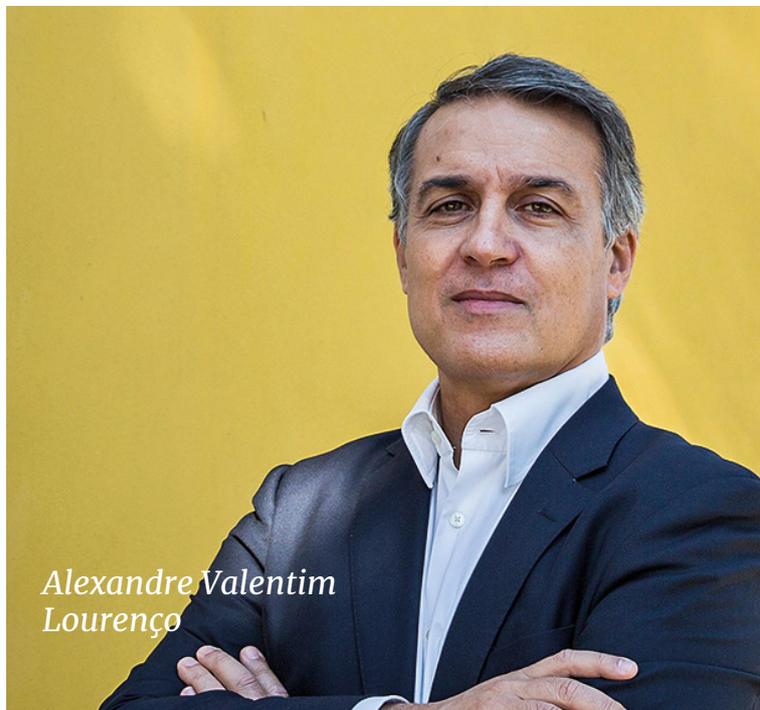


www.healthnews.pt

HEALTHNEWS

informação em saúde

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



Alexandre Valentim
Lourenço



#01
julho'22

Carlos Cortes



Fausto Pinto



Jaime Branco

ELEIÇÕES NA ORDEM DOS MÉDICOS Quem é o Senhor que se segue?

ENERZAIR® BREEZHALER®

Respirar a vida ao máximo*2,3



CONTRIBUIÇÃO
EXTRAORDINÁRIA
PARA A SAÚDE PÚBLICA*

2020

1ª e única associação LABA/LAMA/ICS indicada na asma^{1,4}

LABA: agonistas beta2 de longa duração;
LAMA: antagonistas muscarínicos de longa duração;
ICS: corticosteroide inalado



**ENERZAIR®
breezhaler®**
Indacaterol / Glicopirônio / Mometasona

1x
dia¹



IECRCM - ENERZAIR® BREEZHALER® 114 MICROGRAMAS/46 MICROGRAMAS/136 MICROGRAMAS PÓ PARA INALAÇÃO, CÁPSULAS

NOTA: Antes de prescrever consulte o RCM do medicamento. **APRESENTAÇÃO:** Pó para inalação, cápsula (pó para inalação). Cada cápsula contém 150 microgramas de indacaterol, 50 microgramas de glicopirônio e 160 microgramas de furoato de mometasona. Cada dose liberada (a dose liberada através do aplicador bucal do inalador) contém 114 microgramas de indacaterol (na forma de acetato), 50 microgramas de brometo de glicopirônio equivalente e 40 microgramas de glicopirônio e 136 microgramas de furoato de mometasona. Excipientes(s) com efeito conhecido: Cada cápsula contém 25 mg de lactose mono-hidratada. **INDICAÇÕES:** Enerzair Breezhaler está indicado como terapêutica de manutenção da asma em doentes adultos no regime de manutenção com uma associação de um agonista beta2 de ação prolongada e uma dose alta de corticosteroide inalado em regime de manutenção que experimentaram uma ou mais exacerbações da asma no ano anterior. **POSOLÓGIA:** **Adultos:** A dose recomendada é uma cápsula inalada uma vez por dia. A dose máxima recomendada é de 114 µg/46 µg/136 µg uma vez por dia. **Doentes pediátricos (< 18 anos):** Não recomendado em doentes com menos de 18 anos de idade. **Populações especiais:** **População idosa:** Não é necessário ajuste de dose em doentes idosos (65 anos de idade ou mais). **Compromisso renal:** Não é necessário ajuste de dose em doentes com compromisso renal ligeiro a moderado. Deve ter-se precaução em doentes com compromisso renal grave e doença renal terminal que necessitem de diálise. **Compromisso hepático:** Não é necessário ajuste de dose em doentes com compromisso hepático ligeiro a moderado. Não existem dados disponíveis sobre a utilização deste medicamento em doentes com compromisso hepático grave, como tal deve ser utilizado nestes doentes apenas se o benefício esperado superar o risco potencial. **MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Apenas para utilização por via inalatória. As cápsulas não podem ser engolidas. Os doentes que não sintam melhorias na sua respiração devem ser questionados se estão a engolir o medicamento em vez de o inalar. As cápsulas têm de ser administradas usando apenas o inalador Enerzair Breezhaler. O tratamento deve ser administrado à mesma hora do dia todos os dias. Pode ser administrado independentemente da hora do dia. Após a inalação, os doentes devem lavar a boca com água sem engolir. Se for omitida uma dose, esta deve ser tomada assim que possível. Os doentes devem ser instruídos a não tomarem mais do que uma dose por dia. As cápsulas de Enerzair Breezhaler devem ser sempre conservadas no blister para proteger da luz e humidade, e não devem ser removidas do blister imediatamente antes da utilização. A embalagem pode conter um sensor eletrónico para ser ligado à base do inalador. O sensor e a App não são necessários para a administração do medicamento ao doente e o médico prescritor poderá avaliar com o doente se a utilização do sensor e da App é apropriada. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. **ADVERTÊNCIAS/PRECAUÇÕES:** **Asma Aguda:** não deve ser utilizado para tratar sintomas agudos de asma, incluindo episódios agudos de broncoespasmo, para os quais é necessário um broncodilatador de curta ação. **Hipersensibilidade:** Se ocorrer uma reação de hipersensibilidade, Enerzair Breezhaler deve ser descontinuado imediatamente e deverá ser instituída terapêutica alternativa. **Broncoespasmo paradoxal:** Tal como com outra terapêutica inalatória, a administração deste medicamento pode resultar em broncoespasmo paradoxal, o qual pode colocar a vida em risco. Se tal ocorrer, o tratamento deve ser interrompido imediatamente e deverá ser instituída terapêutica alternativa. **Efeitos cardiovasculares:** Tal como outros medicamentos contendo agonistas adrenérgicos beta2, este medicamento pode produzir um efeito cardiovascular clinicamente significativo em alguns doentes conforme é avaliado através de aumentos na frequência cardíaca, pressão arterial e/ou sintomas, alterações do electrocardiograma (ECG). Este medicamento deve ser usado com precaução em doentes com patologias cardiovasculares (doença arterial coronária, enfarte agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, hipertensão, prolongamento do intervalo QT), distúrbios convulsivos ou tiorotóxicos e em doentes com resposta aumentada aos agonistas adrenérgicos beta2. **Hipocalcémia:** Os agonistas adrenérgicos beta2 podem causar uma hipocalcémia significativa em alguns doentes, o que potencialmente pode levar a reações adversas cardiovasculares. Em doentes com asma grave, a hipocalcémia pode ser potenciada pela hipoxia e pela terapêutica concomitante, o que pode aumentar a suscetibilidade a arritmias cardíacas. **Hiperglicémia:** A inalação de doses elevadas de agonistas adrenérgicos beta2 e corticosteroides pode produzir um aumento da glicose plasmática. Nos doentes diabéticos, ao iniciar o tratamento, a glicose plasmática deve ser monitorizada mais cuidadosamente. **Efeitos anticolinérgicos:** Tal como com outros medicamentos anticolinérgicos, este medicamento deve ser utilizado com precaução em doentes com glaucoma de ângulo fechado ou retenção urinária. **Doentes com compromisso renal grave:** Deve ter-se precaução nos doentes com compromisso renal grave (taxa de filtração glomerular estimada inferior a 30 ml/min/1,73 m²), incluindo aqueles com doença renal terminal que necessitam de diálise, deve ter-se precaução. **Prevenção de infeções orofaríngeas:** De modo a se reduzir o risco de infeção orofaríngea por candida, os doentes devem ser aconselhados a lavar a boca ou a gargarejar com água, sem a engolir, ou a lavar os dentes após inalar a dose prescrita. **Efeitos sistémicos dos corticosteroides:** Podem ocorrer efeitos sistémicos dos corticosteroides inalados, principalmente no caso de doses elevadas prescritas por períodos prolongados. Os efeitos sistémicos possíveis podem incluir: síndrome de Cushing, manifestações Cushingídes, supressão adrenal, atraso do crescimento em crianças e adolescentes, diminuição da densidade mineral óssea, cataratas, glaucoma e, mais raramente, uma série de efeitos psicológicos ou comportamentais incluindo hiperatividade psicómota, distúrbios do sono, ansiedade, depressão ou agressão (especialmente em crianças). Como tal, é importante que a dose de corticosteroide inalado seja titulada para a dose mais baixa na qual o controlo efetivo da asma é mantido. Podem ser notificados distúrbios visuais com o uso de corticosteroides inalados ou tópicos (incluindo intranasais, inalados ou intraoculares). Doentes que apresentem sintomas como visão turva ou outros distúrbios visuais, devem ser considerados para encaminhamento a um oftalmologista para avaliação de possíveis causas dessas perturbações visuais, as quais podem incluir cataratas, glaucoma ou doenças raras como a coriorretinopatia central serosa (CRCS), que foram notificadas após o uso de corticosteroides sistémicos ou tópicos. Este medicamento deve ser administrado com precaução em doentes com tuberculose pulmonar ou em doentes com infeções crónicas ou não tratadas. **Gravidez:** Este medicamento deve ser utilizado durante a gravidez apenas se o benefício esperado para os doentes justificar o potencial risco para o feto. **Amamentação:** Tem que ser tomada uma decisão sobre a descontinuação da amamentação ou a descontinuação/abstenção da terapêutica, tendo em conta o benefício da amamentação para a criança e o benefício da terapêutica para a mulher. **Trabalho de parto:** Como outros medicamentos contendo agonistas adrenérgicos beta2, o indacaterol pode inibir o trabalho de parto devido a um efeito relaxante no músculo liso uterino. **INTERAÇÕES:** **Bloqueadores adrenérgicos beta:** este medicamento não deve ser administrado com bloqueadores adrenérgicos beta (incluindo glau) a menos que existam razões importantes para a sua utilização. **Medicamentos conhecidos por prolongarem o intervalo QTc:** devem ser administrados com precaução a doentes que estejam a ser tratados com inibidores da monooxidase, antidepressivos tricíclicos ou medicamentos conhecidos por prolongar o intervalo QT. **Tratamento hipocalcémico:** O tratamento hipocalcémico concomitante com derivados da metitanxina, esteróides ou diuréticos não poupadores de potássio pode potenciar o possível efeito hipocalcémico dos agonistas adrenérgicos beta2. **Interação com inibidores do CYP3A4 e da glicoproteína P:** A inibição do CYP3A4 e da glicoproteína P (gp-P) não tem impacto na segurança de doses terapêuticas de Enerzair Breezhaler. **Outros antimuscarínicos de ação prolongada e agonistas adrenérgicos beta2 de ação prolongada:** A administração deste medicamento com outros medicamentos contendo antagonistas muscarínicos de ação prolongada ou agonistas adrenérgicos beta2 de ação prolongada não foi estudada e não é recomendada. **Clometidina** ou outros inibidores do transporte de cátiões orgânicos: Não é esperada qualquer interação medicamentosa clinicamente relevante. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** **Frequentes (≥1% a <10%) e potencialmente graves:** hipersensibilidade. **Muito frequentes:** asma (exacerbada), nasofaringite. **Frequentes (1% a <10%):** infeção do trato respiratório superior, candidíase, infeção do trato urinário, cefaleia, taquicardia, dor orofaríngea, tontura, distonia, gastroenterite, dor musculoesquelética, espasmos musculares, piroxia. **Pouco frequentes (≥0,1% a <1%):** hiperglicémia, cataratas, boca seca, erupção cutânea, prurido, disúria. Para mais informações, consultar o titular de autorização de introdução no mercado ou o representante local do titular de autorização de introdução no mercado. Medicamento sujeito a receita médica. Escalão de participação: B. Titular da AIM: Novartis European Limited. Representante local: Novartis Farm - Produtos Farmacéuticos S.A. Sede social: Avenida Professor Doutor Cavaco Silva, n.º 10E, Taguspark, 2740-255 Porto Salvo; Contribuinte PT N.º 500 063 524; Sociedade Anónima Capital Social: EUR 2.400.000; C. R. C. S. N.º 11910/970429; www.novartis.pt Distribuidor por: JABA RECORDATI S.A. Avenida Jacques Delors, Edifício Inovação 1.2, Piso 0, Tagus Park Parque de Ciência e Tecnologia, 2740-122 Porto Salvo Tel: 21 432 95 00 | Fax: 21 915 19 30 www.jaba-recordati.pt Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento IENZ_RCM20210422_IEC_V3).

1. RCM de ENERZAIR® BREEZHALER®, data da última atualização 11/2021. 2. Kerstjens HAM, Maspero J, Chapman KR, van Zyl-Smit RN, Hosoe M, Tanase AM, et al. Once-daily, single-inhaler mometasona-indacaterol-glycopyrronium versus mometasona-indacaterol or twice-daily fluticasone-salmeterol in patients with inadequately controlled asthma (IRIDIUM): a randomised, double-blind, controlled phase 3 study. Lancet Respir Med. 2020. 3. Gessner C, Kornmann O, Maspero J, van Zyl-Smit R, Krull M, Salina A, et al. Fixed-dose combination of indacaterol/glycopyrronium/mometasona furoate once-daily versus salmeterol/fluticasone twice-daily plus tiotropium once-daily in patients with uncontrolled asthma: A randomised, Phase IIIb, non-inferiority study (ARGON). Respir Med. 2020;170:106021. 4. Agência Europeia do medicamento - EPAR de Enerzair® Breezhaler® <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/enerzair-breezhaler/authorisation-details-section> accedido em 09/2020. 5. Report on Human medicines highlights 2020, European Medicines Agency, disponível em https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/human-medicines-highlights-2020_en.pdf consultado a 05.02.2021. * Entende-se por 'respirar a vida ao máximo' que o doente ao tomar Enerzair® Breezhaler® poderá obter melhorias de função pulmonar, controlo de sintomas, qualidade de vida e redução de exacerbações vs terapêuticas padrão.

RECORDATI
ÁREA RESPIRATÓRIA
Mudar de ares muda vidas

Rev. 08/2022/MP/0202

Editorial

Criar uma revista de raiz, como a que hoje lançamos não é tarefa fácil. Nada mesmo. Será semelhante, digo eu, a parir na atualidade, com as urgências de obstetrícia encerradas por falta de pessoal. Ou alguém aventurar-se num centro de saúde à procura de Médico de Família. Ou ainda conseguir uma consulta de especialidade para este ano. Ou conseguir-se uma reunião com a Ministra da Saúde.

São quase impossíveis que no nosso caso colmatámos com o engenho de todos os nossos colaboradores que, incansáveis aderiram ao projeto decididos a levar a sua avante.

E para quê uma revista impressa – e também em formato digital – num contexto em que ambas as modalidades são olhadas como coisa de antanho?

A razão é simples: a Memória do que foi dito, que por esta via consegue passar à posteridade.

Na verdade, o que apresentamos aqui é o que de mais relevante conseguimos construir e que importa manter vivo na memória.

A análise política e científica que mais importa na atualidade; o futuro do bastião de resguardo da Saúde que é a Ordem dos Médicos; estudos científicos que fazem toda a diferença, entre muita outra informação relevante, levada ao prelo por jornalistas excecionais, acreditados internacionalmente.

Queremos que este projeto dê mais passos, que ganhe liberdade e voe alto, que o mesmo é dizer que captou o interesse dos leitores.

Esperemos que gostem e que vos seja útil, o principal propósito desta nossa aposta.



Miguel Múrias Mauritti



HEALTHNEWS
informação em saúde

**PORTAL DE INFORMAÇÃO
GERAL E MÉDICA**

Diretor

Miguel Múrias Mauritti
mmauritti@healthnews.pt

Direção Executiva

Maria Antónia Lisboa
alisboa@healthnews.pt

Direção Comercial

Celeste Coelho
ccoelho@healthnews.pt

Redação

Adelaide Oliveira
Nuno Bessone
Eduardo Esteves(caricaturista)
Vaishaly Camoes
Rita Antunes
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

Impressão:

Impress, Lda.

Proprietária:

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

Gama Pinto, 21649-003 Lisboa
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

**Admirável e estranho mundo,
este em que vivemos...**
Luís Gouveia Andrade

07



OPINIÃO

O caminho
António Correia de Campos

08



ENTREVISTA

**Ouvir os médicos;
construir o futuro**
Fausto Pinto

14



ENTREVISTA

**“O ministério da Saúde não preza a opinião e a colaboração
dos médicos”**
Jaime Branco

21



OPINIÃO

**Medicina do Trabalho
vs. Medicina no Trabalho:
serão sinónimos?**
Sousa Uva

22



ENTREVISTA

“É preciso reestruturar todo o sistema”
Alexandre Valentim Lourenço

28



ENTREVISTA

“Marta Temido, a não ser alguma atividade que demonstrou durante a pandemia, nada tem feito.”

Carlos Cortes

34



ENTREVISTA

“A decisão da terapêutica anti-hipertensiva deve ser feita em função do risco global”

Manuel Carrageta

38



OPINIÃO

It´s gold, man!

Rui Tato Marinho

40



ENTREVISTA

“A ciência começou a ser vista como um investimento e não como uma despesa”

Mécia Fonseca

42



Refundar o SNS é uma opção política urgente, inteligente e inevitável

Rui Nogueira

44



ENTREVISTA

Em Portugal “os procedimentos e o respeito pelos tempos de aprovação são muito maus”

Nelson Pires

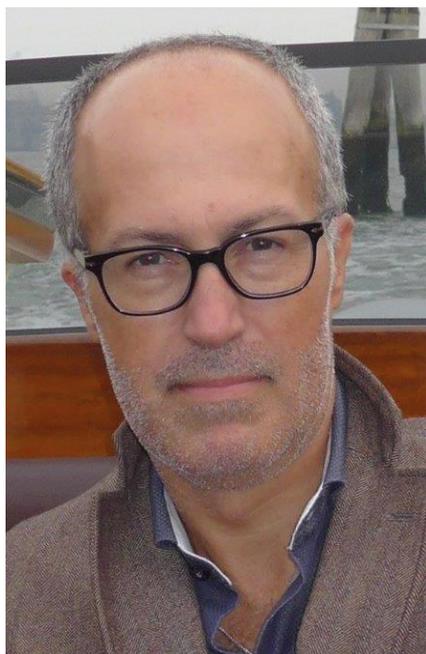
49



OPINIÃO

Saúde, deficiência e cura – uma perspetiva extremamente pessoal

M.ª do Carmo Cafede



Luís Gouveia Andrade,
Médico Oftalmologista
Grupo Lusíadas Saúde
Diretor Geral da InfoCiência

Admirável e estranho mundo, este em que vivemos...

Num Planeta abalado por tantos eventos tão intensos nos últimos dois anos, é um sinal de alento e uma lufada de fresquíssimo ar ver um órgão de informação em saúde online aventurar-se no mundo do papel.

Muitos têm feito o caminho inverso, com as enormes vantagens da internet, na rapidez da actualização, no acesso omnipresente e no controlo de custos. A HealthNews tem feito tudo isso, e muito bem, mas, num gesto de homenagem às raízes da imprensa e da literatura, avança agora para o tradicional papel.

Podemos debater o futuro do papel. Tenho-o feito com jornalistas e com amigos. Mas, na verdade, nunca aceitei a escrita e a leitura sem o papel, como se fossem indissociáveis.

Nunca li um livro electrónico. Ainda há minutos comprei mais um livro bem grande, pouco prático e pesado mas, seguramente, maravilhoso. Tenho todos os livros que li. Tenho também livros que não li, muitos. E tenho livros-objecto, verdadeiras obras de arte criadas mais para serem contempladas do que para serem manuseadas e lidas.

Adoro revistas. Compro várias. E custa-me imenso desfazer-me delas.

Também os jornais que leio regularmente são impressos em papel. Na internet procuro apenas tópicos pontuais, aliás nem preciso de procurar, a informação flui sem pedir licença.

Entendo os custos do papel. No momento presente, ainda mais. Percebo que a informação online tem vantagens imbatíveis na rapidez e na simplicidade de acesso. Mas essas são, em simultâneo, as suas maiores fraquezas que escancararam as portas para a desinformação, para as notícias falsas, para o condicionamento da opinião pública e para a perda de espírito crítico, essencial perante qualquer texto. Ao se tornar tudo tão simples e tão abundante, eliminou-se a necessidade de pensar, facto

reforçado pela embalagem tecnológica que confere ainda uma maior aura de veracidade dogmática ao que é escrito.

Fazer um jornal ou uma revista em papel é diferente. Muito diferente. Em primeiro lugar implica tempo e pensamento. Implica escolhas, critérios, selecções, filtros. Implica qualidade e exigência. E implica responsabilidade. O jornal fica, não se pode apagar no dia seguinte. O jornal compromete-se com os seus leitores, aqueles que o compram, assinam ou simplesmente lêem. O vínculo é muito forte. E deixa uma marca muito mais intensa e duradoura.

Desde o início deste projecto, passámos por dois eventos totalmente inesperados: uma pandemia e uma guerra. Nenhum deles fazia parte das nossa vidas nem, provavelmente, admitimos tê-los no nosso quotidiano. Um já seria improvável. Vivenciar os dois é uma lotaria tenebrosa e uma improbabilidade estatística que a realidade se encarregou de contrariar.

Mas aqui estamos. Nem todos, mas a maioria. A bizarra tradução do espantoso filme “Lost in translation” de Sofia Coppola para “O amor é um lugar estranho” leva-me ao que originou o título deste artigo: o mundo é um lugar estranho.

Cada um de nós pode e deve melhorar este mundo, contribuindo com o seu trabalho, com a sua postura e com as suas acções para criar, amar e fazer o bem possível. No mínimo, para não estragar...

Que esta ousada versão em papel da HealthNews seja mais um tijolo nas fundações de um mundo menos estranho, mais lógico, mais belo e mais habitável.



O caminho

António Correia de Campos

ex- ministro da saúde

A situação da saúde em Portugal é contraditória. Os resultados são excelentes, mas o sistema prestador - SNS, social e privado - revela vulnerabilidades.

Melhoram a esperança de vida, a sobrevivência a novos tratamentos, a acessibilidade ao Saúde 24, as redes de emergência e vias verdes, a medicina de emergência e catástrofe e a reabilitação. O País resistiu bem ao Covid-19 pela boa rede de serviços e profissionais e por o SNS estar ainda de pé. O julgamento público é positivo. A dotação orçamental cresceu na pandemia e o número de efetivos nunca foi tão elevado.

E todavia persistem lacunas em cuidados primários, os hospitais continuam sem usar o seu potencial, USF e cuidados continuados marcam passo. O crescimento do setor privado fez-se contra o SNS, drenando-lhe pessoal e clientela. Os mais experientes fogem para o privado e os mais novos para o estrangeiro. A ADSE financia o privado, deixando de frequentar o SNS. As empresas do setor privado tornaram-se parceiros poderosos, criticam o governo, mobilizam-se de forma regular, criam redes em todo o País, geram parcerias com universidades, desenvolvem conhecimento próprio; dirigentes das principais profissões fazem campanha contra o poder, desgastando o serviço público.

A reação governamental tem sido contraditória, confusa e tardia. Contraditória, por a Lei de Bases de 2019, gerada em contexto hoje ultrapassado, pretender abarcar toda a saúde, mas só referir o SNS;

por o Estado regatear orçamento ao SNS, e repetir à exaustão que tem agora muito mais pessoal. Visar a universalidade, mas impulsionar um subsistema privativo da função pública.

Confusa por manter a ambiguidade de um ministério simultaneamente prestador e regulador do social e do privado; fraco regulador, omissivo no planeamento da oferta; impotente, perante a sangria de pessoal para o privado e a desertificação dos concursos. O privado medra, o SNS só não definha por amor à camisola.

Tardia, pela demora em regulamentar a Lei de Bases de 2019, em sobrevida desde a sua conturbada gestação; bloqueada pelo preconceito de recear que "o Sistema ponha em causa o SNS".

Algo terá que ser feito para que o caminho do SNS revele orientação: concluir a rede de cuidados continuados e terminais; reforçar trabalho e retribuição por desempenho nas USF-B e CRI de hospitais; organizar MCDT do ambulatório em parceria com o setor privado; impulsionar centros académicos clínicos para revigorar conhecimento em unidades de referência; incitar hospitais e centros de saúde a acolherem ensaios clínicos; concentrar na ACSS as funções da pretendida direção executiva do SNS e apenas dele, deferindo para outros serviços do Ministério as funções políticas e reguladoras do social e do privado; trabalhar de perto com municípios e atrair a Segurança Social a instilar mais saúde nos lares residenciais. Nada fácil, mas possível.

Ouvir os médicos; construir o futuro

Fausto Pinto

Diretor da maior escola médica portuguesa, a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Presidente da Federação Mundial do Coração, a World Heart Federation, bem como Diretor do Departamento de Coração e Vasos do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte / Santa Maria, Fausto Pinto candidata-se a bastonário da Ordem dos Médicos com o lema “Ouvir os Médicos, Construir o Futuro”. Quer uma Ordem unida, envolvendo todos os médicos, dando-lhes voz e sendo o veículo da mesma junto da comunidade e dos decisores, numa postura independente, “apenas comprometida com o bem-estar da nossa população”. Em entrevista ao HealthNews, explica que é “ouvindo todos que podemos ter a noção das preocupações e encontrar soluções em conjunto, tornando a OM mais respeitada, mais prestigiada, e mais inclusiva”.

HealthNews (HN) – O principal objetivo declarado da sua candidatura é criar uma Ordem mais forte, independente, de rigor e de excelência. Como é que se concretizam na prática estes desideratos?

Fausto Pinto (FP) - O objetivo geral de uma Ordem dos Médicos é poder, acima de tudo, contribuir para a melhoria da saúde das populações através de uma classe médica forte. Ora, uma classe médica forte consegue-se tendo uma Ordem que saiba defender os valores da medicina, quer em termos éticos, quer deontológicos, quer ainda na sua articulação com a tutela e na sua intervenção no terreno. E tem de ser forte também na vertente formativa do pré-graduado ao pós-graduado, e poder ter capacidade de intervir na contribuição para aquilo que são as políticas de saúde, que obviamente são da responsabilidade dos governos, mas nas quais a Ordem pode ser uma referência. Portanto, é essencial que a Ordem seja ouvida, respeitada, ver reconhecida essa integridade e essa força para poder contribuir através daquilo que são os agentes principais da saúde, que são os médicos. Obviamente que há muitos profissionais da

saúde, são todos importantes, mas os médicos são o elemento fulcral daquilo que é a prestação de saúde. Não há medicina sem médicos, não há saúde sem médicos. Portanto, ter uma estrutura que possa de facto ter a capacidade de, na sua intervenção, reforçar, quer na vertente formativa, quer em toda a evolução da carreira médica, vai-se traduzir na saúde das populações pelo que lutarei “Por uma Ordem forte, para uma saúde forte”. A OM tem um papel de enorme responsabilidade na preparação das novas gerações de médicos para os grandes desafios do futuro, preparando o médico do século XXI.

HN – Esse desiderato da Ordem não tem sido completamente cumprido até aqui?

FP - Tem, com certeza. Os meus anteriores colegas têm feito o máximo para que isso fosse uma realidade. Mas o mundo evolui, e temos que estar atentos àquilo que são as evoluções, àquilo que é a dinâmica da vida, e da saúde em particular. E, portanto, tem que ser uma Ordem que de facto seja ágil, uma Ordem que esteja mais desburocratizada para poder agir de forma mais adequada e estar disponível para,



em colaboração com a tutela e com os agentes que intervêm no terreno na área da saúde, poder ser um parceiro disponível, aberto, competente e com a capacidade de poder dar essa contribuição – o que tem sido feito, obviamente. Penso que as pessoas que têm estado à frente da Ordem têm procurado isso; mas, olhando para o futuro, é necessário ter alguém que continue a saber fazer a leitura das alterações que o mundo vai tendo. Veja-se o que se passou nestes últimos anos com a pandemia, vejam-se os desafios que vêm aí pela frente em relação à necessidade de uma certa readaptação dos modelos de saúde àquilo que é a realidade hoje em dia e que se prevê em termos futuros.

HN- Uma candidatura pressupõe alguma preocupação no sentido de necessidade

de mudança. Quais são os principais problemas que deteta neste momento na Ordem?

FP- Não gostaria de falar de problemas da Ordem, mas dos problemas da saúde. Estou convicto de que neste momento, precisamos de uma Ordem interventiva. Mas interventiva no seu plano de competências, que não é, por exemplo, o de ser um sindicato. A Ordem não é um sindicato. A Ordem deve ser a referência em termos daquilo que é a saúde e daquilo que são as referências em termos de saúde, e deve estar preocupada em acompanhar os problemas na área da saúde em termos genéricos, da formação do pré-graduado, à formação pós-graduada, à organização de um sistema de saúde. Eu defendo um sistema de saúde integrado.

HN- E como é que se estabeleceria essa ligação entre as várias vertentes do sistema?

FP- Este não é um cargo de governo. É, isso sim, um cargo, acima de tudo, de aconselhamento e de referência. No fundo é isso que a Ordem é: uma referência, e deverá ser vista como uma referência. E aquilo que nos compete é poder mostrar, ajudar e contribuir, para poder, com ideias, com exemplos, com casos concretos, ajudar a tutela depois a decidir. E a integração do sistema de saúde privado, público e social é algo que existe em vários países por esse mundo fora, nomeadamente na Europa. Ou seja, o que é garantido aos cidadãos é o acesso à saúde (não diz se é privado, público ou social). Aquilo que qualquer governo deverá ter é a capacidade de poder cumprir esse

desiderato. Apoiarei o conceito de um sistema de saúde inclusivo nos seus vários componentes (Público, Privado e Social) que deverá ser o garante da Saúde de todos os portugueses. O modelo a seguir, obviamente terá de ser visto em função da nossa realidade concreta. Agora, o princípio de poder haver a capacidade de acesso à saúde independentemente da prestação ser feita por um sistema privado, público ou social, existe noutros países e constitui uma garantia do acesso sem atrasos significativos, de forma adequada. Vivemos um momento ideal de introduzir as modificações necessárias no nosso sistema de saúde, para o tornar mais competitivo, mais atrativo, mais equitativo, mais inovador, porque resiliente já ele é, e quem nele trabalha, também.

HN- Sugeriu aqui há um tempo que o problema não é tanto a falta de médicos, mas sim a má gestão dos recursos humanos. Como é que vê de facto essa

questão? Não há mesmo falta de médicos?

FP - Em termos absolutos, não! Nós somos o terceiro país da OCDE no rácio de médicos – temos à volta de 60 mil médicos em Portugal. Estamos acima daquilo que é a média da OCDE. Agora, se me perguntar se há falta de médicos em determinadas especialidades, em determinadas áreas, em determinadas regiões, é evidente que sim, mas essa falta não tem a ver com o número de médicos que estão disponíveis ou que existem em Portugal. Tem a ver, acima de tudo, com a forma como o sistema está organizado, todo um conjunto de outros aspetos relacionados com a própria organização do sistema e que têm levado a que haja uma distribuição assimétrica; uma gestão que acaba depois por ter como consequência haver este desequilíbrio. E é por isso que nós na altura defendemos que não faria muito sentido estar a aumentar o número de vagas, ou

mesmo o número de faculdades. Apenas por esta razão, porque era, no fundo, estar a contribuir para um aumento a montante do número de médicos, que não teriam saída depois, por não existir a capacidade formativa para poder acomodar todos os médicos que são formados. Por ano, ficam cerca de 500 a 600 médicos sem colocação, e essa é uma das preocupações que tenho; o que vamos fazer com essas pessoas?

HN – Mas muitos desses médicos não são colocados por vontade própria. Na Medicina Geral e Familiar temos um número elevado de médicos que não concorrem às vagas.

FP- Tem de se distinguir aqui dois momentos: o momento em que se escolhe a especialidade e o momento em que, depois de se ter a especialidade, se escolhe uma vaga, quando ela abre, nos centros de saúde, nos hospitais, etc. E no ano passado, pela primeira vez, sobraram



vagas de especialidade.

Foi a primeira vez que isso aconteceu, e isso é de facto bastante preocupante, e vamos ter de refletir – por um lado, perceber o porquê disto, e, por outro lado, encontrar soluções que possam responder a este tipo de problemas. Ou seja, por um lado, temos claramente falta, nalgumas zonas, de determinado tipo de especialidades, nomeadamente na área da Medicina Geral e Familiar e da Medicina Interna, entre outras; por outro lado, quando se abrem vagas para a própria especialização, estas acabam por não ser preenchidas.

HN – Vamos à Medicina Geral e Familiar. Se todos os médicos daquela vaga de 74-77 se reformarem até ao final do próximo ano, como é suposto, nós vamos ter 2.5 milhões de utentes sem médico de família, e, no entanto, temos o problema das vagas por preencher, das pessoas não quererem ir trabalhar para fora dos centros urbanos. Como é que se resolve um problema destes?

FP - Tem a ver, em primeiro lugar, com planificação. A planificação de poder atempadamente identificar quais vão ser as necessidades do país no curto, médio e longo prazo é algo que me parece essencial. Nós sabemos quantas pessoas entraram nos vários anos e as suas idades. Portanto esta planificação é algo que seria, eu diria, básico ser feito em termos atuais e em termos futuros. Depois obviamente que há todo um conjunto de análises que devem ser feitas para encontrar soluções, para responder àquilo que é neste momento a incapacidade de poder preencher estes lugares. Isso passa com certeza por condições remuneratórias,

condições de trabalho. Enfim, há todo um conjunto de condições que devem ser acauteladas para não acontecer aquilo que está a começar a acontecer e que se prevê que, se não houver uma intervenção mais ativa, possa criar uma situação complexa, com as tais assimetrias que se vão acentuar ainda mais, sobretudo se não for visto o sistema como um todo. Ou seja, a capacidade de o sistema responder como um todo deve ser assumida de forma muito objetiva, porque neste momento temos uma capacidade instalada com um número significativo de médicos, que estão repartidos entre vários sistemas, e era importante analisar isso e ver até que ponto é que não se deveria ter aqui uma estratégia que permitisse a utilização dos recursos que temos ao dispor no país. Mas, para isso, obviamente tem de haver intervenção política

HN- E relativamente ao ensino da medicina. Considera que é preciso alterar alguma coisa?

FP- O ensino da medicina tem de ser sempre visto de uma forma dinâmica. Os modelos de formação em medicina devem ser sempre avaliados de forma prospetiva e quem os estabelece deve ter também a capacidade e a visão para ajustar e mudar aquilo que tem de ser mudado. Nós, por exemplo, na Faculdade de Medicina, temos vindo a fazer isso ao longo dos anos. O nosso modelo tem sofrido algumas modificações, para adaptar àquilo que é o ensino moderno da Medicina.

Por exemplo, ainda recentemente abrimos um grande centro de simulação, que é uma área relativamente nova do ensino da Medicina, e que estamos a adaptar ao ensino quer pré quer pós-graduado, assim como a utilização, por exemplo, de atores,

que já há algum tempo fazemos na nossa faculdade, a utilização de modelos, a própria organização do ensino, quer do pré-clínico, quer do ensino clínico, de forma a ser adaptada às formas mais modernas de ensinar Medicina. Mas a postura tem sempre de ser uma postura de capacidade de visão e de definir estratégias dinâmicas que estejam de acordo com aquilo que é a evolução da medicina.

HN- As escolas que existem são suficientes, ou encara a possibilidade de se abrirem novas escolas?

FP- Isso não depende da Ordem. Aquilo que lhe posso dizer, utilizando os números internacionais e objetivamente, é que a regra utilizada de uma escola médica para dois milhões de habitantes já está largamente ultrapassada em Portugal. Nós, neste momento, temos oito escolas médicas públicas e mais uma escola privada muito recente. Temos nove escolas médicas. A Alemanha tem 40 milhões de habitantes e 40 e poucas escolas médicas (só para dar um exemplo). E, portanto, eu diria que neste momento interessa acima de tudo requalificar e apostar nas escolas médicas que temos, reforçá-las, dar-lhes mais condições, quer estruturais, quer financeiras. Não me parece que num país com 10 milhões de habitantes seja necessário estar a abrir mais escolas médicas, na perspetiva de que as escolas de Medicina servem acima de tudo, para formar médicos, embora obviamente haja outras saídas profissionais. Mas o paradigma que tem sido seguido em Portugal é o de que as escolas de Medicina são sobretudo para formar médicos, portanto isso deve estar adaptado, dentro do princípio de que a formação de um médico é uma formação cara

e é uma formação que deve ser consonante com as necessidades do país. Nesse sentido, acho que temos um número mais do que suficiente de escolas médicas. Temos é que reforçar esse papel.

HN- As relações com a tutela não têm sido as melhores. Tem havido pouco diálogo. Pretende mudar isso?

FP- É fundamental que a Ordem dos Médicos tenha uma relação o mais aberta possível com a tutela, seja ela qual for. Portanto, aquilo que é articulação de uma Ordem com o Governo, em particular com o Ministério da Saúde, mas também com o Ministério do Ensino Superior, entre outros, é fundamental. Tem que haver uma postura de grande colaboração. Colaboração não é subserviência, obviamente, mas também não deve ser oposição. A Ordem deve ter uma postura, e em particular o bastonário, de se disponibilizar para ser parte da solução e não do problema. Portanto, a minha postura será sempre de grande colaboração, de grande abertura para com qualquer tipo de tutela que tenhamos, e acho que é isso que é essencial para o país e para a saúde dos portugueses.

É ouvindo todos que podemos ter a noção das preocupações e encontrar soluções em conjunto, tornando a OM mais respeitada mais prestigiada, e mais inclusiva.

HN- Caso venha a ser eleito bastonário, pondera suspender algumas das suas atuais funções nas diversas entidades nacionais e internacionais em que intervém como dirigente?

FP- Por questões de *timing*, acaba por ser uma feliz coincidência, porque eu termino o meu mandato à frente da direção da Faculdade de Medicina agora em julho e termino o meu

mandato como presidente da Fundação Mundial do Coração em dezembro. Portanto, duas das posições que tenho atualmente vão esvaziar-se por si. Médico serei sempre e manterei sempre a minha atividade clínica, obviamente condicionada, o que, aliás, os meus colegas têm feito de uma forma geral. Obviamente que condicionada àquilo que será a avaliação também do tempo que é necessário disponibilizar para esta função. Trago comigo a experiência acumulada ao longo dos anos, na liderança de diferentes instituições e organizações dentro e fora de portas, transportando assim, um espírito de excelência e rigor que seguramente contribuirão para o reforço do prestígio inerente a uma Ordem dos Médicos. Nunca descurei, obviamente, nenhuma das funções para as quais tiver de assumir responsabilidade. Nunca o fiz ao longo da minha vida e irei seguramente continuar assim.

HN- Como se irá caracterizar a sua liderança à frente da Ordem, caso venha a ser eleito?

O meu estilo de liderança tem sempre sido o de trabalhar em equipa. A minha forma de liderar é trabalhar em equipa, delegar, responsabilizar, e não de centralizar tudo em mim, ou ser um *micromanager*. Sou mais um *macromanager*. É isso que tem sido a minha forma de exercer liderança, sempre com equipas à minha volta, responsabilizando-as, e com isso criar condições para trabalhar em conjunto, ouvindo, disponibilizando, envolvendo as pessoas. Pretendo continuar a fazê-lo. Agora, obviamente que sendo eleito, como espero, isso irá ter como consequência não aceitar outro tipo de cargos, para além dos que tenho medicamente.

COMPROMISSOS ELEITORAIS

Enquanto Bastonário da Ordem dos Médicos, assumo o compromisso de:

- Contribuir para a concretização de um Sistema de Saúde inclusivo nos seus vários componentes (Público, Privado e Social) que deverá ser o garante da Saúde de TODOS os portugueses.
- Promover uma OM desburocratizada, voltada para fora, ao serviço dos cidadãos.
- Impulsionar uma maior interação e ligação da OM às Universidades/Academias, reforçando a intervenção da OM na formação médica, desde o ensino pré ao pós-graduado.
- Criar as condições necessárias para garantir maior equidade na Saúde, nas suas mais variadas vertentes, incluindo uma maior participação dos jovens médicos.
- Criar um Gabinete dos Jovens Médicos (Internos e recém-especialistas), diretamente ligado ao Bastonário, para dar uma maior resposta aos naturais anseios dos médicos do Futuro, garantes do bem-estar da nossa população.
- Criar um Gabinete de Apoio aos Médicos Aposentados, o outro extremo da pirâmide etária, tantas vezes esquecido, numa demonstração que a OM é para TODOS, dos mais novos aos mais velhos.

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

“O ministério da Saúde não preza a opinião e a colaboração dos médicos”

—
Jaime Branco

Ao fim de mais de quarenta anos a exercer medicina, Jaime Branco conhece bem a história e evolução do Serviço Nacional de Saúde. O candidato à liderança da Ordem dos Médicos diz lamentar a progressiva falta de liderança médica, defendendo que é necessário devolver aos médicos o papel de protagonistas no palco do SNS. “Os médicos têm sido apeados da capacidade de serem responsáveis perante muitas coisas em relação aos doentes”, denuncia. Para Jaime Branco, o cenário de rotura do SNS não se deve à falta de médicos, mas ao “défice de gestão de recursos humanos e de oferta de condições às pessoas para trabalharem condignamente”. O candidato a bastonário deixa fortes críticas ao ministério da Saúde que “não preza a opinião e a colaboração dos médicos”.

HealthNews (HN) – Da análise que faz dos 43 anos que já leva no Serviço Nacional de Saúde, considera que tem havido uma progressiva perda de liderança dos médicos nos serviços de saúde?

Jaime Branco (JB) - Não tenho a menor dúvida. E penso que houve uma perda de liderança não só dos serviços de saúde como uma perda de liderança clínica. Houve uma diluição da liderança médica, da profissão médica durante estes anos que é absolutamente notória. Para quem os viveu, como eu, é muito claro. Hoje há decisões, terapêuticas, por exemplo, que deixaram de pertencer ao médico e que pertencem a comissões de farmácia e a outras comissões clínicas que muitas vezes não têm uma opinião médica capacitada. Quando eu digo uma opinião médica capacitada não quer dizer que não haja médicos incluídos

nesses grupos de trabalho, mas muitas vezes não são das áreas para as quais as terapêuticas são dirigidas. Isso é, claramente, uma perda de liderança e até de responsabilidade. Porque quando um doente escolhe um médico, ou tem uma relação depois com um médico (às vezes não escolhe, é o que lhe aparece numa primeira consulta e depois se mantém), o doente passa a confiar no médico, mas ao mesmo tempo responsabiliza-o. É uma base de confiança e de responsabilização. E a confiança pode-se manter exatamente na medida em que a responsabilização é possível, e é desta relação que é feita boa parte da relação médico-doente. Ora, a verdade é que os médicos têm sido apeados da capacidade de serem responsáveis perante muitas coisas em relação aos doentes, e isso é obviamente mau porque se alguém, mesmo numa equipa de trabalho, tem a visão global

*Não há falta de médicos, há é,
evidentemente, um grande déficit
de gestão de recursos humanos,
e de oferta de condições às
pessoas para trabalharem
condignamente*



de todo o processo, é o médico. Isto não tem nada que ver com elitismos. Não é nada disso. É a nossa formação, é a forma como as coisas decorrem nos serviços de saúde.

O que é que aconteceu também foi que outras áreas de saber e outras aptidões foram entrando na saúde na medida em que os números, sem qualquer crítica porque é normal (as coisas têm que ter boas contas), foram-se sobrepondo ou pelo menos ficando ao mesmo nível da eficácia que os cuidados de saúde têm que ter, e sob esse ponto de vista foram-se destacando outras profissões como gestores, administradores, etc., que vinham de outras áreas e que foram ocupando espaço, alguns com grande sensibilidade – eu conheço muitos profissionais desses com grande sensibilidade –, mas outros sem sensibilidade nenhuma para aquilo que estão a fazer.

HN – Faz sentido que um conselho de administração que tem de decidir se um doente vai fazer ou não determinada terapêutica não tenha um médico?

JB - O conselho de administração tem um diretor clínico, obrigatoriamente. E o diretor clínico, se não se sente capacitado para decidir sobre aquele doente específico, deve falar com o diretor do serviço a que o doente pertence. Teoricamente deve fazer assim, mas eu sei que isso nem sempre acontece, evidentemente. E também sei que, provavelmente, haverá conselhos de administração que decidem sem ouvir o diretor clínico. Têm poder para isso, um presidente de um conselho de administração, mas evidentemente que o desejável era que o diretor clínico fosse sempre ouvido. Mas também lhe digo que o próprio

diretor clínico neste momento emana de uma escolha superior. Não significa com isto que os colegas que ocupam as direções clínicas não se empenhem da melhor forma e não deem o melhor de si às instituições que servem, com certeza o farão, mas a verdade é que não emanam de uma escolha dos seus pares.

HN – Mas já emanaram.

JB - Já emanaram. Eu penso que provavelmente uma decisão mista podia ser útil. Isto é, de um conjunto de três ou cinco propostas do conselho de administração, os médicos escolherem uma delas.

HN – No anúncio da sua candidatura falou de uma necessária e urgente renovação da Ordem. O que é que está a falhar?

JB - A Ordem é uma estrutura muito pesada.

HN – Quase 2000 mil dirigentes, não é?

JB - Fui apoiante do Dr. Miguel Guimarães nas suas duas eleições e não estou arrependido. Mas a verdade é que a Ordem dos Médicos vai muito para além do bastonário. Começa logo por três poderosas secções regionais com estruturas pesadas e que no fundo são as responsáveis pela decisão em relação à formação e à disciplina, que são as principais atribuições da Ordem. E depois tem as sub-regiões. Acabou de me dizer que a Ordem tem cerca de 2000 dirigentes ou pelo menos pessoas, de entre médicos que se relacionam com a administração e com a vida da Ordem. Já não estou a falar de funcionários, que são centenas. Portanto, é uma máquina muito pesada. Sob o ponto de vista administrativo, sob o ponto de vista da gestão,

sob o ponto de vista financeiro, penso que é necessária uma harmonização que torne mais ágeis as decisões, nomeadamente no que diz respeito à disciplina. Posso-lhe dizer, por exemplo, que hoje a litigância chegou também a Portugal, como a outros países, evidentemente, e foi exacerbada até, agora, provavelmente com a pandemia, por motivos de variadíssima ordem. Ora, nós temos, nos conselhos disciplinares, necessariamente, que separar a queixa da “queixinha”. Fazer um rastreio inicial do tipo de queixa. Porque as queixas não são, obviamente, todas iguais. O conselho de disciplina tem que responder rapidamente às queixas, e não às “queixinhas”. Provavelmente isto já existe, nem que seja parcialmente. Porque não sou só eu que vejo. Sem dúvida nenhuma que o número de queixas que hoje chegam à Ordem não só exigem um trabalho específico que é mais jurídico - os médicos não têm formação jurídica, portanto têm que estar acompanhados por juristas - e as condições em que isso é feito são, provavelmente, extralaborais, e depois a decisão, que é sempre do conselho nacional, muitas vezes pode ficar adiada por esse motivo.

HN – Há muita litigância neste momento?

JB - Penso que sim; que houve um aumento significativo das queixas entradas na Ordem, em todas as regiões.

HN – Quais são as suas principais propostas para iniciar o novo ciclo e conseguir devolver aos médicos o protagonismo? Hoje nós assistimos a um total bloqueio comunicacional com a tutela. A Ordem dos Médicos foi recebida uma vez.



JB - E ao fim de dois anos. Eu acho que isso é muito grave. Logo num momento em que devíamos ter cerrado fileiras e devíamos de facto ter trazido para ao pé de nós – e agora já estou a falar do Governo – aqueles que são os nossos aliados. E eu penso que a Ordem dos Médicos e provavelmente as outras ordens relacionadas com a saúde

seriam aliadas do Governo no enfrentamento da pandemia. A Ordem teve uma estrutura central para a pandemia que nunca foi aproveitada, e que de uma forma geral estava em desacordo com as decisões tomadas – às vezes estava de acordo, mas a maior parte das vezes esteve em desacordo – e teria sido melhor juntar esforços, que não seriam

demais, para que os esforços governamentais e da Direção-Geral da Saúde, que foram imensos com certeza, tivessem melhores resultados. Mas o que aconteceu foi que a Ordem, ao fim de dois anos, foi recebida em conjunto com as outras ordens todas. Não tenho aqui nada contra as outras ordens, mas penso que as ordens deviam ter

sido recebidas cada uma per si, como é lógico, porque cada uma pode oferecer coisas diferentes, primeiro que tudo, e em segundo lugar porque teriam mais tempo para falar com a senhora ministra. Porque se recebe sete ordens ao mesmo tempo numa reunião, cada uma só tem, na melhor das hipóteses, um sétimo do tempo dessa reunião, e penso que seria necessário, sobretudo ao fim de dois anos, falar de muita coisa.

HN – É que não há paralelo desde que me lembro de nenhum gabinete que reunisse tão pouco com os médicos.

JB - É porque não preza a opinião da Ordem e dos Médicos. É a única explicação que eu vejo. Ou há canais que nós não conhecemos de conversação e de colaboração...

HN – Não é isso que nos chega.

JB - É o que eu estou a dizer, que nós não conhecemos. E, portanto, acredito que não haja. Ou então é porque o ministério não preza a opinião e a colaboração dos médicos. É a única conclusão a que eu posso chegar.

Mas em relação à sua pergunta, o que eu penso é que, de facto, tem que haver uma maior liderança dos médicos, para melhor tratar as pessoas. Essa é a prioridade. E isso é obviamente multidisciplinar. Não só o ministério tem que encarar isto de uma forma definitiva e como uma necessidade, como os médicos per si também têm que procurar melhorar a sua capacidade de gestão. Não é por ser médico que deve ser líder. Deve ser líder porque é um líder e porque tem um melhor conhecimento do processo, e porque tem também aptidões para liderar. Por outro lado, nós temos hoje uma necessidade absoluta de pôr em comunicação

o Serviço Nacional de Saúde com o setor privado de saúde. Por exemplo, em relação aos médicos é fundamental que haja uma revisão das carreiras médicas, mas uma revisão das carreiras médicas que englobe também o setor privado. O sistema tem que ser aligeirado, tem que dar uma resposta num prazo definido, seja ele qual for, tem que se definir um prazo para que os resultados estejam cá fora, e tem que se minimizar aquilo que são as pequenas diatribes, e pequenos aproveitamentos, e pequenos defeitos da lei, para os concursos serem contestados. Porque senão não vamos a lado nenhum. Mas esta não é uma necessidade só do Serviço Nacional de Saúde. É um problema também do setor privado. Talvez os colegas que estão no setor privado hoje não tenham esta opinião, mas eu prevejo que daqui a 10 anos este problema das carreiras também os irá afetar.

HN – Pensa que se vá sentir também?

JB - Absolutamente. Porque, como é evidente, as condições que hoje são oferecidas aos médicos que trabalham exclusivamente no setor privado, e são mais de 6.000 médicos, trabalham só no setor privado, e já há sinais nesse sentido, daquilo que eu tenho ouvido, já se sabia, mas tenho ouvido sobretudo nestes últimos dois meses/dois meses e meio em que me tenho dedicado mais a estas tarefas, é que as condições oferecidas aos médicos começam de facto a ser de qualidade inferior àquelas que ocorriam no ano passado.

HN – Nós temos um problema grave no sistema de saúde que é uma falta crónica de acesso aos cuidados de saúde primários. Neste momento temos 1.3 milhões sem médico

de família. Se se reformar a sua vaga geracional, vamos ter 2.5 milhões. Será um verdadeiro colapso. Como é que se entende esta situação?

JB - A minha leitura desta situação não passa por falar em falta de médicos. Se fizermos uma comparação aos números dos países OCDE, vemos que somos o segundo país com mais médicos, e o primeiro em formação por número de habitantes. Nem sei até se no próximo ano não seremos já o primeiro país em número de médicos por habitante. Não há falta de médicos, há é, evidentemente, um grande défice de gestão de recursos humanos, e de oferta de condições às pessoas para trabalharem condignamente. Quando falo em condições não estou a falar exclusivamente e maioritariamente de condições financeiras. Onde é que existe hoje uma maior falta de cobertura de médicos de família em relação a utentes? Lisboa e Vale do Tejo. Também um pouco no Algarve, mas especialmente em Lisboa e Vale do Tejo. Porquê? Porque é caríssimo viver em Lisboa. Neste momento está a começar a acontecer o mesmo na região do Porto, no Grande Porto, porque os preços do Porto também estão a disparar.

HN – Mas é interessante notar que a falta se nota mais em Lisboa, sendo que no Norte é onde se concentram o maior número das unidades de modelo B.

JB - É verdade. Sabe porquê? Por causa das quotas. Não basta que uma USF de modelo A tenha as condições para passar a modelo B. Tem que ter as condições, mas depois só passa se cumprir a quota. Isto é, há muitas unidades USF A que podiam ser USF B, mas se por exemplo este ano só há 30 vagas, se eu tiver 70, há 40 que

ficam de fora. E essa questão, que acontece de facto, tem penalizado mais o sul do que o norte, não sei por que motivos. Mas se calhar criaram melhores condições no norte. E evidentemente que o médico não é diferente das outras profissões, procura os sítios, as instituições e as oportunidades onde pode viver melhor.

As autarquias aqui podem ser muito importantes, como foram no passado em relação ao interior, onde não havia médicos e as autarquias fomentavam. Por exemplo, nos primeiros três anos, as pessoas tinham casa mais barata.

E tornar mais maleáveis os horários. Porque é que uma pessoa que quer só trabalhar 20 horas por semana, ou porque é mãe, ou porque é pai, ou porque está a fazer uma pós-graduação, ou porque tem outra profissão qualquer, é artista – quer dizer, não me interessa nada, desde que seja uma pessoa competente – não pode? Não consigo perceber esta rigidez. Espartilha a vontade das pessoas, e as pessoas acabam por ir para o privado, que obviamente aproveita as pessoas conforme aquilo que elas podem dar. Desde que lhes reconheça competência e capacidade de trabalho naquela área, se são 20 horas que quer dar, são 20 horas que recebe.

Outra coisa que eu faria, e que vou pugnar por defender, são os concursos sempre abertos. Porque é que em Lisboa há um concurso ou dois por ano? Porque é que as vagas não estão sempre abertas? Os serviços são capazes de ter explicação boa para isto, mas eu não estou a ver qual é. O respeito pelas pessoas, não é só o dinheiro, é a maleabilidade dos horários, é a possibilidade de eu concorrer quando entendo concorrer. Depois são as condições de

trabalho. Eu gosto de trabalhar em sítios onde a minha informática trabalhe, onde a minha cadeira é confortável, com ar condicionado. Eu não posso estar todo suado a ver um doente, ou cheio de frio. Existem condições de trabalho que vão muito para além do ordenado e que também não são oferecidas neste momento às pessoas. Eu posso-lhe dar-lhe um exemplo que ocorreu no Hospital de São João. Já foi há algumas administrações atrás, não tem nada que ver com esta administração. Essa administração contratou uma empresa para saber, junto de todos os funcionários, o que é que os podia tornar mais felizes e os podia pôr a trabalhar melhor. Sabe qual foi a primeira necessidade identificada pelos médicos? Era terem uma farda diferenciadora da dos outros profissionais. A administração fez isso e os médicos ficaram satisfeitiíssimos.

Outra coisa: os estacionamento. Se uma pessoa não tem dinheiro para viver em Lisboa, se os transportes são como são, se vem de automóvel, deixa o carro onde? Não tem sítio onde deixar. E são coisas que podiam ser eventualmente resolvidas. Se se pensasse nelas. Se calhar o Hospital de São José, ou o Hospital dos Capuchos, onde eu, quando passo ali para ir para faculdade, vejo pessoas em fila para entrar às 7h30... Porque é que não há estacionamento no Miguel Bombarda, que está ali devoluto há uma data de anos? É não pensar nas pessoas, e não estou a falar só de médicos.

HN – Para além da falta de médicos que vamos ter, vamos ter falta de idoneidades formativas nos cuidados de saúde primários por reforma dos médicos.

JB - Depois vêm dizer que os médicos não formam mais porque são isto e são aquilo e querem-se defender uns aos outros. Não é nada. Nós queremos é que a pessoa que nos substituir seja melhor que nós, para tratar bem os doentes. É só isto. É preciso que as pessoas entendam que as condições que preconizamos e defendemos ter e as condições de formação que nós procuramos que haja devem ser as melhores em favor dos doentes. A nossa preocupação, ou pelo menos a minha preocupação, já hoje, mas, se for eleito, evidentemente redobrada, é com os médicos, o meu compromisso é com os médicos, quem for eleito bastonário é com o voto dos médicos, mas é sobretudo com os doentes. De facto, o bom cuidado ao doente só pode ser feito por médicos que estejam satisfeitos com a prática da sua profissão.

HN – Caso seja eleito, o que é que sugere que seja feito para apoiar o número elevadíssimo de médicos em burnout?

JB - Isso está especificamente no meu programa de ação, que ainda não é público, mas que conto apresentar em setembro (ainda está em redação). Aliás, em redação vai estar sempre aberto a novas ideias.

Essa é uma questão grave. O burnout é, no fundo, o esgotamento (é a tradução para português). É mais frequente nos médicos do que na população em geral e está mais relacionado com o erro médico – lá está, sempre a preocupação com o doente –, está mais relacionado com a depressão, está mais relacionado com o suicídio. O que eu penso que deve ser feito é um diagnóstico o mais apurado possível em relação à generalidade das pessoas que quiserem responder. Nós não

podemos obrigar os médicos evidentemente, a responder a um questionário, mas este deve chegar à casa de todos os médicos, por via informática ou outra. Existem instrumentos que fazem facilmente o diagnóstico, até de autoavaliação.

Evidentemente que outra área que me importa muito é a agressividade nos serviços de saúde e as agressões de que os médicos têm sido vítimas. A legislação vai ter que mudar e sobretudo a dissuasão. E há também instrumentos que nos fazem prever quem é que se pode tornar agressivo no contexto de uma consulta, e se estes instrumentos fizerem parte do rastreamento dos utentes – não têm que ter aplicados por médicos, que evidentemente que já têm o tempo completamente ocupado com todas as atividades quer médicas quer administrativas de diluição de responsabilidade e de liderança – a verdade é que nos podem antecipar quais são os grupos de pessoas que podem

ser mais agressivas em relação aos profissionais de saúde, sejam médicos, sejam outros.

HN – Uma última palavra.

JB -Eu entendo de facto que a gestão dos hospitais deve estar quanto possível na mão dos médicos, porque têm outro tipo de sensibilidade em relação a esta gestão. No centro hospitalar onde eu trabalho, e vou completar 30 anos de serviço lá em novembro, só por talvez dois mandatos o conselho de administração não foi liderado por médicos. Tenho essa felicidade. E mais, mesmo quando o administrador não era médico, a personalidade dos diretores clínicos era tamanha, como no caso do Dr. Vasco Araújo, que realmente se impunha nas decisões que o conselho de administração tomava. Portanto, eu tive a felicidade, durante a maior parte da minha vida profissional, de viver num hospital e depois num centro hospitalar gerido por médicos e noto a diferença em relação àquilo que

os meus colegas dizem. Isto é fundamental exatamente porque os médicos dominam melhor a realidade clínica, acompanham as equipas, os serviços e as necessidades dos recursos humanos que vão surgindo. Porque é que a direção clínica, juntamente com a direção de serviços, não pode abrir concursos rápidos para colmatar vagas nos serviços? Posso-lhe dizer que o meu serviço está carente de três médicos.

Veja o exemplo dos hospitais que são geridos por médicos. O Hospital de São João, por exemplo, é hoje um modelo, mas já foi anteriormente também dirigido por outro médico, o Prof. António Ferreira, e foi também considerado modelar na altura. E há muitos mais casos. Porquê? Exatamente pela maior sensibilidade, pelo melhor conhecimento dos processos, pelo melhor conhecimento global e até pela melhor preparação que nós temos.





António de Sousa Uva

Médico do Trabalho, Imunologista e Professor Catedrático
Emérito de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional (ENSP/UNL)
asuva@ensp.unl.pt

Medicina do Trabalho vs. Medicina no Trabalho: serão sinónimos?

Há mais de quarenta anos que um grupo de profissionais de Medicina do Trabalho de início e, depois, da área mais vasta da Saúde Ocupacional (ou Saúde e Segurança do Trabalho) que a integra, têm tentado, reiteradamente, que não se refira “Medicina do Trabalho” como sinónimo de “Medicina no Trabalho”. A argumentação centra-se no facto do objecto de estudo e de intervenção ser a influência negativa que o trabalho pode ter nas pessoas a trabalhar e não tanto no estado de saúde(doença) dos trabalhadores, independentemente do trabalho que realizam.

Ainda nos dias de hoje não é raro ouvir referências à Medicina no Trabalho nas empresas (e outras organizações), nos media, na internet e até, pasme-se, em abordagens técnicas dessa área de conhecimentos, independentemente do meio usado.

Claro que, quase sempre, essa referência é feita não valorizando a subtilidade dessa diferença. O que alguns de nós não prevíamos era que pudéssemos chegar a situações (muito) frequentes dessa prática se tornar amiudadamente repetida. Repare-se no entanto que aquelas contrações advêm da preposição “de” e “em” que são bem diversas uma da outra.

Existirão, por certo, muitas explicações possíveis para a utilização indiscriminada dessas designações como sinónimos, como por exemplo:

Pouca importância atribuída à língua Portuguesa e à Especialidade médica!

Exercício ilegal (algum) dessa prática ou até más práticas (algumas) dessa Especialidade médica!

Imposição legal de organização de serviços, também de Medicina do Trabalho!

Utilização desses recursos médicos para “selecção” de trabalhadores e/ou controlo de absentismo!

Qual(is)quer que seja(m) a(s) explicação(ões) para a “perpetuação” dessas denominações como sinónimos, mais recentemente surgiram ainda mais duas outras designações: “Medicina de Saúde Ocupacional” e o inglesismo “Medicina Ocupacional”.

Tal “floresta” de designações não ajuda muito a uma abordagem clarividente da designação correcta dessa especialidade médica. Repare-se, no entanto que em outros países da Europa do Sul tais designações (Medicina del Lavoro em Itália, Medicina del Trabajo em Espanha ou Médecine du Travail em França e Bélgica) não sofrem dessa mesma falta de clarividência e que tal não acontece, de resto, na grande maioria de outras Especialidades médicas.

Não será isso suficiente para, de forma definitiva, denominar a Especialidade médica que se dedica à prevenção médica dos riscos profissionais, à promoção da saúde no trabalho e à manutenção da capacidade de trabalho apenas como Medicina do Trabalho?

“É preciso reestruturar todo o sistema”

Alexandre Valentim Lourenço

De acordo com o candidato à liderança da Ordem dos Médicos, a Medicina mudou e o Serviço Nacional de Saúde ficou parado no tempo. O SNS continua a funcionar “como se estivéssemos a trabalhar há 50 anos”, com a única diferença de que “gastamos mais dinheiro para fazer as mesmas coisas”. Alexandre Valentim Lourenço defende a reestruturação do sistema de saúde em Portugal, através da “autonomia completa” de hospitais e centros de saúde. Questionado sobre a falta de médicos de família, Valentim Lourenço diz que o problema poderia estar resolvido “há muito tempo” com a implementação de USF modelo C.

HealthNews (HN) – O SNS está em colapso. Há falta de recursos humanos, há problemas financeiros, a administração tem-se demonstrado incapaz de resolver os problemas e a Ordem não é chamada a cumprir o seu papel...

Alexandre Valentim Lourenço (AVL) - Pela primeira vez, ouvimos o Presidente da República, o primeiro-ministro, a ministra, a sociedade toda e todos os partidos políticos concordarem que há um problema estrutural na Saúde. E um problema que nasce do facto de nós termos uma estrutura e um modelo de funcionamento com 50 anos. Foi feito a seguir ao 25 de abril, baseado num documento das reformas das carreiras médicas e de uma estruturação da medicina que começou no início da década de 60 com as carreiras médicas, mas que só em 1982 foi implementada.

E o SNS neste momento tem 40 anos. E foi organizado, nessa

altura, já com uma planificação de 10 anos antes. Ou seja, ao fim de 50 anos, a estrutura do SNS é igual à do início da década de setenta, mas a forma como se faz medicina e se trata a saúde dos portugueses é diferente assim como os diversos problemas que se colocam na atualidade.

Continuamos a trabalhar da mesma maneira, o que significa que o modo como nos organizamos nos hospitais, nas especialidades, os tratamentos que fazemos, a nossa carreira médica e a relação entre profissões estão desatualizados. Estando isto tudo desatualizado, com todos nós a trabalhar num mundo muito diferente - mas como se estivéssemos a trabalhar há 50 anos - claro que não vai funcionar corretamente.

HN – Porquê?

AVL - Primeiro, porque passámos a ter um problema de organização interna, que não é eficiente. E se

ORDEM
DOS
MÉDICOS



não é eficiente, gastamos mais dinheiro para fazer as mesmas coisas. E daí sabermos que o dinheiro que temos para o sistema é insuficiente em todos os aspetos. Deixou de se investir. Investimento tecnológico, em equipamentos e em estruturas está quase parado. Deixámos de ter capacidade de contratar e melhorar os recursos humanos.

Já os sistemas privados continuaram a evoluir, por isso as pessoas migram para os sistemas privados. E, em terceiro, temos um subfinanciamento crónico do sistema de saúde – dizemos isto há anos; que o sistema está subfinanciado em mil milhões de euros todos os anos.

Deixámos de pagar aos profissionais, deixámos de fazer investimento. O subfinanciamento de mil milhões significa pagar o que está em dívida e continuar a melhorar, pagar melhor

aos funcionários, investir em tecnologia e prestar melhor serviço às populações. É por isso que temos um subfinanciamento.

HN – E se aumentar o financiamento?

AVL - Se aumentarmos o financiamento para meios adequados, podemos resolver o problema. Mas não chega. Deitar dinheiro para cima do problema sem mudarmos a estrutura é aumentar o problema. E é o que tem acontecido.

HN – E como é que se muda a estrutura?

AVL - Nós temos de dar, primeiro, autonomia aos hospitais, aos serviços, aos centros de saúde. Autonomia completa.

HN – Mas isso já se fez.

AVL - Já se fez há 20 anos, mas agora não se faz. Eu estou a dirigir

um serviço e não posso contratar a pessoa que quero. Eu nem sequer consigo contratar uma pessoa, quanto mais a pessoa que quero. Se eu preciso de uma pessoa que tenha uma capacidade técnica de que o meu serviço necessita, tenho de ter a capacidade de a poder contratar. Mas não consigo pagar o que ela merece, não lhe consigo dar as condições de trabalho para ela funcionar, nem tenho o equipamento para ela aplicar essa capacidade técnica. Tenho um serviço que tem de fazer muitas ecografias e eu, neste momento, perdi as pessoas que faziam ecografia diferenciada para as instituições privadas. Não consigo, nem formar, nem contratar outras. Não tenho autonomia. Se eu tivesse autonomia, não tinha sequer deixado sair os que tinha formado. Não há autonomia nos serviços!

HN – Um problema que nos leva às carreiras médicas...



AVL - Vamos ser muito claros: não há carreiras médicas. Acabaram com as carreiras médicas. As carreiras médicas estão legisladas, estão estruturadas há 40 anos. O problema é que se não há concursos para consultores, ou abrem de cinco em cinco anos e demoram quatro anos a resolver, se um concurso de assistente graduado sénior demora 15 anos e depois pode ser impugnado e não se resolve (temos concursos de 20 anos que não estão resolvidos), como é que eu posso dizer que as pessoas têm uma progressão? Não têm progressão. As carreiras estão escritas; teorizadas; mas, se não há dinheiro para as pagar, se elas não são eficazes, a pessoa ao fim de 20 anos está a ganhar o mesmo, nas mesmas condições.

HN – E quanto à falta de autonomia?

AVL - Não há autonomia nos serviços, não há autonomia nos hospitais. Nós ouvimos o Dr. Fernando Araújo, que foi secretário de Estado e é presidente do conselho de administração de um grande hospital, o Hospital de São João, a queixar-se disso todos os dias, publicamente, em artigos escritos, afirmando que não era normal. Estamos a falar de um Presidente do conselho de administração de um dos grandes hospitais do país; um hospital que é reconhecido como trabalhando bem. Já ele diz que não está a trabalhar bem. E o hospital dele trabalha melhor que a maior parte dos outros. Imaginemos os outros... Depois há um conjunto de pessoas que não têm coragem de dizer isso, ou têm medo de perder o emprego. Felizmente o Dr. Fernando Araújo ganhou idoneidade e uma capacidade de intervenção que não se lhe pode retirar.

HN – Quais as soluções que advoga?

AVL - Temos que criar uma nova carreira médica. Temos que ter um modelo de contratação que permita uma progressão técnica, científica, de todos os médicos ao longo dos anos. À medida que eu vou ganhando mais capacidades, e mesmo depois de ser especialista, continuo a aprender, a introduzir novas técnicas, e tenho que ser recompensado por isso.

HN – Uma das soluções poderia ser manter os concursos abertos o ano todo?

AVL - Exatamente. Se um serviço precisa de um consultor ou de um chefe de serviço, tem que abrir quando precisa, e se não tiver logo um concurso, tem que o abrir logo a seguir, e tem que durar mais tempo. Isso é essencial fazer-se.

HN – Relativamente à Ordem...

AVL - A Ordem tem que continuar a intervir. Se não fosse a Ordem, não havia normas técnicas da DGS. São os colégios da especialidade da Ordem e muitos membros da Ordem que são nomeados pela Ordem para redigirem as normas técnicas. Grande parte do acompanhamento da DGS é feito por médicos que estão nos colégios de especialidade. Toda a formação se baseia nas visitas e na formação médica estruturada que os colégios fazem. E o Ministério simplesmente aproveita-as, porque não tem pessoas para isso, e usa-as. Ou seja, no aspeto diretamente técnico, a Ordem tem continuado a dar o seu contributo, e o Ministério normalmente nem sequer fala disso, porque tenta minimizar esse contributo. O interesse da Ordem dos Médicos e do Ministério é o mesmo: dar melhor saúde aos portugueses. Da parte da Ordem, com uma melhor medicina. Por isso, este entendimento será sempre fácil

se se identificarem os problemas e se trabalhar para os resolver. E nós temos feito isso sempre que nos é solicitado e temos pedido para o fazer sempre que não nos é pedido.

HN – Este caos das urgências era uma consequência inevitável de tudo o que ficou por fazer?

AVL - Nós já vivemos no caos há cinco ou seis anos. O que nós tivemos agora foram uma ou duas gotas de água que fizeram transbordar o copo. Ele vai acalmar daqui a uns meses. Mas vamos ter, ciclicamente, gotas de água que vão transbordando o copo. É um problema crónico. Sempre que existe um evento, sempre que há umas férias, uma pandemia ou um stress qualquer, o sistema não tem elasticidade para responder. Vai fazendo de conta nos períodos de acalmia e parece que faz muitas coisas nos períodos em que é stressado. Mas não faz.

HN – Nós vamos ter, dentro de relativamente pouco tempo, mais de 2 milhões de utentes sem médico de família atribuído, com a passagem à reforma de médicos.

AVL - Aí está um caso em que a Ordem já fez o seu trabalho. Nós estamos a formar, neste momento, mais de 500 médicos de família por ano. As capacidades formativas para o ano que vem são de 550. Quinhentos e cinquenta médicos permitem a cobertura de um milhão de portugueses. Dito de outra forma, um ano de formação de médicos de família permite dar médico de família a um milhão de portugueses. Nos próximos três anos, vão-se reformar mil e tal médicos de família, mas nós vamos formar 1500. Ou seja, estamos a formar médicos de família, mas não

Ihes estamos a dar capacidade de entrar no sistema, como garantimos. A prazo, em dez anos, teremos mais cinco a seis mil médicos de família. Em dez anos, formamos tantos médicos de família como os que estão agora a trabalhar. Significa que o trabalho de planificação e de adaptação está feito em termos de formação. Agora temos que garantir que eles têm condições de trabalho para fazerem aquilo para que foram treinados: serem médicos de família. Se não lhes dermos essas condições, se não lhes dermos emprego bem remunerado, eles vão deixar de ser médicos de família – e isso é um desperdício.

Ou seja, só haverá dois milhões de portugueses sem médico de família se o Governo não fizer a sua parte, se não criar unidades de saúde familiares modernas, que paguem e retribuam bem aos profissionais, onde eles sejam felizes e gostem de estar.

HN – Unidades modelo B?

AVL - Modelo B ou mais ainda: o Modelo C.

HN – O modelo C? Mas nunca chegou a ser implementado....

AVL - O modelo C, que nunca foi implementado, está na reforma desde o princípio, há 20 anos. Se tivesse sido implementado, estaria, provavelmente, resolvido este problema há muito tempo.

HN – Seria uma solução?

AVL - O modelo C é uma grande solução porque cria as mesmas condições, retribuições e exigências que o modelo B e não é do Estado. Não está dependente diretamente de uma determinação superior. Tem uma autonomia completa. Tem uma iniciativa privada que se organiza para responder à

exigência do Estado. E o modelo C é semelhante ao que funciona na maior parte dos países da Europa. São modelos que não dependem diretamente do ministro, nem do ministério das Finanças, mas que têm um contrato, cumprem o seu contrato e organizam-se para o fazer. E isso permite que os modelos C façam uma coisa mais interessante: terem modelos diferentes conforme o sítio onde estão.

Agora, as necessidades das populações são as mesmas, as condições são as mesmas, o financiamento deve ser semelhante e depois a maneira como se organizam depende de quem lá está e das organizações locais.

HN – O que é que falta fazer relativamente à Ordem dos Médicos?

AVL - A Ordem dos Médicos, já tem 80 anos e também precisa de ir evoluindo nestas áreas. Foi feito algum esforço nos últimos anos – a Ordem passou a ser digital, passámos a ter uma forma de comunicação diferente –, mas ainda há muito por fazer. É necessário, neste momento, fazermos também dentro da Ordem aquilo que preconizamos para o SNS, sabendo exatamente onde é preciso mexer – na forma de comunicar, nos serviços que presta, na utilização de meios digitais e fazendo com que os médicos se sintam mais próximos da Ordem sem terem que estar lá dentro.

Temos mais de mil médicos a trabalhar diariamente nos colégios de especialidade e nos conselhos técnicos. Fazem tudo *pro bono*, porque sentem essa vontade, e o trabalho deles é muito útil, e temos que, de alguma forma, dar-lhes melhores condições para serem mais eficazes, sentirem-se

mais recompensados. Porque nós temos que fazer a certificação dos médicos, temos que os avaliar, temos que visitar os serviços, e fazemos tudo sem nenhuma estrutura adaptada internamente. Se tivermos uma estrutura mais profissionalizada, com melhores recursos, provavelmente podemos fazê-lo melhor, e fazendo com que os próprios médicos que trabalham na Ordem, ou outros, sintam mais essa proximidade.

HN – Há problemas específicos em que parece que a Ordem poderia ter alguma intervenção, nomeadamente no burnout dos médicos.

AVL - A Ordem dos Médicos, em relação ao burnout, tem que começar por exigir condições de trabalho. As principais causas do burnout estão relacionadas com as condições de exercício nos vários locais. Há menos burnout nas instituições privadas e quando os médicos ganham domínio sobre a sua atividade. Por isso, o nosso tratamento do burnout também passa por mudar o sistema de maneira que ele seja mais recompensador em todas as matérias (não só financeira) para os médicos que nele trabalham. Depois, temos comissões de apoio – pessoas que fazem essa avaliação e pessoas que podem prestar apoio psicológico e técnico – porque o tratamento do burnout é feito por psicólogos e psiquiatras. A Ordem tem essa capacidade de intervir e de ajudar estes colegas. O burnout é um problema gravíssimo em várias profissões de elevado stress, como os pilotos de avião, as forças de segurança e os médicos – profissões de alta responsabilidade.

HN – Quais seriam os pontos mais relevantes de mudança?

AVL - Será, dentro da Ordem, primeiro, começarmos a

fazer a certificação de outras competências que já existem e aumentá-las. Certificação de especialidades e de essas especialidades depois serem reconhecidas. Só a Ordem tem capacidade técnica para o fazer. Não é possível ser feito por pessoas que não estejam dentro da área médica. Segundo, termos uma capacidade muito grande de comunicar e dar mais

informação aos médicos, útil para o seu desempenho. Temos de ter um sistema de comunicação, através de meios digitais, que dê ferramentas úteis ao médico no dia-a-dia, sem eles terem de andar à procura em milhares de sítios ou mesmo ficarem sem elas.

A Ordem pode alterar a sua forma de comunicação nessa área e, também, no que respeita a todas

as atividades complementares que os médicos gostam de fazer, como a literatura, a pintura, a política. Temos que dar condições para que isso seja feito e mostrado pela Ordem para a comunidade em geral e para os próprios médicos sentirem que há mais do que apenas a medicina na nossa vida.



“Marta Temido, a não ser alguma atividade que demonstrou durante a pandemia, nada tem feito”

—
Carlos Cortes

Nos *mentideros* da Saúde, é dada como certa a candidatura de Carlos Cortes às eleições a Bastonário da Ordem dos Médicos (OM). Em entrevista à HealthNews, o atual Presidente do Conselho Regional do Centro da OM fala das suas propostas para uma “nova Ordem”, mais próxima dos médicos e dos muitos problemas que afetam o setor. Sem meias palavras, diz que “existe um muro à volta no ministério que impede o contacto com a Ordem”. E acrescenta: “com a ministra que temos não sei se existe uma questão de ideologia ou uma questão de paralisia e de incapacidade de concretizar. A verdade é que Marta Temido, a não ser alguma atividade que demonstrou durante a pandemia, nada tem feito”. Carlos Cortes defende a criação de incentivos que cativem especialistas para zonas carenciadas; o ficheiro clínico único e uma maior intervenção dos colégios de especialidade. Preocupa-o a possibilidade de os atuais 1,3 milhões de utentes sem médico de família virem a crescer para 2,5 milhões com a passagem à reforma de centenas de médicos de família prevista para os próximos tempos.

HealthNews (HN) – Nos bastidores da saúde ouve-se que é um possível candidato a bastonário da Ordem dos Médicos, mas ainda não apresentou oficialmente a sua candidatura. Gostaria de falar sobre o que está a ser dito?

Carlos Cortes (CC) - Gosto muito de separar os momentos e de os definir muito bem. Este momento é “premature”, pelo menos para mim, para estar a pensar numa candidatura para uma eleição que só irá decorrer daqui a oito meses. Penso que nem

nas eleições presidenciais se começa a falar com tanta antecedência de potenciais candidatos. Do meu ponto de vista, não é o momento para estar a anunciar candidaturas. Sou patologista clínico e, portanto, tenho uma intensa atividade em várias áreas que me obriga a dedicar-me a minha profissão. Sou ainda dirigente da Ordem dos Médicos, o que faço com imenso gosto e sentido de responsabilidade. Portanto, este é momento para assumir essas responsabilidades.



Tenho ideias muito concretas para a Ordem dos Médicos, as reformas que são necessárias para o sistema de saúde em Portugal e sobre a forma como a classe médica tem que ser tratada pela tutela.

A Ordem dos Médicos vai definir o período eleitoral e a campanha será o espaço adequado para falar sobre a minha candidatura e para falar sobre os vários projetos que colocarei.

Tenho ideias muito concretas para a Ordem dos Médicos, as reformas que são necessárias para o sistema de saúde em Portugal e sobre a forma como a classe médica tem que ser tratada pela tutela.

HN- Tem um conhecimento bastante apurado de como é que funciona a Ordem dos Médicos, estando atualmente responsável pela Secção Regional do Centro. Quais são para si as principais carências dentro da ordem que deveriam resolvidas?

CC - A ordem tem vindo a adaptar-se à evolução sociológica do país e às novas exigências (com a evolução da ciência e das novas tecnologias). Gosto de dizer que assumo o legado dos bastonários com quem trabalhei. De facto, tornaram a ordem mais interventiva, denunciando várias situações que não deveriam estar a acontecer no país, mas também utilizando a instituição para tentar que a qualidade da saúde melhore junto da tutela.

A OM precisa, do meu ponto de vista, de melhorar alguns aspetos a nível de funcionamento interno. A joia desta casa são os colégios de especialidade que têm uma importância muito grande para a ordem e para o país, pois têm o conhecimento técnico da Medicina em Portugal. Os colégios precisam de ser apoiados pela ordem. A OM tem que manter o seu papel de provedora dos doentes, de defensora



da dignidade da profissão médica, mas também tem que ser capaz de apontar aquelas que são as dificuldades do país...

HN- Como classifica a comunicação entre a ordem e a tutela?

CC - A tutela tem pouca comunicação com a Ordem dos Médicos.

HN- Reuniram uma única vez...

CC - Não posso falar num número preciso de reuniões, mas não são apenas as reuniões que importam. São seguramente na ordem das centenas, os documentos que eu próprio envio todos os anos para o Ministério da Saúde, para as ARS, para os conselhos de administração e para as direções das AcSS.

HN- Mas respostas...

CC - Existe um muro à volta no ministério que impede o contacto... É lamentável que isso aconteça porque não há ninguém melhor do que os médicos para poderem reportar ao ministério aquilo que está a acontecer diariamente no terreno. A ordem tem dado esse contributo incansavelmente e, apesar de muitas vezes do outro lado não encontrarmos um interlocutor atento, temos insistido permanentemente em ajudar o ministério a melhorar a saúde em Portugal.

HN- Como explica que isso aconteça?

CC - Terá que colocar essa questão à ministra da Saúde. Confesso que não encontro nenhuma razão para que tal aconteça. Marta Temido tinha à mão uma ajuda preciosa para o bem dos doentes e do Serviço Nacional de Saúde e nunca se dignou a receber a ordem. A OM mostrou, pelo contrário, que queria contribuir.

Quero aqui destacar a intervenção do bastonário, do gabinete de crise e das secções regionais durante a pandemia. Foi uma intervenção muito corajosa, mesmo em alturas em que pouco se sabia. A ministra nunca poderá dizer que não teve a colaboração da ordem, ou que teve os médicos silenciosos.

HN- São muitos os problemas que se arrastam há anos, nomeadamente a falta de médicos de família. Isto acontece pela falta de incentivos?

CC - Estou muito preocupado com aquilo que está a acontecer na saúde. Não se estão a tomar decisões... Há um "deixar andar"; uma estranha apatia por parte

do ministério da Saúde. É algo incompreensível se pensarmos que temos cerca de 1,3 milhões de utentes sem médico de família.

HN- E vamos ter 2,5 milhões se se reformarem todos os médicos das vagas de 74 a 77...

CC - Sim, há muitos médicos de família acima dos sessenta anos que continuam a assegurar ficheiros de utentes. E sim, a minha preocupação não é para esses 1,3 milhões de utentes sem médico de família que existem atualmente, é para muito mais do que isso. Esse valor poderá duplicar caso o ministério da Saúde não tomar medidas.

HN- Que medidas são essas?

CC - São várias. Em primeiro lugar, é necessário garantir mais capacidade de formação dos médicos de família nos centros de saúde. O país não precisa de diplomados em Medicina, mas de especialistas em várias áreas, nomeadamente em MGF. Há milhares de médicos que ficam fora dos concursos de entrada para especialidades médicas.

HN- Qual a razão disso acontecer? Há falta de centros com idoneidade formativa?

CC - A ordem envia, todos os anos, relatórios de visitas de idoneidade ao ministério da Saúde onde aponta, de forma muito precisa, quais são as dificuldades dos estabelecimentos de saúde. Resolvidas estas dificuldades poderia ser possível mais formação, mantendo os padrões de qualidade e de exigência.

Dos relatórios que são enviados, sabe quantas respostas tempos por parte do ministério? Nenhuma.

HN- São "grandes problemas" os que apontam?

CC - E muitos casos são pequenos problemas, de fácil resolução, mas que permitiriam garantir a formação de mais médicos de família.

Por outro lado, temos o problema das vagas e da forma como os concursos são feitos em Portugal. Não existe nenhum critério na abertura dessas vagas. Não sabemos como é que o ministério decide abrir as vagas para a contratação de médicos. Chegamos a ter situações absolutamente ridículas em que abre um determinado número de vagas precisamente nos locais onde não estavam a ser formados internos... O que acontece muitas vezes é que nos locais, onde os médicos internos já estavam instalados e a receber

formação, não são abertas vagas para contratação. Temos ainda o problema de fixação dos médicos.

Aquilo que temos vindo a assistir é um pouco uma paródia de incentivos, que não são incentivos nenhuns e que só servem para a tutela poder dizer que “os médicos têm incentivos e acabam por não os querer”.

HN- Mas existem incentivos, basta olhar para as unidades de modelo B...

CC - De facto, essas USF de modelo B são muito atrativas. Mas não estou a falar desses incentivos mas dos incentivos que são dados aos médicos quando vão para áreas carenciadas. Do meu ponto de vista esses incentivos são mal enquadrados. Considero que têm que ser oferecido aos médicos projetos nos seus locais de trabalho. Hoje, estes projetos não existem. As pessoas quando olham para o SNS, não olham para um sistema a construir-se, mas para um sistema a decompor-se e, portanto, é natural que não seja atrativo.

Por outro lado, é preciso olhar para a questão da saúde numa perspetiva de coesão territorial. É preciso criar condições para motivar as populações a descolarem-se para as zonas mais periféricas. E isso não acontece. O médico não se desloca para uma outra área só porque vai ganhar mais, tem que haver toda uma estrutura que o possa acolher.

HN- E com a descentralização, essas necessidades não poderiam ser supridas?

CC - Tem que haver vários intervenientes, e não só o ministério da saúde, a juntarem-se para criar as devidas condições para tornar determinadas áreas mais atrativas para os profissionais de saúde. Não serve de nada só desenvolvermos Lisboa e o Porto e esquecermos outras áreas do país. Os incentivos têm que ser integrados com outros ministérios.

HN- Como olha para a fuga de médicos para o setor privado?

CC - É um fenómeno que não é muito recente e que revela que o setor privado está a conseguir cativar médicos de família. Neste momento, a iniciativa privada está a apostar em maior diferenciação. De facto, os cuidados de saúde primários são muito importantes para o país. A minha visão para a Saúde não é uma visão centrada no tratamento das doenças, mas sim na de prevenção de doenças. Penso que, para o futuro, a aposta da saúde tem que ser precisamente essa. Temos que apostar na promoção

da saúde, na literacia e na prevenção das doenças. É aqui que a própria ordem tem que se posicionar: manter a saúde das pessoas. São os médicos de família que têm esse papel.

HN- Existe um forte fator ideológico que impede que exista, de facto, um sistema nacional de saúde. Qual a sua opinião sobre esta realidade?

CC - Sou médico do Serviço Nacional de Saúde por opção. Acho que tenho de dar um contributo ao país, mas isso não quer dizer que não tenha um enorme respeito pelo setor privado e social. No entanto, considero que o SNS tem que ter a capacidade de dar resposta à população portuguesa.

Enquanto dirigente da OM, e pondo de lado, as questões ideológicas, confesso que não quero saber se é público ou se é privado. Quero é que haja qualidade na prestação dos cuidados de saúde. Se há uma capacidade já instalada então tem que ser aproveitada.

HN- O Estado sabe que existe essa capacidade instalada, mas não a utiliza...

CC - Com a ministra que temos não sei se existe uma questão de ideologia ou uma questão de paralisia e de incapacidade de concretizar. A verdade é que Marta Temido, a não ser alguma atividade que demonstrou durante a pandemia, nada tem feito. Todos os problemas estão já identificados... Falta apenas uma coisa, o que começa a ser cansativo até para os portugueses, e que é a falta de intervenção. Eu próprio já estou cansado de ouvir falar sobre os problemas. Acho que o país tem que pedir ao ministério uma verdadeira ação.

HN- Processo clínico único é um deles... Tarda a ver a luz do dia.

CC - Como é que é possível que, nesta fase de desenvolvimento tecnológico na área da informática, não exista um processo único? Dizem que o doente está no centro do sistema, mas não é bem assim... O doente anda à volta do sistema. Há muita coisa a fazer nesse âmbito.

HN- Como é que se explica que isso ainda não tenha avançado?

CC - Também não sei. Talvez o ministério possa explicar porque é que em vez de se concentrar em fazer um processo único para um doente, cria uma multiplicidade de programas informáticos. Estive a contá-los há um par de anos e verifiquei que são

mais de trinta ou quarenta. Está tudo completamente desintegrado e muitas vezes até a funcionar mal. A criação de um processo único seria um passo importante para criar, à volta do doente, uma equipa de intervenção.

HN- Temos hospitais em que parece que as administrações conseguem resolver os contratempos. Considera que as dificuldades que existem em alguns hospitais é um problema dos conselhos de administração?

CC - Eu gosto muito de ir ao terreno e até ao dia de hoje não encontrei nenhum local que me dissesse que não têm problemas. Conheço, sim, hospitais que me dizem que não têm, mas que eu sei que têm. Há conselhos de administração que gostam de esconder as dificuldades, esmagando os seus profissionais internamente e colocando uma pressão enorme para que façam um trabalho que não deveria ser feito só por aqueles profissionais.

As lideranças são muito importantes e, neste momento, temos más lideranças a começar pelo topo da pirâmide. Temos lideranças medíocres que não conseguem resolver os problemas. Temos lideranças muito más nos hospitais. Acho que é profundamente errado aquilo que a ministra tem feito e que tem sido substituir, à frente das instituições de saúde, médicos por gestores. Isso dá maus resultados. Os médicos são os mais indicados para dirigir hospitais.

HN- Cada vez vais é reiterado que são necessárias mais escolas médicas. É de facto necessário?

CC - É uma mentira que está a ser veiculada para a população portuguesa: a de que se há falta de médicos então tem que haver mais faculdades. É uma grande mentira. Tal como já disse, não precisamos de mais diplomados, mas sim de médicos diferenciados.

Os portugueses precisam de mais médicos especialistas. Criar mais faculdades de Medicina não resolve o problema.

HN- Como se explica então essa intenção tantas vezes manifestada?

CC - Os governos têm pretendido nos últimos anos desvalorizar a profissão médica.

Já a OM têm tido um papel essencial de proteger e defender a qualidade da formação médica. Se temos especialistas com este nível de exigência no país é pela intervenção da Ordem. O grande problema do país não está nas faculdades, mas sim nos hospitais e

centros de saúde.

HN- Não há idoneidades formativas suficientes?

Não há neste momento condições para as absorver. O ministério da Saúde deveria fazer um maior esforço para melhorar a formação médica.

HN- Como se melhoram as condições atuais?

CC - Valorizando as carreiras médicas e permitindo uma maior diferenciação dos profissionais de saúde; atribuindo maior responsabilidade de liderança aos próprios médicos e reforçando a capacidade de reposta.

HN- Toda a gente está consciente que o burnout é algo que atinge fortemente a classe médica, o que é que a Ordem propõe para apoiar os médicos?

CC - Era importante que o ministério evitasse que isso acontecesse, mas obviamente que o burnout acontece e a OM tem acompanhado este problema. Fizemos um estudo para perceber as várias componentes de *burnout* e chegámos à conclusão de que a principal causa é a exaustão dos médicos. O nível de trabalho dos profissionais de saúde é muito superior àquilo que era há uns anos. Os médicos sentem-se frustrados por não terem as condições adequadas para poderem tratar os seus doentes.

Depois de identificarmos os problemas, criámos um gabinete de apoio ao médico para onde os colegas são encaminhados e acompanhados por especialistas.

UMA NOTA FINAL

Assumo o legado dos meus antecessores que têm feito um trabalho notável. No entanto, há uma vontade muito grande de aprofundar o trabalho meritório que tem sido desenvolvido. Quando entramos nestes períodos há uma tendência para esquecer aspetos como: a criação de um fundo de apoio à formação, o reforço do fundo de solidariedade para os médicos e o desenvolvimento de uma série de iniciativas de aproximação e participação dos médicos na sua ordem.

“A decisão da terapêutica anti-hipertensiva deve ser feita em função do risco global”

—
Prof. Manuel Carrageta

Desafiado pelo HealthNews a comentar aquela que foi a maior e mais detalhada investigação sobre os efeitos do tratamento anti-hipertensivo na diminuição de eventos cardiovasculares, o Prof. Manuel Carrageta admite que “talvez não estejamos no bom caminho quando definimos níveis mínimos ou máximos para começar a tratar a hipertensão”. Segundo o cardiologista o estudo coordenado pela Universidade de Oxford demonstra que uma redução de 5 mmHg da pressão sistólica traz grandes ganhos na diminuição do número de AVC, enfartes do miocárdio e de doentes com Insuficiência Cardíaca. Por outro lado, o especialista aponta que o uso de fármacos em associações fixas pode ser vantajoso para combater aquele que considera o grande “flagelo de saúde pública”, a HTA.

HealthNews (HN) – Recentemente foi divulgado um estudo de larga escala, coordenado pela Universidade de Oxford, que conclui que o tratamento anti-hipertensivo reduz o risco de eventos cardiovasculares. Qual a importância que atribui a este tipo de estudos na promoção da qualidade de vida dos doentes?

Manuel Carrageta (MC) – Estes estudos são muito importantes, até porque são feitos por um grupo de grande prestígio da Universidade de Oxford. A investigação envolve epidemiologistas, clínicos e especialistas da prevenção de todo o mundo. São figuras altamente qualificadas que estão a trabalhar nestas análises há muitos anos e que têm feito várias publicações.

Estamos perante um flagelo que é a hipertensão arterial – a principal causa de morte única da humanidade. Cerca de 14%

das pessoas morrem devido a complicações da HTA. Não há nenhuma outra patologia que mate tantas pessoas... É o principal problema de saúde pública em Portugal. Os portugueses têm hábitos de elevado consumo de sal. Embora tenha vindo a reduzir, continuamos a ter um problema gravíssimo que se reflete no número de AVC muito elevado.

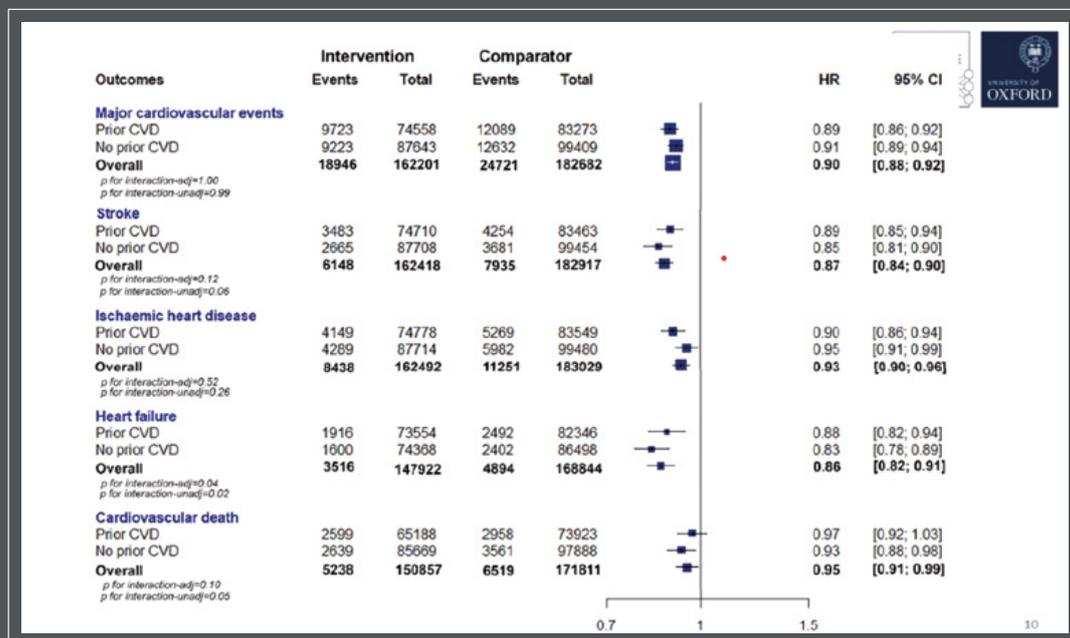
HN – Considera os dados obtidos justificam a revisão das guidelines atualmente disponíveis?

MC - Poderão justificar. Este estudo o que mostra é por cada 5 mmHg da redução da pressão sistólica, o risco relativo de eventos cardiovasculares diminui cerca de 10%, quer numa pessoa com 180 mmHg de pressão sistólica, quer num indivíduo com 120 mmHg. Portanto, verificou-se uma descida uniforme quer em pessoas com doença cardiovascular subjacente ou sem. É um estudo que nos

Os efeitos da terapêutica anti-hipertensiva são proporcionais à intensidade da redução da pressão arterial sistólica.



O risco relativo de eventos CV baixou 10% por cada 5 mmHg de redução da PA sistólica



obriga a pensar e refletir... Talvez não estejamos no bom caminho quando definimos níveis mínimos ou máximos para começar a tratar a hipertensão. Neste estudo isso é posto em questão.

HN – Atualmente muitos doentes com risco cardiovascular elevado, mas com pressão arterial normal ou ligeiramente elevada são excluídos da terapêutica anti-hipertensiva. Estaremos a insistir num erro?

MC - Sou da opinião que sim. O que temos de avaliar nos nossos doentes é o risco global. O importante não é o número de pressão sistólica, mas sim o risco global. Temos de ter em consideração a idade do doente, a sua pressão arterial, o nível do colesterol, verificar se tem diabetes ou se é fumador, de maneira a reduzir o risco de HTA no doente. Portanto, a decisão da terapêutica anti-hipertensiva deve ser feita em função do risco global. Isso

implica a redução de eventos cardiovasculares. Verificamos neste estudo que mesmo em doentes com pressão arterial aparentemente normal ocorreram sete mil eventos relacionados com HTA.

Acho que isso deve ser revertido nas nossas *guidelines* e na abordagem clínica.

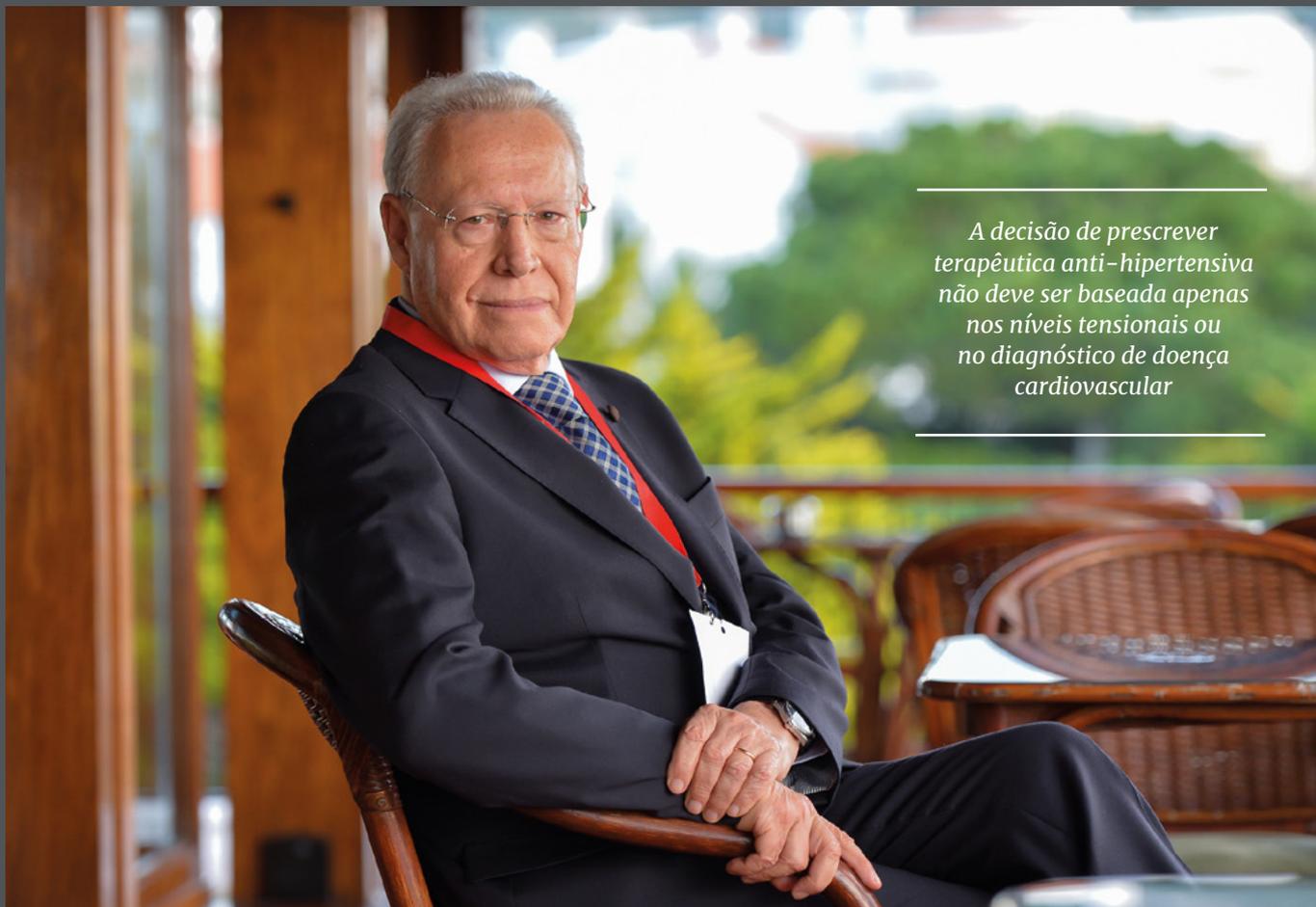
HN – Aquela que foi a maior e mais detalhada investigação sobre medicamentos de redução da pressão arterial sugere que um grau fixo de redução farmacológica é igualmente eficaz para a prevenção primária e secundária da doença cardiovascular. O número de doentes tratados poderá vir a aumentar caso se avance com alterações na prática clínica?

Não necessariamente. Haverá sempre doentes que não precisarão de ser tratados por terem uma pressão arterial de 140

mmHg, mas com risco baixo de HTA. Falo, por exemplo, de pessoas não fumadoras, magras, sem diabetes e que praticam exercício físico. Por outro haverá pessoas com risco elevado de HTA que beneficiarão do tratamento da anti-hipertensivo.

HN – O estudo refere que é esperada uma maior redução do risco cardiovascular com uma maior redução da Pressão Arterial, como é o caso de uso de múltiplas substâncias anti-hipertensivas. Vê nesta afirmação a clara indicação da necessidade de uso de fármacos em associações fixas?

MC - Tratando-se de uma doença complexa, em que há uma perturbação de vários mecanismos, vejo uma grande vantagem. Se utilizarmos um grupo de fármacos vamos atuar em vários níveis dos defeitos que levam à subida da pressão arterial. Doses baixas poderão significar poucos efeitos acessórios. Estes



A decisão de prescrever terapêutica anti-hipertensiva não deve ser baseada apenas nos níveis tensionais ou no diagnóstico de doença cardiovascular

fármacos permitem uma descida mais uniforme.

A HTA é uma doença fácil de diagnosticar, temos bons medicamentos para tratar a doença... Aparentemente temos tudo para ter sucesso, mas temos um problema de adesão à terapêutica. E, aí, as combinações são realmente a grande solução.

HN - Quais os ganhos que se obtém com um eventual alargamento do número de doentes sob este tipo de terapêutica?

MC - No caso português concretamente continuamos verificar que o AVC é uma das principais causas de morte. Portanto, o estudo demonstra que o tratamento anti-hipertensivo

reduz 13% o risco de AVC, 5% os enfartes do miocárdio e 14% a Insuficiência Cardíaca.

Estes dados são relevantes, já que a IC é a nova epidemia... A sociedade vai envelhecer e o coração vai ficar cansado. Ora, se um coração tem de bombear o sangue em média 100 mil vezes por dia, claro que o coração vai ficando cansado e entrar em IC. É uma doença que dá uma péssima qualidade de vida e o seu tratamento traduz-se em custos bastante elevados. A IC exige muitos internamentos e reinternamentos... Portanto, investir na HTA é poupar dinheiro. É importante estarmos atentos àquele que é o principal flagelo de saúde pública. Não é a malária, não é a tuberculose, não é a Covid-19, mas sim a hipertensão arterial.

UMA NOTA FINAL

Queria sublinhar que é um grande estudo, feito por um grupo internacional de especialistas grande prestígio. São pessoas que publicam estes artigos nas melhores revistas científicas do mundo. Esta metanálise é extremamente robusta e com uma riqueza como nunca vi. No entanto, temos de reduzir o entusiasmo, esperar por mais análises, mas de facto faz sentido aquilo que os seus autores defendem.



It's gold, man!

Professor Rui Tato Marinho

*Gastroenterologista
Diretor do Programa Nacional
para as Hepatites Virais*

Vale mais do que o ouro? Muito mais!

O recurso mais precioso para atingir aquilo que mais queremos na Vida. Viver muitos anos e se possível felizes.

A esperança média de vida aumentou para o dobro nos últimos 100 anos da Humanidade. Porquê? Múltiplos factores, muitos profissionais de vários sectores, o desenvolvimento tecnológico da sociedade, etc. Mas quem vai no cockpit?

Os recursos humanos da área da saúde valem ouro; são preciosos e escassos. Não parece, mas é verdade.

Os portugueses estão mal habituados, não parece mas temos dos melhores Sistemas de Saúde do Mundo. Ainda bem, fruto da visão e do trabalho de muitos, incluindo políticos, jornalistas, legisladores, etc.

Mas, os mas começam a aparecer e

ter direito às luzes da ribalta. Tendo cerca de 25% da população com mais de 65 anos, uma das taxas mais elevadas do Mundo, fica bem evidente a necessidade de termos profissionais de saúde. Os nossos queridos Pais e Avós (e bisavós) estão mais doentes, têm muitas ao mesmo tempo, em média cinco. Viver 8 décadas tem o seu preço.

O ouro vai começar a escassear. A nível internacional, a Organização Mundial estima que falem 18 milhões de profissionais de saúde até 2030 dos quais mais de 6 milhões de médicos. E porque faltam os médicos: população mais idosa e doente; os médicos estão também com mais idade; ordenados pouco competitivos no serviço público; alguma agressividade a vários níveis contra os médicos; as faculdades de Medicina não conseguem hoje em dia formar ao ritmo necessário para suprir as necessidades; complexidade do treino médico, cada vez mais exigente; são necessárias 10.000 horas para que um médico seja especialista numa determinada área; salários mais competitivos no sector privado e noutros países; promoção ativa do Bem Estar do médico noutros países; reformas precoces de muitos médicos em Portugal devido à litigância, burocracia, obrigação de execução de tarefas não médicas, etc.

Estamos a falar de dois tipos de salários: o monetário e o emocional. Ambos são complementares. A exaustão emocional dos médicos está por aí. Também de outras profissões, sabemos que sim.

Os profissionais de saúde são recursos finitos. Não estamos habituados a vê-los como tal. Um artigo escrito em 2015 e publicado na revista Lancet, referia a existência de "1 112 727 specialist surgeons (IQR 1 059 158–1 177 912),

550 134 anaesthesiologists (529 008–572 916) and 483 357 obstetricians (456 093–517 638)". São apenas números mas que nos dão ideia dos recursos mundiais. São números finitos. Há uma crise evidente da atividade cirúrgica. Nos EUA faltam 23.000 cirurgiões. Aplicando o ratio a Portugal poderemos pensar que faltarão 700 cirurgiões em Portugal? Segundo os números dos EUA...

Quantos cirurgiões estão ativos em Portugal? 1813. Um número? Quantos irão atingir o limite de idade dentro de 1-5 anos? 646, outro número. Ou seja, 36% dos cirurgiões. Os novos cirurgiões que começam a trabalhar, não vão suprimir as saídas.

Enfim, estamos perante um problema à escala global, europeia e mundial. Em Portugal o problema existe, mais do que nunca.

Cirurgia robótica, medicina de precisão, investigação de ponta, medicina molecular? Excelente, assim é que a ciência avança! Mas quem carrega no botão?

A discussão está em encontrar soluções, como vamos reter os profissionais de saúde? Mais dinheiro, sim mas não chega! Respeitar os profissionais, sim mas não chega!

It is gold man, call to action!

GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2022 Jun 4;399(10341):2129-2154. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00532-3. Epub 2022 May 23. PMID: 35617980.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00532-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00532-3/fulltext)

Solving retention to support workforce recovery. BMJ talk medicine
<https://soundcloud.com/bmjpodcasts/the-bmj-nuffield-trust-roundtable-2022-solving-retention-to-support-workforce-recovery>



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



“A ciência começou a ser vista como um investimento e não como uma despesa”

—
Mécia Fonseca,

Diretora de Relações Institucionais e Acesso ao Mercado

Em entrevista exclusiva à HealthNews, a Diretora de Relações Institucionais e Acesso ao Mercado da Novartis afirma que a pandemia veio demonstrar “a importância da Ciência e da Investigação nas sociedades modernas”. Mécia Fonseca afirma que “em Portugal temos bastantes exemplos de excelência a nível da investigação”, sublinhando a importância de iniciativas de aceleração de investigação científica, como o SciCare. “Este tipo de programas visam acelerar a aplicabilidade das descobertas que são geradas no âmbito de projetos de investigação e desenvolvimento”, garante.

HealthNews (HN) – A Novartis desenvolveu em 2019 um programa de aceleração de investigação científica em Portugal em várias áreas. Quais os principais desafios do desenvolvimento de projetos de investigação a nível nacional?

Mécia Fonseca (MF) - Gostava de enquadrar essa pergunta ao atual contexto de pandemia, pois a Covid-19 mostrou-nos, de uma forma bastante clara, a importância da Ciência e da Investigação nas sociedades modernas. De alguma forma a Ciência começou a ser vista como um investimento e não como uma despesa.

Em Portugal temos bastantes exemplos de excelência a nível da investigação. No entanto, quando olhamos

para os dados de 2020 sobre peso do investimento na ciência e na investigação verificamos que esse valor corresponde apenas a 1,6% do PIB nacional. Estes dados revelam que estamos abaixo da média europeia, em que esse valor corresponde a 2,3% do PIB europeu.

Para responder diretamente à pergunta, considero que os três principais desafios são: a visão estratégica a longo prazo, a aplicação do conhecimento que é gerado para o mundo empresarial e a incentivação de carreiras nas áreas de Investigação e Desenvolvimento.

É muito importante termos um pensamento estratégico a longo prazo. Ter uma estratégia plurianual para a investigação permite desenvolver condições para, por um lado, definir prioridades, mas por outro lado, para criar incentivos e atrair financiamento.

Transformar os resultados e os conhecimentos provenientes da investigação iriam permitir aumentar a competitividade do nosso país e contribuir para o crescimento económico.

Por último, é muito importante conseguirmos atrair e reter o talento dos investigadores a nível nacional. É essencial não só continuar a apostar na formação, mas também criar incentivos para a carreira da investigação em Portugal.

HN- Considera que este tipo de iniciativas posicionam Portugal como um país de excelência para a investigação clínica?

MF - O SciCare é um programa de aceleração dirigido à comunidade científica em Portugal, desenvolvido pela Novartis em parceria com a dirigido à comunidade científica em Portugal, Agência Nacional de Inovação (ANI), a Associação Portuguesa de Investigação em Cancro (ASPIC), Portugal Ventures e a Creating Health – Research and Innovation Funding.

Esta iniciativa nasce da vontade da Novartis querer reforçar o seu compromisso com o avanço da investigação científica em Portugal. Desta forma, contribuimos ativamente para o desenvolvimento daquilo que melhor se faz no nosso país. É um programa que se distingue porque fornece a estas equipas de ferramentas que necessitam, assim como também permite o contacto com especialistas conotados a nível nacional e internacional, permitindo complementar as suas valências técnicas em múltiplas componentes.

No fundo, o que pretendemos é ser facilitadores da concretização dos vários projetos de inovação em Portugal que possam beneficiar a sociedade. O SciCare é o exemplo de como é que a Novartis pode ser

parceira na facilitação da informação, conhecimento e na rede de influência que é tão relevante para a comunidade científica.

HN- Qual o impacto na prática clínica destes projetos de investigação de desenvolvimento de moléculas e marcadores de diagnóstico nas várias áreas terapêuticas?

MF - O programa SciCare é dirigido a equipas de investigação que estão a desenvolver moléculas ou marcadores de diagnóstico e que se encontram em fase pré-clínica. Os projetos selecionados poderão ter forte impacto a nível do diagnóstico e estratificação de doentes com patologias neurodegenerativas e oncológicas. Algumas das plataformas e tecnologias, nomeadamente as start-up, que estão envolvidas estão mais próximas da passagem para a fase de ensaios clínicos. Noutros casos ainda terá que ser assegurada a passagem e o acelerar da investigação translacional para esta fase pré-clínica e, posteriormente, passar para uma fase de ensaios clínicos.

Este tipo de programas visam acelerar a aplicabilidade das descobertas que são geradas no âmbito de projetos de investigação e desenvolvimento.

HN- Quais as áreas dos projetos em fase mais avançada?

MF - Temos oito projetos, quatro são na área do cancro, dois são na área do cérebro e neurodegeneração, uma na área do pulmão e trato respiratório e outro na área de doenças autoimunes da pele e do sistema musculoesquelético. Os projetos estão em diferentes estádios. Estamos ainda numa fase inicial do programa. Numa fase mais posterior iremos conseguir avaliar qual o impacto que o programa teve no desenvolvimento destes projetos.

HN- Para quando a apresentação pública dos resultados alcançados?

MF - Não está prevista uma apresentação pública dos resultados, precisamente porque o SciCare é um programa de aceleração. Não é um projeto focado num único projeto. O que nós pretendemos com este programa é ajudar estas equipas de investigação para adquirirem conhecimentos, construir as próprias redes de contacto para poderem desenvolver projetos no futuro, assim como potenciar a sua investigação e estabelecer ligações com o mundo empresarial. É por este motivo que as equipas vão ter oportunidade de desenvolver competências em áreas como a Medicina Translacional, a Bioestatística, Desenhos de Ensaios, Direitos de propriedade intelectual, Soluções de financiamento, entre outros.



Batemos no fundo!
É necessário
“regar a oliveira”.

Refundar o SNS é uma opção política urgente, inteligente e inevitável

Rui Nogueira

Médico de Família

Faltam médicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Não é novidade! Há carências evidentes em todas as áreas, seja em recursos humanos, ou recursos materiais, ou instalações, ou simplesmente manutenção de base, mas além do mais há uma enorme carência de bom senso na política de gestão. A carreira médica foi destruída há mais de 10 anos. Batemos no fundo!

A saúde tem um valor inequívoco e reconhecido. A prioridade atual e urgente é refundar o SNS. Os gritos

estão a vir de todos os lados e só não ouve quem não quer ouvir. Não vale a pena dizer que temos o melhor SNS, ou que os indicadores de saúde são dos melhores do mundo, ou que o SNS está são e salvo e respondeu muito bem à pandemia. Nada disso! O SNS está exaurido.

A despesa em saúde aumenta naturalmente ano após ano. Seja pelo envelhecimento progressivo da população, ou pelo aumento da carga de doença devido a doenças crónicas, ou pela maior e melhor

oferta de tecnologias de diagnóstico e tratamento, ou pela maior exigência imposta pelos profissionais, ou pela expectativa legítima dos cidadãos utilizadores. Será que o poder político e administrativo da saúde e o poder económico e financeiro estão preocupados com a manutenção e promoção da saúde? Será que apoiam os doentes que carecem de cuidados de saúde efetivos? Será que olham para a saúde como um direito das pessoas? Será que são valor ao trabalho dos profissionais de saúde?

A Base 1 da Lei de Bases da Saúde – Lei 95/2019 de 4 de setembro – é muito explícita: “1 — ... direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social... 2 — ... responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado ... 3 — ... contribuir para a proteção da saúde em todas as políticas e setores de atividade. 4 — O Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do SNS (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais.”

A Base 18 da Lei de Bases cria o Conselho Nacional de Saúde, um órgão consultivo do Governo. Nota-se pouco a sua ação, não sei se por não ser consultado ou por não ter opinião.

A Base 20 da Lei de Bases refere-se ao SNS como “...conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde...” e que “...dispõe de estatuto próprio, tem organização regionalizada e uma gestão descentralizada e participada”.

A proposta do novo Estatuto do SNS foi aprovada em 21 de outubro de 2021 em Conselho de Ministros, na sequência da aprovação da Lei de Bases da Saúde em 2019. Ficou em discussão pública. Mas a Assembleia da República foi, entretanto, dissolvida e tivemos eleições antecipadas em janeiro de 2022 e um novo Governo em 30 de março. O novo Estatuto do SNS continua em discussão?!

A proposta de Estatuto aprovado pelo Governo anterior em outubro de 2021 prevê “...a criação de uma direção executiva do SNS. Esta entidade assume a coordenação da resposta assistencial das unidades de saúde do SNS...” É por demais evidente que interessa evoluir na organização do SNS como está previsto nesta proposta de Estatuto. É necessário dar mais atenção à “coordenação operacional das respostas” como previsto. Temos de facto muitas estruturas operacionais e regulamentadoras na saúde (ARS, ACSS, SPMS, DGS, ERS, ULS, ACES, INEM, INSA) e hospitais e centros hospitalares e institutos de

oncologia e outros. E ainda a nova área de intervenção decorrente da transferência de competências para as autarquias na área da saúde. Talvez fique por fazer a extinção das ARS e algumas mais!

Claro que a proposta de Estatuto não é perfeita. A discussão pública deve ter valorizado o seu conteúdo e não foi por falta de tempo. Provavelmente as organizações profissionais da saúde fizeram as suas discussões e apreciações internas e daí terão decorrido os seus contributos. Espera-se que desde outubro de 2021 e depois de 30 de março último todo este trabalho de audição e discussão esteja em vias de conclusão.

“O relógio está a contar e o tempo escasseia” escrevia Fernando Araújo há uns dias num texto muito esclarecido e realista.

“Ainda estamos a tempo de salvar o SNS” escrevia António Barreto na sua “Grande angular” no Jornal Publico de 18 de junho.

Demoramos demasiado tempo para evoluir na reorganização do SNS e depois ficamos à merce das circunstâncias e eventos adversos, como está a acontecer agora com a dificuldade de manter serviços de urgência obstétrica abertos em vários hospitais. Há carência de organização e de adequação de soluções. Há desadequação de estruturas de saúde. Há desinvestimento crónico na saúde e continuam a ser feitos orçamentos anuais para 9 ou 10 meses!

O novo Estatuto do SNS pode entender-se como a refundação necessária no Serviço essencial e prestigiado que conhecemos. A opção política de investir no sector da saúde é inevitável para repor o SNS no seu devido lugar ao serviço dos cidadãos. Mas é necessário haver coragem e visão política.

Em memória de todos quantos o conceberam, construíram, valorizaram e fizeram evoluir, mas também pelo respeito pelas pessoas que dele carecem e pelos profissionais que a ele se dedicam e por ele sacrificam, por todos nós como povo evoluído e responsável, cumpra-se o dever de “regar a oliveira...” “Ó Costa aguenta lá o SNS”.

Nelson Pires

Diretor-geral da Jaba Recordati

Em Portugal “os procedimentos e o respeito pelos tempos de aprovação são muito maus”

Em entrevista exclusiva ao HealthNews, Nelson Pires, Diretor-geral da Jaba Recordati, fala do espírito de inovação que preside à atividade da empresa, desde os seus primórdios e de como é difícil, hoje, gerir no Mercado português. Afirma que Portugal é dos países, em termos fiscais, mais caros da Europa. E que a inovação, em Portugal, está a levar mais de 500 dias para ser aprovada; com um preço sempre muito mais baixo do que o praticado em qualquer dos outros países; por vezes com o recurso a comparadores de preços que são totalmente inaceitáveis. Anuncia para breve novos produtos inovadores e garante que os três valores fundamentais que norteiam o trabalho na Jaba – Lealdade, empreendedorismo e *accountability* – Estão para ficar.

HealthNews (HN) – A Jaba e a Recordati foram fundadas mais ou menos ao mesmo tempo (têm uma diferença de um ano) tendo ambas um historial de inovação. São mais de 90 anos de inovação. É genético a ambas. É assim que hoje se identificam?

Nelson Pires (NP) - Sim. Nós temos inovação própria e inovação que licenciamos com outras empresas. Um dos nossos fator-chave da organização é o empreendedorismo interno, e esse empreendedorismo traz inovação. E quando digo inovação não é só a nível de medicamentos; é também de processos, e aí tentamos ter sempre algo inovador, como por exemplo as plataformas digitais durante a pandemia. Mas acima de tudo inovação a nível de produtos. E os produtos que temos são disruptivos porque são produtos para os quais não existem alternativas no mercado, que trazem valor acrescentado ao doente, que é a principal missão da companhia.

HN– No que é que vocês, em termos globais, estão a trabalhar neste momento, no que toca à investigação e desenvolvimento?

NP -Estamos a trabalhar na área de medicamentos órfãos, e aí temos três produtos em pipeline para sair. Em Portugal, estamos a apoiar, e até com um elevado

investimento, um tratamento para o pé diabético – um produto que temos em parceria com uma empresa portuguesa, mas que esperamos, ou licenciar, ou lançar a nível global a partir de Portugal. Também estamos na área da hipertensão, que foi sempre uma das áreas de inovação da companhia, na qual continuamos a desenvolver produtos. É nestes três focos que estamos concentrados: três medicamentos órfãos, um para os cuidados primários e um outro, misto, para o tratamento do pé diabético, que já está numa fase avançada (2ª), e que esperamos que dentro em breve possa vir para o mercado, seja através da Recordati, seja ainda em conjunto com um parceiro da empresa com o qual estamos a trabalhar.

HN– É difícil investir em Portugal? Quais são os principais entraves que se detetam?

NP - É. A qualidade dos técnicos é muito boa mas os procedimentos e o respeito pelos tempos de aprovação são muito maus. Um exemplo das dificuldades é o da questão fiscal. Portugal é dos países, em termos fiscais, mais caros da Europa. Portanto, qualquer investimento é muito mais barato, do ponto de vista fiscal, noutra qualquer mercado europeu. Depois há a questão do acesso à inovação. A inovação, em Portugal, está a levar mais de 500 dias para ser aprovada; com um



preço sempre muito mais baixo do que o praticado em qualquer dos outros países; por vezes com o recurso a comparadores de preços que são totalmente inaceitáveis. E temos ainda os aumentos de preço... A indústria farmacêutica, de há três anos para cá, assistiu a um aumento dos custos de cerca de 40%, que foram totalmente absorvidos pela indústria porque os preços continuaram a baixar. Portanto, eu diria que é um país ótimo, onde muitas empresas gostavam de investir, mas depois o meio envolvente não é o adequado e os custos de contexto são muito altos para continuar a investir em Portugal.

HN - A pressão dos custos, ou a contenção de despesa, é um obstáculo?

NP - É, sem dúvida, um obstáculo. Quando entram no mercado, os produtos inovadores têm preços muitos baixos. E ao serem muito baixos, fazem com que muitas vezes as companhias decidam, por exemplo, não lançar em Portugal, ou, quando decidem lançar em Portugal, correm o risco de desabastecer o mercado local, por reexportação para outros países onde os preços são mais elevados. Não menos importantes são as revisões excecionais de preço, as ditas REP (Revisões excepcionais de preço), que levam a uma continuidade dos medicamentos mais antigos e baratos no mercado. O problema é que os serviços técnicos do Inarmed trabalham rapidamente, negociam connosco e fazem o seu trabalho bem, mas depois ficamos "ad eternum" à espera de uma decisão que nunca surge (ou surge mais de 1 ano depois). A alternativa é os doentes ficarem sem os medicamentos ou terem que comprar medicamentos mais caros.

HN - Então aquela ideia de que os medicamentos chegam

mais tarde a Portugal do que a outros mercados não é um mito.

NP - Não, é verdade. Portugal deve ser o terceiro pior país da Europa comunitária em termos de aprovação de medicamentos. E só cá chegam cerca de 60% daqueles que são aprovados pela EMA, precisamente pela questão da formação do preço e das revisões periódicas dos mesmos.

HN - Como é que a Jaba marca a diferença face aos seus concorrentes?

NP - Pelos produtos, que são claramente inovadores. Por exemplo, temos uma parceria recente com a Novartis através da qual lançámos a primeira associação tripla para tratamento da asma, o que reflete inovação no produto e diferenciação total.

Diferenciamo-nos também, e principalmente, pelo investimento nas pessoas; na qualidade da sua formação. Ou seja, os nossos colaboradores quando vão falar com o profissional de saúde sabem que mensagem podem deixar, conhecem a patologia, conhecem o doente, respeitam os princípios ESG. Temos uma imagem de credibilidade. Estes três fatores fazem claramente a diferença.

HN - Se tivesse que selecionar o top 10 dos produtos Jaba e Recordati, qual seria?

NP - É uma pergunta difícil. Eu diria que são todos top 10. Dito isto, destacaria o nosso produto Gurosan®(1) que será muito provavelmente o mais conhecido; temos também o Transact® (1), que é outra marca conhecida, e mais alguns produtos nas áreas do colesterol, da hipertensão e da urologia. Tenho muita dificuldade em apontar um "top Ten", porque,

por exemplo, temos produtos como as pastilhas Euphon® (1) que têm mais de 30 anos de mercado e continuam a ter a preferência de muitos portugueses. Um outro produto que realçaria é o Aloclair® (1), para o tratamento das aftas, que é líder incontestável de mercado. É uma marca que provavelmente só quem tem aftas conhece, mas que para nós é um produto charneira. Temos 70 produtos em referência, incluindo genéricos. Respondendo à sua pergunta, diria que as marcas mais familiares são as mais *massmarket*. Depois temos todos os outros medicamentos de prescrição médica obrigatória que realmente fazem a diferença na saúde cardiovascular, urológica, respiratória, saúde mental (entre outras) do cidadão, incluindo os produtos órfãos, que são utilizados em muito poucos doentes; cujas marcas são muito pouco conhecidas, mas que realmente fazem a diferença.

HN - Como é que na Jaba valorizam o contacto com os médicos?

NP - Entendemos que o mundo digital é uma inevitabilidade, mas continuamos a achar que o mundo vai continuar a ser *face to face*... Embora com um toque digital. Assim entendemos que continua a ser necessário que o contacto com o médico, o envio da informação e a passagem da mensagem devam ser pessoais, através do nosso delegado de informação médica, e não através de um algoritmo ou da inteligência artificial. Isso pode acontecer como um reforço daquilo que é a nossa intervenção na mensagem, mas claramente consideramos que a mensagem deve ser pessoal; que deve ser o delegado de informação médica quem deve clarificar dúvidas se as houver. Ou seja, 90% é pessoal, 10% digital.

(1): RCM disponível em www.jaba-recordati.pt



HN – O desenvolvimento de competências dos colaboradores é uma das apostas-chave da Jaba Recordati. No que consiste?

NP – É fundamental. Cerca de 15% do nosso tempo é passado em formação (em sala ou “on the job”). Criámos uma academia há cerca de 12 anos, na qual desenvolvemos ações internas e ações com recurso a meios externos. Neste momento, por exemplo, temos uma pós-graduação no ISCTE especificamente para a Jaba Recordati frequentada por cerca de 20 colaboradores que fazem uma pós-graduação em gestão, mas com os *business cases* da Recordati. Ou seja, o que estão de facto a fazer é a melhorar as suas competências individuais: finanças para não financeiros, gestão, marketing, estratégia, todos adaptados às necessidades da companhia. Ou seja, melhoram as competências próprias e trazem o valor acrescentado para dentro da companhia. Para além disso, temos todo um conjunto de programas individuais. Por exemplo, os pequenos-almoços com toda a equipa interna, onde o que fazemos são pequeninas formações sobre liderança e comunicação.

HN – Como é que é trabalhar com o Nelson Pires?

NP - Falarmos de nós é sempre terrível. Eu acho que o meu grande segredo foi sempre saber reunir-me de pessoas melhores do que eu e entender que tenho de aproveitar o melhor de cada um, propiciando-lhes as oportunidades e nunca os travar. Imagino que deve ser cansativo, às vezes deve ser mesmo exasperante pois têm que ser tomadas decisões (e nós sabemos que os Portugueses são muito procrastinadores de decisões), mas acho que deve ser motivante, porque as pessoas percebem que têm margem e capacidade de decisão, têm autonomia e são *accountables*, têm alguém que, certamente, se houver um problema, as defenderá. Consigo cumprir as cinco funções de um líder. Não sou o líder perfeito, mas consigo planear, organizar, liderar, controlar e integrar da forma adequada. O grande segredo do sucesso (se é que eu tenho algum sucesso) tem sido esse: saber-me rodear de pessoas melhores do que eu. O diretor de marketing sabe muito mais de marketing do que eu, o diretor de vendas sabe muito mais de vendas, o diretor médico muito

mais, o de RH igual. Ora, se eu os deixar ter sucesso, o sucesso deles será também o meu sucesso.

HN – O que é que mais valoriza nas pessoas com quem trabalha?

NP - Há três valores. O primeiro, a Lealdade. E não é a lealdade ao Nelson Pires, mas à organização. Ou seja, saber que tenho uma responsabilidade para com o resto da organização. São 123 famílias, que vivem aqui, fora o resto das famílias todas que estão lá fora. A lealdade é, pois, um valor fundamental. O segundo valor é o Empreendedorismo. Defendo que as pessoas devem ser motivadas a arriscar e têm o direito de se enganar. E se se enganarem, não repetirem o erro. Ou seja, se acham que um determinado caminho é o certo, vão e eu suporto. O terceiro valor é o da responsabilidade. Ou melhor da *accountability*: assumirem que esta é a vida deles. Nós salvamos vidas, ou pelo menos prolongamo-las com qualidade aos cidadãos e profissionais de saúde; É uma missão que todos devem assumir como sua. E essa *accountability* de tentar fazer sempre melhor transparece na Jaba Recordati.

HN – Qual a marca que gostaria de deixar para o futuro?

NP - Tenho dois objetivos. O primeiro que penso que atingiremos já este ano é o de superar os 50 milhões de euros de vendas em Portugal. O segundo, quantitativo também, é estar no top 15 das companhias farmacêuticas a operar em Portugal. Ainda não vamos conseguir este ano, infelizmente. Finalmente, gostava muito de deixar uma organização de pessoas melhores do que eu, ou seja, de pessoas que se preocupem umas com as outras, que se preocupem com os profissionais de saúde, com os doentes, com as famílias que estão aqui dentro, e que sejam mais competentes do que eu. É por isso que investimos tanto em formação, por exemplo.

HN – Uma coisa que também está na genética da Jaba Recordati é a responsabilidade social. Como é que a concretizam aqui?

NP - Temos vários programas. Aliás, o nosso programa da responsabilidade social chama-se “Recordati Quer”, pois é um processo que os colaboradores quiseram implementar. Temos duas a três ações anuais de responsabilidade social, seja ir pintar uma instituição social, seja ir para a mata de Sintra fazer uma limpeza, eu diria o tradicional que a maior parte das companhias também faz. Mas depois temos uma série de outras atividades próprias: por exemplo, fizemos recolha de roupa para a Ucrânia e pedimos aos colaboradores para contribuir. A companhia, a nível global, angariou mais de 10 milhões de euros para enviar para os refugiados da Ucrânia e cada colaborador participou de forma ativa com o seu contributo individual. Ou seja, nós, para além da parte que é só

corporativa, da responsabilidade social, que são as grandes ações, são os dias Recordati, temos depois uma série de pequenas ações onde temos sempre duas intervenções: uma, o colaborador tem de dar algo que é seu, e a companhia acrescenta o valor em falta. Na Ucrânia, por exemplo, a companhia acrescentou exatamente o mesmo valor que os colaboradores deram, para as pessoas se sentirem *accountable*, responsáveis, para sentirem que aquilo não é uma obrigação da companhia. Não, é uma obrigação de todos, é a obrigação de devolver à sociedade um bocadinho do muito que a sociedade nos tem dado, porque nós de facto somos algo privilegiados pela vida que temos, e é devolver, e devolver sem esperar nada em troca. Mas temos muitas atividades. Patrocinamos, por exemplo, uma área de aves do Jardim Zoológica, sem o que, aquela área específica não existiria. É uma ação de responsabilidade social pouco visível, mas é *accountability*.

HN – Vivemos um período conturbado em termos económicos. Como é que está a Jaba?

NP - Diria que os três últimos anos não foram fáceis, mas que conseguimos enfrentar bem os três anos. Tanto que durante este período conseguimos dar aumentos salariais; compensar as pessoas em termos do que é o aumento do combustível, não efectuamos nenhuma downsizing, conseguimos implementar um programa de pré-reformas para os colaboradores que estavam há mais tempo na companhia. Portanto foi difícil mas estávamos bem preparados, não o Covid que ninguém antecipava, mas para momentos diferentes e mais difíceis. A empresa está a crescer porque tem produtos novos. É uma empresa muito estável e com

ambição de crescer acrescentando valor.

HN – Faz sentido falar em internacionalização?

NP - Somos uma empresa multinacional. Nas doenças órfãs estamos em todos os países do mundo, no primary care estamos essencialmente Europa, Médio Oriente e Norte de África. E no primary care nós criámos uma pequenina multinacional dentro da grande multinacional, para lançar os produtos que temos em Portugal nos PALOP. E a forma como promovemos e os produtos são exactamente os mesmos que em Portugal.

HN – Daqui a um ano, onde é que estamos?

NP - Daqui a um ano eu acho que estamos em crescimento. Vamos ter provavelmente mais um medicamento novo para lançar (um ou dois, estamos ainda na fase de negociação). Certamente com um sorriso nos lábios por ver que estamos a deixar uma impressão digital muito positiva na nossa comunidade.

HN – O tal do pé diabético...

NP - O do pé diabético provavelmente começamos nos Estados Unidos, porque a FDA aprova mais rapidamente do que a EMA. Mas é esperado apenas para 2024.

HN – E já para o ano o 15.º?

NP - Espero que sim. Espero acabarmos este ano em 17.º/18.º. (estamos em 19.º), portanto também não falta muito. Eu diria que o 15.º será em 2023. E com o lançamento destes medicamentos, certamente será o 15.º.



M.ª do Carmo Cafede

Saúde, deficiência e cura – uma perspetiva extremamente pessoal

Uma série de eventos, nem todos infelizes, trouxe ao meu caderno de notas algumas ideias, que vou aproveitar para futuras reflexões. O que partilho aqui são pequenas inquietações quotidianas, agora arrumadas de uma outra maneira. Ou seja, o arco narrativo é produto do acaso, dos tais eventos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1946 «saúde», como sendo a ausência de doença (enfermidade ou invalidez) e só nos anos 70 foi introduzido o «completo bem-estar físico, psíquico e social», mesmo antes de 'Alma-Ata'. A dicotomia corpo / mente terminava e «saúde» era agora um instrumento político para uso de governos. A promoção de saúde, a todo o vapor e a todo o custo, iria assegurar que todos fossem «saudáveis», pelo menos no ano 2000... A definição mantém-se inalterada até hoje e nunca teve uma descrição operativa que permitisse saber

com exatidão científica do que se fala ao mencionar 'saúde'. Não é o oposto de 'doença', como se fosse um jogo tautológico sem vencedor. Não existe um quadro clínico da síndrome 'saúde', para podermos medir o seu impacto de um modo positivo. A 'doença' por seu lado, ativa, e válida mesmo legalmente, uma série de processos sociais como atuações médicas, compensações sociais e diminuição das capacidades morais. Independentemente da cultura religiosa judaico-cristã, a incapacidade moral dos doentes não carece de dúvida. Avocar um estado saudável ou doentio, acarreta um juízo de valor, ser objeto de atenção médica, existir uma normalidade estatística (a norma), a ausência, ou não, de dor, sofrimento ou desconforto e as dimensões social, intelectual, espiritual, emocional e física compõem uma 'mandala' totalizante das virtudes e valores humanos. As críticas à definição

de 'saúde' não se fizeram esperar. No pós-guerra imediato era necessário preservar as funções que estivessem implicadas na sobrevivência, reprodução e capacidade produtiva da mão-de-obra disponível, mas em pleno século XXI atingir «nirvana» já não é sequer uma utopia. A «saúde» continua sem uma definição e não se consegue medir, será que existe, então? Que fazemos perante a complexidade de processos relativos à vida? Somos todos doentes? Ou não?

A 'norma' já referida, produto estatístico puro, tem como base o coletivo e não as pessoas, desvalorizadas em prol da média. Todas as afeções, doenças ou incapacidades são 'medidas' em desvios-padrão, passíveis de intervenção médica e corrigíveis, tratáveis. As diferenças surgem como anomalias, assimetrias, inferiores a 'um'... O modelo médico predominante determina

que se eliminem as diferenças, tudo pode ser reduzido à 'norma'. A normalidade é benéfica do ponto de vista social, não causando ansiedade nem constrangimentos a ninguém. Legitimam-se mutilações e humilhações, escondem-se as assimetrias (aborto, instituições, etc.), exageram-se prevenções e culpam-se os desobedientes (os obesos, os sedentários, os fumadores). O biopoder está infiltrado, mas não é clandestino.

Adotar o modelo social da deficiência (sugerido em 1966), implica aceitar as diferenças, integrando-as na variabilidade possível. As incapacidades não são atribuídas às pessoas, mas resultam das interações sociais e da inadequação do meio envolvente. Por outras palavras, a minha deficiência não resulta das ortóteses que uso, mas sim das escadas mal

construídas, ou ausentes, que dificultam a minha vida social. As alterações às funções de sobrevivência, reprodução e capacidade produtiva não são prioritárias e consideram-se outras como primordiais. As capacidades de sentir, amar, ter criatividade, ajudar o próximo são fundamentais para a manutenção da diversidade e todas as pessoas devem partilhar os mesmos espaços, sem esconderijos.

A dicotomia saúde – doença pode ser alargada para cura – morte, surgindo a cura como imperativo social devido à inexorabilidade da segunda. Ainda que em medicina 'curar' tenha vários significados, em termos absolutos, não existe. Se considerarmos um estágio anterior à doença (não é equivalente a saudável), todos os processos sociais ativados (diagnóstico, tratamento, recuperação), conduzem a um

estádio diferente do inicial. Nunca voltamos ao ponto de partida. Nunca vamos ser iguais, quer física quer psicologicamente. A envolvente social também muda, em resposta à nossa mudança. A redução à norma é uma falácia, não impedindo, no entanto, que origine negócios infinitos, quer na medicina convencional quer noutras práticas. Estas, duplamente culpadas por atos fraudulentos, uma vez que vendem a 'cura' como alcançável apesar da medicina falhar...

Procurar a cura, ainda que dela se duvide, pode ser apenas o consolo do perdão divino. Porque se não existe cura, que resta? Este espaço em branco não tem imaginário compatível, nem para médicos nem para doentes. Afinal curar, numa aproximação perigosa à realidade, é eliminar as diferenças ou aceitá-las?





edarclor

azilsartan medoxomilo/clorotalidona
40/12,5mg • 40/25mg comprimidos



edarbi

azilsartan medoxomilo
20mg • 40mg • 80mg comprimidos

NOME DO MEDICAMENTO: Edarclor 40 mg + 12,5 mg comprimidos revestidos por película. Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Edarclor 40 mg + 12,5 mg comprimidos revestidos por película e Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película. Cada comprimido contém 40 mg de azilsartan medoxomilo (sob a forma de potássio) e 12,5 mg ou 25 mg de clorotalidona. **FORMA FARMACÉUTICA:** Edarclor 40 mg + 12,5 mg comprimidos revestidos por película: Comprimido revestido por película de cor vermelho pálido, redondo (aproximadamente 9,7 mm de diâmetro), biconvexo, com A/C 40/12,5 gravado numa das faces. Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película: Comprimido revestido por película de cor vermelho claro, redondo (aproximadamente 9,7 mm de diâmetro), biconvexo, com A/C 40/25 gravado numa das faces. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Tratamento da hipertensão em adultos. Edarclor é uma associação de dose fixa indicada em adultos cuja pressão arterial não é adequadamente controlada por monoterapia com azilsartan medoxomilo. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Posologia: **Adultos:** A dose inicial recomendada é de 40 mg + 12,5 mg uma vez por dia em doentes cuja pressão arterial não é adequadamente controlada com monoterapia anti-hipertensiva corrente como Edarbi 40 mg ou Edarbi 80 mg. Se necessário a dose pode ser aumentada para um máximo de 40 mg + 25 mg uma vez por dia. O efeito anti-hipertensor perto do máximo torna-se normalmente evidente ao fim de 1-2 semanas, com os efeitos máximos atingidos às 4 semanas. **Populações especiais: Idosos (idade igual ou superior a 65 anos):** Não é necessário um ajuste inicial da dose nos doentes idosos; nos doentes muito idosos (>75 anos), o tratamento deve ser efetuado com precaução e recomenda-se uma monitorização médica apertada. **Compromisso renal e Afeção hepática:** A clorotalidona, um dos componentes ativos do Edarclor, não deve ser usada em doentes com compromisso renal grave, anúria e afeção hepática grave. Não há experiência da administração de Edarclor em doentes com transplante renal recente. Não é necessário um ajuste da dose nos doentes com compromisso renal ligeiro ou moderado. É limitada a experiência de utilização em doentes com afeção hepática ligeira a moderada; no entanto não é necessário um ajuste inicial da dose de Edarclor em doentes com afeção hepática ligeira a moderada. Alterações menores do equilíbrio hidro eletrolítico devidas a diuréticos liázidicos podem precipitar um coma hepático. **Recomenda-se monitorização estreita. Depleção do volume intravascular:** Edarclor deve ser iniciado sob supervisão médica estreita, apenas após ter sido alcançado um volume correto. Uma resposta hipotensiva temporária devida a depleção de volume não impede que os doentes continuem o tratamento, o qual pode normalmente ser continuado sem dificuldade uma vez estabilizados a pressão arterial e o estado do volume. **Insuficiência cardíaca:** Recomenda-se precaução em doentes hipertensos com insuficiência cardíaca congestiva dado que não existe experiência de utilização nestes doentes. **População de raça negra:** Não é necessário um ajuste da dose na população de raça negra. **População pediátrica:** A segurança e eficácia em crianças e adolescentes dos 0 aos <18 anos de idade não foram ainda estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração:** Via oral e pode ser tomado com ou sem alimentos. **CONTRAINDICAÇÕES:** - Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. - Gravidez. - Afeção hepática grave. - Compromisso renal grave (TFG <30 mL/min/1,73m²). - Anúria. - Hiponatremia refratária. - Hipercalcemia. - Hiperuricemia sintomática. - O uso concomitante de Edarclor com medicamentos contendo aliscireno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou compromisso renal. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Lista tabelada de reações adversas: As reações adversas baseadas nos dados agregados de todos os ensaios clínicos de fase 3 são apresentadas em baixo, de acordo com as classes de sistemas de órgãos e termos preferenciais. Estão

classificadas por frequência, utilizando a seguinte convenção: muito frequentes (≥ 1/10); frequentes (≥ 1/100, < 1/10); pouco frequentes (≥ 1/1.000, < 1/100); raras (≥ 1/10.000, < 1/1.000); muito raras (< 1/10.000), incluindo notificações isoladas. Dentro de cada classe de frequência, as reações adversas são apresentadas por ordem decrescente de gravidade. Doenças do metabolismo e da nutrição – Reações adversas frequentes: Aumento do ácido úrico no sangue, hiperuricemia. Doenças do sistema nervoso – Reações adversas frequentes: Tonturas, tonturas posturais. Vasculopatias – Reações adversas frequentes: Hipotensão. Doenças gastrointestinais – Reações adversas frequentes: Diarreia, náuseas. Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos – Reações adversas frequentes: Espasmos musculares. Perturbações gerais e alterações no local de administração – Reações adversas frequentes: Fadiga. Exames complementares de diagnóstico – Reações adversas: muito frequentes: Aumento da creatinina no sangue; Reações adversas frequentes: Aumento da ureia no sangue. Informação adicional sobre os componentes individuais: As reações adversas que se sabe ocorrerem com cada componente administrado isoladamente mas que não foram observadas nos estudos clínicos podem ocorrer durante o tratamento com Edarclor. **Clorotalidona:** Adicionalmente às reações adversas listadas para o Edarclor, foram notificadas as seguintes reações adversas para a clorotalidona: Doenças do metabolismo e da nutrição – Reações adversas: muito frequentes: Aumento dos lípidos no sangue; Reações adversas frequentes: Hipomagnesemia. **Cardiopatias – Reações adversas frequentes:** Hipotensão postural. Doenças gastrointestinais – Reações adversas frequentes: Perda de apetite, desconforto gastrointestinal menor. Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos – Reações adversas frequentes: Urticária. Doenças dos órgãos genitais e da mama – Reações adversas frequentes: Impotência. Exames complementares de diagnóstico. Creatinina sérica: O tratamento com Edarclor resultou numa maior incidência de aumentos da creatinina sérica, comparativamente com o azilsartan medoxomilo e a clorotalidona. Estes aumentos foram temporários ou não progressivos e reversíveis, e associados com acentuadas reduções da pressão arterial. **Ácido úrico:** O Edarclor esteve associado a aumentos do ácido úrico sérico. Os aumentos de ácido úrico são dependentes da dose, aumentando com a dose de clorotalidona, embora tenham sido pouco frequentes as notificações de gota nos grupos de tratamento, mesmo nos estudos de longo prazo. **Hemoglobina e hematócrito:** O Edarclor esteve associado com reduções ligeiras nos níveis de hemoglobina, hematócrito, e na contagem de células vermelhas, consistentes com os efeitos farmacológicos conhecidos dos inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. **Experiência pós-comercialização:** Foi notificada uma rara incidência de angioedema associado ao uso de Edarclor. Não foram identificadas outras reações adversas nas notificações espontâneas pós-comercialização. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. **Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.: Sítio da internet:** <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/> ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos | Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53 | 1749-004 Lisboa | Tel: +351 21 798 73 73 | Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita) | E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt | **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** setembro 2021. Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado. MSRM. Medicamento participado no escalão B.

NOME DO MEDICAMENTO: Edarbi 20 mg comprimidos. Edarbi 40 mg comprimidos. Edarbi 80 mg comprimidos. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém 20 mg, 40mg ou 80 mg de azilsartan medoxomilo (sob a forma de potássio). **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido branco a esbranquiado redondo, com 6,0 mm, 7,6 mm ou 9,6 mm de diâmetro; com "ASL" gravado numa das faces e "20", "40" ou "80" gravado na outra face, para os comprimidos de 20 mg, 40 mg ou 80 mg respetivamente. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Edarbi é indicado para o tratamento da hipertensão essencial em adultos. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Posologia: A dose inicial recomendada em adultos é de 40 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até um máximo de 80 mg uma vez ao dia nos doentes cuja pressão arterial não é adequadamente controlada com a dose mais baixa. O efeito anti-hipertensor perto do máximo torna-se visível ao fim de 2 semanas, com os efeitos máximos atingidos às 4 semanas. Se a pressão arterial não for adequadamente controlada com o Edarbi isoladamente, pode obter-se uma redução adicional da pressão arterial quando o Edarbi é administrado concomitantemente com outros medicamentos anti-hipertensores, incluindo diuréticos e bloqueadores dos canais do cálcio. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. No segundo e terceiro trimestres da gravidez. O uso concomitante de Edarbi com medicamentos contendo aliscireno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou compromisso renal (TFG < 60 mL/min/1,73 m²). Edarbi não é indicado para utilização em crianças ou adolescentes com menos de 18 anos de idade. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Resumo do perfil de segurança Edarbi nas doses de 20, 40 ou 80 mg foi avaliado em termos de segurança em estudos clínicos com doentes adultos tratados durante até 56 semanas. Nestes estudos clínicos, as reações adversas associadas ao tratamento com o Edarbi foram, na sua maioria, ligeiras ou moderadas, com uma incidência global semelhante ao placebo. As tonturas constituíram a reação adversa mais frequente. A incidência das reações adversas com o Edarbi não foi afetada pelo sexo, idade ou raça. Lista tabelada de reações adversas: As reações adversas baseadas nos dados agregados (doses de 40 e 80 mg) estão classificadas abaixo por frequência. Frequentes (≥ 1/100 a < 1/10); tonturas, diarreia e aumento da creatinina fosfoquinase plasmática. Pouco frequentes (> 1/1000, < 1/100): hipotensão, náuseas, erupção cutânea e prurido, espasmos musculares, fadiga e edema periférico, aumento da creatinina plasmática e aumento do ácido úrico plasmático. Raras (> 1/10.000, < 1/1000): angioedemas. As reações adversas foram notificadas para a dose de Edarbi 20 mg com uma frequência semelhante às doses de 40 e 80 mg num estudo controlado por placebo. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. **Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P. Sítio da internet:** <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/> ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53 1749-004 Lisboa Tel: +351 21 798 73 73 Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita) E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** setembro 2021. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>.



TECNIMEDE
GROUP

tecnimede



Zona Industrial da Abrunheira;
Rua da Tapada Grande n.º 2 — Abrunheira • 2710-089 Sintra
NIF: 500 626 413

TEDACR222A2CA/Mai/2022, revolidado anualmente



edarcior
azilsartan medoxomilo/clorotalidona
40/12,5mg • 40/25mg comprimidos



edarbi[®]
azilsartan medoxomilo
20mg • 40mg • 80mg comprimidos

PARA GRANDES MALES, GRANDES REMÉDIOS



Imagem gentilmente cedida pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão.



TECNIMEDE
GROUP



tecnimede



Zona Industrial da Abrunheira,
Rua da Tapada Grande n.º 2 – Abrunheira • 2710-089 Sintra
N.º: 500 626 413

EDARC21/AVCA, Mar 2002, avaliado em Espanha