saúde Pública da UEMS. Quando entra no campo da pandemia, reconhece os desafios e obstáculos à formação, mas não deixa de referir que é uma oportunidade de aprendizagem única. O essencial, alerta, é que se defenda a qualidade da formação. Dos políticos espera o respeito pela independência técnica dos médicos e outros técnicos e que tomem decisões informadas. Porque aos homens da ciência o que compete é “apenas” informar que caminhos sugere a evidência científica. Com o conhecimento de quem esteve na elaboração de um plano de contingência em 2006, além de alertas para a importância de uma comunicação adequada, relembra como essencial a definição precoce de uma cadeia de liderança, coordenação e organização para uma ação eficaz.

> A sua recém eleição como secretária da Secção de SP da UEMS representa com certeza o reconhecimento de muito trabalho...

A representação da OM na Secção de Saúde Pública da UEMS, há cerca de 20 anos, tem sido norteada pelo potencial de cooperação mútua entre países membros (40, à data), e por uma participação ativa e, até, proativa dos representantes indicados por Portugal, através do Colégio de Saúde Pública, nos respetivos trabalhos. De facto, desde o primeiro delegado nacional na Secção - Dr. Carlos Daniel Pinheiro, que aí cumpriu três mandatos -, passando pelo Dr. Alcindo Maciel Barbosa, no mandato subsequente, até eu própria, nos mandatos mais recentes, todos dedicamos uma atenção minuciosa ao trabalho desenvolvido na UEMS/SP. As propostas feitas na identificação de competências-chave da especialidade, ou no debate de um modelo de formação especializada, sólido e coerente e, na medida do possível, comum aos vários países, são, creio, bons exemplos da participação continuada destes três especialistas portugueses ao longo de um já longo período, segundo uma linha planeada, refletida e similar de atuação.

> A definição dos “requisitos de formação para a especialidade de Saúde Pública” a nível europeu é um exemplo desse trabalho...

Sim, é um excelente exemplo. Como consta no documento que formaliza esses requisitos (Training Requirements for the Specialty of Public Health, de 2019), a garantia





Ana Cristina Garcia, médica especialista em Saúde Pública, com a competência em Gestão dos Serviços de Saúde, recém-eleita secretária da Secção de Saúde Pública (SP) da União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS)

de elevados padrões comuns de qualidade da formação especializada favorece a livre circulação de médicos especialistas na Europa, o que nos parece de elevada importância. Este documento, onde participámos ativamente desde o primeiro esboço, e que atravessou vários mandatos dos delegados, é de facto um exemplo da prestação portuguesa na UEMS. Exemplo que está consubstanciado a nível interno na robustez e consistência do atual programa de formação do Internato Médico de Saúde Pública, documento programático reconhecido a nível internacional, o que nos dá grande tranquilidade não só quanto à sua adequação, qualidade, atualidade e utilidade, mas ainda porque se traduz num reconhecimento que abrange todo o território europeu, facilitando a já referida mobilidade.

> Falou do reconhecimento da qualidade da nossa formação... Preocupa-a que se possa – por força da concentração de recursos no combate à pandemia – negligenciar a formação pós-graduada?

Não se pode passar por uma pandemia sem que haja consequências, inclusive na formação médica pós-graduada. Os órgãos responsáveis pela formação, seja pelo lado da Ordem dos Médicos

(designadamente através dos Colégios), seja do Ministério da Saúde, terão de estar duplamente atentos, para que, em nome de necessidades imediatas, não se comprometa a formação estabelecida como essencial. Seria um péssimo serviço ao país pós-pandemia fornecer-lhe profissionais de medicina insuficientemente habilitados. A saúde, como temos visto realçado, não se resume à COVID-19. Por outro lado, nem tudo, na nova realidade, pode ser visto como enfraquecedor da qualidade formativa, pois esta experiência, transversal a todas as especialidades, mas muito própria e próxima da especialidade de SP, pode trazer, e tem trazido, oportunidades formativas de grande valor.

> Essa tem sido uma das preocupações ao nível da UEMS?

Sim. Os trabalhos têm sido dirigidos à manutenção da especialidade a funcionar, em toda a Europa, sem prejuízo da qualidade.

> Que lições de Saúde Pública já deveriam ter sido aprendidas, mas continuam a ser ignoradas pelos responsáveis políticos?

Há algo que, na nossa perspetiva, ainda não foi suficientemente interiorizado: o país, atra-

O país, através do Ministério da Saúde, necessita de ter, em permanência, um forte e bem estruturado órgão de planeamento em saúde, designadamente na sua vertente estratégica e de operacionalização.

vés do Ministério da Saúde, necessita de ter, em permanência, um forte e bem estruturado órgão de planeamento em saúde, designadamente na sua vertente estratégica e de operacionalização. Por outro lado, terá de ser sempre garantida autonomia técnica à vigilância, à investigação e à intervenção em Saúde Pública, nomeadamente à celeridade desta última, o que nem sempre tem acontecido, como a Ordem dos Médicos tem assinalado repetidamente.

> Um órgão de planeamento em saúde além das situações de contingência?

Sim, para ambas as situações. Para situações de emergência pode-se - e deve-se - planejar antecipadamente. O planeamento de contingência destina-se precisamente a preparar a resposta perante a perspetiva de ocorrência de uma situação emergente, num futuro mais ou menos próximo; traduz, no fundo, o que conseguimos antecipar em termos de planeamento estratégico de uma emergência de Saúde Pública (seja uma pandemia, ou um sismo ou outra catástrofe natural, por exemplo). É importante que haja uma autoridade técnica forte e bem apoiada por cientistas com a missão de fazer propostas técnicas, com base em evidência científica e nos riscos técnicos estimados para vários cenários.

> O planeamento é relevante em termos de formação especializada?

Sim, o planeamento no âmbito do controlo das doenças transmissíveis é uma das áreas de treino preconizadas pela UEMS na formação especializada de saúde pública. Em Portugal, o planeamento em saúde, em geral, e o planeamento de contingência, em particular, são áreas prioritárias da formação especializada, aliás, em sintonia (como não

poderia deixar de ser) com as competências essenciais ao exercício do médico especialista em Saúde Pública aprovadas pela Ordem dos Médicos. Este é um dos exemplos de oportunidade formativa que nos referimos anteriormente.

> Há uns anos, coordenou um plano de contingência...

Sim, em 2006. Fui uma das coordenadoras do plano de contingência nacional do setor da saúde para a pandemia de gripe. À data admitia-se o potencial pandémico do vírus da gripe H5N1, o que, felizmente, não se veio a confirmar. Contudo, o plano de 2006 foi adaptado na resposta à pandemia de gripe pelo vírus H1N1, em 2009 e a outras emergências de Saúde Pública, pois teve por metodologia a preconizada para uma emergência em geral. Foi usado, por exemplo, com as devidas adaptações, na preparação para a eventualidade de ocorrência em Portugal de doença provocada pelo vírus Ébola, em 2014. E está referenciado como um dos pontos de partida do planeamento de contingência da pandemia de COVID-19.

> Nesse plano referia-se a importância de uma cadeia de comando. Concorde que é essencial?

Considero muito importante a definição precoce e clara de uma estrutura de liderança e coordenação – uma cadeia de comando e controlo, se quisermos, como designado no plano de contingência de 2006. É fundamental definir precocemente os papéis e as responsabilidades de cada um dos intervenientes.

> Mas é viável aplicar esse tipo de cadeia de comando, sem criar obstáculos à celeridade da interrupção de cadeias de transmissão?

Sim, é viável. Felizmente, e independentemente

de nos encontrarmos ou não em situação de emergência, em Portugal faz parte da rede de médicos que exercem o poder de autoridade de saúde uma rede de comunicação telefónica que assegura o contacto imediato aos três níveis de autoridade - local, regional e nacional - sempre que necessário.

> E a comunicação? Não deverá ser um dos capítulos relevantes do planeamento?

Sim, claro. A definição de um plano de comunicação faz parte do planeamento de contingência. É necessário definir, à partida, a entidade responsável pela liderança do processo de comunicação, quem o coordena, quem serão os porta-vozes e os públicos-alvo. É muito importante distinguir a comunicação estratégica, aos profissionais, ao público ou aos órgãos de comunicação social. Há várias estratégias de comunicação que devem ser previamente estudadas para que sejam posteriormente selecionadas as mais adequadas ao público-alvo pretendido. Por exemplo, há especialistas em comunicação que recomendam que para a informação diária em situação de contingência os "rostos" sejam profissionais dessa área, especificamente treinados para a leitura de um texto preparado pela estrutura responsável que referi. Sem prejuízo, naturalmente, de outros momentos de comunicação com outros atores, políticos ou técnicos, mas ocasionalmente ou em situações particulares.

> E quando a comunicação falha é difícil repor a verdade... Quando não há certezas, pode ser dito "não sei"?

Claro que sim. Há tanta coisa que não sabemos ainda. Poder-se-ia dizer que o conhecimento científico sobre a COVID-19 está ainda na sua infância: é um vírus completamente novo, neste seu formato pandémico e continua a surpreender. É, portanto, expectável que existam posições divergentes, num dado momento, entre cientistas. A ciência vai crescendo precisamente pela discussão científica, objetiva, resguardada. Entre equipas e em equipa, nesta fase, mais do que consensos científicos, discute-se e procura-se ir colmatando as lacunas de conhecimento com a integração do "saber" de todos. Portanto, seja qual for o público-alvo, quando a resposta certa à questão que é colocada é "não sei" ou "não sabemos", é isso que deve ser dito. E explicado.

> E para quem fica a decisão?

Não são os cientistas - ou mesmo os técnicos - que tomam as decisões finais, são os políticos. A nós compete-nos apresentar-lhes a melhor evidência e sugerir estratégias e intervenções sólidas, sempre baseadas em diagnósticos e/ou cenários numa perspetiva da defesa da saúde da população. É uma postura técnica, mas também de ética e deontologia profissional.

Seria um péssimo serviço
ao país pós-pandemia
fornecer-lhe profissionais
de medicina
insuficientemente
habilitados.



> Acha que estamos mais capacitados para lidar com as consequências do isolamento ou com comportamentos de risco no contexto da COVID?

São ambas preocupações de elevada prioridade numa perspetiva de Saúde Pública. Temos de ser capazes de manter todas as medidas que nos ajudam a reduzir a transmissibilidade do SARS-CoV-2, com destaque para o distanciamento social, higienização das mãos, higiene respirató-



ria e uso de máscaras de proteção. Com base no conhecimento à data, não temos alternativa enquanto não existir tratamento específico e uma percentagem elevada de pessoas imunizadas seja pela doença ou pela vacinação. Pressupondo uma imunização duradoura, claro. A minimização dos comportamentos de risco é sempre, como regra em Saúde Pública, o mais adequado.

> Então e em termos da pandemia de saúde mental?

Também tem de ser prevenida e combatida. E há vários exemplos de que é possível fazê-lo. Aliás, tem sido uma das respostas mais interessantes da sociedade em geral. Os parceiros sociais, as famílias, anónimos voluntários, etc., têm-se organizado, e com segurança, contribuído com ações inovadoras para a prevenção ou minimização dos efeitos negativos do isolamento, contrabalançando o afastamento social sem que se deixe de cumprir as normas de segurança relativas à COVID-19. Há exemplos de grande criatividade, junto dos idosos institucionalizados ou em isolamento nas suas casas, dos doentes em geral, dos doentes com COVID-19, entre outros.

> Seja pela própria pandemia ou pelos impactos negativos, não vivemos ainda tempos de festejos...

Não podemos deixar de nos regozijar pela esperança que nos traz a vacinação. Contudo, precisamos de ter muita humildade e respeito pelo sofrimento, por quem morreu, pelas famílias, pelos profissionais que lutam dia e noite para tentar reduzir essas mortes, e também pelas suas famílias.

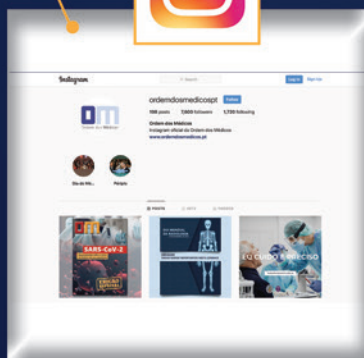
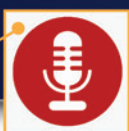
Não são os cientistas - ou mesmo os técnicos - que tomam as decisões finais, são os políticos.

A nós compete-nos apresentar-lhes a melhor evidência e sugerir estratégias e intervenções sólidas, sempre baseadas em diagnósticos e numa perspetiva da defesa da saúde da população.

A Ordem dos Médicos



à distância
de um clique



QUEREMOS ESTAR MAIS PERTO DE SI

PANDEMIAS AO



430 a 427 a.C.

PESTE DE ATENAS

Desconhece-se o tipo de doença, mas vitimou 2/3 da população de Atenas.

541 – 750

PRAGA DE JUSTINIANO

Primeira pandemia documentada e primeiro caso de peste bubônica conhecido, matou mais de 20% da população mundial.

165 A.C. – 180 A.C.

PESTE DE GALENO

Terá sido um surto de varíola ou sarampo que alastrou a todo o Império Romano.

1347

PESTE NEGRA

Maior pandemia da história da civilização, começou na Ásia Central; atingiu a Europa em consequência da falta de saneamento; desconhece-se os números certos mas a mortalidade referida varia entre 1/3 e 1/2 da população do mundo.



(1)

1665

GRANDE PESTE DE LONDRES

Matou 20% da população da cidade.

1775 – 1782

VARÍOLA

Epidemia devasta nos EUA, com 38% de taxa de mortalidade; Duas décadas mais tarde, é desenvolvida a primeira vacina do mundo, e, na sequência de uma campanha de vacinação em massa, a varíola é erradicada em 1980.

1830

CÓLERA

Com início na Europa, alastra-se aos Estados Unidos e Canadá. Em sucessivas epidemias, já matou centenas de milhares de pessoas.

1875

SARAMPO

Pandemia nas Ilhas Fiji, trazida pelos regentes desta colônia britânica; Morreu 1/3 da população das ilhas.

1957

GRIFE ASIÁTICA

Uma das maiores epidemias mundiais de gripe, matou 1,1 milhões de pessoas. Começou no Norte da China e, em cerca de 10 meses, chegou a Singapura, Hong-Kong, Austrália, Índia, África, Europa e Estados Unidos. Em Portugal a doença entra através do desembarque de passageiros provenientes de África.

1889

GRIFE RUSSA

Começou na Sibéria mas difundiu-se pela Europa, América do Norte e África. Num ano, fez cerca de 360 mil mortos.

1918

GRIFE ESPANHOLA

Considerada a mais devastadora doença viral do século XX, matou cerca de 100 milhões de pessoas. Principal medida de contenção da propagação? Distanciamento social.



LONGO DA HISTÓRIA

2014

ÉBOLA

Vírus descoberto pela primeira vez em 1976 no antigo Zaire; a epidemia de 2014 na África Ocidental foi a maior de que há registo; No resto do mundo, há casos muito esporádicos e todos importados, não havendo evidência de cadeias de transmissão.

2009

H1N1

Primeira pandemia do século XXI, provocou a morte de 203 mil pessoas em todo o mundo. Começou no México mas espalhou-se, em pouco tempo, para o continente europeu e à Oceânia.

2006

H5N1

Conhecido como a "gripe das aves", foi isolado pela primeira vez em humanos em 1997, na China. Em 2006, o vírus espalha-se pela Europa, levando ao abate de milhões de aves e deixando o mundo em alerta, mas o potencial pandémico do vírus não se concretiza, só ocorrendo em pessoas com elevado contacto com aves de capoeira.

1981

VIH /SIDA

Mais de 35 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas com o VIH/SIDA. Apesar dos tratamentos e avanços na medicina que a tornaram uma doença crónica, ainda não existe cura.

2003

SARS

Coronavírus de origem animal identificado pela primeira vez na China, que se espalhou-se rapidamente por mais de duas dezenas de países.

2015

ZIKA

Vírus isolado inicialmente em macacos no Uganda em 1947; durante os 60 anos seguintes, a doença circunscreveu-se a África e à Ásia. Em 2015 diagnosticam-se 500 casos no Brasil, associados à entrada de turistas que visitaram o país durante o Campeonato do Mundo. Em 3 meses regista-se transmissão do vírus em 14 novos países.

2016

DENGUE

Doença viral transmitida por mosquitos; estimam-se 390 milhões de infeções/ano.

2016 foi caracterizado por grandes surtos em todo o mundo com as Américas a registar mais de 2,38 milhões de casos; Nesse ano o Brasil triplicou o número de infetados em relação a 2014. Em 2019, de janeiro a agosto, o Brasil registou 1.439.471 de casos, quase 600% de aumento em relação a 2018.

A 9 de setembro de 2019, a Organização Pan-Americana da Saúde ativou o alerta epidemiológico ao registar mais de 2 milhões de casos de dengue na América Latina, o maior número desde 2016.

2019

SARS-CoV-2

A 1 de dezembro surge o primeiro caso conhecido de um doente com sintomas de infeção, em Wuhan, capital e maior cidade da província de Hubei, na China. Em cerca de 2 meses a doença já estaria presente em quase todo o mundo.

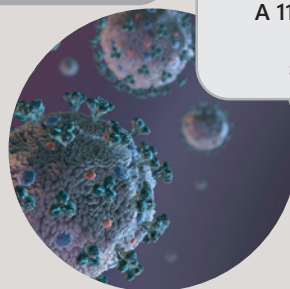
2020

COVID-19

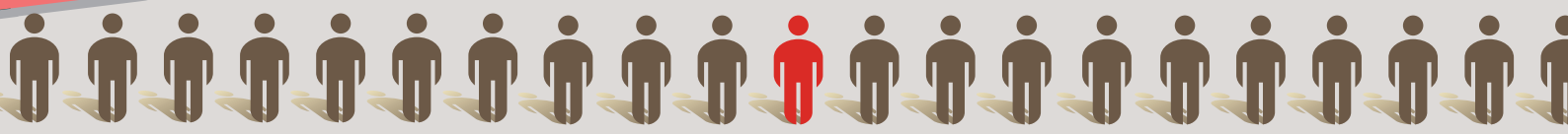
A 11 de março a OMS declara a COVID-19 como sendo uma pandemia.



(2)



(1) Wikimedia Commons
(2) Muhammad Mahdi Karim





TEXTO: PAULA FORTUNATO

Tal como todos fomos pesquisar as pandemias do passado, para melhor compreendermos o contexto pandêmico atual, é fácil imaginarmos futuros historiadores (ou políticos, médicos, jornalistas ou quaisquer outros cidadãos) a olharem para o início desta segunda década do século XXI com a curiosidade de quem busca lições ou estratégias que possam vir a ser úteis para enfrentar outros surtos pandêmicos. As lições e ideias são muitas, e muitas mais serão quando finalmente ultrapassarmos esta crise sanitária, mas, ao fim de um ano, já muito se tornou evidente. Escolhemos 12 ideias que, não sendo novas, ganharam, neste contexto de pandemia, nova dimensão e maior espaço na discussão pública e que são mais transversais.

Uma pandemia, muitas lições

Num mundo cada vez mais rápido, seja na divulgação da informação, seja no movimento de pessoas, com os meios de transportes existentes a permitir uma circulação nunca antes possível, os chamados “problemas sem passaporte” têm o seu potencial de globalização ampliado. Basta pensar que, no século XIX, para percorrer longas distâncias, os seres humanos usavam barcos que, em média, navegavam a seis quilómetros por hora. E, em caso de pandemia, o ponto de potencial entrada da doença era facilmente identificável: o porto. Hoje, os aviões comerciais, quando atingem a designada velocidade cruzeiro, chegam aos 900 km/hora e a ampla distribuição de aeroportos torna todos os países muito mais permeáveis à disseminação de uma pandemia que seja transmissível por seres humanos. O surgimento de novas pandemias parece, portanto, inevitável. Mas isso não invalida que países e sistemas de saúde procurem preparar-se, prevenir e, no caso de não se conseguir conter na origem, encontrar abordagens para respostas o mais eficazes possível, para minimizar o impacto da doença no mundo. Estas são as 12 ideias chave escolhidas:

1. Economia, saúde e ambiente são interdependentes

A certeza irrevogável de que a história do ser humano está intimamente ligada à história natural do planeta que habitamos foi realçada pela ocorrência de uma pandemia cujo agente é de origem animal. A ocorrência da pandemia por SARS-CoV-2 comprovou (mais uma vez) que só são possíveis sociedades saudáveis em ambientes saudáveis, o que faz com que só exista economia saudável na dependência de pessoas e de um ambiente igualmente saudáveis. Temos agora que preparar um futuro mais seguro para todos. Porque a próxima pandemia já se aproxima, só não sabemos ainda quando chega e pode muito bem vir a ter um impacto maior e mais destrutivo do que a COVID-19.

2. Prevenir é melhor que curar (e que remediar)

Esta pandemia foi uma lembrança de que a ciência não pode ser ignorada e que devíamos ter acautelado o que os especialistas vinham a avisar há anos: vários cientistas alertaram para a possibilidade de pandemias de doenças infecciosas de origem animal e ainda recentemente houve “ameaças” dessa natureza como os surtos de H5N1 (gripe das aves).

Também as autoridades foram pedindo aos países que se preparassem. Veja-se, por exemplo, o relatório de setembro de 2019 “A world at risk: annual report on global preparedness for health emergencies” emitido pelo conselho de monitorização global da preparação da OMS, precisamente a instar os governos para que se preparassem melhor pedindo que se empenhassem no investimento em saúde para criação de sistemas mais robustos, apelando à preparação de formas que permitam a rápida partilha de dados em saúde numa situação de pandemia, a criação de um fundo de contingência para emergências, entre várias outras ideias que foram sendo ignoradas.

Também a pensar na prevenção, há quem defende que o Centro Europeu de Prevenção e Con-

trolo de Doenças deve sair desta crise de saúde pública mundial com um papel reforçado, nomeadamente com um maior financiamento para a investigação e desenvolvimento, nomeadamente na área da prevenção, para que, numa situação futura se consigam respostas verdadeiramente europeias em coordenação com o Gabinete Regional Europeu da OMS.

Prevenir é melhor que curar porque evita a doença e consequentemente o sofrimento, reduz o número de mortes evitáveis, mas também porque é mais barato e reduz a sobrecarga financeira dos sistemas de saúde.



António Diniz,
especialista em Pneumologia com a
competência em gestão dos serviços de saúde

CRISE GLOBAL, RESPOSTA GLOBAL

“Porque o mundo é global: ciência, saúde, conhecimento e informação são globais. Foi como escolhemos viver: numa rede de interligação e interdependência que nos deve tornar melhores. Falta a acessibilidade aos recursos para a resposta ser efetivamente global. É o trabalho que nos espera...”

[O coordenador da Unidade de Imunodeficiência do Hospital Pulido Valente salienta quase em *ex-aequo* a importância fulcral da liderança e a necessidade de o sistema de saúde funcionar como um todo.]



Victor Ramos,
especialista em
Medicina Geral e Familiar

PREVENIR É MELHOR QUE REMEDIAR

“Vivemos um fenómeno de saúde hiper-complexo com cascatas crescentes, recorrentes e em rede de causas e efeitos diversos. Onde a focalização a jusante é pouco efetiva, com custos e sofrimento imensos. Investir e intervir a montante, na promoção da saúde e na prevenção, pode evitar consequências catastróficas a jusante”.

[O presidente da Fundação para a Saúde – SNS define a liderança como decisiva e o contexto em que economia, saúde e ambiente são interdependentes, como as lições imediatamente relevantes.].

3. Comunicar é essencial: é preciso aprender a ouvir a ciência

A ciência deve ser tida como a principal arma para combate à desinformação, ao negacionismo, às fake news e à propaganda política. A ciência deve ser igualmente a base de decisões políticas informadas. A colaboração ímpar dos cientistas, a nível nacional e internacional, neste combate à COVID-19, com partilha de informação quase imediata, é, talvez, comparável ao que aconteceu no pico do combate à SIDA nos anos 90, uma atitude que deve ser encorajada para o futuro. Mas, para que a ciência seja ouvida e disseminada de forma eficaz, é necessária uma comunicação clara e transparente, nomeadamente ao nível político, com definição de estratégias coerentes e unificadas, baseadas nesse conhecimento científico, que têm que ser comunicadas aos cidadãos pelos meios mais adequados (assim como não é suficiente usar os novos social media pois não chegam a todos, também não é aceitável excluir essas formas de comunicação que são as mais

LIÇÕES MUITAS... TANTO A NÍVEL PROFISSIONAL COMO PESSOAL

Ana Rita Eusébio, que foi coordenadora regional de Saúde Pública da Região Autónoma dos Açores de 2012 a outubro de 2020, resume à ROM parte do que aprendeu nessa posição: “Os sistemas de saúde devem valorizar e reforçar o seu principal ativo, o capital humano. A liderança é para isso fundamental. Um verdadeiro líder gere recursos, mas também deve inspirar e dar confiança à equipa; apoiá-la nos bons e maus momentos, com paciência e sensibilidade. A pandemia mostrou os verdadeiros líderes e deixou para trás os ‘chefes’. É necessária humildade para reconhecer o erro, assumindo perante a equipa as decisões

mais difíceis a tomar, tendo em mente e no coração a verdadeira missão: a saúde das pessoas. Comunicar de forma transparente é tão crucial como basear a tomada de decisão num processo de planeamento permanente e dinâmico que minimize a incerteza. Com a pandemia a mostrar como a ameaça de doença nos deixa vulneráveis a todos os níveis, deve ser dada prioridade à saúde em todas as políticas e ao reforço dos sistemas de saúde. É premente o estabelecimento de um novo contrato social entre todos os setores para ampliar o desenvolvimento humano, a sustentabilidade, a equidade e melhorar as condições de saúde”.



indicadas para comunicar determinados públicos alvo). E lembrar que, como nos referiu Ana Leça, presidente da Comissão Técnica de Vacinação (não COVID) e membro da Sociedade de Infeciologia Pediátrica, "comunicar é essencial mas 'cansar' com informação, favorece a negação da extensão e gravidade da pandemia", o que em sua opinião abre espaço para os negacionistas e defensores do não confinamento.

4. Crise global, resposta global

Ouvimos muitas referências ao facto de nenhuma fronteira deter um vírus, mas também não detêm as alterações climáticas ou as crises humanitárias como referiu Kofi Annan, ex-secretário-geral da ONU, ao designar esse tipo de situações como "problemas sem passaporte" que ameaçam a estabilidade, a prosperidade e até, potencialmente, a sobrevivência humana. Para uma crise global, da natureza desta pandemia, a solução tem que ser a cooperação global como rapidamente perceberam a maior parte dos governos. Uma cooperação que tem que começar logo no momento em que a crise é despoletada, com transmissão célere e clara de informação relevante para que se possa agir o mais cedo possível. A resposta terá que ser adequada à ameaça, portanto, para um vírus que atravessa fronteiras, assim deverá ser a resposta: os países não podem limitar-se a olhar para dentro dos contornos das suas fronteiras geopolíticas, têm que, em colaboração, implementar uma resposta abrangente, para juntos vencerem a guerra contra o vírus. Esta realidade foi evidenciada, em setembro de 2020, pelo ministro alemão dos negócios estrangeiros, Heiko Maas: "A crise mostra-nos que a cooperação internacional não é uma mera ideologia nem um fim em si própria. Antes pelo contrário, traz resultados concretos".

O combate ao "inimigo comum" que é a COVID-19, demonstra que esta ameaça global de saúde é também um elemento a ter em conta em termos de segurança nacional, para o qual a abordagem bélica não apresenta resultados... É preciso assegurar uma nova abordagem colabo-

rativa porque nenhum país estará preparado para uma próxima pandemia, se o mundo não estiver preparado. Esse tem sido, aliás, o apelo do secretário-geral da ONU, António Guterres: que se melhore a coordenação e mobilização de esforços para lidar com o impacto da pandemia também nos países menos desenvolvidos, definindo a vacinação como o "primeiro grande teste moral" que se nos apresenta, depois de 2020 ter sido o que definiu como um ano *horribilis* em termos globais, "um ano de morte, desastre e desespero" com a morte de 2 milhões de pessoas por causa da pandemia de COVID-19.

A estratégia de colaboração global tem um bom exemplo no passado que demonstra como é essencial: o anúncio da Organização Mundial de Saúde em 1980 em como a varíola foi oficialmente a primeira doença infecciosa humana a ser erradicada, é algo só possível de alcançar através da cooperação. "Hoje, podemos aprender e agir cientes que a cooperação global e a partilha de



ECONOMIA, SAÚDE E AMBIENTE SÃO INTERDEPENDENTES

"O sofrimento dos seres humanos, seja qual for o seu tipo de doença, depende em grande parte dos fatores psicossociais: esquecer isso será esquecer quem somos e o que andamos por aqui a fazer."

[O fundador do Centro de Saúde Mental de Vila Nova de Gaia e do Instituto de Psicanálise do Porto, destaca logo em segundo lugar a importância dos planos de contingência defenderem os mais vulneráveis, num sistema de saúde que deve funcionar como um todo.]



*José Poças,
especialista em Medicina Interna,
Doenças Infeciosas e Medicina do Viajante*

CRISE GLOBAL, RESPOSTA GLOBAL

“Se o Mundo tivesse mesmo juízo e conseguisse aprender algo de relevante com o que estamos todos a viver nestes tempos tão conturbados, o país onde viesse a emergir um microrganismo com potencial pandémico não a tentaria esconder dos restantes e teria a ajuda pronta de todos os outros que financiariam, na proporção da sua respetiva riqueza, a logística necessária a esse vital combate, para que essa eventual pandemia nunca viesse a ser, afinal, uma verdadeira pandemia.”

[O infeciologista destaca ainda que economia, saúde e ambiente são interdependentes e que é essencial comunicar e aprender a ouvir a ciência.]

conhecimento nos ajudarão a lidar com estes surtos, ou podemos fechar-nos e insistir em prosseguir sozinhos”, enquadra a professora de história Susan Kent, da Universidade do Colorado autora de “The Influenza Pandemic of 1918–1919”.

5. Em tempo de pandemia, nacionalismos à parte

Num contexto complexo de pandemia, é necessário que os países estejam atentos para não cair nos riscos do nacionalismo, por exemplo, na distribuição das vacinas (para garantir que esta tecnologia chegará em tempo útil aos mais necessitados), ou como se viu acontecer em março de 2020, quando perante o agravamento da pan-

demia na Europa, países como França e a Alemanha proibiram a exportação de equipamento de proteção individual (EPI), independentemente das graves carências de EPI em países vizinhos. Claro que essas atitudes foram amplamente contrabalançadas à medida que os países ajustavam a sua capacidade de resposta à pandemia. Portugal beneficiou, por exemplo, de doação de equi-

LIÇÕES DA MAIOR PANDEMIA DA HISTÓRIA MUNDIAL

Em 1918 surge aquela que foi considerada a maior pandemia da história mundial: a Gripe Espanhola. Apesar de se desconhecer a sua origem geográfica, os primeiros casos registados aconteceram nos EUA, numa instalação militar localizada no Kansas. Então porque razão se chama espanhola? Simples: esta pandemia teve um grande impacto nos países que lutavam na I Guerra Mundial mas, para não desmoralizar os soldados nem criar pânico na população, as notícias da gripe eram censuradas na maior parte dos países europeus. Espanha, por não participar da guerra, noticiou livremente. Foi assim que a primeira notícia sobre a doença apareceu a 22 de maio de 1918 no jornal espanhol El Sol. A pandemia espalhou-se pelo mundo, principalmente, em resultado da movimentação de tropas e matou cerca de 5% da população mundial, sendo três vezes mais letal que a própria primeira grande guerra. Com 500 milhões de pessoas contagiadas, matou mais pessoas em 25 semanas do que a SIDA em 25 anos.

Em Portugal o combate à doença foi liderado por Ricardo Jorge, então Diretor Geral de Saúde, tendo sido decretado o encerramento das escolas, a proibição de feiras e romarias. Dezenas de espaços públicos foram transformados em enfermarias para assistência aos doentes, o que não evitou o caos provocado pelo excesso de doentes. Medidas sugeridas à população para evitar contágio: lavar frequentemente as mãos, cobrir a boca e o nariz ao espirrar e manter o distanciamento social.

pamentos vindos da China. Muito recentemente, no pior momento pandémico no nosso país, fomos apoiados precisamente pela Alemanha numa ação de solidariedade, através do envio de EPI e de duas equipas de profissionais de saúde, como parte de uma missão de ajuda no combate à COVID-19. Do material médico enviado faziam parte 40 ventiladores móveis e dez estacionários, 150 bombas de infusão e 150 camas hospitalares. Em fevereiro, a ajuda chegou também de França com a disponibilização de uma médica e três enfermeiras que vieram ajudar na prestação de cuidados intensivos no Hospital Garcia de Orta, em Almada.

6. O sistema de saúde deve funcionar como um todo

Este tem sido um dos apelos repetidos do Gabinete de Crise para a COVID-19: que seja enquadrado o papel fundamental do sector privado e social no sistema de saúde para um combate mais eficaz à pandemia, mas também para que se possa dar resposta aos doentes não-COVID. Mas este papel do sector privado e social tem reflexos noutras áreas além da prestação direta de cuidados de saúde, como as empresas que redirecionaram a sua produção para, por exemplo, produzirem máscaras de uso social, num momento em que o país precisava de resposta nessa área por escassez de equipamento de proteção individual, ou as empresas que se têm associado a diversos investigadores para produzir equipamentos importantes para o combate à pandemia (exemplo da parceria da Sysadvance com a Ordem dos Médicos para produção do primeiro ventilador para cuidados intensivos desenvolvido no nosso país a conseguir a marca CE), além de muitos exemplos de doações em equipamento médico das empresas privadas. Se outros exemplos faltassem, seria sempre de enaltecer o empenho da indústria farmacêutica ao desenvolver uma cooperação sem precedentes com o objetivo de desenvolver vacinas eficazes em tempo recorde. Outra área em que múltiplas empresas estão a trabalhar é o desenvolvimento digital pois a pandemia funcionou como um acelerador



*Maria João Rocha Brito,
especialista em Pediatria*

PREVENIR É MELHOR QUE CURAR

"O impossível aconteceu. A rápida expansão da pandemia em todo o mundo, estimulou alianças internacionais e esforços governamentais para promover recursos para a produção de vacinas. Todos se uniram no maior esforço conjunto mundial de que resultou ainda em 2020, ano em que foi declarada a pandemia, no desenvolvimento de vacinas eficazes contra a COVID-19."

[A responsável da Unidade de Infeciologia Pediátrica do Centro Hospitalar Universitária de Lisboa Central coloca logo em segundo lugar a importância dos planos de contingência defenderem os mais vulneráveis, seguida da essencialidade da comunicação e da necessidade de aprender a ouvir a ciência.]

da necessidade desses recursos, seja em saúde seja na satisfação das necessidades básicas de quem ficou em casa confinado ou em quarentena. Já o setor social necessita de poucos comentários, basta recordarmos que há sempre muitas camas hospitalares ocupadas com doentes sem resposta social ou familiar e que os internamentos por COVID-19 não são exceção: quando chega o momento da alta clínica, muitas vezes não há condições de segurança para mandar esses doentes embora. É essencial estruturar respostas unificadas do sistema de saúde em vez de diversas estratégias setoriais, mas para isso é preciso que os vários níveis de cuidados (e setores) consigam comunicar entre si.



*José Artur Paiva,
especialista em Medicina Interna e Medicina
Intensiva, com as competências em emergência
médica e gestão dos serviços de saúde*

LIDERANÇA É DECISIVA

“Sistemas com lideranças capazes de plano, mas com foco no propósito, não no plano, de estratégia, simultaneamente, deliberada e emergente, de comunicação, biunívoca e contínua, com equipas e pessoas, de motivação de profissionais e cidadãos, em objetivos comuns, de integração em sinergia, gerindo o sistema e não apenas as instituições obtêm melhores resultados.”

[Na hierarquia de lições, o diretor de Medicina Intensiva do Hospital São João destaca ainda a importância de dar respostas globais a contextos de crise global e a relevância de reconhecer que a prevenção é melhor que curar.]

7. Planos de contingência devem defender os mais vulneráveis

Essa é uma área onde estamos a falhar enquanto sociedade, desde a incapacidade de proteger os idosos da pandemia, às profundas desigualdades que já existiam pré-COVID, mas que foram novamente expostas à luz da pandemia, sejam económicas, sociais ou de acesso à saúde. O impacto da pandemia não se sente de igual forma em todas as famílias e é tão necessário que consigamos manter o foco em medidas que atuem nos fatores que aumentam a transmissão, como nos fatores que dificultam o isolamento das pessoas (como no caso da extrema necessidade fi-

nanceira e/ou de atividades que não podem ser realizadas em teletrabalho).

8. Contingência tem que incluir reserva ou capacidade de produção

Houve grandes dificuldades no acesso a equipamentos de proteção individual essenciais em situação de pandemia, revelando a fragilidade das cadeias de distribuição e de abastecimento e as dificuldades em acelerar a produção. A China acabou por ser o país que mais depressa conseguiu fornecer máscaras e ventiladores, por exemplo. A capacidade de produção das vacinas é outro tema sensível, havendo quem defenda, para garantia de uma maior celeridade e equidade da distribuição das vacinas contra a COVID-19, que os governos devam adquirir conjuntamente os direitos de patente à indústria farmacêutica e assegurar internamente a produção.

9. A telemedicina veio para ficar?

A pandemia acelerou o processo de aceitação da telemedicina, mas a falta de equipamento e sistemas adequados pode pôr em causa a sua implementação pois não é aceitável que a telemedicina seja reduzida a um telefonema. Como tem sido explicado pela Ordem Médicos, esse é um meio aceitável apenas em situação de emergência, mas não como recurso permanente. A mudança tecnológica não irá parar, mas a expectativa é que a opção política para o financiamento europeu que alguns designaram como sendo uma “bazuca”, permita modernizar e harmonizar sistemas informáticos com qualidade no SNS; só assim será possível realizar verdadeira telemedicina. Recordamos que em 2020, numa análise feita pela consultora MOAI para o Movimento Saúde em Dia (iniciativa criada pela Ordem dos Médicos e pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, que analisa os números oficiais do Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde) apontam

para a duplicação de 2019 para 2020, dos contactos médicos não presenciais, que passaram de 9,1 milhões para 18,5 milhões. Precisamos agora de ter essa verdadeira telemedicina, como se faz noutros locais do mundo, num contexto de confiança em que o doente vê o seu médico (e é visto) e em que é possível com segurança e qualidade fazer uma avaliação muito completa do doente, incluindo partes do exame físico.

10. É preciso evitar o estigma da culpa

Dado o potencial pandémico da doença, esse foi provavelmente um dos sentimentos mais vezes expresso pelos doentes, incluindo os médicos que foram infetados: culpa. "Será que infetei alguém antes de saber que tinha a doença?", "onde é que eu errei/falhei para me ter contaminado?" são perguntas muito frequentes, nomeadamente nos profissionais de saúde que carregam uma dupla preocupação: além da proteção e dedicação aos doentes, no contexto da pandemia, como proteger os seus próprios familiares? Muitos médicos optaram mesmo por se isolar e, nas piores fases da pandemia, não ir a casa, para eliminar o risco de contágio da família. Mas há outros níveis de culpabilização dos doentes, característicos das pandemias, que também têm que ser evitados: durante as epidemias de cólera do século XIX, por exemplo, os protestantes culpavam os imigrantes irlandeses de serem os vetores de contágio. Na década de 50 do século XX, quando a poliomielite estava no seu auge, nos EUA os afro-americanos e os mais desfavorecidos em geral, foram os visados pela culpabilização. Trinta anos depois, a culpa foi atribuída à comunidade LGBT como fonte do disseminar do vírus da SIDA. Com a propagação do coronavírus, surgiram pelo mundo algumas reações anti-asiáticas, impulsionadas pelo facto de a doença ter surgido primeiro na cidade chinesa de Wuhan. Em alguns momentos, a questão da atribuição de culpa foi um obstáculo até ao mais alto nível da decisão política – na reunião de março de 2020, o G7 que inclui os sete países mais industrializados do mundo (Canadá, França, Alemanha, Itália, Japão, Reino Unido e Es-

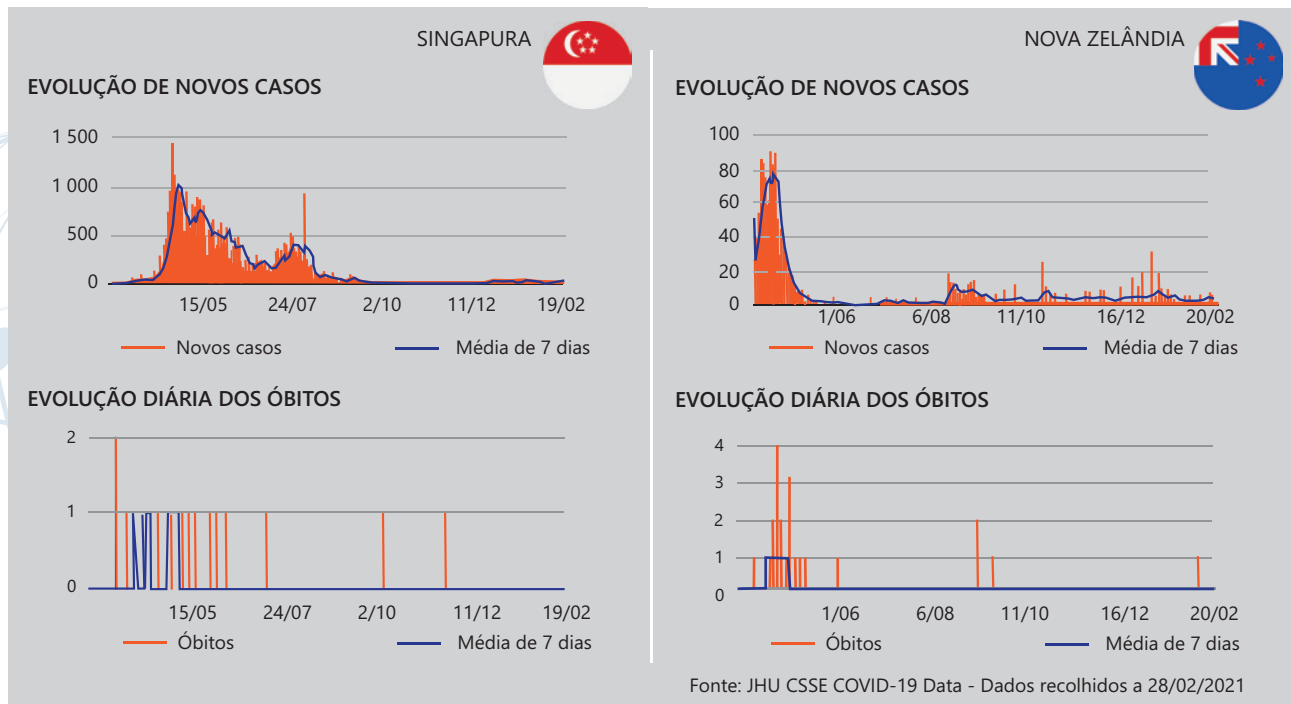
tados Unidos) discutiu amplamente quem era o país mais culpado pela crise sanitária que se está a viver. Contribuindo para o estigma, o presidente dos EUA, referiu-se várias vezes ao coronavírus como sendo o "vírus chinês".

11. Transparência é fundamental

Os problemas de falta de transparência na comunicação começaram logo em dezembro de 2019 quando foi reportada pela primeira vez ao escritório da OMS na China "pneumonia de uma causa desconhecida", sabendo-se agora que semanas antes, os profissionais de saúde tinham avisado as autoridades chinesas de que estavam a ter evidência de contágio de uma doença semelhante à SARS. As autoridades de Wuhan detiveram o médico Li Wenliang, acusando-o de lançar rumores. Ironicamente, este médico, de 34 anos, faleceria em fevereiro de 2020 de COVID-19. Caso a notificação tivesse sido anterior, mesmo que apenas uns dias, e se tivessem sido tomadas medidas de imediato, a propagação exponencial subsequente do vírus poderia ter sido limitada. Mas as dificuldades de comunicar de forma clara e transparente têm se repetido um pouco por todo o mundo. No Reino Unido, por exemplo, verificou-se uma redução da confiança da população devido à falta de transparência em torno da composição do conselho científico consultivo para assuntos COVID (cujos participantes viriam a surgir na imprensa e incluíam um dos conselheiros do Primeiro-Ministro). Também em Portugal uma das críticas à gestão da pandemia em termos de transparência foi a falta de acesso a dados relativos à infeção. A falta de transparência na divulgação dos dados gera confusão e desconfiança nomeadamente nos líderes, o que prejudica a resposta à pandemia.

12. Liderança é decisiva

O exemplo do Hospital de São João tem sido referido muitas vezes como um caso em que autonomia associada a uma liderança eficaz trouxeram



uma resposta eficiente à pandemia. Países como a Nova Zelândia têm sido igualmente referências de liderança, com implementação de medidas rigorosas e eficazes. Países como Singapura que implementaram precocemente sistemas de testagem generalizados e amplo rastreio de contactos, distanciamento social, máscaras, recurso a tecnologias de limpeza automatizada, etc. abrandaram com sucesso a propagação para um ponto de paragem em termos de mortalidade e contágio. A ação decisiva e célere, aliada a uma forte capacidade de comunicação da lógica das políticas de forma a envolver a população para garantir a adesão às medidas implementadas são sinónimo de bom desempenho no combate à pandemia, como mostram as estatísticas desses países.

Além dos ensinamentos do passado, quase a fazer um ano desde o início da pandemia de COVID-19 em Portugal, deixamos 12 lições que estão necessariamente interligadas e cuja ordem de prioridade ou relevância varia consoante o interlocutor. No presente temos melhores sistemas de saúde pública, mais tecnologia e mais conhecimento científico do que em qualquer uma das anteriores pandemias, fatores que nos permitem uma eficácia que não era possível antes. Esta é, aliás, a primeira pandemia deste âmbito onde se sabe qual é o agente patogénico desde o início o que também foi um fator determinante para o rápido desenvolvimento das vacinas. Como tem sido realçado por vários investigadores, agora precisamos apenas de tempo...

Fontes:

1. "A world at risk: annual report on global preparedness for health emergencies" https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf
2. The UK response to covid-19: use of scientific advice <https://publications.parliament.uk/pa/cm5801/cmselect/cmsctech/136/13607.htm>
3. Science advice in a crisis https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/science-advice-crisis_0.pdf
4. <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/24/revealed-dominic-cummings-on-secret-scientific-advisory-group-for-covid-19>
5. <http://ap.gilderlehrman.org/>
6. 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7227502/>
7. Second report on progress – Prepared by the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response for the WHO Executive Board, January 2021 https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/01/Independent-Panel_Second-Report-on-Progress_Final-15-Jan-2021.pdf
8. As Epidemias e as Pandemias na História da Humanidade <https://www.medicina.ulisboa.pt/newsfmul-artigo/99/epidemias-e-pandemias-na-historia-da-humanidade>

PATRÍCIA PACHECO

Propaganda e mensagens contraditórias



Patrícia Pacheco é membro do Gabinete de Crise para a COVID-19 da Ordem dos Médicos (grupo de peritos médicos, de várias áreas de especialização, que se reúne de forma frequente e onde são debatidas e analisadas várias opções) e diretora do serviço de Infecologia do Hospital Amadora-Sintra.

ENTREVISTA E FOTOS : PAULA FORTUNATO

A especialista em doenças infecciosas, Patrícia Pacheco, não tem dúvidas: se por um lado a propaganda e os erros de comunicação deixaram a população perdida entre mensagens contraditórias, por outro, a necessidade de concentrar a atividade do SNS no combate à pandemia para fazer frente às necessidades dos doentes com COVID-19, fez com os outros doentes se sentissem abandonados e espoliados “do seu médico”. Neste momento, o essencial é preparar o sistema de saúde como um todo para dar uma resposta eficaz e estruturar a fase de desconfinamento, minimizando o risco de retrocessos, nomeadamente com implementação de um rastreamento efetivo de contactos de risco. As exigências diárias são muitas, mas a força e a esperança não desvanecem quando se juntam esforços em equipa e todos dão o seu melhor, garante-nos.

> As medidas propostas pelo Gabinete de Crise da OM têm sido ouvidas? Quais as mais urgentes?

De um modo geral, todas as nossas recomendações foram implementadas, embora infelizmente, algumas com meses de atraso. No momento atual, em que se prepara o desconfinamento, as medidas mais importantes são as que permitam controlar a transmissão na comunidade. Garantir o efetivo rastreamento de todos os contactos, aumentar a testagem, garantir a adequação dos recursos humanos disponíveis para esta tarefa e estabelecer uma matriz de indicadores bem definidos e suficientemente granulares. Um painel de bordo que permita avançar e recuar nos próximos meses.

> O desconhecimento do que se passa no terreno será o maior obstáculo a uma melhor política de saúde?

Existe uma monitorização baseada em indicadores, ferramentas estatísticas, que são importantes, mas imperfeitas para conseguir captar de forma global e atempada toda a realidade. O que se passa no terreno nem sempre transparece nesses indicadores. Dou-lhe um exemplo: Portugal surgia em determinada altura do ano passado como um dos países que mais testes efetuava, o que era um

A força para continuar encontro-a na minha equipa, nos meus colegas, nos jovens médicos que dão o seu melhor neste combate.

bom indicador. Contudo, grande parte dessa testagem derivava de rastreios periódicos a doentes oncológicos, testes nos hospitais, em lares, entre outros. O rastreio e testagem dos contactos na comunidade não era feito de uma forma regular e consistente. Na minha experiência, baseada em centenas de casos que acompanhámos no hospital, os contactos dos casos poucas vezes eram testados. A opção de só se testarem os contactos se desenvolvessem sintomas foi um obstáculo ao controlo da epidemia e nunca transpareceu nos indicadores.

> Como analisa a comunicação por parte da DGS e do Governo?

Não duvido que todos se empenharam e tentaram fazer o seu melhor, mas a estratégia de comunicação, quer do Governo, quer da DGS, teve falhas. A DGS deveria ter-se mantido independente do Governo, enquanto órgão técnico. Validou algumas mensagens políticas. Por outro lado, o Governo teve, não raras vezes, discursos de propaganda.

> Pode dar exemplos dessa “propaganda”?

Por exemplo, ter garantido à população aquilo que o SNS não tinha, quer em termos de recursos humanos, quer de capacidade de camas: em outubro a Sra Ministra da Saúde declarava que existiam “17.700 camas no SNS para dar resposta à pandemia”... Ao longo deste ano posso recordar vários momentos em que os discursos políticos não foram prudentes e deram mensagens contraditórias. A desvalorização do risco de transmissão

de infeção em transportes públicos, por exemplo, em que a “ciência” foi usada como suporte político. O facto das populações das freguesias atravessadas por linhas férreas não terem mais incidência de infeção, não significa que não haja risco de transmissão em espaços fechados e sobrelotados, como é lógico.

> Como é que se pode reforçar a capacidade instalada?

O sistema de saúde em Portugal engloba o sector público, social e privado. Estes sistemas coexistem e a sua interligação deve ser reforçada, aproveitando o melhor de cada um. Não são iguais e não têm a mesma capacidade instalada. O SNS é o mais robusto dos 3 e o mais eficaz perante situações de doença grave. É um sistema universal, para todos os cidadãos, mas tem limitações, de espaço, de recursos, de resposta atempada a situações menos graves. Os restantes podem dar o seu contributo valioso em muitas áreas e seria necessário uma melhor interligação e um planeamento estruturado de utilização de recursos, para melhorar a acessibilidade de cuidados à população.

> O seu hospital tem sido levado além do limite pela pandemia. Como descreve o ânimo dos profissionais do Hospital Fernando da Fonseca?

A força do meu hospital está nos seus profissionais. Ao longo do último ano, fomos fustigados com esta pandemia. Um hospital já de si pequeno para a população de 600.000 habitantes que abrange. A estratégia foi envolver diversas especialidades médicas na prestação de cuidados ao doente COVID-19, em enfermarias multidisciplinares, de forma planeada e antecipada ao aumento exponencial de casos que ocorreu em janeiro. Perante a necessidade imperiosa e imediata de aumentar a capacidade de internamento, urgência e UCI que aconteceu em janeiro muitos profissionais foram mobilizados para estas áreas. A atividade cirúrgica ficou reduzida a cirurgia urgente, os exames complementares de diagnóstico foram reduzidos, alguma atividade de consulta externa adiada. Como fator positivo desta pandemia penso que se reforçaram os laços entre profissionais, que vindos de áreas distintas, se uniram perante a adversidade e souberam dar a melhor resposta



na prestação de cuidados aos doentes. Esses laços vão ficar para o futuro.

> Na gestão da pressão dos doentes COVID Vs doentes não-COVID, o sofrimento ético aumentou?

Uma parte significativa das consultas externas passou a consultas telefónicas ao longo deste ano. O nível de atenção e acompanhamento aos doentes crónicos reduziu-se substancialmente. Aquilo que era fundamental para nós, passou a acessório perante a brutalidade dos números de doentes COVID-19, aos quais precisávamos de responder de forma imediata. Por outro lado, a evidente necessidade de manter o distanciamento físico e evitar aglomerados em espaços físicos muito limitados não permitiu retomar a atividade presencial da forma que seria desejável ao longo do ano. O real impacto desta fase de menor acompanhamento médico ainda se irá avaliar. Pessoalmente, posso dizer que me emocionei ao ler uma carta que uma senhora, minha doente há muitos anos, me escreveu, onde me disse “a minha médica falhou-me, não me deu a atenção que eu precisava”. E é verdade.

> Nem valerá a pena perguntar pela prevenção...

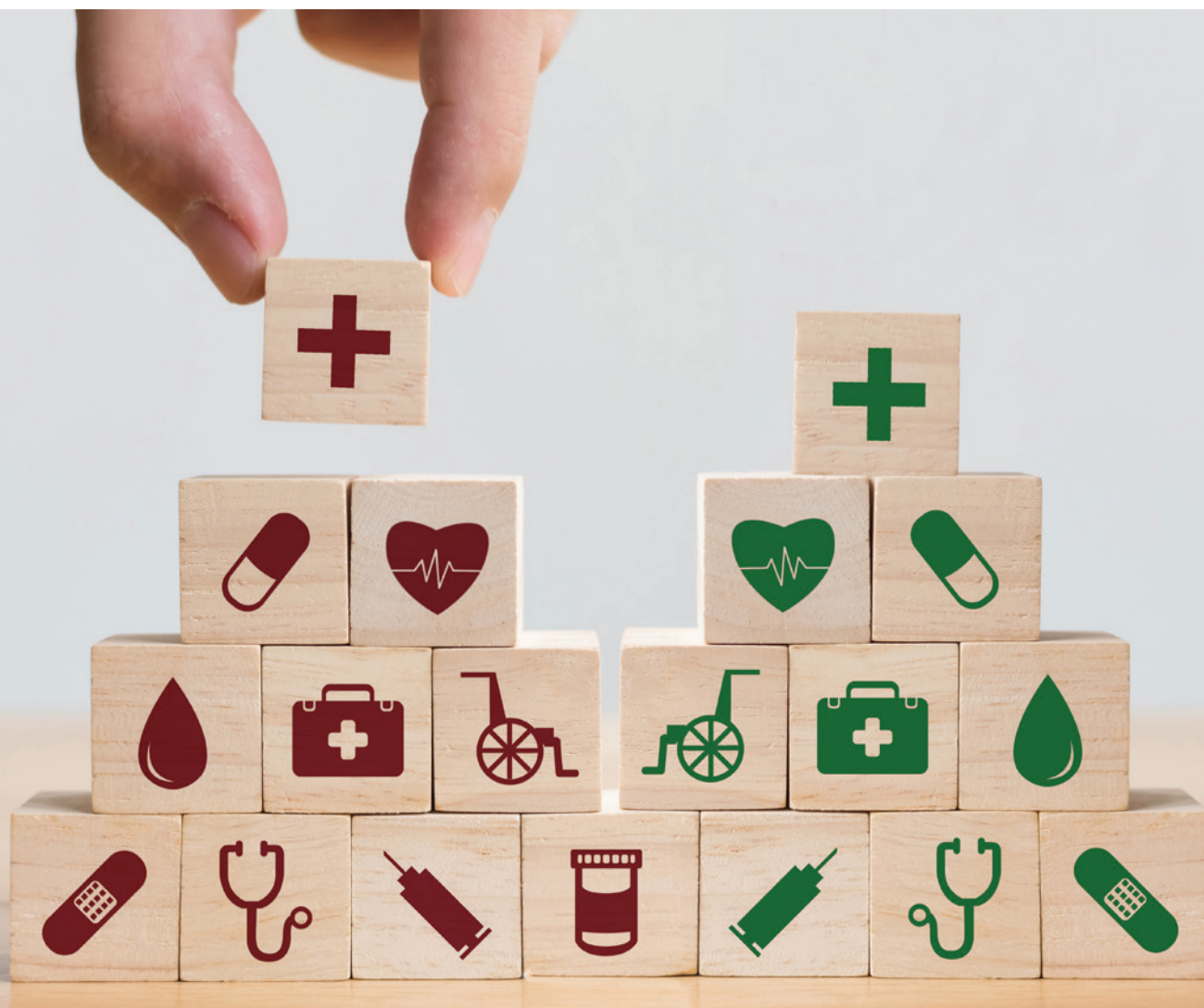
A prevenção na área da infeção VIH praticamente parou. Aliás é curioso que nunca mais se ouviu falar sobre infeção VIH ao longo do último ano. A agenda mediática não o permite. Os rastreios na comunidade reduziram substancialmente. As consultas de PrEP (profilaxia pré-exposição) que tínhamos planeado abrir em 2020 ficaram apenas em plano, por incapacidade de dar resposta a essa área...

> Nesta espécie de distopia que se abateu sobre o mundo, onde é que encontra esperança e força para continuar?

A força para continuar encontro-a na minha equipa, nos meus colegas, nos jovens médicos que dão o seu melhor neste combate. Assisti com imenso orgulho à grande dedicação, capacidade de entrega e competência que os médicos e outros profissionais de saúde têm tido ao longo destes meses. A esperança nunca me faltou: sei que este momento vai passar e que esta pandemia vai desaparecer, à semelhança de outras que assolaram o mundo no passado. Apenas temos de ser fortes e resilientes enquanto durar.

Hospital prevenido vale por dois?

Bastonário alerta: é preciso “pensar maior” e agir



TEXTO: PAULA FORTUNATO

Mais integração dos diferentes níveis de cuidados (incluindo as respostas sociais), mais autonomia, mais incentivos, uma aposta maior nos recursos humanos e na atualização das estruturas e equipamentos, uma transição digital integradora, novos modelos de avaliação e monitorização (nomeadamente do medicamento), retoma das reformas antigas adiadas (nomeadamente da urgência), foram algumas das questões consensuais num debate promovido pela Ordem dos Farmacêuticos. No encontro, destacou-se a importância de

aproveitar quer o *momentum* da pandemia, com a velocidade que impõe na pesquisa e implementação de soluções, quer o financiamento - que está para chegar - e que deve ser bem aplicado para que se consigam soluções concretas. Presente na reunião, o bastonário da OM lembrou todos esses pontos e acrescentou como essencial: recuperar os doentes não COVID, enquanto, simultaneamente, se avança com as reformas e se faz evoluir o SNS em particular e o sistema de saúde português, em geral.

“Este é o momento de transformar o SNS, (...) pensar de forma maior. (...) Este é o momento certo. Caso contrário vamos continuar a fazer gestão de recursos financeiros escassos e dos recursos humanos que temos”

Miguel Guimarães

Realizou-se no dia 27 de fevereiro de 2021, em formato online, mais uma edição das jornadas organizadas pelo Conselho do Colégio de Especialidade de Farmácia Hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos que se centrou no tema “paradigmas de ontem, desafios de hoje, soluções de amanhã”. No terceiro painel “Hospital prevenido vale por dois – e agora?”, moderado por Marina Caldas, diretora geral do projeto FDC Consulting, participaram: Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, Luís Goes Pinheiro, presidente dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), Xavier Barreto da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), Rui Santos Ivo, presidente do Infarmed e Helena Farinha, da Ordem dos Farmacêuticos.

Miguel Guimarães começou por reconhecer os desafios que o Infarmed ou a SPMS enfrentam, lembrando ainda os projetos que a OM tem implementado com sucesso com a APAH, agradecendo o papel dos administradores hospitalares nesta pandemia, nomeadamente a sua capacidade de decisão. Realçou também o papel importante dos farmacêuticos – especificamente em iniciativas como a Operação Luz Verde ou o movimento Todos por Quem Cuida. Miguel Guimarães fez questão de enaltecer a forma com os farmacêuticos ajudaram a garantir o acesso fácil à medicação com a mínima complexidade possível, o que foi reconhecido no inquérito da GfK que, como lembrou, refere que 99% das pessoas disseram ter tido acesso fácil ao medicamento. “Vamos precisar de mais centros de vacinação e as farmácias poderão ter um papel importante na proximidade”, lembrou. Respondendo especificamente ao repto se os hospitais portugueses estão preparados para o que aí vem, recordou como esta pandemia evidenciou fragilidades ao colocar-nos uma pressão grande. A pandemia traz-nos desafios em termos de trabalho em equipa e

torna ainda mais urgente “avancarmos para a reforma hospitalar de que se fala há 50 anos” mas que em nada avançou. O representante dos médicos lembrou como os desafios da transformação digital são importantes para o futuro, mas fez essencialmente questão de frisar os “desafios da obrigação ética e moral de recuperar os doentes que ficaram para trás”. O bastonário insistiu também nas respostas aos desafios da saúde mental.

Para tudo isso será preciso ter em conta o papel importante da liderança e do trabalho de equipa e, acima de tudo, “apoiar o SNS”, reforçando-o, nomeadamente em termos financeiros e com contratação de capital humano. Um SNS com carreiras ativas e valorização do trabalho do dia-a-dia e “orçamentos reais” que permitam fazer face aos problemas, sem esquecer de centrar a atividade no interesse do doente. “Precisamos de hospitais virados para os doentes”, sublinhou, dando como o exemplo a seguir o IPO do Porto. A concluir lembrou à SPMS que para fazer telemedicina precisamos de ter os centros de saúde e os hospitais devidamente equipados para garantir a qualidade. “Um telefonema é aceitável em situação de crise”, mas não de forma prolongada, alertou.

Questionado sobre o muito que há para fazer, da integração aos incentivos, da monitorização à recuperação dos rastreios, cirurgias etc., o bastonário fez questão de alertar que este é o momento de agir: “temos uma grande oportunidade à nossa frente”, com o financiamento anunciado pelo Primeiro Ministro. Uma “bazuca” que Portugal “tem de aproveitar a vários níveis”. O bastonário lembrou a importância de reestruturar o serviço de urgência para que não seja sufocado por doentes que deveriam estar a ser tratados noutros níveis de cuidados. “Os hospitais precisam de uma aposta forte na hospitalização domiciliária”, de serem um espaço onde

"Com a aprovação de vacinas que exijam menos complexidade de armazenamento poderá haver alargamento da vacinação às farmácias"

Rui Santos Ivo

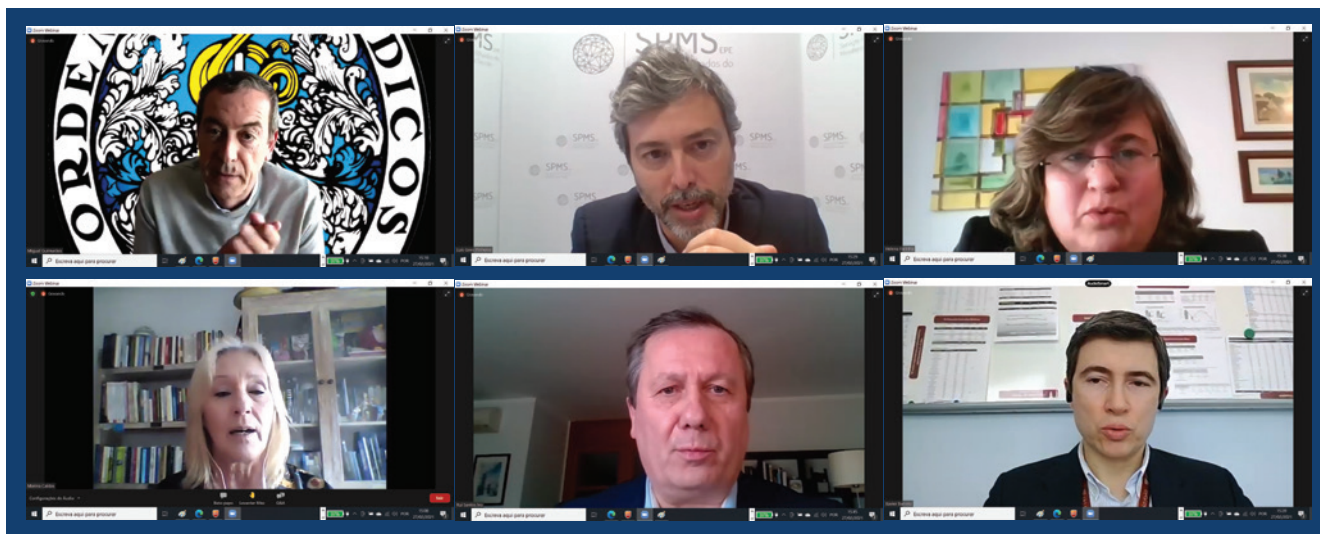
as pessoas "se sintam bem", com "oportunidades de formação", onde haja espaço para fazer "prevenção de doença e promoção da saúde". "Um hospital moderno como existe por esse mundo fora", resumiu, convidando todos os presentes a fazer sugestões ao plano de recuperação e resiliência que está em análise. "Temos hipótese de fazer alterações agora, quando há dinheiro - por exemplo para que o Dr. Luís Goes Pinheiro possa fazer a transformação digital necessária tem que ter dinheiro - (...) Não vamos fazer nada daqui a dois anos ou três. (...) Este é o momento de transformar o SNS": desde a relação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com os hospitais, os cuidados continuados e paliativos, fazendo com que as farmácias comunitárias fiquem mais próximas do SNS, envolvendo o setor social, para como o bastonário pediu, podermos "pensar de forma maior". "Este é o momento certo. Caso contrário vamos continuar a fazer gestão de recursos financeiros escassos e dos recursos humanos que temos" e que são insuficientes.

Criar uma academia de formação do SNS seria um sinal de esperança

Xavier Barreto, por seu lado, referiu que "o esforço que já se começou a fazer tem que ser acompanhado de meios e incentivos" caso contrário será impossível recuperar dos efeitos nefastos de 1 milhão de consultas hospitalares em atraso e centenas de milhares de rastreios oncológicos que ficaram por fazer. "O problema está nos hospitais mas também nos CSP" alertou, ao dizer que "os doentes não estão a chegar aos hospitais por falta

de referenciação". A retoma dos hospitais - além de precisar de incentivos - precisa também de autonomia como referiu este orador. Autonomia que, ao ter sido promovida nos últimos meses, "permitiu que os hospitais pudessem criar uma resposta capaz à pandemia", autonomia essa que deve continuar, defende, a par de responsabilização pelos resultados. "Para que a retoma seja mais sustentada é preciso trabalhar a integração com outros setores", com especial relevância para o setor social pois "1 em cada 10 doentes internados nos hospitais são casos sociais" e, na primeira vaga, "1 em cada 6 doentes COVID internados eram também casos sociais". Área também pouco trabalhada, mas importante, defendeu, é a integração com as farmácias comunitárias, que podem ajudar a reduzir urgências evitáveis, lembrou ao referir um projeto piloto em Lisboa com doentes com asma e DPOC que iam às urgências e nos quais se identificava o uso incorreto da medicação, o que acabava por agudizar o quadro clínico. Esses doentes eram referenciados à farmácia para apoio no uso correto do medicamento. "Essa integração pode dar uma ajuda grande aos hospitais" assim como o reforço de "ferramentas que nos permitam acompanhar os doentes à distância", sejam as oximetrias, o registo da frequência cardíaca, "uma série de parâmetros clínicos que podem ser medidos à distância e que nos permitem seguir o doente em sua casa". Para concluir Xavier Barreto referiu que o Hospital de São João "está a criar uma aplicação própria para realização de teleconsultas", uma ferramenta que tem de ser dinamizada e que desmaterializa uma série de operações e permite a teleconsulta. Concluiu falando na necessidade de investir nas pessoas - não só nas carreiras e remunerações, mas também na formação - "pensar numa academia de formação do SNS para formar lideranças e profissionais de saúde seria um sinal de esperança numa altura em que as pessoas estão exaustas", sugeriu. "Os hospitais estão disponíveis para a retoma, mas tem que ser acompanhado por iniciativas que a promovam", resumiu.

Sobre o financiamento, Xavier Barreto viria a frisar que o plano de resiliência recupera temas antigos. "Só na recuperação de estruturas e equipamentos seria preciso muito mais, como referiu o senhor bastonário", recordou. O que seria preciso



era “uma visão estratégica diferente da que está a ser proposta”, em que se abordasse a medicina de precisão, a genómica, big data etc. – “é nestas perspetivas que os outros países estão a preparar o seu plano, porque a questão dos equipamentos - por exemplo - já está tratada”. “A bazuca irá recuperar o que não foi feito em termos de investimento nos últimos anos”, lamentou, lembrando o muito que fica por fazer com “a execução orçamental [na saúde] ano após ano a baixo dos 50%”...

Já o representante dos SPMS, Luís Goes Pinheiro, defendeu a necessidade de se “resolver problemas muito concretos” e considerou que demasiada autonomização pode ser geradora de entropias porque “a atualidade exige um trabalho em rede, conjunto e eficiente”. Sobre a componente digital da saúde, com “300 milhões de euros para usarmos no curto prazo”, considera que vamos poder encarar o futuro com mais esperança. “O que se exige de nós é que olhemos para um contexto dos mais difíceis que o SNS enfrentou na sua história”, um SNS que “tem dado provas de resiliência, com

profissionais profundamente qualificados”, mas que também tem revelado fragilidades “e é essas que temos que resolver”, referiu. Sobre a telessaúde, disse que “é preciso haver ferramentas para os profissionais, mas também para o cidadão que lhe garantam que tem a mesma qualidade de serviço” mesmo quando esteja a receber cuidados de saúde à distância. “É preciso confiança no sistema; nalguns casos será necessário partilhar imagem, noutros bastará um telefonema, noutros poderá ser suficiente uma partilha de um resultado por outra forma”. Sobre o financiamento, defendeu que o principal será a “vontade de mudança” pois “podemos sempre fazer diferente com o mesmo dinheiro”. “A mudança digital já começou a diferença agora é que a COVID introduziu a elevadíssima aceleração porque - como disse e muito bem o Sr. Bastonário -, há solicitações diárias”, no contexto da pandemia. Concluiu defendendo que se aproveite a “embalagem de velocidade e transformadora - provavelmente o ingrediente maior para a transformação digital” num cenário que definiu

“A bazuca irá recuperar o que não foi feito em termos de investimento nos últimos anos”; [referindo-se ao muito que tem ficado por fazer devido a uma] “execução orçamental [na saúde] ano após ano a baixo dos 50%”

Xavier Barreto

[É necessário] “Garantir a segurança dos doentes que vão regressando aos nossos cuidados – sempre com trabalho multidisciplinar”

Helena Farinha

como mobilizador da transformação, em que as pessoas já estão a usar plataformas digitais. Pegando nas palavras do bastonário da OM, Luís Goes Pinheiro concordou que há um problema grave nas urgências e defendeu que a solução passa por uma mudança de conceitos: “as pessoas vão à urgência hospitalar porque têm a perceção de que terão cuidados mais integrados” enquanto que quando se manda uma pessoa para os CSP a pessoa fica com a “ideia que vai ser largada no sistema” por oposição ao conceito da urgência “em que vão tomar conta dela: será triada, avaliada, fará exames”, tudo num local até ter alta ou ficar internada; “É essa sensação que não estamos a conseguir transmitir às pessoas noutros pontos do sistema”, concluiu, referindo ser preciso “mudar a ideia que as pessoas têm de que se não forem a uma urgência não vão ser bem tratadas”.

No terreno todos percebemos muito bem a necessidade do trabalho de equipa

Helena Farinha falou das provas dadas do valor do trabalho integrado com farmácia comunitária e farmácia hospitalar e toda a rápida transformação de processos que ocorreu. “Apesar de assoberbados os profissionais responderam”, “interpretando cenários e reforçando o compromisso com o doente”. Agora? Agora é necessário “resiliência e esperança”, vacinar mas também garantir a recuperação do que ficou para trás seja de reformas que foram suspensas seja dos rastreios, cirurgias e consultas de doentes não COVID e “garantir a segurança dos doentes que vão regressando aos nossos cuidados – sempre com trabalho multidisciplinar”, numa resposta integrada, centrada nos cidadãos e consubstanciada num plano de ação sustentável. “Hoje e sempre é justificadamente preciso um investimento adequado no SNS” do qual a sociedade irá colher

os frutos. Helena Farinha pede um programa de governação participado e assente na integração de cuidados com autonomia e responsabilidade, que use a informação e o digital porque “no terreno todos percebemos muito bem a necessidade do trabalho de equipa”, declarou. Formação contínua e informação interdisciplinar, integração dos cuidados e incorporação de decisão compartilhada e a importância de trabalharmos juntos para enfrentar os grandes desafios que se avizinham para termos “sistemas centrados no doente e em medidas de qualidade e eficiência”. Se escolhesse onde gastar o dinheiro, Helena Farinha optaria por investir em tecnologia e em recursos humanos.

Rui Santos Ivo realçou a capacidade de resposta que tiveram os profissionais de saúde, sublinhando a colaboração eficaz entre médicos, farmacêuticos hospitalares e farmacêuticos comunitários, por exemplo na disponibilização dos medicamentos e destacou “uma palavra que emerge desta situação: a colaboração que é sem dúvida importante”, sempre com o foco no cidadão (mais do que no doente). Rui Ivo defendeu a importância de uma atuação centrada no “concreto” para conseguir dar respostas, como o que foi feito ao colocar em marcha as reservas estratégicas centrais de medicamentos e dispositivos médicos. No contexto das vacinas referiu os novos modelos de avaliação dos medicamentos, com avaliação contínua para que as terapêuticas cheguem mais cedo. “Não estamos a conseguir gerir a ansiedade de termos as vacinas todas num instante”, comentou, defendendo a importância da cooperação europeia considerando que, sem esse espaço mais alargado de intervenção, teríamos situações de iniquidade e maiores problemas. Para o futuro, ainda em termos de vacinação, embora se escusasse a maiores comentários, considerou que “com a aprovação de vacinas que exijam menos complexidade de armazenamento poderá haver alargamento da vacinação às farmácias”.

Hospital de São João:

liderança em todas as linhas

O bastonário da Ordem dos Médicos esteve, no dia 9 de fevereiro, no Centro Hospitalar e Universitário de São João (CHUSJ), com o intento de perceber de que forma a liderança clínica “exemplar” na instituição tem possibilitado uma boa resposta aos doentes COVID, sem deixar os outros doentes também urgentes para trás. Vivendo em tempos onde a agenda mediática na saúde ainda é controlada pela COVID-19, Miguel Guimarães mantém a coerência de não descurar a pandemia, mas sem nunca deixar ninguém para trás. “É graças aos médicos portugueses que temos conseguido dar uma boa resposta”, garantiu.



TEXTO E FOTOS: FILIPE PARDAL

Dois tsunamis. Se é verdade que não vamos falar de catástrofes naturais na forma literal, é necessário acautelar que antevemos um provável cataclismo em dois dos maiores desafios que Portugal, enquanto país, vai enfrentar no pós-pandemia: o tsunami da saúde e o tsunami da economia. A expressão é do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, que sugeriu que o Ministério da Saúde criasse “rapidamente” uma task force dedicada exclusivamente aos doentes não COVID. O objetivo deste planeamento atempado? Claramente, não meter água.

“É absolutamente essencial pôr em prática o plano de contingência para doentes não COVID. Neste momento é uma das medidas mais importantes”, disse o bastonário aos jornalistas no final da visita de trabalho ao Hospital de São João. Para Miguel Guimarães, o tsunami da economia “tem impactos sociais enormes”. Já o tsunami da saúde “vai ter muito impacto nos doentes não COVID”, por isso, “temos já de começar a atuar no terreno nesta matéria”, alertou. Estas preocupações foram canceladas pelo presidente do conselho de administração do CHUSJ, Fernando Araújo, que declarou

que “os doentes não COVID são um enorme motivo de preocupação”. Principalmente porque “um em cada três doentes não está a chegar aos hospitais”, o que significa que vão chegar mais tarde e “em piores condições clínicas (...)”. Na Oncologia temos assistido a doentes que recorrem ao hospital mais tardiamente e com condições clínicas mais complexas e mais difíceis de tratar”, afirmou.

Já na reunião de trabalho que antecedeu estas declarações à comunicação social, Cristina Marujo, diretora da Urgência Polivalente, partilhou com os seus colegas que tem existido uma “redução importante” na procura do serviço de urgência. A boa notícia é que não aparenta que seja “nos doentes mais graves”, uma vez que “o número de internamentos se mantém” estável. Em média, são menos 150 doentes por dia na urgência. Fernando Araújo transmitiu que existe no hospital a preocupação de manter a qualidade do atendimento, mas sem esquecer a importância de manter a saúde física e mental dos profissionais, o que se traduziu, por exemplo, na “redução da duração dos turnos” dos médicos que estão na linha da frente, permitindo prevenir o burnout e melhorar também a produ-



Miguel Guimarães realçou que “é graças aos médicos portugueses que temos conseguido dar uma boa resposta”



tividade. Sobre esta matéria, a infeciologista Margarida Tavares partilhou outra medida que fez a diferença na capacidade organizacional da instituição: “há pessoas para resolver as burocracias sem ser necessário que os médicos percam tempo do seu trabalho, isso é muito importante”. Não é só na questão técnica que se faz a diferença, mas também no humanismo. “Há um esforço para permitir que os familiares se despeçam dos seus entes queridos (...) fico emocionada com este trabalho dos meus colegas”, contou.

O bastonário visitou o serviço de doenças infecciosas, bem como o serviço de urgência, dialogando com os profissionais que fazem, todos os dias, o melhor trabalho para salvar todos os doentes. Sobre a pandemia, António Sarmento lamentou que já se tenham perdido algumas vidas para a COVID-19, mas destaca números “muito melhores que no Reino Unido ou nos Estados Unidos”, particularmente no que diz respeito à taxa de mortalidade em doentes que precisaram de ventilação invasiva (33%). É uma taxa (relativamente) pequena, tendo em conta as complicações destes doentes, e que só é praticável devido à “qualidade dos médicos e restantes profissionais”.

O pico de doentes com COVID-19 no Hospital de São João aconteceu em novembro de 2020. Ainda assim, garantiu Margarida Tavares, “nunca sentimos o caos”, graças à organização e cooperação dos médicos e restantes profissionais de saúde. Concordando com a sua colega, Nelson Pereira, diretor da Unidade Autónoma de Gestão de Urgência e Medicina Intensiva, aditou a existência “desafios brutais” cujo “sucesso resultou de já termos uma equipa de muitos anos”.

Esta visita do bastonário da Ordem dos Médicos insere-se num périplo por várias unidades de saúde, um pouco por todo o país. O objetivo da iniciativa é ser um estímulo para um planeamento e para uma estratégia de desconfinamento ponderada que permita colocar a saúde de todos os portugueses “em dia”.

Além dos anteriormente mencionados, estiveram presentes na reunião e na visita: Dalila Veiga (presidente da sub-região do Porto da Ordem dos Médicos), Susana Vargas (membro e tesoureira do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos) e Maria João Baptista (diretora clínica do Hospital de São João).

“É absolutamente essencial pôr em prática o plano de contingência para doentes não COVID.”



Miguel Guimarães

Terá o SNS

uma grande resiliência?



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

TEXTO : PAULA FORTUNATO

“Resiliência” não pode nunca ser confundida com ilimitadas capacidades. Tudo tem um limite, até a tão famosa resiliência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que mais não é do que a resiliência de todos os profissionais que trabalham nesse serviço público. Com ou sem pandemia, é preciso investimento em recursos humanos, estruturas e equipamentos para que não estejamos constantemente a levar os profissionais de saúde, e especialmente os médicos, muito além do que é razoável. A “Resiliência” não pode continuar a ser usada como o eterno elogio feito por quem tinha o dever de dotar o SNS de recursos suficientes para dar resposta às necessidades dos portugueses... Este é o momento.

Não são os edifícios degradados, não são os sistemas informáticos ultrapassados - ou novos, mas ineficazes ou não comunicantes - e não são, garantidamente, os equipamentos de diagnóstico obsoletos que enchem os hospitais do SNS, que encerram em si essa capacidade. Resiliência não é só uma característica humana, mas quando dizemos que o SNS demonstrou mais do que nunca a sua resiliência, estamos, na verdade, a elogiar o enorme espírito de sacrifício dos médicos de todas as especialidades, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de análises clínicas ou de radiologia, terapêutas de diversas áreas, nutricionistas, psicólogos, auxiliares, etc. São essas pessoas que provam diariamente que não têm razão os detratores daquele que tem sido o melhor serviço público português, e garantidamente aquele que é o mais valorizado pelos portugueses, seja com ou sem pandemia: o Serviço Nacional de Saúde. Todas as estatísticas o demonstram. E a pandemia só veio reforçar essa certeza. Mas terá o SNS capacidade de resiliência?

Se nos limitássemos à definição de resiliência em mecânica - capacidade de resistência de um material ao choque (neste caso, o choque será a pressão do elevado número de internamentos COVID-19, resultado da pandemia) - o SNS poderia passar no teste - com distinção suportada pelo sacrifício e dedicação dos profissionais - e ser declarado como resiliente. Com grande dificuldade, com hospitais no - ou além do - limite, com profissionais esgotados, mas confirma-se: verificou-se a resistência ao choque. Mas, para isso, e no pico das ondas pandémicas, temos não só sobrecarregado os profissionais como realocado todos (ou quase todos) os recursos para o combate à COVID-19. A resiliência tem se alimentado, portanto, de sacrifício de horas de descanso e adiamento da atividade não-COVID.

Mas o significado do termo “resiliência” é potencialmente mais abrangente como nos explica o dicionário da Porto Editora: para a ecologia, traduz a capacidade de um sistema retornar ao estado original de equilíbrio, após suportar perturbação que o tenha afastado desse mesmo estado; já em psicologia, significa a capacidade de reagir a trauma ou dificuldade, sem perda do equilíbrio emocional, e em sentido figurado corresponde à capacidade de defesa e recuperação perante fatores ou condições adversas.

É, nesta fase da definição que não podemos deixar de nos questionar se o SNS será de facto resiliente. Se nada for feito, nomeadamente o investimento adequado e estrutural mas também no capital humano, com reconhecimento e incentivos aos profissionais, é provável que o SNS não consiga voltar a algum ponto de equilíbrio, passada que seja a “perturbação” pandémica.

Vejamos: segundo o movimento, criado no verão passado pela Ordem dos Médicos e pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, Saúde em Dia, em 2020 registaram-se menos 25 milhões de atos em termos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

A TEMPESTADE (INFELIZMENTE) PERFEITA

A COVID-19 revelou ser uma sindemia em que se conjuga a carga de doença gerada pelo SARS-CoV-2 com a carga das doenças crónicas, tudo potenciado por desigualdades socio-económicas que condicionam, por exemplo, a adesão a medidas como o teletrabalho ou o confinamento. O termo sindemia é um neologismo que alia precisamente o conceito de sinergia e pandemia, aplicando-se a situações em que existe “interação sinérgica entre duas ou mais doenças que se de-

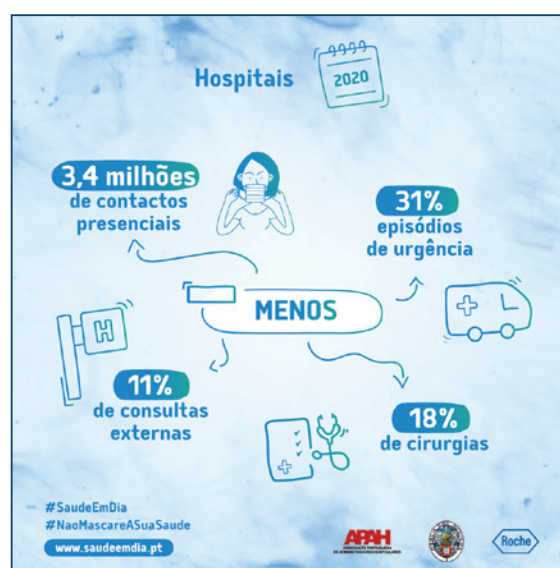
envolvem em simultâneo em indivíduos de um dado grupo populacional marcado por certas condições socioeconómicas específicas, afetando negativamente a evolução de cada uma dessas doenças”. As desigualdades – exacerbadas pela pandemia – serviram de cenário a esta “tempestade perfeita”, cujas consequências para a saúde dos portugueses (à semelhança dos cidadãos de todos os países) ainda demoraremos vários anos a medir...

Mesmo sem referir as cirurgias que também foram adiadas, tendo em conta o já conhecido saldo negativo de milhões de consultas presenciais que não foram feitas em 2020 ou que foram trocadas por telefonemas – nos centros de saúde e hospitais, fruto da concentração da atividade na COVID –, a dúvida metódica instala-se:

Como é que o SNS vai recuperar o equilíbrio? Como é que os seus profissionais, nomeadamente os médicos, vão recuperar eles próprios dos níveis de burnout elevados e do sofrimento ético de ver crescer todos os meses os números dos doentes não-COVID que estão a ser “deixados para trás”? Fala-se muito da fadiga pandémica na população. Mas como é que se vai ultrapassar a angústia pandémica crescente nos médicos em face destes números?! E os números não param de crescer! Só em janeiro de 2021, a pandemia da COVID-19 levou à não-realização de cerca de 200 mil consultas e

21 mil cirurgias nos hospitais públicos, segundo dados da própria Administração Central do Sistema de Saúde. E com os números cresce a angústia. Pelo menos nos profissionais que estão no terreno. Já no plano da decisão primeiro o secretário de Estado Adjunto e da Saúde, António Lacerda Sales anuncia no dia 21 de setembro de 2020, a criação de uma 'task-force' para dar resposta e recuperar os doentes não-COVID, e em 2021, depois de muitas insistências, a tutela informa que afinal a criação da task force foi cancelada. Quem olha “de fora” não compreende como é que ainda não se começou a tentar resolver esse problema que irá ter consequências futuras profundas em termos de aumento da mortalidade. Uma mortalidade que teria sido evitável se não estivéssemos a deixar doentes não COVID para trás, sem diagnóstico e sem tratamento.

Ao Diário de Notícias de 26 de fevereiro de 2021,



o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, referia que "a situação é dramática" e que terá "repercussões brutais a nível da mortalidade e da morbilidade dos doentes", o que se agrava "a cada dia que passa" sem que haja "um sinal do Ministério da Saúde no sentido de reverter esta situação". Mesmo que se começasse hoje mesmo a cuidar melhor dos doentes não-COVID, "há coisas que já não vamos conseguir recuperar", frisa, lembrando que para algumas pessoas se perdeu "a janela de oportunidade terapêutica". O bastonário lamentou em declarações à imprensa que o Plano de Recuperação e Resiliência não tenha sequer "uma palavra sobre como resolver os problemas dos doentes não COVID". Sobre a dimensão do problema, explicou que "não há um único mês de 2020 em que a atividade de consultas presenciais nas unidades de saúde, a realização de cirurgias, de meios complementares de diagnós-

tico, de rastreios ao cancro, não tenha sido pior do que nos meses de 2019. O que quer dizer que em nenhum mês houve recuperação. Houve uns meses melhores, outros piores, mas não foi feita nenhuma recuperação da atividade não covid. Esta é a questão principal." Para o representante máximo dos médicos, é preciso fazer para os doentes não-COVID o mesmo que se fez para a pandemia: "ativar todos os meios existentes no país", no que designou como um plano de contingência para doentes não COVID.

Claro que a designação é indiferente - task force, grupo de trabalho, plano de contingência - mas é preciso mais que soluções setoriais. É preciso o que o bastonário da Ordem dos Médicos tem pedido várias vezes: um "Plano Marshal para a Saúde" para recuperar desta crise sanitária, social e económica (porque nenhuma área é isenta de repercussões em termos de saúde e vice-versa).



Choosing Wisely Portugal Escolhas Criteriosas em Saúde

Escolha não prescindir de intensivista na avaliação e tratamento de todo o doente crítico, mesmo que se encontre fora do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), nomeadamente em cenário de emergência externa (no serviço de urgência) ou interna, em colaboração com outras especialidades.

O impacto no resultado é tanto maior quanto mais precoce for a intervenção do intensivista em casos de doença crítica. Sendo que as UCI são as células orgânicas dos SMI, estes devem exprimir-se em atividades dentro e fora das UCI, uma vez que a prática da Medicina Intensiva é definida em termos fisiológicos e não em termos geográficos. Como tal, a presença do intensivista na equipa de tratamento do doente com disfunção orgânica aguda ou agudizada ou com elevado risco do seu desenvolvimento é determinante para a maximização do resultado clínico. Em alguns processos e estruturas clínicas exteriores à UCI, como a Sala de Emergência do Serviço de Urgência e a Equipa de Emergência Interna, a participação e liderança de intensivistas é fundamental.

Uma recomendação dos Colégios da Especialidade de
Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Mais informação e bibliografia no site nacional da OM em:
<https://ordemdosmedicos.pt/intensivista-na-avaliacao-e-tratamento-de-todo-o-doente-critico-mesmo-que-se-encontre-fora-do-servico-de-medicina-intensiva-smi/>



Um projeto financiado por:

Apoiado por:



Painel de vigilância imunológica de portugueses com COVID-19

TEXTO E FOTOS: PAULA FORTUNATO

A Ordem dos Médicos promoveu, com vários parceiros, um conjunto de estudos relacionados com o SARS-CoV-2, tanto na população em geral como nos profissionais de saúde. Um dos trabalhos consistiu em acompanhar um grupo de portugueses que tiveram COVID-19, num painel de vigilância imunológica que contou com mais de 600 voluntários. Os resultados preliminares, volvidos 10 meses desde que estas pessoas estiveram infetadas, foram apresentados dia 17 de fevereiro, numa conferência de imprensa via zoom.

O bastonário da OM, Miguel Guimarães, começou por agradecer o contributo dos vários parceiros - Fundação Vox Populi, Fundação Manuel Viegas Guerreiro, Fundação The Claude and Sofia Marion Foundation, Fundação Álvaro Carvalho, Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa e Universidade Nova de Lisboa - para um estudo que pode ser "importante para o país e, sobretudo, que pode vir a ser importante para a estratégia de vacinação". O bastonário realçou a importância do estudo, nomeadamente por acompanhar ao longo de vários meses a evolução serológica de uma amostra de doentes com sintomatologia menos grave, quando a maior parte dos estudos existentes são apenas centrados nos doentes internados. Os dados agora apresentados são preliminares, mas, conforme anunciou Miguel Guimarães em breve haverá resultados finais, com dados essenciais para se preparar o país para o futuro, nomeadamente no que diz respeito ao plano de vacinação já em curso.

Álvaro Carvalho, caracterizou a amostra deste estudo da resposta imunitária de 608 doentes que tiveram COVID-19, que incluiu pessoas infetadas na primeira vaga, que incluía profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica) e utentes de residências séniores de todo o país, entre outros. O objetivo foi "analisar o desenvolvimento da imunidade humoral e a sua persistência durante os 10 meses após a infeção".

Germano de Sousa, cuja rede de postos de colheita e laboratórios permitiu estabelecer uma importante parte da logística de recolha e tratamento das amostras em vários pontos do país, recordou que este é "o terceiro estudo que a OM tem feito" neste âmbito e enalteceu: "a Ordem dos Médicos foi a primeira instituição, além do INSA, a ter a preocupação em fazer um estudo de prevalência alargado na população em geral e outro nos profissionais de saúde, além deste para ver de que modo se comportam os anticorpos ao longo do tempo". Germano de Sousa explicou que foram usados exames qualitativos e quantitativos muito precisos e concluiu manifestando o seu apreço por poder participar nesta iniciativa da OM.

Francisco Antunes referiu-se ao que definiu como um pequeno contributo, mas sem dúvida importante, dado por este estudo sobre "se todos desenvolvem resposta imunitária robusta que previna novas infeções e quanto tempo dura esta resposta", dois aspetos dos quais "ainda se sabe muito pouco em particular nos doentes com COVID-19", realçou, demonstrando a importância desta análise. Levantando várias questões, do que designou ser a abertura da "caixa da Pandora", Francisco Antunes sublinhou que a imunidade dos infetados por SARS-CoV-2 deve continuar a ser estudada.

Helena Canhão, da Universidade Nova, explicou as principais vantagens deste estudo que, mais do que uma simples "fotografia", "é um estudo transversal que implica uma logística superior e mais robusta" e que nos "permite fazer um filme dos doentes porque acompanha os mesmos indivíduos e analisa a sua evolução imunológica", estabelecendo "um perfil ao longo do tempo". Nesta análise preliminar, estudamos o tipo de anticorpos, sintomas, características e "conseguimos encontrar clusters, ou seja grupos, que permitam perceber fatores preditivos para o indivíduo manter os anticorpos ao longo do tempo ou para os negativar", explicou.



"Há indivíduos que até aumentam a titulação ao longo do tempo, com mais um mês ou dois continuam a produzir anticorpos, (...) diferentes trajetórias associadas às características das pessoas podem ser muito importantes para nos permitir prever se aquele indivíduo vai ou não continuar a ter imunidade", elucidou, concluindo congratulando a Ordem dos Médicos e todos os envolvidos porque este "é um estudo único" precisamente por causa desse "acompanhamento ao longo do tempo" que nos permite, mais do que uma imagem fixa, contar uma história da evolução serológica na população.

Sobre a potencial influência deste estudo no plano de vacinação, foi explicado, a título de exemplo que, como é essencial reduzir mortalidade e morbilidade nas populações mais frágeis, se se concluir que estes indivíduos alvo do estudo quando se reinfectam são assintomáticos ou têm sintomas ligeiros isso indica que não será prioritário vacinar esta população que já foi infetada nestas primeiras fases da vacinação, por já não correrem o mesmo risco de sintomatologia grave. Porque, dada a escassez de vacinas, a prioridade tem que ser proteger os mais frágeis, reduzir o risco de mortalidade e reduzir a pressão sobre os hospitais.

"O ideal seria poder vacinar a população toda o mais rapidamente possível", explicou Helena Canhão, sublinhando que só pela escassez é que é relevante a estratificação da vacinação. "Quando falamos de armas contra esta doença há um papel importante das barreiras não farmacológicas, as vacinas para prevenir a infeção e também há o tratamento. Em todas estas linhas, da prevenção ao tratamento,

ALGUMAS CONCLUSÕES PRELIMINARES

Das conclusões preliminares apresentadas por Álvaro Carvalho, salientamos:

- > Cerca de 1/4 dos participantes não tinham anticorpos logo na primeira análise tendo sido 'excluídos' do estudo;
- > Dos 76% que tinham anticorpos alguns foram-nos perdendo da segunda para a terceira e quarta análises;
- > Cerca de 60% mantinham anticorpos ao fim da terceira colheita (361 participantes);

À quarta análise faltaram 103 pessoas, por circunstâncias determinadas pela pandemia como o dever de confinamento instituído e a proibição de travessia de concelhos, o que fez com que, dos 460 participantes que tinham anticorpos na primeira determinação, "só possamos comprovar a sua persistência, aos 10 meses após a doença, em 225 casos (48%)". Um número que poderá vir a ser alterado após a inclusão dos 103 participantes 'em falta', o que se espera que seja possível quando se propuser a quinta análise a todos os participantes já em abril.

está a haver um desenvolvimento enorme; mas para isso é preciso conhecer-se melhor o vírus", reforçou, lembrando que "podemos até desenvolver anticorpos (...) mas isso não quer dizer que sejam neutralizantes", podendo ser apenas anticorpos sinalizantes.

[Nesta análise preliminar] "conseguimos encontrar grupos que permitem perceber fatores preditivos para o indivíduo manter os anticorpos ao longo do tempo ou para os negativar"

Helena Canhão

Desafios da pandemia

para a estrutura internacional de saúde

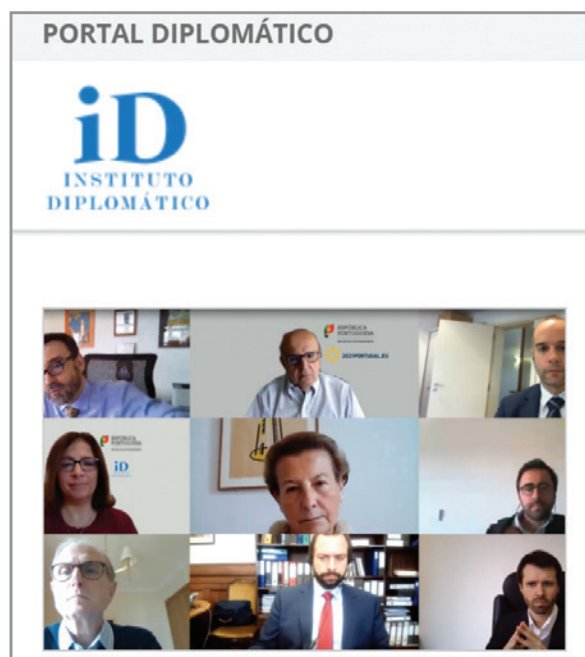
O Instituto Diplomático organizou, no passado dia 10 de fevereiro de 2021, uma videoconferência subordinada ao tema "Desafios da pandemia de COVID-19 para a estrutura internacional de saúde". A iniciativa contou com a participação do embaixador Rui Macieira, representante permanente junto das Nações Unidas e outras organizações internacionais em Genebra, e de Francisco Pavão, médico especialista em saúde pública e representante do Gabinete de Diplomacia da Saúde da Ordem dos Médicos.

Num encontro em que se falou da importância de se usar a pandemia como um catalisador para uma mudança sistémica que permita aos países e aos sistemas de saúde estarem preparados para eventos desta natureza, o embaixador Rui Macieira referiu algumas das conclusões do relatório preliminar à avaliação da resposta do mundo e da OMS à COVID-19. Ponto consensual dos intervenientes, é que a preparação dessa resposta tem que ser vista como um investimento coletivo no bem-estar e na segurança de todos.

Na sua intervenção, Francisco Pavão teve a oportunidade de apresentar algumas das iniciativas promovidas pela Ordem dos Médicos no contexto da Diplomacia da Saúde tendo referido igualmente a sua posição perante os temas e desafios internacionais em saúde, alguns pré-existentes, mas que se tornaram particularmente acutantes durante a pandemia de COVID-19.

Destacando a agenda da década definida pela Organização Mundial da Saúde e a necessidade de uma ação consentânea com essa agenda, o representante do Gabinete de Diplomacia da Saúde da Ordem dos Médicos salientou os objetivos do desenvolvimento sustentável, elencando igualmente algumas das situações mais pertinentes em termos dos maiores desafios associados ao setor da saúde, que a estrutura diplomática enfrentou neste último ano.

Em termos de desafios futuros e prioridades, Fran-



cisco Pavão foi perentório: no contexto da pandemia, especificou como importante as definições de um potencial certificado de vacinação e a resolução das questões relativas à distribuição mundial de vacinas de forma equitativa entre os países. Num contexto mais abrangente, olhando para além da pandemia, Francisco Pavão defendeu a importância de, por exemplo, promovermos a "marca" Portugal, utilizando o setor da saúde como um potenciador de valor e prestígio para o país.

Por último, em jeito de reflexão, abordou e questionou qual deveria ser a estratégia delineada para o posicionamento de Portugal em termos de Saúde Global. Para que a ação seja consequente e baseada no conhecimento dos especialistas, Francisco Pavão defendeu a criação de um Gabinete próprio, junto do Ministério dos Negócios Estrangeiros, assessorado por profissionais qualificados. Conforme explicou na sua intervenção, este seria um tema para o qual a Ordem dos Médicos muito pode contribuir, nomeadamente através do seu Gabinete de Diplomacia da Saúde.

BREVES

MENOS CERCA DE 200 MIL CONSULTAS E 21 MIL CIRURGIAS NO PRIMEIRO MÊS DO ANO



<https://expresso.pt/coronavirus/2021-02-26-Menos-cerca-de-200-mil-consultas-e-21-mil-cirurgias-no-primeiro-mes-do-ano>



PORTUGAL É O 3.º PAÍS DA ZONA EURO QUE MENOS GASTA NO COMBATE À CRISE



<https://sicnoticias.pt/especiais/coronavirus/2021-02-04-Covid-19-Portugal-e-o-3.-pais-da-zona-euro-que-menos-gasta-no-combate-a-crise>



BASTONÁRIO DOS MÉDICOS PEDE RECUPERAÇÃO AMPLA DE RASTREIOS ONCOLÓGICOS



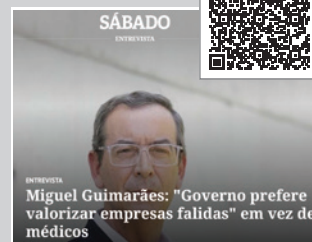
https://www.rtp.pt/noticias/pais/bastonario-dos-medicos-pede-recuperacao-ampla-de-rastreios-oncologicos_a1300364



MIGUEL GUIMARÃES: "GOVERNO PREFERE VALORIZAR EMPRESAS FALIDAS" EM VEZ DE MÉDICOS



<https://www.sabado.pt/entrevistas/detalhe/miguel-guimaraes-governo-prefere-valorizar-empresas-falidas-em-vez-de-medicos>



MAIS DE METADE DA POPULAÇÃO PORTUGUESA CONSIDERA QUE O GOVERNO NÃO ESTAVA PREPARADO PARA A TERCEIRA VAGA DA PANDEMIA



<https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/quase-metade-dos-portugueses-esperam-confinamento-ate-a-pascoa-13390280.html>



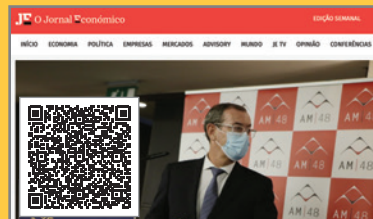
BASTONÁRIO LAMENTA QUE RELATÓRIO DA VACINAÇÃO NÃO SEJA MAIS ESPECÍFICO



<https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/bastonario-lamenta-que-relatorio-da-vacinacao-nao-seja-mais-especifico-13359643.html>



ESTADO DEVE INVESTIR A SÉRIO NO CAPITAL HUMANO, DIZ ORDEM DOS MÉDICOS



<https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/covid-19-estado-deve-investir-a-serio-no-capital-humano-diz-ordem-dos-medicos-706862>

SÓ EM JANEIRO, PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PORTUGAL FIZERAM MAIS DE DOIS MILHÕES DE HORAS EXTRA

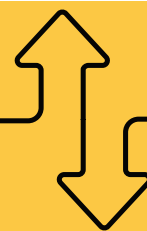


<https://expresso.pt/coronavirus/2021-02-24-Covid-19-So-em-janeiro-profissionais-de-saude-em-Portugal-fizeram-mais-de-dois-milhoes-de-horas-extra>

Expresso

Covid-19. Só em janeiro, profissionais de saúde em Portugal fizeram mais de dois milhões de horas extra





4.000.000.000 €

é o valor anunciado para plano europeu contra o cancro

Comissão Europeia quer aposta na prevenção

A luta contra o cancro tem um novo plano de quatro mil milhões de euros aprovado pela Comissão Europeia que pretende implementar uma "nova abordagem da UE à prevenção, tratamento e cuidado". O plano propõe investimento em ações com o "objetivo de reduzir fatores de risco", nomeadamente consumo de álcool, tabaco e poluição ambiental. Um dos objetivos é "assegurar que menos de 5% da população use tabaco até 2040".



OBSERVADOR

OM coordena vacinação a médicos que estavam a ser deixados para trás

Depois de vários alertas para a necessidade de cumprir as prioridades pré-definidas e duas semanas depois de a Ordem dos Médicos (OM) ter lançado uma petição pública pela vacinação imediata dos médicos, que ultrapassou as 10 mil assinaturas, a nova coordenação da Task-Force para a vacinação aceitou o apoio da instituição. A Ordem disponibilizou-se a fazer a identificação dos médicos por vacinar, bem como toda a operacionalização do processo de programação da administração das vacinas, que começou no Porto, em fevereiro.



Expresso

Vacina portuguesa prestes a ser testada em humanos

A vacina portuguesa contra a COVID-19, que está a ser desenvolvida pela biotecnológica Immunetep, empresa sediada em Cantanhede, da Universidade do Porto, já entrou na fase final de testes em ratos e deve estar pronta a avançar para os ensaios clínicos em humanos a meio de 2021. A vacina anuncia como vantagens o facto de ser inalada, potenciando rapidez de eficácia, e ser baseada no vírus inteiro, mas inativado, o que permite eficácia mesmo perante mutações.



"Não podíamos deixar de fazer tudo o que está ao nosso alcance para proteger a vida dos médicos e consequentemente garantir que os doentes continuem a ter acesso às suas consultas, exames e cirurgias. (...) Vacinar um médico é assegurar que estará apto a salvar vidas, ainda mais numa altura de grande fragilidade como a que atravessamos."

Miguel Guimarães



QUE LIÇÕES TIRAR DESTA PANDEMIA?

Apostar na literacia em saúde, responsabilidade governamental, mas também dos médicos pela sua especial relação de proximidade com as populações, sobretudo as infoexcluídas. Comunicação atempada e clara de forma a combater negacionismos pré-históricos que vão pululando nas redes sociais.

Teresa Frederico, jornalista de viagens



Há menos 800 médicos no SNS do que no início da pandemia



Perderam-se 25 mil anos de vida em 2020

Um estudo divulgado dia 26 de fevereiro pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) indica que em Portugal a taxa de anos de vida perdidos é a mais alta de 2020, seguindo-se a Alemanha, a França e o Reino Unido. No entanto, são o Reino Unido, a Espanha e a Itália que apresentam as mais altas taxas de anos de vida perdidos por 10 mil habitantes, exclusivamente por causa da COVID-19. Em Portugal dada a idade no momento do óbito, "estas mortes representaram 25.394 anos de vida perdidos devido à COVID-19 em apenas 10 meses".



Diário de Notícias

COVID-19 parece ser o vírus que mais atinge o cérebro

A COVID-19 provoca encefalopatia a 65% dos internados. Em declarações à Rádio Observador, Isabel Luzeiro, presidente da Sociedade Portuguesa de Neurologia, alerta para os riscos: "Identificação do cérebro, crises epiléticas e aumento futuro de doenças neurodegenerativas".



OBSERVADOR

Estamos a testar muito menos...

Dados do Centro Europeu para o Controlo e Prevenção de Doenças (ECDC) revelaram que Portugal diminuiu para metade a testagem durante o confinamento. Mesmo depois de entrar em vigor a nova estratégia de testes à COVID-19 anunciada pela DGS e que alarga o critério de rastreio a todos os contactos dos infetados e a um conjunto de setores, a verdade é que o número de testes realizados em Portugal continuou a descer: dados oficiais da DGS, indicavam que na semana de 15 a 21 de fevereiro se realizaram em média 33 mil testes por dia, sendo que no pico da pandemia, em janeiro, a média ascendia a 70 mil testes diários. À data, a semana de 15 a 21 era assim a semana de 2021 em que se realizaram menos testes à COVID-19.



ZAP @ GELU

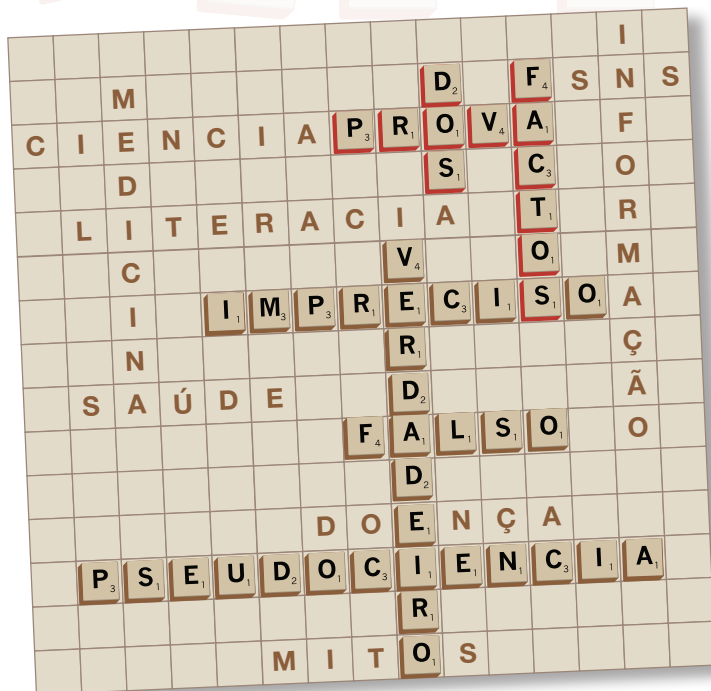
A pandemia realça a importância da Escola como um todo. A componente de socialização, com os pares e não só, tem de ser sempre considerada. Profissões como médicos, enfermeiros e professores evidenciam e reforçam a sua importância nesta sociedade tão desigual...

Maria Antónia Bento,
professora do ensino secundário

Quando se atenuar a atual pandemia, daremos conta da verdadeira dimensão das suas consequências psicológicas, menos mediáticas, mas igualmente geradoras de sofrimento intenso. A saúde mental, eterno parente pobre do SNS, uma vez mais mostrará as suas fragilidades, só ultrapassadas quando for efetivamente levada a sério.

Jorge Cardoso, psicoterapeuta e
professor universitário

PROVA DOS FACTOS

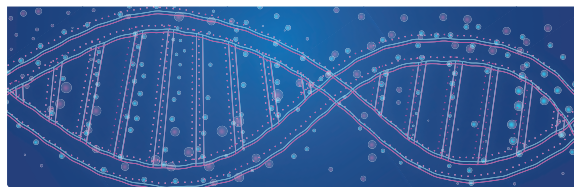


PESQUISA: PAULA FORTUNATO

PSEUDOCIÊNCIA

As vacinas contra a COVID-19 alteram o ADN?

Nas redes sociais lê-se em vários comentários contra a vacinação que as vacinas da COVID-19 alteram o ADN de quem é inoculado; Para desmistificar esses boatos e eliminar receios infundados a DECO fez uma publicação a explicar como funcionam as vacinas de mRNA (material genético do vírus SARS-CoV-2) assegurando que não há alteração de ADN de quem as recebe. Também a Reuters Fact Check Team desmascara a falsidade dessa afirmação.



<https://www.deco.proteste.pt/saude/medicamentos/noticias/as-vacinas-contr-a-covid-19-alteram-o-adn>

e <https://www.reuters.com/article/uk-facthec-covid-19-vaccine-modify/false-claim-a-covid-19-vaccine-will-genetically-modify-humans-idUSKBN22U2BZ?edition-redirect=uk>

Antiparasitário é eficaz no tratamento da COVID-19?

Na sequência das notícias sobre o uso de ivermectina em doentes infetados com COVID-19 e da existência de estudos que indicam essa eficácia, importa rever a evidência científica sobre esta aplicação. De acordo com o ISBE - Instituto de Saúde Baseada na Evidência, a utilização da ivermectina para o tratamento da COVID não tem evidência de boa qualidade que justifique o uso em doentes infetados com SARS-CoV-2. Embora refiram que o tratamento "parece, em certas populações, promissor", ainda não existem estudos em número suficiente que "permitam a seleção dos subgrupos a tratar, os riscos de base para tratamentos, as dosagens eficazes, os timings, etc." Os estudos existentes apresentam diversas falhas: alguns não foram publicados, têm amostras de pequenas dimensões, sem revisão por pares, resultados irreproduzíveis em doentes com risco de base variável, etc. Conclui o ISBE que "há necessidade de se realizarem RCT de grandes dimensões, cobrindo todos os níveis de risco e outcomes relevantes na COVID-19".



Remdesivir, hidroxicloroquina, lopinavir e interferão reduzem mortalidade por COVID-19?

Também da análise do ISBE ao WHO Solidarity Trial Consortium, ensaio clínico não ocultado, realizado pela OMS em 405 hospitais de 30 países, que estudou 11.266 doentes internados com COVID-19 (65% com mais de 50 anos de idade), entre 22 de março e 4 de outubro de 2020, se conclui que estes tratamentos não apresentam benefícios em doentes internados. Nenhum dos medicamentos reduziu a taxa de mortalidade quer global, quer em subgrupos etários e também não se verificou benefício na necessidade de ventilação assistida, em regiões geográficas específicas ou em participantes a fazer corticosteróides.



Farmacêutica avisa que vacina não é segura para grávidas?

Circulou no Facebook (mais) uma publicação que informava que uma farmacêutica teria anunciado que a sua vacina trazia risco de malformação. A equipa do Fact Check do Observador cita o Infarmed que esclarece não haver nada que indique tal risco. Apesar da limitação científica no que diz respeito à eficácia da vacina em mulheres grávidas, isso não significa que não possa ser administrada a este grupo, se for essa a conclusão da avaliação de risco feita pelo médico. "A sua administração durante esse período apenas deve ser considerada se os potenciais benefícios superarem quaisquer potenciais riscos para a mãe e para o feto", é a informação prestada pelo Infarmed.

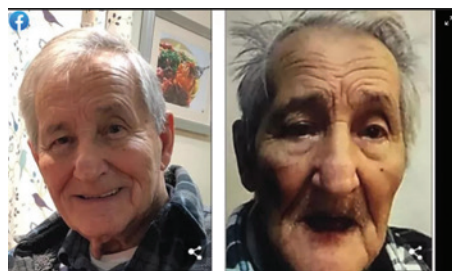


Confinamento pode causar demência e mobilidade reduzida nos idosos?

Numa notícia do jornal britânico Daily Mail descrevem-se os efeitos negativos do confinamento num cidadão de 89 anos, residente num lar em Liverpool. O isolamento, resultado da pandemia e das medidas de contenção da sua propagação, protegem os idosos, mas, simultaneamente, diminuem estímulos essenciais e podem gerar danos físicos, cognitivos e emocionais como demência e problemas de mobilidade. Analisando até que ponto o confinamento pode gerar quadros desta gravidade, consultamos o documento "As fases precoces da demência" da Public Health Agency onde se define claramente que as pessoas que sofrem de demência devem evitar o isolamento social por conduzir ao agravamento dos sintomas. Uma equipa do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de

Os números da pandemia sobem mais depressa do que descem?

No discurso de 25 de fevereiro de 2021, relativo à renovação do estado de emergência, o Presidente da República afirmou que "os números sobem sempre mais depressa do que descem". Num artigo de opinião da rádio Observador lê-se que "não é verdade (...) até aconteceu o contrário". O Polígrafo foi verificar a veracidade das contas e concluiu que é pelo menos imprecisa: de acordo com dados oficiais, na primeira vaga, desde os dois primeiros casos identificados a 2 de março foram precisos 39 dias até atingir o nível máximo (a 10 de abril com 1.516 novos casos). Já a descida levou apenas 23 dias até ao mínimo a 3 de maio (92 novos casos). Já em relação a internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI): na primeira vaga os primeiros casos em UCI aconteceram a 14 de março e 24 dias depois atingiu-se o pico (271 internamentos a 7 de abril) ao que se seguiu uma lenta descida que demorou 63 dias até chegar ao mínimo de 55 internados (a 8 de junho). Concluiu-se que, pelo menos na primeira vaga, o número de novos casos desceu mais depressa do que subiu, mas nos internamentos em UCI aconteceu o oposto.



Coimbra investigou em 2020 as possíveis alterações na sintomatologia depressiva, capacidade funcional, queixas de memória, estado cognitivo e qualidade de vida da população portuguesa, causadas pelo confinamento. Reconhecendo que existem riscos mais elevados em determinadas faixas populacionais, os investigadores desenvolveram a página CuidaldosaMente, para divulgar estratégias preventivas. Uma das áreas abordadas é precisamente a necessidade "reinventar formas de estabelecer contactos com os outros" para lidar com o isolamento social que pode agravar quadros demenciais pré-existentes.

Equipa multidisciplinar desenvolve máscara protetora para reabilitação

Frequentes, por exemplo, nos doentes sujeitos a entubação endotraqueal, mas também como sequela de várias doenças (Parkinson, por exemplo) as alterações da deglutição - e a forma de as abordar mais eficazmente num contexto de maior segurança clínica - têm sido alvo do trabalho de uma equipa de investigadores da Universidade do Porto. A iniciativa - que une academia, hospitais e indústria - levou ao desenvolvimento de uma máscara de proteção individual para os doentes que apresentam alterações da deglutição, adaptado às suas necessidades específicas, que irá proteger, simultaneamente, os profissionais.

O projeto "máscara protetora de disfagia e/ou motricidade oral disfuncional", foi desenvolvido por uma equipa de Investigadores de três faculdades da Universidade do Porto: José Amarante e Miguel Pais Clemente pela Faculdade de Medicina (FMUP), Catarina Aguiar Branco pela Faculdade de Medicina Dentária (FMDUP), e Joaquim Gabriel da Faculdade de Engenharia (FEUP). O trabalho foi desenvolvido numa parceria dessas instituições académicas com o Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV) - Serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR), do qual é diretora a médica Catarina Aguiar Branco. Além da atividade assistencial com doentes COVID e pós-COVID, a especialista em MFR é, há 12 anos, professora auxiliar convidada da FMDUP. A reabilitação de disfagia, reabilitação respiratória e reabilitação das alterações da motricidade orofacial são áreas onde tem exercido, integrada numa equipa de MFR que faz questão de explicar que é "multiprofissional e multidisciplinar, coordenada por um médico fisiatra e composta também por enfermagem de reabilitação, fisioterapia e terapia da fala e terapia ocupacional".

Desde março de 2020 que a atividade ganhou uma nova complexidade com a assistência a "doentes COVID internados nas UCIP, enfermarias de Medicina Interna e em programas de MFR integrais, multimodais, pós alta hospitalar", sendo que o "serviço de MFR do CHEDV manteve ainda a atividade a doentes não-COVID, em ambulatório", de acordo com as orientações da DGS.

A ideia da máscara nasce da necessidade de minimizar

VANTAGENS PARA OS DOENTES

- Comodidade na utilização da máscara, já que é leve, fácil de colocar e retirar;
- Permite-o comunicar (os sons são perceptíveis);
- Permite-o realizar vários exercícios orofaciais, de deglutição e respiratórios com diminuição das restrições relevantes;
- Permite uma maior interação entre o doente e o profissional de saúde durante a avaliação e a realização dos procedimentos de reabilitação, pelo escudo de proteção mais integral;
- Permite o treino para a alimentação nos doentes (com alterações da deglutição), com diminuição do risco de contágio.

UMA MÁSCARA PARA PROTEGER DOENTES E PROFISSIONAIS

O equipamento desenvolvido permite um ambiente seguro para doentes e profissionais como nos explica a diretora do Serviço de MFR do CHEVD:

- Diminuir partículas de aerossóis emitidas pelo doente no espaço circundante onde também se encontra o profissional no exercício da reabilitação, através da associação nos seus componentes de um tubo anterior para aspiração das partículas;
- Visualizar as estruturas orais e faciais do doente através do escudo transparente anterior, assim como avaliar e treinar/reabilitar estas estruturas com a segurança da proteção;
- Através do seu escudo anterior basculante (quando

elevado) permite um contacto direto com as estruturas faciais e orais, na avaliação e na reabilitação (nomeadamente em determinados procedimentos orais mais posteriores da avaliação e reabilitação; assim como na avaliação das consistências alimentares de segurança, com a aspiração simultânea de aerossóis que possam ser emitidos por exemplo na produção de tosse tardia);

- A alimentação com consistências de segurança com a aspiração simultânea de aerossóis;
- A diminuição do risco de contagiosidade entre doente-profissional de saúde durante a avaliação e a realização de procedimentos/técnicas de reabilitação da deglutição e respiratória.

riscos na reabilitação dos doentes com disfagia por recurso a um equipamento que possa reduzir “o elevado risco de contagiosidade com a emissão de aerossóis em algumas técnicas de reabilitação da deglutição, respiratória e das alterações da motricidade orofacial”, explica-nos Catarina Aguiar Branco. Sem esta máscara, essas técnicas seriam desaconselhadas, mas “podem ser necessárias em vários contextos clínicos, para a melhor progressão do doente”. Foi precisamente a pensar nos doentes COVID e não-COVID (que continuam a ter necessidade de reabilitação e que têm que ser protegidos), que os investigadores iniciaram os estudos que levaram a um equipamento que protege todos: “a necessidade da proteção através de máscara também envolve o profissional de saúde da equipa de reabilitação, principalmente o médico fisiatra, o terapeuta da fala, mas também outros, como o enfermeiro de reabilitação ou o fisioterapeuta em algumas técnicas ou atos que realizam, pelo maior risco de contágio durante a avaliação do doente e a realização das técnicas de reabilitação”, enquadra a especialista.

Catarina Aguiar Branco explica a utilidade do equipamento, além da pandemia: “Embora a ideia tenha surgido, em abril de 2020 para aplicação aos doentes críticos nas UCIPs e não críticos (graves) em enfermaria, a verdade é que já nesta altura se questionava também a necessidade de se manter a reabilitação a doentes com alterações da deglutição (por exemplo nos doentes neurológicos agudos, subagudos e crónicos) e a doentes respiratórios (clínicamente e funcionalmente mais severos), nomeadamente em ambulatório hospitalar e não hospitalar, os quais não



aparentando doença COVID-19, poderiam ser portadores assintomáticos e como tal disseminadores. Esta última necessidade mantém-se... Igualmente existem outras aplicações, nomeadamente em contexto de institucionalização noutros níveis de cuidados, como por ex. Unidades de Cuidados Continuados, UCCI ou lares e nas unidades de MFR privadas/convencionadas de ambulatório”.

Já está a decorrer o processo de registo de patente pela UP. A equipa de 4 investigadores (na foto), liderada por Joaquim Gabriel da FEUP, também já desenvolveu contactos concretizando a interação academia, contexto clínico hospitalar/ambulatório e indústria. “A parceria será com a empresa Simoldes, com uma vasta experiência na área industrial”, estando neste momento a decorrer os processos necessários - entre a equipa de investigadores e a indústria - que visam o passar do protótipo para o início da produção deste equipamento de proteção individual que irá reduzir riscos para doentes e profissionais no momento da reabilitação de doentes com disfagia.



Assinalou-se em fevereiro, no dia 6, o Dia Internacional da Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina. A Ordem dos Médicos associou-se ao lema das Nações Unidas para este ano: unir, financiar e agir para pôr fim a este flagelo. Convidámos a Embaixadora de Boa Vontade do Fundo das Nações Unidas para a População, Catarina Furtado, para nos escrever e alertar que “não existe desculpa para a inação global”.

"Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina"

Catarina Furtado

Embaixadora de Boa Vontade do Fundo das Nações Unidas para a População
Fundadora e Presidente da Associação e ONGD, Corações Com Coroa

FOTOS: RICARDO FREITAS

Ao destacarmos o Dia Internacional de Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina temos de afirmar em voz bem alta que não existe desculpa para a inação global. Há que unir (aumentando a colaboração), financiar (mobilizando recursos) e agir (apoando a mudança) para pôr fim à mutilação genital feminina.

A mutilação genital feminina é uma violação dos direitos humanos enraizada nas desigualdades de género que criam e sustentam desequilíbrios de poder que, por sua vez, limitam o acesso a oportunidades e recursos e evitam que meninas e mulheres alcancem os seus direitos em plenitude. Este flagelo viola os direitos humanos das meninas e mulheres, incluindo o direito à integridade física, proteção e segurança e bem-estar físico e mental. Mais de 200 milhões já foram sujeitas a esta prática nefasta e, a cada ano que passa, pelo menos 4 milhões correm o risco de vir sofrer algum tipo de mutilação genital

feminina, que nunca poderá ser desculpada com argumentos que remetem para questões culturais.

O progresso global foi feito para que o mundo pudessem alcançar o 5º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (Igualdade de Género) e a meta 5.3 (Eliminação da Mutilação Genital Feminina). Está selado o compromisso. E por isso, hoje, as meninas têm um terço a menos de probabilidade de serem submetidas à prática comparativamente com há 30 anos. Enquanto a mudança está a acontecer, a evolução não é universal e não se faz a um ritmo suficientemente rápido. Em países onde a prática da mutilação genital feminina se tornou menos comum, o progresso precisaria de ser, pelo menos, dez vezes mais veloz para cumprir até 2030 a meta global da erradicação.

É importante sublinhar que as atitudes em relação a esta prática estão a mudar. Por exemplo, em países onde existe a sua prevalência, 7 em cada 10 meninas e mulhe-



res opõem-se à continuidade desta violação dos direitos humanos. O acesso equitativo à educação, saúde e oportunidades de trabalho acelera a eliminação da mutilação genital feminina, contribui para o desenvolvimento social e económico e garante que nenhuma menina ou mulher seja deixada para trás, o que acontece frequentemente devido a fatores sociais, políticos e económicos.

Um dado muitíssimo importante e preocupante é o de que a COVID-19 parece ter aumentado o número de casos, levando a um retrocesso na meta 5.3 dos objetivos de desenvolvimento sustentável. O Fundo das Nações Unidas para a População, (do qual sou, há já 20 anos, Embaixadora de Boa Vontade) estima que podem vir a acontecer até 2 milhões de casos de mutilação genital feminina nos próximos 9 anos que teriam sido evitados se não fosse a pandemia.

De acordo com a UNESCO, pelo menos 11 milhões de meninas correm elevado risco de nunca mais voltar à escola por causa da pandemia. Esta realidade afeta as futuras gerações de meninas, já que as mulheres com menor escolaridade são mais propensas à perpetuação da mutilação genital feminina.

A análise da UNICEF e da Save the Children mostra que o número de crianças que vivem em situação de pobreza em 2020 disparou para aproximadamente 1,2 biliões devido à pandemia. O aumento da pobreza familiar pode conduzir a mecanismos de sobrevivência, tais como as meninas serem submetidas à mutilação genital feminina enquanto precursor para o casamento.

Cerca de 1 em cada 4, ou 52 milhões em todo o mundo, sofreram mutilação genital feminina realizada por profissionais de saúde. Por este motivo e para que também haja uma identificação da prática, fruto de um conhecimento sério sobre o tema, é necessário fazer um investimento global em formação para médic@s, enfermeir@s e auxiliares de saúde.

A campanha mundial Generation Equality significa uma oportunidade crucial de fortalecer um movimento que acabe com todas as formas de violência contra as meninas, raparigas e mulheres, ampliando as suas vozes e impulsionando governos, sociedade civil, financiadores, ativistas, agências da ONU, redes de mulheres, associações de jovens, profissionais de saúde, a academia

e o setor privado, no sentido de acelerar a igualdade de género e o empoderamento feminino.

Estamos a menos de uma década de atingir a meta 5.3, por isso temos de nos juntar todos e todas e refazer o mundo de forma

a permitir que as meninas e mulheres possam ser ouvidas, possam escolher, controlar as suas vidas e agir, construindo uma sociedade mais justa.

Temos então de unir, aumentando a colaboração, já que o desenvolvimento sustentável requer um reforço do empenho das principais partes interessadas para alavancar recursos, aumentar o impacto da ação e expandir as campanhas globais e nacionais contra a mutilação genital feminina.

Os responsáveis devem cumprir o compromisso de alcançar a igualdade de género através das sinergias com a sociedade civil, os movimentos sociais e ativistas. Temos de capacitar as meninas e mulheres num ambiente propício, onde se sintam protegidas e sejam apoiadas na liderança de mudanças sociais nas suas comunidades.

Temos de agir apoiando a mudança porque a eliminação da mutilação genital feminina requer abordagens de transformação que lidem com as estruturas, com as políticas (também de saúde) e com as normas de género que perpetuam a prática.

Não nos podemos esquecer de um dado fundamental para que consiga atingir os objetivos: o financiamento para as pesquisas sobre mutilação genital feminina tem sido limitado e criou uma lacuna de conhecimento. Há que melhorar também a recolha de dados e investir na agenda global de pesquisa.

Com os dados na mão, com os relatos impressionantes que ouvi na primeira pessoa (e documentei no meu programa de televisão Príncipes do Nada) de quem já foi sujeita a esta prática, com a noção clara de que não fazer nada é ser cúmplice desta violação, que deveria ser crime em todo o lado (já existem provas evidentes de que é possível erradicar), não resta mesmo espaço para desculpas!

Bom trabalho!

Dia Mundial do Doente

TEXTO: PAULA FORTUNATO

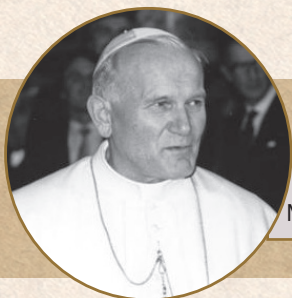


Praça de São Pedro, Vaticano
Créditos: Pedro S. Bello

O dia mundial do doente celebra-se a 11 de fevereiro, no dia de Nossa Senhora de Lourdes. Esta efeméride assinalou-se pela primeira vez em 1993, depois de uma iniciativa do Papa João Paulo II que assignou esse dia à reflexão e à oração em prol dos doentes, recordando à sociedade o apelo por melhores e mais igualitários cuidados de saúde, sejam prestados em casa, nos hospitais ou noutras instalações de saúde. Em Portugal, com o mesmo desígnio, a Ordem dos Médicos tem apelado ao longo dos anos a que se criem condições para um Serviço Nacional de Saúde com mais capacidade de resposta em prol de todos os doentes.

11 de fevereiro é uma data com vários significados para o Vaticano, Estado que foi estabelecido precisamente nesse dia (em 1929) através da assinatura do Tratado de Latrão. 64 anos mais tarde, a 11 de fevereiro de 1993 seria celebrado pela primeira vez o Dia Mundial do Doente. A efeméride foi anunciada em 1992, numa iniciativa de João Paulo II, o qual, logo na primeira menção oficial à data fazia alusão aos doentes mas também aos que cuidam: “para os profissionais de saúde, chamados a prestar o mais elevado, meritório e exemplar testemunho de justiça e de amor, que este dia possa ser um renovado incentivo para continuarem com o vosso serviço”. Seguir-se-iam 13 discursos anuais de celebração desse dia proferidos por João Paulo II, o último dos quais em 2005, ano em que, a 2 de abril, viria a falecer aos 84 anos de idade.

Naquela que foi a XIII comemoração, e última deste Papa, as celebrações principais do Dia Mundial do Doente foram realizadas no Santuário de Maria Rainha dos



Em 1992, por carta de João Paulo II, é consagrado o Dia Mundial do Doente que tem início a 11 de fevereiro de 1993

Apóstolos, nos Camarões, escolha que o Papa João Paulo II definiu como uma “oportunidade para manifestar a solidariedade concreta às populações daquele continente [africano], atormentadas por graves carências no campo da saúde”, uma realidade que tantos anos depois é evidenciada em resultado da escassez de vacinas contra a COVID-19. A mensagem foi centrada no compromisso da luta contra a Sida, com um apelo a que “governantes e autoridades civis” comunicassem de forma clara e que investissem, além da cura, em educação.

Dia mundial do doente em Portugal

Em Portugal o Dia Mundial do Doente tem sido comemorado quer através da celebração de cerimónias católicas quer das mais diversas ações que visam sensibilizar a sociedade civil para a necessidade de apoiar a pessoa doente, designadamente através do suporte aos seus cuidadores.

Em 2021, a assinalar o dia o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, fez questão de transmitir a todos os doentes, às associações que os representam, aos médicos e a todos os outros profissionais ligados à saúde, uma mensagem em que lembrou a importância da saúde, direito que deve ser garantido a todos, e apelando a que o Serviço Nacional de Saúde seja dotado de mais capacidade de resposta em prol de todos os doentes.

Neste dia, em diferentes anos, a Ordem dos Médicos tem visitado diversos hospitais e Unidades de Saúde Familiar nas quais contacta diretamente com os doentes e com os médicos, realçando a importância da efeméride, visitas que partilha com representantes das associações de doentes. A Ordem tem também apresentado diversos projetos relevantes para os doentes, como por exemplo, em 2019, quando divulgou o documento de definição de tempos padrão das consultas médicas: “Este documento pretende proteger a relação médico-doente, a qualidade da medicina, os direitos dos doentes e a qualidade de trabalho dos médicos”, frisava Miguel Guimarães. A Ordem dos Médicos relembra a importância do doente ser o centro do sistema de saúde, deixando uma pa-

lavra a todos os médicos que se dedicam, diariamente, aos seus doentes cumprindo o princípio hipocrático que estabelece que “a Saúde e o bem-estar do meu doente serão as minhas primeiras preocupações”.

Servir significa cuidar dos frágeis das nossas famílias, da nossa sociedade, do nosso povo

Francisco, Homilia em Havana, 20/IX/2015

Data simbolicamente assinalada com uma mensagem de fé e esperança do Papa, que é proferida desde 2014 pelo Papa Francisco que - nesse ano - endereçou palavras centradas na expressão “Sapientia cordis” (sabedoria do coração), uma sabedoria que não se faz de conhecimento teórico ou raciocínio. A “sabedoria do coração é servir”, tema a que regressa, de certa forma por altura do XXIX Dia Mundial do Doente, em 2021. Este ano, além de apelar a orações pela saúde espiritual e física de doentes, profissionais de saúde e de todos os que cuidam dos doentes, instou os cristãos a praticarem o que professam, nomeadamente através do empenho em garantir que haja equidade no acesso a cuidados de saúde de qualidade para todos. A mensagem revela a solidão, abandono, confusão e fragilidade extrema dos doentes, que se sentem tantas vezes vítimas de injustiças sociais que lhes negam o direito essencial à saúde: “A atual pandemia colocou em evidência tantas insuficiências dos sistemas sanitários e carências na assistência às pessoas doentes. Viu-se que, aos idosos, aos mais frágeis e vulneráveis, nem sempre é garantido o acesso aos cuidados médicos, ou não o é sempre de forma equitativa. Isto depende das opções políticas, do modo de administrar os recursos e do empenho de quantos revestem funções de responsabilidade. (...) Ao mesmo tempo, a pandemia destacou também a dedicação e generosidade de profissionais de saúde, voluntários, trabalhadores e trabalhadoras, sacerdotes, religiosos e religiosas: com profissionalismo, abnegação, sentido de responsabilidade e amor ao próximo, ajudaram, trataram, confortaram e serviram tantos doentes e os seus familiares”.

TEXTO: PAULA FORTUNATO

FOTOGRAFIA (D)E VIAGEM:

em busca da luz ideal

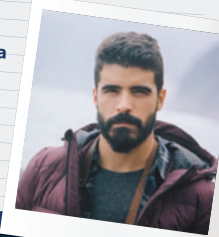


PRESCRIÇÃO

Um destino perfeito para amantes da fotografia: Nova Zelândia

Uma lição de vida: não me sinto capaz de "prescrever" lições de vida a ninguém, mas, para mim, a experiência que teve mais impacto em questões de consciência social foi viver 6 meses no Rio de Janeiro.

Uma viagem de sonho, que ainda não fez: Islândia, o Santo Graal da fotografia.



Jorge Meira é recém especialista de Oftalmologia no Hospital de São João. Mas nos tempos livres tem dois prazeres que vêm da infância e que se conjugam na perfeição: fotografia e viagens, gostos que lhe foram inculcados em passeios e serões familiares, pelo pai e pelo avô. Agora está condenado à eterna busca da luz ideal...

"O gosto pela fotografia foi-me inculcado muito cedo pelo meu pai, quando me deu a primeira máquina fotográfica, devia ter uns 7 ou 8 anos". Já o "bichinho" do gosto por viagens, que acredita "ser transversal à grande maioria das pessoas", começa em pequeno e

cresce tendo como pano de fundo "as histórias de viagem do meu avô".

Embora defina a fotografia como sendo essencialmente emoção – "emoção em primeiro, segundo e terceiro lugar" – e que considere que a "razão vem depois, e só é necessária até certo ponto" confessa que há muita preparação antes de partir em viagem, com estudo do destino: "Sim, sem dúvida. Raramente uma boa fotografia é fruto do acaso. Muitas pesquisas no Google Maps, muito estudo do clima, programar horários de caminhadas, estudar a posição do sol



- ① - Indonésia
- ② - Bolívia
- ③ - Chile
- ④ - Itália



a determinada hora..." Mas, independentemente da preparação "não há fotografia [pelo menos na forma como a vê] sem emoção".

Comprometemo-nos a não falar de trabalho nem da pandemia, mas não resistimos a questionar a escolha de especialidade de Oftalmologia para quem tem como hobbies atividades que necessitam de todos os sentidos, mas, em particular, da visão. Pura coincidência? A resposta é simples: não terá sido "um acaso completo", mas também não houve uma relação consciente e racional que influenciasse a escolha. É uma quase coincidência.

Sobre o que tem sentido mais falta, da liberdade de viajar ou do prazer de preservar a realidade em formato de fotografia, assume a ligação íntima entre as duas, mas tem uma preferida... "Para mim as duas coisas estão intimamente ligadas, mas o que sinto mais falta é, sem dúvida, viajar, sair da zona de conforto, conhecer

novas culturas e todos esses clichés deliciosos".

Há destinos passados que marcam e que são inesquecíveis: "confesso que há viagens que são difíceis de superar, como a Nova Zelândia", mas não hesita em afirmar que o melhor destino "será sempre o próximo".

"Principalmente na relação com a fotografia: existe sempre uma busca romântica pela fotografia perfeita, pela luz ideal, pela montanha mais fotogénica".

E porque o próximo destino é o objetivo, assim que puder, Jorge Meira irá pegar em duas máquinas (corpo), quatro ou cinco objetivas, um drone e muitas baterias – "não sei quantos quilos são pois nunca pesei, para não me assustar", comenta, calculando que ronde os 8 a 10 kg - e partirá com destino à terra do sol nascente.

O roteiro já está traçado e passa pela procura da luz ideal, da montanha mais fotogénica ou da fotografia perfeita no Japão.

SAMUEL QUEIRÓS

Medicina Geral e Familiar, USF Bom Porto

Medicina Geral e Familiar e COVID-19: a visão de um interno



A COVID-19 exigiu ao sistema de saúde uma importante adaptação, impondo o controlo da nova doença à rede de cuidados existentes. Neste artigo, exponho a minha experiência como interno de Medicina Geral e Familiar no contexto pandémico, da problemática aos potenciais ganhos do evento que assolou a comunidade mundial.

A pandemia da COVID-19 teve um grande impacto mundial e vários microssistemas foram afetados. A Medicina não só lidou diretamente com o problema, como foi totalmente remodelada para diminuição de risco e gestão de recursos materiais e humanos. Portugal não foi exceção e, em particular, também o internato médico sofreu remodelações, alguns ganhos e grandes cortes.

A nova realidade exigiu de nós, Medicina Geral e Familiar, uma extraordinária capacidade de adaptação. Continuamos a somar meses intensos, de muito trabalho, em que reinam as “novas” formas de contacto com os utentes. Novos contactos, novas tarefas. É de assinalar a mudança completa do paradigma da atividade clínica, baseada, por exemplo, no funcionamento em equipas-espelho e escalas semanais. Só com criatividade e esforço foi possível manter a resposta, pelo menos, à procura imediata. E com orgulhoso sucesso. Porém, é inegável que uma fração importante de cuidados se encontra por realizar, algo que vai demorar a regularizar, até porque a luta continua. Os médicos de família continuam a assegurar a vigilância clínica dos doentes infetados com SARS-CoV-2 em ambulatório e as escalas das áreas dedicadas para doentes respiratórios da comunidade.

A telemedicina foi central na dinamização dos cuidados. A consulta telefónica transformou-se numa ferramenta diária, algo que antes representava uma fração

muito menor do trabalho. Isso traz vantagens ao treino da própria teleconsulta, tal como à audácia na colheita da história clínica (na impossibilidade de realizar exame físico) e ao controlo do risco de infeção. O seguimento clínico dos doentes, através da plataforma Trace COVID-19, permitiu trabalhar a perceção da gravidade clínica, o reconhecimento eficiente do doente crítico e a sua orientação. Também capacitou o utente para autovigilância dos sintomas, reconhecimento de sinais de alarme e medidas de isolamento.

Tudo isto abriu caminho para (algum) avanço tecnológico na Saúde, caso dos acessos remotos ao sistema de trabalho e do afinamento das aplicações informáticas. Assinalo, ainda, a aproximação à área da saúde pública, através da identificação e seguimento de contactos de risco, implementação de medidas de isolamento e notificação na plataforma SINAVE.

Em contrapartida, cresce o risco de erro médico, face à avaliação incompleta do utente e à perda da informação não verbal parte a parte. A diminuição da consulta presencial foi drástica, especialmente, para os internos de formação específica. Em alguns casos, em determinados períodos, a perda foi total. Quase um ano passado após a chegada do SARS-CoV-2 a Portugal, ainda lidamos com lamentáveis perdas de contacto com os utentes, tornando-se inquestionável o impacto formativo. Fraturante foi, também, a dificuldade em manter o binómio orientador-interno, assim como a quebra dos congressos, formações e produção científica. Os estágios clínicos foram interrompidos e somam-se as limitações ao seu reagendamento.

Tudo isto é vivido com muita coragem, espírito de equipa e união. No fundo, tudo o que possa ajudar à resistência do espírito, mazelento com saudade. Saudade de partilhar espaço, de partilhar abraço.

VERA CATARINA MARTINS BRANDÃO

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar na USF São Vicente;
ACeS Vale do Sousa Sul



Voltaremos a ter Cuidados de Saúde Primários como os conhecíamos?

A pandemia COVID-19 surgiu no último ano de internato de Medicina Geral e Familiar e mudou radicalmente a forma de trabalho nos Cuidados de Saúde Primários...

O Serviço Nacional de Saúde português orgulha-se de ser equitativo a todos os cidadãos, de modo a que ninguém fique para trás. Assenta numa estrutura de Cuidados de Saúde Primários, a “primeira linha” deste Serviço Nacional de Saúde, suficientemente plástica e adaptativa para permitir uma resposta eficaz e equilibrada.

Iniciei o meu percurso como interna de formação específica em Medicina Geral e Familiar em Janeiro de 2017 e nunca imaginei que me iria tornar “Médica de Família” numa altura tão conturbada. Esta especialidade é caracterizada pela proximidade, com os utentes, com a equipa e com os colegas. Como se pode ser próximo, quando a regra é o distanciamento social?

O uso de máscara é essencial, todos sabemos disso. E também sabemos que é um “acessório” que provavelmente veio para ficar. Mas o que acontece à comunicação médico doente que é tão importante para nós e para quem nos procura?

Esta pandemia mundial afasta-nos e separa-nos, dos nossos utentes, uns dos outros, e também do perfil de cuidados e de organização de trabalho a que estamos habituados. Sente-se que a necessária resposta médico-social de suporte e proximidade, característica intrínseca da Medicina Geral e Familiar, é muito difícil neste contexto.

Intensificaram-se os contactos por telefone e o correio eletrónico. Nunca os médicos dos Cuidados de Saúde Primários telefonaram tanto e enviaram tantos e-mails. Perdeu-se a comunicação não verbal e a relação de proximidade com o utente.

Reorganizaram-se escalas de serviço e horários de trabalho de forma a evitar a presença física, em simultâneo, de toda a equipa na mesma unidade de saúde. Uma parte substantiva da programação do trabalho profissional médico passou a ser feita sem a presença física dos doentes e em teletrabalho.

Toda esta restrição do contacto presencial reforça a necessidade destes outros tipos de comunicação, porque é necessário assegurar o atendimento às situações agudas não-COVID-19 e a orientação em continuidade dos doentes com problemas de saúde crónicos, estratificando por níveis de risco e por necessidade de cuidados.

Deste modo, e na minha opinião, parece-me que para reduzir a mortalidade por causas não COVID, são urgentes medidas de reorganização de cuidados de saúde ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. É necessário permitir que os Médicos de Família e a restante equipa voltem a ter tempo para fazer o seu “trabalho normal”, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a vigilância dos grupos mais vulneráveis e de risco. Telefonemas, TraceCOVID, seguimento de assintomáticos ou doentes ligeiros, são tarefas que podem ser desempenhadas por outros profissionais desde que lhes seja dada a formação adequada, e que permitiriam a libertação dos médicos de família para manter aberta aos nossos doentes habituais a principal porta de entrada no SNS.

Assim, as questões que me surgem, no final do meu período de internato é: voltarão os Cuidados de Saúde Primários a ser o modelo de funcionamento que todos conhecemos? Ou a pandemia implica uma reorganização que será para sempre? Irei eu começar a minha carreira como Médica de Família nestas condições?

DANIELA MOREIRA FERREIRA

IFE 4º ano Medicina Geral e Familiar; USF Nascente,
ACeS Gondomar



Teleconsulta: o decair da relação médico-doente?

Os meios de comunicação permitem a manutenção da acessibilidade aos cuidados de saúde em tempos de pandemia. No entanto, surgem novos obstáculos que podem condicionar a relação médico-doente e, por sua vez, os cuidados de saúde prestados. A teleconsulta será um futuro a evitar ou incentivar?.

Em tempos de pandemia, os atuais meios de comunicação alternativos como o *e-mail* e telefone, vieram ajudar a manter a acessibilidade aos cuidados de saúde, ainda que de forma parcial. A teleconsulta, apesar de ser um pilar fundamental hoje em dia, tanto para a vigilância de suspeitos/infetados, como para a abordagem do doente crónico e da patologia aguda, vem trazer novos obstáculos, muitas vezes intransponíveis.

Na minha ótica, a perda da comunicação não-verbal e a inexistência do exame objetivo são os dois principais desafios. Na comunicação não-verbal perdem-se as informações transmitidas

através da postura e gestos dos utentes, condicionando a nossa interpretação da informação verbal. Por outro lado, sem o exame objetivo, a teleconsulta traz muitas vezes informação insuficiente, imprecisa ou ambígua. Para além do aumento da probabilidade de erro diagnóstico há, também, uma maior hipótese de interpretação errónea das indicações dadas ao utente.

A acumulação de tarefas, com tempo limitado para a sua realização leva-nos, muitas vezes, a não procurar compreender ativamente a perspetiva do utente, podendo haver uma noção de desinteresse por parte deste. Neste sentido, existe uma maior tendência para a relação médico-doente paternalista, significando uma regressão da mesma, com maior assimetria dos papéis de cada um. A falta de tempo tornou-se o principal inimigo de uma relação empática centrada na pessoa, inserida no seu contexto familiar e comunitário. É com preocupação e tristeza que constato este decair da relação médico-doente, cuja construção foi um trabalho de anos ou décadas.

Também a capacidade de *empowerment* do utente, de forma influenciar as suas decisões no sentido de promover a sua saúde, é mais difícil na teleconsulta, com negociações de planos te-

rapêuticos dificultadas pelas “desinformações informais”, fruto das fontes de informação não fidedignas na área da saúde.

A relação médico-doente é a força motriz da para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, necessitando de relações humanas complexas, exigentes e insubstituíveis.

A questão premente é: a teleconsulta será um futuro a incentivar ou evitar?

Os utentes, que inicialmente aceitaram globalmente bem a teleconsulta, carecem, cada vez mais, da consulta presencial, do humanismo da Medicina, encontrando-se ávidos por um período de atenção e cada vez mais exigentes.

Em espelho, crescem em nós as preocupações sobre o seguimento adequado de alguns doentes, e a noção da discriminação negativa dos doentes “não-COVID”. Perante a carga laboral atual, com frequente prejuízo da nossa vida pessoal, segue-se o cansaço, a desmotivação e

a sensação de que o nosso esforço máximo “não está a ser suficiente”.

Devemos parar um momento para pensar se é esta a Medicina que queremos praticar. Dentro deste contexto esmagador, precisamos de encontrar a força para continuarmos a ser os “advogados” dos nossos utentes, mantendo o humanismo da nossa *mui nobre* profissão. Não deixemos que a nossa relação com os utentes seja um desencontro mediado pelas tecnologias.

**Na comunicação não-verbal
perdem-se as informações
transmitidas através da
postura e gestos dos utentes,
condicionando a nossa
interpretação da informação
verbal.**



SÉRGIO FARIA BAPTISTA

Médico, Especialista em Anestesiologia
Membro fundador e Presidente da Direção do My Kid Up –
Centro de Intervenção Comportamental (IPSS)
em regime *pro bono*



Autismo em Portugal: onde anda a evidência científica?

Para muitos de nós o conhecimento na área do autismo não é muito aprofundado, relembramos apenas alguns conceitos aprendidos nos tempos da faculdade. Muitos pensam tratar-se de uma entidade clínica complexa, rara, sem intervenções específicas e com prognóstico reservado... Mas será que os dados científicos atuais corroboram estas ideias? Será que a estratégia e as recomendações portuguesas incorporam a evidência científica existente na abordagem às perturbações do autismo?

O Autismo ou Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do desenvolvimento, de base biológica, que se caracteriza por défices persistentes na interação social, na comunicação e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, com impacto negativo no portador e nos seus cuidadores.

Durante muitos anos foi considerada uma entidade rara, no entanto, nas últimas duas décadas tem havido um aumento da sua prevalência. Um relatório do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), publicado em março deste ano, referente a 2016, indica que 1 em cada 54 crianças americanas, de 8 anos, tinha uma perturbação do espectro do autismo. Em 2000, a prevalência de autismo em Portugal foi estimada em 1 em cada 1000 crianças. Apesar de existir algum debate na comunidade científica internacional sobre se o aumento da prevalência pode ser atribuído a uma maior sensibilidade dos profissionais para este tema e à alteração dos critérios de diagnóstico, existem dados de diferentes países e localizações que comprovam este aumento. Estamos, pois, perante um problema que não é de

todo raro e que tem um grande impacto individual, familiar, social e económico.

Existe cada vez mais evidência científica que suporta que a trajetória do desenvolvimento de crianças portadoras de autismo pode ser significativamente melhorada com o diagnóstico precoce e a intervenção precoce intensiva. Podem conseguir-se melhorias significativas no comportamento, nas competências funcionais e na comunicação. Embora não exista cura, os sintomas que caracterizam o autismo podem diminuir com o tempo e numa pequena percentagem podem melhorar de tal forma que essas crianças deixem de preencher os critérios de autismo. A Academia Americana de Pediatria (AAP), no seu guia clínico, publicado em janeiro deste ano, refere que 9% das crianças diagnosticadas com autismo aos 2 anos de idade podem não preencher os critérios de autismo na idade adulta.¹ Esta evolução excecional é mais provável nas crianças que aos 2 anos de idade tenham maior nível cognitivo, sejam incluídas em programas de intervenção intensiva e demonstrem diminuição dos comportamentos repetitivos. É também obrigatório salientar que a implementação de estratégias de gestão comportamental apropriadas nos primeiros anos de vida pode ajudar a minimizar ou até evitar problemas comportamentais futuros.

Perante estes dados impõe-se perguntar se, em Portugal, estamos efetivamente a implementar programas de intervenção precoce intensiva e se estamos a adoptar intervenções com eficácia documentada.

A AAP considera que o diagnóstico de autismo

pode ser feito antes dos 2 anos de idade, e recomenda o rastreio de sinais de autismo a todas as crianças nas consultas dos 18 e 24 meses. No entanto, existem dados que indicam que frequentemente o diagnóstico é feito mais tardiamente, e em Portugal a situação não será seguramente diferente. A AAP considera, também, que sempre que haja atrasos do desenvolvimento, mesmo que não haja um diagnóstico de autismo, as crianças devem ser referenciadas para os serviços de intervenção intensiva precoce.

É imperioso que os médicos e outros profissionais de saúde e de educação, assim como os decisores políticos tenham um conhecimento rigoroso das características dos programas de intervenção intensiva precoce e criem condições para a sua efetiva implementação. Os programas de intervenção intensiva precoce, de acordo com as recomendações do *National Research Council* devem ter, entre outras, as seguintes características: relação adulto/criança (1:1 ou 1:2); 25 horas de intervenção semanal; programas individualizados com ênfase na atenção, imitação, comunicação e interação social; avaliação e ajuste contínuo dos programas; análise funcional dos problemas de comportamento.²

Tal como para qualquer doença, a intervenção nas PEA deve basear-se em abordagens que tenham suporte científico da sua eficácia e segurança. A maioria dos programas de intervenção nas PEA, que apresentam suporte científico, assentam nos princípios da *Applied Behavior Analysis*.^{3,4} Estes procuram ensinar novas competências, reforçando comportamentos desejáveis, incentivando a sua generalização, diminuindo em simultâneo os comportamentos indesejáveis. Quando é implementada em idades precoces é conhecida como Intervenção Comportamental Intensiva Precoce (EIBI) que consiste, habitualmente, em programas 25 horas semanais implementados sob a supervisão de Analistas Comportamentais Certificados.

É, sem dúvida, a intervenção com maior suporte científico sendo recomendada por diversas organizações profissionais e instituições oficiais. Salienta-se a revisão da *Cochrane*, de 2018, que confirma existir evidência que as crianças que receberam o tratamento EIBI tiveram um desempenho melhor do que as crianças nos grupos de comparação, após cerca de dois anos de tratamento, em escalas de comportamento adaptativo, testes de inteligência,

linguagem expressiva e linguagem recetiva.⁵ Foi também documentada uma redução na severidade dos sintomas de autismo e nos problemas de comportamento.⁵

Os programas de intervenção no autismo em Portugal não são, na grande maioria dos casos, iniciados antes dos 3 anos, não têm um número de horas de intervenção adequado e incluem intervenções sem evidência da sua eficácia. As normas da Direção Geral de Saúde, publicadas em 2019, intituladas “Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto” ficaram muito aquém da evidência científica e da prática que existem noutros países, ditos mais desenvolvidos, e dos quais importamos muito do nosso saber médico. Não fazem referência à importância da intervenção precoce no autismo e do seu enorme impacto na evolução das crianças, não estabelecem objetivos para a idade de diagnóstico, não definem as características dos programas de intervenção face ao conhecimento atual, não fazem qualquer referência à *Applied Behavior Analysis*, que é a intervenção que tem maior suporte científico e evidência de eficácia, e chegam mesmo a propor intervenções com escassa evidência como é o caso da integração sensorial.

Parece-me, pois, que estamos longe de ter uma prática baseada em evidência no autismo em Portugal. Há um longo caminho a percorrer nesta área e, nós, médicos temos a obrigação ética de contribuir para a implementação de intervenções que estejam de “acordo com as boas práticas médicas”.

Referências:

1. Hyman SL, Levy SE, Myers SM, AAP Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children with Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. 2020;145(1): e20193447
2. National Research Council Committee on Educational Interventions for Children with Autism. *Educating Children with Autism*, Lord C, McGee JP (Eds), National Academy Press, Washington, DC 2001.
3. Tristram Smith & Suzannah Iadarola. Evidence Base Update for Autism Spectrum Disorder, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2015, 44:6, 897-922
4. Maglione MA, Gans D, Das L, et al. Nonmedical interventions for children with ASD: recommended guidelines and further research needs. *Pediatrics* 2012; 130 Suppl 2:S169.
5. Reichow B, Hume K, Barton EE, Boyd BA. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD009260. DOI: 10.1002/14651858.CD009260.pub3.

CATARINA CALHENO REBELO

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar;
USF Oceanos

TIAGO SOUSA

Interno de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar;
USF São João do Porto

O médico no ecrã

A pandemia por COVID-19 exigiu uma rápida operacionalização de meios alternativos à consulta presencial. O pico de interesse pela teleconsulta acompanhou a necessidade de continuar a prestar cuidados de saúde à distância, principalmente aos grupos mais vulneráveis. Torna-se importante discutir o panorama atual, qual a sua aplicabilidade no futuro e possíveis consequências inerentes.

Nos últimos meses, os serviços de saúde sofreram transformações inéditas, até então impensáveis nas últimas décadas. De repente, o dia-a-dia dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) transfigurou-se, obrigando os profissionais a reinventar a sua prática clínica, à distância.

Podemo-nos questionar se, por vezes, alguns dos motivos de deslocação às unidades de saúde têm uma justificação plausível. Recentemente, é perceptível a redundância de uma série de atos e procedimentos no contexto de prestação de serviços de saúde. Se, por um lado, a acessibilidade a estes serviços ainda é uma conquista a alcançar em alguns pontos do país, por outro lado, em ambiente urbano, o recurso inadequado aos serviços de saúde é uma realidade. Pode ser um sintoma de iliteracia em saúde ou, paradoxalmente, da falta de acesso eficaz aos CSP.

Atualmente, a tecnologia aliada à Medicina proporciona-nos, enquanto médicos e utentes,



recursos extraordinários no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde¹. Dispomos de diversas formas de entrar em contacto com o utente, quer por e-mail, chamada telefónica, videochamada ou mensagem de texto. O contexto atual de pandemia por COVID-19 levou à gradual rentabilização destes recursos, que passaram a ser utilizados diariamente e demonstram o seu potencial na orientação eficaz dos utentes. A verdade é que, cada vez mais, nos apercebemos que o trato e o toque humanos são insubstituíveis, que o exame físico é, de facto, *físico* e, portanto, na maioria dos casos, muito difícil de reproduzir à distância. Contudo, as ferramentas disponíveis conseguem fazer um excelente trabalho ao conferir-nos acesso às casas das pessoas, como se se tratasse de um domicílio virtual, desta vez não entre quatro paredes, mas dentro das arestas de um ecrã.

A Telemedicina já existe há muito tempo, mas atualmente tem vindo a ser reinventada². Será que podemos aproveitar esta oportunidade para começar um novo caminho, distantes, mas mais próximos dos nossos utentes? Os desafios da Telemedicina são vários, estando o médico impossibilitado de realizar exame físico dirigido e de garantir a confidencialidade, pelos riscos de cibersegurança dos dias de hoje. No caso de utentes mais idosos, estes não possuem, frequentemente, uma literacia em saúde e tecnolo-

gia suficientes para realizar este tipo de contacto. Contudo, os benefícios atingidos poderão ser não só médicos, mas também económicos e sociais.

Os médicos de família já renovam a prescrição de medicação crónica desmaterializada há algum tempo³, e a prescrição de métodos complementares de diagnóstico desmaterializados foi acrescentada recentemente. Existem inúmeras potenciais vantagens neste tipo de cuidados à distância, nomeadamente a redução da utilização dos serviços de saúde, quer de consultas abertas, quer de consultas programadas; diminuição dos tempos médios de agendamento de consulta e maior rapidez de observação/gestão do utente, em horário mais flexível para ambas as partes. Poderemos, também, dispor de mais tempo para observar os utentes que necessitam de uma avaliação médica presencial. Durante este período de funcionamento das unidades de saúde, em regime de serviços mínimos, os médicos têm realizado, por exemplo, consultas de vigilância de hipertensão arterial por telefone. Neste caso, o utente pode transmitir ao médico (ou enviar por e-mail) os registos das medições da pressão arterial, confirmar a adesão à terapêutica, colocar questões e solicitar renovação da medicação crónica. Obviamente, este tipo de consulta seria intercalado com consultas presenciais, posteriormente. Não obstante, nesta fase, tem permitido o acompanhamento e orientação de muitos utentes.

Será também de admitir que a acessibilidade garantida pelos novos meios de comunicação pode tornar-se num desafio de gestão de tempo. Porque o e-mail e as SMS funcionam 24 sobre 24 horas, cabe ao profissional de saúde a responsabilidade de definir um horário de atendimento, sob pena de correr maior risco de *burnout*. Assim, apesar deste tipo de acesso estar mais disponível, deverá ser alvo do mesmo tipo de regulação do ponto de vista do agendamento, possibilitando-se maior número de horas dedicadas a esta valência.

Sob o ponto de vista económico, esta forma de atuação poderá reduzir os custos das unidades de saúde e os custos das deslocações e paga-

A Telemedicina já existe há muito tempo, mas atualmente tem vindo a ser reinventada. Será que podemos aproveitar esta oportunidade para começar um novo caminho, distantes, mas mais próximos dos nossos utentes?

mento de serviços por parte do utente. Podemos, em última instância, melhorar a qualidade de vida daqueles com mais dificuldades em garantir um meio de transporte ou em se mobilizar; diminuir deslocações desnecessárias aos serviços de saúde e reduzir, em alguns casos, o absentismo laboral e escolar.

Utilizando, com todo o seu potencial, o computador e o telefone, conseguimos partilhar informações, registos, sons e imagens, que poderão permitir o acompanhamento do utente no domicílio, anulando as distâncias e aproximando o médico do utente, numa altura em que o confinamento traz angústia, ansiedade e insegurança quanto aos tempos vindouros. São necessários planos bem delineados, que antecipem detalhadamente quais os serviços que podem ser incluídos neste tipo de contato/consulta no futuro.

Poderão os utentes, depois de levantadas as medidas de distanciamento social, aderir a esta prática? E os médicos? De facto, nada substitui o toque humano, assim como o ritual de consulta, tanto da parte do utente, como do médico.

1. Klaassen, B., van Beijnum, B. J. F., & Hermens, H. J. (2016). Usability in telemedicine systems - A literature survey. *International Journal of Medical Informatics*, 93, 57–69.
2. Waller, M., & Stotler, C. (2018). Telemedicine: a Primer. *Current Allergy and Asthma Reports*, 18(10). doi:10.1007/s11882-018-0808-4
3. Portaria n.º 224/2015 - Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde e define as obrigações de informação a prestar aos utentes. *Diário da República* n.º 144/2015, Série I de 2015-07-27. Ministério da Saúde. 5037 – 5043.

JOANA CARNEIRO

Médica Especialista em Medicina Interna
Mestre em Cuidados Paliativos; Equipa de Cuidados
Paliativos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Vulnerabilidade

Nestas últimas semanas tenho colaborado nas enfermarias COVID, onde a vulnerabilidade de quem está doente e de quem está a trabalhar é tocante. Proponho este tema, pela reflexão que sinto ser necessária, nos dias de hoje, em relação à fragilidade de quem está internado. Relembrar, como desafio, o motivo pelo qual a vulnerabilidade é um princípio bioético e ao qual os médicos deveriam estar mais atentos.

Ao longo do último ano, a pandemia por COVID 19 trouxe uma nova realidade aos hospitais, não só o aumento dos internamentos prolongados assim como a ausência de visitas e isolamento de quem está doente. Muito se tem falado e escrito sobre a vulnerabilidade de quem está doente e nestas circunstâncias. A questão reside, será a vulnerabilidade algo de novo ou simplesmente estávamos desatentos? Afinal o que é a Vulnerabilidade? E a Vulnerabilidade Humana?

O termo vulnerabilidade encerra em si múltiplas características mascarando-o numa definição de uma dimensão notável¹. A complexidade da definição vem porque o termo se aplica a diferentes âmbitos éticos, tem aplicabilidade quer sobre um sistema informático, quer sobre a natureza e até mesmo sobre um ser humano doente.^{1;2}

Na vertente da vulnerabilidade humana, a definição parece por vezes exagerada, dado que parece muitas vezes ser “fácil” ver quem é vulnerável, quando na realidade não o é. Deveríamos ser capazes de sentir a vulnerabilidade quer a nossa, quer a dos outros, visto que esta é uma característica do ser humano do ponto



de vista antropológico. Seremos vulneráveis faz de nós quem somos¹, nós Humanidade. No entanto, nos dias de hoje a vulnerabilidade é colocada em segundo plano em defesa da autonomia, do individualismo e da independência.¹ O ser vulnerável faz-nos precisar dos outros, faz-nos iguais aos demais e discrimina-nos de forma positiva, algo para o qual a nossa sociedade não se preparou.

Segundo a declaração de Barcelona, a vulnerabilidade expressa duas ideias básicas, primeiro a ideia da fragilidade e finitude da vida em qualquer ser capaz de autonomia e o total respeito por isso.³ A segunda ideia é que a vulnerabilidade é também o objeto do princípio moral, logo ético, do cuidado ao vulnerável³. Estar doente afeta a autonomia do indivíduo, assim como pode ameaçar a sua integridade física e a sua dignidade; se adicionarmos a necessidade de internamento estamos inevitavelmente perante alguém vulnerável.

Ser médico exige estar atento à vulnerabilidade de quem está só e invisível aos olhos do outro, escutar o apelo de quem está doente e precisa de ajuda. Implica muitas vezes pôr-se ao nível do outro, expor-se à vulnerabilidade do outro. Desta forma colocamos a dignidade da doença ao mesmo nível ou acima da saúde. Como a vulnerabilidade de quem é ajuda torna a vulnerabilidade de quem está doente digna.

Há que voltar a dignificar a vulnerabilidade de quem está doente.

Bibliografia:

1. P.Kemp, J.D. Rendtorff,. The Barcelona Declaration. Synthesis Philosophica (239-251)
2. <https://ddesenvolvimento.com/portofolio/vulnerabilidade/>
3. Feito L. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (Supl. 3): 7-22

OM Sul visitou Hospital Garcia de Orta com os olhos no futuro

Problemas na formação médica e atrasos no tratamento da doença não covid têm que ser enfrentados e resolvidos, segundo o Presidente do Conselho Regional do Sul.

Quando nos hospitais começam a ver-se os primeiros sinais de descompressão, uma delegação da Ordem dos Médicos do Sul reuniu-se, no dia 19 de fevereiro, com as direções clínicas e de serviços dos Hospital Garcia de Orta. Alexandre Valentim Lourenço manifestou duas preocupações: os problemas criados na formação médica especializada e o atraso no tratamento da doença não covid. O propósito foi avaliar em conjunto como se podem enfrentar estes problemas no futuro.

O Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, na reunião que teve com a direção clínica e direções de serviços do Hospital Garcia de Orta abordou os problemas com a formação médica pós-graduada, considerando que "os internatos de especialidade e os programas de formação foram prejudicados", com o "cancelamento de estágios e pelo empenho dos internos no combate à pandemia, "à custa de grande voluntarismo".

Mas também sublinhou o facto de a área de doentes não covid ter sido "profundamente afetada". Recorde-se que a 19 de fevereiro, data da visita, foram divulgados, no âmbito de um projeto da Ordem dos Médicos e da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, números preocupantes sobre os atrasos de consultas, que ascendem a 11,4 milhões.

Alexandre Valentim Lourenço sublinhou que agora "vai ser pedido de novo um grande esforço aos profissionais" para enfrentar o que designou como "vaga não covid". E esse novo contexto vai encontrar os médicos e os outros profissionais esgotados, o que exige "uma grande preparação" e que as respostas da tutela estejam à altura de corresponder a esse esgotamento, "quer em contratação de recursos humanos quer na compensação devida que se exige".

O presidente do Conselho Regional do Sul recorreu que o Hospital Garcia de Orta esteve submetido a grande pressão duas semanas apenas antes da visi-



Reunião no Hospital Garcia de Orta, com (da esq. para a dir.) Bernardo Sousa (Comissão de Internos), Daniel Travancinha (presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal), Alexandre Valentim Lourenço (presidente do Conselho Regional do Sul) e Carlos Mendonça (presidente do Conselho Nacional do Médico Interno)

ta, que obrigou à transferência de doentes, sobretudo para cuidados intensivos.

A delegação da Ordem conversou também, na área de entrada dos cuidados intensivos, com a médica francesa que está a trabalhar nesta unidade hospitalar de Almada ao abrigo da cooperação de França com Portugal. Aí foi já visível alguma descompressão e já se contabilizavam 10 camas livres para covid, segundo o diretor da unidade, Antero Fernandes.

Na reunião e visita aos serviços covid do Hospital Garcia de Orta, Alexandre Valentim Lourenço foi acompanhado pelo novo presidente do Conselho Nacional do Médico Interno da Ordem dos Médicos, Carlos Mendonça, e pelo presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal da Ordem dos Médicos, Daniel Travancinha.

Na reunião, para além dos membros da direção clínica e de vários diretores de serviço, esteve presente um representante da Comissão de Internos.

A visita ao Hospital Garcia de Orta terminou na nova área criada para enfermarias covid, uma estrutura montada especificamente para o efeito e que dispõe de excelentes condições.

OM Sul saudou internos no Dia Internacional do Doente

O Dia Internacional do Doente comemorou-se a 11 de fevereiro e com o intuito de saudar, nessa data, os novos internos da Região Sul, foi produzido um vídeo que entrou na página de facebook da OM Sul e no seu canal de youtube. E onde pode ainda ser revisto. O vídeo, que recorda aos jovens médicos o seu compromisso com os doentes, estabelecido por juramento, foi criado a partir de uma animação a partir da elaboração de desenhos alusivos às mensagens e inclui o seguinte texto:

“ O Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos dá as boas-vindas a todos os que começam agora o seus internatos.

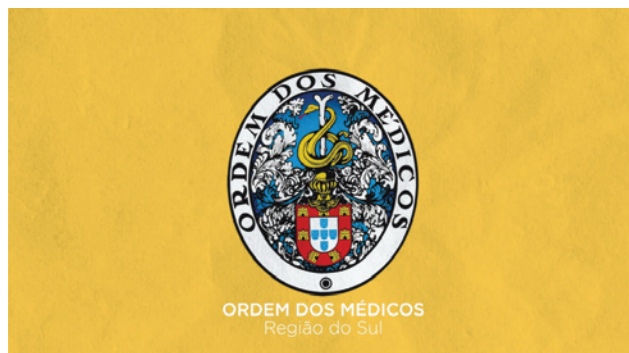
Vão agora começar a ser verdadeiramente o que há muito já são dentro de vós: médicos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, ser médico é ser o que "promove, mantém e restaura a saúde humana, através do estudo, diagnóstico e tratamento da doença física e mental.

A Saúde do meu Doente será a minha primeira preocupação". É o juramento que fazemos, pelas palavras de Hipócrates.

As vacinas, os fármacos revolucionários, as técnicas de diagnóstico e as tecnologias biomédicas são fundamentais para o sucesso da nossa prática. Mas também o fator humano.

Investimos muito na nossa carreira para poderemos ser bons médicos. Um tempo de dedicação e sacrifício desde que iniciámos uma formação que, na verdade, nunca estará concluída. Por isso não esquecemos a família e os amigos. Foram, são e serão sempre aqueles que fazem este percurso ao nosso lado.



Neste momento em que vão iniciar a prática da nobre profissão da Medicina, o Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos deseja que, em cada dia da vossa atividade, nunca se esqueçam do que vos trouxe aqui: a vontade de ajudar o próximo.

A dignidade do vosso doente e da Vida Humana. Nas consultas, nas enfermarias, nos cuidados intensivos, no bloco operatório, no laboratório, no serviço de urgência, nos cuidados de saúde primários, na saúde pública... Onde quer que escolham exercer a prática da Medicina, saberão sempre que a relação médico-doente é a essência do ato médico.

Iniciam o internato num tempo desafiante. A pandemia de COVID-19 trouxe uma nova realidade. A nossa capacidade de adaptação é o nosso maior desafio. Mas saberemos vencer.

A Ordem dos Médicos está presente. Ao serviço dos médicos. A partir de agora feita também da vossa energia, dos vossos pontos de vista, da vossa vontade de mudança e inovação. Acreditamos numa Ordem com as ideias de todos.

Bem-vindos à prática da Medicina. Bem-vindos... a casa.

Ordem dos Médicos Região do Sul.”

O vídeo criado para a receção aos internos, no Dia Internacional do Doente, baseou-se numa animação a partir de desenhos alusivos ao texto elaborado para acompanhar as imagens, que terminavam com o desenho do logótipo da Ordem:



Médicos de família fizeram mais de 12 milhões de contactos no trace COVID-19

Mónica Fonseca, médica de família e vogal do Conselho Sub-regional de Lisboa Cidade da Ordem dos Médicos, em entrevista à SIC notícias no dia 31 de janeiro, abordou o processo de vacinação e a participação dos médicos de família no combate à pandemia de covid-19. A dirigente recordou, por exemplo, que até essa data no âmbito do sistema Trace COVID-19 tinham sido feitos 12 milhões de contactos pelos médicos das USF e dos centros de saúde.



Mónica Fonseca, médica de família e vogal do Conselho Sub-regional de Lisboa Cidade da Ordem dos Médicos

"Importa referir que desde o início da pandemia, os médicos de família têm colaborado e têm tido um papel crucial no seguimento de utentes COVID. Acho que acaba por ser um papel um pouco desconhecido da maior parte das pessoas, é pouco visível, mas os médicos de família seguem os utentes que estão nos seus domicílios, em casa, com sintomas ligeiros, mas que por vezes se tornam mais graves". Numa entrevista em canal aberto, Mónica Fonseca esclareceu o público em geral sobre as tarefas que hoje os médicos de família enfrentam.

De facto, o trabalho multiplicou-se para os médicos de família e as dificuldades também. Em primeiro lugar foi necessária a adaptação a ao sistema de seguimento dos utentes infetados. "Desde logo não é a nossa ferramenta de trabalho e não nos permite fazer um série de tarefas que são necessárias", o que criou as primeiras dificuldades, referiu Mónica Fonseca, que recordou: "Só para as pessoas terem

uma noção, desde o início da pandemia até à data de ontem (30 de janeiro), segundo uma estimativa do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos, foram realizados 12 milhões de contactos diários aos cidadãos que se encontram no domicílio com COVID-19".

A dirigente sublinhou na entrevista que, para além do trabalho no sistema Tace COVID-19, os médicos de família tiveram ainda que dar assistência "às áreas dedicadas à doença respiratória na comunidade "no sentido de ajudar os colegas do hospital e de forma a conseguirmos observar pessoas com sintomas ligeiros a moderados ou com situações clínicas que impliquem uma observação, para além da monitorização por via telefónica".

E, nesses locais, explicou, "estão médicos de família, enfermeiros e pessoal administrativo dos centros de saúde". No fundo, "são ainda mais profissionais retirados dos seus centros de saúde, o que causou

um grande impacto em garantir a acessibilidade dos utentes que tanto necessitam e que nós reconhecemos”, disse.

Enfrentar a pandemia tornou-se uma prioridade e essa circunstância criou muitos problemas no acompanhamento dos utentes do dia a dia nos centros de saúde e USF, o que, segundo Mónica Fonseca, afetou a vida pessoal e profissional “de todos os médicos e dos outros profissionais de saúde, tal como dos cidadãos”.

“Tenho muitas saudades de ser médica de família, de prestar cuidados do nascimento à morte, que é essa a função de um médico de família, a de intervir nas suas comunidades, mas neste momento não é possível fazê-lo como fazíamos”, esclareceu a médica, que vê também compensações neste período. “Por outro lado, tenho um outro retorno que é positivo, que é aquilo que sinto quando acompanho a quantidade de pessoas que já acompanhei, tal como os meus colegas, pessoas que estão em casa assustadas ou a vivenciar a doença covid, com medo de todas as suas complicações, e isso também é importante, apesar de a minha função enquanto médica de família ter mudado e haver esse impacto”, disse. Contudo, reforçou, “é bom realçar também este outro lado”.

Faltou diálogo no início do plano de vacinação

Na altura da entrevista, davam-se passos titubeantes no plano de vacinação e mónica Fonseca lamentou, nesse contexto, a falta de diálogo que os profissionais sentiram nessas primeiras semanas. “Considero que já deveríamos ter sido ouvidos”, lamentou, sublinhando que “estamos a viver um momento difícil para todos e acho que se ganharia em ouvir-se as pessoas que estão no terreno”.

Na entrevista, a médica de família, questionada sobre as preocupações nesse momento, referiu, em primeiro lugar, que, “independentemente das circunstâncias, todos os médicos de família e todos os profissionais dos cuidados de saúde primários estão empenhados em dar o melhor de si para garantir o melhor da vacinação”. Porém assinalou que, até àquela data, “a maioria dos colegas” não tinha “uma informação em concreta de quantas e quando chegam as vacinas e a alguns outros dados cruciais” para se poder avançar na organização.

Mónica Fonseca esclareceu ainda: “Obviamente que nós temos uma experiência na área da vacinação, agora nestas circunstâncias em que o país atravessa, de facto precisamos de mais dados, de forma a nos organizarmos melhor”. Assim, “os médicos de família facilmente identificam um conjunto de problemas”, que à data não estavam resolvidos.

E a vacinação traz um problema acrescido no plano dos recursos humanos, área em que vai provocar “grande impacto”. A dirigente do Conselho Sub-regional de Lisboa Cidade da Ordem dos Médicos recordou todas as tarefas que já sobrecarregam os centros de saúde e as USF e que serão acrescidas com o avanço do plano.

Ainda assim, Mónica Fonseca manifestou o empenho de todos os médicos no combate à pandemia: “É importante dizer que precisamos mesmo que tudo isto corra bem, porque vivemos um momento em que o Serviço Nacional de Saúde está numa grande sobrecarga e de facto considero que a vacinação correr bem é um fator crucial.

Temos de nos unir, mesmo sabendo que o processo em curso até aqui podia ter corrido melhor, mas temos de ser ouvidos, porque o diálogo é crucial, e garantir que tudo corra bem porque não temos outra solução”.

No final da entrevista à SIC notícias, a médica de família advertiu para as responsabilidades que também cabem aos cidadãos: “Para além da vacinação, que é um fator de esperança, será muito importante que os cidadãos nos ajudem e cumpram com as medidas, também elas cruciais, porque isto será um processo longo e teremos de facto de vacinar agora o maior número de pessoas possível para depois colhermos esses resultados ainda temos uns bons meses pela frente”.



Em entrevista à SIC notícias, a médica sublinhou o empenho dos profissionais, mas criticou a falta de diálogo.

“Internos foram fantásticos”

Discutir formas de resolver os problemas que a pandemia causou à formação foi um dos objetivos da visita do presidente do Conselho Regional do Sul (CRS) ao Hospital de Setúbal.

No dia em que uma delegação da Ordem dos Médicos do Sul visitou o Hospital Garcia de Orta (ver na página 63) seguiu igualmente para o Hospital de S. Bernardo, em Setúbal, onde a pressão covid começava também a aliviar, nessa data de 19 de fevereiro.

“Os internos foram fantásticos na resposta à pandemia, mas isso criou enormes problemas à formação”. Foi assim que a Alexandre Valentim Lourenço sublinhou, em Setúbal, a necessidade de recuperar os programas e os estágios, para que os internos da formação especializada não venham a ser prejudicados no exame da especialidade.

O presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos esclareceu o propósito da visita, que visou “recolher informação e ajudar”, e sublinhou o trabalho dos internos durante todo um ano de pandemia, com altos e baixos, mas sempre no centro da necessidade de resposta do SNS.

Para Alexandre Valentim Lourenço, a resposta foi garantida “à custa de grande voluntarismo” e os internos aderiram, “sem grande agitação, mas a verdade é que tudo isso prejudicou os programas de formação”, designadamente com o cancelamento de estágios que “têm de ser agora repostos”.

“Como é que fazemos com os estágios de formação e os exames dos internos?”, perguntou, recordando os esforços que a Ordem dos Médicos tem feito para resolver estes problemas e apelando a uma “avaliação criteriosa

caso a caso” pelas direções de internato médico dos hospitais. “Há especialidades em que não haverá problema de fazer os exames na época normal, mas noutros casos é preciso prolongar os prazos”, disse o presidente do Conselho Regional do Sul.

Daniel Travancinha, presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal da Ordem dos Médicos, considerou, por seu turno, a “situação insustentável”, referindo particularmente o caso da cirurgia – ele próprio é cirurgião geral –, em que “os números são dramáticos”, com muitos casos em que a prática dos jovens internos fica muito aquém do que está definido nos programas.

De resto, também Amaral Canelas, vice-presidente do Conselho Sub-regional e médico no Hospital de S. Bernardo, sublinhou os problemas e lamentou “a pressão para terminar os internatos”, que não deve ignorar a necessidade da “aquisição das competências adequadas a cada especialidade”.

Carlos Mendonça, recentemente eleito presidente do Conselho Nacional do Médico Interno, deixou um apelo: “Há mecanismos legais” que permitem a mudança das datas de exame e “é preciso refletir muito sobre o que se vai fazer” e o que isso pode “significar no futuro.

Na reunião, o presidente do Conselho Regional do Sul foi acompanhado pelo novo presidente do Conselho Nacional do Médico Interno da Ordem dos Médicos, Carlos Mendonça, pelo presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal da Ordem dos Médicos, Daniel Travancinha, tal como pelo vice-presidente do mesmo Conselho Sub-regional, Amaral Canelas. Da parte do Centro Hospitalar de Setúbal, para além de elementos da direção clínica, responsáveis pela área covid e vários diretores de serviço, para além da representante da Comissão de Internos.



Reunião no Hospital de S. Bernardo: o presidente do Conselho Regional do Sul foi acompanhado pelo presidente do Conselho Nacional do Médico Interno da Ordem dos Médicos, Carlos Mendonça, pelo presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal da Ordem dos Médicos, Daniel Travancinha, e pelo vice-presidente do mesmo Conselho Sub-regional, Amaral Canelas



Vacina e segurança dos doentes*

CARLOS CORTES

Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos

A par das medidas de prevenção que todos conhecemos, a vacinação é uma das peças fundamentais no combate à pandemia da COVID-19. É estratégico que o País consiga atingir a imunidade de grupo para quebrar definitivamente com esta desmedida avalanche pandémica.

Mas não é só Portugal que deve ter acesso à vacinação em termos massivos. A estratégia tem de ser a nível mundial. Ninguém, nem nenhum país, deve ficar de fora desta solução. A escolha da prioridade para quem cuida dos doentes, profissionais de saúde e outros cuidadores, foi assertiva para manter toda a capacidade do sistema de saúde e para proteger os doentes.

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

Os profissionais de saúde devem estar vacinados, independentemente do seu local de trabalho ou do seu vínculo laboral.

Há profissionais que estão diariamente e permanentemente expostos ao risco de contágio, em serviços de internamento, em cuidados intensivos, nas urgências hospitalares, nos atendimentos permanentes, em consultórios médicos, em lares ou em qualquer outro local de prestação de cuidados de saúde.

Os critérios de priorização definidos pela task force para a vacinação são claros: não discriminam ninguém por estar a trabalhar num hospital público, num hospital do setor privado, social ou militar ou num con-

sultório médico. Estar na linha da frente implica estar em contacto próximo com qualquer doente ou pessoa potencialmente infetados. E sabemos, hoje, que qualquer um de nós pode ser portador do vírus.

É inaceitável estarmos a vacinar outros grupos que estão longe de reunir as condições de prioridade do Plano de Vacinação Contra a COVID-19, sem que todos os profissionais de saúde expostos estejam vacinados. Tal como são inaceitáveis os desvios das doses de vacinas em nome do amiguismo e do favorecimento.

É inaceitável e é escandaloso.

Nalguns hospitais públicos da região Centro, os profissionais que estiveram na linha da frente, no atendimento de doentes, desde o início da pandemia ou em risco premente de contágio, foram preteridos em relação a outros menos prioritários ou sem nenhuma prioridade. Tudo terá de ser escrutinado na defesa da transparência que, infelizmente, nos tem dito muito sobre os dirigentes intermédios ou de topo que pululam nos ministérios, na administração pública e em instituições privadas.

A vacinação deveria ter sido um momento de tranquilidade e de esperança. Não deixa de o ser, mas acabou por ficar manchada por decisões arbitrárias que desvirtuaram o plano de vacinação inicial.

Todos os profissionais de saúde têm de estar vacinados, esta é a única forma de dar segurança aos doentes que precisam de cuidados de saúde.

*Crónica publicada no
Diário de Coimbra,
Diário de Viseu, Diário de Leiria
e Diário de Aveiro.



Vacinação. Mês 2.

Falta cumprir o essencial da 1ª fase

TEXTO: PAULA CARMO

Onze meses, onze estados de Emergência e dois confinamentos gerais depois do primeiro caso de COVID-19 ter sido registado em Portugal (foi a 2 de março de 2020), o tema da vacinação invadiu o espaço público, a par da tristeza da doença e das mortes que vão fustigando as famílias.

A 15 de fevereiro, a DGS passa a divulgar no seu site oficial a atualização do número de vacinados em Portugal contra a COVID-19, no entanto, foram reportados muitos problemas com a vacinação, desde o início do processo e, quando o Ministério da Saúde se preparava para iniciar a 2ª fase da vacinação, ecoaram os alertas de que ainda não se tinha cumprido com o essencial da 1ª fase.

“Entendemos que todos os médicos se encontram em situação de risco e em perigo de contágio, desde que em contacto com os doentes ou produtos perigosos, independentemente das funções desempenhadas, da natureza do vínculo laboral e da fase em que contactam com os doentes, sendo evidente que a presença em qualquer unidade de saúde (pública ou privada, de maior ou menor dimensão) constitui, por si só, uma exposição e acrescido risco de contaminação”.

Com este desiderato e, perante inúmeras queixas de colegas que ainda não tinham sido vacinados, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, juntou todos os dados que foi recolhendo e enviou-os ao Ministério da Saúde, *task force* para a Vacinação e Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). “Proteger os profissionais de saúde é proteger os doentes. A vacinação dos profissionais de saúde não constitui somente uma proteção para os próprios, mas também uma proteção para os seus doentes, bem como uma barreira à propagação do contágio”, defendeu o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Carlos Cortes exigiu, por isso, um inquérito rigoroso à vacinação nos hospitais públicos e, no início do mês de fevereiro, manifestou disponibilidade para colaborar com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde,

perante “as inúmeras notícias que têm vindo a público sobre o alegado desvio às regras previamente estipuladas no Plano de Vacinação contra a COVID-19”.

E, no mesmo dia em que tomou posse o novo coordenador do Plano de Vacinação, o vice-almirante Henrique Gouveia e Mello, foi-lhe endereçada pela SRCOM uma lista com 1037 médicos da região ainda por vacinar. “Temos recebido muitas queixas de médicos na sequência de falta de vacinação, quer nos hospitais e centros de saúde do SNS [Serviço Nacional de Saúde] quer noutros locais, tais como clínicas, consultórios e ou outras instituições prestadoras de cuidados de saúde. O volume de queixas é inédito. Nunca, num mês, a Ordem dos Médicos recebeu tantas queixas e pedidos de ajuda”, afirmou.

Os problemas reportados indicavam que, destes 1.037 médicos que ainda não tinham sido vacinados e nem sequer chamados para tal, 29,89% fazem urgência. E, reportando-se à mesma lista 65,19% estão no setor privado”. Neste âmbito, foi feito um apelo à tutela para que “não deixe os profissionais de saúde desprotegidos”, uma vez que “todos estão em grande esforço, a dar o seu contributo inestimável neste momento crítico da pandemia”. Carlos Cortes assinalou ainda que para além dos médicos especialistas, também há médicos internos de formação geral e formação específica que estão a aguardar a inoculação pela vacina contra a COVID-19. Ora, em face desta tomada de posição pública, o presidente da SRCOM reiterou assumiu o pedido para que nenhum médico fica de fora no âmbito deste plano de vacinação, independentemente do local onde trabalhe. “O que temos assistido - com a usurpação de vacinas e desrespeito das prioridades - tem de ser investigado, corrigido, identificando os responsáveis”, assinalou. A Ordem dos Médicos enviou, pois, todas as denúncias para o Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (DGS), *task force* do Plano de Vacinação contra a COVID-19 e Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro. Tal como plasmou na crónica publicada nos jornais Diário de Coimbra, Diário de Viseu, Diário de Leiria e Diário de Aveiro que reproduzimos nesta edição, Carlos Cortes assumiu: “A vacinação deveria ter sido

um momento de tranquilidade e de esperança. Não deixa de o ser, mas acabou por ficar manchada por decisões arbitrárias que desvirtuaram o plano de vacinação inicial.

Todos os profissionais de saúde têm de estar vacinados, esta é a única forma de dar segurança aos doentes que precisam de cuidados de saúde”.

HOSPITAIS DE COIMBRA EM RUTURA

OS HOSPITAIS DE COIMBRA ATINGIRAM O LIMITE DE RESPOSTA À COVID. A ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DA CIDADE GARANTE QUE ESTÁ A PREPARAR O AUMENTO DO NÚMERO DE CAMAS, MAS OS MÉDICOS AVISAM QUE O PRINCIPAL PROBLEMA É A FALTA DE PROFISSIONAIS



In SIC - Primeiro Jornal - 05-01-2021

HÁ MÉDICOS EM COIMBRA QUE NÃO FORAM VACINADOS

OS HOSPITAIS DE COIMBRA ESGOTARAM A CAPACIDADE PARA RECEBER DOENTES COVID. SÓ ONTEM, NO CENTRO DO PAÍS FORAM WREGISTADOS MAIS 644 NOVOS CASOS DE INFEÇÃO, UM NÚMERO QUE TEM VINDO A CRESCER NOS ÚLTIMOS DIAS



J1



J1



In TVI - Jornal da Uma - 05-01-2021



Covid-19: Ordem dos Médicos enaltece desempenho dos hospitais da região Centro

Posted by Agência Lusa



In Diário as Beiras - 05-02-2021



Covid-19. Há 1037 médicos prioritários por vacinar na região Centro

4 FEVEREIRO 2021 15:50



Vera Lúcia Arreigoso
Jornalista



In Expresso- 04-02-2021

Ordem dos Médicos destaca desempenho do IPO Coimbra

TEXTO E FOTOS: PAULA CARMO

Para assinalar o Dia Mundial do Doente, a Ordem dos Médicos do Centro visitou IPO Francisco Gentil- Coimbra, alertando para os doentes com patologias não-covid.

O Instituto Português de Oncologia (IPO) Francisco Gentil, em Coimbra em 2020, e apesar da pandemia, aumentou o número de consultas relativamente a 2019 em 2,6%, além de ter mantido uma "atividade cirúrgica razoável, aumentado o número de tratamentos no hospital de Dia e também o número de referência hospitalar em toda a região Centro".

Precisamente no Dia Mundial do Doente, que se assinala a 11 de fevereiro, a Ordem dos Médicos do Centro visitou ao Instituto Português de Oncologia (IPO) Francisco Gentil, em Coimbra. Carlos Cortes e Rui Silva, respetivamente o presidente e tesoureiro do Conselho Regional do Centro, reuniram com o recém-empossado Conselho de Administração do IPO e destacaram o papel preponderante desta instituição no contexto da atual pandemia. "Apesar de ser um hospital covid-free tem dado um contributo, aliviando todos os hospitais da região Centro de patologias oncológicas, permitindo que essas unidades se possam dedicar mais às patologias COVID-19".

No final da visita ao IPO, em declarações aos jornalistas, o presidente da Secção Regional do Centro da SRCOM apelou à ministra da Saúde para que o Governo não esqueça os doentes não COVID-19 e que reforce a necessidade de preparar o pós-pandemia.

"Hoje é o Dia Mundial do Doente e a sensação que temos é a de que não está a ser preparado o pós-pandemia e podemos ter mais uma vaga, mas com os doentes que têm as suas patologias agravadas e que não foram atempadamente tratados", disse Carlos



Cortes ainda aos jornalistas. A este propósito, Carlos Cortes lembrou aliás que em setembro de 2020 foi criada uma *task-force* para os doentes não covid-19 e que, volvidos cinco meses, não exista qualquer informação sobre o resultado deste grupo de trabalho. Aliás, a seu ver, é crucial que seja apresentado já um plano consistente de preparação para o pós-pandemia de modo a que os hospitais possam "acolher de novo esses doentes, que são muitos".

Assinalou ainda: "Recentemente, tivemos informação de que há milhares de doentes que não têm sido tratados, tendo havido a nível nacional uma redução da referência do doente oncológico de 20%" em termos nacionais. "Estas

situações vão ter de ser acauteladas", apela.

Carlos Cortes elogiou o trabalho do IPO de Coimbra que, em 2020, e apesar da pandemia COVID-19, aumentou o número de consultas relativamente a 2019 em 2,6%, mantendo até uma "atividade cirúrgica razoável" e aumentado "o número de tratamentos no hospital de Dia e também o número de referência hospitalar em toda a região Centro".

Rui Silva, por seu turno, destacou os investimentos em curso e os já programados para o futuro próximo, entre os quais a requalificação do edifício da cirurgia e a instalação de mais dois aceleradores lineares (este último exemplo previsto para a próxima semana), de modo a contribuir para a melhoria a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes.

No IPO de Coimbra, a Ordem dos Médicos visitou o novo bloco operatório periférico (inaugurado a 4 de fevereiro, no Dia Mundial de Luta Contra o Cancro) e a reconfiguração do setor de Virologia do Serviço de Patologia Clínica, também revelada no mesmo dia.



Covid-19: Médicos do Centro apelam ao Governo para não esquecer outras patologias

LUSA 11-02-2021 13:45h

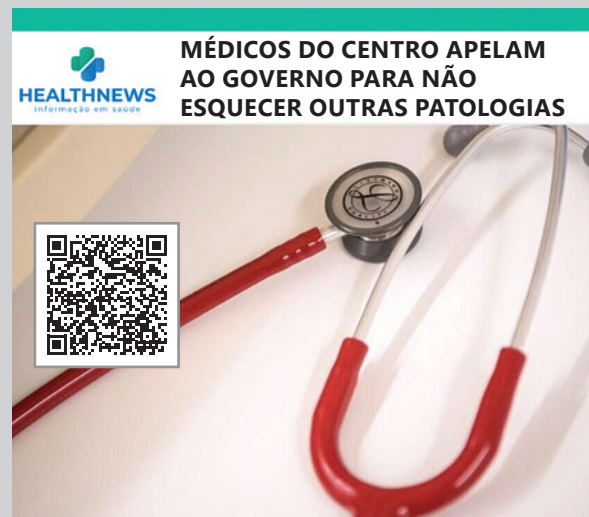
In Saúdemais - 11-02-2021



Médicos do Centro apelam ao Governo para não esquecer outras patologias

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) apelou hoje à ministra da Saúde para que o Governo não esqueça os doentes não covid-19 e lamentou que não esteja a ser preparado o pós-pandemia.

In Páisaominuto - 11-02-2021



MÉDICOS DO CENTRO APELAM AO GOVERNO PARA NÃO ESQUECER OUTRAS PATOLOGIAS

O PRESIDENTE DA SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO DA ORDEM DOS MÉDICOS (SRCOM) APELOU ESTA QUINTA-FEIRA À MINISTRA DA SAÚDE PARA QUE O GOVERNO NÃO ESQUEÇA OS DOENTES NÃO COVID-19 E LAMENTOU QUE NÃO ESTEJA A SER PREPARADO O PÓS-PANDEMIA.

In HealthNews Online - 11-02-2021

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE TEM DE SE PREPARAR PARA A PÓS-PANDEMIA

«É PRECISO NÃO ESQUECER OS DOENTES NÃO COVID». FOI ESTE O APELO QUE CARLOS CORTES, PRESIDENTE DA SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO DA ORDEM DOS MÉDICOS (SRC-OM), LANÇOU ONTEM NO FINAL DE UMA VISITA AO IPO DE COIMBRA, REALIZADA PARA ASSINALAR O DIA MUNDIAL DO DOENTE, QUE ONTEM SE COMEMOROU.

In Diário de Coimbra- 12-02-2021

CARLOS CORTES QUER SABER O QUE FAZ A TASK FORCE PARA DOENTES NÃO-COVID

PRESIDENTE DA ORDEM DOS MÉDICOS DO CENTRO VISITOU O IPO DE COIMBRA, COM OBJETIVO DE VALORIZAR O TRABALHO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE HOSPITALARES E LEMBRAR A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS A PRESTAR AOS DOENTES ONCOLÓGICOS E COM PATOLOGIAS NÃO-COVID-19 CARLOS CORTES, PRESIDENTE DA SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO DA ORDEM DOS MÉDICOS (SRCOM), VISITOU ONTEM O INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA (IPO) DE COIMBRA.



Carlos Cortes quer saber o que faz a task force para doentes não-covid

Posted by José Armando Torres

In Diário As Beiras Online - 12-02-2021



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



SRCOM

SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS

#RespeitoPelaVida

5 passos que ajudam a vencer a Covid-19



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



Mantenha a distância social mínima de 2 metros.



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



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



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

www.omcentro.com

Parceiros:



Patrocinador:



Os doentes “não-COVID” ou os enteados do SNS

Quando se atravessa uma tormenta, é difícil anteciper os danos colaterais que forçosamente irão surgir e a bonança que, idealmente, virá a seguir. Quando não há planeamento ou este é muito fraco e o temporal é incomensuravelmente maior do que, na nossa pequenez, imaginávamos, torna-se impossível equacionar soluções para os problemas que já existiam e que se vão agravando.

É o que se passa neste momento com os doentes “não-COVID”, em geral, e com os doentes oncológicos, em particular. Relembro que, mesmo para estes e na era pré-pandemia, já existiam listas de espera inaceitáveis, tempos para cirurgias ultrapassados, atrasos na realização de exames de imagem para diagnóstico e estadiamento e cheques para cirurgias no privado.

No que diz respeito à doença oncológica, a pandemia, que se iniciou em março do ano passado, afetou seriamente o rastreio do cancro da mama e o do cancro colo-rectal, encerrou ou dificultou imenso o recurso presencial aos cuidados de saúde primários, atrasou a realização de inúmeros exames de diagnóstico e a inerente referenciação para as consultas especializadas dos hospitais. Nestes, a atividade também não está facilitada, pelo que os exames necessários não são realizados em tempo útil, com consequente atraso na apresentação dos casos clínicos nas reuniões de grupo multidisciplinares de decisão terapêutica e na realização dos tratamentos cirúrgi-



ANTÓNIO ARAÚJO

Director do Serviço de Oncologia Médica
do Centro Hospitalar Universitário do Porto
Presidente do Conselho Regional do Norte
da Ordem dos Médicos

Quando não há planeamento ou este é muito fraco e o temporal é incomensuravelmente maior do que, na nossa pequenez, imaginávamos, torna-se impossível equacionar soluções para os problemas que já existiam e que se vão agravando.

Mas existem, ainda, outras vertentes deste cenário dantesco – os seus impactos económico, social e familiar.

cos ou no agendamento dos tratamentos oncológicos nos hospitais de dia.

Acresce a este panorama desolador, relacionado com as estruturas de saúde e com o seu funcionamento, o facto de os portugueses, na sua maioria, estarem muito receosos devido à COVID-19 e às notícias assustadoras que, diariamente, lhes são transmitidas pela comunicação social. Este temor leva a que muitos cidadãos apenas recorram aos cuidados de saúde quando experimentam sintomas mais intensos, a que correspondem fases mais avançadas da sua doença oncológica ou que coincidem com um agravamento do seu estado geral.

Todo este conjunto de fatores conduz diretamente a um aumento da mortalidade por cancro, a curto e médio prazo, mas origina também um aumento de gastos no seu tratamento, pois geralmente obriga a tratamentos mais complexos, mais onerosos e com menor sucesso.

Mas existem, ainda, outras vertentes deste cenário dantesco – os seus impactos económico, social e familiar.

O cancro, porque atinge na sua maioria indivíduos nas décadas dos cinquenta e sessenta anos, obriga a que muitos dos doentes oncológicos deixem de trabalhar precocemente e se reformem antecipadamente. Acresce a este facto e neste tempo de pandemia, que muitos doentes oncológicos, por se atrasarem a consultar os seus médicos assistentes, a realizar os exames e a efetuarem os tratamentos necessários, apresentam uma degradação acentuada do seu estado geral, tornando-se mais dependentes, com maior necessidade de apoio de terceiras pessoas.

Esses cuidadores são normalmente familiares, que se veem assim obrigados a interromper a sua atividade laboral e necessitam, em maior número, de subsídio de apoio ao cuidador informal. Por outro lado, se os doentes chegarem à decisão de tratamento em fases mais avançadas da sua doença oncológica vão, inelutavelmente, consumir mais recursos, tratamentos normalmente mais dispendiosos e, frequentemente, internamentos prolongados. No global, a doença oncológica tem, efetivamente, um enorme impacto económico, social, familiar e pessoal, que se faz sentir de forma particularmente preocupante no momento de crise pandémica que atravessamos.

Todo este escuro cenário tem vindo a ser confirmado pelos números, como ressaltam os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística ou um estudo conduzido pelo investigador Carlos Antunes, que demonstrou que as mortes não-COVID aumentaram 13% desde que chegou a pandemia. E aqui reside um dos principais falhanços da tutela, que não soube acautelar, em tempo útil, os cuidados que deveriam ser prestados aos doentes “não-COVID”, de forma a garantir o acesso aos cuidados primários de saúde, a referência para cuidados especializados, o diagnóstico e tratamento nos tempos devidos, por forma a minimizar as perdas. Se há doenças que “podem esperar”, não é seguramente o caso da doença oncológica, em que o tempo é um bem precioso e atrasos por falta de visão ou estratégia de quem nos governa, têm, invariavelmente, um desfecho fatal. Por isto, teria sido importante, assegurar a colaboração dos sectores social e privado, de diversas formas. Um dos exemplos mais simples, seria o de “alugar” apenas tempo e espaço, em unidades de saúde desses sectores, a nível dos blocos operatórios e enfermarias, deslocar as equipas cirúrgicas, que não estão tão dedicadas aos doentes COVID, e tratar ali os doentes oncológicos.

Um das notas finais dirigidas diretamente aos potenciais doentes oncológicos – se surgirem sintomas ou sinais suspeitos, não deixem de recorrer aos vossos médicos assistentes; realizem logo que possível os exames que vos forem solicitados; não tenham receio de acorrer às consultas ou exames nos hospitais; logo que possível e após discutirem o assunto com o vosso médico, não deixem de se vacinar.

ENTREVISTA AO OBSERVADOR | 29 JAN 2021

Prof. Doutor António Araújo

TEXTO: MARIA MARTINHO

• **A pandemia está, para já, mais estável e controlada a Norte, relativamente à região Centro e Sul. O que pode explicar isso? E é algo que pode mudar de um dia para o outro?**

Em março e abril a pandemia começou aqui no Porto, depois estendeu-se a todo o Norte e foi progredindo para o Sul, atingindo, e muito, Lisboa. Acho que a população nortenha aprendeu muito com esses primeiros meses. Em outubro, depois de virem os emigrantes, a região de Penafiel teve um surto muito grande que colocou o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa muito tenso, com um número muito grande de doentes internados, em enfermaria e em cuidados intensivos, de tal forma que obrigou a transferir doentes para outras unidades de saúde, uma vez que tinha ultrapassado o limite da sua capacidade. A população nortenha habituou-se a respeitar muito a pandemia e a ter em consideração todas as normas de distanciamento social, utilização da máscara sempre, ou quase sempre, a lavagem frequente das mãos e, com isto, diminuiu aparentemente, nesta fase, o número de contágios. Não estamos livres de, de repente, alterar este panorama de um dia para o outro. Estamos com números muito elevados de infeções, nada nos garante que o Norte não possa daqui a umas semanas ter números piores. Nesta fase, felizmente, temos podido respirar um pouco mais de alívio, ao contrário do que se tem verificado na região Centro e na Grande Lisboa.

• **A região Norte estará preparada para ter esse número mais elevado?**

Temos reparado que muito do sucesso ou insucesso que tem havido na estratégia de combate à pandemia tem sido resultado muito mais de estratégias locais do que propriamente de grandes estratégias ou planeamentos a nível central. Infelizmente, o Ministério da Saúde, em particular, e o Governo, em geral, não têm tido uma estratégia muito definida e sobretudo de planeamento para prevenir ou fazer face a um grande número de doentes. No Norte temos tido presidentes de conselhos de administração, felizmente muito bons, que vão planeando na sua área de influência formas de fazer face a um eventual agravamento dos números



e isso verificou-se na primeira vaga, mas também em setembro, outubro e novembro. Estou convencido que estamos minimamente preparados para um aumento substancial do número de casos, sendo que é evidente que se houver um aumento muito grande todos os hospitais vão entrar em tensão e em esforço, vão estar muito perto da rotura e teremos graves dificuldades.

• **As estratégias adotadas pelo Governo são de resposta e não de planeamento, é isso?**

O Ministério da Saúde tem vindo muito a reboque da crise, isto é, tem sido muito mais reativo do que propriamente proativo. Dou-lhe um exemplo muito simples. No Porto, em março e abril, quando o número de casos começou a aumentar muito rapidamente, pensámos em abrir um hospital de campanha, um espaço de retaguarda que desse resposta a doentes que não tivessem sintomas ou tivessem sintomas ligeiros, que sentissem necessidade de ficar internados por não terem as condições sociais para praticar o isolamento, de forma a aliviar a pressão nos hospitais. Isto poderia ter sido planeado para o país inteiro, com tempo, de forma a que quando houvesse um acréscimo grande no número de doentes fosse possível aliviar a pressão hospitalar. Nada foi feito. Viu-se agora que abriram um hospital de campanha no Algarve e outro em Lisboa, mas tem sido tudo muito reativo à situação e não planeado com antecipação. Mesmo no Norte verifica-se essa falta de planeamento a nível central, os hospitais planeiam-se em termos de enfermarias, do trabalho diário, do funcionamento da urgência, de como se enviam os doentes para o internamento, mas não têm a capacidade de criarem grandes hospitais de campanha. E para lá das

instalações físicas, que são relativamente fáceis de conseguir, faltam depois os recursos humanos.

- **O principal problema neste momento não se prende tanto com o número de camas ou de ventiladores, mas com a falta de profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, é isso?**

Arranjar uma estrutura física é relativamente fácil, o problema são os recursos humanos e este é um problema grande porque falamos de recursos humanos muito especializados, que não se formam em semanas, num mês ou num ano. É evidente que esse problema torna-se mais grave porque antes da pandemia sempre se limitou muito o acesso e o recrutamento de recursos humanos para o SNS. Quando analisamos o número de médicos, verificamos que em Portugal temos cinco médicos por cada mil habitantes, 50 mil médicos no total. O problema é que desses 50 mil médicos, existe já uma fatia muito grande, de 18 a 20 mil, que estão apenas no setor privado. Sobram 30 mil médicos e, desses, cerca de 12 mil estão em formação, a tirar a especialidade. O rácio de médicos no SNS para a população não chega a três médicos para mil habitantes, o que é um número muito inferior à média desejável que existe na União Europeia. Ao longo destes últimos anos, a tutela não tem sabido criar mecanismos que ajudem a fixar os médicos, o SNS deixou de ser atrativo para grande parte dos profissionais porque tem salários baixos, o esforço e o trabalho não são reconhecidos por ninguém e encontram um sem número de obstáculos no seu dia a dia para poderem praticar os melhores atos médicos. Tudo isto leva a que neste momento tenhamos um défice muito grande de recursos humanos, ainda mais numa época de pandemia.

- **Qual é a solução? O que é que pode ser feito?**

Devemos envolver o setor privado e social. Não estamos numa altura em que nos devemos reger pelas nossas convicções políticas, precisamos de mais recursos humanos, eles existem, podem não ser num número necessário, mas existem no setor social e principalmente no privado. Devemos ir buscá-los, por acordo ou por requisição civil, e envolver estes setores no apoio ao esforço que está a ser feito para combater a pandemia. Seja para tratar doentes Covid-19 positivos, nomeadamente nos cuidados intensivos, seja também para cuidar de doentes não Covid-19, que representam uma franja da população que neste momento está com graves falhas de acesso aos cuidados de saúde. Começam por ter logo uma dificuldade no acesso aos cuidados de

saúde primários, que têm a sua atividade descentrada. Os nossos colegas de medicina geral e familiar estão a trabalhar imenso, mas estão sobretudo a fazer rastreamento de indivíduos infetados, isto faz com que não tenham horário para atender os outros utentes. Depois de vencer essa dificuldade, estes doentes têm também um entrave que é aceder aos cuidados de saúde hospitalares. Estamos a ter muitas consultas feitas por telefone, temos algum atraso na marcação das primeiras consultas, na realização de alguns exames complementares de diagnóstico e na realização dos tratamentos, nomeadamente os cirúrgicos. Portanto, os setores social e privado deviam ser envolvidos não só no esforço de tratar doentes Covid, mas também para dar apoio a doentes não Covid.

- **Isso não está a ser feito?**

Não, de todo. Ainda temos, infelizmente, muitos recursos humanos no setor da saúde em Portugal que não estão a ser aproveitados como deviam, isto é uma realidade. Claro que se esgotarmos toda essa capacidade, então sim, deveríamos ir tentar procurar a nível internacional. Qualquer profissional de saúde que seja recrutado a nível internacional não pode chegar cá e começar a exercer medicina logo de imediato, tem que vencer uma série de aprovações para poder exercer medicina ou enfermagem, o que demora dias ou semanas. Acho que o Estado tinha obrigação de já ter negociado com o setor social e o setor privado uma estratégia para fazer face a doentes Covid e não Covid, esgotando a capacidade a nível nacional, e só depois pensar em outras alternativas.

- **Transferir doentes para outros países da Europa faz sentido?**

Essa é outra estratégia ridícula que tem sido apontada pelo Governo e que não faz sentido nenhum. Espanha está com um número igualmente muito elevado de doentes infetados, com uma pressão muito grande nas unidades de saúde, algo que também acontece em Itália ou em França. Para onde vamos transferir os doentes? Vamos recrutar aviões, ou como dizia um futebolista há uns anos, charters de doentes para o estrangeiro? Como? A que custo? E as famílias que ficam em Portugal, que tipo de informação vão ter? E se os doentes falecerem nos outros países, como serão transladados? Quem assegura esses transportes? Quem cobre os custos? Essa é mais uma alternativa perfeitamente sem sentido que o Governo coloca, demonstrando que está em desespero. Nunca teve um grande planeamento

nesta pandemia, neste momento não tem planeamento, está desesperado e tenta encontrar soluções, muitas delas perfeitamente estapafúrdias, que não se adequam à realidade. Infelizmente Portugal é um país que fica numa extremidade da Europa, não é lógico estar a transportar doentes para outros países que também estão com grandes problemas.

• **Na prática, que dificuldades existem na articulação entre os hospitais do SNS e os hospitais privados? A rede está a funcionar? Tem margem para evoluir?**

Esta rede está a funcionar muito mal, também porque nunca foi acarinhada, nunca se evoluiu na relação entre o setor público e o setor privado. Se analisarmos muitas das declarações que foram feitas pela ministra da Saúde no início da pandemia, esta sempre teve uma convicção política muito forte contra o setor privado da saúde. É evidente que isto cria um afastamento grande e uma desconfiança entre o setor público e privado. Muitos dos protocolos, do planeamento e da interligação que poderiam existir não existem. Na prática, isto reflete-se em contratos pontuais, o que no fim do dia não é nada, não reflete nada.

• **A situação nos hospitais é cada vez mais crítica, sente que os médicos continuam motivados para salvar vidas? Quais são as suas principais preocupações e dificuldades?**

Os médicos só têm uma motivação: salvar vidas. É verdade que hoje enfrentamos obstáculos muito grandes e neste momento há dois pensamentos preponderantes no dia a dia de um hospital. O primeiro, é ter camas para internar doentes e, depois do internamento, ter camas de cuidados intensivos disponíveis, tanto para doentes Covid como não Covid. A nossa principal preocupação prende-se com a realização de exames de diagnóstico e o estado dos nossos doentes. Hoje é muito mais complicado fazer exames ou acabamos por fazer menos, tudo isto complica a nossa rotina e acaba por nos levar a ver obrigatoriamente menos doentes do que aqueles que gostaríamos.

• **O número de profissionais de saúde infetados continua a ser um problema e uma preocupação?**

Não tenho números atualizados, mas o número de profissionais de saúde infetados é uma preocupação constante e foi, com certeza, uma preocupação para o Ministério da Saúde, até porque quando chegaram as vacinas quiseram vacinar logo os profissionais de saúde. Neste momento, quase todos os especialidades num

hospital têm ou médicos de formação específica ou especialistas na área Covid. Médicos que deixaram de estar a praticar atos médicos dentro da sua especialidade só para estarem focados na prestação de cuidados de saúde em Covid-19. Ora, se tivermos um número muito elevado de profissionais de saúde infetados, isso terá um impacto grande na prestação destes cuidados. Parece-me que o número de profissionais infetados tem vindo a diminuir ultimamente e isto é possível porque, por um lado, estamos muito mais habituados a lidar com os doentes infetados e, por outro lado, estamos muito mais protegidos. Recordo-me que no início da pandemia não havia máscaras e equipamentos de proteção individual que chegassem para todos, houve uma altura em que estávamos apenas com a nossa bata, muitas vezes sem máscara, a ver doentes Covid positivos. Penso que estamos mais atentos e protegidos e, claro, começámos a ser vacinados. Temos já um número apreciável de profissionais de saúde vacinados.

• **Como avalia o plano de vacinação definido pelo Governo?**

É capaz de não haver um plano de vacinação ideal. Podemos ter várias estratégias, o Governo decidiu avançar com uma, a de começar a vacinar os profissionais de saúde, é um estratégia tão válida como qualquer outra. Claro que poderíamos delinear outras, como vacinar as pessoas que mais se infetam e causam mais pressão no SNS, os idosos. Neste caso não existe o certo e o errado. Acho que correu muito bem, dentro dos profissionais de saúde não conheço ninguém que se tenha recusado a vacinar, antes pelo contrário. A Ordem dos Médicos tem tido muitas reclamações de profissionais que ainda não tiveram oportunidade de se vacinarem e que estão muito ansiosos por isso, tanto no SNS, porque as vacinas têm chegado a conta gotas, como no setor privado. Aqui o número de vacinados é ainda muito pequeno. Os médicos aderiram muito à vacina, têm expectativas muito elevadas, precisamos é de mais vacinas.

• **A chamada medicina de catástrofe é já uma realidade em Portugal?**

Esse é um termo que nenhum de nós deseja ouvir na nossa vida, é sinal de que o estado das coisas está muito esticado. Realmente em alguns hospitais da Grande Lisboa a pressão é tão grande que começa a ser difícil praticar bons atos médicos. Isso aconteceu também no Norte, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, naquela altura crítica em outubro. Atingiu-se esse nível de medicina de catástrofe em que começamos a ter decidir

quem é que vamos tratar ou dar atenção, o número de doentes é tão grande que, por mais que nos multipliquemos, não chegamos para todos. Isso é altamente penalizador, não só para os cidadãos, mas também para os profissionais de saúde. É eventualmente uma realidade que parece estar a acontecer em alguns hospitais mais pressionados pelo número de doentes Covid-19, mas não é o caso de nenhum hospital neste momento na região Norte, garanto-lhe. O futuro ninguém sabe, esta pandemia já demonstrou que a realidade pode modificar-se, então com a intervenção destas novas estripes que têm surgido, do Brasil, da África do Sul e de Inglaterra, o panorama pode sofrer alterações muito rapidamente.

- **Que perspetiva tem em relação ao futuro, tendo em conta estas variantes do vírus?**

Estas variantes não são propriamente surpreendentes, este vírus tem uma taxa de mutação alta, tal como o vírus da gripe e outros deste tipo de famílias. Esperamos é que as vacinas que existem no mercado e estão a ser administradas possam cobrir também estas variantes. Caso não nos tornem imunes por completo a elas, pelo menos que atenuem os seus efeitos. Espero que no futuro venhamos a conviver com o vírus como convivemos com o vírus da gripe ou o H1N1, que existem na comunidade, vão causando alguns surtos, mas conseguimos controlar e ter doentes relativamente pouco graves.

- **Hoje sabe-se que os pedidos de ajuda à Liga Portuguesa Contra o Cancro cresceram 30% com a pandemia. Como diretor do serviço de oncologia no Hospital de Santo António, em que medida esta área da medicina tão sensível está a ser afetada?**

Nos últimos 20 anos, trato sobretudo cancro do pulmão e estava convencido que o número de doentes teria diminuído em 2020 comparativamente a 2019. Fiz um levantamento e curiosamente o número de doentes que vimos em 2020 foi em tudo sobreponível ao que vimos em 2019, o que até faz algum sentido. O cancro não espera, não mente, acaba sempre por dar sintomas. Se tiver um cancro no pulmão em janeiro, vai ter sintomas em fevereiro, março ou abril, a. Acontece é que hoje os doentes chegam-nos em estados mais avançados, com graus de desenvolvimento da doença muito maiores, vêm em pior estado geral, por isso tivemos uma taxa de mortalidade muito maior comparativamente aos doentes de 2019.

- **A mortalidade subiu em que percentagem?**

Não lhe vou dizer agora os números, até porque serão

revelados num artigo científico que estamos a preparar, mas é um número relativamente significativo.

- **Os doentes não se dirigem ao hospital por medo ou porque não há capacidade para os atender mais cedo?**

Primeiro, têm muita dificuldade em aceder aos cuidados de saúde primários e depois têm medo. No nosso caso, os doentes chegam-nos de duas formas, vindos pelo seu médico de família, quando os sintomas são ligeiros e moderados ou, quando têm sintomas que se agravam muito rapidamente, aí o doente tem a necessidade de vir às urgências do hospital e o serviço reencaminha para a consulta. Neste momento, como as pessoas sentem dificuldades em ir ao seu médico de família, demoram mais tempo a virem ao médico, acabam por vir à urgência e depois o serviço reencaminha para nós. No caso do cancro da mama, por exemplo, os rastreios tiveram parados cerca de seis meses no ano passado, mas isso não quer dizer que os cancros parem. As mulheres em vez de serem acompanhadas mais precocemente, serão apanhadas mais tardiamente, no entanto o número de casos será o mesmo, ou mais ou menos o mesmo, que em 2019, só que vão chegar em estados mais avançados.

- **De que forma é que pode ser combatido esse receio?**

Esse medo reflete-se mesmo em doentes oncológicos, não nos que estão em tratamento que acabam por vir ao hospital porque sabem que é a vida deles que está em jogo. Temos muitos doentes que estão a ser seguidos e manifestam muitas vezes medo de vir à consulta, temos uma taxa grande de consultas por telefone, mas não acredito que existam consultas por telefone, o que existem são contactos feito por telefone. Muitos vêm fazer o exame de seguimento, mas não vêm à consulta, e o médico vê o exame e acaba por falar ao telefone com eles. Há um número muito grande de pessoas que tem muito medo de vir ao hospital, mas garanto que, na grande maioria dos casos, não é no hospital que se vão infetar. As pessoas têm de ter noção de que quando vêm às consultas estão tomadas todas as medidas de proteção, os números dizem-nos que a maioria se infeta muito mais em casa, com os filhos que andam na escola, ou nos locais de trabalho, do que propriamente na vinda ao hospital. É necessário alertar a população para que se tiver a consultas presenciais no hospital deve vir, não deve ter medo.

PRÊMIO

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

Maria de Sousa

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

Valor: até €25.000

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

Júri

Presidente:
Rui Costa

Vogais:

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



FUNDAÇÃO
Bial
Instituição de utilidade pública

COM O ALTO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELÊNCIA



O Presidente da República

NOVO LEXUS UX 300e 100% ELÉTRICO

SINTA A EMOÇÃO DE SER O PRIMEIRO

PROTOCOLO LEXUS COM A ORDEM DOS MÉDICOS

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

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

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



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).

