



REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.ordemdosmedicos.pt

220

JANEIRO 2022



**SNS: NÃO BASTA
MAIS CIMENTO
E EQUIPAMENTOS,
É PRECISO
RECURSOS HUMANOS!**

**DECISORES POLÍTICOS
DEVEM VALORIZAR
QUEM TRABALHA NO SNS**

APOIOS À INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

2022/2023



F U N D A Ç Ã O

BIAL

Instituição de utilidade pública

Tendo como objetivo incentivar a investigação centrada no ser humano saudável, tanto do ponto de vista físico como espiritual, nomeadamente em áreas ainda pouco exploradas mas suscetíveis de profunda análise científica, a Fundação BIAL abre agora uma nova edição do programa de Apoios Financeiros a Projetos de Investigação Científica com as seguintes características:

1. Objeto e finalidade - Serão contempladas neste Programa apenas as áreas da Psicofisiologia e da Parapsicologia. Os objetivos a atingir pelos candidatos serão determinados pelo Projeto de Investigação submetido a candidatura.

2. Destinatários - Poderão concorrer investigadores científicos, individualmente ou em grupo, exceto os colaboradores da Fundação BIAL e de qualquer uma das sociedades que integrem o Grupo BIAL. Os atuais Beneficiários de Apoio (investigador principal ou co-investigador principal) da Fundação BIAL também poderão concorrer; contudo, apenas poderão usufruir do apoio financeiro ao abrigo do Programa após conclusão com sucesso dos trabalhos compreendidos no âmbito de apoio anteriormente concedido.

3. Duração e início - A duração total dos Apoios Financeiros no âmbito do Programa não pode exceder 3 anos e o seu início deve ocorrer entre 1 de janeiro e 31 de outubro de 2023.

4. Valor total e periodicidade dos pagamentos - As candidaturas aprovadas beneficiarão de Apoios Financeiros de valor total até €60 000 (sessenta mil euros). O valor concreto, será livremente determinado pela Fundação BIAL, de acordo com o seu exclusivo critério, em função das necessidades do Projeto de Investigação objeto de candidatura. O Apoio Financeiro atribuído a cada Projeto de Investigação deve ser entendido como um valor máximo, a pagar pela Fundação BIAL depois de verificados os documentos de despesa submetidos, nos termos previstos no Regulamento. Os pagamentos serão efetuados com periodicidade anual ou semestral a definir em função da calendarização do Projeto de Investigação.

5. Candidaturas - As candidaturas, elaboradas em língua inglesa e de acordo com o Regulamento dos Apoios Financeiros a Projetos de Investigação Científica da Fundação BIAL, devem ser submetidas até 31 de agosto de 2022 através de formulário *online* específico disponibilizado em www.fundacaobial.com. Não serão admitidas candidaturas respeitantes a:

- Projetos de Modelos Clínicos ou Experimentais de Patologias Humanas e Terapêutica.
- Projetos que tenham como principal âmbito o comportamento alimentar, o comportamento sexual, o exercício físico ou neurociência fundamental.

6. Avaliação das candidaturas e comunicação da decisão - As candidaturas serão avaliadas pelo Conselho Científico da Fundação BIAL. A decisão será comunicada aos candidatos no prazo de 4 meses a contar do termo do prazo para apresentação das mesmas.

7. Regulamentação aplicável - A apresentação de candidatura implica e pressupõe a plena aceitação pelo candidato do Regulamento dos Apoios Financeiros a Projetos de Investigação Científica da Fundação BIAL, pelo qual se rege a presente edição.

A Fundação BIAL reserva-se o direito de recusar a candidatura de anteriores Beneficiários de Apoio que tenham de forma reiterada violado as suas obrigações legais e contratuais.

O Regulamento dos Apoios Financeiros a Projetos de Investigação Científica da Fundação BIAL encontra-se disponível e pode ser obtido em:

Fundação BIAL

À Av. da Siderurgia Nacional
4745-457 Coronado (S. Romão e S. Mamede) • Portugal
Tel. + 351 22 986 6150
www.fundacaobial.com • fundacao@bial.com

SUMÁRIO

ROM 220 - JANEIRO 2022

	EDITORIAL
04	Cuidados de Saúde Primários: principal porta de acesso ao SNS
06	BREVES
08	ENTREVISTA – Alexandre Gouveia Em Portugal a investigação em saúde é desprezada pelos políticos
14	TEMA DE CAPA Não basta mais cimento e equipamentos. SNS: é preciso organização e recursos humanos a começar pelos CSP
24	ENTREVISTA – Carlos Moedas Lisboa: a cidade que quer ser inteligente, inclusiva e mais sustentável
28	ATUALIDADE Prevenção da violência no setor da saúde: Se uma estratégia não funciona cria-se outra
30	Decisores políticos devem valorizar quem trabalha no SNS
31	Agravamento da falta de médicos de família
32	OM preocupada com disruptões na emergência pré-hospitalar
34	Saúde em dia: só se todos tivermos médico de família!



Revista da Ordem dos Médicos: Ano 38 - N° 220 - JANEIRO 2022

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

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

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

Design gráfico: Vasco Mendes da Costa | **Paginação:** Gráficos à Lapa | **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:

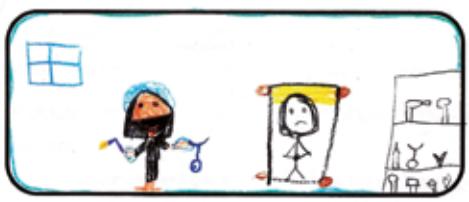
Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores; os artigos inseridos nas páginas identificadas das Secções são da sua inteira responsabilidade.

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 220 - JANEIRO 2022

36	FORA DE ORDEM João Valente Nabais A importância dos cuidados de saúde primários no tratamento das pessoas com diabetes	
38	5 PERGUNTAS AOS COLÉGIOS Radioncologia	36
39	Neurocirurgia	
40	LEGES ARTIS Saber mais sobre doenças raras: "É um serviço que posso dar à comunidade"	
42	BAÚ DE MEMÓRIAS Gabinete de Crise para a COVID-19	
44	ALTOS E BAIXOS	
46	PROVA DOS FACTOS	
48	CULTURA A literatura como construção de uma cultura de paz Testemunhos d'os dias da peste	
50	OPINIÃO A propósito do Dia Mundial do Doente	
52	Quando eu for grande, quero ser...	
54	Autogestão COVID-19: utentes mais autónomos, esclarecidos e informados	
55	INFORMAÇÃO Informação SRN	
61	Informação SRC	
67	Informação SRS	52

Acta Médica Portuguesa

Março 2022

data de publicação online: 02 de março

ARTIGOS ORIGINAIS:

O que leva à recusa de um doente para Cirurgia de Ambulatório?

Um modelo preditivo de regressão logística baseado numa análise retrospectiva de cinco anos de doentes com hérnia da parede abdominal

Acta Med Port 2022 Mar;35(3):184-191

Avaliação retrospectiva da reconstrução oncológica da cabeça e pescoço com 114 retalhos livres num Centro Oncológico Terciário Português

Acta Med Port 2022 Mar;35(3):192-200

Fatores de risco associados à recusa de notas de transferência e vales cirurgia: o caso da Região Centro em Portugal

Acta Med Port 2022 Mar;35(3):201-208

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

PubMed



AMP

ACTA
MÉDICA
PORTUGUESA

A Revista Científica da Ordem dos Médicos



Cuidados de Saúde Primários: principal porta de acesso ao SNS



MIGUEL GUIMARÃES

Bastonário da Ordem dos Médicos

Em fevereiro de 2019 existiam 688 mil utentes sem médico de família atribuído em Portugal. Em junho de 2021, o número ascendeu aos 850 mil. No final do ano de 2021 o número superou a barreira do milhão: 10,8% dos 10,4 milhões de pessoas inscritas nos centros de saúde não tinham um médico de família atribuído. Os dados são públicos e podem ser consultados no BI dos Cuidados de Saúde Primários e no próprio Portal do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Contudo, mesmo conhecendo a realidade e prometendo, constantemente, a sua resolução, os sucessivos governos têm sido incapazes de fomentar políticas que estanquem um dos problemas mais complexos existentes neste momento na saúde. É preciso fazer diferente. Porque, tal como nos referiu a escritora Rita Mae Brown, no seu livro *Sudden Death*, de 1983, "insanidade é continuar a fazer sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes".

Não é por falta de médicos de família formados em Portugal que nos encontramos nesta situação, pois neste momento existem mais de 1500 a trabalhar exclusivamente no setor privado ou social. Para termos cobertura para todos os portugueses que não

têm médico de família, "bastava" captar 600 médicos para o SNS. Esta incapacidade de atrair os profissionais - que limita o acesso equitativo à principal porta de entrada do nosso sistema público de saúde - é ainda mais preocupante se tivermos em conta que várias opções políticas decorrentes da pandemia conduziram a um aumento substancial de tarefas relacionadas com a Covid-19 e a infeção pelo vírus SARS-CoV-2, com a inevitável diminuição do número de consultas presenciais nos centros de saúde. Como tenho vindo a dizer em diversas ocasiões, é preciso, de uma vez por todas, libertar os médicos de família para que possam estar disponíveis para os seus doentes de sempre. Se é verdade que nos aproximamos, aos poucos, de uma normalização da atividade, é igualmente um facto que estamos bastante longe de uma atividade ideal, capaz de responder a todos os doentes que precisam de nós.

Mas devolver os médicos de família às suas tarefas habituais já não é suficiente. É preciso ir mais longe. Os médicos estão a sair do SNS porque não são devidamente respeitados e não existe uma valorização adequada do seu trabalho, conhecimento, empenho e humanismo. O seu salário não é justo, não faz jus

aos anos de formação, à responsabilidade, resiliência, solidariedade e competência que, todos os dias, colocam ao serviço do país e dos seus cidadãos. Se os responsáveis políticos não entenderem rapidamente que só com melhores condições de trabalho, incluindo salários e incentivos, com acesso à inovação e com projetos de investigação e de trabalho aliciantes é que será possível manter (e captar) os médicos, poderá ser tarde demais para conseguir salvar o nosso SNS que é um dos melhores sistemas de saúde públicos do mundo na sua génese, essência e intenção.

Nesta edição da Revista da Ordem dos Médicos, damos primazia aos cuidados de saúde primários, conscientes de que não podemos perder a oportunidade de conciliar o SNS com os portugueses. Parte dessa conciliação começa pelo acesso. Um acesso que tem de abrir as portas definitivamente para saber orientar quem nos procura.

Ouvimos Paulo Santos, presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos, que destacou a "relação especial" que existe entre o médico de família e a pessoa que o procura, seja na doença ou na prevenção da mesma. Mas é exatamente pelas características dessa relação única que existe o receio de perdas "irreparáveis". Para o dirigente, já não é possível recuperar o que se perdeu durante a pandemia, mas é essencial centrar o objetivo na capacidade de repor a normalidade no que à acessibilidade, globalidade e continuidade diz respeito. No entanto, garante: não chega voltar ao normal, mas sim fazer mais e melhor.

Sobre o mesmo tema, quisemos também saber qual é a visão do presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Nuno Jacinto mostrou-se preocupado com a "disrupção" da relação de confiança das pessoas com o próprio SNS. O especialista realça a falta de "reconhecimento do esforço, trabalho e dedicação dos médicos de família" da parte dos decisores políticos. E deixa o repto: "esperamos que se invista nos cuidados de saúde primários, mas ouvindo quem está no terreno", até porque "soluções universais não resolvem nada" e não têm em atenção as especificidades existentes nas diferentes regiões do país.

Nesta edição, entrevistámos também o presidente da Câmara Municipal de Lisboa, Carlos Moedas, para conhecer melhor os seus planos para uma cidade que "quer ser inteligente, inclusiva e mais saudável" e conversámos com Alexandre Gouveia, médico de

Medicina Geral e Familiar a trabalhar na cidade suíça de Lausanne, sobre as diferenças que encontra lá fora, nomeadamente no que se refere à valorização da investigação em saúde.

O final de janeiro ficou marcado pelas eleições Legislativas que ditaram uma maioria absoluta do Partido Socialista. A saúde foi um dos principais temas que entraram na esfera mediática, através das campanhas eleitorais e dos programas políticos.

Infelizmente, não vimos a questão central a ser discutida no âmbito da campanha eleitoral. Continuamos a ter um SNS que funciona há 42 anos sem se modernizar nas suas várias dimensões, sem se adaptar às necessidades atuais da nossa população cada vez mais envelhecida, esquecendo que o mundo mudou e que o sistema tem de acompanhar essa transformação. Não podemos perder mais tempo. Tal como Abraham Lincoln nos disse que o tempo não espera por homem nenhum, também é verdade que o tempo não vai esperar pelo nosso SNS.

Se os médicos e os restantes profissionais de saúde conseguem fazer tanto com tão pouco, tenho a certeza que bastará uma maior vontade política nesta Legislatura para voltarmos a acreditar num país com uma saúde mais justa, equitativa e que chega a todos. E para isso é essencial valorizar de forma objetiva o trabalho, a responsabilidade, a formação, o humanismo, a solidariedade e as competências dos médicos. Fica lançado o desafio, que de resto, já foi apresentado ao Ministério da Saúde.



BREVES

DEFENDER DOENTES NÃO COVID É UMA OBRIGAÇÃO MORAL

Em entrevista ao Diário de Notícias do início de janeiro, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, fez um balanço dos últimos tempos da pandemia e de algumas das decisões que marcaram este combate no qual considerou que as medidas tomadas antes do Natal foram corretas, mas que devem ser reavaliadas e alargadas a outras valências da Saúde. "Uma coisa são as medidas de contenção da infecção que foram tomadas e que me pareceram adequadas, outra são os doentes não COVID. A ministra da Saúde já deveria ter tomado medidas para proteger estes cidadãos no acesso aos cuidados de saúde e na assistência contínua. Não convém esperar mais tempo. É quase uma obrigação moral e ética que temos perante os cidadãos portugueses, cada dia que se perde é brutal", alertou. Para obviar a essa necessidade, Miguel Guimarães defendeu que o Estado já deveria ter acordos de colaboração integrada com os setores privado e social para tratar e acompanhar doentes com COVID-19 assintomáticos ou com sintomas ligeiros, de forma a libertar os médicos de família para os seus doentes habituais. Nesta entrevista o bastonário sugeriu alargar-se o período de obrigatoriedade de teletrabalho, o que viria a acontecer 2 dias depois da mesma.

ISOLAMENTO DEVE PASSAR DE 7 PARA 5 DIAS



<https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/97185230.mp4>

OM QUER INVESTIMENTO NOS MÉDICOS

Depois de tomar conhecimento, através de notícia veiculada pelo jornal Correio da Manhã, de uma suposta situação irregular, em que um conjunto de médicos sem formação adequada terão assegurado o serviço de urgência pediátrica do Hospital de Torres Novas, a Ordem dos Médicos interpelou o conselho de administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT). Em resposta ao ofício do bastonário, o presidente do CHMT confirmou os factos vindos a público, frisou que os mesmos remontam a 2017 e adiantou que as informações recolhidas apontam para a falsificação de documentos por parte da empresa prestadora de serviços, sem conhecimento dos médicos envolvidos, pelo que o conselho de administração entregou o caso ao Ministério Público. O bastonário da Ordem dos Médicos aproveitou a mediatisação deste processo para insistir que a contratação através de empresas é mais onerosa e oferece menores garantias, pelo que deve ser evitada, preferindo-se antes a relação contratual direta com os médicos. A aposta em carreiras dignas e em projetos profissionais aliciantes deve ser o caminho para o Serviço Nacional de Saúde prestar cuidados de qualidade e humanizados a todos os doentes.



NECESSIDADE DE ACELERAR VACINAÇÃO DE REFORÇO

Em entrevista à CNN Portugal, na primeira semana de janeiro, o bastonário Miguel Guimarães alertou para a necessidade de acelerar a vacinação de reforço e começar a preparar meios para uma quarta imunização. O bastonário salientou as previsões do Instituto Superior Técnico que apontam para que Portugal atinja um máximo de "100 mil casos no pico máximo" desta vaga provocada pela variante Ómicron, que deverá ocorrer entre os dias 20 e 24 de janeiro de 2022. O bastonário explicou ainda que este aumento deverá espelhar-se em cerca de 2.200 doentes internados em enfermarias e até 225 utentes em unidades de cuidados intensivos, valores muito distantes do que se verificou no início de 2021 e que exigem, portanto, uma abordagem diferente dada a menor gravidade global da doença.



APOSENTAÇÕES DE MÉDICOS AUMENTARAM DE FORMA SIGNIFICATIVA



<https://saudeonline.pt/aposentacoes-de-medicos-aumentaram-de-forma-significativa-nos-dois-anos-de-pandemia/>

PROTEGER OS DOENTES NÃO COVID



[https://www.dn.pt/sociedade/miguel-guimaraes-ja-se-deveria-estar-a-tomar-medidas-para-proteger-os-doentes-nao-covid-14457573.html](https://www.dn.pt/sociedade/miguel-guimaraes-ja-se-deveria-estar-a-tomar-medidas-para-protoger-os-doentes-nao-covid-14457573.html)

JOVENS APRENDEM SOBRE DOENÇAS RARAS

A união de associações de doenças raras criada em maio de 2021 - RD - desenvolveu um projeto de literacia para a saúde com o objetivo de "informar sem dramatizar". "O que quisemos fazer foi dar voz às associações de doenças raras, e ao mesmo tempo levar essa voz às diversas entidades que trabalham este tema, desde a saúde à política. Mas sobretudo, colocar o doente no centro", explicou à imprensa Paulo Gonçalves, presidente da união de associações Doenças Raras. O projeto engloba todos os níveis de ensino e na fase piloto esteve em escolas de todo o país, "cinco das quais na Grande Lisboa (três no Estoril, no concelho de Cascais, uma em Lisboa e uma na Charneca da Caparica, no concelho de Almada), duas na Ilha da Madeira (Prazeres e Fajã da Ovelha, ambas no concelho da Calheta), uma na zona centro (Alvorninha, no concelho de Caldas da Rainha), uma na zona sul (Portimão) e uma na Ilha de São Miguel, nos Açores (Ponta Delgada)". Estima-se que em Portugal 6% a 8% da população sofra de uma doença rara.



OMS CRITICA PAÍSES QUE ADMINISTRAM A QUARTA DOSE

O diretor-geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, criticou os países que estão a proceder à administração de uma quarta dose da vacina contra a COVID-19 e pediu para "acabar com a desigualdade do ano passado". Já a diretora do Departamento de Imunização da OMS, a médica Kate O'Brien, afirmou que ainda não há evidências de que a quarta dose da vacina contra a COVID-19 seja necessária para todos. Segundo esta médica, também ainda não há evidência da necessidade de dose adicional em crianças dos 5 aos 11 anos. Numa entrevista coletiva em que divulgou um roteiro para a priorização do uso de vacinas, O'Brien destacou a importância dos países que atingiram taxas de cobertura elevadas entre os grupos prioritários (idosos e profissionais de saúde), antes de dar uma dose adicional aos outros grupos. "Sabemos que algumas pessoas de elevada prioridade têm de tomar três doses e uma adicional", afirmou, lembrando que o maior desafio atual é fazer com que as vacinas cheguem a todos as nações. "Temos países com menos de 10% de cobertura", destacou.

MGF PROPÕE 10 MEDIDAS PARA MELHORAR RESPOSTAS

O Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos elaborou um documento intitulado "Dez medidas para melhorar a resposta dos Médicos de Família às necessidades de saúde dos portugueses", face à atual situação pandémica de menor gravidade da doença e com vista a um "ajustamento organizativo com simplificação de processos assegurando uma visão integrada do atendimento de modo a otimizar, simplificar e eliminar redundâncias no percurso do cidadão e na sua relação com as unidades de saúde e outras instituições de serviço público". Entre outras medidas, o Colégio recomenda que "todos os profissionais das USF e UCSP (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos) regressem aos respetivos locais de trabalho e retomem a normal atividade assistencial", "que seja eliminada a necessidade de presença física de um médico de família nos Centros de Vacinação, dado o conhecimento atual sobre as vacinas, bastando a presença de um médico com treino em medidas de suporte de vida para avaliar e orientar as intercorrências verificadas" e que se dissolva a estrutura dos ADR-C.

OM ALERTA PARA PICO DE OMICRON



<https://cnnportugal.iol.pt/miguel-guimaraes/covid-19/pico-da-omicron-100-mil-casos-200-internados-e-225-em-uci-avisa-ordem-dos-medicos/20270131/61d385150cf21a10a41753d6>

DEZ MEDIDAS PARA MELHORAR RESPOSTA À PANDEMIA



https://www.rtp.pt/noticias/pais/medicos-de-familia-propoem-dez-medidas-para-melhorar-resposta-a-pandemia_a1380000

AUMENTO DA GRIPE PODE LEVAR A CASOS DE INFECÇÃO SIMULTÂNEA



<https://www.jornalmedico.pt/actualidade/41910-insc-indica-que-o-aumento-da-gripe-pode-levar-a-casos-de-infecao-simultanea.html>

Alexandre Gouveia

Médico especialista em Medicina Interna e em Medicina Geral e Familiar; responsável pela formação de internos no Centro universitário de Medicina Geral e Saúde Pública da Universidade de Lausanne.



**Apesar dos potenciais ganhos a longo prazo
Em Portugal a investigação em saúde é desprezada pelos políticos**

ENTREVISTA: PAULA FORTUNATO

Após 5 anos de exercício como médico de família, Alexandre Gouveia tomou a decisão, conjuntamente com a esposa também médica de família, de iniciar uma experiência profissional internacional. Estavamos em 2014, tinham ambos 34 anos e uma filha com 3. Perante um sistema de saúde excessivamente orientado para indicadores de desempenho, sentindo a reforma dos cuidados de saúde primários estagnada por opções políticas e com lideranças que define como “obstinadamente adversas à mudança”, Alexandre Gouveia decidiu recomeçar e “voltar a ser estudante de medicina”. “Passo a passo” reaprendeu a comunicar eficazmente com os doentes, a realizar um exame físico completo e a apresentar um caso clínico a colegas utilizando a adequada terminologia médica... em francês, claro. Não se arrepende da escolha pois em Portugal – embora pudesse ter outras oportunidades – dificilmente encontraria forma de manter o equilíbrio adequado entre uma atividade profissional enriquecedora que inclui a atividade clínica, mas também o ensino e a investigação, e uma vida familiar saudável. O excesso de burocracia e a falta de autonomia são dois dos fatores que responsabiliza por tal impossibilidade. Alexandre Gouveia considera mesmo “desonesto” que se espere que os médicos portugueses consigam manter a atividade clínica, dedicar tempo ao ensino e ainda lançar projetos de investigação, tudo isso no mesmo horário... “Antes de sermos médicos, somos pessoas”, frisa. É preciso que os responsáveis políticos comecem a valorizar o papel da investigação na “criação de conhecimento” e na formação de qualidade.

> Emigrar não é, regra geral, uma escolha fácil. No seu caso, muita coisa teve que ficar para trás...

Foi obviamente uma decisão bastante difícil, pois encontrava-me a trabalhar na USF Gil Eanes em Viana do Castelo, com uma equipa de profissionais muito competentes e uma lista de doentes que muito apreciava. Para além da minha atividade clínica, exercia atividades de docência na área científica de Saúde Comunitária do mestrado integrado de Medicina da Universidade do Minho, e era membro da direção da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Senti que tinha chegado a um ponto crítico em que o meu desenvolvimento profissional tinha atingido um certo patamar onde a atividade clínica era cada vez mais intensa e burocrática, a Medicina Geral e Familiar excessivamente orientada para os indicadores de desempenho, a reforma dos cuidados de saúde primários politicamente estagnada e as lideranças na área da saúde obstinadamente adversas à mudança. Pareceu-me então que seria o momento para rumar a novos horizontes, sabendo que tal seria desafiante, do ponto de vista pessoal e profissional. Quando comecei a trabalhar na Suíça, em 2014, fui como interno, e dediquei-me plenamente à aprendizagem de uma nova língua, de um novo sistema de saúde, e à aquisição de novos conhecimentos, competências e atitudes enquanto médico.

> Como foi a adaptação?

Tive o enorme privilégio de começar a viajar e a ter experiências internacionais desde a minha adolescência, que foram mais tarde consolidadas pelos estágios e períodos de formação no estrangeiro que pude efetuar durante o meu curso de medicina e a minha especialização em Medicina Geral e Familiar. Dessa forma, penso que tinha um certo conhecimento do que seria o exercício da medicina fora de Portugal. No entanto, não nego que a adaptação à língua francesa foi bastante árdua e longa, pois nunca tinha tido uma experiência de formação ou profissional num país francófono. Durante alguns meses senti-me literalmente como um estudante de medicina, que passo a passo aprende a comunicar eficazmente com os doentes para poder obter uma anamnese, a realizar um exame físico completo, e a apresentar um caso clínico a colegas utilizando adequadamente a terminologia médica. Mantenho-me, no entanto, convencido que essa adaptação nunca se encontra totalmente concluída pela sua complexidade e abrangência. É um processo evolutivo que, a meu ver, deve ser pautado por uma curiosidade permanente e por uma certa dose de humildade, que permite reconhecer os nossos erros e corrigir as nossas insuficiências.

Será ilusório e utópico, desonesto mesmo, pensar que os médicos do SNS, que dedicam todo o seu tempo à atividade clínica, e ainda ocasionalmente ao ensino, serão capazes de se lançar em projetos de investigação. A investigação na área da saúde é um assunto totalmente desprezado pelos atores políticos em Portugal, que não reconhecem o seu devido valor na criação de conhecimento e de formação dos profissionais.

> **Sentiu-se sempre acarinhado nesse país?**

De todos os médicos em exercício na Suíça (um total de 38.502 em 2020), 37.4% têm um diploma estrangeiro, ou seja, 1 em cada 3 médicos. Isto demonstra como o sistema de saúde suíço é fortemente marcado pela presença de profissionais de saúde internacionais, médicos e não só, principalmente oriundos de países europeus como por exemplo a Alemanha, França, Grécia, Itália, Espanha e Portugal. Os dois principais critérios que permitem uma integração desses mesmos profissionais são o devido reconhecimento de diplomas pelas instituições suíças e, de seguida, a qualidade. Dá-se grande importância ao nível de qualificações de base e de que forma as suas competências são colocadas em prática nas instituições de saúde, em prol dos doentes e em colaboração com os outros profissionais. Nesses aspectos, os profissionais de saúde portugueses são globalmente considerados como competentes, dedicados aos doentes, e bastante polivalentes.

> **Como é que surgiu a oportunidade de passar a dar formação?**

Após 5 anos de atividade em Lausanne, pude concluir a especialidade suíça de Medicina Interna Geral, que existe desde 2011 e é resultante da fusão das especialidades de Medicina Geral Familiar e de Medicina Interna, algo pouco comum a nível europeu. Com a conclusão dessa etapa, e aliando ao interesse pelo ensino médico a minha experiência prévia como médico de família, fui convidado no início de 2020 para assumir a responsabilidade do serviço que forma os internos no Centro universitário de Medicina Geral e Saúde Pública da Universidade de Lausanne. Atualmente na nossa unidade temos 60 internos e 25 supervisores de internato e a nossa principal missão é contribuir para a formação da nova geração de médicos de família na nossa região.

> **Como compara os médicos formados em Portugal e na Suíça?**

Julgo ser sempre difícil comparar a formação médica pré-graduada entre países, isto porque os cursos de medicina dependem de muitas variáveis relacionadas, entre as quais os recursos à disposição e os currículos aplicados. É mesmo algo comum os cursos de medicina possuírem diferenças curriculares e de metodologias pedagógicas significativas de faculdade para faculdade, dentro de cada país.

Todavia, existem aspectos que são de realçar, a meu ver, como bons exemplos do ponto de vista pedagógico e de educação médica a nível internacional. O primeiro que merece ser assinalado é o contacto direto com os doentes, e desde que possível, de forma autónoma através de supervisão adequada. A imersão dos estudantes em atividades clínicas deve existir nos primeiros anos do curso de medicina, de forma a aliar a aprendizagem teórica à riqueza do contacto clínico, catalisador da aquisição de conhecimentos e competências. Segundo, a utilização de metodologias de ensino participativas, baseadas na resolução de problemas, integrando as tecnologias de informação e de comunicação, de forma a fomentar a autoaprendizagem e a modernizar a formação médica. Por último, o ensino humanista e multicultural, integrando elementos transversais como o profissionalismo e a ética, através das ciências sociais, ou mesmo da literatura e da arte.

> **A qualidade da formação em primeiro...**

Sim, assinalo a importância de se continuar, em qualquer circunstância, a privilegiar a qualidade da formação médica em vez da quantidade de médicos formados. Em diversos países, temos assistido à implementação de políticas educativas e socioprofissionais erradas, que podem alterar profundamente os valores e princípios gerais de conduta da profissão



médica e *in fine* contribuir significativamente para o desinteresse e descaracterização da profissão.

> Como surgiu a ideia de fazer uma plataforma para juntar os profissionais lusófonos?

Um número importante de profissionais de saúde lusófonos trabalha e vive na Suíça francófona desde há vários anos, e nalguns casos mesmo algumas décadas. Contudo, nenhuma rede formal ou estrutura associativa existia no momento em que chegámos. Foi devido a essa constatação que a LusoSanté foi criada em 2015, para que pudesse constituir uma plataforma de troca de experiências e de contacto regular entre profissionais de saúde lusófonos que trabalham nos cantões helvéticos francófonos.

> Que mais-valias se retiram dessa plataforma?

A LusoSanté conta hoje com mais de 100 associados e tem uma dinâmica associativa que se encontra em vias de crescimento. Através da instituição é possível partilhar informações diversas como os critérios de reconhecimento de diplomas estrangeiros, de estabelecer relações entre os profissionais lusófonos vindos dos mais diversos horizontes, e até melhorar o acesso dos cidadãos lusófonos ao sistema de saúde suíço.

> Pode-nos falar um pouco de como se envolveu no projeto TARGET – READ?

O principal objetivo do ensaio clínico TARGET-READ (www.target-read.org) foi avaliar o impacto das intervenções da equipa de saúde durante a alta hospitalar de forma a reduzir o risco de readmissão em doentes de alto risco até 30 dias após a saída do hospital. Tive a oportunidade de colaborar nesse projeto de investigação de 2017 a 2019 durante a minha formação em

Medicina Interna no Centro hospitalar universitário valdense (*Centre hospitalier universitaire vaudois* - www.chuv.ch). Penso que o facto de ter tido uma prática clínica prévia em cuidados de saúde primários e de manter um forte interesse na área de melhoria da qualidade foram aspectos considerados como úteis para a minha participação nesse trabalho de investigação. Através dessa colaboração, continuei a dedicar-me a essa área de estudo, e estou atualmente a terminar o meu doutoramento na Universidade de Lausanne, tendo como temática os internamentos potencialmente evitáveis na Suíça num período de 20 anos.

> Que estratégias se podem usar para diminuir a percentagem de readmissões?

Os resultados do projeto TARGET-READ ainda não foram totalmente publicados, muito devido à pandemia decorrida nos últimos dois anos e da mobilização de recursos que foi necessária para as atividades clínicas. Porém, uma das estratégias que tem demonstrado nalguns estudos ser capaz de reduzir as readmissões hospitalares é a consulta em cuidados de saúde primários num período próximo da alta hospitalar de Medicina Interna, que vai de 7 a 14 dias após o regresso ao domicílio. A título de exemplo, os resultados encontrados no estudo TARGET-READ

Nesses aspectos [nível de qualificações, competências e colaboração com outros profissionais], os profissionais de saúde portugueses são globalmente considerados como competentes, dedicados aos doentes, e bastante polivalentes.

Assinalo a importância de se continuar, em qualquer circunstância, a privilegiar a qualidade da formação médica em vez da quantidade de médicos formados.

Os últimos anos foram particularmente difíceis pelo enorme impacto da pandemia de coronavírus na sociedade em geral, e no sistema de saúde em particular. Todos tivemos que demonstrar uma grande capacidade de adaptação e de resiliência, tentando manter ao máximo um equilíbrio entre vida familiar e as obrigações profissionais.

mostraram que em doentes com alto risco de readmissão a consulta com o médico de família reduzia o número de readmissões e de visitas às urgências para metade quando comparado com os doentes sem consulta (<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2022.01.013>).

> Estes últimos dois anos foram os mais desafiantes da sua carreira?

Os últimos anos foram particularmente difíceis pelo enorme impacto da pandemia de coronavírus na sociedade em geral, e no sistema de saúde em particular. Todos tivemos que demonstrar uma grande capacidade de adaptação e de resiliência, tentando manter ao máximo um equilíbrio entre vida familiar e as obrigações profissionais.

A título pessoal, desempenhei em 2021 funções na Direção Geral da Saúde como responsável médico do Centro operacional COVID cantonal, estrutura com mais de 350 colaboradores oriundos de diversas áreas, e cuja principal missão era efetuar a vigilância epidemiológica de casos de COVID-19 de uma área com cerca de 800.000 habitantes.

Do ponto de vista institucional, o meu centro universitário teve que se aplicar significativamente em diversos eixos de combate à pandemia, desde a monitorização epidemiológica à testagem, da vacinação ao tratamento ambulatório, entre outros. Recentemente, o livro "Unisanté, no coração da crise!" foi publicado de forma a resumir o papel ímpar que instituição desempenhou nos últimos anos, no que toca aos aspectos clínicos, epidemiológicos, de investigação e de ensino.

> "É mais importante saber que tipo de pessoa tem uma doença do que saber que tipo de doença a pessoa tem" - pode comentar?

Essa citação, inicialmente atribuída a Hipócrates e mais tarde a William Osler, é de facto representativa do método clínico centrado na pessoa, descrito por Moira Stewart, entre outros, e de grande importância na prática da Medicina Geral e Familiar onde a relação médico-doente

assume um papel preponderante. Porém, apesar de ser um método globalmente reconhecido como essencial à qualidade de cuidados, penso que ainda estamos bem longe de afirmar que a medicina que se pratica hoje em dia é de facto centrada na pessoa e na sua família.

Os serviços de saúde, e nomeadamente no caso português, encontram-se frequentemente orientados para si próprios, com uma capacidade de evolução organizacional bastante diminuta, frenados por uma excessiva burocracia e por falta de autonomia. É indispensável, a meu ver, transformar a estrutura atual do sistema de saúde para que os cidadãos se tornem parceiros realmente ativos no processo de cuidados e que a decisão partilhada seja uma realidade, com o devido tempo. O caminho a percorrer ainda é longo no que toca às políticas de saúde, à formação médica, à participação ativa dos cidadãos, de forma a sermos capazes, como sociedade, de implementar e acompanhar essa evolução inexorável. Tudo isto, sem esquecer que a medicina evolui consideravelmente, sendo atualmente complexa e desafiante, com diversas áreas de especialização e de grande competência técnica, permitindo alcançar sucessos diagnósticos e terapêuticos inimagináveis até há alguns anos atrás.

Por fim, hoje em dia, é tão importante saber que tipo de pessoa tem uma doença, como a doença que essa pessoa tem.

> Acha que teria tido as mesmas oportunidades se tivesse permanecido em Viana do Castelo?

Seria incoerente dizer que teria tido as mesmas oportunidades, mas julgo que outras tão ou talvez mais desafiantes poderiam ter existido. O Serviço Nacional de Saúde português tem uma arquitetura ímpar, com um conjunto de infraestruturas muito vasta e diversa, nas quais exercem quotidianamente profissionais de elevado nível de qualificação e dedicação. As oportunidades para desenhar e implementar projetos de investigação e de melhoria da qualidade de cuidados existem, não tenho dúvidas disso. Contudo, as condições

existentes para que esses projetos possam ver a luz do dia não estão, a meu ver, totalmente reunidas. Será ilusório e utópico, desonesto mesmo, pensar que os médicos do SNS, que dedicam todo o seu tempo à atividade clínica, e ainda ocasionalmente ao ensino, serão capazes de se lançar em projetos de investigação. A investigação na área da saúde é um assunto totalmente desprezado pelos atores políticos em Portugal, que não reconhecem o seu devido valor na criação de conhecimento e de formação dos profissionais. Na minha opinião, só a construção de uma ponte entre a academia e o sistema de saúde é que permitirá aceder a novos horizontes no que toca à investigação e inovação, com ganhos indiscutíveis a longo prazo.

> O que gosta mais: da prática clínica, do ensino ou de fazer investigação?

Para lhe ser honesto, o que me mais me dá gosto na minha atividade profissional atual, para além do contacto com doentes e colegas, é poder exercer essas três atividades a um ritmo compatível com a minha vida familiar. Em Portugal, pude exercer como médico de família e combinar essa atividade com a de docente em Saúde Comunitária na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, em Braga. Foram tempos de incrível progressão do ponto de vista profissional, mas com um custo elevado em termos pessoais e familiares, e que foram finalmente impossíveis de manter a longo prazo.

Penso que essa tríade – prática clínica, ensino e investigação – mantém-se essencial para a evolução da medicina como área científica. Todavia, como defendeu Wessel num artigo publicado em 1957 no *New England Journal of Medicine*, a chave do sucesso da aplicação dessa tríade encontra-se noutro conceito: na integração. Os sistemas de saúde devem procurar como um todo a integração equilibrada desses três princípios através do exercício em

complementaridade de cada profissional de saúde, académico, investigador ou mesmo gestor.

> De que forma cuida de si?

Enquanto família com dois filhos, de 3 e 11 anos, tentamos passar o máximo de tempo a realizar atividades ao ar livre, que vão desde caminhada em floresta, à equitação ou ao esqui durante o período de inverno. A música e a leitura são sempre portos de abrigo que não prescindo, fundamentais no meu quotidiano. Realço como descobertas recentes os Noturnos de Chopin magistralmente desempenhados por Stephen Hough e o livro póstumo “Le Corps et ses raisons” do médico e historiador Jean Starobinsky.

> Qual a sua frase preferida do juramento de Hipócrates?

A frase inicial do Juramento de Hipócrates “Prometo solenemente consagrar a minha vida ao serviço da Humanidade” encarna o altruísmo como princípio fundamental da prática médica e do contrato social entre a classe médica e os cidadãos. Na época em que vivemos, as sociedades ocidentais tornaram-se progressivamente mais individualistas e mais viradas para valores materiais. Contudo, essa visão da sociedade pode tornar-se conflituante com alguns valores da profissão médica, e dessa forma, conduzir a dilemas éticos de difícil resolução.

Tenho particular apreço por esta frase porque a discussão sobre o papel do altruísmo na medicina, e até mesmo noutras profissões da área da saúde, é de uma grande importância e atualidade. Essa reflexão deveria ser conduzida pela sociedade civil de forma a podermos adaptar as condições de exercício da profissão médica aos desafios atuais e futuros, com modernidade e humanismo, não esquecendo que antes de sermos médicos, somos pessoas.

Em Portugal, pude exercer como médico de família e combinar essa atividade com a de docente em Saúde Comunitária na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, em Braga. Foram tempos de incrível progressão do ponto de vista profissional, mas com um custo elevado em termos pessoais e familiares, e que foram finalmente impossíveis de manter a longo prazo.

Não basta mais cimento e equipamentos SNS: é preciso organização a começar pelos CSP

TEXTO: PAULA FORTUNATO

O conhecimento atual, nomeadamente quanto aos efeitos benéficos da vacinação que confere proteção eficaz contra a COVID-19 e acarreta uma consequente redução da doença grave, é motivo mais que suficiente para a revisão e atualização das orientações da DGS e restantes autoridades de saúde de forma a devolver os especialistas em Medicina Geral e Familiar aos seus doentes. É essa a posição defendida pela Ordem dos Médicos, designadamente através do seu bastonário. O mesmo entendimento tem o respetivo Colégio da Especialidade, posição em que tem o apoio da APMGF, USF-AN, e da generalidade dos especialistas. Todos reconhecem ser essencial retomar alguma normalidade e dar seguimento à patologia crónica, designadamente na doença cardiovascular e metabólica. O crescimento do número de portugueses sem médico de família é uma realidade preocupante com impacto quer na gestão do doente crónico, quer na prevenção da doença e promoção da saúde. Algumas opções políticas para organização da resposta aos doentes com patologia COVID-19 provocaram uma profunda disruptão da restante atividade clínica com consequências que só conseguiremos medir a médio ou longo prazo. Neste momento – e desde há vários meses –, os especialistas são unânimes: é preciso redefinir prioridades e reorganizar serviços para que os médicos (e outros profissionais de saúde) que participaram no esforço de combate à pandemia através do seguimento de doentes COVID-19 possam voltar à sua atividade “normal”, especialmente ao nível dos cuidados de saúde primários onde tal disruptão foi mais profunda. Mas o esforço terá que ir mais além e procurar que alcancemos uma organização e níveis de assistência melhores do que os que se verificavam antes da pandemia. Um caminho que deve incluir, entre outras, duas vertentes essenciais: desburocratizar e dar autonomia às unidades de saúde para adequarem a sua resposta às necessidades de saúde da população que servem.

“A situação de médicos de família, desviados há demasiado tempo, por decisão da tutela, das suas funções naturais e fundamentais — prevenção, vigilância e tratamento dos seus utentes —, para o combate à pandemia, simboliza o que se passa hoje no SNS: meios humanos e técnicos insuficientes, falta de estratégia e organização da autoridade nacional, e um contexto que ameaça direta e indiretamente a saúde dos portugueses. Não há tempo a perder, Sra. Ministra. Este é o momento do SNS. (...) É o momento de recuperar e valorizar objetivamente os profissionais. É o momento de reforçar a capacidade de resposta da saúde pública, dos cuidados de saúde primários, da saúde ocupacional, da medicina hospitalar, e de reforçar o acesso à saúde nas zonas mais carenciadas. (...) É o momento do SNS unir os portugueses. Não podemos voltar a deixar

alguém ficar para trás.”. Estávamos em outubro de 2020 quando em carta aberta dirigida pelos bastonários da Ordem dos Médicos – Miguel Guimarães, José Manuel Silva, Germano de Sousa, Gentil Martins, Carlos Ribeiro e Pedro Nunes – era lançado este apelo à Ministra da Saúde. Em julho de 2021, preocupados com o “aumento da mortalidade por outras doenças” que não a COVID-19 e a não realização de (à data) 13,5 milhões de contactos presenciais médicos e de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários, foi a vez dos especialistas em MGF fazerem uma carta aberta apelando: “deixem-nos ser Médicos de Família!” Os médicos alertavam assim para a importância de corresponder às “normais necessidades de saúde dos cidadãos que se viram desprotegidos no acesso aos Centros de Saúde, e daí a todo o Serviço Nacional de Saúde”...

e recursos humanos



Apesar de todos os alertas e apelos, entramos em 2022 com muitas destas situações por resolver e os CSP sem terem conseguido recuperar a sua atividade normal. Uma realidade para a qual o bastonário Miguel Guimarães voltava a alertar logo na primeira semana de janeiro, num artigo para o Correio da Manhã: "No último ano não mudou tudo, mas mudou muita coisa. (...) A verdade maior é que Portugal conta com uma cobertura vacinal muito boa que se tem traduzido, sobretudo, em menos doença grave, o que no fundo é o objetivo cimeiro do plano de imunização. A nova fase em que nos encontramos obriga a mais proporcionabilidade nas medidas. A saúde precisa de ser protegida, mas a economia e a vida social das pessoas também. Temos de simplificar e agilizar com segurança todos os processos, de isolamento, dos doentes infetados que

se encontram em ambulatório/domicílio e aqueles relativos a pedidos de testes e declarações de incapacidade temporária. Para garantir a retoma mais precoce das atividades e libertar os médicos de família dos muitos milhares de infetados/doentes COVID-19. Os nossos doentes de sempre precisam deles".

A Ordem dos Médicos analisou e revelou – através do movimento Saúde em Dia – dados que demonstram grande dificuldade no acesso a cuidados de saúde por parte dos cidadãos, com consequentes atrasos de diagnóstico e potenciais repercussões em termos de aumento de mortalidade e comorbilidades em doenças oncológicas, por exemplo. Muitos doentes estão a chegar ao médico em estádios avançados de doença, o que, obviamente, diminui a probabilidade de um prognóstico favorável no combate à doença. Preocupada



"A situação de médicos de família, desviados há demasiado tempo, por decisão da tutela, das suas funções naturais e fundamentais – prevenção, vigilância e tratamento dos seus utentes –, para o combate à pandemia, simboliza o que se passa hoje no SNS: meios humanos e técnicos insuficientes, falta de estratégia e organização da autoridade nacional, e um contexto que ameaça direta e indiretamente a saúde dos portugueses. Não há tempo a perder, Sra. Ministra. Este é o momento do SNS" – bastonários da Ordem dos Médicos

com essa realidade incontornável, a instituição tem sugerido alternativas que permitam que os médicos de família regressem aos seus doentes, tecendo duras críticas ao facto de se estar a ocupar os médicos especialistas com tarefas de baixo valor, como é o caso do acompanhamento dos casos de COVID-19 em doentes assintomáticos. Quem também nos fala dessa realidade, alinhado com os interesses dos doentes e sempre com o foco na qualidade da

medicina que se pratica em Portugal, é Paulo Santos, médico especialista que preside ao Colégio de Medicina Geral e Familiar. Paulo Santos defende que uma MGF forte facilita o percurso das pessoas nos seus processos de saúde e doença, duas vertentes afetadas pela pandemia, como nos explica: "A pandemia justificou uma alteração profunda do funcionamento de todo o sistema de saúde em Portugal. Enquanto base do SNS, os cuidados de Saúde Primários foram particularmente afetados no seu funcionamento e no perfil do exercício médico, nomeadamente ao nível da Medicina Geral e Familiar. Entre as características básicas do perfil do médico de família temos a acessibilidade, a globalidade de cuidados e a continuidade, três fatores que se equilibram entre si. Uma alteração de um condiciona significativamente os outros dois. Durante estes dois últimos anos, vimos fechar as unidades de saúde, no início fisicamente, e, quando reabriram as portas, tínhamos os profissionais repartidos por múltiplas tarefas relacionadas com a COVID-19, o que na prática significava que permaneciam como que encerradas. Esta diminuição marcada da acessibilidade condicionou todo o equilíbrio de objetivos assistenciais nos CSP comprometendo os cuidados que os portugueses necessitam no seu dia-a-dia: globalidade – que significa a capacidade de orientar todos os problemas de saúde que se colocam nos serviços de saúde – e, ao longo do tempo, continuidade – que significa o seguimento e a integração dos diferentes problemas de saúde num todo que é a pessoa. Portanto, ao comprometer a acessibilidade, os constrangimentos que foram impostos pelas estratégias de combate à pandemia, provocaram uma cascata de efeitos com reflexo no acompanhamento das pessoas ao nível dos serviços de saúde, seja no que se refere à orientação da doença aguda ou crónica, seja no acompanhamento da grande maioria das pessoas que não têm propriamente um diagnóstico, mas que fazem o seu acompanhamento de saúde na orientação face à vulnerabilidade, à promoção da saúde, aos rastreios e, de forma muito significativa, na interação entre a dimensão física e as dimensões psicossocial e existencial".

É tempo de avançar em prol da saúde das famílias portuguesas

"Se tudo tivesse evoluído em 3 meses o impacto seria limitado, mas a inércia de não querer mudar o padrão depois da primeira vaga prolongou estes

efeitos por mais 2 anos, juntando a esta alteração do perfil o medo da população constantemente fustigada pelas notícias catastrofistas e a sensação de abandono do seu médico que não estava disponível", explica Paulo Santos ao frisar: "este tipo de relação é muito típica de quem assume a responsabilidade de ser médico assistente com a pessoa que o escolhe", o que "ultrapassa claramente a orientação das doenças e contém em si mesma um efeito terapêutico". Uma relação especial e única que o faz recuar perdas irreparáveis: "é por isso que temos referido que ao contrário das especialidades hospitalares, mais técnicas na sua intervenção, em MGF não haverá uma recuperação do que se perdeu durante a pandemia e que o nosso objetivo tem de ser a capacidade de repor a normalidade de atuação (acessibilidade, globalidade e continuidade) que permita retomar a relação e esperar que se possa reconstruir esta relação profundamente perturbada durante a pandemia".

Já para Nuno Jacinto, médico especialista que preside à APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, além da perturbação da relação médico-doente, mais profunda é a disruptão da relação de confiança das pessoas com o próprio SNS: "Acredito – e sinto no contacto com os doentes – que perceberam que não foi por opção que ficamos longe deles nestes dois anos". Sabendo que estes especialistas foram "obrigados a permanecer noutras tarefas" faz com que "continuem a confiar no seu médico de família". Mas, com tudo o que ficou para trás, "a confiança no SNS foi muito abalada". "É preciso garantir resposta em tempo útil tanto para a doença crónica como para a doença aguda pois só assim os doentes vão voltar a confiar que podem ir ao seu centro de saúde e que serão devidamente acompanhados", enquadra Nuno Jacinto. É por isso que o representante máximo da APMGF manifesta preocupação com a necessidade de "recuperar dessa disruptão que afetou a consulta do médico de família durante demasiado tempo" e que "demora" também a recuperar. "Do lado da doença aguda é preciso que haja clareza e transparéncia quanto à melhor forma de usar os recursos em saúde para que os doentes não tenham medo". Não escamoteando a importância de aumentar a literacia em saúde, Nuno Jacinto considera que todos os intervenientes têm um papel a representar para a melhoria do sistema de saúde e congratula-se com a norma que, "finalmente", implementou a autovigilância. "Falta literacia, mas também falta muitas vezes melhor organização", afirma.

Os fatores que condicionaram a resposta organizacional à pandemia são igualmente referenciados pelo presidente do Colégio da Especialidade: "vivemos com outras espécies desde que o mundo é mundo e nós *Homo sapiens sapiens*. Parasitamos e somos parasitados num equilíbrio que nem sempre ganhamos do ponto de vista individual, mas do qual saímos até agora vencedores enquanto espécie. Cada vez que temos um contacto com uma espécie desconhecida (ou que sai do seu *habitat natural*) vamos ter sempre um período de instabilidade provocando doença e eventualmente morte. Esta é a lei da vida. Vivemos no século XXI, onde as doenças infectocontagiosas que dizimaram muitas pessoas ao longo dos séculos, já não eram problema visto termos vacinas e antibióticos eficazes. Por isso demonstramos alguma complacência quando nos chegaram as notícias da China no início de 2020. O Ocidente equipado com serviços de saúde acessíveis e com tecnologia altamente diferenciada não sucumbiria...", enquadra, prosseguindo com a referência ao medo que condicionou a resposta nos momentos seguintes e que gerou alguma confusão e medidas potencialmente menos refletidas: "Os acontecimentos de Itália, primeiro, e de Espanha, logo após, colocaram em causa esta segurança e



Quem está no terreno não hesita em reafirmar que o investimento em "mais cimento" não será suficiente: são precisos recursos humanos qualificados e em número suficiente para uma boa prestação de cuidados



“Temos de simplificar e agilizar com segurança todos os processos, de isolamento, dos doentes infetados que se encontram em ambulatório/domicílio e aqueles relativos a pedidos de testes e declarações de incapacidade temporária. Para garantir a retoma mais precoce das atividades e libertar os médicos de família dos muitos milhares de infetados/doentes COVID-19. Os nossos doentes de sempre precisam deles” – Miguel Guimarães, bastonário da OM

criaram medo. Foi esse medo que conduziu a evolução da pandemia nas instituições internacionais e nacionais com incapacidade de pensar fora de uma caixa que não diferiu significativamente da que nos foi dada a conhecer nas leis de proteção quanto à lepra descritas no Levítico. De facto, mesmo no pico de janeiro de 2021 com mais de 15.000 casos diários, os 6500 internamentos/dia representaram menos de 5% dos casos prevalentes, com uma taxa de letalidade de 1.8% nesse mês. Afastaram-se os positivos, os que tinham tido contacto com os positivos e todos os outros que não sabiam muito bem se tinham tido contacto ou não; pelo sim pelo não, fecharam-se também as escolas e os empregos; colocou-se o que era possível em teletrabalho e o resto sem trabalho”. Esta forma de reagir, fortemente condicionada pelo medo, teve consequências, explica de forma clara Paulo Santos: “Na saúde, como vimos, tivemos menos cirurgias, menos consultas hospitalares, menos rastreios, menos diagnósticos e uma mortalidade geral no país superior à expectável pela média dos anos anteriores, mesmo descontando as mortes por COVID-19, numa contabilidade que é muito complicada em dois anos onde não houve atividade gripal significativa. Se é discutível a opção de encerrar toda a atividade económica, ainda mais a de encerrar a saúde, onde ninguém consegue compreender a racionalidade da opção de manter os ‘militares’ aquartelados num cenário de ‘guerra’, alocando uma quantidade enorme dos recursos à COVID e desprotegendo tudo

Investir em prevenção é poupar recursos em saúde

A pandemia afetou o diagnóstico atempado de muitas patologias, das doenças respiratórias à diabetes, hipertensão e cancro, só para dar alguns exemplos. Mas, além do combate à doença, a promoção da saúde também foi impactada de forma extremamente negativa. Esta realidade é muito preocupante pois, embora a prevenção sofra do mesmo mal que a saúde em geral – suborçamentação crónica –, sabe-se que é nessa área que se podem gerar maiores ganhos em saúde. Os orçamentos são claramente insuficientes, facto especialmente preocupante se refletirmos sobre os valores que, a nível global, são gastos na área de promoção da saúde e prevenção da doença: apenas 3% dos já de si muito insuficientes orçamentos totais da saúde. Reconhecidamente, essas são as áreas em que um aumento

do investimento poderia traduzir-se numa redução muito significativa (alguns estudos apontam para uma redução de 50%) da carga global da doença, gerando elevados ganhos em saúde para os utentes, as suas famílias, comunidades, entidades empregadoras e países (com consequentemente poupança de vidas mas também avultados ganhos financeiros, ao reduzir as taxas de absentismo por doença, ou os anos de incapacidade, por exemplo). Sabendo que a prevenção faz-se essencialmente na consulta de MGF, e que os cuidados de saúde primários são a principal porta de entrada no sistema de saúde e uma área fundamental para o acompanhamento de todos os doentes nas várias fases da vida, não é difícil perceber que só investindo nesse setor será possível um sistema de saúde mais eficaz e sustentável.

o resto, como vimos" ... "A pandemia foi vista por muitos como uma desgraça, quase, como no passado, um castigo divino. E foi!", frisa o presidente do Colégio da Especialidade de MGF, Paulo Santos, recordando "aqueles que morreram da COVID-19 e de muitas outras doenças onde a assistência foi insuficiente" e a dor "daqueles que viram os seus entes queridos morrer ou estarem internados e fechados sozinhos nos serviços hospitalares" e todos "aqueles que ficaram encerrados em lares de terceira idade" ou "os que se afastaram porque lhes foi sugerido que isso iria protegê-los dos outros e aos outros de si mesmos".

Não basta voltar ao 'normal': é preciso fazer mais e melhor

Tanto o presidente da APMGF como o presidente da direção do Colégio da especialidade são unâmes na constatação de que "a resposta à pandemia evidenciou muitas fragilidades do SNS e do sistema de saúde em geral", pondera (ainda mais) a nu a falta de recursos humanos, mas também de recursos físicos e tecnológicos como explica Nuno Jacinto: "Sim, é preciso retomar a atividade assistencial, mas para isso é fundamental resolver as dificuldades que se arrastam há anos, nomeadamente a lista de doentes sem médico de família, número que aumentou durante a pandemia". Quando questionamos o motivo desse aumento, a resposta não se faz esperar: falta atratividade ao SNS! Os especialistas seniores vão para a reforma e os mais jovens optam por outras saídas profissionais que não passam pelo serviço público. Além da falta de médicos, o presidente da APMGF deixa claro que o trabalho em equipa é afetado sempre que faltam elementos, desde secretários clínicos a enfermeiros, ou quando esses profissionais, à semelhança do que tem sido feito aos médicos, acabam presos numa avalanche de tarefas de baixo valor que deviam ser resolvidas por meios eletrónicos, por exemplo. Essa é, aliás, outra área de que nos fala este especialista: além de uma profunda preocupação com a exaustão dos profissionais – consequência, entre outros fatores, da falta de capital humano –, lembra que a necessidade de realizar atos clínicos não presenciais evidenciou as múltiplas lacunas do sistema informático. "Há muito tempo que os especialistas de MGF são assoberbados por tarefas burocráticas repetitivas como a passagem de atestados, preenchimento de formulários, relatórios persistentemente iguais, resposta a emails... Há declarações



"Na saúde, como vimos, tivemos menos cirurgias, menos consultas hospitalares, menos rastreios, menos diagnósticos e uma mortalidade geral no país superior à expectável pela média dos anos anteriores, mesmo descontando as mortes por COVID-19, numa contabilidade que é muito complicada em dois anos onde não houve atividade gripal significativa. Se é discutível a opção de encerrar toda a atividade económica, ainda mais a de encerrar a saúde, onde ninguém consegue compreender a racionalidade da opção de manter os 'militares' aquartelados num cenário de 'guerra', alocando uma quantidade enorme dos recursos à COVID e desprotegendo tudo o resto, como vimos" - Paulo Santos, presidente do Colégio da Especialidade de MGF



“É preciso garantir resposta em tempo útil tanto para a doença crónica como para a doença aguda pois só assim os doentes vão voltar a confiar que podem ir ao seu centro de saúde e que serão devidamente acompanhados. (...) É preciso que haja clareza e transparência quanto à melhor forma de usar os recursos em saúde para que os doentes não tenham medo”

- Nuno Jacinto, presidente da APMGF

médicas para tudo! São tarefas que não deviam ser nossas. Com a pandemia, essa situação piorou muito com o *trace COVID* e o seguimento dos doentes em isolamento. Não chega voltar ao que tínhamos antes da pandemia... É preciso melhorar!”, concluiu Nuno Jacinto, lembrando que até existem alguns projetos para operacionalizar de forma mais eficaz o trabalho burocrático nos CSP, mas que tardam em ser implementados a nível nacional.

Paulo Santos também lamenta que as tecnologias da informação, em vez de pouparem tempo aos médicos, sejam consumidoras de tempo que deveria ser usado de melhor forma – para a atividade clínica, para formação ou para descanso dos profissionais. “O século XXI é a era da informação e da comunicação. Já não nos imaginamos sem as tecnologias de informação atualmente existentes. O que nos leva a perguntar porque é que a saúde parece ser o parente pobre desta realidade, com constrangimentos importantes

tanto em termos de *hardware* como em termos de *software*, como ficou bem patente no momento em que foi necessário criar vias alternativas de contacto com a população, que não existiam nem foram devidamente alocadas. Os exemplos são inúmeros: computadores obsoletos, redes mal dimensionadas, sistemas telefónicos que não funcionam, etc... Pior ainda é a questão do *software*. Em vez de exigir a interoperabilidade dos sistemas, o ministério da saúde obriga à utilização de um único sistema informático que resolve a maioria das situações ao juntar aplicações às já existentes, sem que sequer essas sejam interoperacionais. O resultado é simples: temos várias aplicações informáticas estanques entre si que, na impossibilidade de trabalharem informação já disponível, obrigam a duplicar e por vezes mais ainda a informação [e o trabalho burocrático]. A plataforma *trace COVID* foi um bom exemplo deste desgoverno, obrigando a um consumo de tempo em tarefas redundantes que apenas desperdiçava recursos em vez de os otimizar. Não é necessário inventar a roda todos os dias, mas é fundamental sentir os profissionais no terreno e ouvir as suas necessidades, que é algo que parece difícil quando falamos de sistemas informáticos na saúde em Portugal”.

É por tudo isso que o presidente do Colégio da Especialidade de MGF nos diz que voltar “ao normal” pré-pandemia não chega... “Esta crise tem de ser encarada como uma oportunidade. Não basta voltar ao ‘normal’, é necessário fazer mais e melhor. Aproveitar a oportunidade de um financiamento muito grande que vai entrar nos fundos europeus e perceber que não basta mais cimento e mais equipamentos, é importante melhorar a organização. Ao mesmo tempo vamos ter um governo com uma base forte de apoio parlamentar e condições de estabilidade política por pelo menos 4 anos e meio. É fundamental aproveitar esta oportunidade e preparar o SNS para o futuro, contando com os médicos e todos os outros profissionais de saúde, sem dúvida o maior ativo deste SNS, percebendo que nada se fará sem os ouvir, integrar as suas necessidades, expectativas e opiniões, garantir o respeito por hierarquias técnicas e meritocráticas, descentralizar efetivamente os centros de decisão, e orientar a centralidade para os cidadãos”. Referindo-se igualmente ao momento político atual, Nuno Jacinto manifesta alguma apreensão ao acrescentar que “se nada for feito será impossível trabalhar com qualidade e segurança clínica. Faltam profissionais e a pressão é excessiva. Queremos

médicos que tenham tempo para ouvir os seus doentes. A quem sejam dadas boas condições de trabalho. Fala-se muito do Plano de Recuperação e Resiliência, mas preocupa-me que não se fala nesse plano sobre o investimento nos profissionais. Ouvimos – e sentimos – a falta de reconhecimento do esforço, trabalho e dedicação dos médicos de família. Esperamos que se invista nos Cuidados de Saúde Primários, mas ouvindo quem está no terreno. Soluções universais não resolvem nada porque a prática clínica e os seus condicionalismos não são iguais entre Lisboa, Acores ou Barrancos", exemplifica... É essa "falta de reconhecimento e de estímulo" que acresce ao cansaço e à falta de perspetivas futuras de mudança para melhor que contribui para o êxodo dos profissionais do serviço público, enquadra Nuno Jacinto, citando um estudo dos EUA em que se concluiu que 75% dos profissionais de saúde pensam mudar de profissão. "Creio que se fizéssemos esse estudo em Portugal os números seriam ainda piores. Temos que valorizar os profissionais", alerta o presidente da APMGF. Em suma: é preciso cuidar de quem cuida.

O nosso trabalho tem valor!

Como referimos, nestes dois anos de pandemia, o SNS foi exposto a uma disruptão grave no seu funcionamento, com milhões de consultas presenciais nos cuidados de saúde primários a ficarem por fazer, uma situação que ninguém deseja que se repita nomeadamente porque põe em causa a estrutura de cuidados que o SNS proporciona, ao desvalorizar os pilares fundamentais de qualquer sistema de saúde... Mesmo que venhamos a assistir a um recrudescimento da pandemia é essencial encontrar uma solução equilibrada que não volte a deixar tantos portugueses sem acesso à saúde e que não aumente os níveis de exaustão dos profissionais, dado o excesso de tarefas que lhes são acometidas. Mesmo num contexto de subida do número de casos, perante a menor gravidade global, fruto – em grande parte – dos efeitos benéficos da vacinação e de uma cobertura vacinal acima dos 85% na população portuguesa, o presidente da APMGF defende que é tempo de levantar restrições e encarar o futuro de forma diferente. "Já há muito tempo que devíamos ter encontrado novas estratégias de combate à pandemia", pois "não podemos resolver um problema criando outros".

Se, no início da pandemia, Nuno Jacinto comprehende que o desconhecimento tenha condicionado

"Não basta voltar ao 'normal', é necessário fazer mais e melhor. Aproveitar a oportunidade de um financiamento muito grande que vai entrar nos fundos europeus e perceber que não basta mais cimento e mais equipamentos, é importante melhorar a organização. (...) É fundamental aproveitar esta oportunidade e preparar o SNS para o futuro, contando com os médicos e todos os outros profissionais de saúde, sem dúvida o maior ativo deste SNS, percebendo que nada se fará sem os ouvir, integrar as suas necessidades, expectativas e opiniões, garantir o respeito por hierarquias técnicas e meritocráticas, descentralizar efetivamente os centros de decisão, e orientar a centralidade para os cidadãos" – Paulo Santos, presidente do Colégio da Especialidade de MGF

a resposta e decisão políticas, nesta fase não hesita em afirmar que "médicos e enfermeiros já deviam estar de volta às suas unidades" e aos seus doentes. Um exemplo claro que refere é "a desburocratização do processo de monitorização" que "demorou dois anos" até se automatizar um processo de auto-monitorização de sintomas que responde forma eficaz num contexto de doentes assintomáticos ou com sintomas leves. As medidas de autocuidado para as pessoas infetadas por SARS-CoV-2 e respetivos contactos, promovendo a capacitação para a gestão da doença foram, aliás, também defendidas pelo Colégio da

“Já há muito tempo que devíamos ter encontrado novas estratégias de combate à pandemia. (...) Não podemos resolver um problema criando outros” - Nuno Jacinto, presidente da APMGF

Especialidade de MGF da OM, numa proposta elaborada com base na reflexão de um conjunto de médicos (Paulo Santos, Ivo Reis, Mónica Fonseca, Maria José Guimarães Colaço, Rute Teixeira, Edite Spencer, Joana Monteiro, André Reis, Joana Silva Abreu, Ana Luísa Bettencourt, Paulo Simões, Marta Dora Ornelas Inês Rosendo, Elsa Martins e Gonçalo Envia, da Direção do Colégio de Medicina Geral e Familiar, de Rubina Correia, do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, de Nuno Jacinto, presidente da APMGF, de André Biscaia, presidente da USF-AN, de João Rodrigues do grupo de apoio técnico à implementação das políticas de saúde - GAPS, e do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães), a qual originou uma proposta com 10 medidas para melhorar a resposta dos médicos de família às necessidades de saúde dos portugueses, as quais podem ser consultadas no site nacional (<https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2022/01/Dez-medidas-para-melhorar-a-resposta-da-MGF.pdf>).

O desvio de profissionais dos cuidados de saúde primários – para o *trace COVID*, ou para a monitorização de doentes, a prestação de serviço nas Áreas dedicadas a Doentes Respiratórios (ADR) ou a vacinação – tem impacto na cadeia de cuidados, afetando desde os centros de saúde, aos hospitais, cuidados continuados etc... Não podemos ignorar que, numa perspetiva de continuidade, uma parte significativa dos atendimentos à doença aguda devia ser assegurada pelos CSP e que a disruptão desse percurso do doente no sistema de saúde – seja por falta de organização, de meios técnicos ou por desvio dos recursos humanos dos CSP para outras áreas – só agrava e aumenta o recurso indevido aos serviços de urgência hospitalares.

Sempre que por decisão política se desviam médicos ou enfermeiros das suas tarefas normais para combater a pandemia, “a ideia que é transmitida é

que o nosso trabalho não tem interesse ou valor” e que o trabalho dos médicos de família “pode ser continuamente adiado”, lamenta Nuno Jacinto. Essa aparente desvalorização certamente desmotiva os profissionais e justifica o crescente abandono do SNS...

Desburocratizar é a palavra de ordem

O diagnóstico está feito e a prescrição é conhecida:

- é preciso reanalisar as tarefas de baixo valor ou de valor muito reduzido e libertar os médicos especialistas da sua execução (é preciso retirar dos especialistas em MGF o trabalho de burocracia oficial como os diversos atestados para tudo e para nada ou a execução de pedidos de acesso à informação médica para prestações sociais, por exemplo);
- são necessários mais recursos humanos (com colocação de mais especialistas de MGF no SNS mas também de outros profissionais de saúde que completam as equipas) e uma melhor organização do trabalho de equipa em prol da promoção da verdadeira saúde familiar, incluindo a prevenção da doença e a promoção da saúde;
- é necessário reduzir as listas de utentes (que não se coadunam nem com a boa qualidade assistencial nem com o necessário respeito pelo tempo de descanso dos profissionais - atente-se ao conteúdo da reportagem que publicamos na edição de dezembro de 2021, na qual vários médicos explicam que a carga de trabalho excessiva foi um dos motivos que os fez sair do SNS);
- é essencial avançar com a (sempre adiada) reforma do CSP;
- é fulcral acelerar a implementação do processo eletrónico único (mais um passo quer na desburocratização de algumas tarefas, quer na melhor organização do trabalho que trará ganhos para o sistema de saúde, para os profissionais e para os doentes);
- é fundamental maior autonomia, capacidade de decisão e de ação, a par de uma organização mais flexível (ver reportagem atrás referida).

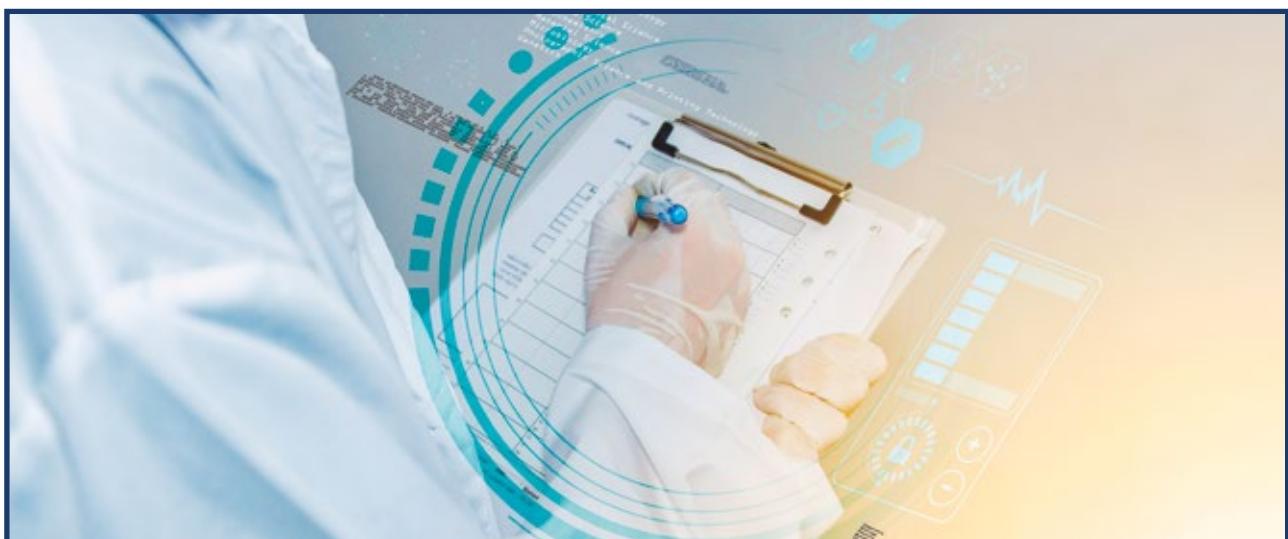
Problemas que se arrastam há anos, apesar de todas as análises estarem feitas...

A Ordem dos Médicos, fazendo eco do que sentem os especialistas no terreno, tem apelado ao regresso do ‘normal’ funcionamento dos cuidados de saúde primários para que não se continue a afetar de forma cada

vez mais profunda o desempenho do nosso sistema de saúde. "A pandemia não acabou e o número elevado de novos casos diários merece atenção. Mas não podemos negar que vivemos, graças à elevada taxa de vacinação, uma fase diferente da COVID-19. Por isso, não é compreensível que deixemos passar mais um dia que seja com os médicos de família ocupados com várias tarefas no âmbito da COVID-19 e com excesso de burocracia e tarefas administrativas. É essencial libertar os médicos de família para se dedicarem em pleno

aos seus utentes e doentes de sempre", tem defendido o bastonário da Ordem dos Médicos desde há longos meses. Este foi, aliás, o mote de uma carta que o bastonário enviou à Ministra da Saúde na qual apelava à libertação dos médicos de família das tarefas COVID para que pudessem voltar aos seus doentes.

O tempo urge. Melhores decisões em saúde precisam-se. Para alcançá-las basta ouvir os profissionais que dia-a-dia, no terreno, trabalham em prol da saúde de todos nós.



É preciso acautelar os Riscos da burocracia informática

Com a pandemia houve um agravamento da burocracia informática imposta por um elevado número de aplicações sem integração que obrigam a multiplicar a quantidade de vezes em que a mesma informação tem de ser inserida num só processo clínico, com perda de tempo útil. Esta situação – que tem que ser acautelada para que os cuidados de saúde primários possam promover eficiência e qualidade – foi alvo de reflexão por parte do Colégio da Especialidade (o documento pode ser consultado em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2022/01/Recomendacao-Colegio-MGF.pdf>). A introdução de programas como o eVacinas, a plataforma Trace-COVID ou a implementação de teleconsultas, na sua maioria sem interligação direta ao programa principal de gestão do ficheiro clínico (SClinico ou MedicineOne), só veio piorar o problema e perpetuar o erro com a criação de mais um programa para cada necessidade, no que o Colégio designa como "um caminho errático de complexidade crescente". Neste contexto a direção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

alerta para os riscos da informatização e excesso de registos na retoma pós-COVID-19, frisando, entre outros fatores a "importância de integrar a opinião e a prática dos profissionais no terreno na reavaliação e revisão dos sistemas informáticos em utilização", implementando "sistemas de facilitação que permitam reduzir o tempo despendido nos registos", nomeadamente através da eliminação de duplicação de registos e automatização da transcrição dos resultados dos exames complementares e outra informação documental essencial. O Colégio considera ainda que o tempo dedicado aos registos clínicos deve ser consagrado de forma suplementar ao tempo de consulta e que deve ser garantida, por um lado, a formação adequada dos profissionais de saúde na utilização das tecnologias de informação e comunicação, e, por outro, que os sistemas informáticos são baseados em infraestruturas de hardware e software eficientes, com interligação e manutenção adequadas.



ENTREVISTA



Carlos Moedas
Presidente da Câmara Municipal de Lisboa

ENTREVISTA: PAULA FORTUNATO

**Lisboa:
a cidade
que quer ser
inteligente,
inclusiva
e mais saudável**

Consciente de que a saúde dos lisboetas está intimamente relacionada com o espaço urbano em que habitam, o presidente da Câmara Municipal de Lisboa (CML), Carlos Moedas, aposta na prevenção seja através da promoção de hábitos de vida saudáveis, seja com políticas ambientais responsáveis. À frente dos destinos de uma cidade que enfrenta vários desafios – aumento da população sem abrigo, necessidade de promover melhor acessibilidade por transporte público e de redução da poluição, necessidade de enquadrar o acolhimento aos refugiados, apoio à população idosa, etc. – todos eles interligados com os indicadores de saúde, Carlos Moedas explica-nos como a capital procura estar ao lado dos mais vulneráveis e que medidas de saúde tem implementado. A vacinação e o acompanhamento especializado em saúde mental são áreas em que a CML proporciona apoio. O objetivo é desenvolver “uma cidade com um estado social local eficaz que invista na promoção da saúde e que cuide dos mais vulneráveis”, explica-nos. O autarca lisboeta acredita que só na conjugação de todas estas políticas – às quais a saúde é transversal – será possível tornar Lisboa uma cidade mais inclusiva, mas também mais inteligente e com melhor qualidade de vida para os municípios.

> De que forma é que a autarquia pretende demonstrar, na prática, que a saúde é, de facto, uma prioridade?

Por um lado, participando ativamente na rede de municípios saudáveis, reforçando boas práticas partilhadas entre todos. Mas também apoiando e desenvolvendo projetos institucionais e de solidariedade social que visam a promoção da saúde através da educação, como seja apoiar projetos que se foquem na prevenção da doença através da prática de uma vida saudável.

Exemplos ilustrativos são o "Selo Saudável", na divulgação, sensibilização e formação para os hábitos de alimentação saudável. O "Pé diabético", com a Associação Protetora dos Diabéticos Portugueses, num programa de prevenção das amputações através do Apoio Social Domiciliário. E ainda os projetos "Mundo a Sorrir" na saúde oral e "Lisboa sem SIDA" para a eliminação de novas infeções por VIH em Lisboa, entre muitos outros.

> Em que medida contemplaram a saúde na unidade de missão que presta apoio aos refugiados?

A saúde é um dos 8 eixos que constituem o PROGRAMA MUNICIPAL VSI-TUT – TODOS AQUI, que a Câmara Municipal de Lisboa está a ultimar e que pretende garantir o acolhimento e integração dos refugiados ucranianos na capital.

Através da equipa de Saúde do Departamento dos Direitos Sociais, diligenciamos a testagem e vacinação COVID- 19 a todas as pessoas não vacinadas que pretendam fazê-lo, bem como intermediar com a Ordem dos Psicólogos a criação de núcleos de atendimento para referência e despiste de saúde mental.

Com os parceiros da Rede Social de Lisboa, procuraremos disponibilizar apoio psicosocial para as pessoas que dele necessitem e articular com as associações de diabéticos e doenças crónicas, entre outras, uma 'via verde' de atendimento e acompanhamento.

Para a obtenção de medicamentos, contamos com o apoio de farmácias que se disponibilizaram para ajudar e com o apoio da Associação Nacional das Farmácias, através do programa *Dignitude*.

Aqueles que necessitem de cuidados de saúde também serão devidamente encaminhados para as devidas respostas na área da saúde.

Considerando que muitas pessoas refugiadas trazem consigo os seus animais de estimação também tem sido feito o despiste de doenças como a raiva e outras.

> Antecipar é uma palavra-chave no contexto da Saúde (e não só). Nesse âmbito, como analisa o papel das autarquias?

As autarquias têm um papel fundamental na promoção da saúde através da prevenção, identificação e antecipação de futuras doenças. A saúde dos lisboetas está intimamente relacionada com o espaço urbano de Lisboa. Estamos empenhados em promover a saúde dos lisboetas criando uma "Lisboa + Saudável".

As áreas de intervenção abrangem equipamentos de saúde, parque urbano, trânsito, transportes e as questões ligadas à poluição.

Para antecipar, é essencial ter informação e capacidade de analisar e de medir impactos. Uma das áreas de grande investimento futuro é desenvolver uma "Lisboa Sensorial". Exemplo disto é o projeto Plataforma de Gestão Inteligente de Lisboa, onde estarão

ENTREVISTA

integrados dados de diferentes áreas e onde será possível receber, processar e disponibilizar informação útil à gestão operacional e estratégica da cidade.

No fundo, o que se pretende é que Lisboa se torne numa cidade inteligente, que utiliza os dados e a tecnologia para otimizar as funções da cidade, resolver os problemas e melhorar a qualidade de vida dos munícipes.

> Vai implementar um seguro de saúde para maiores de 65. Não seria preferível que essas pessoas tivessem assegurados cuidados de saúde de qualidade no contexto do Serviço Nacional de Saúde?

Nem todos os lisboetas conseguem ter acesso imediato ao SNS. A CML pretende ser complementar e estar articulada com o SNS, ajudando com um plano de saúde em que os mais vulneráveis, maiores de 65 no limiar da pobreza, tenham um acesso mais imediato ao SNS através de médico de família e centros de saúde.

> Um município saudável é inclusivo e empático para todos os cidadãos. Como é que Lisboa pode ser uma cidade mais inclusiva?

Pretendemos implementar uma nova filosofia de intervenção na cidade envolvendo a participação dos próprios lisboetas no processo de criação de uma Lisboa mais inclusiva, apostando em setores que consideramos chave como a ciência, a tecnologia, a educação, e a cultura.

Ao mesmo tempo queremos investir na mobilidade, promovendo a utilização de transportes públicos e avançando com a gratuitidade dos mesmos para residentes menores de 23 anos e maiores de 65 anos.

Apostar na sustentabilidade e nas estruturas verdes. Ainda recentemente, e exemplo concreto disso, a Câmara de Lisboa determinou que por cada árvore abatida na cidade terão de ser plantadas duas. As árvores definem muito do que é a paisagem urbana de Lisboa e prestam à cidade vários serviços ambientais relevantes para a sua qualidade ambiental, resiliência, bem-estar e saúde dos lisboetas.

Queremos também dar um novo foco às famílias, adotando medidas que envolvam várias vertentes, apoiando a natalidade, a educação com qualidade, e o acesso à habitação, permitindo o retorno das famílias mais jovens à cidade.

Queremos criar uma cidade com um estado social local eficaz que invista na promoção da saúde e que cuide dos mais vulneráveis.

Só na articulação de todas estas políticas podemos pretender tornar Lisboa uma cidade mais inclusiva.

> O investimento no transporte público como solução de mobilidade acessível a todos através da redução dos preços dos ingressos não chega. Como é que se pode melhorar a rede de transportes públicos de forma mais eficaz? Equaciona estudar essas questões em conjunto com os presidentes das autarquias limítrofes?

Efetivamente mais de metade dos movimentos pendulares diários provenientes dos concelhos vizinhos é feita com recurso ao automóvel. Estima-se que diariamente entrem na cidade de Lisboa mais 370.000 automóveis. Este desequilíbrio pode ser corrigido se, por um lado, a oferta de transportes públicos for melhor, mais integrada e complementada por modos ativos e outros serviços de mobilidade e, por outro, se a população da cidade de Lisboa aumentar, crescendo assim a resposta interna à sua oferta de emprego.

O que pretendemos é desincentivar o rápido acesso automóvel ao centro da cidade através dos eixos radiais, e criar alternativas ao tráfego de atravessamento da zona histórica e ribeirinha, prosseguindo desta forma com a reabilitação urbana da mesma e devolver espaço público às pessoas.

As políticas de mobilidade e de transportes de Lisboa não podem estar apenas centradas na cidade, mas estar alinhadas com toda a Área Metropolitana de Lisboa. A empresa Transportes Metropolitanos de Lisboa, detida pela AML, foi criada para servir este propósito.

O Passe Único Metropolitano, fixado em 30€ em Lisboa e 40€ na AML, que constitui uma medida de simplificação e de redução dos tarifários, originou um aumento de 30% na procura e teve um impacto muito forte na economia das famílias dos 18 municípios constituintes da AML, que viram fixado em 80€ por família o limite máximo a pagar pelo acesso a uma rede que inclui todos os operadores da AML.

Porém, é evidente que o investimento no transporte público não pode apenas centrar-se nos tarifários. São necessários transportes de uso mais fácil e mais acessível, com maior fiabilidade, mais quilómetros percorridos e melhor oferta, com mais novos autocarros, novas rotas e maior conforto, wi-fi a bordo, app, etc.



> Os mais desfavorecidos sofrem sempre mais com todas as crises e a pandemia não foi exceção. Com a população sem-abrigo a aumentar em Lisboa que estratégias preconiza para ajudar essa população específica?

A estratégia de intervenção com as pessoas em situação de sem abrigo consiste em aumentar e melhorar a continuidade das respostas de acolhimento, alimentação, saúde e acompanhamento psicossocial desta população extremamente vulnerável.

O nosso propósito é desenvolver um plano de prevenção destas situações em articulação com todas entidades parceiras que desenvolvem a sua atividade na cidade, de acordo com o que está definido no Plano Municipal das Pessoas em Situação de Sem Abrigo (2019/2023). Durante a pandemia registou-se um aumento do número de pessoas nesta situação. Para dar resposta à pandemia abrimos 4 centros de alojamento de emergência com um total de 200 vagas. Neste momento, com uma taxa de vacinação acima dos 80% nas pessoas que passaram nestes centros de acolhimento, ajustámos as necessidades à realidade e encaminhámos cada uma delas para respostas personalizadas. Mantemos aberto um dos centros, o Centro de Acolhimento de Emergência de Santa Bárbara, com 120 vagas e que integra uma resposta especializada na área da saúde.

> Como foi a gestão da pandemia nessa área específica, tanto em termos de combate à COVID-19 como em termos de resposta especializada em saúde mental?

Aquando do auge da pandemia, criámos em parceria com as entidades que partilham a gestão do CAEM Santa Bárbara, um espaço de isolamento, covidário com 20 camas destinadas a pessoas sem abrigo, sem teto, com dependências e com quadros de saúde mental.

A autarquia também abriu três procedimentos concursais, no âmbito do programa *Housing First*, que se traduz no aumento para um total de 260 vagas financiadas pela CML para pessoas em situação de sem abrigo com problemas de saúde mental, com dependências e com outras problemáticas.

Atualmente, a CML financia 800 vagas na cidade de Lisboa e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, entidade parceira da CML e responsável pelo alojamento de emergência, financia centenas de outras vagas.

Operacionalizámos igualmente a realização de testagens massivas nos centros de acolhimento. Disponibilizámos testes gratuitos a todas as pessoas e às entidades que gerem as respostas financiadas pela CML. Fizemos uma gestão e acompanhamento personalizado de todos os casos e a equipa de missão do plano municipal acompanhou, dia a dia, todas as situações onde se registaram surtos.

Na área da saúde mental importa também referir que o município mantém um protocolo com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa através do qual é assegurada avaliação psiquiátrica a todas as pessoas em situação de sem abrigo e sem teto que são referenciadas pelas equipas e entidades que trabalham connosco.



Prevenção da violência no setor da saúde: Se uma estratégia não funciona cria-se outra!

O novo Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS), que entrou em vigor dia 6 de janeiro após a sua aprovação em Conselho de Ministros, foi apresentado pela Direção-Geral da Saúde, num webinar realizado no passado dia 20 de janeiro. A Ordem dos Médicos foi representada neste webinar pelo psiquiatra João Redondo que alertou para a importância de ter flexibilidade nas soluções adotadas, pois o mais importante é obter resultados.

TEXTO: PAULA FORTUNATO

Na apresentação do novo Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, que contou com representantes das várias ordens da saúde, a diretora-geral de Saúde, Graça Freitas, enquadrou um "fenómeno complexo" que "afeta a qualidade dos serviços impedindo que se tornem sustentáveis", lembrando que o combate a este tipo de violência já é uma prioridade há alguns anos. A apresentação aconteceu numa altura em que já sabemos que, entre janeiro e outubro de 2021, foram reportadas, na plataforma da DGS, 752 agressões a profissionais de saúde, sendo mais 27 do que em 2020 (mais 4%) e menos 243 do que em 2019 (menos 24%). A maioria das agressões (63%) consistem em ameaças e injúrias, enquanto 23% são agressões físicas e 14% são casos de assédio, revelou o coordenador do Gabinete de Segurança do Ministério da Saúde, subintendente Sérgio Barata. Considerando que este é mais um passo importante no combate à violência, Sérgio

Barata referiu que os utentes são os principais agressores dos profissionais de saúde, contudo os familiares e acompanhantes também representam uma percentagem muito significativa nas agressões.

Aquando do anúncio do plano, apesar de saudar todas as iniciativas que visem resolver este tema, o bastonário da Ordem dos Médicos lamentou a demora a resolução de um problema que deixa tanto os médicos e outros profissionais desprotegidos, como os próprios doentes, e insistiu que estes crimes merecem penas ágeis e exemplares.

O Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde tem como objetivos principais prevenir a violência no setor, formar os profissionais de saúde para que se consiga garantir uma abordagem adequada nos episódios de violência, apoiar os profissionais de saúde vítimas de agressão e diminuir o número de ocorrências, num trabalho intersectorial. Para além disso, André Biscaia, diretor do plano de ação para prevenção da violência no setor da saúde, informou que será criada uma aplicação que pretende facilitar as denúncias e notificações de agressão, para funcionar em simultâneo com o site, já existente, que contém um manual de boas práticas a serem adotadas e englobam ainda dispositivos de segurança e de alerta, monitorização com gestão do risco, geolocalização para cuidados prestados na comunidade e outros instrumentos que possam ajudar a proteger os profissionais.

Em 2020, um inquérito realizado pelo Gabinete de Segurança, para averiguar o nível de segurança do serviço de saúde, revelou que 85% das instituições não tinham um plano de segurança e que apenas 7% tinham

mecanismos de alarme. Contudo, na maioria das instituições existiam circuitos e espaços de espera delineados, havendo 292 instituições com botões de pânico. André Biscaia frisou que "cerca de 50% dos profissionais de Saúde já sofreram, pelo menos, um episódio de violência física ou psicológica em cada ano". Reforçando esta ideia, a diretora-geral da Saúde, Graça Freitas, afirmou que "não há instituições ou profissionais de Saúde imunes à violência". A diretora-geral referiu o papel de um policiamento de proximidade e realçou como principal objetivo a prevenção, mas sem esquecer a necessidade de prestar apoio às vítimas e mitigar os efeitos dessa violência, sempre que não seja possível evitá-la.

António Sales, secretário de Estado da Saúde, referiu as consequências nefastas da violência, sublinhando que neste momento todos reconhecem os profissionais como sendo a "jóia da coroa": "devemos-lhes tanto e temos o dever de criar ambientes onde se sintam seguros, onde sintam que a sua missão de serviço aos outros é uma missão segura". Com este plano pretende-se que estes crimes passem também a ser de investigação prioritária, sublinhou. Ainda falta fazer muito mas "foram dados passos importantes" no combate a este fenómeno, frisou, apelando a que todos os dias defendamos uma cultura de não violência.

A Ordem dos Médicos esteve representada no *webinar* pelo psiquiatra João Redondo que, agradeceu o trabalho de todos os envolvidos neste plano, reconhecendo que este é um problema muito antigo que afeta o setor da saúde a nível mundial. João Redondo apontou algumas melhorias que considera oportunas, entre elas a importância de incluir a dimensão de género no PAPVSS, já que "a grande maioria da força de trabalho em saúde é feminina". Sublinhou, também, que deve ser feito um reforço no investimento nas campanhas nacionais de sensibilização sobre esta temática, de forma a relembrar "todos os atores sociais de que nos serviços de saúde há tolerância zero à violência" e a "dar mais visibilidade" à problemática. Porque "não podemos controlar o que acontece no mundo mas podemos controlar a forma como reagimos a isso", frisou. Reforçou, ainda, que o problema é estrutural e que "é fundamental que as lideranças das instituições assumam no seu plano organizativo que a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores sejam uma parte integrante do desenvolvimento da organização". O psiquiatra relembrou ainda o "silêncio e a invisibilidade que a violência tem" e as consequências nefastas desse silêncio e defendeu que,

É preciso passar das palavras e dos planos à ação

Perante as agressões que têm acontecido, o bastonário da OM, Miguel Guimarães, lamenta que a violência física e psicológica contra os profissionais de saúde continue "sem uma solução robusta e estrutural que permita prevenir estas situações deploráveis" e frisa que as "promessas do Ministério da Saúde" não defendem os médicos e não trazem consequências legais para os agressores. Tal como foi referido pelo psiquiatra João Redondo na apresentação do PAPVSS, o bastonário da OM já havia apelado que se passe das palavras à ação: numa nota de imprensa do final de 2021, a OM insistiu na importância de medidas concretas, com caráter de urgência, que permitam proteger os profissionais de saúde, prevenindo situações de violência no local de trabalho. "Num Serviço Nacional de Saúde em que a fragilidade e a violência são uma realidade, as autoridades competentes têm a obrigação ética e jurídica de fazer mais para proteger e cuidar de quem trata e cuida de todos nós", sublinhou Miguel Guimarães numa nota de imprensa.

para que o tema ganhe voz, é fundamental que exista uma "resposta mínima" às vítimas e "portas de entrada à sinalização". "Nem toda a gente que vai trabalhar nesta área tem perfil para isto", alertou, lembrando o risco do fenómeno da contratransferência, pedindo especial cuidado para não corrermos o risco de se "normalizar" a violência.

"Tem que haver portas de entrada para a sinalização e respostas mínimas (...) que importa que ganhem visibilidade, concluiu acrescentando que medidas simples como a prevenção da "aglomeração de pessoas em espaços reduzidos" e evitar "longos tempos de espera", bem como evitar que "funcionários trabalhem isolados", ou que trabalhem excessivamente (lembrou dados de um estudo feito na SRCOM em 2015 onde se determinou que 45% dos médicos apresentavam exaustão) e incluir nos espaços físicos "rotas de fuga" e formas de comunicação rápida, 'pormenores' que podem ter um papel fulcral na diminuição das tensões existentes. "Este plano tem que ser integrado noutros planos" para que seja eficaz. "Se uma estratégia não funciona cria-se outra", concluiu.



Decisores políticos devem valorizar quem trabalha no SNS

Numa altura em que a pandemia está a criar de novo mais pressão no sistema de saúde e em que os doentes não COVID-19 continuam a não ver o acesso aos seus médicos de sempre totalmente reposto, a saúde voltou a concentrar a atenção mediática, sobretudo com a aproximação das eleições legislativas e apresentação dos programas políticos dos vários partidos. Numa entrevista à CNN o bastonário da Ordem dos Médicos defendeu que todos os partidos invistam no futuro do SNS, tornando prioritária a aposta no capital humano, isto é, nas pessoas que constroem o serviço público todos os dias.

TEXTO: FILIPE PARDAL

Numa entrevista à CNN Portugal, no mesmo dia em que viria a acontecer o debate televisivo entre António Costa e Rui Rio, o bastonário da Ordem dos Médicos falou sobre as respostas necessárias para atrair mais médicos e outros profissionais para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Miguel Guimarães reconheceu que "a questão central não é respondida" em nenhum dos programas. Por isso, o bastonário reforça que é vital para o futuro do SNS apostar mais nas pessoas que o constroem todos os dias e que essa deve ser a prioridade para todos os partidos.

"Temos um SNS a funcionar como funcionava há 42 anos. O SNS ainda não se adaptou àquilo que são as realidades atuais e o SNS para sobreviver tem de ser mais competitivo – e ser mais competitivo significa valorizar mais as pessoas que lá trabalham", disse o bastonário. No caso dos médicos, Miguel Guimarães exemplificou

que é urgente proporcionar melhores condições de trabalho, o que passa por permitir o acesso à inovação terapêutica e tecnológica, mas também prever tempo protegido para investigação no horário de trabalho.

Porém, alertou que também é preciso melhorar as remunerações, lembrando que quer no setor privado quer no estrangeiro são dadas outras hipóteses aos médicos que se tornam mais atrativas. Para o bastonário, as carreiras foram a génese do SNS e o futuro só pode ser mais positivo se investirmos verdadeiramente na progressão de quem todos os dias salva vidas, sendo que o que acaba por acontecer são atrasos na abertura dos concursos ou congelamentos permanentes das progressões.

Miguel Guimarães considera que é ilusório dizer que o SNS não precisa de mais dinheiro, mas apenas de mais gestão. "A rentabilidade que existe no SNS é de facto muito elevada, conseguimos fazer muito com pouco, basta pensar no combate à pandemia", destacou, apelando a que a governação e a liderança clínica possam ser exercidas de forma mais livre e autónoma para melhorar os cuidados proporcionados aos doentes e as condições de trabalho para os médicos e outros profissionais.

Em síntese, independentemente do que está inscrito em cada programa, o bastonário considera que de pouco serve enumerar projetos que se pretendem concretizar, esquecendo que para a sua concretização precisamos de capital humano. Miguel Guimarães deu como exemplo a eterna promessa de ambos os partidos de atribuir um médico de família a todos os portugueses e que está sempre a ser adiada por falta de vontade política de repensar a contratação pública.

Agravamento da falta de médicos de família

A falta de médicos de família nos cuidados de saúde primários em Portugal não é novidade. Desde há muito tempo que o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, tem vindo a alertar para este problema, contudo, a situação tem sido agravada com o maior número de infetados com Covid-19 desde o início da pandemia.

TEXTO: FILIPE PARDAL

Os médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) continuam a estar encarregues dos doentes que testam positivo ao Sars-CoV-2 (e que não necessitam de internamento), bem como pelos seus habituais doentes não Covid, que neste momento não estão a ter resposta total às suas necessidades. "Com a população cujos médicos já estavam desviados para a Covid ou que estavam de baixa, mais o milhão de pessoas que já não tinha médico atribuído, no total isto significa que há quase quatro milhões de portugueses por dia que não têm acesso a médico de família", afirmou Jorge Roque da Cunha, secretário-geral do Sindicato Independente dos Médicos em declarações ao Jornal Expresso.

A falta de acesso dos doentes não Covid aos médicos de família é uma das principais preocupações atuais do bastonário, expressa publicamente de forma reiterada, sem que a tutela nada altere. Miguel Guimarães considera que "já se deveria ter tomado medidas para proteger estes cidadãos no acesso aos cuidados de saúde e na assistência contínua", por ser quase "uma obrigação moral e ética que temos perante os cidadãos portugueses."

Nuno Jacinto, presidente da Associação Portuguesa de MGF, adiciona ainda a agravante de que "não estamos a ver os diabéticos ou os insuficientes cardíacos a quem ajustámos a terapêutica e que precisam de ser avaliados, nem a fazer as primeiras consultas de grávidas ou de recém-nascidos."

Em entrevista ao Diário de Notícias, Miguel Guimarães já tinha relembrado que "(...) os doentes com Covid que estão a ser seguidos em ambulatório já

são mais de 200 mil. É a estes que os médicos de família têm de ligar todos os dias para registar o seu estado na plataforma *Trace Covid*, mas à medida que o número de doentes aumenta, não só não conseguem ligar a todos como não conseguem ver os seus doentes habituais, que já estão a ficar para trás. E a maior parte dos doentes com Covid não precisam de ter um seguimento especial."

Neste contexto, também Nuno Jacinto defendeu que o acompanhamento feito a doentes assintomáticos ou com sintomas de gripe ligeira está a ser demasiado exacerbado. "Estamos (...) a telefonar a pessoas com uma gripe normal ou nem isso, apenas com nariz entupido e tosse ligeira, ou a confirmar autotestes nas Áreas Dedicadas para Doentes Respiratórios", afirmou, em declarações ao jornal Expresso.

Recorde-se que, aquando da discussão sobre o Orçamento do Estado, em outubro de 2021, já Miguel Guimarães defendia que o mesmo não cobriria as necessidades do SNS. Mais do que o dinheiro aplicado, o bastonário afirmava que interessava saber se dali a uns meses "todos os portugueses" teriam "médico de família". Infelizmente, os meses passaram e os resultados não são animadores.



Jorge Roque da Cunha alerta que há quase quatro milhões de portugueses por dia que não têm acesso a médico de família



OM preocupada com disruptões na emergência pré-hospitalar

Algumas semanas após o bastonário da Ordem dos Médicos ter enviado um ofício ao presidente do INEM questionando as centenas de horas que as VMER estavam inoperacionais, perante a notícia da morte de um recém-nascido, Miguel Guimarães – que havia questionado o que está a ser feito para ultrapassar as insuficiências e dificuldades de escala do INEM – lembrou que a emergência médica pré-hospitalar representa uma área fulcral para o sucesso do nosso sistema de saúde. O representante dos médicos deixou o apelo a uma investigação com vista a melhorar as insuficiências que venham a ser confirmadas.

A Ordem dos Médicos tomou conhecimento do que está a acontecer nas escalas das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), com as situações de inoperacionalidade a crescerem e a deixarem muitos cidadãos sem acesso a uma resposta de prontidão prioritária no âmbito do suporte avançado de vida – que tem permitido salvar milhares de vidas, numa linha da frente imprescindível tanto para os doentes COVID como não COVID.

A título de exemplo, no mês de dezembro, a Ordem dos Médicos teve conhecimento de que as VMER da Guarda, Covilhã e Castelo Branco estiveram centenas de horas inoperacionais em incumprimento da legislação em vigor. Esta situação é mais gravosa se tivermos em consideração o aumento de população nestas regiões por ocasião do Natal e Ano Novo e as inoperacionalidades nos mesmos períodos em várias zonas, impedindo a resposta em rede ou complementar.

O bastonário questionou o presidente do Conselho Diretivo do INEM, pedindo os mapas dos últimos seis meses das VMER de todo o país com o objetivo de perceber o que conduziu ao agravamento desta situação, bem como o que estão a fazer para restabelecer a normalidade. "A Emergência Médica Pré-Hospitalar representa uma área fulcral para o sucesso do nosso

sistema de saúde e um garante de equidade e qualidade para a população de todo o território nacional", lembrou Miguel Guimarães a este propósito.

Recorde-se que a legislação prevê que todos os Serviço de Urgência Polivalente têm que ter uma VMER em gestão integrada "não podendo ser posta em causa a operacionalidade do meio VMER, nem haver atraso na sua ativação, sendo esta da exclusiva responsabilidade do CODU do INEM". Os Conselhos de Administração dos hospitais e das Administrações Regionais de Saúde são também responsáveis pela mobilização de recursos humanos para garantia das escalas.

Infelizmente, apesar dos alertas da OM, no dia 28 de janeiro, a instituição viu-se confrontada com informações sobre a morte de um recém-nascido que acabou por ser transportado para o Hospital de Portalegre pelos bombeiros sem ter sido assistido pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Instituto Nacional de Emergência Médica. A OM considera que essas informações configuram uma situação muito grave que deve ser rapidamente investigada e esclarecida.

"A Ordem dos Médicos já alertou, por diversas vezes, que a Emergência Médica Pré-Hospitalar representa uma área fulcral para o sucesso do nosso sistema de saúde e que qualquer disrupção no funcionamento deste sistema pode ter consequências negativas e imprevisíveis na organização e resultados do Serviço Nacional de Saúde. A morte deste bebé tem de ser investigada até às últimas consequências para que todas as possíveis falhas sejam rapidamente corrigidas e a confiança da população na resposta de emergência seja restabelecida", afirmou o bastonário da Ordem dos Médicos.

"Temos conhecimento de vários buracos nas escalas das equipas médicas de suporte avançado de vida em várias zonas do país. Recordamos que são estas equipas que integram as VMER e que devem ser acionadas para situações mais delicadas, como a de Portalegre, pelo que nenhuma falha é admissível. Esta é uma área em que não podemos permitir falhas conjunturais, mas ainda menos estruturais", reforça Miguel Guimarães, que vai voltar a questionar o presidente do INEM sobre estas falhas.

A notícia desta triste circunstância surgiu apenas uma semana depois de o bastonário ter interpelado o presidente do INEM quanto aos problemas das

escalas em todo o país. À data dessas notícias o ofício da OM ainda não tinha merecido resposta do INEM. A OM considera crítico conhecer as escalas e cruzar esses dados com o número de casos em que o apoio das equipas das VMER teria sido o mais adequado, mas em que não foi acionado por falta de disponibilidade de meios.

A Ordem dos Médicos já alertou, por diversas vezes, que a Emergência Médica Pré-Hospitalar representa uma área fulcral para o sucesso do nosso sistema de saúde e que qualquer disrupção no funcionamento deste sistema pode ter consequências negativas e imprevisíveis na organização e resultados do Serviço Nacional de Saúde - Miguel Guimarães, bastonário da OM

Saúde em dia: só se todos tivermos médico de família!

O bastonário da Ordem dos Médicos participou no webinar “Saúde em Dia?”, promovido pela Universidade Portucalense, onde abordou os efeitos nefastos da pandemia no acesso a cuidados de saúde. Miguel Guimarães lamentou que exista “mais de um milhão de pessoas sem médico de família” e que, apesar das múltiplas promessas políticas, o problema não seja resolvido. Para solucionar a falta de especialistas no SNS, o bastonário defende que a tutela contrate médicos do setor privado e social de forma a garantir o acesso a todos os portugueses.

TEXTO: PAULA FORTUNATO

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, encerrou o ciclo de seminários “Os Caminhos da Nação”, organizado pela Universidade Portucalense (UPT), no dia 14 de janeiro, com o webinar “Saúde em Dia?”. Perante o mote do encontro, o bastonário não hesitou em responder que esse desígnio só se alcançará com melhor acesso, começando pelo nível dos cuidados de saúde primários. Miguel Guimarães lamentou que exista “mais de um milhão de pessoas sem médico de família”, sem que o problema seja resolvido, “apesar das promessas” políticas mais ou menos constantes. “Até termos os médicos suficientes dentro do SNS é possível fazer acordos” com

profissionais que exerçam no setor privado e social para que ninguém fique excluído, defendeu. Com o objetivo de analisar a saúde dos portugueses à luz das consequências da pandemia e os desafios que o setor e os profissionais de saúde irão enfrentar, Miguel Guimarães fez uma análise muito concreta dos números, defendendo que “precisamos de ter cuidados de saúde primários fortes porque são a base do nosso serviço de saúde”, mas sem escamotear que a pandemia teve consequências em todos os níveis de cuidados: “se olharmos para os cuidados de saúde hospitalares, entre janeiro e agosto de 2021, foram feitas mais 5% de consultas do que em 2019. Mas se olharmos para 2020, fizemos menos 20% de primeiras consultas do que quando comparado com 2019”, uma contabilidade que significa que em 2021 “já começamos a estar em linha com 2019, mas aquilo que se deixou de fazer em 2020 não foi ainda recuperado”, alerta. “Aliás, muitas coisas já não serão recuperadas”, lamentou representante dos médicos. “Se olharmos apenas para os números”, prosseguiu, “juntando 2019, 2020 e 2021 verificamos que temos 530 mil primeiras consultas por recuperar” e “116.352 cirurgias por realizar”, uma realidade que preocupa Miguel Guimarães pois essas podem ser consultas determinantes no percurso de saúde dos nossos cidadãos. “Já fizemos em 2021 mais 1,26% de cirurgias do que em 2019” mas, mais uma vez, ainda não é suficiente, tal como não é suficiente o que se fez na área dos rastreios oncológicos em que 450 mil pessoas não realizaram qualquer rastreio.

Neste evento, com a moderação de Paulo de Moraes, docente e investigador da UPT, o representante de todos os médicos focou a sua atenção nos cuidados de saúde primários, lamentando o facto de haver tantos portugueses sem médico de família. Para o bastonário enquanto não existirem esses recursos humanos especializados em número suficiente, é dever da tutela contratar com médicos dos outros setores os serviços suficientes para garantir



O docente e investigador da UPT Paulo Morais moderou este encontro que teve a participação do bastonário da Ordem dos Médicos

o acesso a cuidados de saúde, direito constitucional inalienável. Em fevereiro de 2019 eram 688 mil os utentes sem médico de família, em junho de 2021 o número ascendia a 850 mil, em julho de 2021 passou para 1.1 milhão e, neste momento, eleva-se a mais de 1.2 milhões de utentes sem esse acompanhamento essencial. "É uma situação complexa que já devia estar resolvida há muito tempo. Uma situação que faz sempre parte daquilo que são as promessas eleitorais dos vários partidos políticos que se candidatam às eleições legislativas, e nomeadamente os dois principais partidos políticos - o PS e o PSD - mas é uma situação que continua sem ser resolvida". Perante as críticas de falta de médicos, o bastonário não hesita em contrapor os números da realidade: "há mais de 1.500 médicos de família a trabalhar exclusivamente no setor privado ou social", sendo que "para termos cobertura nos cuidados de saúde primários para esses utentes, bastavam-nos 600 médicos de família", enquadrou. Reconhecendo a importância deste acompanhamento do médico de família na prevenção da doença, na promoção da saúde, mas também no diagnóstico precoce ou no acompanhamento do doente crónico, Miguel Guimarães é muito crítico da opção política que afastou por demasiado tempo os médicos de famílias dos seus doentes, colocando-os em funções exclusivas de combate à pandemia (ver reportagem na página 14 e seguintes).

"É preciso libertar os médicos de famílias para os doentes não-COVID", defendeu Miguel Guimarães, lamentando que os colegas se sintam de tal forma desrespeitados pela tutela que acabam por sair do SNS.



António Cotrim - Cortesia Lusa

"Há mais de 1.500 médicos de família a trabalhar exclusivamente no setor privado ou social" (...) mas "para termos cobertura nos cuidados de saúde primários para esses utentes [mais de 1.2 milhões de utentes sem acompanhamento], bastavam-nos 600 médicos de família"

— Miguel Guimarães, bastonário da OM

A importância dos cuidados de saúde primários no tratamento das pessoas com diabetes



João Valente Nabais
Vice-Presidente da International Diabetes Federation, professor da Universidade de Évora, Assessor da direção da APDP; Licenciado em química tecnológica e doutorado em preparação e modificação de fibras de carbono ativadas a partir de fibras têxteis acrílicas

O tratamento das pessoas com diabetes deve incorporar uma visão holística que vai muito além da farmacologia e afins. Deve considerar outros factores, de igual importância, tais como a actividade física, o bem-estar emocional e psicológico e a presença de outras doenças. Sendo a diabetes uma doença crónica, o seu tratamento implica um seguimento médico de longa duração, onde o conhecimento da pessoa e do seu contexto familiar e profissional se torna relevante, sempre ancorado na empatia, confiança e abertura para discutir todos os assuntos. Só com uma equipa multidisciplinar sediada nos cuidados de saúde primários dedicada à diabetes, onde o profissional de Medicina Geral e Familiar tem lugar central, é possível atingir os resultados desejados no tratamento das pessoas com diabetes.

É necessário que cada pessoa com diabetes, e a sua família, tenha um médico de família atribuído que consiga perceber todos os aspectos da visão holística acima mencionada, em particular os aspectos psicosociais.

Esta centralidade na pessoa e na família é de extrema importância, pois são as pessoas com diabetes, e os que mais perto dela estão, que desempenham um papel primordial no tratamento da diabetes. Não devemos esquecer que a pessoa vive 24h com a sua diabetes e, portanto, é ela que toma as decisões no seu dia-a-dia. Neste aspecto, a família tem também uma importância relevante, pois a diabetes, como a maioria das doenças crónicas, implica mudanças de hábitos e preocupações adicionais para toda a família. É fundamental que a família seja envolvida, sendo os cuidados de saúde primários o ambiente de excelência para esse envolvimento e para fornecer aos técnicos de saúde as informações necessárias para atingir um nível de tratamento optimizado.

A larga maioria do Universo de pessoas com diabetes seguidos nos cuidados primários são pessoas com diabetes tipo 2, pois as pessoas com diabetes tipo 1 são atendidas primordialmente nos hospitais ou centros clínicos especializados no tratamento da diabetes, tal como a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP). Contudo, mesmo estes últimos devem periodicamente consultar o seu médico de família para que haja também a este nível um acompanhamento da situação. Neste aspecto, posso dar o meu contributo pessoal, pois vivendo com diabetes tipo 1 há 40 anos e tendo um tratamento de excelência na APDP, não prescindo de ter, pelo menos, uma consulta anual com o meu médico de família para falar sobre a diabetes e fazer o necessário acompanhamento clínico. É também nesta consulta que é feita a observação dos pés pela enfermeira de família. Esta observação é fundamental para a detecção precoce de eventuais problemas de neuropatia e é ainda

tão necessária na actualidade para ajudar a melhorar os indicadores em saúde neste campo, pois a diabetes continua a ser a maior causa não traumática de amputações.

O acompanhamento pelo médico de família é também fundamental para potenciar estilos de vida saudáveis que permitam retardar o surgimento da diabetes tipo 2 e efectuar a detecção precoce da diabetes e das complicações da diabetes. É de relembrar que no relatório de 2019 do Observatório Nacional da Diabetes era indicado que 44% das pessoas já com diabetes ainda não tinham sido diagnosticadas.

Uma parte da população com diabetes tipo 2 apresenta mais do que uma doença crónica, em particular a população mais idosa, e, portanto, o médico de família, pela sua universalidade, pode prestar um apoio ímpar.

Os cuidados de saúde primários devem trabalhar em conjunto com as associações de pessoas com diabetes, tal como com as câmaras municipais, para que a rede de apoio seja incrementada, conseguindo ter uma intervenção mais constante e eficaz. A promoção conjunta de actividades de educação terapêutica, lúdicas e de promoção de actividade física é algo que deve ser implementado e incentivado.



Esta centralidade na pessoa e na família é de extrema importância, pois são as pessoas com diabetes, e os que mais perto dela estão, que desempenham um papel primordial no tratamento da diabetes. Não devemos esquecer que a pessoa vive 24h com a sua diabetes e, portanto, é ela que toma as decisões no seu dia-a-dia. Neste aspecto, a família tem também uma importância relevante, pois a diabetes, como a maioria das doenças crónicas, implica mudanças de hábitos e preocupações adicionais para toda a família. É fundamental que a família seja envolvida, sendo os cuidados de saúde primários o ambiente de excelência para esse envolvimento e para fornecer aos técnicos de saúde as informações necessárias para atingir um nível de tratamento optimizado.



Colégio da Especialidade de Radioncologia



Quais são as prioridades de Radioncologia para este triénio?

É importante garantir que os cuidados de saúde obedeçam o mais elevado rigor científico com cumprimento das linhas de orientação e controlo de qualidade. É preciso também melhorar a literacia dos utentes e disseminar as melhores práticas aos profissionais, com ênfase na inovação que faz sentido. Uma utilização mais racional dos recursos humanos e tecnológicos é fundamental para melhorar o funcionamento dos serviços.



Que consequências é que a pandemia teve na formação contínua dos especialistas e dos internos?

Estágios incluídos na formação específica foram, em muitos casos adiados, cancelados ou interrompidos e nalgumas instituições, os internos de Radioncologia foram recrutados para outros serviços ou atividades COVID. O cancelamento de congressos teve impacto negativo na formação tanto de internos como de especialistas. Incorporar as formações on-line em uma rotina assistencial tem sido um desafio.



Houve muitas restrições na atividade para fazer face à pandemia?

Os tratamentos oncológicos com radioterapia não foram interrompidos na pandemia, mesmo com alguma priorização no primeiro confinamento. Preocupa-nos, entretanto, que o compromisso do rastreio oncológico leve à migração de estádios e aumento da demanda. Uma gestão da lista dos inscritos para radioterapia no país poderia otimizar recursos da capacidade instalada e garantir melhor equidade de acesso.



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

Os principais desafios estão na deterioração das condições de trabalho. Apesar de existir uma tremenda inovação na área, tem-se assistido a uma crescente desmotivação profissional, relacionada à degradação da carreira e suas condições, uma distribuição assimétrica de recursos humanos que aumenta a pressão assistencial em alguns centros, e à crónica falta de incentivos à atividade de investigação.



Temos médicos especialistas suficientes?

O país tem 130-140 especialistas em atividade e 36 internos em formação. Não há recomendações sobre as necessidades de radioncologistas para a população portuguesa, mas a média europeia publicada em 2014 era de 12,8/milhão hab. Assim, apesar do país ter rácio equivalente à UE, pode não ser suficiente para dar resposta às assimetrias de distribuição territorial e ao acumular de tarefas não assistenciais consumidoras de tempo.



Colégio da Especialidade de Neurocirurgia

01

Quais são as prioridades da Especialidade de Neurocirurgia para este triénio?

Manter a qualidade assistencial, a idoneidade formativa dos serviços e o rigor na avaliação dos IFE e dos especialistas, valorizando a diferenciação. Fomentar a extensão territorial da NC, assegurando equipamento técnico e corpos clínicos para manter nível um desempenho adequado. No imediato reforçar a neurocirurgia nos Açores. Reforçar a cooperação com os cuidados primários de saúde.

02

Quais foram os principais desafios que a pandemia de COVID-19 trouxe à especialidade que representa?

Diminuição de cirurgias, por desvio de recursos para a pandemia, nomeadamente UCI, anestesiologia e enfermagem, também dificuldades no recurso dos doentes a hospitais e na referência a consultas, com agravamento dos problemas crónicos de acesso com atrasos na resolução de situações graves, aumento de listas de espera e limitação na formação dos IFE e na diferenciação dos especialistas.

03

Que avanços podemos esperar nesta área para a próxima década?

Progressos nas técnicas, como neuronavegação, imagiologia pré e intraoperatória, monitorização neurofisiológica, microscopia cirúrgica, endoscopia, imunofluorescência. A médio prazo robótica intraoperatória e inteligência artificial como auxílio à decisão clínica. Avanços na formação pela melhoria dos equipamentos, do controlo de resultados e uso de técnicas de simulação cirúrgica.

04

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

Adaptação a avanços técnicos, com aprendizagem permanente e alteração de paradigmas, substituindo procedimentos habituais por novas técnicas. Limitação na diferenciação tecnológica por contenção de despesas, no SNS e instituições privadas, fonte de assimetrias assistenciais e desmotivação dos médicos. Dificuldades de formação no SNS por saída de especialistas e crescente dicotomia público-privado.

05

Temos médicos especialistas suficientes?

Sim. Temos 247 neurocirurgiões, 1:41800 habitantes, quando a média europeia é 1:85000; mesmo no SNS são 133, 1:77800. Assim as dificuldades de acesso não podem ser atribuídas a falta de especialistas. Não temos dúvida que nas cirurgias no SNS o problema são limitações logísticas – número de blocos, anestesiologia, enfermagem, cuidados intensivos; nas consultas a sobrecarga pela referência de doentes sem patologia significativa.

Saber mais sobre doenças raras: “É um serviço que posso dar à comunidade”

Vencedora de uma das Medalhas de Honra L'Oréal Portugal para as Mulheres na Ciência, a investigadora Sara Carvalhal viu o seu trabalho reconhecido por ter permitido alcançar novos – e surpreendentes – resultados no campo das doenças raras, neste caso através de uma investigação que tenta perceber qual é a influência da mitose na formação de cérebros mais pequenos do que o normal (microcefalia).

TEXTO: MÁRCIA MENDONÇA



A sua jornada no campo das doenças raras associadas a microcefalia, veio a ter início no seu projeto de pós-doutoramento, desenvolvido no Instituto Gulbenkian de Ciência, no laboratório Dinâmica dos Cromossomas, liderado por Raquel Oliveira. "Através do estudo na ciência fundamental, ao olhar para os embriões de mosca, procurava saber como é que a coesina, que no fundo funciona como a cola dos cromossomas, era importante para a multiplicação das células", explicou. A pergunta de partida da investigadora era saber "qual seria o impacto das diferentes quantidades de coesina" nesses processos. "Surpreendentemente, viemos a descobrir que na perda de coesina, mesmo que seja um valor muito alto, os cromossomas continuam juntos", conta-nos. No entanto, esclarece que já há algum impacto no processo quando as células se estão a dividir, resultando em problemas inesperados. "Isto abriu uma nova perspetiva: como é que nós conseguíramos interpretar estes resultados em doenças em que os níveis de coesina estão afetados", clarificou Sara Carvalhal.

Após a descoberta, Sara quis saber se o mesmo processo se verificava em doenças humanas, principalmente, em doenças raras. "Sabe-se que a coesina e os seus reguladores estão muito mutados em vários cancros - onde há várias mutações a acontecer ao mesmo tempo - mas também em doenças raras monogénicas.", realçou. Por isso, a investigadora quis estudar como é que as mutações desse gene originam erros na mitose.

Sara conta que a sua supervisora, Raquel Oliveira, a incentivou a levar mais longe a sua descoberta e a criar uma linha que pudesse chamar de sua. Enquanto ainda estava a trabalhar no laboratório de Raquel Oliveira, contactou Job de Lange e Rob M. F. Wolthuis que têm ambos o seu laboratório no *Amsterdam UMC Department of Human Genetics* e que considera serem os "experts a nível europeu em coesinopatia", em busca de células nas quais pudesse comparar os seus estudos. "Enviaram estas células de pacientes com diferentes coesinopatias, e enviaram-me também uma linha celular onde na altura nem sequer sabiam qual era o gene que estava alterado." Foi, precisamente, esta linha celular proveniente de um doente portador de microcefalia, que veio a dar origem a uma grande descoberta. "Mais tarde, viemos a descobrir que o gene alterado neste paciente era o BUB1, o que foi uma

grande surpresa para todos porque não sabíamos que era possível! Na altura questionámo-nos como é uma das proteínas clássicas no estudo de mitose, e que nós sabemos que é importante para vários aspectos da divisão, poderia estar afetada neste contexto." Após esta descoberta, "começámo-nos a focar no estudo sobre como é que as mutações nesta proteína poderiam dar origem a um organismo viável, neste caso o paciente. Na altura, conseguimos descobrir outro paciente na Áustria, que também tinha uma mutação no BUB1 e, a partir daí, começámos a estudar ambos e comparar as mutações entre si".

No que toca ao impacto desta realidade na medicina, Sara refere que "através desta descoberta é possível ter-se uma maior percepção da probabilidade destes doentes desenvolverem, ou não, cancro, que era numa das coisas que nós pensáramos automaticamente". Contudo, em relação ao impacto no tratamento destes doentes admite que "ainda estamos um bocadinho longe desse ponto, a melhor contribuição a nível científico que estes dois pacientes permitiram é que trouxeram um novo gene para ser usado para diagnóstico de microcefalia porque são muito poucos os pacientes que têm acesso a que o seu genoma seja sequenciado na totalidade. Então, o facto de darmos um novo gene para diagnóstico de microcefalia, é a maior contribuição que eles podem dar. No imediato, foi criada mais uma ferramenta de diagnóstico."

A nível pessoal, Sara admite que se sente honrada por lhe terem enviado e partilhado as células consigo. "Eu no fundo sou apenas um par de mãos neste trabalho, claro que quero continuar a investigar doenças raras e continuar a compreender como é que a mitose está afetada nas doenças raras. Contudo, não deixa de ser apenas o meu trabalho, é uma enorme honra que eles tenham acreditado e que tenhamos desenvolvido este projeto."

Questionada sobre futuros projetos na área das doenças raras, confessa que "as doenças raras nunca foram o principal objetivo de estudo", no entanto, conclui que estudar doenças raras é muito natural tendo em conta o seu percurso. "Se eu conseguir contribuir para a evolução da informação que dispomos sobre doenças raras, por um lado estou a saciar uma curiosidade pessoal e, por outro, é um serviço que posso dar à comunidade, tornando-se uma união entre os dois."

Gabinete de Crise para a COVID-19 da Ordem dos Médicos Antecipar, planear, resolver



Em janeiro de 2022 assinalam-se dois anos da criação do Gabinete de Crise da Ordem dos Médicos (OM) para a COVID-19, pensado e dinamizado pelo bastonário, Miguel Guimarães, e coordenado pelo pneumologista Filipe Froes. O Gabinete de Crise nasceu em janeiro de 2020, numa altura em que a Organização Mundial de Saúde ainda não tinha declarado a pandemia e ainda não se tinha registado nenhum caso positivo em Portugal – o primeiro caso no nosso país só viria a ser detetado em março de 2020.

O Gabinete contou em diversos momentos, ao longo destes dois anos, com os contributos de médicos especialistas de várias áreas, designados a nível nacional. Além do bastonário e de Filipe Froes, este grupo foi enriquecido com o trabalho de António Sarmento, Carlos Robalo Cordeiro, António Diniz, Vítor Almeida, Patrícia Pacheco, Rubina Correia, Luís Cadinha, Rui Nunes, Carla Rêgo, Carla Araújo, Luís Varandas, Ricardo Mexia, Luísa Sales, António Vaz Carneiro, José Poças e Ana Maria Correia. Só com um trabalho de equipa coordenado e multidisciplinar entre estes especialistas

foi possível contribuir, desde o primeiro momento, para acompanhar as melhores práticas internacionais e nacionais e para recomendar que Portugal adotasse as medidas mais prementes de combate ao crescimento do então novo coronavírus, sem esquecer as outras doenças que continuavam a exigir resposta.

Numa fase inicial, Filipe Froes, coordenador do Gabinete de Crise, alertou para o facto de Portugal não estar, à data, preparado para uma pandemia já que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) apresentava um subfinanciamento crónico que resulta em poucos recursos, poucas camas e pouca capacidade de resposta, nomeadamente pela escassez de recursos humanos e desatualização de muitas das suas infraestruturas e equipamentos.

O Gabinete atuou em consonância com o bastonário em várias vertentes, desde o encerramento das escolas à defesa da utilização das máscaras em espaços interiores e exteriores, passando pela defesa da vacinação em grandes centros e priorizando o critério da idade, entre outros momentos marcantes em que estes

especialistas anteciparam o que veio a ser necessário. Além disso, através da proposta do Gabinete de Crise, foi possível criar sinergias com o Instituto Superior Técnico para desenvolver o Indicador de Acompanhamento da Pandemia (IAP), atualizado diariamente no site da OM, que serviu como uma alternativa à matriz de risco utilizada pelo Governo e que permitiu acompanhar de forma mais rápida e completa o impacto da pandemia, ajustando as medidas de contenção necessárias à realidade sanitária atual. Durante estes dois anos o Gabinete de Crise emitiu largas dezenas de comunicados que continham recomendações, tanto orientadas para a população, como para as entidades oficiais. Estes comunicados foram fulcrais para a gestão da pandemia nas suas diferentes fases e nos seus diferentes desafios, como é exemplo a contenção de aglomerações nos eventos e festividades de massas. O Gabinete de Crise apelou a que fossem respeitadas as medidas de prevenção da transmissão do SARS-CoV-2, de forma a salvaguardar infeções em pessoas mais vulneráveis – como idosos e doentes crónicos –, e também, de forma a evitar o colapso do SNS.

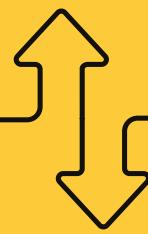


O bastonário contou também com a ajuda deste Gabinete de Crise para desempenhar um papel primordial no apelo à vacinação em Portugal. Defendendo um plano de vacinação que conferisse prioridade aos profissionais de saúde, para que pudessem continuar

a trabalhar em prol da população, e aos grupos de risco, ou seja, aos cidadãos com maior probabilidade de desenvolver maiores complicações associadas à doença, quer seja pela sua idade, quer pelas patologias de que já sofriam. Tudo isto apelando, simultaneamente, para que se seguisse uma adesão em massa à vacinação, relembrando que só assim seria exequível atingir uma imunidade de grupo ou, pelo menos, proteger os mais frágeis. “Ninguém está seguro até estarmos todos seguros”, sublinhou por diversas vezes Miguel Guimarães. Além do apelo à vacinação, a Ordem tranquilizou a população, com base na ciência e na melhor evidência científica disponível, acerca da segurança de todas as vacinas autorizadas em Portugal, bem como evidenciou a respetiva taxa elevada de eficácia na prevenção da doença grave.

No entanto, de uma forma geral, as recomendações e propostas do Gabinete foram acolhidas quase sempre com atraso pelas entidades públicas. Miguel Guimarães criticou várias vezes, em sede própria, o facto de a OM nunca ter sido convocada para participar nos encontros entre políticos e especialistas no Infarmed, apesar de ter estado sempre disponível e ter provado, mais uma vez, ser uma entidade preparada e competente no que diz respeito às decisões que tinham de ser tomadas.

O Gabinete de Crise foi uma estrutura determinante nos alertas que lançou e nas recomendações que fez, para garantir que Portugal respondia melhor a esta emergência de saúde pública internacional. Foram vários os momentos em que o Gabinete de Crise da Ordem dos Médicos marcou a diferença, nomeadamente, antecipando ações necessárias, apelando à testagem regular, ao reforço da saúde pública para quebrar cadeias de transmissão e à vacinação em massa. Contribuiu de forma única para o esclarecimento da população e para a adesão às medidas indispensáveis em cada momento, tendo sido uma das estruturas mais sólidas e consistentes na forma como acompanhou as diferentes fases da pandemia.



Lesões na medula podem vir a ser revertidas

Cientistas do Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S) da Universidade do Porto descobriram o primeiro mamífero capaz de regenerar o seu sistema nervoso central, uma descoberta que abre caminho para o tratamento de paralisia dos membros em humanos. A investigação – que foi desenvolvida durante quatro anos – revelou que o ratinho espinhoso africano, *Acomys cahirinus*, consegue recuperar a mobilidade após lesão na medula, mecanismo que é desconhecido noutros mamíferos. Em causa está a capacidade relacionada com a sua biossíntese, que forma proteínas com uma assinatura de açúcares específica, que permite a regeneração de lesões. O *Acomys cahirinus* desenvolve "um tecido pró-regenerativo sem cicatrizes no local da lesão, que é mais transponível e ativa a produção de uma enzima, a β 3gnt7, que funciona como um potenciador do crescimento de axónios", lia-se em comunicado.

Bolsas para prevenção do cancro em Cuidados de Saúde Primários

A Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) e a Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB) lançaram oito bolsas de investigação clínica em Oncologia nos Cuidados de Saúde Primários, cada uma no valor de 6.000€. As bolsas permitirão às equipas desenvolverem, em Portugal, um projeto de investigação na área da prevenção do cancro em Cuidados de Saúde Primários. Os projetos devem ser direcionados para promoção da saúde e prevenção primária da doença, nomeadamente através da educação para estilos de vida saudáveis; promoção da saúde e prevenção secundária da doença, nomeadamente através do diagnóstico precoce; diminuição da mortalidade e da morbidade por cancro; melhoria da qualidade de vida e dos cuidados prestados aos doentes. O concurso é destinado a todas as tipologias de unidades de Cuidados de Saúde Primários em Portugal. "A enorme importância dos Cuidados de Saúde Primários em todos os níveis de prevenção em Oncologia justificam que a LPCC e a AICIB se associem e os coloquem como destinatários de mais um incentivo para a investigação na área", afirma o Professor Vítor Rodrigues, Presidente da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Novas terapias para tumores pediátricos do sistema nervoso central

O projeto, intitulado "Ex-Brain – Organoides ex-vivo 3D para medicina de precisão em tumores pediátricos do sistema nervoso central", visa produzir organoides ex-vivo a partir de material cirúrgico de tumores do sistema nervoso central pediátricos.

Além de Investigadores do Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S) da Universidade do Porto, a equipa inclui também elementos do Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (Ipatimup) e médicos especialistas do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ).

HUMAN BODY SYSTEMS



**QUE ANÁLISE FAZ DA
FALTA DE ACESSO
AOS MÉDICOS DE
FAMÍLIA QUE SE
AGRAVOU COM A
PANDEMIA?**



Um cidadão sem médico de família, e sem seguro de saúde, ou não recorre a qualquer ajuda médica, pondo a sua saúde em risco, ou recorre à urgência dos hospitais, levando ao seu entupimento. Opções que colocam em causa a saúde da população. A falta de acesso tem de ser resolvida imediatamente.

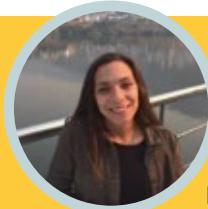
Joana Ribeiro – Técnica Superior de Contabilidade

Especialistas portugueses recebem ameaças

Ameaças de morte, de agressão e insultos são alguns exemplos daquilo a que se sujeitam alguns especialistas portugueses ao procurarem aumentar a literacia em saúde. Seis destes especialistas relataram à CNN Portugal que receberam mensagens agressivas depois de defenderem a vacinação, em especial nas crianças, ou depois de proporem confinamentos ou explicarem os perigos do Sars-CoV-2. O fenómeno da violência contra cientistas ocorre em todo o mundo e Portugal não é, infelizmente, exceção: "mereces uma tareia", "serás julgado", "é um nazi", "sei onde moras", "cuidado com os teus filhos". São inúmeras as mensagens que cientistas portugueses receberam depois de tomarem posições públicas pró-saúde desde o início da pandemia. O principal veículo deste tipo de violência são as redes sociais. Os especialistas falaram abertamente do tipo de pressões de que são alvo e como lidam com essas situações. Na reportagem que foi transmitida na CNN Portugal, no dia 4 de janeiro, refere-se a preocupação com as atitudes anti-ciência, mas também alguma apreensão perante os riscos que correm os nossos cientistas com maior exposição pública.

Realizados menos seis mil "testes do pezinho"

Foram realizados menos 6058 "testes do pezinho" nos primeiros onze meses de 2021, comparando com o mesmo período de 2020. Os dados, divulgados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge mostram que, entre janeiro e novembro, foram feitos 72 316 "testes do pezinho" contra os mais de 78 mil rastreios de período homólogo de 2020.



A falta de médicos de família tem consequências enormes na saúde da população portuguesa, das quais a principal será o tempo de espera para conseguir uma consulta para um problema, que hoje poderia ter solução, mas daqui a seis meses já não terá. Tornar a carreira mais atrativa e com mais condições de trabalho atenuaria sem dúvida o problema!
Beatriz Mendonça – Técnica Superior na Área Financeira

10% dos portugueses com 80 ou mais anos sem reforço

De acordo com os dados analisados pela Rádio Renascença, mais de 10% dos portugueses com idade igual ou superior a 80 anos ainda não recebeu a dose de reforço da vacina contra a COVID-19. Na faixa dos 50-59 anos a cobertura vacinal da terceira dose é de apenas 30%. Portugal está fora do "top 10" europeu no que respeita à percentagem de população inoculada nesta fase depois de, inicialmente, ter sido apontado como referência mundial. O bastonário da Ordem dos Médicos considera que o desempenho modesto de Portugal no reforço da vacinação contra a COVID-19 se explica com o travão a fundo no processo, após a saída de Henrique Gouveia e Melo da coordenação da *task force*.

Açúcar e sal adicionados a alimentos para crianças

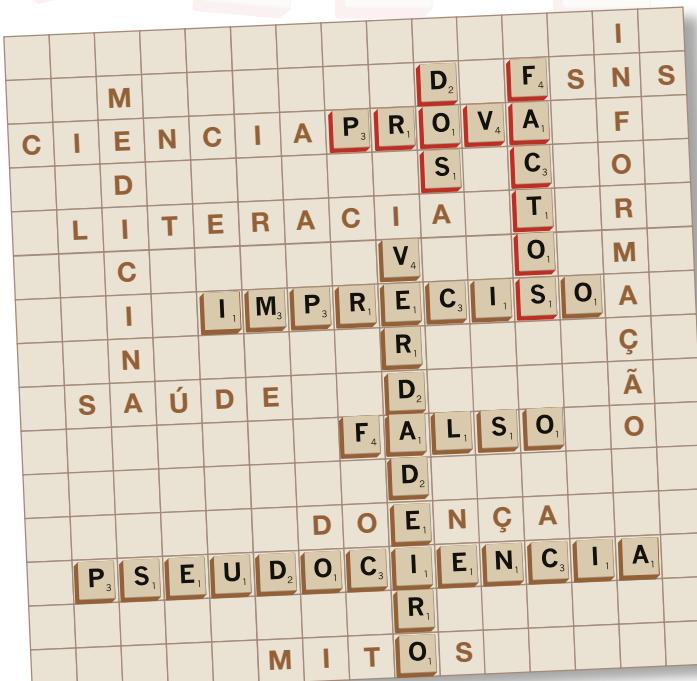
De acordo com um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, mais de metade dos produtos alimentares para crianças não cumprem todos os critérios nutricionais recomendados pela Organização Mundial de Saúde, especialmente por incluir adição de açúcar ou adoçantes e sal. No estudo foram avaliados 138 alimentos complementares para crianças dos 6 aos 36 meses, rotulados como adequados para essas idades, concluindo-se que parte deles (69%) não cumpria todos os critérios e tinha adicionado açúcar ou sal.



A COVID-19 trouxe consigo a relutância dos cidadãos a deslocarem-se às unidades de saúde e além disso, o esforço em facilitar a vacinação, de forma a controlar a pandemia, acabou por dificultar o acesso aos cuidados de saúde primários. A falta de acesso a médicos de família é uma questão que deve ser solucionada como um modo de apoio a todas as famílias.
Miguel Pereira – Estudante de licenciatura em Direito



PROVA DOS FACTOS



PESQUISA: MÁRCIA MENDONÇA



Óxido de etileno utilizado na esterilização de zaragatoas é "altamente cancerígeno"?

Um site de origem brasileira conhecido por difundir *fake news* sobre a COVID-19, alegou que os testes PCR são feitos com um cotonete impregnado de óxido de etileno, uma substância apontada como altamente cancerígena. Apesar de muitas zaragatoas serem esterilizadas com óxido de etileno, a informação é falsa. As zaragatoas passam por um processo de descontaminação altamente controlado para que o gás seja eliminado dos produtos, tratando-se de um método de esterilização importante utilizado para manter os dispositivos médicos seguros, segundo a *Food and Drug Administration* dos EUA.



Em janeiro de 2022 registam-se cinco vezes menos mortes do que em janeiro de 2021?

Em janeiro de 2022 foram levantadas questões acerca da eficácia das vacinas contra a COVID-19 uma vez que o número de casos positivos ao vírus foi o mais alto em quase 2 anos de pandemia.

Nesse sentido, numa publicação no Facebook afirmou-se que em Portugal, no período de 1 a 12 de janeiro de 2022, morreram 226 pessoas por COVID-19, enquanto no mesmo período de 2021, morreram 1174 pessoas. De acordo com os dados disponíveis na página da Direção-Geral da Saúde, os números apresentados estão corretos, confirmando-se que entre janeiro de 2022 registaram-se cinco vezes menos mortes do que em janeiro de 2021.



Beber água em jejum previne e trata doenças?

Nas redes sociais circulam com frequência publicações com tratamentos milagrosos.

Numa dessas publicações alega-se que, segundo a medicina japonesa, beber água em jejum cura várias doenças, desde problemas cardíacos, cancro, diabetes, entre outras. A verdade é que beber água apresenta inúmeros benéficos, quer seja em jejum ou não, sendo indispensável para a sobrevivência humana.

Contudo, não existe evidência científica que comprove que o consumo de água em jejum cure qualquer tipo de doença, apesar de o seu consumo ser um aliado para um estilo de vida saudável.



1 de junho de 2017 - BEBER ÁGUA COM O ESTÔMAGO VAZIO
Quanto mais se sabe, maiores hipóteses de sobrevivência...

Um cardiologista diz que se todos que recebem esta mensagem, a enviarem a pelo menos uma das pessoas que conhecem, pode ter a certeza de que, pelo menos, poderá salvar uma vida.

Beber água com estômago vazio.
Hoje é muito popular, no Japão, beber água imediatamente ao acordar. Além disso, a evidência científica tem demonstrado estes valores. Abaixo divulgamos uma descrição da utilização da água para os nossos leitores.

Para doenças antigas e modernas, este tratamento com água tem sido muito bem sucedido...

Para a sociedade médica japonesa, uma cura de até 100% para as seguintes doenças:

Dores de cabeça, dores no corpo, problemas cardíacos, artrite, taquicardia, epilepsia, excesso de gordura, bronquite, asma, tuberculose, meningite, problemas do aparelho urinário e doenças renais, vímitos, gastrite, diarreia, diabetes, hemorroidas, todas as doenças oculares, obstrução, útero, câncer e distúrbios menstruais, doenças de ouvido, nariz e garganta.

Método de tratamento:

1. De manhã e antes de escovar os dentes, beber 2 copos de água.
2. Escovar os dentes, mas não comer ou beber nada durante 15 minutos.
3. Após 15 minutos, você pode comer e beber normalmente.
4. Depois do lanche, almoço e jantar não se deve comer ou beber nada durante 2 horas.
5. Pessoas idosas ou dentes que não podem beber 2 copos de água, no inicio podem começar por tomar um copo de água e aumentar gradualmente.
6. O método de tratamento cura os dentes e permite aos outros desfrutar de uma vida mais saudável.

A lista que se segue apresenta o número de dias de tratamento que requer a cura das principais doenças:

1. Pressão Alta - 30 dias
2. Gastrite - 10 dias
3. Diabetes - 30 dias
4. Obstipação - 10 dias
5. Câncer - 180 dias
6. Tuberculose - 90 dias
7. Os dentes com artrite devem continuar o tratamento por apenas 3 dias na primeira semana e, desde a segunda semana, diariamente.

FALSO

25 de dezembro às 18:01 ·

Escrito há 78 anos e parece que foi hoje!!!
 "Um jovem diabo perguntou a um velho homem: Como é que conseguiste trazer tantas almas para o inferno? O velho diabo respondeu: Eu despertei neles medo! O jovem respondeu: Ótimo trabalho! E eles tinham medo de quê? Guerras? Fome? O velho respondeu: Não, eles tinham medo da doença! O mais novo diz: isso quer dizer que eles não ficaram doentes? Eles não morreram? Não houve resgate para eles? A velha resposta: mas não... Ficaram doentes, morreram, e houve resgate. O jovem diabo surpreendentemente respondeu: af eu não entendi!!! O velho respondeu: Sabes que eles acreditavam que a única coisa que tinham de manter a todo custo era a sua vida. Eles pararam de se abraçar, de se cumprimentar. Eles separam-se uns dos outros. Eles desistiram de todas as conexões sociais e de tudo o que era humano! Mais tarde ficaram sem dinheiro, perderam seus empregos, mas a escolha foi deles, pois temiam pela vida deles, por isso que desistiram do emprego sem nem ter pão. Eles acreditaram cegamente em tudo o que ouviram e leram nos jornais. Eles abriram mão da sua liberdade, não saíram de suas casas literalmente em lugar nenhum. Eles pararam para visitar a família e amigos. O mundo transformou-se num campo de concentração sem os forçar a cativeiro. Eles aceitaram tudo!!! Só para ultrapassar mais um dia miserável... E mesmo assim eles viveram eles morreram todos os dias!!! E assim mesmo foi muito fácil eu levar as suas almas miseráveis para o inferno...."

C.S. Lewis - livro "Cartas do velho diabo para os jovens" de 1942

Citação de livro de 1942 remete para a atual pandemia de Covid-19?

Circula pelas redes sociais um excerto, alegadamente de C.S. Lewis, afirmando que o "medo da doença" levou a que as pessoas parassem de "se abraçar, de se cumprimentar", e que já "não saíam das suas casas" e "pararam de visitar os familiares". Este excerto, alegadamente proveniente do livro "Cartas do Velho diabo para os jovens" (1942), remeteria para as atuais práticas de distanciamento social consequentes da pandemia. No entanto, o texto é falsamente atribuído a C. S. Lewis que nunca o escreveu, nem sequer escreveu um livro com o título supramencionado, mas sim "Cartaz de um Diabo ao seu Aprendiz" (1942), um romance que analisa conceitos teológicos.



FALSO

A "gripe espanhola" de 1918 foi causada por vacinas contra outras doenças?

Circulam pelo Facebook publicações que afirmam que a gripe espanhola de 1918 foi causada por "vacinas venenosas". De acordo com a agência Reuters, é verdade que antes dos primeiros casos terem sido registados no Campo Funst, EUA, foi realizado um ensaio de uma vacina contra a meningite nesse local. No entanto, tal como foi esclarecido pelo Polígrafo, com base nas declarações de Donald Burke, epidemiologista da Universidade de Pittsburgh, "não havia forma de uma vacina contra a meningite contribuir para o início de uma epidemia de gripe". A meningite é causada por uma bactéria que não tem relação genética com o vírus da gripe. São dois microrganismos diferentes, que causam doenças distintas.

VERDADEIRO



Novo Centro de Saúde do Restelo está "pronto há meses," mas ainda não foi inaugurado?

Numa publicação feita a 11 de janeiro, num grupo do Facebook dedicado a problemas com a gestão da Câmara Municipal de Lisboa (CML), questiona-se o porquê do novo Centro de Saúde do Restelo estar pronto, mas não ser inaugurado. Esta Unidade foi projetada em 2017 e deveria ter sido aberta no verão de 2021. Ao jornal Público, o presidente da Junta de Freguesia de Belém, afirmou que o problema "tem sido ao nível das equipas [de profissionais de saúde]", contudo a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo declarou que não há quaisquer atrasos nessa matéria. A verdade é que a Unidade permanece fechada.

A literatura como construção de uma cultura de paz

Testemunhos d'os dias da peste

“A literatura não conhece fronteiras e deverá manter-se o legado comum de todos os povos” – este é um dos princípios que rege o PEN, um clube de escritores, poetas, ensaístas e narradores. Fundado em Londres, o PEN Internacional completou em 2021 um século, assinalado com a edição de “Os dias da peste”, uma antologia que atravessa a fronteira de 58 países. A ideia nasce e é coordenada a partir de Portugal, pela mão de Teresa Martins Marques, presidente do PEN Clube Português. Na lista de autores sobressaem cinco médicos portugueses, entre os quais a médica e escritora Leonor Duarte de Almeida.

TEXTO: PAULA FORTUNATO

“Os dias da peste” dá voz a 272 autores que – sob a forma de poesia, conto, crónica, carta, páginas de diário ou prosa reflexiva – partilham as angústias, impressões e esperanças destes dias, experientes por força da pandemia de COVID-19. Entre eles há 7 médicos: cinco portugueses, um cipriota e um kosovar. Além da COVID-19, de que falam estas 630 páginas? “Os tempos pestiferados de que este livro nos fala são também os do dióxido de carbono, do metano, do óxido nitroso, dos gases fluorados, das florestas destruídas, do aquecimento global, que põe em risco a sobrevivência do nosso planeta, em que a temperatura média é de 0,85 graus centígrados superior à do século XIX”, enquadra a coordenadora.

A promoção da boa compreensão e respeito mútuo entre nações, papel assumido pelo PEN numa crise de saúde pública que exalta medos, xenofobias e até antropofobias, inclui a defesa da “livre transmissão do pensamento”, área em que o Clube atua combatendo “todo e qualquer atentado à liberdade de expressão onde sofra atropelos”. O Comité *Writers in Prison* do PEN Internacional, explica Teresa Martins Marques, faz apelos e denúncias sempre que “vozes dissidentes

são silenciadas por regimes opressores”. “Ao promover a literatura, ao defender a liberdade de escrita, acreditamos que estamos a construir pontes para a formação de uma cultura para a paz”. E, reforçando essa convicção, acrescenta a sua preocupação com “a ameaça da pestilência dos populismos” que fazem perigar a democracia.

Sabendo que esta instituição defende a livre transmissão do pensamento, mas sem esquecer contextos onde grassam negacionismos, questionamos como equilibrar a liberdade de expressão com o combate a realidades “paralelas”. A presidente do PEN Clube Português lembra a relevância das fontes: “é fundamental a consulta das fontes credíveis especializadas, para estabelecer o confronto de opiniões e fazer face à desinformação”.

Leonor Duarte de Almeida é médica oftalmologista e escritora, com seis livros publicados abrangendo desde o ensaio e reflexão ética ao romance. Pedimos-lhe que analisasse a revalorização do olhar no contexto pandémico. “Para os oftalmologistas os olhos são uma extraordinária fonte de informação clínica. O uso instituído da máscara veio acrescentar ao olhar o





Esfera de Ideias

CULTURA

Leonor Duarte de Almeida

sentido poético de 'espelho da alma', um outro 'ouvir com outros olhos'. Uma renovada capacidade em comunicar", resume.

Para "Os dias da peste" escreveu a página do diário imaginário de uma médica, onde nos faz pensar sobre o estigma da doença, isto é, "a expressão do medo de ser olhado de forma diferente", algo perigosamente próximo da discriminação... "Ninguém deseja o passaporte para o país da doença e essa partilha repercute-se nos médicos. Somos uma caixa de ressonância", enquadra. A solidão forçada, outra das tóricas que faz, terá sido pior que a própria doença?, questionamo-nos... "O ser humano, mesmo enfermo, é um animal social. Essa solidão forçada teve um peso acrescido na vulnerabilidade substantiva a que todo o ser humano está sujeito. Estar isolado amplia a fragilidade induzida pela doença". Isolamento esse que equipara a uma espécie de "recolhimento jesuítico forçado" onde há, explica-nos, "ambiguidade": "pessoalmente senti-me mais apta a criar imagens que projetava no papel. De expiação dos piores momentos e de desejo de liberdade, consciente do significado da 'pulseira eletrónica sanitária' e do consequente condicionamento emocional. A escrita foi possivelmente um meio de superar esse constrangimento, essa coisa parecida à tristeza, fonte de criatividade para mim". Leonor Duarte de Almeida assume, portanto, a escrita como algo que a ajudou a enfrentar o desconhecido, que trouxe médicos e doentes para uma mesma fragilidade... "Como dizia alguém sábio 'a doença é um implacável igualizador, que se ri do berço e da fortuna'. As doenças desconhecidas igualam ambos os protagonistas. É uma inédita e 'democrática' situação sanitária. Estamos ambos do 'outro lado'". Se estes dias de pandemia trouxeram algo de bom, será "mais confiança na ciência, mais respeito pelo outro, mais segurança, mais modéstia e mais solidariedade nas dificuldades", considera. Questionada sobre a dicotomia presente nesta antologia, Leonor Duarte de



Teresa Martins Marques

Almeida partilha a certeza de que este é um livro "de esperança, seguramente, e de solidariedade para com o desespero de quem sofre políticas contra os direitos humanos. É um livro de respeito pela liberdade como um direito fundamental e um alerta para o risco da 'peste' poder sempre voltar", numa visão que, em momento diferente, também nos é expressa por Teresa Martins Marques: "A luta do homem contra a adversidade, o perigo e a morte são matéria-prima da melhor literatura que transforma em força a fragilidade da condição humana. Por isso, a literatura será sempre o lugar onde a esperança se preserva", e assim é com esta obra coletiva que junta escritores e testemunhos que atravessam o mundo, de Portugal à China...

Notas da redação:

* Teresa Martins Marques é doutorada em literatura e cultura portuguesas pela Faculdade de Letras - UL; é investigadora no Centro de Literaturas e Culturas Lusófonas e Europeias. Destacamos algumas das suas obras: "O eu em Régio: a dicotomia de logos e eros" (Prémio de Ensaio José Régio, 1989); "O imaginário de Lisboa na ficção narrativa de José Rodrigues Miguéis"; "A mulher que venceu Don Juan" e "O fio das lembranças. Biografia de Amadeu Ferreira".

** Leonor Almeida é doutorada em Bioética pela Universidade Católica; Das obras que publicou destacamos: "O sapato preto", "Esgares e sorrisos" (Prémio Revelação 2002 da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos), "Só me falta ser viúva" e "Gaivotas em fim de verão".

*** A antologia teve a colaboração de Maria do Sameiro Barroso, do Núcleo de História de Medicina da OM, que estabeleceu pontes com alguns autores estrangeiros.

EDUARDO T. SANTANA

Especialista em Medicina do Trabalho e Gastrenterologia, Diretor clínico da Sagies



A propósito do Dia Mundial do Doente

O autor aborda a relação existente entre trabalho e doença partindo do conceito de saúde, dando-nos uma perspetiva sobre a relação existente entre eles. Através de uma sequência de factos alerta-nos para as novas formas de apresentação da doença profissional e para as causas que lhe estão subjacentes para concluir sobre o relevante papel que cabe à Medicina do Trabalho, para minorar os efeitos dessa realidade ao nível das empresas.

Ao comemorarmos mais um Dia Mundial do Doente importa recordar que a ambição em ser saudável é indissociável da natureza do próprio Homem. Já no séc. I dC, o poeta Juvenal preconizava na Roma imperial, porventura dando expressão a esse desejo universal, que a ambição de qualquer ser humano deveria ser a de alcançar uma "*mens sana in corpore sano*". Terá sido a constatação de que o atingir desse já difícil desídrato era condição insuficiente para que tal acontecesse que levou, em meados do séc. XX (1948), a Organização Mundial de Saúde (OMS) a conferir-lhe uma dimensão mais abrangente, tão ambiciosa quanto utópica, ao definir saúde como "o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não a simples ausência de doença ou defor- midade" e, desta forma, convidando-nos a especular sobre as ilações daqui decorrentes para o mundo do trabalho.

Em boa verdade, o Homem passa grande parte da sua existência a trabalhar. Segundo dados do EUROS-TAT (2018), cerca de 38 anos, para uma esperança media de vida de 70,07 anos para os homens (53%) e, de 83,67 para as mulheres (45%). Parece justo admitir, que o trabalho enquanto digníssimo desígnio e

essência do próprio Homem, possa em determinadas circunstâncias, afetar a sua saúde, tendo em conta o local, a forma e as condições em que é realizado.

É essa irrefutável constatação que levou as Nações Unidas, no mesmo ano em que era fundada a OMS (1919), a criar a Organização Internacional do Trabalho (OIT) fórum que integra representantes dos governos, empresários e trabalhadores de cerca de 150 estados-membros, de entre os quais Portugal, como seu membro fundador. Compete-lhe zelar para que homens e mulheres de todo o mundo, tenham acesso a um trabalho digno e produtivo, em condições de liberdade, equidade e segurança, impulsionando os governos de muitos desses países, a transporem para a sua legislação o reconhecimento desses princípios e a concessão dos direitos neles consagrados a quem trabalha.

Se foi Hipócrates quem pela primeira vez estabeleceu, no séc. IV aC, uma relação causal entre o chumbo e a sintomatologia de quem o manuseava, seria o médico italiano Bernardino Ramazzini (1633-1711), para muitos o pai da Medicina do Trabalho, quem em 1700, na sua obra "As Doenças dos Trabalhadores", demonstraria a inequívoca relação entre trabalho e doença ao descrever mais de cinco dezenas de patologias onde isso era constatado. Mais tarde, já em 1775, seria Sir Percival Pott (1714-1788) a fazê-lo em relação ao cancro, ao diagnosticá-lo no escroto dos jovens limpa chaminés da cidade de Londres, em consequência da fuligem a que, diariamente eram expostos.

Contudo, apenas em 1962, seria criada no nosso país, a Caixa Nacional de Seguros e Doenças Profissionais, hoje designada Departamento de Proteção contra Riscos Profissionais tendo sido preciso esperar mais onze anos (1973), para que fosse publicada em Diário da República, a primeira lista de doenças

profissionais. Definia-se assim esse conceito bem como o de doença agravada em função direta das condições de trabalho, em contraponto à doença natural e, simultaneamente, se reconhecia o direito de os trabalhadores atingidos, poderem ser alvo de reparação, pelas entidades competentes.

Para que possamos ter uma noção real da dimensão deste problema importa referir que todos os anos, as doenças relacionadas com o trabalho, são responsáveis por milhões de mortes prematuras em todo o mundo e que, segundo dados de 2017 da Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho, cerca de 200 000 dessas mortes, ocorrem no espaço europeu. A este número há que somar os milhares de outras que geram incapacidade permanente para o trabalho, e que poderiam, na sua grande maioria, ser evitadas pelo Homem. A sua prevenção e diagnóstico precoce constituem, assim, o core da Medicina do Trabalho enquanto especialidade médica autónoma indissociável do Homem e do seu local de trabalho competindo também aos seus especialistas, assumir a participação obrigatória dessas doenças para as entidades competentes, uma vez diagnosticadas ou alvo dessa presunção.

Com as mudanças a que assistimos nas últimas décadas, no mundo do trabalho, com a massificação da informatização, digitalização, robotização e automação de numerosos postos de trabalho e o crescente recurso às nanotecnologias e aos nanomateriais. Com os riscos decorrentes da globalização levando à deslocalização de empresas e ao encurtar do seu ciclo de vida favorecendo a precariedade de emprego e o recurso a mão de obra migrante e aos que resultam dos novos processos de comunicação, organização e liderança das empresas. As doenças associadas ao trabalho vêm adquirindo formas de apresentação, porventura mais insidiosas, mas nem por isso menos graves, em consequência dos riscos que lhes estão subjacentes. Ritmos elevados de trabalho, funções *multitasking* e polivalência, longas jornadas de trabalho, laboração continua, baixos salários e pesada morbilidade associada ao envelhecimento da mão-de-obra, refletem-se na qualidade de vida dos trabalhadores sendo esta definida segundo a OMS como "a percepção que estes têm sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais estão inseridos e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões

e preocupações". Fica assim mais distante para o Homem alcançar a sua realização e o equilíbrio entre vida profissional e familiar e deste modo contribuir para o aumento das doenças do foro cardio vascular como a hipertensão, a isquemia coronária e o acidente vascular e das doenças do foro mental, como a ansiedade e a depressão que, recentemente, vimos agravadas em função da crise económica mundial e da pandemia que nos assolararam. Os problemas resultantes das interações pessoais no local de trabalho onde o stress crónico, o *bullying* e o *mobbing*, são cada vez mais frequentes, conduzindo ao aumento do número de casos de doença mental, nas empresas, levaram a OMS a declarar, em janeiro deste ano, o *Burnout* laboral, como doença profissional e a ter considerado, já há mais de vinte anos, a saúde mental, como fator essencial para o bem-estar das pessoas, das sociedades, dos países e, implicitamente, das organizações. Os agentes psicossociais são assim fatores de risco que podem afetar qualquer trabalhador, independentemente do local e da profissão que exerce.

É cientes desta realidade que número crescente de empregadores vêm reconhecendo que a qualidade de vida nas empresas deve ser tida como um agente de melhoria na gestão do seu efetivo ao constatarem que colaboradores motivados e saudáveis estão inequivocamente associados à melhoria do ambiente de trabalho e, consequentemente, a aumentos de produtividade tornando a aposta na Saúde Ocupacional não uma despesa, mas antes, um investimento, numa eficaz ferramenta de gestão.

O local de trabalho passou a ter um papel fundamental na promoção de estilos de vida saudáveis e em intervenções que visem impedir o aparecimento da doença profissional e da doença agravada pelas condições trabalho. Compete assim aos Serviços de Saúde Ocupacional, fazer a prevenção dos riscos associados a estas novas tecnologias e modelos de desempenho, buscando soluções inovadoras que permitam, através da correta vigilância da saúde dos trabalhadores e da promoção de ambientes de trabalho saudáveis, anular ou, na sua impossibilidade, minimizar, os seus efeitos. Será assim possível, contribuir para alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social nos locais de trabalho, em consonância com o ambicioso conceito de saúde preconizado pela OMS.

HERNÂNI CANIÇO

Especialista em Medicina Geral e Familiar



Quando eu for grande, quero ser...

... Médica de família. A Sofia tem 7 anos, os seus pais não são médicos e tem a liberdade criativa que a sua idade e as suas características lhe permitem fruir.

Daqui a 17 anos, quem será responsável por não serem defraudadas as expectativas da Sofia e de outros meninos e meninas que têm convicções e ilusões, e se encarregue de manter a sua vontade quando crescidos e desenvolvidos?

Os governos poderão mais legislar, enquadrar e promover o estatuto e a condição. Mas reconhecerão o significado de cuidar da família, ser médico da doença e da saúde, ser médico de proximidade e ter solidariedade institucional? E criar-lhe-ão condições de exercício profissional dignas para receber quem precisa, sem falta de material e equipamentos, com informática do futuro que será presente e com remunerações que não sejam sujeitas a indicadores capciosos?

As pessoas poderão reconhecer a importância do médico de família, que lhes faz falta. Mas compreenderão que é um amigo (não virtual), que zela por si quando está doente, que previne doenças e aconselha na saúde, que o plano de cuidados que estabelece o (a) envolve a si e à sua família, que deve ser estimado e não ser agredido física ou verbalmente?

A sociedade organizada poderá constatar a importância do médico de família para a comunidade, na comunidade. Mas colocar-se-á ao seu lado quando observar as suas inquietações por querer fazer e mais não poder, quando precisar da justiça e da solidariedade da sociedade civil e quando os seus direitos forem aviltados?

Os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, organizados em classes profissionais,

As pessoas poderão reconhecer a importância do médico de família, que lhes faz falta. Mas compreenderão que é um amigo (não virtual), que zela por si quando está doente, que previne doenças e aconselha na saúde, que o plano de cuidados que estabelece o (a) envolve a si e à sua família, que deve ser estimado e não ser agredido física ou verbalmente?

poder-se-ão defender e dedicar-se à própria competência técnica e científica, atribuindo idoneidade. Mas pesquisarão e reconhecerão as dificuldades do médico de família no seu desempenho profissional, apoiá-lo-ão quando as contrariedades forem maiores que a satisfação profissional, disseminarão por seu dever a atribuição do mérito do médico de família em qualificação e humanismo?

Os médicos de família poderão ser um pilar dos cuidados de saúde e de um Serviço Nacional de Saúde para todos, e compreender o que é o trabalho de equipa. Mas estarão unidos na qualidade da sua prestação de serviço sem ditadura de indicadores falaciosos que influenciem a sua retribuição pecuniária, ligados na sua prática como médicos gerais e como médicos de família utilizando a famililogia e a familirosa, confortáveis no seu atributo de serem profissionais em ser humano?

Os doentes sofrem e poderão ter os cuidados de saúde com base na evidência científica, adequados no mundo civilizado. Mas entenderão os limites de uma ciência que não é exacta como a matemática, aceitarão a falha do sistema que outros deveriam assumir, compreenderão o genuíno médico de família que faz o que pode, faz o que deve e o abraça no seu olhar, na sua voz, no seu toque, na sua fiel solidariedade?

A Sofia pode mudar de opinião, pois encontra-se em formação e o mundo que a rodeia não é cor de rosa, nem sempre articula direitos e deveres, nem sempre o pensamento é oportunidade e ocasião. Agora, está preocupada com a amiga que tem família na Europa, sujeita à guerra e aos atropelos desumanos.

A Sofia será o que ela quiser e souber, sendo ou tendo um médico de família pela vida fora, sem interrogações e com assumpção de respeito, humanidade e coesão social. E será feliz.

9. Qual o nome da profissão que gostarias de ter em adulto?

Médico de família

10. Faz um desenho que ilustre a profissão que escolhestes.



EDUARDO FREIRE RODRIGUES

Médico e cofundador da empresa UpHill que desenvolveu a plataforma de auto-gestão COVID-19



Autogestão COVID-19: utentes mais autónomos, esclarecidos e informados

A eficácia e clareza da comunicação têm sido frequentemente apontadas como uma fraqueza no controlo da pandemia¹. O desafio é complexo, não só porque a própria informação o é, como pela velocidade com que se dissemina e pelo caráter evolutivo inerente ao método científico. Um processo com avanços e recuos, gera, inevitavelmente, medo, dúvidas e inseguranças, mas a evidência mostra-nos que normalizar esta incerteza é uma estratégia eficaz para mitigar a aversão à ambiguidade².

Desta equação, não podemos excluir o fenómeno de *information disorder*³, entendido como a soma de três conceitos intimamente relacionados – *mis-information*, *dis-information* e *mal-information* –, cujos exemplos continuam a somar-se dia após dia, e cuja disseminação é catalizada pela digitalização em que vivemos. Assim, cabe à saúde, através dos mais variados meios e plataformas, capacitar o cidadão para adotar comportamentos saudáveis, baseados na melhor evidência científica.

Se por um lado a literacia já demonstrou ser fulcral para a promoção da saúde, desde a gestão de doenças cardiovasculares⁴ à diabetes mellitus⁵, por outro, o espaço digital oferece-nos as condições necessárias para ultrapassar uma visão linear da comunicação, da sociedade como uma massa homogénea e uniforme, e dotar o cidadão das competências e conhecimentos fundamentais para que acceda, comprehenda, avalie e utilize informação sobre saúde, de forma a poder tomar decisões.

Foi da clara noção de que envolver o cidadão na gestão da sua própria saúde implica dotá-lo de ferramentas para que se torne mais esclarecido e autónomo, que a UpHill, startup portuguesa fundada por médicos, em parceria com a Direção-Geral da Saúde, lançou uma plataforma digital e interativa que capacita a população para entender o fenómeno da COVID-19 e agir em conformidade.

Composta por duas secções - "COVID-19: e agora?" e "COVID-19: e depois?", dedicadas à doença aguda

e à persistência de sintomas a longo prazo, respetivamente - esta ferramenta de autogestão simboliza um ponto de viragem na forma como a informação relativa à gestão da pandemia é entregue ao cidadão, não só em termos de linguagem, mas também de acessibilidade. Nela, a informação converge para a situação específica de cada cidadão que, através da seleção de opções de resposta a perguntas simples, sabe exatamente o que fazer, de acordo com as suas particularidades.

Lançada em janeiro de 2022, a plataforma registou nos primeiros dez dias, uma média de 20 mil acessos diários, cerca de 75% dos contactos que a linha SNS24 atendia à data - 27 mil chamadas diariamente – e, atualmente, contabiliza perto de 500 mil acessos - o equivalente a 25% dos novos casos de COVID-19 registados em Portugal este ano. Estes números são a prova de que é possível aliviar os serviços de saúde, dotando a sociedade de ferramentas que lhe permitem compreender, avaliar e utilizar informação sobre saúde, de forma a poder tomar decisões.

¹ Nan, X., & Thompson, T. (2020). *Introduction to the special forum on "public health communication in an age of covid-19"*. *Health Communication*, 35 (14), 1705–1706. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1840754>

² Han, P., Scharnetzki, E., Scherer, A. M., Thorpe, A., Lary, C., Waterston, L. B., Fagerlin, A., & Dieckmann, N. F. (2021). *Communicating Scientific Uncertainty About the COVID-19 Pandemic: Online Experimental Study of an Uncertainty-Normalizing Strategy*. *Journal of medical Internet research*, 23(4), e27832. <https://doi.org/10.2196/27832>

³ Wardle, C. & H. Derakhshan (2017) *Information Disorder: Towards an Interdisciplinary Framework for Research and Policy-Making*. Council of Europe. Available at <https://firstdraftnews.com/resource/coe-report/>

⁴ Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G., & Maindal, H. T. (2017). *Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease*. *European journal of preventive cardiology*, 24(17), 1880–1888. <https://doi.org/10.1177/2047487317729538>

⁵ RobatSarpoooshi, D., Mahdizadeh, M., Alizadeh Siuki, H., Haddadi, M., Robatsarpoooshi, H., & Peyman, N. (2020). *The Relationship Between Health Literacy Level and Self-Care Behaviors in Patients with Diabetes. Patient related outcome measures*, 11, 129–135. <https://doi.org/10.2147/PROM.S243678>

Ministro(a) da Saúde – Precisa-se*

ANTÓNIO ARAÚJO, Presidente do CRNOM

As eleições legislativas determinaram uma maioria absoluta do Partido Socialista. Aguarda-se com muita expectativa que governo será empossado e, particularmente, qual o(a) Ministro(a) da Saúde escolhido(a).

Mas seja qual for, aguarda-o(a) uma tarefa imensa, desde que seja seu propósito reformar o sistema de saúde e reforçar o Serviço Nacional de Saúde (SNS). E Portugal, os portugueses em geral e os profissionais de saúde em particular, necessitam de ver relançado um SNS forte, actual, que responda às necessidades dos cidadãos e aos anseios dos seus profissionais, com relações claras com os sectores privado e social, numa óptica de complementaridade, e tendo em atenção o evoluir da população portuguesa, nomeadamente o seu envelhecimento e o incremento substancial da carga de doença, especialmente com o aumento das demências e das doenças oncológicas.

Por isso, à próxima tutela espera-lhe uma tarefa ciclópica. Vencer a inércia que pautou os últimos anos de governação, idealizar e iniciar a reforma do SNS que é urgente realizar, conseguir angariar o orçamento necessário para equilibrar as contas da Saúde e para dignificar os salários e as carreiras dos profissionais de saúde não vai ser empreendimento fácil. Precisamos de um(a) Ministro(a) forte, que tenha a visão de um sistema de saúde virtuoso, em que as unidades de saúde do SNS se complementam e interagem de forma a que o doente esteja no centro do sistema, e que busquem no sector privado ou social aquilo que não conseguem concretizar em tempo útil ou que não seja uma prioridade. É fundamental que saiba valorizar as unidades de saúde do interior do país, as unidades mais pequenas, para que se encontre um equilíbrio entre a necessidade de volume para actos médicos de maior complexidade, mas que, simultaneamente, se garanta cuidados de saúde de proximidade de qualidade.

Alguém que tenha uma noção de como a digitalização na saúde e a designada telesaúde devem evoluir, que considere a investigação científica e a ligação das unidades de saúde às Universidades como factor estratégico para o desenvolvimento do SNS, vindo a possibilitar a autonomia dos Centros Académico Clínicos e o aparecimento de consórcios entre várias

unidades de saúde e as universidades. Mas, acima de tudo, alguém que saiba valorizar os profissionais de saúde, que entenda o que é lidar e cuidar diariamente do bem-estar físico, psíquico e social dos cidadãos, o que são os cuidados paliativos e de fim de vida, e o valor que assumem na sociedade os cuidadores informais.

Precisamos de ter um(a) governante que dialogue com todas as estruturas representativas do sector, que ouça os seus anseios e reivindicações, que tente compreender quais as soluções possíveis e que construa pontes, para que os profissionais entendam o caminho que se pretende percorrer, para que os cidadãos percebam o seu papel e o seu lugar. Alguém que alcance os motivos da falta de profissionais no SNS, que crie as condições de atractividade e de manutenção destes, que os valorize, sendo importante que consiga envolver ambos na mudança necessária, para que os profissionais de saúde possam cumprir as suas expectativas pessoais e profissionais, e para que os cidadãos se revejam no SNS e sintam que este corresponde às suas necessidades. É forçoso evitar a desertificação destes no SNS e, especialmente, nas unidades do interior do nosso país e na área da Grande Lisboa.

Mas o SNS precisa, também, de um governo que entenda a necessidade de se incluir em todas as políticas a visão da saúde, de forma a aumentar a literacia dos cidadãos, a fomentar a escolha consciente por hábitos e estilos de vida saudáveis, que possa vir a diminuir a carga de doença dos nossos cidadãos e que incremente a qualidade de vida destes, tendo uma atenção muito particular ao desenvolvimento de uma estratégia para fomentar o envelhecimento activo da nossa população.

Realmente, espera-se muito do(a) próximo(a) Ministro(a) da Saúde. As expectativas são muito elevadas, porque todos nós, profissionais de saúde e cidadãos em geral, já nos apercebemos de que o SNS está em declínio, tendo atingido um ponto em que se o renova/reforma, com um orçamento ajustado ou teremos apenas um SNS escanzelado, com profissionais em exaustão crónica e frustrados, prestando cuidados apenas a cidadãos pobres e indigentes.

*Artigo publicado no semanário SOL

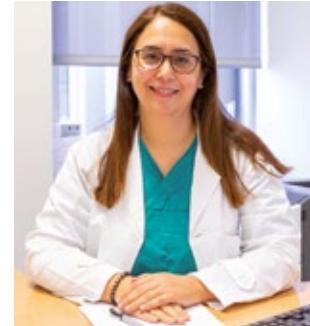


Projeto #11

“Unidade de Tratamento Ambulatório de Medicina Interna” do CHVNG/E

JOANA PIMENTA

Diretora do Serviço de Medicina Interna
do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E)



CARINA SILVA

Assistente Hospitalar de Medicina Interna. Coordenadora da UTAMI
do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E)

A “Unidade de Tratamento Ambulatório de Medicina Interna” (UTAMI) é um projeto que pretende dar resposta aos doentes que necessitam de uma avaliação diagnóstica e/ou terapêutica a curto prazo. É uma unidade de ambulatório que visa o diagnóstico precoce e o tratamento rápido de doenças agudas e agudizações de doenças crónicas, permitindo diminuir o recurso a urgências hospitalares e internamentos em hospital de agudos. Esta estrutura tem uma articulação privilegiada com o Serviço de Urgência e o internamento do CHVNGE mas também com os Cuidados de Saúde Primários, permitindo um acesso fácil e célere dos doentes seguidos no Centro de Saúde ao meio hospitalar. Por outro lado, a UTAMI trabalha em estreita ligação com o Hospital de Dia, onde efetua procedimentos diagnósticos e terapêuticos numa base diária, e com a Unidade de Hospitalização Domiciliária, para além dos outros sectores do Serviço de Medicina Interna. Deste modo é, muitas vezes, possível manter o doente fora do circuito do internamento convencional, mesmo quando é identificada uma necessidade de hospitalização. Há também uma interação próxima com a consulta externa, quer recebendo doentes aí seguidos que necessitam de intervenção mais aguda, quer na referenciado para continuação de seguimento a longo prazo dos doentes após estabilização.

(nortemédico) – Como funciona este projeto?

A atividade da UTAMI desenvolve-se diariamente de 2^a a 6^a feira em dois cenários complementares e interligados: uma consulta aberta de Medicina Interna e o Hospital de Dia Polivalente. É assegurada por uma equipa de duas assistentes hospitalares cujo horário é cumprido maioritariamente nessa unidade e por três internistas que trabalham em tempo parcial na UTAMI. Colaboram também com a UTAMI, Internos de Formação Específica do 4^º e 5^º anos, sob tutela das especialistas da unidade e a equipa de enfermagem do Pavilhão Ambulatório. O núcleo da equipa principal é composto pela coordenadora Carina Silva e pelas médicas Filipa Ribeiro, Catarina Pereira, Raquel Barreira e Clara Coelho. Os referenciadores de doentes para a UTAMI

são médicos de diferentes especialidades, que atuam em cenários distintos, desde as Unidades Primárias de Saúde ao Serviço de Urgência. Os próprios doentes crónicos, reconhecendo o processo de descompensação da sua patologia de base, podem solicitar à UTAMI uma reavaliação precoce. As marcações são realizadas preferencialmente até 24h após serem recebidas e são geridas pela equipa médica, sendo obrigatório o contacto prévio para as marcações. Os casos mais urgentes são priorizados.

Quando se iniciou e como surgiu esta iniciativa?

Esta iniciativa iniciou-se em finais de 2017, com um projeto desenvolvido na altura pela Dra. Olga Gonçalves, atualmente coordenadora da Unidade de



Hospitalização Domiciliária. O Serviço de Medicina Interna (SMI) constatou a necessidade de uma estrutura de apoio para doentes em fase aguda, que não reuniam critérios para o serviço de urgência, mas que necessitavam de uma observação hospitalar num curto espaço de tempo, para diagnóstico precoce, estabilização de doença crónica descompensada ou tratamento de doença aguda. Além disso, era pretendido estimular a articulação direta com os Centros de Saúde da área de influência do nosso Hospital, para melhorar a comunicação interparas, permitindo a discussão e orientação rápida de casos mais complexos ou de gestão difícil nos cuidados primários. A UTAMI foi progressivamente incrementando a dinâmica de trabalho e a articulação com os Centros de Saúde, e foi a primeira unidade em regime de ambulatório da Medicina Interna com equipa própria, no país, dedicada à prestação de cuidados em fase aguda a nível hospitalar com esta referenciado direta.

Qual é o principal objetivo ou inovação deste projeto?

O grande objetivo, que constitui, a nosso ver, também a vertente inovadora da UTAMI é permitir dar uma resposta concreta às necessidades dos doentes, assegurando uma articulação fluída, rápida e eficaz entre as estruturas envolvidas em fases diferentes, mas complementares, dos seus cuidados. Estas estruturas, em estreita articulação com a UTAMI, são os cuidados de saúde primários e, em termos dos cuidados hospitalares, o serviço de urgência, o internamento e a consulta externa.

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

Consideramos que este projeto tem um impacto significativo na qualidade dos cuidados prestados aos nossos doentes por vários motivos. Permite uma assistência mais integrada, centrada no doente e nas suas necessidades e circunstâncias. Isto é particularmente importante nos doentes crónicos, que sofrem agudizações frequentes e muitas vezes imprevisíveis da sua condição clínica, necessitando de respostas céleres e eficazes baseadas numa estrutura flexível e desburocratizada. A UTAMI possibilita um contacto próximo e adequado às necessidades de cada doente, que uma estrutura como a consulta externa não tem condições para assegurar. Esta abordagem, a nosso ver, promove



Informação REGIÃO NORTE

©JustNews



a eficiência e otimização de recursos, ao mesmo tempo que vai ao encontro das necessidades do doente de uma forma mais individualizada. Salienta-se que a UTAMI foi criada sem recurso a financiamento adicional, utilizando os meios humanos e técnicos disponíveis. Também para os médicos é uma mais-valia poder referenciar doentes de forma simples (por contacto direto, telefónico ou eletrónico) e consequente.

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

A UTAMI tem tido uma repercussão positiva na prestação de cuidados aos doentes da área de influência do CHVNGE. No ano de 2020 foram efetuadas 1760 consultas (das quais, cerca de 1000 primeiras consultas) e cerca de 1000 sessões de Hospital de Dia. Os doentes observados eram provenientes do Serviço de Urgência (60%), dos Cuidados de Saúde Primários (15%), do Internamento do Serviço de Medicina Interna (15%) e da Consulta Externa (10%). Estes números apontam para o cumprimento dos objetivos a que a UTAMI se propôs. Não só traduzem as diferentes vias diretas de referenciamento e a sua real utilização, como permitem intuir do potencial impacto na redução de hospitalizações.

Que balanço fazem? Quais são as expectativas para o futuro?

Fazemos um balanço muito positivo destes anos de atividade da UTAMI. O funcionamento desta unidade tem permitido a otimização dos cuidados a nível de ambulatório, evitando o recurso excessivo ao serviço de urgência, diminuindo a necessidade de internamentos ou reinternamentos hospitalares e centrando

os cuidados prestados no doente e no seu bem-estar. A Medicina Interna, como especialidade gestora do doente, assume um papel ativo e preponderante na organização destas unidades, e estabelece e melhora a referenciamento direta a partir dos cuidados de saúde primários, otimizando a relação dos centros de saúde com os hospitais. A UTAMI foi a primeira unidade do país a funcionar com equipa própria e organização definida, e o seu modelo de trabalho inovador tem sido utilizado para a criação de novas unidades de ambulatório a nível nacional. As nossas expectativas para o futuro são de potenciar o trabalho da Unidade, através do reforço e diversificação da equipa de profissionais de saúde e da ampliação das condições de trabalho, na consulta e no Hospital de Dia. Pretendemos também reforçar a articulação com os Cuidados de Saúde Primários. Em termos mais gerais, e como já tem vindo a acontecer, gostaríamos de ver este modelo replicado em outras unidades de saúde do país.



Qual é a vossa opinião sobre esta iniciativa do CRNOM?

Esta iniciativa é um importante contributo para divulgar projetos inovadores e com impacto na qualidade dos cuidados prestados aos nossos doentes. Essa divulgação permitirá estimular o desenvolvimento de iniciativas semelhantes, que repliquem essas boas práticas, e inspirar à criação de outros projetos, que promovam de igual modo uma maior proximidade e centralidade do doente nos processos do seu acompanhamento e uma maior articulação entre os vários profissionais de saúde envolvidos. Além disso, é um reconhecimento do empenho e do valor do trabalho efetuado, gratificante e recompensadora para os intervenientes nos projetos destacados, e, certamente, um estímulo para prosseguirem este caminho.



Projeto #12

Núcleo de Apoio Domiciliário em Cuidados Paliativos

Projeto do ACES Douro I - Marão e Douro Norte / CHTMAD

BELA ALICE COSTA

Especialista em Medicina Geral e Familiar e Mestre em Cuidados Paliativos, do ACES Douro I - Marão e Douro Norte, Vila Real



O “Núcleo de Apoio Domiciliário em Cuidados Paliativos” do ACES Douro I - Marão e Douro Norte, funciona nas instalações do Centro de Saúde Vila Real II, em Mateus. Este ACES dá resposta na área dos cuidados de saúde primários aos utentes na área de referência dos concelhos de Vila Real, Murça, Saborosa, Régua, Santa Marta, Mesão Frio e Alijó. Tem atualmente várias unidades funcionais, vindo este núcleo dar resposta a uma carência existente no que concerne ao cuidado dos doentes com necessidades paliativas. A equipa conta com a coordenação de Bela Alice Costa, especialista em Medicina Geral e Familiar e Mestre em Cuidados Paliativos pela FMUP, e é composta por mais duas médicas, duas enfermeiras, uma assistente social, uma psicóloga e uma nutricionista. Trabalha em estreita articulação com o Serviço de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), de forma a garantir uma intervenção concertada e uma prestação contínua dos cuidados. Todos os doentes são abordados de forma multidisciplinar, sendo definido o plano integrado de cuidados de acordo com uma ação holística.

(nortemédico) – Quando se iniciou e como surgiu esta iniciativa?

(Bela Alice Costa) – Os primeiros passos deste projeto remontam a 2018, quando a atual equipa executiva tomou posse e sinalizou a necessidade de garantir aos utentes a resposta adequada na área dos Cuidados Paliativos. Desde então foi constituída a equipa, de forma informal, que se envolveu na aquisição de toda a formação e competências necessárias à prestação de cuidados de excelência nesta área. Em 2021 a equipa venceu um concurso a uma bolsa de apoio da Fundação La Caixa que permitiu ultrapassar as dificuldades logísticas e iniciar funções no terreno em Janeiro de 2022.



O Núcleo é constituído por uma equipa de três médicas, duas enfermeiras, uma assistente social, uma psicóloga e uma nutricionista. Bela Alice Costa, especialista em Medicina Geral e Familiar e Mestre em Cuidados Paliativos pela FMUP, assume atualmente a coordenação do Núcleo.

Informação REGIÃO NORTE



Qual é o principal objetivo ou inovação deste projeto?

Este projeto visa a prestação e o desenvolvimento dos cuidados paliativos ao nível dos cuidados de saúde primários. Para tal pretende atuar em quatro dimensões: Cuidar com excelência e humanismo os utentes e respetivas famílias com necessidades em cuidados paliativos, através de consultas nas instalações ou ao domicílio, bem como a consultadaria a todas as unidades do ACES; Apoiar os utentes e as suas famílias na resolução de problemas quotidianos como intervenção social, apoio jurídico e suporte na mudança inerente ao processo de doença; Formar os profissionais e cuidadores envolvidos na região de forma a sensibilizá-los para a abordagem paliativa e as necessidades específicas do processo; Valorizar a vivência dos doentes e suas famílias, apostando no incremento na qualidade de vida, a valorização espiritual e pessoal, através da dinamização de diferentes ações como a atividade física assistida, musicoterapia, risoterapia, passeios e viagens, workshops variados, terapia reiki, termalismo, desportos radicais, meditação guiada, yoga, etc. Pretende-se garantir um cuidado global e contínuo aos doentes e às suas famílias, acompanhando-os em todas as dimensões do cuidar.

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

Até ao momento, a única resposta existente para os utentes com necessidades de cuidados paliativos no distrito de Vila Real era o serviço do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Esta nova equipa vai permitir garantir cuidados de excelência numa dinâmica de proximidade, proporcionando aos utentes a possibilidade de se manterem no domicílio com todo o conforto e segurança.

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

Para além de todo o benefício direto para os utentes, esta equipa pretende também investir na

investigação na área dos cuidados paliativos de proximidade, bem como acompanhar todos os profissionais de saúde em consultadaria, formando e orientando os diferentes casos.

Que balanço faz? Quais são as expectativas para o futuro?

Até ao momento, todo o processo de criação e implementação da equipa revelou, por um lado, a burocratização do Serviço Nacional de Saúde e a dificuldade técnica e logística de levar para o terreno uma nova equipa, mas, por outro, a grande gratificação de poder garantir um serviço que satisfaz a população e que permite aos utentes uma vivência com maior qualidade e suporte.

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

Consideramos que esta oportunidade de partilhar as linhas gerais do nosso projeto é uma mais-valia para todos no sentido de poder aliciar outras iniciativas na área e até fomentar a partilha de experiências, oportunidades e dificuldades.

ACES Douro I - Marão e Douro Norte, Vila Real

Área de influência: Concelhos de Alijó, Mesão Frio, Murça, Peso da Régua, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião e Vila Real.

Unidades: Centro de Saúde Alijó; Centro de Saúde Mesão Frio; Centro de Saúde Murça; Centro de Saúde Peso da Régua; Centro de Saúde Sabrosa; Centro de Saúde Santa Marta de Penaguião; Centro de Saúde Vila Real I; Centro de Saúde Vila Real II

O Núcleo de Apoio Domiciliário em Cuidados Paliativos pretende atuar em quatro dimensões:

- 1 – Cuidar com excelência e humanismo;
- 2 – Apoiar os utentes e as suas famílias;
- 3 – Formar os profissionais e cuidadores envolvidos;
- 4 – Valorizar vivência dos doentes e suas famílias.



Informação REGIÃO CENTRO

SRCOM

SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS



FORMAÇÕES SRCOM 2022



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

Avenida Afonso Henriques, 39
3000-011 Coimbra

T. 239 792 920

www.omcentro.com



www.facebook.com/seccao centroordemdemedicos



www.twitter.com/OM_SRC



www.youtube.com/user/SRCOMCOIMBRA

Nova maternidade de Coimbra deve avançar com urgência



O impasse do processo de construção da maternidade de Coimbra já dura há demasiado tempo, motivo pelo o Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos chama a atenção para esta necessidade.

Face ao processo de fusão de que resultou o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, em 2011, as duas maternidades existentes em Coimbra passaram a enfrentar complexas circunstâncias orgânicas e estruturais dos edifícios existentes, com impacto direto nos recursos humanos que, apesar de todas as dificuldades, tudo fazem para prestar os melhores cuidados. Integrando ambas o Departamento de Ginecologia, Obstetrícia, Reprodução e Neonatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, há muito que se aguarda a edificação de uma única maternidade.

O tema volta a ser encarado pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos como urgente e, logo no início de 2022, o presidente deste organismo alertava para "o impasse do processo de construção da maternidade" classificando-o de "inaceitável", pois "as atuais instalações são exíguas e a necessitar de intervenção". Isso mesmo foi divulgado publicamente num comunicado difundido pela comunicação social, no qual Carlos Cortes lembra que a Maternidade Daniel de Matos funciona nas atuais instalações desde 1974 e a Maternidade Bissaya Barreto num edifício inaugurado em 1963. "É urgente dar prioridade ao processo da construção da maternidade de Coimbra, pois os profissionais das duas maternidades da cidade estão a enfrentar difíceis e dramáticas condições para assegurar as melhores condições às mulheres grávidas, puérperas e seus bebés", frisou o presidente da SRCOM, Carlos Cortes.

A seu ver, o processo "tem sido envolto em opacidade há demasiados anos e é necessário maior transparência e o envolvimento direto de quem trabalha nas maternidades no dia-a-dia".

No mesmo comunicado, é lançado, mais uma vez, o alerta para a escassez de recursos humanos, designadamente face às dificuldades das maternidades em

cumprir com as escalas de urgência/sala de partos, bloco operatório e internamento e nas unidades de cuidados intensivos neonatais. "O envelhecimento da equipa médica e as dificuldades que têm existido há vários anos na contratação de novos especialistas provocaria constrangimentos gravíssimos não fosse a entrega e a dedicação de todos os profissionais das duas maternidades. Mas esta situação não é comportável por muito mais tempo".

No atual contexto e conjuntura política, a SRCOM considerou "importante que os deputados" eleitos no sufrágio de janeiro "priorizem esta questão, incutam celeridade no início do processo e ponham fim a este atraso vergonhoso que prejudica mães e crianças". Pode ler-se no mesmo comunicado: "Neste momento, para se conseguir manter os rácios adequados da prestação dos cuidados a grávidas e bebés em risco, há médicos a cumprir escalas desumanas, um esforço incansável de quem se encontra no limite e que enfrenta, ano após ano, a diminuição do número de médicos, por aposentação", acrescentando-se que "a excelente resposta nos cuidados intensivos neonatais está a regredir, dada a escassez de recursos humanos para responder às crescentes complexidades dos bebés de risco".

Carlos Cortes sublinha que "os últimos anos têm sido um desafio para todos os profissionais e utentes.



As maternidades existentes estão a degradar-se, os profissionais aguardam, precisamente, a construção de uma única maternidade, de modo a acautelar a resposta assistencial às grávidas, mães e crianças num ambiente sereno".

Salientando que desde há vários meses não há desenvolvimento do projeto da nova maternidade que, de acordo com as últimas previsões, poderá estar concluída em 2024, Carlos Cortes faz um apelo ao investimento "no corpo clínico, nos equipamentos e no novo projeto".





Dois livros de Cândido Ferreira lançados em Coimbra

O médico nefrologista Cândido Ferreira apresentou dois livros na Ordem dos Médicos – “Estórias deste mundo e do outro” e “Covid-19, a Tempestade Perfeita – História Clínica da Pandemia”

Numa sessão em formato híbrido (os intervenientes na Sala Miguel Torga, com transmissão em direto para *zoom* e *facebook*), coube ao presidente da SRCOM, Carlos Cortes, as primeiras referências ao autor das duas obras. “Estes livros são, de novo, o resultado da sua capacidade de mexer com a sociedade, de nos convocar ao pensamento, à crítica, à reflexão”, referiu, aludindo ainda ao facto do médico nefrologista se ter reformado da sua atividade profissional, mas que “não parou de nos fazer desafios cívicos bem como os desafios do humanismo”.

Também o Professor e cirurgião Carlos Costa Almeida – apresentador da obra “Estórias deste Mundo e do Outro” – afirmou que é importante a diversidade de opinião, “mesmo na ciência, em que nada é definitivo e eterno”. Já o médico Jaime Ramos, Presidente da Fundação ADFP e apresentador da obra “COVID-19 A Tempestade Perfeita – História Clínica da Pandemia”, considerou que se trata de um “excelente instrumento para a História”. Em homenagem à escola pública e à língua portuguesa estiveram nesta sessão as professoras Cristina Ferrão e Paula Figueiredo, respetivamente, presidente do Conselho Executivo e adjunta da direção da Escola Secundária Infanta Maria, em Coimbra. Em breves palavras – “porque o escritor é para ser lido”

– Cândido Ferreira fez referências às dificuldades que a classe médica está a atravessar e, dirigindo-se aos jovens médicos, exortou: “Vale a pena lutar por mais bofetadas que levemos”. O escritor médico, natural de Febres (Cantanhede), referiu ainda algumas missivas que tem recebido e que são elogios aos seus mais recentes livros.

Estes dois livros, lançados no início de dezembro, são crónicas e retratos da atualidade. “**Estórias deste Mundo e do Outro**” junta textos sobre a vida de Cândido Ferreira, desde a sua infância. Com humor, o autor conta-nos as suas peripécias, mostra-nos a vida do campo e da cidade. Em suma, é o retrato da sua infância e da sua juventude, com ensinamentos que nos oferece. É um livro de contos e crónicas, juntando cenas que habitualmente conta aos amigos. “**COVID-19 A Tempestade Perfeita – História Clínica da Pandemia**” é um livro que resulta de vários artigos onde o autor dá a sua perspetiva crítica sobre o comportamento dos principais agentes políticos em Portugal, face à pandemia da COVID-19. Obrigamo-nos, com este livro, a tentar fazer melhor.



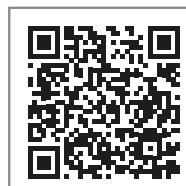
Livro de poesia e prosa “Ficção à Realidade... em ano de COVIDamento” junta 16 autores médicos

Coletânea com chancela da Chiado Editora foi apresentada em Coimbra

Quinze autores médicos na escrita (11 portugueses, um equatoriano, um alemão, um brasileiro, e uma luso-brasileira residente em Macau) e o autor da capa, Pedro Miguéis, cirurgião e artista plástico, deram corpo a “Ficção à Realidade... em ano de COVIDamento”. Neste livro, os autores assumem e encaram o vírus SARS-CoV-2 como um rei tirano que invadiu um grande número de países. Maria José Leal, chefe de Serviço aposentada de Cirurgia Pediátrica do Hospital D. Estefânia, começou por explicar que foi graças a um texto de Luís Lourenço que a obra nasceu. A atual secretária Geral da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos (SOPEAM) agradeceu ainda a Carlos Vieira Reis (cirurgião e ex-Subdiretor do Hospital Militar Principal) que foi “a espalda” que teve “para a organização deste livro”. Assumiu ainda a organizadora desta coletânea que “há um tema que tem sido arredado da sociedade, a morte” e, a esse propósito, leu um poema ‘Morte em Viagem’ de Baltazar Caeiro, que também já foi presidente da SOPEAM. Em seguida, Carlos Vieira Reis (coautor da obra), emocionado por estar em Coimbra “terra fundadora” da sua vida de médico, revelou que escrever e participar nesta coletânea foram formas de combater a COVID-19 e ultrapassar o confinamento. Já Luís Lourenço (ex-presidente da SOPEAM), também assinalou: “Coimbra transporta-me, com saudade, para um tempo de estudo e de boémia”, regozijando-se por ser nesta que o livro se apresenta ao público. “Será, por muitas décadas, uma referência e um testemunho do que foi este tempo”, disse o contista e poeta. “Os médicos não podiam ficar calados perante este tema”, disse ainda Maria do Sameiro Barroso, médica, tradutora e ensaísta. Para a atual Presidente da Direção do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos (NHMOM) e coautora desta obra, é um orgulho o trabalho cultural e artístico da parte dos médicos portugueses. “Os médicos escrevem com consistência científica”, sublinhou. Secundando Maria José Leal também



notou que os médicos raramente falam da morte. Outro autor, António Rodrigues, assumiu que escreveu as ‘crónicas do reinado’, de cujo teor transcrevemos uma brevíssima parte: “(...)Esqueçam teorias/e vejam vossas senhorias/que a atitude lunática/ acabou por dar na prática/ um grito de dor/gritou com rancor/que á sua maneira/disse tanta asneira/ que dava um tratado/se fora registado”. E assim foi falando do ‘bicho’, desfiando rimas emparelhadas e interpoladas. Já o presidente da SOPEAM, António Trabulo, contribuiu para este livro com um texto de outro livro seu que escreveu ao mesmo tempo deste “Crónicas da Peste” e aproveitou anunciar a parceria com o NHMOM, com o apoio da Associação Portuguesa de Escritores para editar o terceiro volume “Deuses e Demónios da Medicina” de Fernando Namora, escritor natural de Condeixa e que cursou Medicina em Coimbra. Pedro Miguéis, autor da capa desta coletânea, cirurgião e artista plástico disse que este encontro de autores “é um resultado” que o “deixou feliz por ter dado a face a esta obra”. Por fim, Carlos Cortes, presidente da SRCOM e anfitrião desta sessão, mostrou-se “feliz, satisfeito e honrado” por acolher a SOPEAM e lembrou: “As artes, as artes médicas, também nos dão liberdade. Ser médico é a conjugação de muitas coisas e uma delas é a arte que nos completa como médicos”.



Newsletter nº 10 do Gabinete de Investigação e Divulgação Científica da SRCOM

O Gabinete de Investigação e Divulgação Científica do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos inicia, desde março de 2021, através de newsletter, a disponibilização de informação sobre áreas relevantes para a prática clínica. Esta ferramenta de divulgação conta com o apoio da rede Cochrane Portugal, que inclui as duas escolas médicas da região Centro. “O benefício potencial dos bifosfonatos em mulheres pós-menopausa com osteoporose” é o estudo plasmado na newsletter nº 10 que pode ser consultada no site da omcentro.com

NEWSLETTER N°10
fevereiro 2022

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



O benefício potencial dos bifosfonatos em mulheres pós-menopausa com osteoporose

Autor: Nuno Madeira

Referência: Deardorff WJ, Cenzer I, Nguyen B, Lee SJ. Time to Benefit of Bisphosphonate Therapy for the Prevention of Fractures Among Postmenopausal Women With Osteoporosis: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Intern Med*. 2022 Jan 1;182(1):33-41. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.6745>

Questão e Contexto
A decisão clínica de iniciar bifosfonatos no tratamento da osteoporose requer a ponderação de danos e custos de curto prazo (p. ex., irritação gástrica/ófagica) e de longo prazo na redução de possíveis fraturas. Estudos randomizados mostraram que os bifosfonatos reduzem riscos de fratura em mulheres pós-menopausa com osteoporose. O tempo necessário para se beneficiar de tal tratamento não é claro. Nesta meta-análise de 10 ensaios clínicos randomizados de alendronato, risedronato ou ácido zoledrônico que envolveram 23.400 mulheres na pós-menopausa com osteoporose, os autores determinaram o tempo para se beneficiar do tratamento com bifosfonatos para prevenir fraturas.

Objetivo
Avaliar o tempo até benefício (TAB) da terapia com bifosfonatos na prevenção de fraturas não-vertebrais e outras fraturas em mulheres na pós-menopausa com osteoporose.

Metodologia
Meta-análise de ensaios clínicos randomizados (ECR), identificados a partir de revisões sistemáticas da US Preventive Services Task Force, Agency for Healthcare Research and Quality, Cochrane Library e Evidence Society. Foram selecionados ECR envolvendo mulheres na pós-menopausa com diagnóstico de osteoporose com lesões em fraturas vertebrais existentes ou pontuações T de densidade mineral óssea de -2,5 ou inferior. Seleção focada em estudos de alendronato, risedronato e ácido zoledrônico, visto serem agentes de ação recomendados em orientações para prevenção de fraturas não-vertebrais. Exclusão de estudos que não envolvessem mulheres com diagnóstico primário de osteoporose, não tivessem braço placebo ou tivessem falta de dados sobre o tempo até a ocorrência de fratura. Extração e síntese de dados: curvas de sobrevida de Weibull de efeitos aleatórios foram ajustadas e métodos Monte Carlo de cadeia absoluta (RRA) e TAB em cada estudo. Estas estimativas foram agrupadas usando um modelo de meta-análise de efeitos aleatórios.

Resultados
O resultado primário foi o tempo para 3 diferentes linhas de RRA (0,002, 0,005 e 0,010) para uma primeira fratura não-vertebral. Os desfechos secundários incluíram o tempo para 4 linhas de RRA (0,001, 0,002, 0,005 e 0,010) para fratura da anca, primeira fratura clínica e fratura vertebral clínica. Dos 67 artigos identificados, 10 ECR compreendendo 23.384 mulheres na pós-menopausa com osteoporose foram incluídos como ECR completa ou como parte de análises agrupadas publicadas posteriormente. Entre estudos, o número de participantes variou de 994 a 7.765, com média (d.p.) de idade variando de 63 (0) anos a 74 (3) anos e tempo de seguimento variando de 12 a 49 meses. A meta-análise agrupada descobriu que 12,4 meses (IC 95%: 6,3-18,4 meses) foram necessários para evitar 1 fratura não-vertebral, por 100 mulheres na pós-menopausa recebendo tratamento com bifosfonatos, em uma RRA de 0,010. Para prevenir 1 fratura da anca, 200 mulheres na pós-menopausa com osteoporose deveriam fazer tratamento com bifosfonatos por 20,3 meses (IC 95%: 11,0-29,7 meses), para uma RRA de 0,005. Além disso, 200 mulheres na pós-menopausa com osteoporose necessitaram de fazer bifosfonatos por 12,1 meses (IC 95%: 6,4-17,8 meses) para evitar 1 fratura vertebral clínica, com RRA de 0,005.

Conclusões e Relevância
Os bifosfonatos precisariam ser administrados a 100 mulheres na pós-menopausa com osteoporose por 12 meses para prevenir uma fratura não-vertebral, a 200 mulheres por 20 meses para prevenir uma fratura da anca e por 12 meses para prevenir 1 fratura vertebral clínica. Os resultados sugerem que os bifosfonatos têm maior probabilidade de beneficiar mulheres na pós-menopausa com osteoporose e uma expectativa de vida superior a 12,4 meses.

Esta meta-análise contribui para decisões informadas sobre tratamento com bifosfonatos em mulheres pós-menopausa com osteoporose.

O objetivo desta Newsletter é a disponibilização de informação sobre áreas relevantes para a prática clínica, com base na melhor evidência científica. São localizados estudos relevantes e de alta qualidade, criticamente avaliados pela sua validade, importância dos resultados e aplicabilidade prática e resumidos numa forma de suporte à decisão clínica. E, desde sempre, os estudos de causalidade – revisões sistemáticas, ensaios clínicos, estudos de coorte prospectiva/retrospectivos, estudos qualitativos e metodológicos, assim como artigos de revisão sobre temas relevantes



Symposium da Loucura – arte e encontro

Abordar a saúde e a doença mental de uma forma diferente é um dos propósitos do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos ao organizar o ciclo Symposium da Loucura, uma iniciativa em parceria com o espaço criativo Manicómio, que se prolongará durante o ano, com exposições, performances, mostras de vídeo e um concerto.

A Ordem dos Médicos do Sul convidou o Manicómio a desenvolver um projeto artístico e cultural arrojado e diferente. Foi assim que nasceu o ciclo Symposium da Loucura, que contará, ao longo de 2022, com exposições de artistas como Daniel Arthur, Carolina Carvalhal, Filipe Cerqueira e Micaela Fikoff, com uma mostra de vídeo, um concerto de Inês Homem de Melo, uma performance gastronómica e ainda a conferência final do ciclo, em outubro.

A propósito da iniciativa, Jorge Penedo, vice-presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos e responsável pela área cultural, refere que "a saúde e a doença mental, apesar de serem realidades com centenas de anos, só recentemente entraram nas prioridades das sociedades modernas". Também por isso, A Ordem entendeu "dar um contributo efetivo nesta discussão e na desmistificação do que significa a doença mental". Por seu turno, Sandro Resende, um dos fundadores do Manicómio e curador do Symposium, que agradece à Ordem dos Médicos a abertura e a vontade de arriscar em novos campos artísticos, considera que "o Symposium da Loucura é uma performance cultural intervenciva, uma afirmação da disruptão e um hino à liberdade criativa, ao diferente, que, apesar de ainda não o sabermos, é o normal". O curador do Symposium admite que o convite da Ordem dos Médicos o surpreendeu, "mas já sabemos que, de médicos e loucos, todos temos um pouco". Na verdade, "o Symposium da Loucura é uma mostra artística e um encontro entre médicos e loucos em torno do tema da saúde mental", conclui.



O Manicómio é o primeiro espaço de criação de Arte Bruta em Portugal, onde se conjuga a criação e a aproximação dos artistas residentes que experienciam doença mental ao público. Este espaço abriu no início de 2019 e conta com mais de 15 exposições organizadas em apenas três anos em Portugal e no estrangeiro, e vários prémios como a distinção de mérito do Ministério da Saúde. Lançou em 2020, em parceria com a Direção-Geral das Artes, o Programa de Apoio em Parceria - Arte e Saúde Mental, o primeiro do género em Portugal.

Um encontro entre médicos e loucos em torno do tema da saúde mental

SYMPORIUM DA LOUCURA

Exposição Daniel Arthur	17/02/22 a 10/03/22
Mostra de Videoarte - Artistas Manicómio	10/03/22
Exposição Carolina Carvalhal	28/04/22 a 19/05/22
Concerto Inês Homem de Melo	19/05/22
Exposição Filipe Cerqueira	02/06/22 a 30/06/22
Performance Gastronómica JOS*	30/06/22
Exposição Micaela Fikoff	22/09/22 a 10/10/22
Conferência "Simpósio da Cura"	10/10/22

17/02/22 - 10/10/22

ORDEM DOS MÉDICOS

17/02/22 - 10/10/22



O Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, Alexandre Valentim Lourenço, reuniu-se com os colegas do Hospital Beatriz Ângelo

Presidente do CRS no Hospital Beatriz Ângelo - “É urgente definir a visão para a Saúde”

Os médicos do Hospital Beatriz Ângelo reuniram-se com o presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, na altura em que estava iminente a mudança de estatuto e de gestão. Alexandre Valentim Lourenço defendeu, perante os seus colegas, que cada vez mais “é urgente” que os governos “definam de uma vez que visão têm para a saúde”.

A reunião, que congregou muitos médicos preocupados com as mudanças naquele hospital, decorreu no dia 17 de janeiro, data em que terminava o modelo de gestão em parceria público-privado (PPP).

O dirigente da Ordem disse aos médicos que “é muito importante saber que nível de autonomia têm os hospitais”, dando o exemplo da fase pandémica, em que estas unidades de saúde resolviam as

carências com mais facilidade, em função da autonomia concedida”.

Mas para que verdadeiramente a situação nos hospitais melhore – evitando o recurso excessivo às urgências – “é obrigatório que se mude o sistema, para depois se encarar a questão do financiamento”, repensando o investimento.

Para Alexandre Valentim Lourenço, “se não investirmos e não mudarmos o sistema, as pessoas vão continuar a encher as urgências”, também porque o Governo não dá as condições necessárias de resposta nos Cuidados de Saúde Primários.

“É muito importante que os CSP sejam diferentes para que os hospitais se possam dedicar apenas à doença aguda”, defendeu, com ênfase particular na articulação entre cuidados, um aspeto “decisivo” para a mudança, a par da melhoria das condições para “os médicos de família se manterem no serviço público”,

onde enfrentam imensos problemas e onde cada vez se agrava mais o número de utentes a descoberto.

HBA apresentou bons resultados como PPP

Referindo-se em concreto ao Hospital Beatriz Ângelo, Alexandre Valentim Lourenço lamentou que se tivesse ignorado "o papel importante que o hospital desempenhou nestes últimos anos" com a gestão em parceria público-privado.

"As parcerias público-privado, como está bem demonstrado, conseguiram ter resultados iguais ou melhores do que muitos dos hospitais públicos, com ganhos em termos de gestão", recordou, referindo ainda que esses resultados foram conseguidos "mesmo com um número menor de médicos", o que revela um modelo acertado de organização, com registos positivos com doentes, mas também com "bons indicadores de qualidade, sublinhados por se tratar de uma entidade certificada, com instrumentos próprios".

Mas a verdade, considerou o presidente do CRS, é que hoje o Ministério mais importante no setor da Saúde é o das Finanças e isso "retira muita capacidade na autonomia e bloqueia tudo", desde as contratações até às aquisições, "mas também influencia a decisões sobre o regime dos hospitais".

O diretor clínico, Edgar Almeida, pronunciou-se também sobre as questões de financiamento da Saúde. Corroborando o que disse o dirigente da Ordem, disse que vê com "grande preocupação" o

ato de "atirar dinheiro para cima dos problemas", defendendo que o primeiro passo deve ser "ganhar produtividade e só depois pensar no dinheiro".

Para este nefrologista, o Hospital Beatriz Ângelo, "ao fim de dez anos, excedeu o cumprimento da sua missão, quer nos cuidados aos utentes ou na qualidade dos serviços, quer na formação e investigação, e tornou-se um sítio muito atrativo para os médicos trabalharem", situação que prometeu manter dali para a frente.

De resto, Alexandre Valentim Lourenço sublinhou também que "o hospital tem muita formação e de qualidade" e se necessário for a Ordem pode ajudar para que tudo se mantenha. "Há especialidades em que é dos primeiros a ser escolhido e as pessoas elogiam a formação, pelo que assim se deve continuar", na certeza de que a Ordem estará sempre do lado da qualidade neste aspetto muito importante.

Interpretação das regras pode ser decisiva

Para o presidente do Conselho Regional do Sul, podem restar algumas dúvidas sobre o que se vai passar a seguir à entrada em vigor do novo modelo de gestão, designadamente no domínio da contratação. "Há formas que a partir de agora não serão possíveis na contratação pública, de remunerar e recompensar, quer programas especiais, quer pagamentos", referiu.

"Sabemos que os instrumentos vão mudar e os instrumentos da contratação pública dependem muito do que é decidido ao nível das ARS e do Governo, das condições negociais e depois da forma como os administradores os interpretam", continuou. Na verdade, disse, "é preciso perceber que nós temos muitos hospitais públicos e alguns têm mais problemas e outros têm menos, porque interpretam os instrumentos de maneira diferente".

Porém, concluiu Alexandre Valentim Lourenço, "que é importante para a Ordem dos Médicos é que a qualidade do exercício médico seja a melhor possível", no contexto que tiver de ser. "Sabemos que todos os regimes de gestão têm vantagens e têm desvantagens, mas é importante que a qualidade seja a melhor possível".

A reunião do presidente do CRS com os médicos do Hospital Beatriz Ângelo, teve a participação inicial do administrador do hospital naquela altura, Artur Vaz, que saudou a Ordem dos Médicos e a importância da proximidade com as administrações.



A passagem do modelo de parceria público-privado para gestão EPE motivava algumas preocupações, mas os médicos enalteceram também a formação de qualidade que o HBA tem garantido

Informação REGIÃO SUL



Nova direção da AEFCM tomou posse

Associação de Estudantes da Faculdade de Ciências Médicas (AEFCM) tem nova direção, cujos membros tomaram posse no dia 12 de janeiro. O novo presidente é Afonso Andrade, que sucede a Joana Amado. O presidente do Conselho Regional do Sul esteve presente na cerimónia e falou aos estudantes.

Alexandre Valentim Lourenço saudou os novos dirigentes da associação de estudantes da Nova Medical School, a quem desejou um mandato cheio de atividades, e recordou-os que, tal como tem acontecido ao longo dos anos, "os dirigentes associativos de hoje serão os futuros dirigentes da Ordem dos Médicos" e também de outras organizações profissionais médicas. O Presidente do Conselho Regional do Sul, que sublinhou a presença da nova diretora da Faculdade, Helena Canhão, que fez o seu primeiro discurso oficial

na sessão, disse aos estudantes presentes que o seu envolvimento nas atividades da associação tem um grande valor e significado e manifestou o propósito de, enquanto dirigente da Ordem, manter o apoio às organizações associativas de estudantes de medicina do Sul do país, tal como tem feito nos seus dois mandatos. A sessão contou com várias intervenções, que se iniciaram com o reitor da Universidade Nova de Lisboa, João Sáágua, a que se seguiu a nova diretora da Faculdade, e depois Alexandre Valentim Lourenço e vários dirigentes académicos. Também o secretário-geral do Sindicato Independente dos Médicos, Jorge Paulo Roque da Cunha participou na cerimónia, que terminou com os discursos de Joana Amado, como presidente cessante, e Afonso Morgado, que vai agora dirigir os destinos da associação.



Alexandre Valentim Lourenço, na sessão de tomada de posse, e o novo presidente da AEFCM, Afonso Andrade

Recurso ao digital entre os pontos mais positivos da pandemia

A pandemia reforçou a ideia de que a autonomia das unidades hospitalares tem muitas vantagens, defendeu o presidente do Conselho Regional do Sul na conferência «Reflexões AUA! Como será o futuro pós pandemia» organizada pela Angelini Pharma, no Teatro Thalia.

Alexandre Valentim Lourenço disse que “não podemos continuar a centralizar”, uma vez que os hospitais ficam assim sem capacidade de contratação e de tomar as melhores opções para dar resposta às necessidades da população.

No dia 16 de novembro de 2021, o dirigente participou numa mesa com Nuno Jacinto, presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; Luís Madeira, vice-presidente da Associação Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental; Miguel Telo de Arriaga, da Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar da Direção-Geral da Saúde, num debate moderado pela jornalista Dulce Salzedas.

Para o presidente do CRS, houve ainda outros aspetos positivos que a pandemia revelou, como o recurso a meios digitais, particularmente à teleconsulta – embora advira que nem tudo o que se designa por teleconsulta o é verdadeiramente – o que aconselha um esforço suplementar na procura de soluções que possam contribuir para melhorias no contexto da medicina digital.

De resto, a necessidade de uma aposta na melhoria dos meios digitais ao serviço da Saúde foi também corroborada por Miguel Telo de Arriaga, que

considerou a comunicação no contexto da pandemia como “um desafio extraordinário”.

Já para Nuno Jacinto, o principal destaque do período de pandemia vai para “a enorme qualidade dos profissionais de saúde”, que enfrentaram a crise pandémica com saber, mas também com muito empenho e dedicação para além dos limites. Por isso, o presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar defende agora a obrigação de “valorizar os profissionais” e não apenas pela componente remuneratória.

O psiquiatra Luís Madeira abordou a questão da saúde mental, um aspeto que ocupou pouco espaço nas discussões durante este período.

A conferência promovida pela Angelini teve como ponto alto a apresentação do estudo «Necessidades não atendidas e soluções para crises em saúde em Portugal», que, entre outros resultados, concluiu que 85% dos inquiridos conseguiram aceder à informação necessária durante o período de confinamento.

A conferência deu depois lugar à entrega dos prémios Angelini University Award!, uma iniciativa dirigida a jovens a frequentar o ensino superior em Portugal na área da Saúde.

A equipa vencedora foi da Nova Medical School, com o projeto «+Segura – Sistema de Apoio à Gestão Terapêutica», formada por Daniel José Oliveira Neves, Marta Alexandra Carciano Lourenço, Pedro Miguel Aurora Rocha, Filipe Miguel Lima Vaz e António Pedro de Figueiredo Hipólito de Aguiar, que trabalharam com o docente Jorge Manuel Virtudes dos Santos Penedo.



Alexandre Valentim Lourenço e Nuno Jacinto, com a jornalista Dulce Salzedas, na conferência «Reflexões AUA! Como será o futuro pós pandemia»



A equipa da Nova Medical School, que venceu os prémios Angelini University Award!, com o projeto «+Segura – Sistema de Apoio à Gestão Terapêutica», que desenvolveu um sistema user-friendly para profissionais de saúde, que aumenta a eficiência e segurança no processo de gestão terapêutica

Informação REGIÃO SUL



Hospital CUF Descobertas reclama liderança no setor privado

O presidente do Conselho Regional do Sul deslocou-se ao Hospital CUF Descobertas, a 26 de novembro, onde reuniu com responsáveis e visitou vários serviços. Esta unidade de saúde tem já uma história de duas décadas – foi fundado em 2001 –, mas é hoje um privado de referência, que reclama a liderança no setor.

Alexandre Valentim Lourenço foi recebido pela administração e pela direção clínica, que fez uma apresentação sobre o hospital, as suas valências e os seus projetos, justamente o propósito do presidente do CRS, que referiu: "Vim ouvir as pessoas falarem dos seus projetos".

Os números anuais que os responsáveis do hospital apresentaram revelam a sua dimensão ao nível de grandes hospitais públicos. Num único ano, 470 mil consultas, milhão e meio de exames complementares de diagnóstico, 17 mil cirurgias, 2.800 partos e, ainda, cerca de 100 mil urgências e mais de 50 mil internamentos, sendo que estes dois últimos dados têm só por si um significado muito relevante quanto à importância que o hospital tem no contexto de todo o sistema de saúde.

A visita do presidente do Conselho Regional do Sul começou com uma reunião em que estiveram presentes Sílvia Peña, diretora da unidade, Catarina Gouveia, administradora, o diretor clínico, João Paulo Farias, Miguel Trigo e João Maia e Silva, adjuntos da direção clínica, e também Marta Correia, vogal do Conselho Regional do Sul e médica naquela unidade.

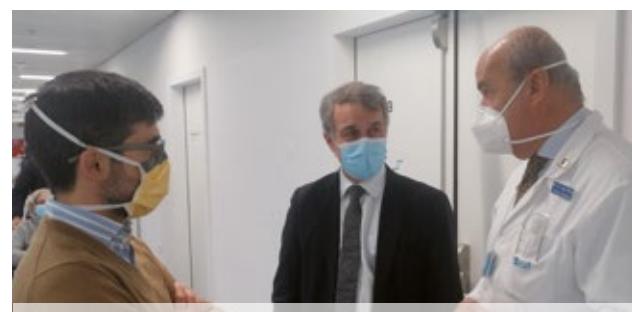
Nessa reunião, os responsáveis apresentaram os indicadores do hospital e abordaram a área de *clinical*

governance, que Alexandre Valentim Lourenço sublinhou e que considerou ter grande potencialidade de aplicação no SNS.

Depois da reunião, o presidente do Conselho Regional do Sul visitou vários serviços e conversou com os respetivos responsáveis, também acompanhado pelo presidente do Conselho Sub-regional de Grande Lisboa, Edson Oliveira, neurocirurgião do Hospital CUF Descobertas.

Começou pelo Centro da Criança e do Adolescente, que desde 2009 tem idoneidade formativa para a especialidade de Pediatria, onde conversou com a coordenadora, Ana Serrão Neto. Passou a seguir pelo Centro de Oftalmologia, que cobre praticamente todas as áreas de diferenciação, e cujo coordenador, José Pita Negrão, a capacidade instalada no serviço.

Alexandre Valentim Lourenço visitou também a Imagiologia, onde conversou com Isabel Távora, e terminou a sua visita aos colegas no Centro de Ortopedia e Traumatologia, com uma conversa com o coordenador, Jorge Mineiro.



Edson Oliveira, Alexandre Valentim Lourenço e Jorge Mineiro

seguro

saúde⁺ exclusive

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

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



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

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

PUB. (02/2021).



um mundo para
proteger o seu

NOVO LEXUS UX 300e 100% ELÉTRICO

SINTAA 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).

 **LEXUS**
EXPERIENCE AMAZING