

www.healthnews.pt

# HEALTHNEWS

informação em saúde

Revista de informação geral e médica - Mensal . Distribuição gratuita . ANO 1 . Nº 2

#02

agosto'22

22

*Xavier Barreto*

**“A crise na Saúde não termina com o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde”**

10

*Rui Nunes*

**“Não preconizo uma Ordem dos Médicos que queira substituir-se ao poder Executivo e muito menos que queria ter funções sindicais”**

14

*Bruno Maia*

**“A Ordem dos Médicos tem sido um ‘bastião’ do conservadorismo”**

# SOMOS FORA DA CAIXA A COMUNICAR EM SAÚDE.

CONSULTORIA • COMUNICAÇÃO •  
DOCUMENTÁRIOS • ORGANIZAÇÃO DE  
WEBINARES E EVENTOS • COORDENAÇÃO DE  
REUNIÕES E MODERAÇÃO DE CONGRESSOS •  
MEDIA TRAINING • BRANDING

CRIATIVIDADE E EMPENHO, SOMOS:

**FDC**  
CONSULTING



GERAL@FDC.COM.PT | 965 846 041

# Editorial

## Dúvidas que pairam no ar

Nesta segunda edição da HealthNews damos voz, entre outros, a Xavier Barreto, Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares de quem procurámos uma análise das recentes medidas adotadas pelo Governo para o setor da Saúde, de onde sobressai o Estatuto do SNS. Digo sobressai, não pela oportunidade legislativa, ou densidade jurídica, mas por ser encarado pela maioria dos especialistas como não vindo terminar com a crise na saúde. Que até pode vir a revelar-se um instrumento que pode ajudar a criar um novo modelo de governação que faça o SNS evoluir para um sistema mais integrado e eficiente. Mas não chega, afirma. E não chega, explica, porque “muitos dos problemas que assolam o SNS estão relacionados com a falta de atratividade, que faz com que não tenha vindo a ser possível captar e reter profissionais nos hospitais públicos e nos centros de saúde. Para que isto aconteça é preciso negociarmos carreiras e tabelas salariais. É preciso também fazer com que o desempenho dos profissionais e o seu mérito passe a ter efeitos a nível da sua retribuição”. E nada disto, garante, é acautelado pelo novo Estatuto (NE).

Outra das lacunas que acabam por influenciar negativamente o NE reside no facto de as “finanças continuarem a ter uma influência excessiva na Saúde, assim como poderão continuar a ditar aquilo que é o financiamento adequado para a Saúde”, suprimindo deste modo as normas que no NE preveem “contribuir para uma maior autonomia dos hospitais e dos seus administradores” algo desejável e fundamental para que algo melhore dentro do SNS.

Para Barreto Xavier “se as Finanças continuarem a subfinanciar o SNS, os hospitais naturalmente não terão resultados equilibrados e isso pode prejudicar a sua autonomia. São cenários possíveis e espero que não se concretizem”, diz.

E depois... falta ainda regulamentar “o detalhe sobre as funções que a nova Direção Executiva vai desempenhar”, algo que não se vislumbra para breve.

Em suma, diz Xavier Barreto: “Não considero que o novo estatuto do SNS seja realmente importante. Importante era darmos autonomia aos conselhos de administração e tornar as carreiras e as grelhas salariais mais atrativas, remunerando os médicos de acordo com o seu desempenho e financiar os hospitais adequadamente. Isto sim é o mais importante. Podíamos ter criado estas condições sem a necessidade de termos um novo estatuto do SNS que cria um modelo de governação que proporcione estas condições. Portanto, não era determinante termos um novo estatuto”.

Nesta edição, entrevistamos ainda Bruno Maia candidato a Bastonário da Ordem dos Médicos, que diz sem rodeios que o novo estatuto “É um grande embuste”, e o Professor Rui Nunes, que avança para as urnas sob o lema “Afirmar e Unir”. Ainda em sede de eleições para a Ordem, fomos falar com Paulo Simões, candidato à presidência da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

Boas leituras

*Miguel Múrias Mauritti*



**HEALTHNEWS**  
informação em saúde

**PORTAL DE INFORMAÇÃO  
GERAL E MÉDICA**

### **Diretor**

Miguel Múrias Mauritti  
[mmauritti@healthnews.pt](mailto:mmauritti@healthnews.pt)

### **Direção Executiva**

Maria Antónia Lisboa  
[alisboa@healthnews.pt](mailto:alisboa@healthnews.pt)

### **Direção Comercial**

Celeste Coelho  
[ccoelho@healthnews.pt](mailto:ccoelho@healthnews.pt)

### **Redação**

Adelaide Oliveira  
Nuno Bessone  
Eduardo Esteves(caricaturista)  
Vaishaly Camoes  
Rita Antunes  
[redacao@healthnews.pt](mailto:redacao@healthnews.pt)

### **Web Design**

Claidir Rendall

### **Paginação**

Joana Câmara Pestana

### **Colaboradores**

António Alvim  
António Correia de Campos  
Acácio Gouveia  
António Silva Graça  
António Sousa Uva  
Luís Gouveia Andrade  
Rui Tato Marinho

Rui Cernadas  
Luís Bronze  
Maria do Carmo Cafede  
Rui Nogueira

### **Editora e Redação:**

Healthnews, VMAL,  
Comunicação, Limitada  
Empresa jornalística registada  
na ERC sob. o n.º 224083  
**Morada:** Avenida Professor  
Gama Pinto, 21649-003 Lisboa  
[redacao@healthnews.pt](mailto:redacao@healthnews.pt)

### **Impressão:**

Impress, Lda.

### **Proprietária:**

Healthnews, VMAL,  
Comunicação, Limitada  
NIPC: 515967424  
**Morada:** Avenida Professor

Gama Pinto, 21649-003 Lisboa  
[geral@healthnews.pt](mailto:geral@healthnews.pt)

### **Detentores do capital social:**

Maria Antónia de Jesus Carvalho  
Henriques Lisboa (45%); Vilani  
Marculino (40%); Antonio Luis  
De Rezende Matias Celestino  
Da Rocha (10%); Miguel Maria  
Múrias Bessone Mauritti (5%)  
**Atualização:** Diária

**Isenção de registo na ERC,  
nos termos da alínea a) do  
n.º 1 do artigo 12.º do decreto  
regulamentar n.º 8/99 de 9 de  
junho**

**Registo na ERC n.º 127452**

06



## OPINIÃO

A Medicina atual já não é compatível com o médico “faz tudo”  
*Nuno Jacinto*

07



## CRÓNICA

A estratégia ausente para os profissionais de saúde  
*Mário André Macedo*

16



## ENTREVISTA

“A ordem tem que voltar a ser casa de todos os médicos”  
*Paulo Simões*

08



## ENTREVISTA

“Não preconizo uma Ordem dos Médicos que queira substituir-se ao poder Executivo e muito menos que queria ter funções sindicais”  
*Rui Nunes*

12



## ENTREVISTA

“A Ordem dos Médicos tem sido um ‘bastião’ do conservadorismo”  
*Bruno Maia*

20



## ORDEM DO DIA

Trazer “uma liderança jovem e feminina para a Ordem dos Médicos”  
*Carla Araújo*

22



## ENTREVISTA

“A crise na Saúde não termina com o novo Estatuto do Serviço Nacionalde Saúde”  
*Xavier Barreto*

26



## ENTREVISTA

Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono. Entre 60 a 90% dos adultos com SAOS têm excesso de peso ou obesidade  
*Mafalda Van Zeller*

30

OPINIÃO

O novo estatuto do SNS  
- esperar para ver...  
Hélder Mota Filipe

32

ENTREVISTA

"As doenças associadas  
ao cérebro são muito difíceis de  
tratar" Miguel Castanho

34

ENTREVISTA

"Nos próximos anos vamos ter  
uma epidemia que vai assolar  
os hospitais e as consultas de  
doença hepática evoluída"  
José Presa

36

REPORTAGEM

ANDAR sente a dor dos  
doentes com artrite  
reumatóide há 27 anos

40

INVESTIGAÇÃO

Dieta Vegetariana. Vegetarianos não comem fruta  
e legumes em quantidade suficiente.

43

OPINIÃO

Inspire-se no diagnóstico  
precoce  
Rui Diniz

46

ENTREVISTA

Europacolon. Oferece apoio  
domiciliário a cuidadores e  
doentes com cancro em estágio  
avanzado. Engº Vítor Neves

50

CRÓNICA

Promoção da saúde e  
bem-estar dos cidadãos, um  
desígnio do tecido empresarial  
português Nuno Simões

44

ESTUDO

Diabetes e doenças  
cardiovasculares aumentam  
o risco de demência.

52

OPINIÃO

Saúde pública, saúde do  
público e público da saúde  
Lúcio Meneses de Almeida



# A Medicina atual já não é compatível com o médico “faz tudo”

Nuno Jacinto

Nos últimos anos os médicos em Portugal têm vivido tempos difíceis e os Médicos de Família sentiram-no de forma particular. Infelizmente, a Medicina Geral e Familiar continua a ser um dos parentes pobres do SNS.

A recente publicação da Lei do Orçamento de Estado de 2022, em particular o seu artigo 206º, é o exemplo mais gritante do desrespeito vigente para com os Médicos de Família e pode vir a constituir o maior retrocesso de sempre nos Cuidados de Saúde Primários portugueses. A ideia de substituir Médicos de Família por colegas não especialistas é perigosa e coloca em causa a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Existe uma verdade incontornável: a Medicina atual já não é compatível com o médico “faz tudo” e tem níveis de exigência e complexidade cada vez maiores. A MGF é uma especialidade por direito próprio, dedicada aos Cuidados de Saúde Primários, que devem ser a base do Sistema de Saúde. É, portanto, imprescindível valorizar e respeitar o trabalho dos Especialistas e Internos de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, o que claramente não tem acontecido nos últimos anos (veja-se o que sucedeu durante a pandemia Covid-19).

Assim sendo, a solução tem forçosamente de passar por reter e captar para o SNS os especialistas em Medicina Geral e Familiar. Contudo, analisando os números dos últimos concursos, facilmente constamos que a taxa de retenção de recém-especialistas nunca foi tão baixa.

O diagnóstico está feito e todos sabem os motivos pelo qual o SNS não é atrativo para os Médicos de Família, pelo que importa que rapidamente sejam implementadas as medidas que permitirão corrigir este caminho para o abismo: revisão da grelha salarial (acabando com as desigualdades actualmente existentes entre os diferentes modelos de organização das unidades funcionais), revitalização das carreiras médicas, flexibilização de horários e regimes de trabalho, desburocratização de procedimentos, aumento da real autonomia das equipas, adequação de sistemas de informação, contratação de todos os recursos humanos necessários (os médicos não trabalham sozinhos), existência de instalações condignas e do equipamento essencial para o seu funcionamento.

Tal como ouvimos muitas vezes, somos sem dúvida a pedra basilar de um sistema de saúde que queremos cada vez mais justo, eficiente e abrangente. Contudo, não basta que nos considerem, e bem, o alicerce fundamental do Serviço Nacional de Saúde: é necessário que essa afirmação seja conseqüente, que tenha validade e aplicação prática no dia a dia da Saúde em Portugal. A Medicina Geral e Familiar necessita que lhe sejam dadas as condições necessárias para que prossiga o seu meritório e reconhecido trabalho em prol da população.

Todos, profissionais e utentes, merecemos mais e melhor, pelo que continuaremos a lutar para que seja possível atribuir um verdadeiro Médico de Família a todos os que residem em Portugal.



# A estratégia ausente para os profissionais de saúde

Mário André Macedo

Não há cuidados de saúde sem profissionais de saúde. É um truísmo, mas que infelizmente tem sido ignorado nas últimas décadas. O foco tem sido na contenção salarial e nivelamento pelo mínimo denominador comum. Os dados disponíveis na OCDE não deixam margem para dúvidas, o salário real dos profissionais de saúde a trabalhar em Portugal, sofreram uma diminuição real na última década. No caso dos enfermeiros, tornaram-se mesmo dos mais mal pagos a nível da OCDE. Uma triste posição atingida pelo nosso país.

Com o crescente crescimento do setor privado, e a competição dos restantes países europeus, a situação tornou-se insustentável. Como fica bem visível com os estrangulamentos sentidos nos serviços de urgência, a carência de meios humanos, tem condicionado a normal atividade e a prestação de um serviço público de qualidade.

É necessário rever mais do que apenas salários e carreiras. A urgente estratégia para os recursos humanos na saúde, não pode ignorar esta dimensão, mas focar-se apenas na questão remuneratória, seria igualmente um erro.

A falta de flexibilidade na gestão dos recursos humanos, sem preocupação para ir ao encontro das expectativas dos profissionais, não é forma de conseguir reter o talento na saúde. Permitir fazer mais horas na urgência, na enfermaria ou na consulta, financiar e fomentar a formação, ou permitir o desenvolvimento de inovação e projetos, são tudo medidas de baixo

custo, mas que ajudam a reter os profissionais no SNS. É preciso compreender, que a principal função das organizações de saúde é dar resposta às necessidades de saúde da população, mas para dar esta resposta, com qualidade, acesso universal e equitativo, e com eficiência, é necessário criar e executar uma estratégia para os recursos humanos. Esta estratégia, tem de incluir a componente da formação, sabendo que os profissionais de saúde, especialmente os médicos especialistas, têm tempos de formação bastante longos, que podem chegar a dez ou doze anos. Um recém-chegado ao curso de medicina em setembro de 2022, será especialista, dependendo do percurso e da especialidade escolhida, em 2032 ou 2034. A planificação tem mesmo de acontecer!

Para a estratégia dos recursos humanos ter sucesso, é necessário aliar a uma verdadeira autonomia das instituições, para que possam contratar, de forma célere, os profissionais de que necessitam, com o perfil mais adequado à instituição. Os hospitais não podem continuar dependentes da morosidade e imprevisibilidade de autorizações centrais para a contratação.

Por fim, é impossível não falar nas questões da mobilidade dentro do SNS. O modelo EPE terminou com a mobilidade de profissionais, mesmo que seja benéfico para o profissional e para a instituição. A única opção para os profissionais de saúde, é abandonar o hospital e concorrer como recém-licenciado a uma nova instituição, onde será contratado pela base da carreira. Isto não faz qualquer tipo de sentido, apenas gera ineficiências, insatisfações, e empurra os profissionais para o setor privado.

Para transformar e preparar o SNS para este exigente período pós pandémico, é preciso urgentemente repensar a estratégia para os recursos humanos da saúde.

# “Não preconizo uma Ordem dos Médicos que queira substituir-se ao poder Executivo e muito menos que queria ter funções sindicais”

Rui Nunes

“Afirmar e Unir” a classe médica é um dos compromissos do candidato a bastonário, Rui Nunes. O médico especialista em otorrinolaringologia lamenta a imagem que está a ser transmitida aos portugueses, em que “passamos de ser uma profissão exemplar durante a pandemia, para os principais responsáveis por aquilo que o sistema de saúde tem de mal e pelas falhas de governação”. Uma reforma “profunda e estrutural” do sistema de saúde é defendida pelo professor catedrático na Universidade do Porto. Apesar de querer “afirmar a profissão médica” em Portugal, Rui Nunes recusa transformar a ordem numa entidade sindical.

## ***HealthNews (HN) – Por que razão gostaria de assumir a liderança da ordem?***

Rui Nunes (RN)- Decidi protagonizar esta candidatura a bastonário da Ordem dos Médicos por várias razões. Apesar de os médicos terem tido um comportamento exemplar durante a pandemia, onde estes profissionais com muito empenho e sacrifício disseram sempre ‘presente’ nos momentos difíceis, a verdade é que há um sentimento geral de que esse reconhecimento não está a existir. Portanto, um dos meus compromissos é precisamente afirmar novamente a profissão médica. Aquilo que é dado a conhecer aos portugueses é que os problemas graves de que o sistema de saúde padece são por causa dos médicos e até da própria Ordem dos Médicos. Portanto, passamos de ser uma profissão exemplar durante a pandemia, para os principais responsáveis por aquilo que o

sistema de saúde tem de mal e pelas falhas de governação. Importa, assim, afirmar a profissão médica, não numa perspetiva elitista e muito menos corporativa, mas para conscientizar as pessoas de que se não tivermos médicos bem preparados, motivados e reconhecidos vai ser complicado prestar bons cuidados de saúde.

## ***HN – Defende uma “reforma profunda” do sistema de saúde. Como pensa alcançar essa mudança? Quais as suas propostas?***

RN- Penso que a minha candidatura tem esta marca distintiva em relação a outras candidaturas porque os princípios e valores pelos quais me bato há muitas décadas pressupõem uma forte unidade da classe médica. Alias, “Afirmar e Unir” é o mote da minha candidatura. E para isso acontecer é essencial que se proponha com clareza uma reforma profunda e estrutural do



sistema de saúde. Em Portugal não há falta de recursos humanos, o que é preciso é uma nova visão que coloque os doentes no centro do sistema e um sistema que se adapte às necessidades das pessoas.

**HN- A carreira médica tem sido um dos aspetos mais abordados por parte dos restantes candidatos que salientam**

***que não é revista há 13 anos. Considera que a Ordem tem feito tudo o que está ao seu alcance?***

RN- As carreiras são o mais potente estímulo à qualificação profissional dos médicos. Isto é, sem carreiras bem estruturadas é difícil concretizar determinados objetivos. É preciso repensar as carreiras médicas e isto prende-

se não apenas com o passo profissional, mas também com a dignificação do exercício profissional.

Manifesto total oposição à proposta de contratar médicos sem especialidade para assumir a função de médicos especialistas. Não podemos dizer que vamos recriar o sistema de saúde sem apostar nas carreiras médicas.



Devemos apostar na qualificação e na formação profissional. É importante salientar que a qualidade da medicina portuguesa é reconhecida internacionalmente e isso deve-se à excelência da formação pré-graduada, assim como à excelência da formação em exercício durante as carreiras profissionais.

No fundo, é preciso ter ideias e contributos para que o poder Executivo as implemente com vista a atingirmos os objetivos que todos preconizamos.

***HN – Atualmente o país assiste a uma crise na saúde, em que a falta de médicos é transversal a todas as áreas. Para si, quais são os problemas de base?***

RN- O problema de base é o

modelo de governação ético-social da saúde. Como todos sabemos, e dados internacionais comprovam, Portugal tem uma capacidade formativa muito elevada e, em termos absolutos, temos mais médicos por mil habitantes que a generalidade dos países civilizados. O problema está apenas na ausência de médicos em determinadas especialidades e em determinados pontos do território nacional. Isso colmata-se com uma plena articulação entre a Ordem dos Médicos, os colégios de especialidade e do Ministério da Saúde. É preciso que se promovam medidas de retenção dos médicos no SNS. Quando se diz que há falta de médicos na área da Obstetrícia, não é porque haja falta de profissionais a querer seguir esta especialidade, mas porque existe um sistema que não é apelativo

para que os jovens médicos queiram trabalhar dentro do SNS. Este tem de ser reinventado nas suas próprias raízes.

***HN – Até agora tem existido uma forte dependência dos prestadores de serviços nas urgências. Acredita que com o novo regime de pagamento das horas extraordinárias foram criadas condições para ter mais profissionais de forma estável no SNS?***

RN- O pagamento de horas extraordinárias é uma solução conjuntural para resolver um problema estrutural. Portanto, temos que ter um olhar completamente diferente para os serviços de urgência e reforçar as áreas que têm maior necessidade, como é o caso da Medicina Interna,

a Cirurgia Geral, a Obstetrícia, a Pediatria, entre muitas outras. O problema é sempre o mesmo, é uma questão de gestão, organização e de atratividade dos quadros médicos. Sem uma alteração de fundo vamos ter que encontrar soluções pontuais e o novo regime de pagamento das horas extraordinárias terá o seu impacto no curto prazo.

### ***HN – Até porque é uma medida transitória que vigora até janeiro de 2023...***

RN- Exatamente. Não ponho em causa que as medidas transitórias tenham o seu impacto, mas considero que é preciso um novo olhar sobre o sistema de saúde para que não estejamos periodicamente a verificar estes problemas que já sabíamos que existiam e que continuam a existir.

### ***HN – A dificuldade do acesso à profissão é um tema que ainda muitos portugueses não conseguiram compreender. Enquanto a ordem diz que não coloca nenhuma barreira, já ouvimos alguns políticos a dizerem o contrário. Afinal quem é o responsável pelo acesso à profissão?***

RN- A Ordem dos Médicos é uma autoridade com poderes públicos delegados pelo Estado e que tem funções de regulação técnica e deontológica. Nesse sentido, tem uma missão de regular o acesso à profissão. Quando um médico graduado em Medicina vem de um país estrangeiro com certeza que a ordem terá que se pronunciar sobre a matéria. Diferente é quando se trata do acesso dos nossos graduados. Quando estes terminam o curso, ingressam na profissão e podem concorrer à formação específica. Portanto, a posição da ordem não tem sido restritiva nessa matéria, bem pelo contrário...

O que tem havido é falta de capacidade do poder Executivo para planear estrategicamente as necessidades de médicos das diferentes especialidades. Atribuir essa responsabilidade à Ordem dos Médicos parece-me um equívoco e um exagero. Como o atual bastonário tem dito recorrentemente, as capacidades formativas por especialidade que a ordem propõe têm sido sempre superiores às vagas que são abertas. Quem decide é o poder Executivo, não é a Ordem dos Médicos. Portanto, é estranho que o poder Executivo se confronte há décadas com este problema.

### ***HN- O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde já é conhecido. Como olha para a criação de uma Direção Executiva?***

RN- Tenho sérias reservas sobre a Direção Executiva. Aliás, numa opinião pública que emiti há uns dias, estive em completa consonância com a posição do Presidente da República. Há um problema de fundo e uma contradição. Não se percebe a razão para criar uma Direção Executiva porque se não, para que serve o responsável pelo Ministério da Saúde. Portanto, a Direção Executiva, por definição, tem que ser o ministro da tutela até para prestar contas do exercício executivo na área da saúde. Por outro lado, esta Direção Executiva acaba por contradizer aquilo que tem sido defendido sobre a necessidade de descentralizar a Saúde. Toda a evidência técnica demonstra que o nosso sistema de saúde devia ser mais descentralizado e está a acontecer exatamente o oposto. Estou convicto que, ao longo dos anos, se vai demonstrar que não é uma boa solução. Tenho muito receio que seja uma medida contraproducente que em vez de melhorar o desempenho e

qualidade de gestão do sistema de saúde, venha a ter um efeito perverso e que contradiga a evolução que penso que é necessária.

### ***HN- Defende que a saúde precisa de uma gestão mais autónoma, sendo que o novo estatuto do SNS prevê mais autonomia dos hospitais e centros de saúde. Vê esta medida como claro sinal de mudança?***

RN- Veria se fosse compaginado com outras mudanças nesse sentido. Ou seja, se em vez de se criar uma gestão central do sistema de saúde, se criassem e implementassem sistemas locais de saúde de forma generalizada e com maior autonomia. Seria um passo excelente.

Por um lado, diz-se que se vai aumentar a autonomia de gestão, mas por outro, centraliza-se a governação. Portanto, não percebo como é que estas medidas podem ser compatíveis.

### ***HN- O que iria mudar na Ordem dos Médicos consigo na liderança?***

RN- Apesar de considerar que a Ordem dos Médicos teve um papel absolutamente decisivo e central na saúde dos portugueses ao longo dos últimos anos, e sobretudo durante a pandemia, a verdade é que estamos a entrar num novo ciclo e que tem de gerar mudanças. Caso seja venha a ser eleito bastonário, os médicos podem esperar um papel mais ativo: no reconhecimento da profissão médica e na colaboração com o poder Executivo para mudar o sistema de saúde. Não preconizo uma Ordem dos Médicos que queira substituir-se ao poder Executivo e muito menos que queria ter funções sindicais.

HN/VC

Bruno Maia

# “A Ordem dos Médicos tem sido um ‘bastião’ do conservadorismo”

Pôr um fim ao “elitismo e conservadorismo” da Ordem dos Médicos é um dos objetivos assumidos pelo candidato Bruno Maia. O neurologista, que cresceu com “uma nova geração (..) que acredita que os cuidados de saúde têm que ser universais e de qualidade técnica”, deixa fortes críticas à forma como a casa de todos os médicos tem atuado nos últimos anos. “A Ordem dos Médicos não tem defendido todos os utentes”, diz o candidato que promete “uma ordem que não temos”. Questionado sobre o novo Estatuto do SNS e o regime de dedicação plena, Bruno Maia diz: “É um grande embuste”.

**HealthNews (HN) – Candidata-se à Ordem dos Médicos contra “o conservadorismo e o elitismo”. O que é preciso mudar dentro da instituição?**

Bruno Maia (BM) - Ao longo das últimas décadas, a Ordem dos Médicos tem sido um “bastião” do conservadorismo. Gostava que a ordem passasse a ser um referencial na defesa dos direitos humanos e dos utentes. A OM tem que ser também uma plataforma de respeito por aquilo que é a autonomia dos doentes... Vimos isso acontecer ao longo do tempo, não só na questão da interrupção da gravidez, como, mais recentemente, na questão da eutanásia, em que a ordem arroga-se a assumir uma posição por todos os médicos. É uma posição conservadora e que, no entender de muitos médicos e médicas, vai contra aquilo que é o respeito pela autonomia e as escolhas livres dos doentes. Portanto, gostava de trazer uma nova geração de médicos e médicas para o Serviço Nacional de Saúde que pensam de forma diferente e que gostavam, de facto, que a ordem tivesse um papel ativo no combate às várias discriminações que existem na sociedade e nos cuidados de saúde, não só em relação aos utentes, mas também em relação aos próprios médicos.

A minha candidatura visa ainda combater o elitismo que a ordem

sempre tem tido ao longo do tempo. A Ordem dos Médicos tem sido dirigida a partir das cúpulas dos médicos e tem criado uma ideia elitista destes profissionais junto da sociedade. Cresci com uma nova geração de médicos que cresceu no Serviço Nacional de Saúde e que acredita que os cuidados de saúde têm que ser universais e de qualidade técnica. Esta geração de médicos acredita que a ordem tem que estar aberta à sociedade.

**HN – No dia em que anunciou formalmente a sua candidatura prometeu “uma Ordem dos Médicos que não temos”. Considera que até agora a defesa dos utentes e do Serviço Nacional de Saúde não têm estado no centro das prioridades?**

BM - A Ordem dos Médicos não tem defendido todos os utentes... Quando a ordem dizia que as mulheres não podiam interromper uma gravidez por sua decisão ou quando a ordem diz que um doente, face a uma doença terminal, não pode antecipar a sua morte mostra que não está a defender todos os utentes. Quando a ordem se recusa a assumir que existe discriminação nos cuidados de saúde, a instituição não está a defender as mulheres, as pessoas racializadas e os cidadãos LGBT+.

A nível dos cuidados universais, a Ordem dos Médicos tem



tido um papel importante. No entanto, tem tido algumas ações contraditórias. Por exemplo, na questão das centenas de jovens médicos que temos sem acesso à especialidade por ausência de vagas, aquilo que vemos há anos é um jogo de “passa culpas” entre o Governo e a ordem. E este jogo apenas tem agravado esse acesso. É um problema que tem que ser resolvido. Temos que ter uma ordem muito mais forte.

**HN- No seu manifesto defende “uma ordem insubmissa aos interesses financeiros que ameaçam a prática médica”. Ao certo, o que quer dizer com isto?**

BM- Quero dizer que a ordem tem que combater dois aspetos fundamentais. Em primeiro lugar, as tentativas de gestão de saúde que estão unicamente viradas para os números e para a produção. A ordem tem que defender que os cuidados de saúde não se podem guiar só por números de consultas e cirurgias, mas sim por resultados em saúde da população. É assim que os médicos têm que ser avaliados e isso não tem sido feito até agora.

Em segundo lugar, a ordem tem que ter um papel mais ativo ao exigir, da parte dos privados, a apresentação de resultados. Sabemos que no SNS temos todos os dados de consultas, internamentos e cirurgias e no setor privado isso não acontece. Precisamos também desses dados para que os utentes, quando escolhem um cuidado de saúde, tenham acesso a essa informação e poderem optar em consciência.

**HN- O novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde prevê que a Direção Executiva avalie o desempenho de respostas do SNS, através de inquéritos**

**aos utentes e profissionais de saúde. Considera que esta medida vai ao encontro daquilo que diz que é preciso ser feito sobre a avaliação de resultados?**

BM- Já temos muitos serviços de saúde, mesmo dentro do Serviço Nacional de Saúde, que realizam inquéritos de qualidade e satisfação, mas penso que temos de ir mais longe. O estatuto é absolutamente insubmisso numa questão fundamental que é: temos que trazer os utentes para o centro do sistema. Temos que os envolver na própria gestão do SNS. Temos que olhar para as comissões de utentes, doentes e locais e envolvê-las naquilo que é a tomada de decisão em cuidados de saúde. É importante que os utentes também sejam ouvidos e não apenas os conselhos de administração.

**HN- Assumi ser contra “a ideia errónea” de que “não importa se o prestador dos cuidados de saúde é do setor público ou privado, o que importa é que as pessoas tenham acesso à saúde”. Com isto quer dizer que a única forma de garantir cuidados de saúde de qualidade é através do Serviço Nacional de Saúde?**

BM- Não. A única forma de garantir acesso universal dos cuidados de saúde é existindo um serviço público de saúde forte. O setor privado existia antes de haver SNS, mas se queremos que todos os cidadãos e cidadãs tenham acesso à saúde temos que ter um serviço público forte e de qualidade, capaz de dar resposta a qualquer doente independentemente do seu estatuto socioeconómico. Se olharmos para países como os Estados Unidos, onde não há um serviço de saúde público e universal, vemos que há milhares de pessoas que estão excluídas

do acesso à Saúde. Sabemos também que antes de existir o SNS havia milhares de portugueses e portuguesas que não tinham acesso a cuidados de saúde de qualidade...

**HN- Há quem diga que a atual situação de crise na saúde se deva a um problema ideológico por parte do Governo. Qual é a sua posição?**

BM- A crise na saúde não é de agora e, portanto, não atravessou apenas este governo, mas também outros de direita. Do meu ponto de vista, as razões que explicam a degradação do SNS são a falta de recursos humanos e de investimento. Há muito tempo que deixamos fugir os médicos para o setor privado ou para o estrangeiro. Isto porque desestruturamos a carreira dos médicos. Com a criação das EPE e a introdução dos contratos individuais de trabalho pensava-se que iriam poupar dinheiro, mas foi uma jogada errada, estamos, pelo contrário, a gastar mais dinheiro.

**HN- Entre as prioridades assumidas garante a defesa das carreiras médicas. De que forma a Ordem pode intervir neste âmbito?**

BM- As carreiras médicas surgiram no seio da Ordem dos Médicos, ainda antes do SNS. Portanto, a história diz-nos que a ordem tem um papel fundamental ao defender as carreiras médicas. Ao exigir que os médicos têm acesso a uma carreira e de progredir ao longo da vida estamos a defender a qualidade dos cuidados e da prática da Medicina em Portugal.

**HN- O novo regime de dedicação plena será voluntário e abrange apenas médicos, sendo obrigatório para as chefias. Considera que as medidas**



***propostas irão responder às atuais necessidades sentidas nas unidades de saúde?***

BM- Não. O novo regime de dedicação plena é um grande embuste... Aquilo que está escrito no estatuto do SNS é que quem entra em dedicação plena pode continuar a fazer medicina privada de forma paralela e a única coisa que está escrito é que ao regime de dedicação plena corresponde a um aumento da produção que pode ou não corresponder a um aumento da remuneração. Aquilo que eu defendo para o regime de exclusividade não é nada disto. Acho que o regime deve garantir que os médicos, e sobretudo as

pessoas que dirigem os serviços, estão dedicados àquele serviço e têm uma majoração salarial por causa disso, mas que ao mesmo tempo têm uma série de exigências, nomeadamente no cumprimento dos objetivos. Esse regime de exclusividade poderia ser revogado a qualquer altura por incumprimento por parte do profissional. Não é isto que o novo regime propõe, propõe apenas que se o médico trabalhar mais, recebe mais. Portanto, acho que está errado e é um embuste em relação àquilo que foi o regime de exclusividade que existiu em Portugal e que é defendido, aliás, por todos os sindicatos médicos e pela atual ordem.

***HN- Caso seja eleito em janeiro. O que podem os médicos esperar de si?***

BM- Podem esperar um bastonário que respeita mais a diversidade dos médicos e dos utentes, podem esperar um bastonário que vai estar empenhado em combater aquilo que são atropelos aos direitos humanos e podem, sobretudo, esperar um bastonário profundamente empenhado em defender as carreiras dos médicos no SNS e no privado.

HN/VC

# “A ordem tem que voltar a ser casa de todos os médicos”

Paulo Simões

Uma ordem mais transparente, interventiva e onde todos os médicos e portugueses se sentem representados é aquilo que ambiciona Paulo Simões, candidato à presidência da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos. Questionado sobre as principais áreas de atuação, o cirurgião sublinha que a lista que encabeça irá defender de forma “intransigente as carreiras médicas”, pois é a melhor forma de “garantir a qualidade dos cuidados de saúde e a saúde dos portugueses”. O candidato recusa que a solução para a crise na Saúde passe pelo aumento do pagamento das horas extraordinárias aos médicos. Para Paulo Simões a falta de médicos coloca em causa as capacidades de idoneidades formativas dentro do SNS, defendendo o alargamento da formação para o setor privado.

**HealthNews (HN) – É candidato a presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos. Quais as razões que motivaram a sua candidatura?**

Paulo Simões (PS) - A principal razão foi a perceção de que a Ordem dos Médicos tem que ser mais interventiva. Há uma visão, quer por parte da população quer por parte dos meus colegas de que a Ordem apresenta alguns aspetos menos transparentes. Portanto, penso que a ordem tem que voltar a ser casa de todos os médicos, mas também a casa de todos os portugueses. Isso implica um esforço da transparência e um esforço para responder a alguns dos problemas na saúde.

**HN- Candidata-se com o lema “Uma Ordem com Futuro”. Quais são as áreas de intervenção que identifica como prioritárias para garantir a dignificação da carreira médica em Portugal?**

PS - Sabemos que, ao longo destes últimos anos, as carreiras médicas foram postas em causa. Não é um problema de agora, é um problema que se tem vindo a acumular. Foi um problema criado

por estes governos do bloco central que não perceberam que ao colocar em causa as carreiras médicas, colocavam em causa a própria estrutura do Serviço Nacional de Saúde. Do meu ponto de vista, é fundamental que haja uma aposta clara numa carreira médica. E esta tem de ter um estímulo de remuneração e de perspetiva futura. Isto porque quando um jovem médico chega ao SNS tem uma clara perceção de que em vinte ou trinta anos está a fazer a mesma coisa e, se calhar, com a mesma remuneração... Esta situação não é motivadora.

**HN- O país atravessa atualmente uma crise na saúde. Os problemas são novos ou são os mesmos que já existiam no passado e que se prolongam no tempo?**

PS - Vivemos um período de rotura e não é um problema só português, é um problema a nível europeu. Assistimos a uma rotura dos serviços hospitalares e isto tem a ver com várias situações. A primeira foi a pandemia que provocou, sem dúvida, um grande desgaste nos profissionais de saúde. Isto



provocou uma mudança de perspetiva dos próprios médicos. Neste momento, as pessoas valorizam mais a vida pessoal do que a vida profissional. A nova geração que está a entrar no SNS, quer como interno quer como jovem especialista, tem já esta perspetiva. É preciso que quem tem capacidade de decisão perceba esta situação. Não falo unicamente do Estado, do Governo, das organizações, mas também da Ordem dos Médicos. Esta perspetiva tem que ser expressa naquilo que são os programas de formação e criar mais flexibilidade. Um país que diz que precisa de ter mais bebés a nascer, tem que apostar no suporte aos jovens pais para que

essa situação aconteça. É preciso pensar como é que podemos dar mais flexibilidade aos jovens médicos para que eles também possam ser pais.

***HN- A sua lista é composta por um grupo grande de jovens médicos. Quais são as principais preocupações destes profissionais?***

PS- Uma das grandes preocupações é saber como é que vai ser a sua vida no futuro. Esta preocupação já não é apenas a nível profissional, mas também pessoal. Portanto, tudo isto tem que entrar no discurso da Ordem dos Médicos. Temos que chamar a atenção para a importância de

pensar como vamos conseguir criar esta flexibilidade.

***HN- Considera que a atual falta de médicos pode colocar em causa as idoneidades e as capacidades formativas dentro do SNS?***

PS- Se o que está a acontecer neste momento é uma fuga dos profissionais de saúde para o setor privado, não podemos continuar com a cabeça enterrada na areia a pensar que o SNS vai conseguir manter as capacidades de idoneidade e de dar formação a todos os jovens médicos. Isto não vai acontecer. Na verdade, isto faz-me lembrar aquilo que aconteceu, há uns anos, em Itália, em que só

os hospitais universitários é que tinham capacidade de formação. Lembro-me perfeitamente em Estrasburgo de ver um professor de cirurgia, que dava aulas em Itália, que não sabia dar pontos porque efetivamente a formação dele tinha sido uma formação teórica. Os portugueses têm que perceber que isto não pode acontecer.

Os médicos portugueses são considerados muito bons e com uma formação excelente. Ora, não podemos correr o risco de perder médicos de excelência. Toda a gente sabia que havia uma altura em que um grupo muito grande de médicos se iria aposentar. Esta situação agora é agravada com o facto de muitos profissionais chegarem ao ponto de pensar: “Não aguento esta pressão, vou-me embora” ou “Vou passar a meio tempo e se não me derem, vou-me embora”.

Considero que a solução passa por alargar o âmbito da formação para lá do SNS. Não temos outra alternativa porque os serviços públicos não têm número de especialistas suficientes.

**HN- E como olha para o aumento do pagamento das horas extraordinárias?**

PS- Não penso que essa seja uma solução eficaz nem para o sistema de saúde, nem para o governo, nem para os próprios médicos. Os jovens médicos não querem mais horas extraordinárias, eles querem é ter uma vida que lhes permita viver e passar tempo com a sua família. Há que apostar em criar condições no sistema para que as profissionais se sintam motivados e não pensem, quando acabam a especialidade, em sair do Serviço Nacional de Saúde. Não vai ser com medidas administrativas que vão conseguir reter os médicos... Achar que se consegue, por via

legislativa, obrigar alguém a ficar a trabalhar num sítio que não quer é impensável.

**HN- A lista que encabeça defende ainda a promoção da “qualidade médica” e aposta “na formação específica dos jovens médicos”. Qual a sua opinião sobre a possível contratação de médicos sem especialidade para os centros de saúde?**

PS- Trata-se de mais uma solução avulsa para um problema crónico. Há mais de quinze anos que oiço falar do problema que vinha sobre a quantidade de médicos de Medicina Geral e Familiar que se iriam reformar ao mesmo tempo. Era um problema que deveria ter sido acautelado. Houve um esforço para aumentar as vagas na formação da MGF, mas o problema é que quando se abrem os concursos nem todas as vagas são preenchidas. Sabemos que 30 a 40% das vagas não estão a ser preenchidas.

**HN- O papel dos médicos mudou muito ao longo das últimas décadas, havendo cada vez mais profissionais de saúde cansados e desmotivados. Que medidas devem ser adotadas para fazer ressurgir a profissão em Portugal?**

PS- É preciso apostar na carreira médica. Na maior parte das vezes e das especialidades, a perspectiva é que ninguém vai chegar ao topo da carreira. Temos um problema em relação à remuneração base. Estudos variados têm demonstrado que aquilo que o médico recebe sofreu uma diminuição de 20% nos últimos dez anos. Temos de conseguir tornar uma carreira médica atrativa com uma remuneração adequada e com condições de trabalho em que as equipas são coesas.

É preciso perceber que, atualmente, os serviços de urgência são caóticos. Quando o Governo fala em pagar 70 euros por hora, eu penso: “Nem 150 euros paga o esforço que os meus colegas fazem para trabalhar nestes serviços”.

**HN- Já em 2018 quando tornou pública a sua tese de doutoramento, onde fez uma análise às alterações organizacionais do SNS nas últimas décadas, alertou para a fuga de médicos para o setor privado e as reformas antecipadas de médicos séniores. Considera que os esforços feitos por parte dos diferentes governos têm sido insuficientes para travar a crise na Saúde?**

PS- Têm sido claramente insuficientes... É tão evidente que um estudo publicado, em maio, da Associação dos Administradores Hospitalares alertava que 26% dos médicos querem sair do SNS. Neste momento, as pessoas não querem trabalhar num sítio em que as condições de trabalho são más, as condições de remuneração são péssimas e onde a perspetiva de carreira é nula.

**HN- O que pode a comunidade médica da região Sul esperar de si caso seja eleito dirigente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos?**

PS- Podem esperar uma ordem mais transparente e mais aberta para a comunidade e para os médicos. Por outro lado, podem esperar a defesa intransigente desta questão das carreiras médicas que para mim é o pilar fundamental. A partir das carreiras médicas podemos garantir a qualidade dos cuidados de saúde e a saúde dos portugueses.

HN/VC



## Aumentam as reclamações dirigidas a hospitais e maternidades

De acordo com o Portal da Queixa foi registado um aumento de 33% do número de reclamações de utentes dirigidas a Hospitais e Maternidades, em comparação aos primeiros três meses do ano passado.

Mais de 70% queixa-se da falta de qualidade no atendimento por parte dos profissionais das unidades de saúde.

O Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, é a unidade de saúde com mais reclamações.

# Breves



## Doença venosa crónica: 7 sintomas que não pode ignorar

Sabia que a sensação de pernas pesadas e inchadas não é normal e pode ser um sintoma de doença venosa crónica? Esta patologia, muitas vezes desvalorizada e tardiamente diagnosticada, precisa de tratamento adequado e atempado.

Há sete sintomas que não podem ser ignorados: pernas cansadas; dor nas pernas; pernas e tornozelos inchados; comichão; dormência nas pernas; câibras noturnas e sensação de pernas pesadas.

As primeiras Jornadas de Reabilitação Músculo-Esquelética decorrem no dia 21 de outubro. Dor crónica, reeducação neuromuscular e técnicas no tratamento das patologias de origem músculo-esquelética serão alguns dos temas abordados. O evento é promovido pelo Grupo de Reabilitação Músculo-Esquelética do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do HFF, em parceria com a Associação de Amigos e Utentes do referido hospital.



## Estudo indica que terceira dose de reforço é crucial para combater novas variantes

Perto de vinte variantes da Covid-19 foram identificadas e neutralizadas após a terceira dose de reforço, segundo um novo estudo internacional.

Os investigadores sugerem que a imunidade diminui vinte semanas após a vacinação, tendo um terceiro reforço da vacina ajudado a identificar e neutralizar novas variantes.

O estudo foi publicado na Nature Microbiology.



## Jornadas de Reabilitação Músculo-Esquelética decorrem em outubro



Carla Araújo

Carla Araújo, médica especialista em Medicina Interna, pretende trazer uma liderança jovem e feminina para a Ordem dos Médicos. Ciente dos complexos problemas que a saúde atravessa em Portugal, tem sido uma voz crítica em relação às políticas de Marta Temido. Defende uma visão integradora para o Sistema de Saúde do país, o trabalho multidisciplinar e sem barreiras entre as Instituições que prestam cuidados aos doentes. Vivemos tempos desafiantes, com a presença das novas tecnologias, a inteligência artificial, acesso a novos fármacos e a meios complementares de diagnóstico altamente diferenciados. Não podemos continuar a trabalhar no SNS de há 40 anos atrás.

A abrangência da sua especialidade, e os diversos cargos que já liderou, como são exemplo a Coordenação do Núcleo de Internos da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; a Presidência do

# Carla Araújo quer trazer “uma liderança jovem e feminina para a Ordem dos Médicos”

*Grupo Young Internist of the European Federation of Internal Medicine; membro fundador do Núcleo de Urgência e do Doente Agudo da SPMI; membro do Núcleo de Formação da SPMI; tem como principal área de interesse a Gestão em Saúde, tendo concluído a prestigiada pós-graduação de Gestão em Saúde da Nova SBE-School of Business and Economics; e ainda o curso de liderança também da Nova SBE. Integrou o Gabinete de Crise da Ordem dos Médicos durante a pandemia e é membro do Conselho Nacional da Pós-Graduação da Ordem dos Médicos.*

Para Carla Araújo é essencial defender a formação médica de qualidade, pois os jovens são o garante do futuro. Valoriza o legado de quem construiu o SNS, mas os tempos mudaram, e após 2 anos de uma dura pandemia, é imperativo modernizar a forma de trabalhar. É urgente dar força às Carreiras Médicas

e a uma base salarial justa e adequada ao grau de diferenciação da profissão. Defende segurança psicológica e bem-estar no trabalho, assim como motivação e crescimento pessoal. Tem que existir espaço para a inovação. A profissão médica tem que ser devidamente valorizada a todos os níveis, pois salvar vidas não tem preço.

Os pilares da sua Candidatura a Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos assentam na representatividade, na equidade, na formação e na defesa da qualidade da prestação de cuidados à população. A OM é a casa de todos os Médicos, trabalhem eles no setor público, privado ou social. Irá dedicar especial atenção ao crescente número de médicos sem especialidade. Assume-se livre de barreiras ideológicas e de preconceitos. Sente que a Ordem dos Médicos tem que dar um salto geracional, incluindo nas suas lideranças.

Incentivada por centenas de colegas que lhe reconhecem capacidade de liderança, e apoiada numa equipa versátil, com vozes experientes, mas também com novos protagonistas, pretende trazer para cima da mesa matérias como a literacia em saúde, proximidade com os utentes, defesa dos programas de formação das diversas especialidades, dando maior autonomia e relevo aos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos.

Irá manter o seu estilo frontal, assertivo e transparente, capaz de dialogar com todos os intervenientes, incluindo o poder político, mas sem nunca abdicar de defender a qualidade e segurança na prestação de cuidados aos doentes.

Sob o lema “Despertar a Mudança” assume desejar afastar a imagem da Ordem dos Médicos de corporativistas ou sindicalistas. Cada um tem as suas funções, distintas, mas complementares. Para Carla Araújo a Ordem dos Médicos é essencial na preservação da qualidade do exercício da profissão. Reconhece ser necessário criar mecanismos que agilizem todos os procedimentos internos, incluindo a articulação entre todos os órgãos que constituem a estrutura hierárquica da OM.

A Região Sul é a maior do país, com o maior número de médicos inscritos. Tem problemas próprios, que precisam de um olhar dedicado e cuidadoso. A adequada gestão de recursos será um ponto chave para o sucesso de todos os ambiciosos projetos a que se propõe.

Tem a forte convicção de ser o momento de virar a página e de trazer a tão necessária mudança à geração de médicos portugueses por quem sente um profundo orgulho. Certa está de ser capaz de recuperar a confiança e a esperança num futuro melhor.



# “A crise na Saúde não termina com o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde”.

—  
Xavier Barreto

O presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) recusa que o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde encerre o capítulo de crise na Saúde. Aos olhos de Xavier Barreto “de nada serve termos um estatuto” que ignora medidas como as carreiras médicas, as tabelas salariais e a autonomia financeira dos hospitais. O responsável insiste que o Ministério das Finanças “continua a ter uma influência excessiva na Saúde”. “Se as Finanças continuarem a subfinanciar o SNS, os hospitais naturalmente não terão resultados equilibrados e isso pode prejudicar a autonomia” prometida agora no novo Estatuto do SNS, alerta o responsável.

***HealthNews (HN) – Com a divulgação do novo Estatuto do SNS, as dúvidas e críticas sobre o diploma acumulam-se. Considera que as medidas propostas por parte do Governo irão pôr fim à crise que o país atravessa na Saúde?***

Xavier Barreto (XB)- A crise na Saúde não termina por decreto nem com o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Este instrumento pode ajudar a criar um novo modelo de governação que faça o SNS evoluir para um sistema mais integrado e eficiente, mas isso não chega. Muitos dos problemas que assolam o SNS estão relacionados com a falta de atratividade. Não tem sido possível captar e reter profissionais nos hospitais públicos e nos centros de saúde. Para que isto aconteça é preciso negociarmos carreiras e tabelas salariais. É preciso também fazer com que o desempenho dos profissionais e o seu mérito passe a ter efeitos a nível da sua retribuição... Nada disto está no novo Estatuto. Por outro lado, grande parte dos problemas do SNS decorrem de um subfinanciamento crónico

dos hospitais, que dura já há muitos anos, e que atravessa vários governos. O estatuto não vai resolver essa questão. Portanto, de nada serve termos um estatuto que define um novo modelo se não existir um financiamento adequado para que os hospitais e centros de saúde prestem os cuidados necessários às populações.

***HN- A autonomia para os hospitais há muito que é proclamada por parte dos administradores hospitalares, tornando-se agora numa possível realidade. Enquanto presidente da APAH como olha para esta promessa?***

XB- Tudo aquilo que possa contribuir para uma maior autonomia dos hospitais e dos seus administradores é sempre bom para o funcionamento do SNS. No entanto, esta autonomia está sempre condicionada pela aprovação de Planos de Atividades e Orçamento pelo Ministério das Finanças. Também está condicionada pela obtenção de resultados financeiros equilibrados... Isto significa que as Finanças continuam a ter uma influência excessiva



na Saúde, assim como poderão continuar a ditar aquilo que é o financiamento adequado para a Saúde. Se as Finanças continuarem a subfinanciar o SNS, os hospitais naturalmente não terão resultados equilibrados e isso pode prejudicar a sua autonomia. São cenários possíveis e espero que não se concretizem. Espero, pelo contrário, que o financiamento seja o adequado e que os Planos de Atividades e Orçamentos que venham a ser aprovados pelo Ministério das Finanças sejam aqueles

que possam ir ao encontro das necessidades das populações.

***HN - As Finanças passam apenas a ter de aprovar valores acima dos 2,5 milhões de euros em projetos previstos nos Planos de Atividade e Orçamentos submetidos à tutela. Qual o impacto que terá o aumento dos valores autorizados para os hospitais?***

XB- Os Planos de Atividades e Orçamentos onde os hospitais definem aquilo que se propõem fazer em termos de resposta aos doentes e com que recursos, são planos que são entregues para serem aprovados pelo Ministério das Finanças. À partida serão planos plurianuais. Os investimentos superiores a 2,5 milhões de euros que não estejam previstos nesses planos, esses, sim, terão que ser aprovados pelas Finanças e, de facto, é uma melhoria porque até agora os hospitais não tinham essa autonomia para essa decisão de investimento. Portanto, este sim é um ponto positivo deste estatuto e que nós saudamos.

***HN- A criação de uma Direção Executiva tem sido fortemente criticada, pois apesar de o Governo afirmar que este novo órgão visa melhorar funcionamento do SNS, há quem levante dúvidas sobre as promessas de descentralização da Saúde. Do seu ponto de vista, qual a utilidade da Direção Executiva?***

XB- O detalhe sobre as funções que esta Direção Executiva vai desempenhar, tem de ser ainda regulamentado. Portanto, neste momento é muito difícil fazer um juízo sem conhecer o teor do diploma. De qualquer forma, as dúvidas que existem estão relacionadas sobre um eventual “não acrescentar de valor” no sentido em que não se conhece, em detalhe, como é que esta nova Direção Executiva se vai articular com as restantes instituições. Por outro lado, a pessoa que seja escolhida para liderar esta nova direção também será muito importante... Penso que ditará o rumo que esta Direção Executiva poderá seguir. É muito importante que seja um profissional do SNS, competente, idóneo e que seja reconhecido pelos pares (hospitais e centros de saúde) como uma pessoa capaz de levar este projeto avante.

***HN- O novo estatuto era determinante para resolver os atuais problemas que assolam o SNS?***

XB- Não considero que o novo estatuto do SNS seja realmente importante. Importante era darmos autonomia aos conselhos de administração e tornar as carreiras e as grelhas salariais mais atrativas, remunerando os médicos de acordo com o seu desempenho e financiar os hospitais adequadamente. Isto sim é o mais importante. Podíamos ter criado estas condições sem a necessidade de termos um novo estatuto do SNS que cria um modelo de governação que proporcione estas condições. Portanto, não era determinante termos um novo estatuto.

***HN- Com o novo regime de dedicação plena e dos regimes excecionais de contratação e trabalho suplementar, acredita que foram criadas as condições necessárias para garantir a estabilidade dos médicos dentro do SNS?***

XB- O regime de dedicação plena será também alvo de um diploma próprio e o documento definirá qual é a carga horária acrescida que vai ser atribuída aos médicos, os indicadores de empenho associados à sua remuneração e o número de horas que estes profissionais vão poder acumular na sua atividade privada. São estes os detalhes que importa conhecer para percebermos se é uma proposta atrativa ou não. Sem conhecer esta informação é muito difícil responder se foram criadas as condições necessárias para captar e reter médicos no SNS.

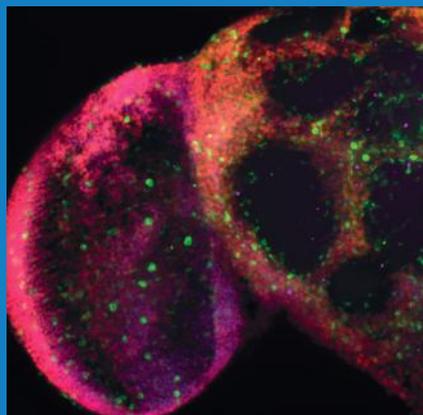
***HN- Existe uma forte pressão sob os serviços de urgência. Uma maior integração e articulação entre os centros de saúde e hospitais poderia contribuir para uma melhor gestão dos cuidados?***

XB- Claramente que sim. Cuidados mais integrados, à partida, resultam em doentes mais bem acompanhados e com menos agudizações e necessidade de recorrer aos serviços de urgência.

***HN- Uma nova medida da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) determina que doentes pouco urgentes (com pulseiras verdes e azuis) nas urgências dos hospitais vão passar a ser encaminhados para os centros de saúde. Tendo em conta as limitações de horários dos centros de saúde, considera que medida irá permitir ainda assim aliviar a pressão dos serviços de urgência?***

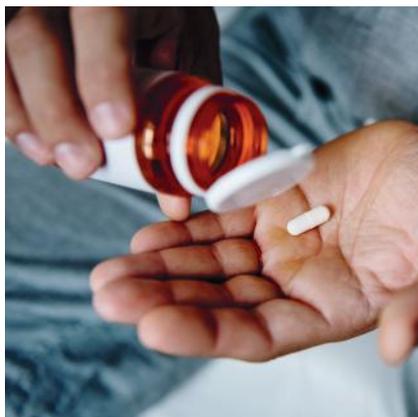
XB- Para que esta medida seja eficaz, os cuidados de saúde primários têm que ser capacitados com equipamentos, tecnologia e profissionais de saúde. Isto está previsto no Plano de Recuperação e Resiliência e esperamos que se concretize, de modo a que os cuidados de saúde primários possam ser vistos como uma primeira linha de reposta a estes doentes e não como uma segunda linha... Esta ideia de que o doente vem primeiro à urgência hospitalar, e que se conclui que não é um doente urgente, e depois é reencaminhado para o centro de saúde é uma ideia que não acompanhamos. A melhor solução é o doente ser visto pelo médico no centro de saúde e se for, de facto, necessário são os cuidados primários que o reencaminham para o hospital. Este é o modelo que nos parece que faz mais sentido.

HN/VC



## Cientistas descobrem como as lesões cerebrais ativam as células estaminais neurais

Um estudo de cientistas da Fundação Champalimaud, publicado na revista *Developmental Cell*, explica como as lesões cerebrais ativam as células estaminais neurais – uma oportunidade para tentar estimular a regeneração neural. “Estes resultados poderão constituir um primeiro passo no desenvolvimento de fármacos que promovam a formação de novos neurónios na sequência de uma lesão cerebral”, diz Christa Rhiner, líder do estudo.



## Distinguida iniciativa que permite o acesso a medicamentos a pessoas em situação de carência

O Programa abem: Rede Solidária do Medicamento é um dos projetos vencedores do Prémio Caixa Social 2022.

A iniciativa da Associação Dignidade distinguiu-se na categoria “Recuperação e Resiliência do setor social” e foi apoiado com mais de 18 mil euros. O programa permite o “acesso, de forma digna, aos medicamentos prescritos a quem não tem capacidade financeira para os adquirir”.

O Instituto Português da Afasia (IPA) criou uma aplicação móvel de apoio aos doentes. O objetivo da app consiste em facilitar o processo de comunicação e aumentar a dinâmica social das pessoas com afasia”. A aplicação foi desenvolvida em parceria com o Instituto Nacional para a Reabilitação. É totalmente gratuita.



## Degenerescência Macular da Idade é a principal causa de cegueira

A Sociedade Portuguesa de Oftalmologia (SPO) alertou para a importância de reconhecer os sintomas da Degenerescência Macular da Idade (DMI). Rufino Silva, médico oftalmologista e presidente da SPO explica que principais fatores da DMI são: a idade, a genética e o tabagismo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a DMI é a principal causa de cegueira depois dos 50 anos.

# Brevés



**Instituto Português da Afasia cria aplicação móvel**



# Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono: Entre 60 a 90% dos adultos com SAOS têm excesso de peso ou obesidade

---

*Dra. Mafalda van Zeller*

A diminuição de 10% do peso corporal está associada a uma redução superior a 25% dos índices de gravidade da apneia do sono, refere Mafalda van Zeller, pneumologista do Centro de Responsabilidade Integrado de Sono e Ventilação não invasiva do Centro Hospitalar e Universitário de São João e coordenadora da comissão de trabalho de Patologia Respiratória do Sono da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Além da obesidade, a doença está também associada à hipertensão arterial, arritmia cardíaca e AVC.

### **HealthNews (HN) – O que é e como se define a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)?**

Mafalda van Zeller (MZ) – A apneia de sono traduz-se por episódios repetidos de interrupção total (apneias) ou parcial (hipopneias) da passagem do ar na via aérea superior com consequente dessaturação (redução da oxigenação) intermitente e fragmentação do sono.

A SAOS afeta o sistema cardiovascular de múltiplas formas, sempre que ocorrem apneias, há redução da oxigenação sanguínea com consequente ativação do sistema nervoso simpático, que desperta uma resposta fisiológica de “lutar ou fugir”. Esta ativação condiciona subida da tensão arterial e da frequência cardíaca e posteriormente microdespertares permitindo que a respiração seja retomada. Este ciclo repete-se várias vezes por noite na doença, promovendo aterosclerose, associa-se a hipertensão arterial, arritmias cardíacas, enfartes agudos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais. A SAOS aumenta os níveis de glicose em circulação, aumenta a resistência a insulina associando-se ao desenvolvimento de diabetes tipo2 e síndrome metabólico.

Os sintomas de apneia de sono são classicamente divididos em sintomas noturnos e diurnos. A roncopatia, a sensação de sufocação durante a noite e as paragens respiratórias presenciadas são a tríade de queixas mais frequentemente referidas. Mas a presença de múltiplos despertares, de sonhos frequentes e vívidos e a nictúria também podem estar presentes. As queixas diurnas mais frequentes são a sensação de sono pouco reparador (“acordo mais cansado que quando me deito”), alteração da capacidade de concentração e de memória e a sonolência diurna excessiva. Alterações do humor, irritabilidade, dores de cabeça matinais e diminuição da libido e disfunção erétil também podem estar presentes.

### **HN – Quais são os fatores que aumentam a suscetibilidade para o colapso da via aérea superior?**

MZ – Existem algumas condições que condicionam risco acrescido de síndrome de apneia de sono. Desde logo a idade (o risco aumenta com a idade),

sexo, algumas características craniofaciais e a história familiar – familiares de primeira geração de indivíduos com SAOS têm 2x/risco que aumenta com o número de familiares afetados. No entanto, outros fatores de risco são potencialmente modificáveis, e o seu controlo pode ser determinante na prevenção da SAOS associando-se também a melhoria do estado global de saúde.

Entre 60 a 90% dos adultos com SAOS têm excesso de peso, um aumento de 10% do peso corporal está associado a um risco 6x maiores de ter SAOS; Mas importa salientar que a prevalência da apneia do sono não é exclusiva dos obesos. Também acontece em pessoas normoponderais. Portanto, assim que surjam sintomas, as pessoas devem ser avaliadas independentemente do seu peso.

O consumo de álcool e de sedativos, ao promoverem um aumento do relaxamento muscular e ao alterarem o *drive respiratório* também aumentam o risco de eventos obstrutivos na via aérea superior pelo que a sua evicção é importante. O tabagismo aumenta a inflamação da via aérea superior aumentando a susceptibilidade à doença.

### **HN – Qual é a prevalência da SAOS no nosso país?**

MZ – As doenças do sono são frequentes e têm impacto sobre a qualidade de vida e sobre a saúde, associando-se a um risco cardiovascular aumentado. A insónia e a síndrome da apneia obstrutiva do sono são as perturbações mais frequentes.

A SAOS afeta entre 9% a 24% da população adulta, sendo que alguns estudos apontam prevalências superiores, podendo também ser diagnosticada em crianças (2%). Não dispomos de nenhum estudo que nos permita saber a real prevalência da SAOS em Portugal, mas dada a similaridade na prevalência dos fatores de risco poderemos assumir que muito provavelmente teremos esse mesmo nível de prevalência.

### **HN – Quais são as razões subjacentes ao subdiagnóstico da SAOS?**

MZ – Sabemos que a SAOS tem uma elevada prevalência e está ainda muito subdiagnosticada. Os principais desafios diagnósticos consistem num

aumento do alerta da população geral para este distúrbio, mas também uma maior consciencialização da comunidade médica e um incremento na resposta em relação aos meios complementares de diagnóstico.

É, por isso, fundamental uma maior sensibilização da população para os distúrbios respiratórios do sono.

Atualmente o diagnóstico é realizado com recurso a polissonografia: nos casos de elevada suspeição para SAOS é feito um estudo do sono em ambulatório com monitorização essencialmente cardiorespiratória. Em casos com suspeita para outros distúrbios do sono ou com comorbilidades importantes pode ser necessário um estudo do sono mais completo com encefalografia que permita estadiamento do sono. À medida que o exame se torna mais complexo, o tempo e as ferramentas necessárias para a sua revisão também o são.

O grande desafio é aumentar a resposta dos serviços para o diagnóstico de SAOS e posterior orientação terapêutica, mas também a criação de alternativas diagnósticas fiáveis mas cada vez mais simples e acessíveis.

Acresce que a apneia do sono está associada à obesidade, hipertensão arterial, doença cardiovascular e cerebrovascular (três a quatro em cada dez pessoas com acidente vascular cerebral têm apneia do sono), e cada vez mais as orientações clínicas internacionais são no sentido de avaliar precocemente indivíduos com estas patologias uma vez que a SAOS pode ser uma causa subjacente potencialmente tratável; aí talvez a referenciação possa ainda melhorar.

Preocupa mais o tempo de espera para as consultas e realização de exames complementares de diagnóstico do que uma eventual sub-referenciação pelos cuidados de saúde primários, que na minha experiência estão cada vez mais atentos a esta problemática especialmente nos indivíduos sintomáticos.

### ***HN – Quais são as consequências da falta de diagnóstico e de tratamento desta doença?***

MZ – A ausência de diagnóstico e de tratamento tem um impacto gravoso na qualidade de vida das pessoas. Não só a nível individual, mas também da vida familiar, social, e da produtividade laboral. Pode condicionar isolamento e todas as consequências nefastas que daí advêm.

A sonolência diurna pode ter consequências graves, relacionando-se com aumento de acidentes de trabalho e acidentes de viação.

Em Portugal, a ocorrência de sonolência ao volante é um problema significativo, está associado a cerca de 20% dos acidentes de viação, sendo uma das causas mais comuns de acidentes mortais.

Por outro lado, a apneia do sono é um fator de risco independente de doença cardiovascular. Os episódios de interrupção de passagem do ar na via aérea superior durante a noite condicionam inadequada oxigenação do sangue no período noturno, induzindo problemas graves. Desde logo, o aumento do trabalho cardíaco, da hipertensão arterial, maior risco de arritmias cardíacas e de enfarte do miocárdio. Pode estar associado a alterações hormonais, risco de AVC, com referi antes, e risco de diabetes *mellitus*. O facto de promover um estado inflamatório pode conduzir ao agravamento de todas estas doenças.

### ***HN – Quais são as medidas não farmacológicas preconizadas?***

MZ – Na SAOS ainda não falamos de tratamentos farmacológicos, mas o futuro passará certamente por aí, pois é uma área que tem despertado interesse e que é alvo de intensa investigação.

A adoção de estilos de vida saudáveis, mantendo um peso adequado, a cessação tabágica e a evicção de sedativos bem como o consumo moderado de álcool poderá prevenir a síndrome de apneia do sono.

O consumo de álcool e de sedativos, ao promoverem um aumento do relaxamento muscular e ao alterarem o *drive respiratório* (comando para respirar) também aumentam o risco de eventos obstrutivos na via aérea superior pelo que a sua evicção é importante.

Entre 60 a 90% das pessoas com apneia do sono apresentam excesso de peso, a perda de 10% do peso conduz a uma redução superior a 25% dos índices de gravidade.

Sabemos que perder peso está diretamente relacionado com a diminuição do índice de gravidade e, nalguns indivíduos, pode ser suficiente para deixar de ter a doença ou a necessidade de outros tratamentos na orientação desta mesma doença.

### ***HN – Para além da redução do peso, que outras medidas poderão ser implementadas?***

MZ – Para além da adoção de estilos de vida saudáveis, que pode ter que passar por uma perda de peso dirigida, existem vários tratamentos não farmacológicos possíveis.

Desde logo o tratamento com pressão positiva da via aérea (CPAP).

Por vezes, a apneia do sono pode ter um carácter posicional, ou seja, os eventos respiratórios ocorrem essencialmente quando em posição supina (habitualmente doentes com SAOS ligeiro) e nesses, a terapia posicional poderá ser considerada, diminuindo os eventos pela inibição da posição de decúbito dorsal. Este condicionamento postural pode passar pela colocação de uma bola de ténis de forma a impedir o decúbito dorsal, ou por recurso a dispositivos que através de vibração impedem as pessoas de manter decúbito dorsal.

Existem ainda dispositivos de avanço mandibular, cada vez mais utilizados, que implicam múltiplas avaliações por Estomatologia ou Medicina Dentária para avaliação da indicação e para criação do molde com vários ajustes que permitam o progressivo avanço da mandíbula. Claro que nem todas as pessoas são candidatas a este tipo de tratamentos. Dependem de cada indivíduo, da sua fisionomia, características, resultados dos exames, e da sua integração no plano de cuidados. Os melhores candidatos serão os doentes não obesos e os mais jovens. A ausência de comparticipação de forma generalizada no SNS mantém-se uma grande limitação no uso destas terapêuticas.

### ***HN – Em que situações está indicado o recurso a tratamento de pressão positiva na via aérea?***

MZ – O tratamento de primeira linha da SAOS moderada a grave ou com sonolência diurna excessiva e/ou comorbilidades importantes continua a ser a terapia de pressão positiva (a “continuous positive airway pressure (CPAP) e suas variações auto-adjusting APAP). Esta terapia tem eficácia demonstrada na diminuição dos eventos respiratórios (IAH), na melhoria da sonolência mas também no melhor controlo das comorbilidades como a hipertensão arterial.

Claro que são terapêuticas algo intrusivas que têm de ser usadas todos os dias e durante toda a noite. Um estudo que fizemos no CHUSJ que incluiu doentes com mais de 5 anos de tratamento mostrou 25% de abandono ao tratamento (em linha com os resultados internacionais), mas, extremamente relevante foi ter mostrado que os que faziam a terapia, na sua grande maioria (>90%) apresentavam boa adesão (>70% dos dias, > 4h/noite) ao longo desses 5 anos.

### ***HN – Porque é que muitos doentes, apesar de***

### ***diagnosticados, nunca chegam a ter acesso a este tratamento?***

MZ – O que lhe expus foi uma grande panóplia de opções e estratégias terapêuticas que devem ser individualizadas. Isto obriga a avaliações especializadas e multidisciplinares. Acresce que se é verdade que os exames complementares de diagnóstico estão disponíveis quer no SNS como na medicina privada, quando falamos de alguns tratamentos, especialmente o CPAP atualmente necessita de uma prescrição hospitalar do SNS para ser totalmente comparticipado. Diferem, portanto, de muitos outros tratamentos, em que o acesso à comparticipação não está dependente do local da prescrição.

### ***HN – E no SNS, o acesso está mais facilitado?***

MZ – Diria que cada vez mais os colegas da Medicina Geral e Familiar estão muito atentos aos sinais e sintomas sugestivos de apneia de sono e que as referenciações para consultas de Patologia Respiratória do Sono efetuadas por Pneumologistas são feitas. No entanto, a capacidade de resposta é, ainda, a grande limitação. Adicionalmente, caso sejam necessários tratamentos alternativos e avaliação por outras especialidades a resposta poderá não ser tão célere como necessário.

É uma área relativamente recente, ainda com grande evolução e em que a subespecialização é necessária. Em Portugal têm-se desenvolvido centros de medicina do sono que privilegiam a avaliação multidisciplinar dos doentes. De facto, esta abordagem integrada é essencial pela complexidade da patologia, das comorbilidades e diagnósticos diferenciais e pelas crescentes opções terapêuticas. Neste momento, trabalho no Centro de Responsabilidade Integrada de Sono e Ventilação não invasiva (CRI - Sono e VNI) do Centro Hospitalar e Universitário de São João, que surgiu não só pela necessidade de dar uma resposta mais célere às solicitações que tínhamos para reduzir listas de espera, mas também para permitir a integração de várias especialidades no tratamento destes doentes: Pneumologia, Neurologia, Estomatologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Psicologia e Nutrição. Esta necessidade de trabalho conjunto e multidisciplinar está em linha com as melhores práticas e é isso que acontece em muitos locais do país. Claro que é possível manter uma excelente abordagem dos problemas com outro nível de organização mas, nestes centros, o potencial de rápida identificação e resolução é maior.



# O novo estatuto do SNS – esperar para ver...

---

**Hélder Mota Filipe**

*Bastonário da Ordem dos farmacêuticos*

No dia 4 de agosto foi finalmente publicado o novo estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS). São 50 páginas de um texto massudo, difícil de ler, que pretende “clarificar o papel e a relação entre os vários atores do sistema de saúde, reafirmando a centralidade do SNS, pautado pelos princípios da universalidade, generalidade, tendencial gratuitidade e dotado de estatuto próprio”.

Apesar de reconhecer que desde a publicação do anterior estatuto, em 1993, “muitas foram as transformações ocorridas no SNS”, o novo Estatuto não parece uma evolução, ao promover a prestação de cuidados de saúde centralizada no setor público, secundarizando as entidades prestadoras dos setores

privado e social, em linha com o preconizado na Lei de Bases da Saúde, de 2019.

No âmbito da consulta pública, a Ordem dos Farmacêuticos (OF) apresentou propostas de alteração ao diploma no sentido de o tornar mais útil para os cidadãos e para a saúde.

A definição do âmbito do SNS está muito mais limitada e desalinhada do entendimento internacional e, por isso, a OF propôs uma definição mais alargada para o SNS, em consonância com a definição de “saúde” adotada pela Organização Mundial de Saúde e com o direito de proteção à saúde previsto na Constituição da República Portuguesa e na Lei de

Bases da Saúde, para que a prestação de cuidados de saúde e bem-estar abrangesse as vertentes de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento, gestão, acompanhamento, reabilitação, cuidados paliativos e cuidados domiciliários. O estatuto parece focar-se mais numa profissão, os “trabalhadores médicos”, e menos na “força de trabalho do SNS”, que representa todos os recursos humanos do SNS.

Embora reconheça a importância dos “trabalhadores médicos” em qualquer sistema de saúde, a OF reiterou a importância de também um farmacêutico comunitário poder integrar os conselhos da comunidade dos ACES, a par dos diversos representantes, fomentando a melhor articulação com as farmácias, também prestadoras de cuidados de saúde.

São também definidos alguns incentivos concretos para a fixação de médicos em zonas geográficas carenciadas. A situação atual dos recursos humanos do SNS é transversal, pelo que não podemos esquecer que a escassez de profissionais, infelizmente, afeta também outros profissionais. É exemplo disso a escassez de farmacêuticos na maioria dos hospitais do SNS, que tem resultado num cada vez maior número de declarações de escusa de responsabilidade, com tendência a aumentar.

No âmbito dos sistemas de informação em saúde, a OF sublinhou que devia ser assegurado o respeito

pela autonomia do indivíduo e promovida a sua participação nas decisões em saúde, além do apoio à avaliação de intervenções em saúde e de serem proporcionadas condições promotoras de atividades de investigação.

Os problemas assinalados mantêm-se na versão agora publicada. Muito do que é preconizado neste estatuto, para além da preocupação centralizadora por parte do estado, não é concretizado no diploma. Aspetos fundamentais ficam dependentes de regulamentação posterior, incluindo aquele que parece ter sido o ponto fulcral para esta alteração – a criação da Direção Executiva.

Neste momento, o SNS está cada vez mais longe de ver concretizada sua obrigação constitucional. O novo estatuto, que encerra um elevado grau de incerteza quanto à forma e à capacidade de atingir os seus objetivos, deveria estar suportado por um sistema de monitorização contínuo de desempenho do SNS para o poder ir aperfeiçoando, e não apenas em “inquéritos de satisfação”, conforme previsto no art. 28.º. O figurino final do estatuto do SNS depende sempre da combinação de todas as áreas que terão ainda de ser regulamentadas, pelo que espero sinceramente que a realidade que resulte dessa regulamentação permita que a sua missão possa ser atingida. Persistem mais dúvidas do que certezas de que o SNS vai ficar melhor e, com ele, a saúde e o bem-estar de todos os portugueses!



# “As doenças associadas ao cérebro são muito difíceis de tratar”

“É como se de uma pedra preciosa se tratasse. O cérebro, um dos órgãos mais importantes, é o diamante do corpo humano capaz de impedir que a maioria dos medicamentos o atravessem. O seu mecanismo protetor pode torna-se um problema para o tratamento de algumas doenças. De acordo com o investigador do Instituto de Medicina Molecular da Universidade de Lisboa, Miguel Castanho, cerca de “98% dos medicamentos que usamos não chegam ao cérebro”.

—  
Miguel Castanho

**HealthNews (HN) – As células tumorais de diferentes tipos de cancro acabam por entrar na corrente sanguínea e alojar-se no cérebro. Existem evidências científicas que expliquem este processo?**

Miguel Castanho (MC) - Esse processo ainda é objeto de estudo intenso. Ainda não se sabe como é que alguns cancros, nomeadamente o da mama, criam mais frequentemente metástases no cérebro ou nos pulmões, em vez de outros órgãos. A única evidência que existe até agora é a observacional.

**HN – Para além das doenças oncológicas, existem outras patologias clínicas que podem afetar o cérebro. Quais as que mais o preocupam?**

MC - Uma das que mais nos preocupa é o Alzheimer. Aquilo que nos interessa mais é saber porque é que não conseguimos prever que uma pessoa está a desenvolver esta doença, a não ser quando começamos a notar

os efeitos comportamentais. Não existe uma análise que possa ser feita ao sangue e que nos indique se a pessoa está em risco de desenvolver Alzheimer. De facto, nalguns tipos de cancro esta análise é feita. No caso dos homens, a partir de certa idade, são feitas análises ao sangue para procurar marcadores do cancro da próstata. No Alzheimer isto não é possível, já que o cérebro não liberta para o sangue quase nada daquilo que vai produzindo... Portanto, este é um dos aspetos que nos inquieta.

**HN – E a nível cognitivo, qual o impacto que estas doenças que mencionou podem provocar?**

MC - O impacto vai depender do sítio onde se alojam os vírus, as bactérias, as células metastáticas ou onde se formam as placas amiloides.

As infeções virais é algo que nos preocupa bastante. Estávamos muito focados no vírus Zika, que é sobretudo gravoso para mulheres grávidas porque pode

não só chegar ao cérebro da mãe, mas também ao cérebro do feto, provocando microcefalias. Isto acaba por se traduzir em deficiências cognitivas.

Com o aparecimento do SARS-CoV-2 verificamos que este vírus também tem implicações neurológicas. É muito comum que pessoas que foram infetadas com este vírus passem a ter défices de atenção, perda de memória, falta de concentração, alterações do sono, perda do olfato e paladar. Apesar desses efeitos serem na maior parte reversíveis, o que é certo é que até para a Covid-19 também é preciso proteger o cérebro.

O VIH em alguns doentes também tem implicações neurológicas.

**HN – Qual a importância de desenvolver fármacos capazes de bloquear o processo de disseminação das metástases para o cérebro?**

MC - As doenças associadas ao cérebro são muito difíceis

de tratar por várias razões, uma delas é porque o tecido cerebral é muito sensível e, portanto, a probabilidade de os medicamentos, que estão a ser usados, terem outros efeitos no cérebro é bastante elevado.

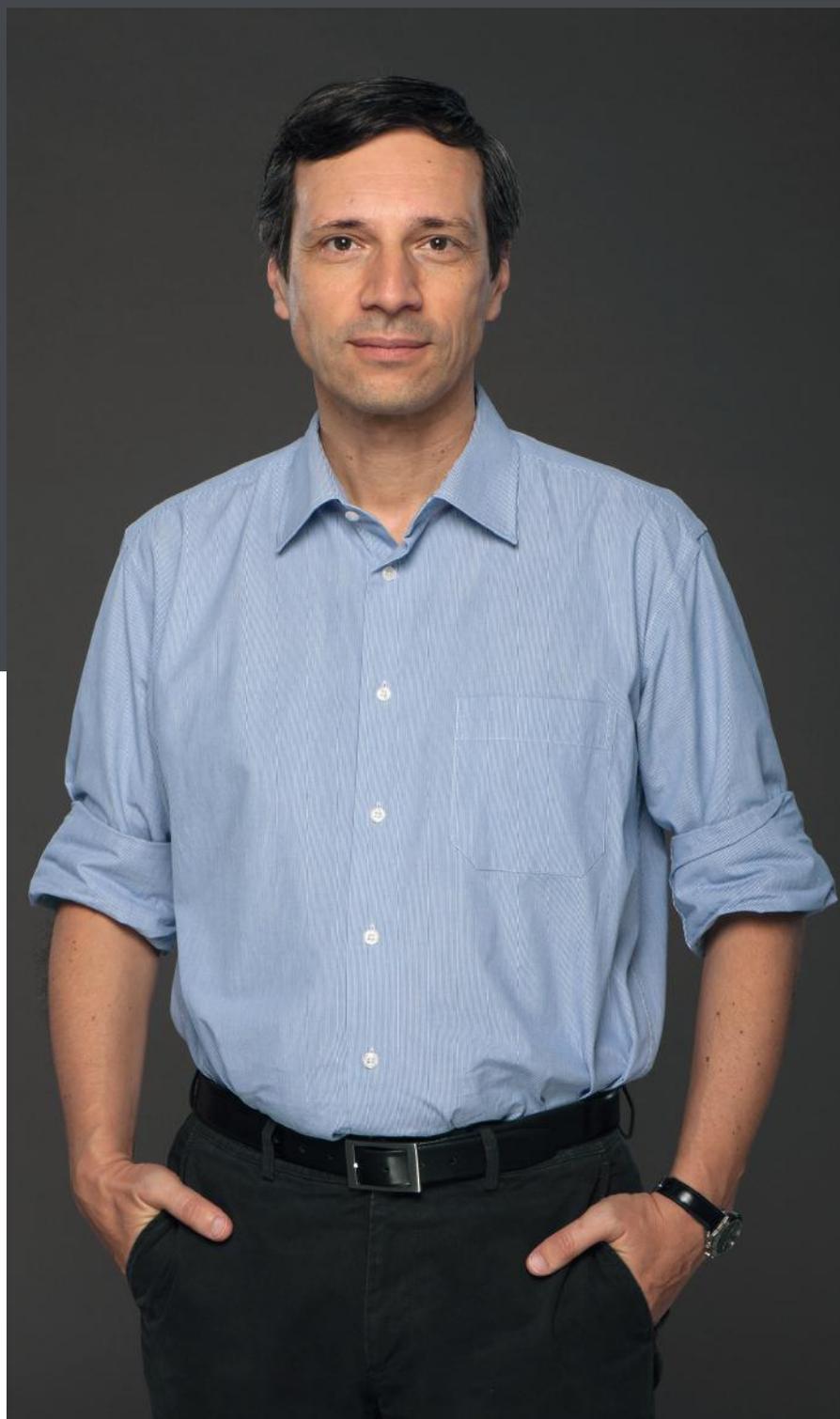
Outra das razões é conhecermos menos do funcionamento do cérebro do que outros órgãos. Existe por vezes uma incapacidade de lidar com os fenómenos que surgem no cérebro porque são relativamente desconhecidos.

O terceiro fator é que é muito difícil fazer chegar fármacos ao cérebro porque as paredes das artérias formam uma barreira muito seletiva. Trata-se de um mecanismo protetor, mas que hora de tratar doenças associadas ao cérebro isto é um grande problema porque os fármacos não conseguem ultrapassar essa barreira. De facto, 98% dos medicamentos que usamos não chegam ao cérebro.

***HN- É coordenador de um novo projeto de investigação sobre o impacto que o SARS-Cov-2, o vírus da imunodeficiência humana, o dengue e o vírus Zika podem ter no cérebro. Quais as vossas expectativas?***

MC- Estamos a tentar desenvolver fármacos para prevenir o desenvolvimento de metástases no cérebro e a multiplicação de vírus no cérebro. Trata-se de moléculas que usam uma estratégia diferente... São uma espécie de proteínas muito pequenas e que se conseguem aderir às paredes do cérebro.

Já temos um conjunto de moléculas que sabemos que chegam ao cérebro. Os resultados em ratos, com infeções virais associadas, revelaram uma melhoria da sobrevivência e da condição clínica.



A nossa expectativa é continuar a aprofundar esse conhecimento e, uma vez obtida mais informação sobre a ação da molécula, em termos antivirais e de segurança, poderemos vir a interessar parceiros industriais.

Sempre nos interessou o desenvolvimento de fármacos para impedir a multiplicação viral para o sistema nervoso central.

HN/VC

# “Nos próximos anos vamos ter uma epidemia que vai assolar os hospitais e as consultas de doença hepática evoluída”

—  
José Presa

Pelo menos um terço da população portuguesa sofre de esteatose hepática, uma doença mais conhecida como fígado gordo. Em entrevista ao HealthNews o presidente da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado alerta que cerca de 20% dos doentes “podem vir a desenvolver doença hepática terminal”. O responsável alerta que a prevenção da doença passa essencialmente pela adoção de uma alimentação saudável. “Se reduzirmos entre 7 a 10% do peso corporal reduzimos o impacto da obesidade sobre o fígado”, frisa José Presa. O especialista deixa críticas sobre a falta de “vontade política”, alegando que o aumento do número de nutricionistas nos centros de saúde seria uma mais-valia.

**HealthNews (HN) – Mais de três milhões de portugueses sofrem de fígado gordo. Qual a relação entre os hábitos de consumo alimentares da população portuguesa e a prevalência da doença?**

José Pressa (JP) - Infelizmente mudámos os nossos padrões alimentares, que eram saudáveis e baseados na nossa dieta

mediterrânica, e passamos a consumir mais gorduras e alimentos pré cozinhados. Se a tudo isto acrescentarmos a quantidade de álcool que se bebe em Portugal é possível afirmar que estão criadas todas as condições para a “tempestade perfeita”. Isto tudo acaba por acarretar, ao fim de algum tempo, uma dificuldade extrema em controlar aquilo que são os fatores metabólicos que conduzem à doença do fígado gordo.

**HN – A prevalência da doença a nível nacional é algo que o preocupa?**

JP - Preocupa-me a mim, preocupa a Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado e deveria preocupar os governantes... Cerca de 20% das pessoas que sofrem de fígado gordo podem vir a desenvolver doença hepática terminal. Estes números devem ser vistos com preocupação, pois podem representar encargos diretos em termos de gastos de saúde muito importantes.

**HN – Havendo uma relação direta entre a alimentação e o aparecimento da doença, como olha a falta de nutricionistas nos cuidados de saúde primários?**

JP - Essa é apenas uma ponta visível do *iceberg*. Temos uma cobertura de nutricionistas muito insuficiente. Não podemos dizer que não existem, mas há uma cobertura muito heterogénea. Infelizmente não temos nenhum plano nacional integrado para a obesidade. Isso iria permitir não apenas que houvesse mais nutricionistas nos centros de saúde, mas também um programa nacional de atividade física.

**HN – Atualmente, a maior parte das patologias com impactos severos no Orçamento do Estado (OE) e nas contas públicas, têm uma base alimentar. Enquanto presidente da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, que outras medidas devem ser implementadas no sistema nacional de saúde para travar os índices de morbilidade e mortalidade associados às doenças metabólicas?**

JP - A questão dos nutricionistas é uma medida fazível se houver vontade política. Por outro lado, é importante que exista um programa nacional de atividade física. Sabemos, do ponto de vista científico, que se reduzirmos entre 7 a 10% do peso corporal reduzimos o impacto da



obesidade sobre o fígado... Vai reduzir a fibrose, a inflamação e a quantidade de gordura no fígado. Medidas como as que já foram tomadas no passado por outros governos têm sido muito importantes, nomeadamente a extinção da venda de produtos açucarados nas escolas, assim como o aumento de impostos sobre as bebidas açucaradas. Estas decisões tiveram algum impacto, mas isso não significa que não seja urgente criar uma estratégia nacional.

***HN – Um ensaio pré-clínico realizado no Michigan, concluiu que a suplementação mineral pode reduzir a progressão da doença de fígado gordo ao diminuir a incidência de lesões hepáticas e a formação de tumores que podem ocorrer no curso desta doença. Qual a importância destas descobertas?***

JP - Dentro do mundo científico são dezenas de descobertas que são publicadas todos os dias... Umas com grande validade e

outras nem por isso. Do ponto de vista hepático sabemos que as intervenções dietéticas e de exercício físico são aquilo que verdadeiramente impacta a saúde do fígado. Tudo o resto é *fait divers*. Não nos podemos esquecer que nos próximos anos vamos ter uma epidemia que vai assolar os hospitais e as consultas de doença hepática evoluída ou terminal. Dentro deste espectro de doença hepática terminal vamos ter carcinoma hepatocelular provocados por esta condição clínica. Estima-se que em 2024 em Itália a causa número um de transplante hepático por tumores hepáticos vai estar na base da doença gordurosa do fígado, associado à obesidade e ao excesso de peso.

***HN – Previsões que podem ser extrapoláveis à população portuguesa?***

JP - Sim e isto é algo muito preocupante. Itália é um país muito parecido connosco. A dieta mediterrânica também foi desprezada e substituída por

dietas piores.

***HN – A quantidade de informação digital na área da nutrição tem crescido de forma exponencial. Considera que os conteúdos que circulam na Internet têm validade científica?***

JP - O grande problema que temos é que o povo português não tem grande literacia em saúde e ao lerem tudo o que surge por via digital é um risco... Podem estar a ler informação errada e sem validade científica. É um perigo tremendo. Um claro exemplo são as atuais modas de dietas. É importante frisar que a melhor dieta é aquela com que a pessoa se adapta e que não a abandona passado uns dias. Há muita gente que faz jejum intermitente - é algo benéfico desde que a pessoa consiga tolerar. Portanto, é preciso ter muita atenção àquilo que se lê na Internet porque há muitos conteúdos com má qualidade.

# ANDAR sente a dor dos doentes com artrite reumatóide há 27 anos

Foi em abril de 1995 que, por desígnio do reumatologista António Vilar, a A.N.D.A.R. começou a aliviar as dores dos doentes com artrite reumatóide, uma doença crónica altamente incapacitante.

“Uma pessoa pode ter artrite reumatóide e não ter qualquer deformidade. Mas dói, e dói muito”, disse ao HealthNews Andreia Silva, que nem recuando às suas memórias mais longínquas consegue lembrar-se da vida antes da artrite idiopática juvenil. A A.N.D.A.R. – Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide, onde Andreia trabalha há três anos como assistente de direção, sente as dores dos doentes, mas vê os doentes para além da dor.

Antes de completar três décadas, a associação já conseguiu: ouvir todos aqueles que lhe pediram ajuda; dar voz aos doentes; informar os doentes e seus familiares sobre a artrite reumatóide; dar apoio médico-social; a comparticipação total dos medicamentos mais importantes; levar a medicação de dispensa exclusiva hospitalar a casa dos doentes e organizar colóquios científicos e jornadas médicas, aproximando os doentes da ciência e da medicina. Além disso, foi-lhe atribuído pelo Estado o estatuto de Utilidade Pública e dá os primeiros passos para a construção de uma nova sede, um sonho a 11 milhões de euros de se concretizar, num terreno cedido pela Câmara Municipal de Lisboa.

“É um grande sonho meu, em memória da minha mãe, porque ela é que tinha artrite reumatóide e

sofreu muito. Em memória dela, gostaria de ver o centro nascer, para que mais nenhum doente sofra o que ela sofreu, durante tantos anos, sem ter médico de reumatologia. Foram mais de 30 anos até chegar à reumatologia”, contou a presidente, Arsisete Saraiva, na A.N.D.A.R. há 27 anos. Quando chegou à reumatologia e até ao fim, a mãe de Arsisete foi acompanhada por António Vilar – fundador da A.N.D.A.R. –, que passou de médico a amigo.

A nova sede será um centro de acolhimento de doentes e de investigação clínica (essencialmente para ensaios clínicos) e um centro de excelência e referência no tratamento da artrite reumatóide, com seis andares, em Lisboa, para fisioterapia, hidroterapia, um auditório, consultas das especialidades envolvidas no tratamento da artrite, recolha de análises, centro de dia, atividades diárias para ocupação dos tempos livres e cuidados continuados para 60 doentes. “Tudo isto aberto à comunidade à nossa volta. Nós não nos podemos fechar num casulo, porque o edifício tem de ser sustentável”, explicou a presidente da A.N.D.A.R. Nesse sentido, todos os espaços terão de ser rentabilizados, sendo que os associados usufruirão do centro a um preço mais acessível.

Os próximos projetos incluem cursos para clínicos gerais e ações de sensibilização para estudantes universitários e do secundário. Continuarão, ainda, as jornadas médicas, uma vez por ano – sempre por ocasião do Dia Nacional do Doente com Artrite Reumatóide (5 de abril) –, e os colóquios científicos,



a cada dois anos, que são marca da A.N.D.A.R., que defende que faz todo o sentido informar os doentes sobre os desenvolvimentos na terapêutica.

“Há quem diga que não nos devemos meter por aí, que isso não é connosco. Mas porque é que não há de ser connosco? Porque é que o doente não pode ouvir, saber e ter mais conhecimento sobre a sua doença cientificamente?”, questionou a presidente. Então, apesar de os doentes não assistirem ao colóquio, a informação pertinente é-lhes posteriormente transmitida. O próximo, em novembro e novamente na Fundação Calouste Gulbenkian, conta com uma comissão científica formada por reumatologistas, investigadores e cientistas.

Para facilitar o dia a dia dos doentes e evitar infeções hospitalares, um grupo de motards voluntários da Associação MotoMaco continuará com a entrega de

fármacos ao domicílio de norte a sul – um projeto apoiado pela esmagadora maioria dos farmacêuticos. Porém, a presidente da A.N.D.A.R. disse que ainda há farmacêuticos a dificultar a entrega dos medicamentos aos voluntários exigindo receitas em papel e casos de doentes que não receberam medicamentos prescritos porque o hospital se recusou a encomendá-los – exemplos de situações em que a A.N.D.A.R. intervém sem hesitações. “E se fosse um familiar? O comportamento daquele farmacêutico seria o mesmo?”, ripostou Arsinete.

Procurando concretizar o discurso político do “doente no centro do sistema”, “estamos cá para ajudar os doentes, tentar resolver estas situações, falar por eles e reclamar a quem de direito para que não falte medicação. Nós somos a voz deles”, acrescentou a presidente.



### António Vilar

Médico reumatologista e fundador da A.N.D.A.R.

Se vai ser sócio ou não, não olhamos a isso. Nunca deixamos a pessoa que vem ter connosco sem uma resposta ou sem qualquer apoio. Estamos sempre prontos a ajudar. Isso é o mais importante”, afirmou Andreia.

“Às vezes só o simples facto de desabafarem comigo ou com a Dona Arsisete já as ajuda, e eu gosto muito desse trabalho que faço com as pessoas”, continuou. “Modéstia à parte”, o trabalho fica bem feito, porque Andreia consegue pôr-se “na pele do outro”. E sabe o que é viver com a doença.

### “Sempre me conheci com a doença”

Artrite idiopática juvenil é a patologia que desafia diariamente Andreia Silva, obrigando-a a acordar mais cedo para despertar o corpo, caminhar de olhos no chão para não cair na traiçoeira calçada portuguesa e a viver com dor. Porém, o sofrimento físico raramente a impede de sair de casa. É preciso estar “mesmo muito mal” para isso acontecer, e, felizmente, o tratamento biotecnológico, que iniciou há 10 anos, diminuiu-lhe significativamente as dores. É verdade que a dor permanece, mas tornou-se muito mais suportável desde que iniciou a terapêutica atual e, também, com as próteses. “Passei fases muito difíceis, mas há algum tempo que estou bem”, referiu.

Andreia teve o diagnóstico aos três anos e meio de idade; aos 6, esteve internada nove meses em

Alcoitão e teve de passar por uma cirurgia para voltar a andar; depois da adolescência, foi submetida a uma cirurgia à mão; e mais recentemente, há um ano, colocou a sua quarta prótese, desta vez na anca.

“Nunca consegui correr. Caminhadas faço, mas canso-me mais rapidamente. Fui-me sempre habituando. Passei pelo processo da escola na adolescência, que não é fácil. A adolescência já por si não é fácil... Com uma doença destas, tão incapacitante, também não foi. Mas eu sou uma pessoa muito positiva”, partilhou. Na escola, as crianças “podem ser muito cruéis” e os adultos nem sempre compreendem os doentes, alertou Andreia, que por isso defende que, dentro e fora do recinto escolar, as ações de sensibilização devem abranger toda a população.

### “Ele vive o problema dos doentes”

Sempre que não conseguem esclarecer devidamente os doentes, Arsisete e Andreia recorrem ao fundador e reumatologista da A.N.D.A.R. “Qualquer coisa que a gente precise, ele está ali. Ele vive o problema dos doentes”, disse a presidente.

Para melhor informar os leitores, o HealthNews fez o mesmo.

Relativamente à sintomatologia, o médico explicou: “Esta doença começa por atingir as pequenas articulações das mãos, punhos e pés, por vezes simetricamente, mas pode começar em qualquer outra articulação, com predomínio inicial nas articulações da cintura para cima. Pode, no entanto, iniciar-se com dor e inchaço dos joelhos, formigueiro nos dedos (habitualmente polegar, indicador e médio), anemia de causa desconhecida e, mais raramente, ao mastigar, por atingimento das articulações do maxilar.”

E prosseguiu: “Trata-se de dor, por vezes sensação de inchaço e até calor na articulação, que se torna difícil de utilizar pelo desconforto e dor intensa. Tipicamente acorda o doente de madrugada, sendo penoso puxar de noite a roupa da cama, com dificuldades acrescidas nas atividades da vida diária, como não ser capaz de abrir uma porta, cortar o pão, lavar ou vestir-se. Rigidez matinal (“ferrugem” por mais de 30 minutos) acompanha muitas vezes o quadro inicial. Nas formas mais agressivas ou mais ‘explosivas’, acompanha-se de fadiga, perda de peso e apetite e até mesmo de febre baixa.”

“Se isto acontecer e durar mais que alguns dias, consulte o seu médico. Se persistir com dores

noturnas, envolvimento simétrico de outras articulações ou durar mais de um mês, consulte um reumatologista”, frisou.

Os medicamentos biotecnológicos que surgiram nos últimos 20 anos “modificam a resposta biológica que se encontra alterada na artrite reumatóide”, diferindo “das chamadas drogas modificadores da artrite reumatóide (DMAR) por terem sido desenvolvidas a partir das modificações biológicas que ocorrem na doença”.

“Mais recentemente ainda, DMAR de síntese atuam também por via oral”, trazendo “mais uma esperança para os cerca de 10% de doentes que eram refratários a todos os medicamentos então existentes”.

Hoje, “90% dos doentes ficam assintomáticos” e o tratamento não deixa a doença avançar. Ou seja, os doentes com artrite reumatóide “têm de ser referenciados cedo ao reumatologista e iniciar medicação modificadora da doença”. O médico alertou ainda que “a artrite reumatóide não é tratável só com analgésicos, anti-inflamatórios ou corticóides”.

Se não for tratada a tempo, a doença causa muito sofrimento e incapacidade. O especialista costuma

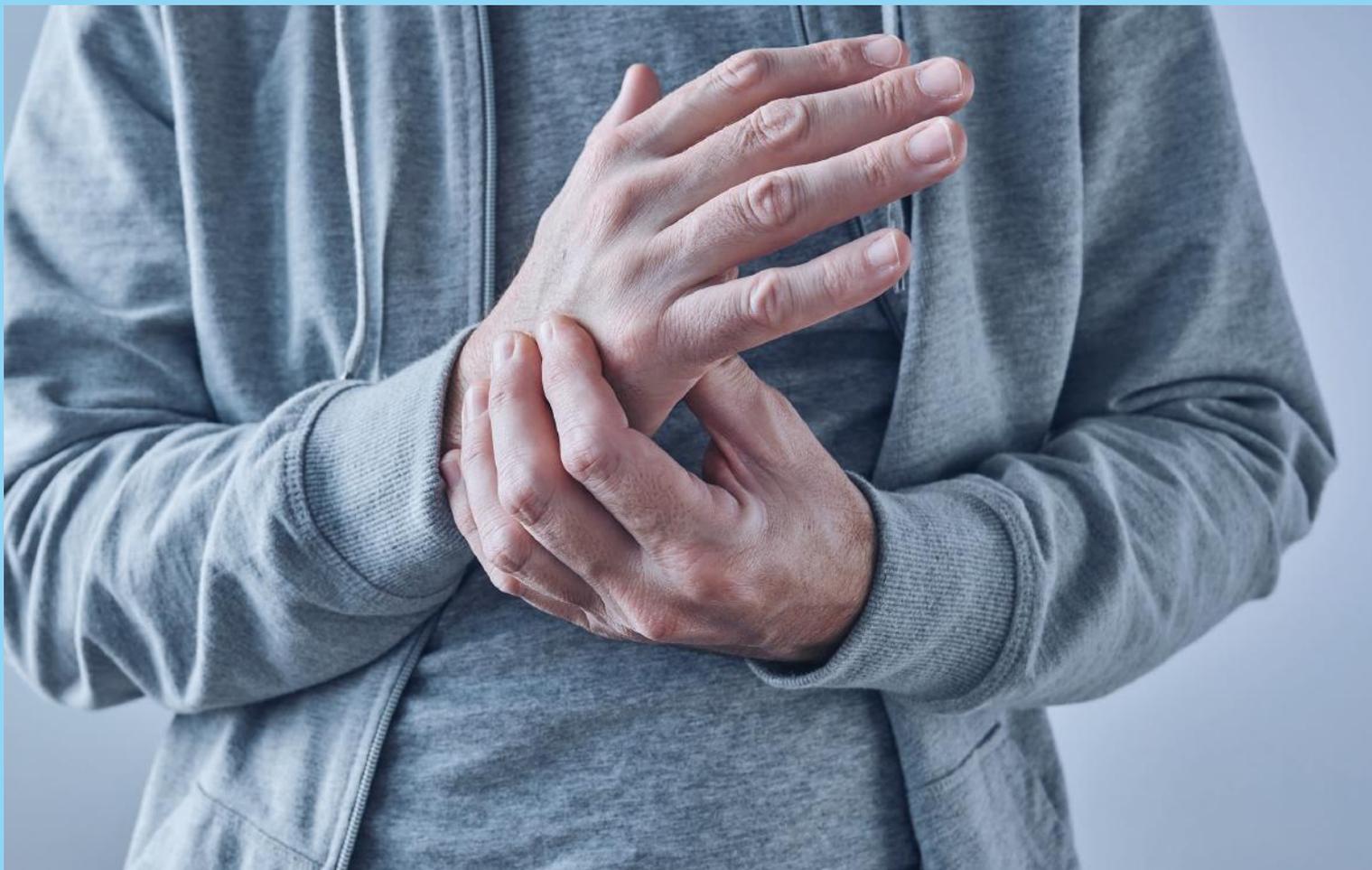
até dizer que “não há outra doença que faça sofrer tanto, a tanta gente, durante tanto tempo”. “No passado, hoje distante, 50% estavam incapazes para trabalhar e reformados por doença ao fim de 10 anos.”

Depois do diagnóstico e ao longo da vida, os doentes encontrarão sempre um ombro amigo na A.N.D.A.R. Esta, segundo o fundador, está atualmente focada nas seguintes metas: garantir a equidade do acesso a todos os doentes do SNS; garantir que todos os doentes com artrite reumatóide têm acesso a um reumatologista em Portugal; apoiar o Ministério da Saúde na redução efetiva de custos no tratamento da artrite; conseguir que, na Segurança Social, as reformas por artrite reumatóide deixem de ter o impacto que têm à custa de diagnósticos precoces, tratamento atempado e acesso ao melhor tratamento disponível; e construir o centro de acolhimento e investigação para os doentes.

Tudo em prol da missão de “ajudar o doente, apoiando-o e dando-lhe esperança. Amanhã vai ser melhor que hoje”, disse a presidente.

O Reuma Census indica que a prevalência da artrite reumatóide é de 0,7% – 50 a 70 mil doentes em Portugal.

HN/RA



# Dieta Vegetariana

## Vegetarianos não comem fruta e legumes em quantidade suficiente.

A conclusão é de um novo estudo sobre os hábitos alimentares entre 808 participantes que aderem a dietas baseadas em plantas.

“Apenas metade dos participantes no nosso estudo relataram que comem uma fruta por dia. 75% responderam que comem vegetais todos os dias, e 25% responderam que comem produtos de cereais integrais diariamente”, diz Synne Groufh-Jacobsen, doutoranda em investigação na Universidade de Agder (UiA), do Departamento de Nutrição e Saúde Pública, e que conduziu o estudo em colaboração com investigadores de OsloMet.

“O estudo conclui que os participantes no estudo comem menos fruta, vegetais e cereais integrais e possivelmente consomem mais açúcar do que o recomendado nas diretrizes dietéticas norueguesas”, diz a investigadora.

Uma pequena parte da amostra parece consumir mais açúcar do que o recomendado. Metade dos inquiridos relatam que comem doces e salgadinhos todas as semanas. 10 por cento relatam consumo diário de bebidas açucaradas.

“Os resultados surpreendem-nos, e será necessário realizar mais estudos”, diz Groufh-Jacobsen, que acrescenta: “é importante ter em mente que existe um amplo consenso entre os nutricionistas de que uma dieta vegetariana é adequada em todas as fases da vida, mas pressupõe que a dieta satisfaz as necessidades do organismo em termos de alimentos nutritivos”.

### Por razões de saúde e ambientais

O estudo foi conduzido como um inquérito online.

Entre os participantes, 530 eram mulheres e 278 homens. Relataram os seus hábitos alimentares, a sua saúde, e a sua motivação para aderir a uma dieta baseada em plantas.

“Razões ambientais, saúde e bem-estar animal provaram ser os fatores motivadores mais importantes para a adesão a uma dieta baseada em plantas”, diz a investigadora.

71% afirmam que as alterações climáticas são mais importantes, enquanto 64% apontam para preocupações de saúde. 49 por cento afirmam que o bem-estar dos animais é o mais importante. 75 por cento dos inquiridos afirmam que consideram que a sua saúde é boa ou muito boa.

### Muito pouco iodo na dieta

Poucos dos participantes relatam estar conscientes da desnutrição ou de outras condições de saúde negativas. Groufh-Jacobsen salienta que existe uma fraqueza neste estudo, uma vez que não mede se os participantes têm realmente deficiências nutricionais. O que é mais frequentemente relatado é uma deficiência de vitamina B12, ferro e vitamina D.

Num estudo anterior, Groufh-Jacobsen referiu que os vegans e vegetarianos noruegueses estão em risco de deficiência de iodo, mas sublinha que se trata de um problema que também é observado no resto da população.

“O leite e os produtos lácteos, e o peixe branco e os ovos são as principais fontes de iodo na dieta norueguesa. Aqueles que cortam estes alimentos são especialmente propensos à carência de iodo”, diz ela,

---

*A investigadora Doutoranda Synne Groufh-Jacobsen do Departamento de Nutrição e Saúde Pública da UiA está surpreendida com o facto de aqueles que se cingem a dietas à base de plantas comerem pouca fruta, vegetais e cereais integrais*

---



As pessoas com dietas restritivas podem também sofrer de deficiência de B12 e de deficiência de ferro. No estudo anterior, constatou que as pessoas com uma dieta vegetariana ou vegetariana tinham, na sua maioria, um estatuto adequado em termos de ferro.

“No nosso novo estudo, apenas 10 por cento dos participantes relatam que tomam suplementos de iodo. Isto pode indicar que os nossos participantes recebem muito pouco iodo, especialmente os vegans que omitem todas as fontes de iodo mais importantes da sua dieta”, diz Groufh-Jacobsen.

## **A importância dos suplementos**

Pouco menos de metade dos inquiridos relatou o uso diário de suplementos. Ela pensa que o número é baixo.

“Para indivíduos que eliminam muitos grupos alimentares da sua dieta, os suplementos sob a forma de vitaminas e minerais podem ser importantes para evitar deficiências nutricionais. Contudo, os suplementos dietéticos não devem ser utilizados de forma acrítica”, diz ela.

Ela assinala que o governo recomenda uma dieta composta por mais alimentos à base de plantas, e que existe um amplo consenso de que os alimentos à base de plantas são saudáveis.

“Mas a dieta deve ser variada. De acordo com as nossas conclusões, é importante fazer mais estudos sobre se as pessoas que têm uma dieta à base de plantas têm os conhecimentos e competências de que necessitam para elaborar uma dieta suficientemente equilibrada”, diz a investigadora.

Ela salienta que o estudo se baseia no auto-relato daqueles que comem à base de plantas, e que o estudo não compara os resultados com um grupo de controlo que segue um tipo diferente de dieta.

“Isto significa que devem ser realizados mais estudos”, diz Groufh-Jacobsen.

Ela própria vai continuar este trabalho na sua tese de doutoramento. A tese é sobre hábitos alimentares, nutrição e competências nutricionais entre os jovens com uma dieta baseada em plantas, em comparação com um grupo com uma dieta diferente. Ela

examinará também as suas motivações e possíveis obstáculos a ter uma dieta mais baseada em plantas.

## Dietas à base de plantas

Os 808 sujeitos responderam que aderiam a uma destas dietas baseadas em plantas:

Dieta vegana que elimina todos os produtos animais

Dieta vegetariana lacto-ovo que evita carne e produtos à base de carne, peixe e marisco, mas inclui leite, produtos lácteos e ovos em diferentes graus

Dieta escatariana que omite carne e produtos cárneos, mas inclui peixe e marisco, leite e produtos lácteos e ovos, em graus variáveis

Dieta flexitária que procura reduzir o consumo de alimentos de origem animal

Bibliografia  
<https://www.uia.no/en/news/vegetarians-do-not-eat-enough-fruits-and-vegetable>





# Inspire-se no diagnóstico precoce

Rui Diniz

O cancro do pulmão é um caldo, com sabor amargo, de diferentes subtipos histológicos e moleculares, que continua a ser a primeira e destacada causa de morte por cancro em Portugal - ultrapassando a soma de mortes causadas por cancro da mama, próstata, colorretal e cerebral. São mais de 5400 novos casos e 4800 mortes por ano.

O fumo do tabaco, contendo dezenas de químicos carcinogénicos como nitrosaminas e benzopirenos, está envolvido em pelo menos 70% do cancro pulmonar (mesmo se a exposição é passiva), mas deve-se considerar outros fatores como história pessoal e familiar de cancro e exposição a outros carcinogéneos, nos quais se destacam os asbestos, o arsénio, o berílio, o cádmio, o crómio, os fumos de diesel e o gás radioativo radão.

Torna-se assim clarividente que a primeira medida preventiva recomendada é a abstenção tabágica (benéfica mesmo entre os já doentes, por reduzir o risco de segundos cancros). Programas de cessação tabágica, combinando terapia comportamental e medicamentosa, têm-se revelado úteis.

Por outro lado, é necessário estar atento a sintomas e sinais de alarme como tosse, hemoptises (sangue na expetoração), dispneia (falta de ar), perda de peso ou dor torácica, que surgem geralmente em fases avançadas da doença, assim como não se pode descurar um nódulo de novo encontrado casualmente numa radiografia torácica.

No entanto, considerando que apenas pouco mais de 20% dos doentes com o diagnóstico estão vivos aos 5 anos, independentemente da histologia, e existe a possibilidade de cura em estádios precoces, o cancro do pulmão é um candidato a programa de rastreio de base populacional. O ensaio *National Lung Screening* demonstrou uma redução em 20% na mortalidade por cancro do pulmão em 53000 indivíduos fumadores ou ex-fumadores, entre 55 e 74 anos, rastreados por TAC de baixa dose de radiação.

Com efeito, em estágio precoce, a cirurgia permite vislumbrar a cura, mesmo que tenha de ser complementada por quimioterapia e/ou radioterapia. No caso de doença irressecável mas ainda potencialmente curável, está padronizada a quimio-radioterapia, consolidada por imunoterapia, que reduz o risco de morte.

Por seu lado, em doença avançada ou metastizada, testes genéticos no próprio tumor (ou em biopsia líquida) permitem identificar, em cerca de 30% dos casos, oncogenes que guiam a escolha dos tratamentos de precisão, muito mais eficazes e menos tóxicos do que a quimioterapia.

Nos tumores avançados sem mutações condutoras de terapia alvo, a imunoterapia, isolada ou associada a quimioterapia, é a primeira escolha pelo benefício clínico na sobrevivência.

Em conclusão, apesar da enorme evolução terapêutica, a mortalidade por cancro pulmonar continua elevada, significando que avassalador investimento deve ser feito na prevenção, no diagnóstico precoce - através de programas de rastreio personalizado ou de base populacional -, e na integração de cuidados, permitindo maior taxa de cura, maior sobrevivência e menores custos para o doente, a família, o sistema de saúde e a sociedade.



# Diabetes e doenças cardiovasculares aumentam o risco de demência.

Pessoas com pelo menos duas doenças (tipo 2 diabetes, doença cardíaca ou AVC) têm o dobro do risco de desenvolver demência. A prevenção da diabetes e das doenças cardiovasculares poderia, portanto, ser uma estratégia para reduzir o risco de demência, sugere um estudo do Karolinska Institutet na Suécia publicado na revista *Alzheimer & Dementia*.

A diabetes tipo 2, as doenças cardíacas (doença cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca ou fibrilação atrial) e o AVC - as chamadas doenças cardiometabólicas - são alguns dos principais fatores de risco de demência.

“Poucos estudos examinaram como o risco de demência é afetado por ter mais do que uma destas doenças simultaneamente, pelo que era isso que queríamos examinar no nosso estudo”, diz Abigail Dove, doutoranda do Centro de Investigação do Envelhecimento, parte do Departamento de

Neurobiologia, Ciências e Sociedade de Cuidados do Karolinska Institutet.

A demência desenvolve-se lentamente ao longo de décadas. Manifesta-se pela primeira vez como um declínio cognitivo gradual que só aparece nos testes cognitivos. Depois degenera em déficit cognitivo no qual o indivíduo nota a sua memória falhada mas ainda pode cuidar de si próprio, e finalmente em demência total.

## Mais do que uma doença cardiometabólica duplica o risco

Os investigadores extraíram dados do Estudo Nacional Sueco sobre Envelhecimento e Cuidados com um total de 2.500 indivíduos saudáveis e sem demência com mais de 60 anos de idade que vivem em Kungsholmen em Estocolmo. No início do estudo, a incidência de doenças cardiometabólicas foi

avaliada através de registos médicos e investigação clínica. Os participantes foram então acompanhados durante doze anos com exames médicos e testes cognitivos, a fim de monitorizar as alterações na capacidade cognitiva e o desenvolvimento da demência.

A presença de mais do que uma doença cardiometabólica acelerou a velocidade do declínio cognitivo e duplicou o risco de comprometimento cognitivo e demência, acelerando o seu desenvolvimento em dois anos. A magnitude do risco foi aumentada com um maior número de doenças.

“No nosso estudo, as combinações de diabetes/doença de coração e diabetes/doença de coração/doença do AVC foram as mais prejudiciais para a função cognitiva”, diz Dove.

## A prevenção de uma segunda doença importante

No entanto, os indivíduos que tinham apenas uma doença cardiometabólica não apresentavam um risco significativamente mais elevado de demência. “Esta é uma boa notícia. O estudo mostra que o risco só aumenta quando alguém tem pelo menos duas das doenças, pelo que é possível que a

demência possa ser evitada através da prevenção do desenvolvimento de uma segunda doença”. A correlação entre as doenças cardiometabólicas e o risco de demência foi mais forte nos participantes que tinham menos de 78 anos de idade.

“Devemos, portanto, concentrar-nos na prevenção das doenças cardiometabólicas já na meia-idade, uma vez que o risco de falha cognitiva e demência parece ser maior entre aqueles que desenvolvem uma doença cardiometabólica mais cedo na vida”, diz Dove.

## Procurando compreender o mecanismo

Os investigadores esperam em estudos futuros aprender mais sobre o mecanismo que impulsiona esta correlação, examinando o impacto de fatores genéticos e utilizando a imagiologia cerebral para ver como as doenças cardiometabólicas podem danificar o cérebro.

O estudo foi financiado pelo Swedish Research Council, o Swedish Research Council for Health, Working Life and Welfare Forte, a Swedish Alzheimer's Foundation e Lindhés Advokatbyrå. Não foram relatados quaisquer interesses comerciais.

<https://doi.org/10.1002/alz.12708>  
NR/HN/Alphagalileo





# Europacolon oferece apoio domiciliário a cuidadores e doentes com cancro em estágio avançado.

---

*Engº Vítor Neves*

*Presidente da Europacolon*

A Europacolon está, neste momento, concentrada em duas metas urgentes: a implementação do rastreio do cancro colorretal em todo o país e recuperação do acompanhamento regular aos doentes oncológicos. Este ano, a associação continuará ao lado dos doentes, numa luta que também é sua, e agora mais próxima dos que precisam de cuidados paliativos no domicílio. O novo projeto para doentes em estágio avançado destina-se àqueles que não têm apoio direto das unidades de saúde, é gratuito e traz aos doentes com cancro colorretal e seus cuidadores alento e paz.

## **HealthNews (HN) – Quais são os principais objetivos da Europacolon?**

Vítor Neves (VN)- A Europacolon nasceu da necessidade de se contemplarem atitudes preventivas e de diagnóstico precoce relativamente ao cancro do intestino em Portugal. Foi a primeira associação dedicada a este objetivo na Europa. Hoje há mais de 20 associações.

O cancro do intestino foi desde sempre um cancro com grande incidência em todos os países da Europa. É o cancro responsável pelo maior número de mortes, em homens e mulheres, na Europa, e também em Portugal. Em Portugal, segundo dados de 2019, a incidência é superior a 10 mil novos casos por ano, com uma mortalidade superior a 4.200 pessoas. Portanto, por dia, em Portugal, morriam cerca de 12 pessoas com cancro do intestino.

A Europacolon nasceu para dinamizar as atitudes preventivas desta doença e para promover, consequentemente, o apoio e melhorar a qualidade de vida dos doentes, dos familiares e dos cuidadores de cancro do intestino. Em 2014, alargámos o âmbito da nossa associação para todas as doenças do foro digestivo: esófago, estômago, fígado, pâncreas e intestino. Isto porque não havia, em Portugal, nenhuma associação que se ocupasse a acompanhar este tipo de doentes. Eles contactavam-nos no sentido de os podermos apoiar e resolver algumas situações, e nós decidimos alargar o âmbito de trabalho da nossa associação.

Portanto, o foco principal é dinamizar atitudes preventivas, aumentar os hábitos de prevenção e a deteção precoce, acompanhar os pacientes e familiares e dotar os seus dias da maior qualidade de vida possível.

### **HN- Desde a sua fundação, em 2006, que impacto tem tido na vida dos doentes, familiares e cuidadores?**

VN- Embora tenhamos a sede na cidade do Porto, temos âmbito nacional. Os doentes oncológicos e os cidadãos em geral têm um local onde podem procurar informações sobre a doença, da prevenção da doença e informações sobre uma segunda opinião clínica de uma decisão terapêutica. A Europacolon fornece uma segunda opinião clínica na semana seguinte, e os cidadãos podem também ter consultas de psicologia e de nutrição. Portanto, a partir da criação da Europacolon, passaram a existir várias formas de os pacientes e os cidadãos em geral terem uma fonte de conhecimento e acompanhamento, e

até de resolução de alguns problemas que possam ter no seu relacionamento com os vários ciclos do tratamento que estão a ter no hospital.

### **HN- O vosso trabalho tem tido impacto na prevenção e deteção precoce?**

VN- Tem, porque não se falava em cancro do intestino em Portugal. Existia um certo tabu relativamente a essa zona do corpo humano. Falar de intestino e de fezes não é bonito, não tem espaço na comunicação social. Por outro lado, uma das formas de prevenção e diagnóstico é a colonoscopia, que também é tabu, por ser considerada invasiva e dolorosa. Estas duas componentes ajudavam a que as pessoas se afastassem das soluções preventivas e do diagnóstico deste tumor.

A Europacolon foi aumentando a sensibilização dos portugueses de várias formas, através dos meios de comunicação social, através das várias sessões de sensibilização, que já foram centenas por Portugal inteiro, através da tutela, no sentido de aumentar cada vez mais a literacia da população, sensibilizar os médicos de família para a necessidade do rastreio obrigatório dos 50 aos 74 anos e para alguma sintomatologia que tem de ser despistada mesmo que os doentes não tenham a idade típica para rastreio.

A Europacolon tem feito sobretudo uma grande pressão junto da tutela para que haja um rastreio de base populacional implementado em Portugal. Custou a arrancar, iniciou-se de uma forma mais rigorosa em 2016 e parou em 2019, e está a tentar recomeçar este ano, sendo que é o melhor rastreio em termos de custo-benefício. Se for detetada a tempo, pode-se dizer que a doença fica estabilizada e as pessoas podem viver toda a sua vida a partir daí. Se não for detetada a tempo, a probabilidade de vida a partir dos cinco anos é muito duvidosa. As estruturas de saúde do nosso país têm na mão um rastreio que pode salvar muitos doentes. Morriam, antes da pandemia, por ano, mais de 4.200 pessoas com cancro do intestino. Se houvesse rastreio, a sua redução, se calhar, seria superior a 60%.

### **HN- O novo projeto de intervenção nos doentes oncológicos em estágio avançado, no domicílio, fornece que tipo de apoios?**

VN- No período que estamos a viver, e eu penso que podemos falar já de pós-pandemia, e durante a pandemia, agravaram-se muito os cuidados aos doentes não-Covid. Os esforços da saúde foram todos vocacionados para o tratamento da pandemia, e esta doença foi avançando nos doentes que não

tiveram oportunidade de chegar às consultas da especialidade e fazer exames de diagnóstico. Isto significa que, neste momento, grande parte dos tumores do intestino são detetados numa fase avançada.

Antes da pandemia, em 2019, já se notava a falta de locais de cuidados continuados para os doentes crónicos em estado avançado e, numa fase mais evoluída, unidades de cuidados paliativos. Nós estimámos que há cerca de 56 mil doentes em regime de cuidados paliativos no domicílio sem acompanhamento da especialidade. Então, a Europacolon Portugal decidiu avançar com este programa, que visa acompanhar os doentes em cuidados paliativos que estão no domicílio. É uma aproximação gratuita, ou seja, sem custos para os pacientes e as famílias, e que visa que os doentes com cancro colorretal metastizado e seus familiares adquiram mais conhecimentos, ferramentas e orientações para lidar com a doença, e que os cuidadores e familiares se sintam mais preparados para receber os pacientes e prestar cuidados.

Pretendemos também que os cuidadores adquiram capacidade para execução de tarefas diferentes e interpretação dos sintomas, auxiliando na tomada de decisão e fornecendo, também, apoio emocional e conforto. Esta equipa é composta por psicólogos, oncologistas, enfermeiros, assistente social, nutricionistas e voluntários, e este apoio é feito em casa dos pacientes e tenta contribuir para a redução da ansiedade, do medo, da angústia e até do esgotamento dos cuidadores ou familiares que acompanham os doentes. É composto por sete fases de acompanhamento. É feita uma avaliação inicial, através de um psicólogo e de uma enfermeira, do ambiente familiar e da necessidade de apoio, e depois, durante sete sessões, os nossos profissionais intervêm. A maior parte do apoio é na área psicoemocional, que é a mais necessária.

Queríamos realçar que a nossa intervenção não se sobrepõe ao acompanhamento nas instituições de saúde. Se os doentes já estiverem a ser acompanhados em psicologia ou nutrição, não têm acompanhamento duplo na Europacolon, nem intervimos na terapêutica específica da doença. Não vamos alterar a prescrição. A nossa atuação é complementar e visa ajudar os doentes que não têm apoio direto da unidade.

### ***HN- O que é que falta fazer por estes doentes?***

VN- Os cuidados paliativos deviam aproximar-se dos pacientes desde a data em que o grupo terapêutico

determina que não há terapêutica de redução da doença. Ou seja, a partir do momento em que o grupo entende que não há nenhuma terapêutica para reduzir a doença, os cuidados paliativos deviam fazer parte das consultas programadas para esses doentes. Isso não acontece. Aquilo que acontece é que, muitas vezes, eles vivem e ultrapassam esta fase sem a aproximação das equipas de cuidados paliativos, e reparámos que estes doentes não estão preparados para entender o verdadeiro sentido da vida.

Há problemas da área emocional que podem ser tratados. Há problemas familiares e relacionais que os pacientes têm todo o direito de perceber e resolver com acompanhamento. No fundo, aquilo que nós fazemos é tentar dar mais dignidade à posição do paciente, porque uma pessoa que está em regime de cuidados paliativos, que entende que os tratamentos que está a fazer não vão reduzir a doença, mas apenas diminuir os sintomas e eliminar as dores até ao fim da vida, que não se sabe quando chega, muitas vezes nem gosta de transmitir aos familiares e cuidadores que está consciente do seu estado e pode precisar do apoio do psicólogo e da equipa médica para poder, sem juízos de valor, comunicar as coisas que gostava de ver resolvidas até ao fim da sua vida.

Nós tentamos promover uma comunicação o mais aberta possível entre a família; tentamos incentivar o apoio mútuo entre doentes, cuidadores e familiares; ajudamos a lidar com o stress; damos a conhecer os direitos e apoios sociais que o grupo familiar pode ter; ajudamos a educar sobre a doença e os tratamentos; mas, sobretudo, tentamos que o paciente entenda o ponto em que a sua doença e a sua vida estão, qual o prognóstico da sua vida e, principalmente, o sentido da vida, encontrando com dignidade os passos que precisa de percorrer até que a vida seja transformada.

### ***HN- Esse acompanhamento é feito com que frequência?***

VN- É feito por visitas e seguimento telefónico. São sete visitas quinzenais, pelo menos, que se podem prolongar se houver necessidade, e há uma linha de apoio para os doentes e familiares.

### ***HN- O vosso maior investimento incide em que áreas de intervenção?***

VN- Estamos a passar por uma fase muito crítica do Serviço Nacional de Saúde. Não me refiro à Covid. A Covid tem o seu planeamento e a sua estratégia. Aquilo que vai piorando todos os dias é que não existe um acompanhamento regular dos cidadãos

como existia antes da Covid. Passados dois anos, sentimos que não há um plano de recuperação dos diagnósticos de cancro que não foram feitos e dos diagnósticos complementares.

Um doente que tenha um teste positivo num rastreio só pode, nalguns locais do país, ter acesso a uma colonoscopia passados oito ou nove meses. Isto é uma atitude anti-humana, é uma atitude de risco, e um país civilizado não pode funcionar assim. Temos de aproveitar os fundos estruturais europeus, que devem ser aplicados na reorganização de todos os serviços de saúde, permitindo que os diagnósticos precoces sejam efetuados e que os doentes crónicos tenham o acompanhamento necessário e acesso aos melhores medicamentos. Aquilo que está a acontecer, neste momento, é que ninguém na tutela fala de um planeamento. Diz-se que os acompanhamentos na saúde estão ao nível de 2019, mas isso, para quem está ligado à saúde, não diz nada. Aquilo que nós queremos é que os doentes crónicos tenham um acompanhamento regular, que sejam analisados e enviados para as consultas da especialidade e que possam ser acompanhados e tratados a tempo, para não terem uma morte prematura e com sofrimento. Esse é o foco principal da Europacoln neste momento.

O segundo é tentar que a tutela, de uma vez por todas, ponha a funcionar um rastreio do cancro do intestino, que mata milhares de pessoas por ano. Eram 4.200 mortes antes de 2019, vão ser muitas mais em 2020, 2021 e 2022, e parece-nos a nós que pouca importância se dá a este assunto crucial. Normalmente tínhamos reclamações ou pedidos de segundas opiniões para doentes que encontravam a doença num estágio inicial. Hoje, quase todos os doentes que se aproximam de nós tiveram um diagnóstico em cuidados paliativos logo na primeira consulta, na primeira intervenção cirúrgica ou nos primeiros diagnósticos. Isto vai afetar a sociedade portuguesa a curto prazo.

Queremos tentar levar o conhecimento da Europacoln a todos os locais e que o Serviço Nacional de Saúde se reorienta e dê boas condições aos médicos, para que estes não o troquem pelo privado.

#### ***HN- Quer destacar alguma meta para este ano?***

VN- Duas metas: que o rastreio de base populacional seja implementado para todo o país de forma equitativa e que haja um plano de recuperação do acompanhamento regular aos doentes oncológicos.





# Promoção da saúde e bem-estar dos cidadãos, um desígnio do tecido empresarial português

**Nuno Simões**

*Presidente da Direção da Associação para a Gestão e Inovação em Saúde,  
Enfermeiro Especialista no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE*

A promoção de projetos que visem a criação e reconhecimento de boas práticas, centradas no cidadão e na promoção de saúde e bem-estar, é um desígnio que a AGIS – Associação para a Gestão e Inovação em Saúde priorizou desde a sua fundação.

Em parceria com a Workwell, criámos e organizámos os Wellbeing Awards 2022, durante os quais reconhecemos a excelência de organizações de vários setores de atividade do tecido empresarial português, enquanto comunidades promotoras de saúde e bem-estar dos cidadãos.

Recebemos mais de 100 candidaturas para as várias categorias dos Wellbeing Awards 2022, nomeadamente para o Healthiest Company, prémio para a organização com colaboradores mais saudáveis, e para o Best Wellbeing Program, prémio para o melhor programa de qualidade de vida e bem-estar corporativo. Estas candidaturas demonstram que este tema é fulcral para o tecido empresarial português que pretende contribuir de forma positiva e presente para a Saúde dos seus colaboradores.

## VENCEDORES DO BEST WELLBEING PROGRAM

EDP (>1000 colaboradores)  
Randstad Portugal (250 a 1000 colaboradores)  
Xerox (<250 colaboradores)

## VENCEDORES DO HEALTHIEST COMPANY

Celfocus (>1000 colaboradores)  
SAP (250 a 1000 colaboradores)  
Untile (<250 colaboradores)

## VENCEDOR DO BEST LEADERSHIP AND CULTURE OF WELLBEING

EDP

## VENCEDOR DO BEST ENGAGEMENT AND COMMUNICATION

Nestlé

## VENCEDOR DO BEST MENTAL/EMOTIONAL HEALTHY STRATEGY

Novo Nordisk

## VENCEDOR DO BEST PHYSICAL WELLBEING STRATEGY

LIPOR



Urge que o tecido empresarial português, alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), assuma o seu papel de embaixador do desenvolvimento sustentável e de uma saúde de qualidade para todos, em todas as idades ao longo do percurso de vida e saúde, e que nesta sinergia consigamos melhorar os vários indicadores de saúde em Portugal, como os anos de vida perdidos (YLL) e os anos de vida ajustados pela incapacidade (DALY).

Porque pessoas saudáveis e felizes acrescentam mais qualidade e anos à sua vida, a AGIS encontra-se a preparar as próximas atividades, nomeadamente os Wellbeing Awards e o Wellbeing Summit. Estejam atentos e siga-nos nos nossos canais de comunicação.



# Saúde pública, saúde do público e público da saúde

**Lúcio Meneses de Almeida**

*Médico Assistente Graduado de Saúde Pública*

*Presidente do Conselho Nacional de Ecologia e Promoção da Saúde da Ordem dos Médicos*

A Saúde Pública corresponde à intervenção organizada perante problemas de saúde. Nessa medida, está relacionada com a “saúde do público” enquanto resultado pretendido. Mas, também, com a população utente dos serviços de saúde (“público da saúde”).

Controlar a doença, a um âmbito populacional, pressupõe conhecer as condições que a fizeram emergir. Se a causa direta das doenças (etiologia) é diversa, a “causa das causas” é socialmente determinada.

A diferença, nos resultados em saúde (doença), radica nas oportunidades de exposição ao agente etiológico – mais frequentes nos países e nos grupos populacionais economicamente desfavorecidos (“*wealth is health*”).

Analogamente, tratar um doente, sem “tratar” as condições contextuais que desencadearam o episódio de doença, é remediar aquilo que podia ter sido prevenido, sem prevenir para não ter que voltar a remediar...

Falamos, em termos populacionais, em Saúde Pública. Em síntese: intervir sobre o que determina os problemas de saúde, prevenindo futuras ocorrências. Relativamente ao “público da saúde”, este influencia e é

influenciado pela “saúde do público”. Sendo cada vez mais envelhecido, é portador de uma carga de doença crescente.

Importa, assim, organizar a resposta da rede prestadora de cuidados médicos e de saúde, assente na sustentabilidade e nos resultados populacionais (efetividade). Resultados que têm na equidade do acesso um determinante fundamental.

E, desde logo, há que garantir o financiamento indispensável à satisfação das necessidades sensíveis aos cuidados de saúde, preventivos e curativos. É o caso do Serviço Nacional de Saúde que os sucessivos governos dizem defender...

Para um organismo morrer à sede não é preciso privá-lo, em absoluto, de água; basta fornecer-lha em quantidade inferior a um limiar compatível com a sua sobrevivência. Cinicamente, quem o faz, mesmo que intencionalmente, não pode ser acusado de não ter feito nada - apesar de, na prática, nada ter feito para evitar o desfecho previsível...

De acordo com a OMS, são 3 as dimensões dos cuidados primários efetivos: cobertura universal em saúde; proteção contra emergências em saúde pública; e

a garantia de saúde e bem-estar (“*healthy lives and well-being*”) para todas as idades.

As duas últimas estão diretamente relacionadas com a missão dos serviços de saúde pública: proteção e promoção da saúde. Estes serviços correspondem, no nosso País, à Direção-Geral da Saúde (âmbito nacional), regionalmente aos departamentos de saúde pública das ARS continentais e, localmente, às unidades de saúde pública dos ACeS.

Não obstante serem a verdadeira “linha da frente” do Serviço Nacional de Saúde - porque intervindo mesmo antes do aparecimento da doença - são dramaticamente carentes em recursos humanos e materiais.

Sem uma rede de serviços de saúde tendo como objeto de intervenção a população e como objetivo a saúde populacional, não é possível uma saúde sustentável.

Uma saúde “de todos e para todos” para o decénio tem, pois, como condição necessária serviços de saúde pública dotados dos meios e dos recursos mínimos.

Caso contrário, teremos um “público da saúde” mais doente e, conseqüentemente, uma “saúde do público” deteriorada ...



**UM  
PRINCÍPIO ATIVO  
TRAZ SAÚDE  
A MUITA GENTE.**



**UMA ASSOCIAÇÃO  
TRAZ MUITO MAIS.**

---

A Miligrama é uma empresa que atua na comunicação e educação na área da saúde. Procuramos parceiros que se juntem a nós na missão de promover e melhorar o acesso a informação sobre saúde e bem-estar dos portugueses. Está pronto para o desafio?

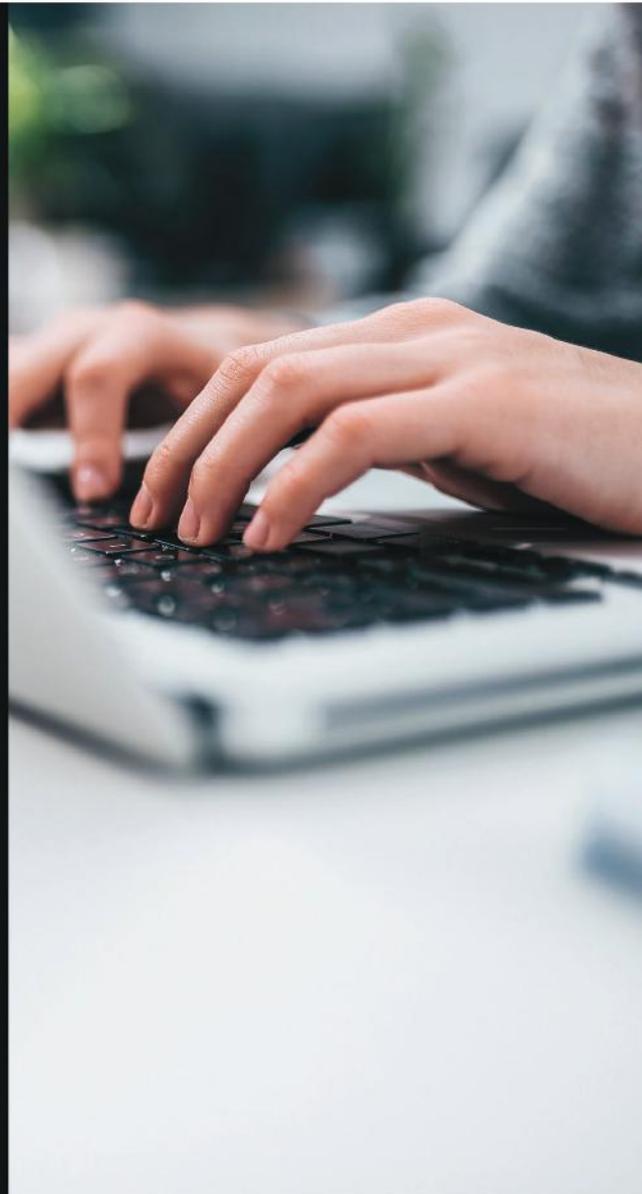
Saiba tudo sobre nós em  
[www.miligrama.com.pt](http://www.miligrama.com.pt)





**guess what**  
Human Data Creative Thinking

A Guess What é uma **premiada agência de relações públicas** que oferece aos seus parceiros na **área saúde** soluções integradas de marketing, comunicação e digitais.



Saiba mais em:  
[www.guesswhat.com.pt](http://www.guesswhat.com.pt)