



HEALTHNEWS

jornalismo de saúde

Revista de informação geral e médica- Mensal . Distribuição gratuita . ANO 3 . N.º 20

Nuno Rodrigues

“O Governo pode esperar seriedade, credibilidade e transparência do Sindicato Independente dos Médicos”

#20
abril'24

Carlos Cortes
O SNS e a Democracia

Maria José Sousa sobre o Avantect: "Consegue detetar uma massa do tamanho de uma ervilha"

Stephan Peters sobre o Nutri-Score: "Não há evidências da sua eficácia na vida real"





Editorial

Vem aí mau tempo...

Como a maioria dos leitores, tenho acompanhado com particular atenção os movimentos iniciais do mandato de Ana Paula Martins como Ministra da Saúde do XXIV Governo Constitucional.

A atual Ministra tem um lastro curricular impressionante. Professora Universitária, ex-Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos e Vice-Presidente do PSD (de dezembro de 2021 até maio de 2022), na direção de Rui Rio. Ora, foi precisamente este último cargo que fez espantar muitos com a escolha para a Presidência do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, o tipo de cargos que normalmente vemos ocupados por “pessoal da casa” partidária no Governo. Até porque no volumoso currículo que acumulou, não constam cargos de administração hospitalar.

Mas foi essa a escolha de Fernando Araújo, ex-presidente da Direção Executiva do SNS, que se demitiu há dias, em bloco, do cargo após um ultimato de Ana Paula Martins para que no prazo de 60 dias apresentasse “relatório com

as principais medidas adotadas pela DE-SNS”, “documentos que sustentaram” a decisão da generalização das Unidades Locais de Saúde (ULS) – organismos que integram hospitais e centros de saúde numa mesma instituição de gestão –, assim como “uma análise SWOT [uma técnica de planeamento estratégico para identificar os pontos fortes e pontos fracos de um projeto] sobre o desempenho dos cuidados de saúde primários no contexto das ULS”.

Embora alguns considerassem “expectável” a decisão da nova Ministra, como o atual Bastonário da Ordem dos Médicos, a verdade é que também todos concordam que a medida chegou no momento errado; “não vem na melhor altura. É um momento muito sensível, da implementação de uma reforma que o próprio [Fernando Araújo] classificou como a mais importante desde a criação do SNS”, afirmou Carlos Cortes em declarações ao jornal Observador.

E veio em mau momento, sabemos todos, porque as negociações iniciadas pelo anterior executivo com os sindicatos da Saúde ainda não têm fim à vista, e é muito provável, que por contingências orçamentais não o tenham nos próximos anos.

O anterior executivo deixou ao atual um conjunto de promessas com incidência orçamental (que, diga-se em abono da verdade, o PSD enquanto estava na oposição apontava como pecarem por tardias) que vão muito para além da margem orçamental que o atual governo tem disponível. É verdade que relativamente à maioria, o Governo de Montenegro incluiu, ou pelo menos deixou subentendido no programa que levou a sufrágio eleitoral. Subsídio de risco para a Guarda, PSP e serviços prisionais; garantir a recuperação dos seis anos, seis meses e 23 dias de serviço congelado durante a *Troika* aos professores, que o Governo já anunciou só ser possível até ao final da legislatura; revisão da tabela salarial dos enfermeiros, dos Administradores hospitalares, dos assistentes técnicos da saúde. Enfim, uma mão cheia de milhões que o *superavit* orçamental alegadamente deixado por Medina não conseguirá suprir, mesmo que moderadamente. E depois temos outras contas, que o executivo parece não ter ainda assimilado. Falo, por exemplo da passagem a USF Modelo B de todos os serviços de cuidados primários. Para quem não sabe, o esforço financeiro que o executivo faz para universalizar este inovador modelo é de monta: cada médico em Modelo B, pode receber, bruto, um salário superior ao do Primeiro-Ministro. Ou seja, podem atingir, facilmente, mais de 8 mil euros brutos por mês. Com a generalização do modelo, são mais cerca de 57.498 euros que cada médico irá receber por ano. Já cada enfermeiro no mesmo modelo irá auferir de um acréscimo de cerca de

19.305 euros/ano e um secretário clínico, 10.202 euros/ano. Ou seja, o custo global por cada médico a mais em modelo B (incluindo os custos acrescidos com os demais profissionais, cujos salários também são valorizados neste modelo) ascendem a 84.454 euros/ano. Se multiplicarmos este valor pelo número de médicos que já passou, nos últimos meses e vai continuar a passar nos próximos (o objetivo do executivo, plasmado no Programa de Governo é a universalização das USF Modelo B), teremos um total 5.436 médicos (os que já estavam, os das UCSP que vão passar a estar e os das USF Modelo A que passaram administrativamente a B).

Contas feitas, o Estado vai ter que passar a desembolsar, anualmente, mais 459.092.012 milhões de euros com as USF Modelo B. Tem esse dinheiro? Duvido, se tivermos em conta a vaga de aumentos que todos os dias são anunciados nas TV.

Custa-me concluir desta forma, mas não vejo como escapar à mais abrangente e irredutível conflituosidade laboral da História da Democracia.



Maria Antónia Lisboa



PORTAL DE INFORMAÇÃO GERAL E MÉDICA

Diretora
Maria Antónia Lisboa
geral@healthnews.pt

Editora
Rita Antunes
redacao@healthnews.pt

Publicidade
comercial@healthnews.pt

Redação
Adelaide Oliveira
Nuno Bessone
Eduardo Esteves (caricaturista)
Vaishaly Camões
Rita Antunes
redacao@healthnews.pt

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%); Miguel
Maria Múrias Bessone Mauritti
(45%); António Luis De Rezende
Matias Celestino Da Rocha (10%)
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

ENTREVISTA



“O Governo pode esperar seriedade, credibilidade e transparência do Sindicato Independente dos Médicos”
Nuno Rodrigues (10)



Avantect: "Consegue detetar uma massa do tamanho de uma ervilha"
Maria José Sousa (16)



"Fui o orquestrador do processo de transformação da profissão dos dentistas"
Miguel Pavão (26)



"Há colegas que se sentem abandonados por quem os devia representar"
Ana Sofia Lopes (28)



Doença pulmonar obstrutiva crónica: GOLD 2024
Elsa Frago (32)



Nutri-Score: "Não há evidências da sua eficácia na vida real"
Stephan Peters (18)



Estatuto do Doente Crónico operacional em 2025
Jaime Melancia (22)



O SNS e a Democracia
Carlos Cortes (6)



Ainda os acidentes de trabalho mortais por queda... E a necessidade da sua prevenção
António de Sousa Uva (8)



Fungos da pele (Pitíriase Versicolor): o que deve saber
Ana Catarina Pinheiro (38)

OPINIÃO

CONSULTÓRIO

O SNS e a Democracia

Carlos Cortes
Bastonário da Ordem dos Médicos

Este ano, Portugal celebra um marco histórico de extrema relevância: o cinquentenário da sua Democracia. O país, que durante décadas viveu sob um regime autoritário conhecido como Estado Novo, viu a liberdade amanhecer com a Revolução dos Cravos do 25 de abril de 1974. Esta revolução pacífica, liderada por militares e apoiada pela população, não só derrubou a ditadura como também abriu caminho para a instauração de uma democracia plena. Os últimos cinquenta anos

foram um período de transformação e progresso, onde Portugal estabeleceu as bases de uma sociedade livre, caracterizada por eleições livres e justas, liberdade de expressão, respeito pelos direitos humanos e sociais. O país, agora membro da União Europeia, testemunhou um crescimento económico e uma modernização significativa em todas as frentes. Mas ainda falta muito por concretizar.



O SNS não é apenas um capítulo da nossa história recente, é um marco indelével da liberdade, igualdade e solidariedade que define o caminho de uma nação. Representa o compromisso inabalável com o acesso universal e equitativo à saúde, destacando-se como uma das maiores, senão a maior, conquistas da democracia portuguesa.

Concebido pela visão de António Arnaut e de uma equipa dedicada de médicos (que não podemos, nem devemos esquecer), o SNS nasceu com a missão de oferecer cuidados de saúde de qualidade a todos os portugueses, independentemente da sua condição económica, social ou do seu local de residência. A iniciativa do Serviço Médico à Periferia foi um esforço heroico para democratizar a saúde, levando milhares de médicos a todos os cantos do país, num período marcado por um altruísmo que buscava iluminar as sombras que cobriram o país em várias áreas, especialmente na saúde.

Construído diariamente por médicos, e tantos outros profissionais da saúde, ao longo de 45 anos, o SNS enfrenta hoje, conforme foi expresso pelo seu Diretor Executivo, Fernando Araújo, o período mais difícil da sua existência. Compartilho plenamente dessa visão. Com 1,7 milhões de portugueses sem médico de família e um cenário de escassez de recursos humanos, que leva ao encerramento de serviços de urgência, entre muitos outros e variados problemas, a situação é crítica.

A falta de condições atrativas no SNS, uma carreira médica incapaz de se adaptar às necessidades de um sistema de saúde em evolução e uma valorização remuneratória insuficiente, tendo em conta a responsabilidade e o papel dos médicos no sistema de saúde, são realidades que precisamos de enfrentar e corrigir urgentemente.

Hoje, o ponto essencial de qualquer reforma é a capacidade de atrair e manter os médicos nos hospitais e centros de saúde. Discutir se o número de estudantes ou de diplomados em medicina é suficiente é distrair-nos, a todos, do

que é fundamental: fixar os médicos existentes nas unidades do SNS. É necessário melhorar as condições de trabalho, oferecer autonomia e garantir tempo para formação e investigação, além de revitalizar a carreira médica, com início no primeiro ano do internato e transversal ao setor público, privado ou social. Uma carreira que acompanhe o médico ao longo da sua vida, independentemente da sua tutela ministerial ser da saúde, da defesa nacional, da justiça, do desporto, do ensino superior, da administração interna ou de qualquer outra área governativa. Uma carreira médica única, ligada ao médico e não a uma instituição ou a um setor.

Apesar do cenário difícil e de adversidades constantes, devemos manter a esperança na capacidade de renovação e adaptação do SNS para que continue a cumprir as suas principais missões: resposta assistencial, capacidade de manter uma formação médica de qualidade e investigação. A reforma do SNS, estruturada, pensada e amplamente discutida num princípio participativo e de transparência, é imperativa para o futuro; não podemos permanecer ancorados na visão organizacional de 1979 para resolver os problemas atuais.

Um SNS sustentável e duradouro é, de facto, uma realidade ao nosso alcance. Mas, para isso, é essencial investir continuamente na sua melhoria, promover a participação ativa dos médicos e dos doentes e incentivar uma cultura de humanização e qualidade nos cuidados de saúde, com foco nas pessoas.



Ainda os acidentes de trabalho mortais por queda... E a necessidade da sua prevenção

António de Sousa Uva
Médico e professor

Neste dia 6 de maio de 2024 mais um acidente de trabalho mortal, de novo por queda, desta vez na Murtosa e de uma árvore. Para quem associa os acidentes de trabalho mortais só à Construção Civil mais um triste exemplo que tal nem sempre acontece apenas nesse sector de actividade económica.

Julgo que o *infortúnio* (ou falta de sorte) ou mesmo mais esta "*disgrazia*" se situa mais na leviandade de não respeitar as mais elementares normas de segurança e não apenas no trágico de mais uma

morte evitável. E a esse propósito:

Quantas mais mortes por queda serão necessárias para que qualquer trabalho em altura seja executado com normas de segurança que reduzam esse risco tendencialmente a zero?

Para quando a obrigatoriedade de uma formação específica obrigatória prévia a esses trabalhadores? Fazemos tudo o que deve ser feito em matéria de prevenção dos acidentes de trabalho, designadamente no trabalho em altura?

As normas e regras da Saúde e Segurança do Trabalho são respeitadas nesse domínio? E suficientemente auditadas?

Será suficiente, a diversos níveis, o controlo da aplicação das normas e regras?

Existirá uma robusta cultura de saúde e segurança do trabalho nas nossas empresas e outras organizações onde esses trabalhos se realizam?

A comunicação de riscos e a formação dos trabalhadores nesse domínio serão realizadas de forma sistemática e com grande empenho dos empregadores?

Poderiam colocar-se muitas outras questões em relação à ocorrência destes dramáticos acontecimentos, mas o propósito de mais esta reflexão e lembrança das questões colocadas é somente mais outra tentativa de promover mais "massa crítica" nesse domínio. É que, pelo menos no meu caso, acho que podíamos fazer bem mais do que fazemos ...

FEITOS DE CORAÇÃO E FORA DA CAIXA

BRANDING •
COMUNICAÇÃO
E ESTRATÉGIA •
CONSULTORIA •
REDES SOCIAIS •
AUDIOVISUAIS •
EVENTOS



NA ERA DA COMUNICAÇÃO CONTE CONNOSCO,
PORQUE COMUNICAR É O NOSSO FORTE!

FDC
CONSULTING





Nuno Rodrigues: “O Governo pode esperar seriedade, credibilidade e transparência do Sindicato Independente dos Médicos”

O médico de saúde pública Nuno Rodrigues, novo secretário-geral do Sindicato Independente dos Médicos, conversou com o HealthNews sobre a sua carreira, a atividade sindical, os objetivos do SIM no triénio 2024-2027, as relações com o Ministério da Saúde e o Serviço Nacional de Saúde. O Sindicato Independente dos Médicos tem propostas para aumentar o acesso dos portugueses à saúde e quer que até 2 de junho estas sejam analisadas e consideradas para o plano de emergência.

HealthNews (HN) – A medicina foi sempre um objetivo de carreira?

Nuno Rodrigues (NR) – Desde criança não. Só mais tarde, quando comecei a ter aulas de biologia humana, é que comecei a ver que a medicina poderia ser uma opção para mim. Por outro lado, também sempre gostei da parte da gestão e dos números e, portanto, mais tarde optei pela área da saúde pública.

HN – O que é que o fascina na saúde pública?

NR – Na saúde pública, a área de atividade não é o indivíduo, mas sim a população. A possibilidade de ajudar um grande número de pessoas ao mesmo tempo, sem ser individualmente, foi isso, principalmente, que me cativou. Podermos ativar processos de promoção da saúde e de prevenção da doença em larga escala é uma opção mais eficiente do que tratar depois o problema. Foi por isso que fiz esta escolha.

HN – A covid-19 foi o maior desafio da sua carreira? Enquanto médico de saúde pública e, também, tendo em conta que, no período pandémico, era coordenador do Grupo Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, no Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul.

NR – Eu aqui diferenciaria a covid-19 do programa de prevenção e resistência aos antimicrobianos. O Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos é um programa prioritário em Portugal, desde logo porque temos das taxas mais altas de resistência aos antimicrobianos e, portanto, todo o trabalho

que possa ser feito na área de prevenção de infecções, nomeadamente hospitalares, que tem múltiplas resistências, vai permitir aos clínicos usarem melhor os antibióticos – ou seja, poupando dinheiro e, principalmente (e esta é a parte mais importante), reduzindo os internamentos por microrganismos resistentes.

Relativamente à segunda parte, certamente, a resposta à pandemia covid-19 foi o maior desafio, mas é algo que nós em saúde pública temos de estar preparados: estar prontos para dar uma resposta em termos de planeamento e em termos de proteção das pessoas; fazer o rastreio de contactos; eliminar cadeias de transmissão. Temos de estar sempre preparados uma vez que nunca sabemos quando é que será a próxima pandemia. Mas, sem dúvida, devido ao volume de trabalho e à falta de recursos humanos na própria saúde pública, foi o maior desafio.

HN – Concluiu igualmente uma Pós-Graduação em Gestão e Administração de Unidades de Saúde. O que é que o motivou?

NR – Em determinados momentos da nossa carreira, e em que vamos assumir determinadas posições, devemos adaptar-nos e fazer formações adequadas aos cargos. Sentia que havia essa necessidade de complementar a minha formação com esta pós-graduação. A partir do momento em que lideramos equipas, em que temos de tomar decisões importantes, fora do âmbito estrito da medicina, é importante termos conhecimentos específicos.

HN – Quando é que decidiu iniciar a sua atividade sindical e porquê?

NR – A minha atividade sindical iniciou-se há cerca de 11 anos, primeiramente como associado, mas havia necessidade de, dentro do sindicato, inicialmente, desenvolver as medidas que eram necessárias à defesa dos trabalhadores na área da minha especialidade, e, portanto, comecei por ser o presidente da Comissão Nacional de Saúde Pública do SIM. Posteriormente, uma vez que

tenho esta perspetiva global dos problemas, sendo de saúde pública, os meus colegas entenderam que faria sentido passar para uma área mais abrangente, que era o Secretariado Regional de Lisboa e Vale do Tejo. E, portanto, cumpri também um mandato como secretário regional e, posteriormente, integrei o Secretariado Nacional, que é o órgão máximo deliberativo do SIM. Fiz dois mandatos dentro do Secretariado Nacional e agora assumi, após o Dr. Jorge Roque da Cunha, o cargo de secretário-geral.

HN – Quais são os principais desafios e objetivos do SIM no triénio 2024-2027?

NR – Os principais objetivos são a melhoria dos salários, a progressão na carreira médica e a melhoria das condições de trabalho. Nesses três campos insere-se a grande fatia da nossa atividade. Relativamente aos salários, o objetivo é ir além do acordo do ano passado: é ter outro acordo, com este Governo, de mais 15% em relação ao atual valor.

Relativamente à carreira são precisas mais coisas. Mais de 50% dos médicos estão na primeira categoria da carreira. Não é com expectativas baixas de progressão na carreira que se vai cativar os médicos para o SNS. Tanto no número de concursos que abrem como na valorização dos médicos e na sua avaliação, nomeadamente do SIADAP, tem de haver alterações. Mais de 70% dos médicos nunca fizeram uma avaliação de desempenho e por isso estão na mesma posição da carreira; porque o SIADAP é um processo altamente burocrático, em que é preciso estabelecer indicadores, e as administrações hospitalares têm-se escusado a fazer este trabalho.

Relativamente às condições de trabalho, a margem de melhoria é muito ampla: instalações adequadas, tecnologia apropriada para a prática da melhor medicina, autonomia das equipas para se organizarem, flexibilidade nos horários para serem compatíveis com a vida familiar, excesso de horas de trabalho, nomeadamente em serviço de urgência, e, recorde, os médicos são a única

carreira da administração pública que tem um horário semanal de quarenta horas.

Os desafios são sempre muito grandes. Desde logo, este é um governo minoritário, pelo que terá de negociar com outras forças no parlamento as medidas para o orçamento ser aprovado. Segundo, há sempre a criação de um ruído relativamente aos profissionais de saúde que os trata como meros funcionários públicos administrativos e burocratas, e nós não queremos isso. Nós, médicos, queremos fazer prática clínica, não queremos estar agarrados a papéis e a burocracias inúteis.

O terceiro desafio diria que será a convergência, mesmo em termos europeus, do valor da nossa diferenciação técnica. Neste momento, temos salários que não correspondem à nossa diferenciação técnica. É muito importante, se realmente queremos médicos no SNS, se realmente queremos médicos dedicados,

motivados, que o seu salário corresponda à sua diferenciação técnica e à formação que os médicos têm. Neste momento, o Estado não paga qualquer tipo de formação aos seus médicos. Dá-lhes dias para eles fazerem as suas formações, mas não investe nas suas formações. Era necessário também que o Estado conseguisse ter um plano organizado em termos formativos para aquilo que pretende que seja a força de trabalho médico, e não que sejam somente os médicos a suportar todo o custo da sua formação.

HN – Inicia esta semana as negociações com o Ministério da Saúde. O que é que espera do novo Governo e, nomeadamente, da ministra da Saúde?

NR – Espero uma postura de diálogo. A ministra é uma pessoa que conhece o setor, já foi inclusive presidente do conselho de administração de um dos maiores hospitais do país, portanto saberá



bem quais os desafios e problemas que a esperam. Se houver essa capacidade de diálogo, se houver realmente vontade de resolver os problemas e capacidade de demonstrar ao Ministério das Finanças e ao primeiro-ministro a necessidade de investimento no SNS, penso que estamos no bom caminho. Se não houver essa capacidade, se não houver perspectivas de futuro, aí, naturalmente, o sindicato terá de fazer uma reflexão e ver quais é que são as opções para conseguir garantir melhorias para os médicos, bem como para a qualidade e o acesso dos cidadãos à saúde.

Temos propostas para apresentar nesse âmbito. Queremos que até 2 de junho essas propostas sejam analisadas e consideradas para o plano de emergência em saúde para que seja garantido o acesso dos portugueses à saúde, nomeadamente dos que neste momento têm muito pouco acesso, que são os que não têm médico de família, e dos que tendo acesso têm de esperar anos por uma consulta ou por uma cirurgia. Nós temos propostas para aumentar esse acesso, temos propostas para retirar carga burocrática, nomeadamente dos médicos de família.

HN – O HealthNews assinalou o Dia Mundial da Saúde com um webinar intitulado “SNS: sim, é possível!”. É possível ter um SNS forte e capaz de cumprir a sua missão?

NR – Nós achamos que sim e lutamos todos os dias para que isso aconteça. Nós queremos um SNS mais competitivo e mais eficiente. No que não conseguir dar resposta nós não vemos problema em que, supletivamente, os setores privado e social sejam capazes de ajudar o SNS; mas não esquecer que o SNS e o setor privado e social competem pelos mesmos recursos humanos. O que nós sempre dissemos é que a contratação coletiva é a forma mais barata de o Estado conseguir os recursos médicos de que precisa. Toda a gente sabe que os vencimentos dos médicos no privado são superiores e, por isso, sabemos que o Estado, ao fazer contratação coletiva, ao dar boas condições de trabalho aos seus profissionais, vai conseguir de forma mais

barata que os portugueses tenham uma garantia de acesso à saúde.

HN – Perguntei-lhe o que é que espera do Governo. Para terminar, pergunto-lhe o que é que o Governo, os médicos e os doentes podem esperar do Sindicato Independente dos Médicos.

NR – O Governo pode esperar seriedade, credibilidade e transparência do Sindicato Independente dos Médicos. Já assinámos 38 acordos com os mais diversos governos, com o setor privado e com o setor social e, portanto, estamos dispostos ao diálogo. Vamos ouvir as propostas do governo e a sua perspectiva de futuro. Somos um sindicato totalmente independente, não nos regemos por quaisquer questões partidárias e, portanto, estamos dispostos a negociar a todo o momento.

Relativamente aos doentes, o que podem contar é que o SIM vai garantir, através do aumento dos salários e das condições de trabalho, uma força de trabalho médica estável para os portugueses. E quando digo estável é termos mais médicos de família que acompanham desde o nascimento até à morte o percurso dos seus utentes; médicos que têm disponibilidade, que não estão cansados de fazer horas extraordinárias no serviço de urgência e conseguem sentir-se valorizados para fazer mais consultas, mais cirurgias, de forma dedicada. Se nós conseguirmos essa estabilidade nos recursos humanos, e nomeadamente dos médicos, conseguiremos certamente aumentar o acesso à saúde dos portugueses.

Para os meus colegas o mais importante é que eles se possam concentrar apenas naquilo que nós sabemos fazer bem, que é ver os doentes e tratá-los, e conseguirmos que a promoção da saúde neste país tenha um investimento maior. Sabemos que somos dos países com menos investimento na promoção da saúde e prevenção da doença. Conseguirmos isto será bom para o Governo, para os médicos e para os portugueses.

Entrevista de Rita Antunes



Maria José Sousa sobre o Avantect: "Consegue detetar uma massa do tamanho de uma ervilha"

"Avantect" é o nome do novo teste da Germano de Sousa desenvolvido para o diagnóstico precoce do cancro pancreático. Em entrevista ao HealthNews, a administradora do grupo explica como funciona o teste, alertando para a elevada taxa de mortalidade da doença.



HealthNews (HN) - O que é e como funciona o teste Avantect?

Maria José Rego de Sousa (MJS) – O Avantect é um teste de biopsia líquida para a deteção precoce da eventual presença de cancro do pâncreas, implicando apenas a colheita de sangue periférico do doente.

HN – De que forma o Avantect vem mudar o paradigma da deteção do cancro pancreático?

MJS – O teste consegue detetar precocemente a presença de cancro do pâncreas. A sensibilidade do Avantect é muito superior à sensibilidade dos exames de imagem. Ou seja, este teste consegue detetar uma massa do tamanho de uma ervilha. Apesar da baixa prevalência, este é um cancro que apresenta uma elevada mortalidade. Sendo que habitualmente só é detetado após o aparecimento de sintomas e por exames de imagem, quando o cancro se encontra no estágio III ou IV. Nestas circunstâncias a sobrevida aos 5 anos não ultrapassa os 3%. É preciso frisar que o cancro pancreático é a terceira causa de morte por cancro nos Estados Unidos e prevê-se que seja a segunda causa de morte em 2030. Portanto, só vai ser possível mudar o paradigma da sobrevida a cinco anos, se evoluirmos para a deteção precoce do cancro pancreático.

HN – Qual a importância do Avantect incluir no seu algoritmo o aparecimento de diabetes tipo 2?

MJS – Em termos biológicos, ainda não se sabe bem o que está primeiro: se é a diabetes, recente e precoce, que aparece devido ao cancro pancreático ou é a diabetes que tem um papel importante no desenvolvimento deste tipo de cancro. Apesar desta questão ainda não estar clara, a realidade é que doentes com diabetes tipo 2 têm um risco de 6 a 8 vezes maior de serem

diagnosticados com cancro do pâncreas.

HN – Quem pode aceder a este novo teste? Qual o universo de condições clínicas e etário para os quais é recomendado o Avantect?

MJS – Qualquer pessoa pode aceder a este novo teste. No entanto, a população que está mais bem estudada, para dar resultados com enorme fiabilidade, são os doentes com diabetes tipo 2. Portanto, o teste pode ser feito por pessoas com diabetes ou também por pessoas com cancro do pâncreas na sua história familiar.

HN – Encontra-se convencionado com o SNS?

MJS – Não. É um teste que acabou de sair agora para o mercado... Mas se seria importante? Claro que seria importante que fosse convencionado, uma vez que muda o caso individual da sobrevida do doente.

HN – Qual a mensagem que gostaria de deixar aos doentes e aos profissionais de saúde?

MJS – Aos profissionais de saúde gostaria de lembrar a importância de estarem atualizados em relação aos novos desenvolvimentos. É importante manterem a confiança nos laboratórios, pois somos muitas vezes a fonte da nova tecnologia que surge. Hoje em dia, temos muita tecnologia a ser lançada para o mercado, com muito valor, e é preciso escolher os laboratórios certos.

Entrevista de Vaishaly Camões

Stephan Peters sobre o Nutri-Score: "Não há evidências da sua eficácia na vida real"

Nutri-Score: Uma mais-valia ou uma ferramenta meramente ilusória? As opiniões sobre este sistema de classificação nutricional divide especialistas europeus. Há quem aponte o rótulo nutricional de 5 cores como um sistema útil para os consumidores poderem conhecer o valor nutricional geral dos produtos. No entanto, há quem aponte falhas "devido à sua falta de fundamentação científica". Este foi o caso do investigador neerlandês Stephan Peters, da Dutch Dairy Association, que falou à HealthNews sobre o assunto.

HealthNews (HN) – O Governo Português anunciou, no passado dia 4 de abril, a adoção do sistema Nutri-Score. Uma medida aplaudida pela principal organização de defesa dos consumidores portugueses, a DECO-Protteste. Como vê esta decisão?

Stephan Peters (SP) – Em 2018, as organizações de consumidores europeias decidiram que existe uma necessidade de um logotipo europeu de fácil identificação nos rótulos dos alimentos. Na altura, o Nutri-Score, um sistema de rotulagem frontal de alimentos (FOPL) foi desenvolvido em França. Este FOPL foi acolhido pelas organizações

de consumidores da União Europeia. À exceção do Nordic Keyhole, não havia outro FOPL aparentemente bom disponível. As organizações de consumidores são um grupo poderoso de pressão nos países da UE. No entanto, ignoraram as críticas científicas ao Nutri-Score e basearam-se apenas nos dados e estudos próprios realizados pela Nutri-Score em Paris, França.

HN – Reputados KOL secundaram o Governo, apontando vantagens ao Nutri-score? Como se explica?

SP – Não há consenso científico sobre a eficácia do Nutri-Score. Na verdade, na maioria dos países, a introdução do Nutri-Score tem causado divisões entre cientistas e, por vezes, autoridades alimentares. Em Espanha, há listas com cientistas que apoiam publicamente o Nutri-Score e igualmente listas com aqueles que são contra. Na Itália e nos Países Baixos, quase todos os cientistas não apoiam o Nutri-Score. Na Polónia também, existe discordância. Apenas em França parece haver consenso no apoio ao Nutri-Score. No entanto, conforme me foi relatado por vários jornalistas, os cientistas que não apoiam o Nutri-Score em França não se manifestam, pois sentem que não é seguro fazê-lo publicamente devido à dominância dos desenvolvedores do Nutri-Score no debate. Finalmente, em Portugal, nos últimos dias, a Ordem dos Engenheiros pronunciou-se contra o Nutri-Score devido à sua falta de

fundamentação científica.

HN – O Nutri-Score é, de facto, a “medida” padrão para informar sobre os parâmetros nutricionais dos alimentos?

SP – Não, não é possível. Os alimentos têm diferentes efeitos na saúde e diferentes composições de numerosos nutrientes (essenciais). É impossível criar perfis de nutrientes para distinguir alimentos saudáveis de alimentos não saudáveis. A Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos (EFSA), independente, fez duas tentativas de definir perfis de nutrientes. Tanto em 2006 como em 2022, não conseguiram chegar a uma conclusão. O algoritmo por trás do Nutri-Score pode ser considerado como um perfil de nutrientes, mas o problema é que é calculado com base numa quantidade muito limitada de nutrientes. Portanto, é inadequado utilizá-lo como um instrumento válido para definir alimentos como saudáveis ou não saudáveis.

HN – Considera que, no seu atual estágio de desenvolvimento, o Nutri-Score pode ser aplicado em Portugal?

SP – Nós apenas analisamos os estudos científicos por trás da validação e eficácia do Nutri-Score. Descobrimos que faltam partes essenciais de fundamentação científica, especialmente no parâmetro mais importante: não há evidências da sua eficácia na vida real. Além disso, também descobrimos que, ao comparar o Nutri-Score com o algoritmo renovado e as diretrizes alimentares baseadas em alimentos, pelo menos 20% dos produtos no supermercado exibirão um Nutri-Score incorreto. Isso representa uma margem de erro muito grande.

HN – Mas a verdade é que já foi adotado em outros países...

SP – Apenas em seis países (França, Bélgica, Luxemburgo, Alemanha, Países Baixos e Portugal) de uma UE com 27 membros. Mas em todos os países (exceto a França), o Nutri-Score foi introduzido após muitos debates e controvérsias. Foi o poder das organizações de consumidores, não a comunidade científica, que levou à introdução do Nutri-Score. Talvez seja interessante mencionar que em alguns países há algum arrependimento sobre a introdução do Nutri-Score, como por exemplo, na Suíça, onde ambas as



Câmaras do Parlamento concordaram em março deste ano que o governo deve rever o seu uso, o que poderia levar à proibição do Nutri-Score. Em Espanha também houve uma enorme resistência política contra o Nutri-Score. O Senado espanhol adotou por unanimidade uma moção para bloquear a introdução do Nutri-Score no país em outubro de 2021. O único Ministro que defendia a sua introdução, o Ministro Garzón de Assuntos do Consumidor, já não está no governo. Assim, a Espanha não adotou oficialmente o Nutri-Score e não tem planos para isso, a menos que haja consenso na UE.

HN – Fala-se de viés, na apresentação dos resultados dos estudos que suportam o Nutri-Score, designadamente que a maioria dos artigos de investigação a favor do Nutri-Score são escritos por aqueles que estão diretamente envolvidos na sua criação. É assim mesmo?

SP – Sim, definitivamente. Em quatro níveis: 1. A própria fundamentação científica. 2. Os relatórios de avaliação sobre o Nutri-Score, 3. A atualização do algoritmo e 4. O processo de revisão por pares dos artigos científicos sobre o Nutri-Score.

- A fundamentação científica:

Nos nossos estudos demonstramos que a fundamentação científica do Nutri-Score não é suficientemente fundamentada para introduzir o Nutri-Score como um logotipo eficiente na parte frontal das embalagens. A questão crítica é que, embora a fundamentação teórica do Nutri-Score seja suficiente, há uma falta de evidências de que funcione num supermercado do mundo real. Os estudos de supermercado do mundo real são escassos e não mostram um efeito negativo nas compras. Além disso, encontramos um viés de publicação a favor do Nutri-Score, porque a maioria dos estudos favoráveis foi realizada pela equipa que desenvolveu o Nutri-Score. Enquanto, por outro lado, a maioria dos estudos desfavoráveis foi realizada independentemente

da equipa por trás do Nutri-Score. Claro, essa observação levou a um debate com os criadores do Nutri-Score. Ironicamente, mas essencialmente, eles confirmaram nossas observações: há um claro viés de publicação por trás do Nutri-Score.

- Relatórios de avaliação:

Os criadores do Nutri-Score e as organizações de consumidores referem-se a avaliações científicas de autoridades científicas independentes, como a WHO/IARC, que concluem positivamente sobre o Nutri-Score. No entanto, se olharmos para os agradecimentos, veremos que o relatório foi escrito pelos próprios criadores do Nutri-Score. Além disso, existe um artigo "apoiado por 400 cientistas" sem uma visão geral da validação científica do Nutri-Score. Esses cientistas foram solicitados a apoiar um apelo para tornar o Nutri-Score obrigatório na Europa com base nessa revisão. No entanto, esta revisão também foi escrita pelos criadores do Nutri-Score, sem mencionar estudos desfavoráveis. Isso potencialmente compromete os signatários de apoio.

- Atualização do algoritmo inadequado:

Houve muitas críticas sobre o algoritmo multi-nutriente por trás do Nutri-Score. Portanto, políticos solicitaram a um comité científico para atualizar o algoritmo para torná-lo mais alinhado com as diretrizes alimentares baseadas em alimentos. Esta foi a única oportunidade, até agora, para corrigir todas as falhas por trás do Nutri-Score. No entanto, o comité foi presidido por um dos membros da equipa dos criadores do Nutri-Score.

Diante de tudo isso, questionamos a situação atual em que o desenvolvimento científico, a avaliação do desenvolvimento científico e a correção dos



Crédito da imagem: nodar77, ENVATO

erros no algoritmo devem ser conduzidos por um único grupo. Sugerimos que uma autoridade científica alimentar independente avalie a ciência por trás do Nutri-Score. Na Europa, isso seria a EFSA, a Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos.

Finalmente, e talvez ainda mais importante, no processo de revisão por pares científicos, quase todos os estudos sobre rótulos frontais de alimentos são oferecidos para revisão aos cientistas por trás do Nutri-Score. Aqui também, eles têm influência na publicação de mais estudos positivos e na rejeição de estudos negativos. Alguns grupos científicos já experienciaram isso. Eu mesmo já vivenciei isso e também observei isso ao revisar artigos sobre logotipos de rótulos frontais.

HN – Que medidas de combate à obesidade recomenda à falta de validação do Nutri-Score?

SP – O desenvolvimento da obesidade numa população tem origens multifatoriais. Não sabemos exatamente quais são os impulsionadores por trás da obesidade em populações. No entanto, o aumento da obesidade é alarmante em alguns

países. Nutricionistas e cientistas de alimentos observam isso e emitem sinais de alerta. Todos nós queremos reverter a prevalência da obesidade nos nossos países. Existem muitas intervenções imagináveis. Podemos mudar o ambiente alimentar ao reduzir a prevalência de restaurantes de *fast-food* perto das escolas; podemos introduzir impostos sobre as bebidas açucaradas ou logotipos na parte frontal das embalagens. Estes são apenas alguns exemplos. Precisamos de várias intervenções em operação simultaneamente. O problema é que não conhecemos a eficácia da maioria dessas intervenções ainda. Portanto, precisamos de investir em estudos confiáveis para determinar quais intervenções são as melhores para mudar a curva da obesidade. Já sabemos que, de todas as medidas possíveis, os logotipos na parte frontal das embalagens são os menos eficazes. Portanto, ao escolher um logotipo na parte frontal das embalagens, devemos adiar a introdução até termos certeza de que são eficazes. E este é o problema com o Nutri-Score: com toda a honestidade, não sabemos qual impacto ele tem na vida real.

Entrevista de Vaishaly Camões



Ana Paula Martins reuniu com as associações de doentes no passado dia 19 de abril. Em entrevista, o presidente da Plataforma Saúde em Diálogo, Jaime Melancia, faz o balanço desse encontro e partilha as necessidades e expectativas dos doentes.

HealthNews (HN) – O facto de a ministra da Saúde ter reunido primeiro com as associações de doentes (Plataforma Saúde em Diálogo e RD-Portugal) é um sinal positivo?

Jaime Melancia (JM) – Sim, sem dúvida que é. Ao longo destes anos em que andamos nestas lutas reivindicativas daquilo que são os nossos direitos enquanto utentes do sistema de saúde tem-se falado muito em pôr o doente no centro. Eu e os meus parceiros das associações de doentes temos referido como metáfora a imagem de rotunda. Parece que o doente está no centro, gira tudo à volta dele, mas não participa em nada. Ultimamente, temos assistido a uma intenção de pôr o doente realmente no centro, mas já fomos para além daquela quase obrigação de convocarem as associações de doentes para participarem nos eventos e nalgumas reuniões. Já tínhamos trabalhado com a ministra enquanto bastonária da Ordem dos Farmacêuticos e também como presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, portanto tínhamos uma boa impressão da Professora Ana Paula Martins quanto à vontade de que as associações de doentes realmente participem nas decisões em saúde. Como tal, vimos com muito agrado estas reuniões. Mas mais importante do que isso foi a vontade que vimos da parte da senhora ministra em avançar realmente com algo que para nós é muito importante.

Temos muitas preocupações nesta gestão da doença crónica, porque o nosso sistema de saúde foi criado muito à imagem da doença aguda, das urgências. Estamos muito virados para esta organização no processo e não no utente. Fala-se que quatro milhões de portugueses têm pelo menos uma doença crónica e, portanto, a doença crónica vai estar muito presente no sistema de saúde. Daí haver a necessidade de que esta reorganização tenha em atenção o doente crónico, porque é ele o grande consumidor dos recursos do sistema de saúde, e, por outro lado, também ter esta noção de que doentes crónicos bem tratados são pessoas com as mesmas capacidades do que os outros e que podem trazer um retorno para a sociedade desse investimento que é feito em tratar bem as pessoas – nos diagnósticos atempados, nos tratamentos adequados. E de uma maneira que todo o país tenha as mesmas condições de acesso a cuidados de saúde, que estão muito concentrados nas grandes cidades, Lisboa, Porto e Coimbra, e muitos dos doentes que estão fora desses grandes centros têm grandes dificuldades no acesso às consultas e, conseqüentemente, aos tratamentos. Esta foi uma das primeiras questões que abordámos na reunião.

HN – Nessa reunião, que preocupações e mensagens foram transmitidas à ministra Ana Paula Martins?

JM – Focámo-nos naquilo que foi já uma conquista na legislatura anterior, não diretamente da Plataforma Saúde em Diálogo, mas que também apoiamos: a criação de um grupo de trabalho para analisar um documento conduzido pela Federação Nacional das Associações de Doenças Crónicas (FENDOC), que será a base para um Estatuto do Doente Crónico. Isto vai permitir que seja tida em conta toda esta problemática, que tem que ver não só com a parte da saúde, mas também com a parte social e do trabalho. Para isso, também achamos que é importante a questão da implementação do registo único de dados em saúde. No fundo, aquilo que já está a ser trabalhado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Esta questão foi muito recentemente aprovada no Parlamento Europeu, e em qualquer país da União Europeia vamos poder dar acesso aos nossos dados

Jaime Melancia: Estatuto do Doente Crónico operacional em 2025

clínicos para podermos ser tratados devidamente. Tudo isto traz-nos grandes benefícios também internamente, porque tendo acesso a esses dados clínicos, tanto nas unidades públicas como nas privadas, haverá uma grande poupança de recursos com os meios de diagnóstico, que muitas vezes são duplicados sem necessidade. Isto irá facilitar a circulação dos utentes entre unidades de saúde e entre os vários níveis de cuidados, otimizando a sua jornada, evitando lapsos e redundâncias e otimizando ainda os resultados em saúde. Há uma promessa de que em 2025 estará em funcionamento. Esperemos que sim, porque isso é bom para nós, obviamente, mas também para o sistema, que ficará muito mais bem organizado com essa base de trabalho, permitindo que haja também melhores condições de acesso para os utentes do sistema de saúde.

Falou-se de outras situações também e que têm que ver com a parte da comunicação. Achamos que se comunica mal em saúde. Muitas vezes as pessoas recorrem a outros meios de informação, muito disponíveis na internet, mas cuja informação não é fidedigna. Toda a área da saúde devia comunicar numa linguagem simples, que as pessoas entendam e nos meios a que as pessoas geralmente têm acesso, consoante o público-alvo dessas mensagens. E as associações de doentes podem colaborar no desenho dessas campanhas de comunicação. É importante que haja uma comunicação boa em saúde daquilo que são os rastreios, da prevenção. É um trabalho fundamental porque vamos evitar que essas pessoas recorram mais tarde aos serviços de saúde. Também temos uma quota-parte de culpa nisso: os nossos estilos de vida têm de ser cada vez mais saudáveis para que, realmente, venhamos a ter uma longevidade saudável e não andemos a consumir recursos do sistema de saúde.

Também falámos com a ministra sobre o regime de dispensa em proximidade dos medicamentos de fornecimento hospitalar. Foi algo regulamentado no princípio deste ano e agora os hospitais têm

de dar resposta de acordo com a lei porque esta é uma medida importantíssima para as pessoas. Esperamos que não sejam criadas entropias ao processo. Isto já está a ser feito em alguns hospitais, mas esperamos que agora se estenda a todos os hospitais para que todos possamos vir a beneficiar disso.

HN – Em sentido inverso, que mensagens transmitiu a ministra? Quais são as prioridades de Ana Paula Martins?

JM – A ministra ainda está a tomar conta de todas as preocupações que já vinham de trás. A Plataforma Saúde em Diálogo já estava a trabalhar com a Direção Executiva do SNS, já estava numa comissão de humanização dos cuidados de saúde, numa comissão de organização do plano de comunicação dos rastreios oncológicos para o segundo semestre. O Professor Fernando Araújo pediu-nos e nós correspondemos com uma proposta de modelo de funcionamento e composição do Conselho Consultivo da Direção Executiva do SNS. Independentemente de quem possa ficar à frente da Direção Executiva, esperamos que o trabalho que tem sido feito até agora tenha alguma continuidade, pelo menos neste aspeto da participação ativa das associações de doentes e, concretamente, da Plataforma Saúde em Diálogo nestas comissões e conselhos consultivos, para que possamos transmitir as nossas necessidades, as nossas preocupações, que podem ajudar a que a reorganização do sistema que está a ser feita com as Unidades Locais de Saúde, mais à esquerda ou mais à direita, venha em benefício de um sistema que permita que as pessoas sejam também tratadas a tempo e horas. Isso vai trazer qualidade de vida e, ao trazer qualidade de vida para os doentes, vai trazer retorno para a sociedade. Fala-se muito em gastos em saúde e pouco no retorno que isso traz para a sociedade, porque um doente bem tratado é mais produtivo, é menos absentista, as famílias são mais felizes, são mais consumidoras. Tudo isto são aspetos positivos para a sociedade e, por outro

lado, também para o próprio sistema de saúde, porque não vamos ter outras comorbilidades, muitas vezes associadas às doenças crónicas, que nos levam ao hospital e trazem mais encargos para o sistema.

HN – O que esperam do novo governo e dos profissionais e instituições de saúde?

JM – Vou começar pelos profissionais de saúde. Raros são os doentes que se queixam do profissional de saúde. A queixa que mais ouvimos é o pouco tempo que o médico despende com o doente, e isso muitas vezes é fundamental para a eficácia do tratamento, para o bem-estar das pessoas, do ponto de vista não só da sua doença, mas de toda a parte da saúde mental, que hoje está muito em foco, e muito bem, porque muitas destas doenças têm sempre associado um forte estigma social ou, pelo menos, uma situação em que as pessoas muitas vezes entram em depressões, em perturbações da ansiedade, que vêm agravar a sua pouca qualidade de vida se não forem devidamente tratadas. Portanto, não é por aí. É mais pela parte da reorganização.

Eu não posso ir a um hospital para uma consulta hoje, percorrer 100 quilómetros de distância e ter de voltar amanhã para um tratamento, por exemplo. Este tipo de organização não faz sentido nenhum. As Unidades Locais de Saúde vinham melhorar um pouco isto, esta integração entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares permitiria uma melhor sincronização de todos estes atos médicos. Aquilo que esperamos é que não voltemos à estaca zero, que readaptemos aquilo de acordo com as políticas de saúde deste novo governo, mas que não deitemos fora aquilo que foi feito até agora, que foi de alguma maneira consensual. É evidente que sentimos que há falta de médicos, de especialistas em muitos locais do país, as condições de acessibilidade dos doentes crónicos variam muito. Há bons exemplos de coisas muito bem feitas que muitas vezes há dificuldade em replicar e não conseguimos perceber porquê. O que vimos da parte da ministra, e isso deu-nos algum alento, é que ela quer ir para a frente com decisões, que os doentes estejam incluídos nestas decisões e que

haja uma interação entre o Ministério da Saúde e as associações de doentes, para que se possa reorganizar as coisas pondo o doente no centro, mas que haja esta ligação entre aquilo que circula à volta e o doente, que o sistema consiga ir ao centro da rotunda interagir com os doentes.

Outro caminho que a ministra vê com bons olhos são estes centros de responsabilidade integrada (CRI). As consultas multidisciplinares são fundamentais, porque uma doença crónica tem uma série de outras comorbilidades associadas. Isso implica que todos os profissionais de saúde tenham acesso à mesma informação. Daí a importância do registo único de dados em saúde. Estes centros de responsabilidade integrada, apesar de terem sido criados na legislatura anterior, foram um grande avanço para aumentar a acessibilidade e dar resposta às listas de espera e por isso são uma aposta ganha. Foi isso que nos foi transmitido pela ministra. Isso é muito importante para os doentes crónicos.

HN – Têm um projeto na área do envelhecimento saudável, com foco na saúde mental, designado “Projeto Saúde Mental 360º Algarve”, cujo impacto será avaliado pela Escola Nacional de Saúde Pública. Em que consiste e quais são os objetivos do projeto?

JM – Vem na continuidade do projeto de inovação social anterior, que era o Espaço Saúde 360º Algarve. A Plataforma Saúde em Diálogo dispõe de um espaço no Algarve, cedido pelo Hospital de Faro, onde desenvolve, há mais de 15 anos, projetos de promoção de estilos de vida saudável e combate ao isolamento junto da população mais sénior, através da colaboração com uma série de parceiros locais, com as nossas associações de doentes e promotores de saúde. Em 2020, e aproveitando toda esta experiência no terreno e considerando as características sociodemográficas e os indicadores de saúde da região algarvia, pensámos que seria o momento de dar um passo em frente e avançar com uma candidatura ao Portugal Inovação Social. É assim que surge o “Espaço Saúde 360º Algarve”, com um objetivo muito claro: dar resposta a um problema social com elevada prevalência nacional

e regional, principalmente junto da população idosa vulnerável – a iliteracia em saúde, através de um conjunto de atividades de promoção da saúde e gestão da doença e de uma abordagem personalizada, integrada e centrada no cidadão, com avaliação do impacto na qualidade de vida. Foi um projeto realizado entre setembro 2022 e junho 2023 em colaboração estreita com as autarquias locais de sete concelhos algarvios, tendo envolvido 780 cidadãos idosos que realizaram mais de 1800 atividades ao longo de mais de dois anos. Contámos ainda com 15 farmácias parcerias que realizaram cerca de 70 serviços de revisão de medicamentos aos cidadãos polimedicados que quiseram usufruir do serviço.

O projeto superou as métricas a que se propôs, tendo havido um aumento da qualidade de vida de todos os participantes (em pelo menos 5%), sendo que para aqueles que permaneceram mais tempo no projeto (24 meses) esse aumento foi superior a 10%.

Isto, claro, deu-nos ânimo para continuar com estas iniciativas no terreno e até replicá-las noutros territórios de baixa densidade demográfica, marcados por um forte índice de envelhecimento e isolamento social. Mas para isso temos sempre de ter financiamento.

Tendo em conta os resultados do anterior projeto e tendo sido identificados pela equipa casos de pessoas idosas com doença mental ou que apresentavam um risco elevado de vir a ter doença mental ou demência, pensámos que era essencial continuar a causar impacto na comunidade, dando resposta a um problema de saúde maior da população portuguesa e da população que apoiamos (idosos vulneráveis), e que se reveste de um elevado impacto social e económico – a doença mental. E foi assim que avançámos com o projeto seguinte: “Saúde Mental 360º Algarve”, que conta, em parte, com apoio financeiro da Fundação Belmiro de Azevedo. O projeto está no terreno desde setembro e decorre até fevereiro de 2025 em três concelhos algarvios, cujos municípios também já apoiam a iniciativa. A ideia é, à luz do modelo da “prescrição social”, disponibilizar respostas de saúde mental direcionadas para a

comunidade idosa vulnerável, através de atividades de capacitação e promoção do envelhecimento ativo e saudável, com foco na saúde mental (depressão, declínio cognitivo e prevenção do suicídio). No final, e com apoio da Escola Nacional de Saúde Pública, iremos avaliar o impacto da intervenção no bem-estar mental e na qualidade de vida destes participantes.

HN – Portugal tem sabido gerir os desafios do envelhecimento populacional?

JM – Faz parte de quem anda nestas lutas da representatividade dos doentes: temos sempre de nos queixar. Infelizmente, não haverá sociedades ideais. Mas também parte muito de nós não estarmos sempre à espera de que nos resolvam os problemas. Enquanto organizações da sociedade, temos de propor soluções e integrá-las. São processos complicados porque as pessoas com mais idade também são muitas vezes aquelas com maior dificuldade no acesso à informação. A comunicação é fundamental. Muitas vezes ficamos nestas bolhas urbanas e esquecemo-nos de que há pessoas que nem sequer têm um telemóvel para fazer chamadas. A integração entre a parte da saúde e a parte social é fundamental. Se nós, hoje, já fazemos o nosso IRS por meios digitais e aqueles que não podem têm uma junta de freguesia que os ajuda, têm uma ação social que os pode ajudar, na área do envelhecimento também devemos ter esta integração entre os cuidados de saúde e a ação social para que toda a gente possa ter acesso ao conhecimento. É também essencial zelar pela saúde destes cidadãos, para que preservem a sua autonomia e as suas capacidades durante mais tempo, sendo crucial a implementação de medidas capazes de preservar a capacidade de as pessoas idosas se manterem nas suas casas, com autonomia e com qualidade de vida. É uma responsabilidade do Estado zelar por isso. Há pouco falei do Estatuto do Doente Crónico. Saúde, social e trabalho: é importante que tudo isto esteja integrado para que haja uma resposta integrada também. Tudo isto é importante para que as pessoas tenham uma qualidade de vida mesmo quando estão mais idosas.

Entrevista de Rita Antunes

Miguel Pavão: "Fui o orquestrador do processo de transformação da profissão dos dentistas"



HealthNews (HN) – Anunciou a sua recandidatura para bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas. Qual o balanço que faz o seu mandato?

Miguel Pavão (MP) – O balanço é positivo. Durante o meu mandato atravessámos um período difícil, complexo e anómalo, como foi o caso da pandemia da Covid-19. Foi uma altura que não nos permitiu ter foco em matérias que considerávamos essenciais, como a saúde oral. No entanto, apesar das dificuldades viemos a conseguir um salto muito positivo nesta área. Não podemos esquecer que qualquer pessoa que ocupa um cargo como bastonário está sempre dependente da conjuntura política.

HN – Foi no seu mandato que se deram profundas alterações na saúde... Em 2022, Marta Temido apresentou a demissão e Manuel Pizarro tomou posse como ministro da Saúde. Considera que esta transição foi positiva?

MP – Tenho de reconhecer que a alternância de poder no Ministério da Saúde foi favorável. O facto de ter havido, mais tarde, a nomeação de pessoas para a área da saúde oral na Direção-Executiva do Serviço Nacional e na Direção-Geral da Saúde foi muito positivo. Considero que foi também mérito do nosso desempenho.

O atual bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, Miguel Pavão, volta a concorrer para a liderança da instituição. Em entrevista ao HealthNews, promete um "mandato de continuidade renovada", garantindo que quer de fazer mais e melhor pela profissão. "Sinto que se saísse agora seria um ciclo que ficava a meio. Há pretensões e objetivos que ainda pretendo alcançar", revelou. Os médicos dentistas vão a votos nos dias 6, 7 e 8 de junho de 2024.

HN – Consegui colocar a saúde oral na agenda mediática e política...

MP – Exatamente. Esse foi um fator fundamental. Conseguimos alertar a opinião pública e a sociedade civil. A intervenção junto dos diferentes líderes partidários demonstrou que a saúde oral tem de ser priorizada. Atualmente podemos ver como os partidos assinalam nos seus programas de governo a importância desta área. Portanto, o nosso trabalho foi bem conseguido.

HN – Quais as razões que o motivaram a anunciar a recandidatura?

MP – Considero que a minha função enquanto bastonário ainda não está esgotada e os estatutos permitem candidatar-me por duas vezes. No fundo, sinto que se saísse agora seria um ciclo que ficava a meio. Há pretensões e objetivos que ainda pretendo alcançar. Sei que ainda já muitas coisas que estão pendentes, nomeadamente a revisão de várias leis. Tem de haver uma revisão do cheque-dentista, da carreira dos médicos dentistas no Serviço Nacional de Saúde e tem de haver um olhar atento às portarias e alterações que o governo quer fazer com a articulação com o setor privado.

HN – E a nível interno, o que é que ainda precisa de ser feito?

MP – Temos projetos internos, como é o caso da aquisição de alguns imóveis para podermos avançar com uma reestruturação do ponto de vista do edificado da ordem.

Por outro lado, quer deixar um legado e um contributo forte que neste momento está bem encaminhado. Um mandato de quatro anos é curto.

HN – O seu mandato será um mandato de continuidade?

MP – Diria uma continuidade renovada.

HN – O que é que vai fazer de diferente?

MP – Em primeiro lugar, eu próprio sinto-me mais preparado para o cargo. Em segundo lugar, vou renovar a equipa. Julgo que estamos mais amadurecidos e preparados para enfrentar os desafios atuais.

HN – Qual a mensagem que gostaria de deixar aos colegas?

MP – Queria agradecer o reconhecimento do meu trabalho ao longo de quatro anos. Tem sido um privilégio liderar a Ordem dos Médicos Dentistas. Durante quatro anos, tenho dedicado o meu tempo e energia em representação dos meus colegas. Portanto, a mensagem que quero deixar é que tenho vontade, energia e motivação para continuar a fazer melhor. Sinto que este é ainda o tempo para poder provocar uma mudança que já aconteceu... A mudança aconteceu na dentro ordem e na profissão, mas ainda podemos ir muito mais longe. Diria que fui o orquestrador deste processo de transformação da profissão. Por isso peço aos meus colegas para confiarem de novo em mim e para renovarem, mais uma vez, o voto em mim.

Entrevista de Vaishaly Camões

Ana Sofia Lopes: "Há colegas que se sentem abandonados por quem os devia representar"



Descontente e crítica do mandato até agora feito pelo bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, Ana Sofia Lopes apresenta-se como a candidata da mudança. Em entrevista ao HealthNews, afirma que é preciso "pugnar por uma OMD credível, inclusiva e acessível a todos os Médicos Dentistas". De acordo com Ana Sofia Lopes "há colegas que se sentem abandonados por quem os devia representar e descartados por quem os devia aproveitar".

HealthNews (HN) – Quais as razões que motivaram a sua candidatura?

Ana Sofia Lopes (ASL) – Decidi candidatar-me a bastonária da Ordem dos Médicos Dentistas porque considero que tem de ser feita uma profunda alteração em termos de acesso à saúde oral. É uma luta que assumo. Queremos que estes cuidados cheguem a toda a população.

Por outro lado, considero que os médicos dentistas têm de ser defendidos em muitos aspetos.

HN – Que aspetos são esses?

ASL – Por um lado, temos uma população vasta que necessita de tratamentos de medicina dentária, por outro temos excesso de médicos dentistas, resultando na emigração de mais de 30% dos jovens médicos dentistas.

As clínicas de Medicina Dentária são "perseguidas" com excesso de burocracias e num mercado muito competitivo, difícil de regular, estipulam os valores dos atos de medicina dentária abaixo no limite do razoável. A proliferação de planos de saúde com propostas de tratamentos "grátis" e valores muito abaixo do valor justo, coloca em risco a qualidade dos serviços, originando pouca sustentabilidade, e inserção na sua verdadeira cadeia de valor.

HN – Quais são as principais propostas que

marcam o seu programa?

ASL – Estamos muito focados nos jovens médicos dentistas. Queremos ajudá-los a seguir o seu caminho. Para todos aqueles que desejam emigrar, embora não seja esse o nosso ideal, temos de os ajudar para que emigrem de uma maneira mais digna. Para os que ficam, temos de fomentar ao máximo a criação de emprego a todos os níveis (de estágio, formação e carreira). Gostaríamos de possibilitar a estes jovens, ainda enquanto estudantes, a possibilidade de entrarem na Ordem com um registo.

Outra proposta que se destaca no nosso programa é o apoio às clínicas dentárias. Queremos torná-las mais sustentáveis, uma vez que estão sujeitas a imensa burocracia com pagamentos onerosos, para permitir uma maior capacidade de contratação; mais postos de trabalho.

HN – Quais são as principais dificuldades que afetam a profissão?

ASL – Principalmente a precariedade. Quando os dentistas terminam o seu curso não encontram trabalho... Como os médicos dentistas ultrapassam muito os valores *per capita* recomendados pela OMS, acabam por ser aproveitados da pior forma. As condições precárias de trabalho a que os profissionais mais jovens estão sujeitos faz com que muitos queiram emigrar para outros países da Europa.

Com foco nas clínicas dentárias, por um lado, existe uma excessiva e complexa regulação para que funcionem dentro dos parâmetros legais. Existe ainda uma fraturante falta de regulação do mercado, que já extremamente competitivo, que nos remete a constantes seguros e planos de saúde com valores gratuitos e muito abaixo do sustentável. O que temos hoje, para além de um atraso considerável por parte da população em geral em termos de acesso aos cuidados de saúde oral, é uma crescente desmotivação de um número significativo de colegas médicos dentistas que, apesar de toda a sua vontade e determinação

profissional, se sentem abandonados por quem os devia representar, e descartados por quem os devia aproveitar para cuidar de uma importante componente da saúde dos portugueses.

HN – Como pretende ultrapassar os desafios da profissão dos médicos dentistas?

ASL – Propomo-nos liderar o combate à burocracia; pugnar por uma crescente regulação do mercado, valorizando pecuniariamente os atos médicos praticados pelos médicos dentistas; desenvolver ações que sensibilizem o decisor político para a importância da criação urgente de um plano integrado, de cariz nacional e de base local, de inserção dos médicos dentistas nos sistemas de prestação de cuidados de saúde e acompanhar, profissional e socialmente, os inscritos na Ordem dos Médicos Dentistas, desde o momento da sua inscrição até ao final da sua vida profissional, procurando ajudar a dar respostas às necessidades com que ao longo do seu percurso profissional e de vida se forem deparando.

HN – Qual o balanço que faz do mandato do atual Bastonário, Miguel Pavão?

ASL – Considero que não conseguiu alcançar os desideratos necessários para resolver os problemas com que nos deparamos hoje. A dignificação da nossa profissão é muito importante, e considero estarmos numa espiral que nos está a levar ao abismo.

HN – O que é que é preciso mudar dentro da ordem?

ASL – Pugnar por uma OMD credível e inclusiva, acessível a todos os Médicos Dentistas, de modo a que todos estes profissionais se sintam integrados e envolvidos, obtendo resposta pronta aos problemas do exercício da atividade com os quais se vão deparando.

Seriedade no tratamento dos *dossiers* que se encontram em negociação com o Governo, evitando ruturas e conflitos.

Fazer valer o sentido ético, o respeito por todos, a solidariedade, a entreaajuda.

Viabilizar uma OMD com uma gestão espartana de todos os seus serviços e logística.

Garantir que a OMD é uma instituição colaborativa com as instituições de caráter académico, científico e outras estruturas pedagógicas, desenvolvendo programas que tragam benefícios aos médicos dentistas, de forma a incrementar um crescimento sustentável e regendo-se pelos seus valores primordiais;

Assumir a OMD como uma referência de valores éticos e deontológicos, na defesa da profissão, dos Médicos Dentistas e enquanto organismo regulador que assegura a saúde oral, integrada na saúde pública, com o doente colocado no centro de todos os objetivos. E muito importante será manter a presença da OMD na linha da frente da regulação da Medicina Dentária. Ser fortes, agir com confiança e com planos estruturados e comunicar com todos os nossos pares de uma forma assídua e totalmente verdadeira.

HN – Iniciou-se recentemente um novo ciclo político. Quais são as suas expectativas? Acredita que a saúde oral vai estar na ordem do dia?

ASL – Com os planos que temos em mente, que serão apresentados de uma forma organizada e muito ponderada, não tenho dúvidas de que o Executivo irá aceitar as propostas. Temos de planear a 10/20 anos, abrir caminhos. Vou dedicar-me a 100% para que isso aconteça.

HN – Qual a mensagem que gostaria de deixar aos colegas?

ASL – Deixo uma mensagem de esperança, porque muito vai mudar. Que persigam os seus desafios e sonhos, e estaremos aqui para que ao fim de cada dia de trabalho se sintam valorizados e compreendidos.

Entrevista de Vaishaly Camões

Crédito da imagem: Rawpixel, ENVATO



Doença pulmonar obstrutiva crónica: Elsa Fragoso apresenta GOLD 2024

O documento GOLD recomenda a melhor forma de prevenir, diagnosticar e tratar a DPOC, a terceira principal causa de morte em Portugal. Em entrevista ao HealthNews, a pneumologista Elsa Fragoso apresentou as novidades e nuances da edição de 2024, e a conversa terminou em Portugal, com as seguintes recomendações: “melhorar a educação da população para esta doença e garantir sempre um acesso facilitado dos doentes aos cuidados de saúde primários; garantir o acesso transversal à espirometria, sem assimetrias regionais; contribuir para reforçar a formação dos médicos de família, sobretudo em dispositivos inalatórios/técnica inalatória, porque em relação à DPOC eles também têm feito o seu caminho e têm neste momento uma boa formação; e, por último, melhorar a articulação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares”.

HealthNews (HN) – Desde 2001, a GOLD publica anualmente um documento que recomenda a melhor forma de prevenir, diagnosticar e tratar a DPOC, a terceira principal causa de morte em Portugal. De que doença estamos a falar?

Elsa Fragoso (EF) – A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) caracteriza-se por um conjunto variável de sintomas que passam geralmente por tosse com expectoração, que é em regra mucosa, pouco abundante, associada a cansaço fácil e dispneia de esforço, portanto, falta de ar associada ao esforço físico. É uma doença com fatores de risco identificáveis. O principal fator de risco, amplamente reconhecido, é o tabaco, sendo certo que, sobretudo nos últimos anos, tem procurado alertar-se a comunidade médica para as outras causas de doença pulmonar obstrutiva crónica. Essa tentativa ficou plasmada na atualização de 2023 das *guidelines* da DPOC, que destacam as outras etiologias, nomeadamente a exposição a outras partículas ou gases nocivos, a existência de infeções na infância, doenças que comprometem o desenvolvimento pulmonar, a tuberculose, cujas sequelas se complicam frequentemente com o aparecimento da DPOC, alterações genéticas, sendo estes os principais fatores predisponentes para a DPOC. Como terceiro aspeto da definição desta doença temos a demonstração de uma alteração ventilatória obstrutiva brônquica, portanto, obstrução das vias aéreas documentada



num exame funcional respiratório muito simples de executar que é a espirometria. Resumindo, é uma doença em que à partida teremos um fator de risco associado a uma clínica compatível e à documentação de obstrução das vias aéreas na espirometria.

HN – Uma novidade no documento GOLD é a recomendação da vacinação contra o vírus sincicial respiratório. Qual a relação entre este vírus, que muitos associam à infância, e a DPOC?

EF – Em relação à ideia comum de que o vírus sincicial respiratório é um vírus quase exclusivo da idade pediátrica: não é. O vírus sincicial respiratório circula muito entre as crianças, mas também no adulto e no idoso tem um impacto importante, sobretudo se o indivíduo adulto tiver doenças crónicas do foro cardiovascular ou respiratório. O CDC estima que o vírus sincicial respiratório seja responsável por qualquer coisa como 60 mil a 160 mil internamentos em adultos de idade mais avançada, com 6000 a 10 mil mortes por ano associadas a esta infeção. A prevalência é elevada não só na criança, mas também no adulto.

A DPOC é uma doença crónica e que cursa com uma limitação persistente em termos de sintomas, de qualidade de vida e da tal obstrução das vias aéreas, mas a sua evolução é pontuada por episódios que nós designamos exacerbações. Portanto, as exacerbações da doença pulmonar obstrutiva crónica são eventos no decurso da doença que estão associados a um impacto muito grande em termos de aumento da mortalidade, deterioração da qualidade de vida e da qualidade da saúde associada à DPOC e a outras doenças crónicas coexistentes. Estima-se que as infeções virais sejam responsáveis por 1/3 a 2/3 das exacerbações da DPOC, e entre as infeções virais está precisamente o vírus sincicial respiratório.

Em relação às infeções virais como causa de exacerbação da DPOC, muito tem sido feito em termos de prevenção, nomeadamente na inclusão da vacinação contra a gripe, que tem uma indicação transversal nos adultos com mais de 65

anos. Estamos a falar de prevenção de infeções virais: vacinação contra a gripe, portanto, contra o vírus influenza, e depois temos a vacinação contra o vírus sincicial respiratório, que já percebemos que é comum no adulto, que tem impacto em termos de hospitalização e de mortalidade, e em particular na DPOC tem impacto porque é um dos fatores promotores de exacerbações. Como tal, é muito custo-efetiva qualquer estratégia que passe pela prevenção desta infeção, nomeadamente na DPOC. Daí a sua indicação e a inclusão na última edição das normas atuais, com nível de evidência A (o mais elevado).

HN- Que outras novidades lhe parecem pertinentes? O que é que destacaria no novo documento?

EF – As outras novidades do documento GOLD prendem-se, essencialmente, com a avaliação da função respiratória, o subdiagnóstico da DPOC e, no campo da terapêutica, o destaque claríssimo para a secção dedicada aos dispositivos inalatórios, que está mais detalhada, procurando aqui realçar a importância que tem a seleção adequada do inalador.

Alterações major ao documento não houve. Houve alterações major em 2023. O diagnóstico continua a ser estabelecido com os mesmos critérios. Em 2023 foram ajustados os critérios de classificação e estadiamento da doença no momento do diagnóstico, utilizando a ferramenta ABE para classificar a doença, do ponto de vista de estratificação do risco futuro de mortalidade e de complicações e com o objetivo de definir um tratamento médico inicial. Também em 2023 tinha havido uma alteração major que se prendeu com a necessidade de chamar a atenção de que o tabagismo não é o único fator de risco – apesar de já estar escrito há muitos anos no documento GOLD, o comité executivo achou, e bem, que essa mensagem devia ser tornada mais clara. Essa mensagem mantém-se em 2024 – é a classificação taxonómica da DPOC, conforme as suas causas e fatores de risco envolvidos, a que aludi anteriormente.

Se tivesse de começar pela questão da função respiratória, diria que é importante salientar que, apesar de não ter havido alterações à forma como se faz o diagnóstico, a verdade é que são tecidas várias considerações sobre os doentes que estão ainda numa categoria diagnóstica limítrofe: doentes que têm sintomas respiratórios, têm fatores de risco, juraríamos que têm DPOC, no entanto não cumprem o critério espirométrico de obstrução das vias aéreas, que é mandatório para o diagnóstico. Esses doentes enquadram-se em dois tipos: ou têm uma espirometria completamente normal, e o documento GOLD atribui-lhes a designação de pré-DPOC, ou então têm uma espirometria que tem alterações compatíveis com obstrução das vias aéreas mas não cumpre o critério de diagnóstico específico da DPOC, portanto, não têm uma relação FEV1/FVC após a broncodilatação inferior a 70%, e o documento GOLD diz que são doentes que têm uma alteração que se chama PRISm (*preserved ratio impaired spirometry*). Isto é importante porque cerca de 20 a 30% destes indivíduos evoluem para DPOC. É importante, se queremos fazer o diagnóstico precoce, estarmos alerta e continuar a acompanhar estes doentes porque eles podem mais tarde vir a ter o diagnóstico; por outro lado, porque estes indivíduos que têm função respiratória alterada mas que não cumpre o critério diagnóstico de DPOC têm sintomas e têm um fator de risco claramente identificável, têm um aumento da mortalidade por todas as causas, aumento da mortalidade cardiovascular e têm aumento do risco de internamento. Portanto, não são pessoas que tenham uma trajetória comparável à da população geral. São indivíduos que têm de ser mantidos debaixo de vigilância apertada.

Por outro lado, no tema do subdiagnóstico, diria que é preciso melhorar a nossa intervenção pois esta patologia continua a ser largamente subdiagnosticada. O documento GOLD, na sua última atualização, fala na necessidade de implementar rastreios ativos. Não é um rastreio populacional geral, é um rastreio de populações selecionadas, populações de alto risco para a

doença: o indivíduo fumador é o que tem o fator de risco clássico para a DPOC, mas também aqueles indivíduos que são expostos a poeiras e gases tóxicos no local de trabalho, por exemplo os mecânicos, os profissionais da construção civil, indivíduos que trabalham nas pedreiras, indivíduos que trabalham na indústria mineira, pessoas de meios rurais que estão expostas à combustão de biomassa, que acendem as lareiras em casa. Portanto, exposições a partículas, poeiras ou gases nocivos ao aparelho respiratório são fatores de risco para DPOC. O documento GOLD fala muito, também, na criação de sinergias para conseguir melhorar o diagnóstico. No fundo é pegar, por exemplo, em indivíduos fumadores que estão incluídos num programa de rastreio do cancro do pulmão e, no momento em que fazem a TAC torácica de baixa dose anual, fazerem também a espirometria, porque há ali um fator de risco comum, que é o tabaco. Este é o exemplo clássico da criação de uma sinergia para melhorar o subdiagnóstico.

Em termos de abordagem terapêutica não houve alterações major. Continuamos a ter como espinha dorsal do tratamento a dupla broncodilatação por via inalada, com a associação de um β 2-agonista de longa ação a um anticolinérgico de longa ação. Talvez haja uma nuance da edição de 2023 para a de 2024 naquilo que respeita à terapêutica tripla, ou seja, o tratamento com os dois broncodilatadores aos quais se associa um corticosteroide inalado, para o doente que tem exacerbações da doença, salientando-se que, quando há indicação para a transição para terapêutica tripla, essa transição deve ser o mais precoce possível porque isso tem um impacto futuro no risco de exacerbações e no tempo até à primeira exacerbação. De facto, quando o doente tem indicação para a terapêutica tripla, não se deve perder tempo.

Termino dizendo que é muito importante salientar o alargamento da secção dedicada aos dispositivos inalatórios, porque as doenças respiratórias têm esta especificidade que as outras patologias não têm: estas doenças tratam-se com inaladores,

não com comprimidos, e é fundamental escolher o inalador mais adequado a cada doente. Em pneumologia, nós podemos ter princípios ativos que sejam extraordinariamente eficazes, mas eles são administrados num dispositivo inalatório, ou seja, a terapêutica é dada por inalação, e se o doente não for capaz de fazer aquele inalador corretamente, então ele não conseguirá fazer o tratamento de forma adequada. É fundamental que os médicos que acompanham estes doentes e que prescrevem os medicamentos inalados ao doente com DPOC tenham a noção de que é fundamental perceber qual é o inalador ideal para aquele doente, de forma que a terapêutica seja efetiva. Esta preocupação vem expressa de forma muito evidente na última atualização do documento GOLD, com um capítulo expandido no que respeita à escolha do dispositivo inalatório.

HN – Por último, focando somente em Portugal, enquanto pneumologista, quais diria que são os principais desafios de momento?

EF – Um dos grandes desafios em Portugal é continuarmos a percorrer o caminho que já temos vindo a percorrer nos últimos anos, que é o de melhorar o subdiagnóstico. O subdiagnóstico é uma realidade comum a outros países. E como é que nós podemos intervir para diagnosticar mais precocemente? Temos, por um lado, que trabalhar do lado dos cuidados de saúde primários, da prestação de cuidados de saúde de qualidade à população e do próprio acesso aos cuidados de saúde. Mas também temos de melhorar a literacia da população portuguesa em relação às doenças respiratórias, nomeadamente em relação à DPOC. As pessoas sabem o que é a asma, o que é um enfarte, o que é a insuficiência cardíaca, sabem o que é hipertensão arterial e o AVC. Mas em relação à DPOC as pessoas não estão tão informadas. Não sabem quais são os sintomas, não sabem quando é que devem procurar um médico. Durante muitos anos, houve um enfoque claríssimo na área cardiovascular, e a doença respiratória crónica, em particular a DPOC, foi um parente pobre. Hoje em dia ainda estamos a lidar com essa desinformação da população geral. Melhorar a educação da

população em relação à DPOC é fundamental para que as pessoas procurem os cuidados de saúde primários, questionem o seu médico de família em relação à DPOC, estejam alerta para os sintomas, e não esteja só do lado do médico este processo. É evidente que o médico tem um papel crucial, mas o doente também tem de estar informado.

Em relação ao Serviço Nacional de Saúde, o acesso facilitado aos cuidados de saúde primários é muito importante – mas isso é um desafio para toda a gestão da medicina e não propriamente da DPOC. É essencial que as pessoas tenham acesso ao seu médico de família, a consultas regulares e atempadas, porque só assim se consegue fazer o diagnóstico das patologias. A DPOC implica a realização de uma espirometria, portanto é fundamental melhorar o acesso à espirometria. Se nos grandes centros urbanos temos acesso facilitado à espirometria por parte dos cuidados de saúde primários, nos meios mais pequenos pode não ser tão fácil, e tradicionalmente é mais difícil no Alentejo e no Algarve. Isso tem estado a ser melhorado graças ao Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, mas continuamos a ter trabalho pela frente para melhorar o acesso à espirometria.

É preciso que nos cuidados de saúde primários haja também reforço da formação em terapêutica das doenças respiratórias crónicas, nomeadamente formação em dispositivos inalatórios, porque o médico de família é um gestor das doenças crónicas todas e, portanto, é absolutamente natural que não tenha a proficiência na inaloterapia que tem um pneumologista. Só que a DPOC, pela força da sua prevalência, é uma doença dos cuidados de saúde primários. A porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde para o doente com DPOC tem de ser o centro de saúde; a linha da frente da DPOC, do diagnóstico, do tratamento, pelo menos numa fase inicial, pertence ao médico de família. Portanto, nós temos de insistir na formação dos médicos de família.

Outro desafio é garantir uma boa articulação

Crédito da imagem: Pressmaster, ENVATO



entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares. O doente que não está controlado, cuja evolução não é linear com a terapêutica preconizada, o doente mais grave, o doente exacerbador tem de ser referenciado aos cuidados de saúde hospitalares. Neste momento, a referenciação está muito mais facilitada do que há 10 anos, mas ainda pode ser melhorada. Por outro lado, às vezes há doentes que, não necessitando de ser referenciados à consulta hospitalar de pneumologia, oferecem algumas dúvidas ao médico de família, e seria muito interessante haver a possibilidade de estabelecer um canal de comunicação entre o centro de saúde e o hospital, por exemplo com um ou dois pneumologistas no hospital de referência daquele centro de saúde, para que o médico de família pudesse discutir alguma dúvida pontual que tivesse em relação a um doente.

Penso que esses seriam os principais desafios: melhorar a educação da população para esta doença e garantir sempre um acesso facilitado

dos doentes aos cuidados de saúde primários; garantir o acesso transversal à espirometria, sem assimetrias regionais; contribuir para reforçar a formação dos médicos de família, sobretudo em dispositivos inalatórios/técnica inalatória, porque em relação à DPOC eles também têm feito o seu caminho e têm neste momento uma boa formação; e, por último, melhorar a articulação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares.

Entrevista de Rita Antunes

Fungos da pele (Pitiríase Versicolor): o que deve saber

1. O que é a Pitiríase versicolor e quais os seus sintomas característicos?

A Pitiríase Versicolor (PV) é uma patologia cutânea, não contagiosa, formada por máculas arredondadas hipopigmentadas, hiperpigmentadas ou eritematosas cobertas por delicadas escamas translúcidas. A doença é frequentemente assintomática, embora alguns pacientes possam relatar prurido ligeiro.

A PV não é uma infeção do género *Malassezia furfur* (anteriormente conhecido como *Pityrosporum*). A *Malassezia furfur* é um fungo dimórfico lipídico-dependente que é um componente da flora normal da pele. A transformação de *Malassezia furfur* de células de levedura para uma forma micelial ou hifal patogénica está associada ao desenvolvimento de doença clínica.

As razões para o desenvolvimento da PV são provavelmente multifatoriais, envolvendo fatores exógenos e endógenos.

A distribuição da PV na superfície corporal pode refletir as necessidades nutricionais da levedura. A *Malassezia furfur* é lipídico-dependente e a maior produção de sebo pelas glândulas sebáceas cutâneas na parte superior do corpo pode contribuir para o predomínio da PV no tronco e extremidades superiores proximais. Esta teoria também pode explicar a ocorrência menos frequente desta dermatose em crianças e adultos mais velhos, nos quais a produção de sebo é menor. O envolvimento facial é incomum e ocorre

principalmente em crianças. O termo 'versicolor' refere-se às cores variáveis das lesões cutâneas que podem ocorrer nesta dermatose.

A doença ocorre em todo o mundo, mas é mais prevalente em regiões tropicais húmidas e quentes. A PV tende a ser mais ativa no Verão.

2. Por é que é comumente chamada de "fungo da praia"?

A PV é comumente chamada de "fungo da praia" porque é mais comum em climas quentes e húmidos, onde as pessoas frequentemente usam roupas de banho, passam tempo ao ar livre e transpiram mais.

Estas condições, favorecem a proliferação da *Malassezia furfur* e a exposição ao sol pode tornar os sintomas (máculas hipopigmentadas) mais evidentes.

A associação da PV com praias e ambientes tropicais ou subtropicais é bastante comum, contudo, é importante notar que a infeção não é exclusiva de ambientes de praia e pode ocorrer em qualquer lugar onde as condições de humidade e temperatura permitam o desenvolvimento do fungo na pele.

3. Quais são os fatores de risco associados ao desenvolvimento da Pitiríase versicolor?

Na sua fase de levedura, *Malassezia furfur* encontra-se como comensal na pele seborreica e nos folículos pilosos; para desenvolver PV é necessária uma transformação à fase micelial (patogénica). Para que esta mudança se realize é preciso que se reúnam condições favoráveis: fatores predisponentes exógenos e endógenos. Entre os endógenos, estão a predisposição genética, pele seborreica, hiperidrose, desnutrição, gravidez, diabetes mellitus, doença de Cushing, infeção por *Helicobacter pylori*, infeções crónicas e estados de imunossupressão. Entre os fatores exógenos estão o calor, a exposição solar, a humidade excessiva, atividades desportivas, uso de roupas de alto conteúdo de fibras sintéticas, aplicação de bronzeadores, uso de anticoncepcionais orais, uso de corticosteroides tópicos ou sistémicos.

4. Como se processa o diagnóstico de Pitiríase versicolor e qual é o papel do exame clínico e de testes laboratoriais?

A PV clássica raramente requer qualquer investigação além do exame clínico. Em quadros mais desafiantes e atípicos, o exame com lâmpada de Wood, dermatoscopia, dermatoscopia de fluorescência induzida por luz ultravioleta e exame microscópico direto com hidróxido de potássio (KOH) podem ser úteis.

O diagnóstico de PV é geralmente clínico, baseado nas características clássicas da dermatose identificadas no exame físico (múltiplas máculas hipopigmentadas ou hiperpigmentadas, coalescentes centralmente, arredondadas, finamente descamativas localizadas na parte superior do tronco ou extremidades proximais).



Ana Catarina Pinheiro
MGF, Hospital da Luz

Embora o diagnóstico possa ser fortemente suspeitado com base no exame físico, apresentações atípicas de PV podem ser mais desafiantes e necessitem de exames complementares.

A dermatoscopia e o exame com lâmpada de Wood podem apresentar características sugestivas de PV, mas não confirmam o diagnóstico. Os achados dermatoscópicos frequentes parecem ser pigmentação não uniforme dentro das lesões, escamas finas e hiperpigmentação ou hipopigmentação perilesional. O exame com lâmpada de Wood revela fluorescência amareloouro, verde-amarelado ou laranja-cobre, embora algumas lesões não apresentem fluorescência.

Se necessário, pode ser realizado um teste de preparação de hidróxido de potássio (KOH). Os achados da preparação de KOH na PV são considerados diagnósticos. A preparação demonstra hifas curtas e células de levedura num padrão que é frequentemente descrito como "espaguete e almôndegas".

Na grande maioria dos casos de PV, a biópsia de pele permanece desnecessária e não desempenha um papel na prática diária além de descartar qualquer diagnóstico diferencial.

5. Quais são as opções de tratamento disponíveis para a Pitíriase versicolor e como é que os doentes podem escolher a melhor abordagem para o seu caso específico?

A terapia tópica é o tratamento de escolha. A terapia oral é geralmente reservada para cenários em que a aplicação adequada da terapia tópica não é viável (por exemplo, doença extensa ou capacidade limitada do paciente para administrar tratamento tópico) e para doença refratária ou recorrente. Antifúngicos azólicos tópicos (bifonazol, clotrimazol, cetoconazol, miconazol e econazol), terbinafina tópica e sulfuro de selénio tópico são

as opções terapêuticas iniciais preferidas, pois são habitualmente bem toleradas e possuem mais dados para apoiar a eficácia do tratamento. A seleção de um agente específico é geralmente baseada na disponibilidade do tratamento e na preferência do paciente (por exemplo, preferência por um veículo específico [por exemplo, champô versus creme], duração do tratamento ou custo). A piritiona de zinco tópica é uma alternativa razoável. Outras intervenções tópicos como o ciclopirox tópico também podem ser eficazes.

Ao tomar duche pela manhã o doente deve usar como gel de banho, um champô de cetoconazol, sulfuro de selénio a 2,5%, ou de piritiona de zinco a 1%, deixando-os atuar 5-10 minutos antes de enxugar com água sobre a pele de todo o tronco, pescoço, braços e coxas, embora a extensão seja limitada. Este ciclo aplica-se todos os dias, durante 2 a 4 semanas. Posteriormente, recomenda-se aplicar o tratamento 1-2 vezes ao mês para evitar recidivas ou em 3 dias consecutivos por mês. À noite, o doente aplica um antifúngico tópico em creme ou solução. A duração do tratamento deve ser de 2 a 4 semanas. Outra opção é aplicar o champô sobre a pele deixando atuar toda a noite e retirar de manhã.

É importante ressaltar que toda terapia tópica deve atingir também o couro cabeludo, principal reservatório do fungo.

As vantagens do tratamento tópico são a ausência de efeitos secundários e o menor custo económico. Os inconvenientes são o odor desagradável de alguns produtos, o tempo de aplicação e a dificuldade da aplicação em determinadas zonas. Associa-se a uma maior taxa de reincidência.

Quando o tratamento tópico é ineficaz, as opções incluem mudar para uma terapia tópica diferente ou prosseguir para terapia antifúngica oral.

Relativamente ao tratamento sistémico, os fármacos mais empregues são os antifúngicos azólicos (cetoconazol, fluconazol, itraconazol). A

seleção entre estas opções terapêuticas é baseada na preferência do regime, nas comorbidades do paciente e na consideração das interações medicamentosas. Em contraste com a terbinafina tópica, a terbinafina oral não é considerada eficaz.

A vantagem do tratamento sistémico é a comodidade. O inconveniente principal é a hepatotoxicidade. A hepatotoxicidade pode aparecer aos 2-3 dias de tratamento, mas é mais frequente com o uso prolongado. Deve monitorizar-se a função hepática periodicamente durante os tratamentos longos, com mais de 1 mês. O itraconazol tem menos efeitos secundários hepáticos e menor interação com outros medicamentos. Em geral, o risco de efeitos adversos em tratamentos curtos é mínimo.

Outros efeitos secundários mais leves são náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia e reações cutâneas.

Se existir prurido, deve prescrever-se um anti-histamínico. A persistência de lesões hipopigmentadas após a realização do tratamento correto não indica a falha do mesmo. Tratam-se de lesões residuais que demorarão 2 ou 3 meses a desaparecer.

6. Quão comuns são as recidivas da Pitíriase versicolor após o tratamento e quais são as estratégias para as prevenir?

A taxa de recorrência é alta (até 80%), com maior morbidade observada entre os indivíduos com história familiar positiva de PV. Este facto pode ser explicado pela natureza comensal de *Malassezia spp.* Em climas temperados, a PV reaparece frequentemente durante os meses mais quentes do ano. Em geral, com o tratamento tópico, verifica-se um maior índice de recaídas do que com o oral.

De acordo com alguns autores, a terapia profilática pode ser uma opção para pacientes

que apresentam recorrências frequentes de PV. A profilaxia prolongada com agentes tópicos (sulfato de selénio ou cetoconazol) deve ser considerada em casos recorrentes, especialmente durante especialmente durante as estações quentes. A terapia profilática antifúngica oral (itraconazol) é uma abordagem alternativa para pacientes nos quais a terapia tópica não é eficaz ou viável.

7. A exposição solar desempenha algum papel na Pitíriase versicolor? Existem medidas específicas que os pacientes devem tomar em relação à exposição ao sol durante o tratamento?

As lesões hipopigmentadas características da PV podem tornar-se mais aparentes após a exposição ao sol e, portanto, são mais visíveis durante os meses de verão.

Embora as razões para a variação pigmentar na PV não sejam confirmadas, algumas teorias foram propostas até à data. Pacientes com PV hipopigmentada frequentemente notam que a dermatose é mais evidente durante o Verão, quando as áreas afetadas não ficam bronzeadas após a exposição ao sol. Os efeitos inibitórios ou prejudiciais aos melanócitos pelo ácido azelaico (um ácido dicarboxílico produzido pela *Malassezia furfur*) podem desempenhar um papel no desenvolvimento da hipopigmentação. Assim, as lesões despigmentadas desenvolvem-se aparentemente através da inibição enzimática da atividade da tirosinase dos melanócitos pelo ácido azelaico produzido pelo microrganismo. Os efeitos da despigmentação enzimática tendem a ser mais visíveis nos fotótipos mais escuros. Como consequência, material semelhante a lipídios acumula-se no estrato córneo da pele, atuando como protetor solar físico e protegendo da luz ultravioleta, aumentando ainda mais a hipopigmentação.

Lesões hiperpigmentadas e eritematosas podem ser consequência de uma reação inflamatória à levedura.

Apesar da evidência da hipopigmentação aumentar após a exposição solar os doentes com PV podem apanhar sol.

8. Como é que a Pitiríase versicolor afeta a qualidade de vida dos pacientes e quais são os aspetos psicossociais que podem ser impactados por esta condição?

Apesar da sua natureza benigna, a PV pode causar sofrimento emocional, constrangimento e estigmatização social, especialmente se ocorrer em áreas expostas do corpo. O medo do contágio, a aparência desagradável (especialmente na pele escura ou bronzada) e a natureza recorrente e crónica da doença contribuem para uma menor qualidade de vida.

9. Há alguma relação entre a Pitiríase versicolor e outras condições de pele, como dermatite seborreica ou psoríase?

A dermatite seborreica é uma dermatose crónica muito comum que afeta áreas ricas em glândulas sebáceas, como o couro cabeludo, face, região torácica e dorsal. Ainda que a sua etiologia permaneça imprecisa, pensa-se que possa estar associada a uma resposta inflamatória anormal à presença do fungo *Malassezia spp.* na pele. Estudos indicam que a Pitiríase Versicolor e a dermatite seborreica compartilham semelhanças na microbiota fúngica da pele, particularmente em relação à prevalência e à quantidade de *Malassezia furfur* presentes. Além disso, ambas as condições estão associadas a fatores predisponentes semelhantes, como clima quente e húmido, predisposição genética e desequilíbrio hormonal. Embora a dermatite seborreica e a PV sejam clinicamente distintas, algumas vezes podem ocorrer simultaneamente no mesmo paciente, sugerindo uma sobreposição na patogénese e na resposta imune da pele.

Por sua vez, a Psoríase é uma doença autoimune caracterizada por uma resposta inflamatória crónica na pele, resultando em espessamento e descamação da mesma. A sua etiologia exata ainda não é totalmente compreendida, mas fatores genéticos, imunológicos e ambientais desempenham um papel importante. Estudos indicam que o fungo *Malassezia spp.* pode desempenhar um papel na exacerbação da psoríase ao induzir uma resposta imune inflamatória cutânea, caracterizada pela produção de citocinas pró-inflamatórias e ativação de células imunes, que podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento da Psoríase em pessoas predispostas. Embora a relação entre *Malassezia spp.* e Psoríase ainda seja objeto de pesquisa e debate, há evidências emergentes sugerindo uma interação entre o fungo e o sistema imunológico da pele, o que pode desempenhar um papel na patogénese da psoríase.

10. Existe alguma pesquisa ou novas abordagens terapêuticas promissoras para o tratamento da Pitiríase versicolor?

Atualmente existem em estudo algumas abordagens alternativas promissoras como terapêutica na PV. Um número limitado de estudos relatou o tratamento bem-sucedido da PV com o Laser Excimer de 308 nm, fototerapia ultravioleta (UV)-B de banda estreita, terapia fotodinâmica com ácido 5-aminolevulínico e terapia fotodinâmica com azul de metileno.

Com CANESTEN, OS FUNGOS DA PELE TÊM BOA SOLUÇÃO!



100%

TAXA DE CURA
CLÍNICA NA PITIRÍASE
VERSICOLOR^{1,2,3}

AMPLO ESPETRO
DE AÇÃO⁵

EFICÁCIA E
TOLERABILIDADE
COMPROVADAS⁴

HÁ
MAIS
DE **50 ANOS**



*Dados HMR, Mercado Antifúngicos Dermatológicos, MAT Jan'24. **Canesten Unidita**. Composição: 1 ml de solução para pulverização cutânea contém 10 mg de bifonazol. Formas farmacêuticas: Solução para pulverização cutânea. Indicações: Tratamento tópico de micoses interdigitais (tinea pedis, tinea manuum) provocadas por fungos suscetíveis e pitiríase versicolor. Posologia e modo de administração: Para obter uma cura duradoura, o tratamento deve ser efetuado durante o período indicado. Micose do pé, pé-de-atleta (Tinea pedis, tinea pedum interdigitalis): 3 semanas. Micose das mãos (Tinea manuum): 2-3 semanas. Pitiríase versicolor: 2 semanas. Utilizar 1 vez por dia, de preferência à noite, antes de deitar, aplicando uma camada fina na área cutânea afetada e friccionando ligeiramente. Premir 1 ou 2 vezes o atomizador. População pediátrica: Não foram realizados estudos aprofundados em crianças. Uma revisão dos dados clínicos relatados não evidencia a possibilidade de ocorrência de efeitos nocivos em crianças. Em lactentes e em crianças pequenas, este medicamento só deverá ser utilizado sob vigilância médica. Contraindicações: Hipersensibilidade conhecida à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Advertências: Doentes com antecedentes de reações de hipersensibilidade a outros antifúngicos imidazólicos (por ex., econazol, clotrimazol, miconazol) devem utilizar medicamentos contendo bifonazol com cautela. Doentes sob terapia de varfarina deverão ser monitorizados. Se os sintomas piorarem ou se persistirem para além do tempo sugerido de tratamento, poderá ser uma situação que requer tratamento por um médico. Efeitos indesejáveis: Dor local, edema periférico, hipersensibilidade/dermatite de contacto, sensação de queimadura cutânea, eritema, eczema, irritação cutânea e prurido, urticária, vesiculação, esfoliação cutânea, pele seca, maceração cutânea. Data da revisão dos textos: 10/2022. Medicamento Não Sujeito a Receita Médica não compartilhado. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Bayer Portugal Lda., Avenida Vitor Figueiredo nº4 - 4º piso, 2790-255 Carnaxide, NIF 500 043 256. **Canesten creme**. Composição: 1 g de creme contém 10 mg de clotrimazol. Forma Farmacêutica: Creme. Indicações terapêuticas: Infecções fúngicas da pele causadas por dermatófitos nomeadamente as micoses interdigitais nas mãos e nos pés (p.ex. tinea manuum, tinea pedum conhecido por "pé-de-atleta"); Dermite das fraldas e Pitiríase versicolor. Posologia e modo de administração: Deve ser aplicado em camada fina, friccionando ligeiramente. Para tratar uma área correspondente, à da palma da mão, é geralmente suficiente uma tira de creme (1/2 cm de comprimento) aplicada 2 - 3 vezes por dia. Na dermatite das fraldas, deverá ser aplicado na zona a tratar, em camada fina, 2 a 3 vezes ao dia. Duração do tratamento: Pitiríase versicolor 1 - 3 semanas; Micose interdigital 3 - 4 semanas; Dermite das fraldas 1 semana (após este período, o tratamento poderá prosseguir quando indicado pelo médico). Nos casos de antecedentes de hipersensibilidade ao álcool cetosteárilico é conveniente optar por uma formulação que não contenha aquele componente (solução para pulverização cutânea). Para assegurar uma cura completa, o tratamento deverá prosseguir, dependendo da indicação, de acordo com as indicações, mesmo se os sintomas desaparecerem. Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes do medicamento. Advertências e precauções especiais de utilização: O álcool cetosteárilico pode originar reações cutâneas locais (ex: dermatite de contacto). O álcool benzílico pode causar reações alérgicas e irritação local ligeira. Interações medicamentosas e outras formas de interação: Não se conhecem. Efeitos indesejáveis: Doenças do sistema imunitário: reação alérgica (sincope, hipotensão, dispneia, urticária), afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos (bolhas, desconforto/dor, edema, eritema, irritação, descamação/esfoliação), prurido, erupção cutânea, ardor/queimadura. Número da A.J.M.: 9363507- bisnaga com 20 g. Titular da A.J.M.: Bayer Portugal Lda., Avenida Vitor Figueiredo nº4, 4º piso 2790-255 Carnaxide. Data de revisão do texto: outubro 2022. Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica não compartilhados. Para mais informações contactar o Titular da AIM. 1. Aste N., Pau M., Cordaro C.L., Biggio P. Double-blind study with fenticonazole or bifonazole lotions in pityriasis versicolor. INT. J. Clin. Pharm. Res. VIII (4) 271-273 (1988). 2. Izuno GT. A double-blind study of bifonazole 1% cream applied once daily in the treatment of tinea (pityriasis) versicolor and tinea pedis interdigitalis. Adv Ther 1986;3:308-316. 3. Soyinka F. Bifonazole in the treatment of fungal infections in the tropics: a clinical and mycological study. Curr Med Res Opin 1987;10:390-396. 4. AIM Canesten Creme (1975) 5. Crowley, PD; Gallagher, HC. Clotrimazole as a pharmaceutical: past, present and future. Journal of Applied Microbiology, 2014, 117, 611-617. CH-20240325-129



Parlamento Europeu aprova regulamento que permite acesso a dados de saúde em todos os Estados-Membros

A partilha e o acesso aos dados de saúde de todos os cidadãos europeus, incluindo para fins de investigação, passou a ser uma realidade depois da aprovação, no dia 24 de abril, do regulamento que cria o Espaço Europeu de Dados de Saúde.

Os cidadãos europeus também poderão aceder aos seus dados, nomeadamente às prescrições médicas, aos exames e às consultas.

Crédito da imagem: SteveAllenPhoto999, ENVATO



Obras de expansão e requalificação das urgências do HGO já começaram

As obras de expansão e requalificação do Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Garcia de Orta (HGO), da ULS Almada-Seixal (ULSAS), já começaram e prevê-se que estejam concluídas no final do mês de junho.

A ULSAS anunciou que as obras representam um investimento de 185 mil euros, tendo como objetivo aumentar e modernizar a área de resposta assistencial do SUG.

Crédito da imagem: dolgachov, ENVATO



Fundação BIAL quer premiar projetos científicos nas áreas da Psicofisiologia e da Parapsicologia

A Fundação BIAL anunciou no início do mês a abertura de um novo concurso de candidaturas para investigadores com projetos científicos nas áreas da Psicofisiologia e da Parapsicologia.

A fundação sublinha que o sistema de apoios à Investigação Científica visa “incentivar a investigação centrada sobre o ser humano saudável, nomeadamente em áreas ainda pouco exploradas como é o caso da Psicofisiologia e da Parapsicologia.”

Crédito da imagem: westend61, ENVATO



Nefrologia: Abertas candidaturas ao maior prémio nacional de investigação

A Associação Nacional de Centros de Diálise, em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia, encontra-se a promover a terceira edição do Prémio de Investigação "ANADIAL-SPN", que visa incentivar a realização de estudos clínicos e avaliações epidemiológicas na área da Insuficiência Renal Crónica, com particular relevância no âmbito da prevenção e da melhoria de cuidados da doença renal crónica.

Crédito da imagem: chormail, ENVATO



NOVA Medical School lança novo doutoramento

A NOVA Medical School lançou este mês um novo Doutoramento em Medicina.

A instituição destaca que “o programa doutoral é uma oportunidade única para os profissionais médicos aprofundarem os seus conhecimentos em áreas fundamentais da medicina e contribuir para avanços significativos na área da saúde.”

O doutoramento oferece acesso a uma rede de apoio especializada, incluindo unidades de investigação clínica, apoio à inovação digital e um biobanco de última geração (CHAIN BIOBANK).

Crédito da imagem: ijeab, ENVATO



Glintt Global: Nuno Jesus nomeado novo Technology & Services Director

A Glintt Life anunciou recentemente a nomeação de Nuno Jesus como o novo Technology & Services Director para a área hospitalar.

Nuno Jesus iniciou o seu percurso em IT Consulting na Accenture Technology Solutions, em 2006.

Em 2011, ingressou na Glintt Global e, entre 2016 e 2017, fez parte da equipa de gestão que implementou o Departamento de TI da empresa de Serviços Partilhados da ANF.



LPCC celebra 83 anos

A Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) celebrou, no dia 4 de abril, 83 anos de trabalho voluntário ao serviço do doente oncológico e respetiva família, da prevenção primária e secundária, bem como da formação e investigação científica em oncologia.

A LPCC é uma instituição de Serviço Social, privada, sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública, cujo principal objetivo é combater o cancro.

Crédito da imagem: elsavva99, ENVATO



Maioria dos médicos já atingiu as 150 horas extras nas urgências

A Federação Nacional dos Médicos avançou no dia 26 de abril que a esmagadora maioria dos médicos que fazem urgências já atingiu as 150 horas extraordinárias obrigatórias.

“Precisamos de respostas rápidas para o Serviço Nacional de Saúde, ainda por cima, já pouco falta para o verão, sabemos que as urgências continuam caóticas, que faltam os médicos de família”, disse a presidente da FNAM.

Crédito da imagem: choreograph, ENVATO