

*Nunca, nunca se
esqueçam das pessoas!*

Homenagem a José Marinho Falcão



*Nunca, nunca se
esqueçam das pessoas!*

Homenagem a José Marinho Falcão

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

Lisboa, 2019

TÍTULO

Nunca, nunca se esqueçam das pessoas! Homenagem a José Marinho Falcão

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Helena Rebelo de Andrade

Inês Batista

Isabel Marinho Falcão

Baltazar Nunes

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Elvira Silvestre

DESIGN GRÁFICO

Francisco Tellechea

IMPRESSÃO

Guide - Artes Gráficas, Lda

TIRAGEM

250 exemplares

ISBN: 978-989-8794-58-1

Depósito legal: 456588/19

Lisboa, 3 junho de 2019

EDIÇÃO

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Av. Padre Cruz

1649-016 Lisboa

Portugal

Tel. (+351) 217 519 200

Email: info@insa.min-saude.pt

<http://www.insa.min-saude.pt/>

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2019

Índice

- 5 Prefácio
- 9 Nota introdutória
- 11 Nota biográfica
- 13 ▪ Família, amigos e *hobbies*
- 17 ▪ De adolescente a médico
- 18 ▪ Médico: interno de Cirurgia Geral, do Trabalho e de Saúde Pública
- 19 ▪ Epidemiologista
- 21 ▪ Professor
- 21 ▪ Publicações

- 23 Testemunhos
- 25 ▪ A vida também é feita de recordações, *Maria Antónia Calhau*
- 26 ▪ Permanente bonomia, *António Correia de Campos*
- 27 ▪ Os raros espíritos superiores, *Regina Carmona*
- 29 ▪ José Carlos Marinho Falcão – Um Chefe que nunca precisou de mandar, *Aleixo Dias*
- 31 ▪ Observatório Nacional de Saúde, *Carlos Matias Dias*
- 33 ▪ Professor Marinho Falcão, *Paula Marinho Falcão*
- 34 ▪ Cuidemos agora do seu legado... e façamo-lo crescer!, *Isabel Marinho Falcão*
- 37 ▪ We have lost a giant - Personal reflections on the contribution of Jose Marinho Falcao, *Douglas Fleming*
- 38 ▪ O homem e o epidemiologista, *Francisco George*
- 39 ▪ Un camino al que volver sempre la vista, *Amparo Larrauri*
- 40 ▪ Uma liderança maior, *Ana Paula Martins*
- 41 ▪ Scientists can create Europe if they allow for friendship and humanity, *Alan Moren*
- 42 ▪ A tragédia das tragédias é que o meu amigo já cá não está, *Paulo Nogueira*
- 43 ▪ Novos caminhos da prevenção, *Fernando Pádua*
- 45 ▪ Carta para um amigo, *Rosado Pinto*
- 46 ▪ A Rede Médicos-Sentinela ou como se mudou a visão de um país, *Armando Brito de Sá*
- 47 ▪ A escola onde aprendi a investigar, *José Augusto Simões*

- 49 Editoriais do Observações e comentários
- 51 ▪ Observações nº 1, setembro 1998, comentado por *Carlos Matias Dias*
- 53 ▪ Quando $1+1+1>3$, Observações nº 2, comentado por *Baltazar Nunes*
- 55 ▪ Um companheiro para Observações!, Observações nº 3
- 56 ▪ Investigação em saúde: um papel para a colaboração sector público – sector privado, Observações nº 5, comentado por *Zilda Mendes*

- 57 ▪ Um “Nada de...”, Observações nº 6
- 58 ▪ A maior catástrofe natural..., Observações nº 16, *comentado por Paulo Nogueira*
- 59 ▪ Produtividade... pela nossa saúde!, Observações nº 18, *comentado por João Lavinha*
- 62 ▪ Como as ondas, Observações nº 19
- 63 ▪ Não há duas sem três... e vai haver mais!, Observações nº 20
- 64 ▪ Este ano, já começámos a bater o queixo? Observações nº 21, *comentado por Carlos Daniel*
- 66 ▪ Observações nº 23
- 67 ▪ Qual é coisa qual é ela..., Observações nº 25
- 68 ▪ Planos-Papel, Planos-Ação... e improvisação, Observações nº 27, *comentado por Ana Cristina Garcia*
- 71 ▪ O terramoto e a pandemia de gripe, Observações nº 29, *comentado por Helena Rebelo de Andrade*
- 73 ▪ Vigilância epidemiológica: nunca, nunca se esqueçam das pessoas!, Observações nº 30, *comentado por Ana Paula Rodrigues*
- 75 ▪ Um editorial e dois comentários, Observações nº 31
- 76 ▪ Conhecimentos...muitos! Preocupação...moderada!, Observações nº 32
- 77 ▪ O problema dos... não-problemas, Observações nº 33, *comentado Ana Maria Correia*
- 80 ▪ Um estádio de futebol cheio..., Observações nº 34
- 81 ▪ Com uma mão por baixo..., Observações nº 35
- 82 ▪ Se Beethoven ouvisse bem..., Observações nº 36
- 83 ▪ É bem conhecido, mas poucos se importam..., Observações nº 37, *comentado por Vasco Prazeres*
- 85 ▪ Sobe e depois... desce ou não?, Observações nº 38, *comentado por Isabel do Carmo*
- 90 ▪ Gripe, vacina e... efectividade, Observações nº 39, *comentado por Ausenda Machado*
- 93 ▪ Afinal... não havia bruxas!!!, Observações nº 40
- 94 ▪ Andam antibióticos à solta!!!, Observações nº 41, *comentado por José Augusto Simões*
- 96 ▪ EISS mudou-se para o ECDC... com uma mão por baixo!!!, Observações nº 42
- 97 ▪ Você disse...gripe A ?!, Observações nº 43

Prefácio

Um prefácio é, literalmente, o texto que antecede a parte principal do livro. Em latim, a palavra “prefácio” significa “dito (*fatio*) antes (*prae*)”. É, por isso, aconselhável que o seu texto, qualquer que seja o seu género ou estilo, deva ser relativamente curto, já que precede a obra e tem, também, o propósito de preparar os leitores, neste caso, os amigos, para o que virá em seguida.

Um prefácio quer-se assim: acessível, conciso e, sobretudo, que nos deixe cheios de vontade de ler o resto.

Neste caso, bastaria, para tanto, elencar a coletânea dos textos e seus autores que fizeram questão de estar presentes nesta publicação e, assim, cumprir a missão de um “bom” prefácio sem me tornar enfadonho.

Prefaciando esta obra de evocação e de homenagem a um homem que dominava a “avaliação do risco”, com maestria, é um risco que aceitei de que muitos dos leitores, os amigos do “ONSA”, possam “saltar” diretos para os contributos principais do livro. Resta-me a esperança que alguns tentem, pelo menos, ler o prefácio no final do livro.

Mas escrever sobre alguém que admiramos, que foi notável investigador, mestre da “epidemiologia”, amigo, conselheiro e cúmplice, é um desafio bem mais forte, mas, também, que muito me honra e dá um imenso prazer. Prefaciando uma obra póstuma e com textos de gente ilustre, é uma gigantesca responsabilidade que, assumidamente, aceitei.

Prefiro, assim, declarar-me não alinhado com o clássico guião “prefacionista!” Não. Não vou “lançar o livro”. Vou mesmo falar de Marinho Falcão.

Para mim, o prazer de poder celebrar este privilégio, partilhar uma obra sobre a figura do amigo, mas, tam-

bém, a nostalgia na recordação do contributo de um servidor exemplar do serviço público e de que o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, e todos nós, muito nos orgulhamos e lembraremos, para sempre, com respeito e saudade.

Esta obra, construída por amigos e complementada com o “perfume” dos textos e documentos da sua autoria é, também, um momento de justiça e de reconhecida gratidão. É, para além da indiscutível qualidade científica, a exaltação da sua excecional capacidade de inventar títulos, acrónimos e siglas que captavam, de imediato, a atenção do leitor.

Com uma imagem incontornável e estilo de liderança muito peculiar, era um estudioso e rigoroso no método, um dos profissionais mais disponíveis e mais bem preparado, técnica e cientificamente, no espectro da saúde. Um lutador pela liberdade do pensamento científico e independente. Missão cumprida!

Recordo aquelas tardes de “despacho” quando me perdia na sua imensurável sabedoria e subtileza discursiva e de pensamento. Era sempre uma aula quando era mestre, um deleite quando assumia o papel de notável contador de histórias de ciência em Saúde Pública.

Bem! e o que nos divertimos nesses tempos! A história sobre o equívoco da partilha do quarto do hotel com Ricardo Jorge, numa das suas idas a Londres, ou a célebre filha que resolvi arranjar-lhe e que, afinal, mais não era que a nossa querida e sua irmã, Isabel Marinho Falcão. Prometi a mim mesmo que não falaria da sua aptidão ao volante.

Fez-me sentir honrado e agradecido pelo cargo que eu ocupava nessa altura e pelo privilégio de ter podido privar com ele tantos e tão riquíssimos momentos.

A admiração pela sua aparência fleumática, aquieta, mas determinada, com que lidava com as emergências de Saúde Pública, os projetos que tardavam pela aprovação, as publicações que não davam à estampa. O carinho no cuidado pelos Médicos-Sentinela e pelo Observatório Nacional de Saúde.

Este livro, estes amigos, estes textos, são testemunho inequívoco da força científica e carismática de um homem que granjeou o respeito, cultivou a amizade e a admiração de todos.

Pela sua obra, é um momento de justiça e merecido reconhecimento pela generosidade e desprendimento material que enobrece e dignifica um homem.

Só ficaremos desprendidos de tudo quando ficamos esquecidos e o nosso coração não se doa pela nossa ausência. E isso não acontece com este livro.

Mas essa é a lembrança que nunca deixaremos de sentir pelo seu notável sentido de serviço público, a lembrança de um amigo, que nunca deixaremos de sentir como nosso, do bom homem e de quem gostamos muito.

Fernando de Almeida

Médico de Saúde Pública

Presidente do Conselho Diretivo do
Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Nota introdutória

Helena Rebelo de Andrade, Isabel Marinho Falcão, Baltazar Nunes

José Carlos Marinho Falcão foi colaborador do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) entre 1994 e 2010, período durante o qual fundou e desempenhou funções como responsável do Centro de Epidemiologia e Bioestatística, do Observatório Nacional de Saúde e do atual Departamento de Epidemiologia. Foi ainda diretor do INSA entre 1999 e 2000.

Foi uma figura ímpar da Epidemiologia e da Saúde Pública em Portugal, tendo permitido a projeção do INSA, tanto ao nível nacional como internacional. O seu legado para a Epidemiologia e Saúde Pública em Portugal e na Europa é inegável, tendo desenvolvido vários sistemas de vigilância epidemiológica (Rede Médicos-Sentinela, Gripe, Mortalidade Diária, EUROMOMO, Sistema ÍCARO), instrumentos de observação (Inquérito Nacional de Saúde, ECOS: Em Casa Observamos Saúde), e ainda realizado vários estudos epidemiológicos que foram essenciais para a tomada de decisão em Saúde Pública.

Dada a relevância que Marinho Falcão tem, no INSA de hoje, e na sua visão da Saúde Pública e da Epidemiologia, um grupo de colaboradores desenvolveu esforços para publicar um livro em sua homenagem.

Este livro foi concretizado por colegas de trabalho, alunos e amigos, que com ele partilharam múltiplas experiências e projetos variados ao longo da vida.

O livro divide-se em três capítulos principais, cada um deles associado a um aforismo frequentemente utilizado por Marinho Falcão.

Capítulo 1 - Nota biográfica

“Não interessa o que faças, desde que o faças bem feito!”

Este capítulo inclui fotografias e um conjunto de notas biográficas sobre a vida de Marinho Falcão, abordando aspetos da família, dos amigos e da vida social e profissional, primeiro como médico e depois como epidemiologista e professor.

A maior parte destas notas foi retirada do seu *Curriculum Vitae* mantendo, tanto quanto possível, a forma e estilo da escrita original do documento.

Capítulo 2 - Testemunhos

“Nada do que fiz teria feito bem sem os meus companheiros de trabalho do Centro de Saúde de Cascais, do Inquérito Nacional de Saúde, da Divisão de Epidemiologia, da Escola Nacional de Saúde Pública, do Centro de Epidemiologia e Bioestatística, do Observatório Nacional de Saúde”.

Neste capítulo coligiram-se os textos escritos por algumas individualidades da Saúde Pública e Epidemiologia nacional e internacional, colegas de trabalho, amigos e alunos. Estes textos encontram-se ordenados por ordem alfabética do nome do autor.

Capítulo 3 - Editoriais do Observações e Comentários

“A verdade é que é revolucionária!”

Neste capítulo encontram-se, ordenados, os editoriais da *newsletter* “Observações”, escritos por Marinho Falcão desde setembro de 1998, data da edição do 1º exemplar.

Estes textos são, na opinião da equipa de coordenação editorial do livro, reveladores da sua grande capacidade de “observação” e da sua “habilidade” para encontrar soluções para os problemas identificados.

Poder-se-ia pensar que, pelo facto de já terem passado cerca de duas décadas sobre a publicação de alguns editoriais, eles estivessem agora “desatualizados”. Mas não! Curiosamente, em relação a vários temas abordados, os problemas mantêm-se, as soluções não foram ainda encontradas e o “estado da arte” é semelhante! Isto é, poder-se-ia pensar que os textos foram escritos ontem!

Por outro lado, a escrita de Marinho Falcão flui com enorme clareza, rigor, assertividade e, até algum humor, permitindo ao leitor compreender, facilmente, as mensagens propostas. Alguns editoriais, foram comentados por colegas de trabalho ou alunos, e são aqui apresentados pela mesma ordem dos editoriais.

Sete
de facto, p
iologia (LSHTM)
"Master of Science"
to

Nota biográfica

2. A
cente leve
ciad em
período o curso de
of Hygiene and Tropical
de Londres, que contém o y
(Usc) em Epidemiologia. Com o y
Curso, o requerente contém o y
Nacional de Investigações e Tecnologia
através de uma bolsa de estudos com o y
Comissão gratuita de serviço y Din
Cidadão de saúde Primária. Vera em
conceder ao requerente constituiu a outra cordiv.
indispensável que tornou possível a frequência
Epidemiologia da LSHTM tem a dura-
dos quais cerca de 9 meses
com o y
aumentando
de estudos
final do
projeto

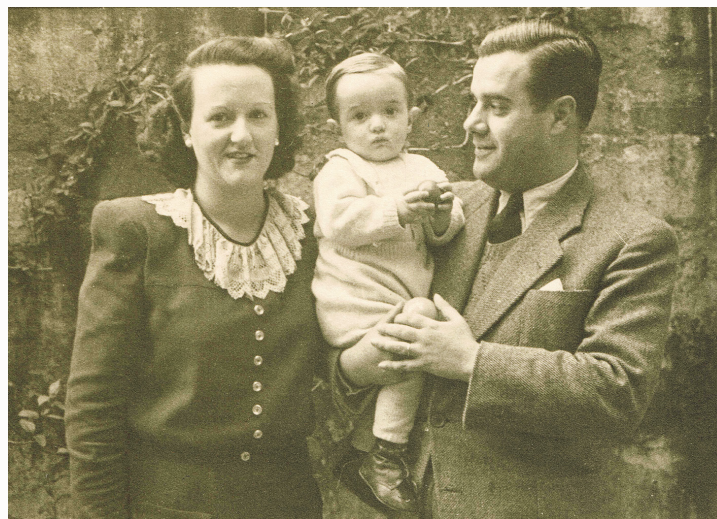
“ Não interessa o que faças, desde que o faças bem feito! ”

Família, amigos e *hobbies*

José Carlos Marinho Falcão, ou Titão para a família, nasceu em Lisboa, a 1 de março de 1947.

Nasceu em casa dos avós maternos, na Av. Miguel Bombarda e pouco tempo depois passou a residir na Av. Roma, com os pais, onde viveu até casar. Nessa altura, essa zona de Lisboa era pouco urbanizada, constituída por quintas e terrenos baldios, onde o gado pastava e onde as crianças tinham oportunidade de brincar livremente, cenário ideal para as suas festas de aniversário.

O pai, Zé, era funcionário público, natural de Vendas Novas, pelo que gostava de dizer que o



Com os pais, ao ano de idade.



Com os primos nas traseiras de casa na Av. de Roma.



Em 1948

filho tinha uma “costela alentejana”! A mãe, Fanita, era dona de casa, apesar de ter terminado o curso superior de piano e dado alguns recitais de música clássica. Uma vez que esteve sempre ligada a ações de voluntariado, envolveu o filho na ajuda regular a uma família necessitada de

Lisboa, ajudando a garantir, desta forma, o seu crescimento associado a valores de solidariedade e a uma consciência social, que se manteve ao longo da vida.

Quando tinha quase oito anos a família aumentou com o nascimento da irmã, Isabel.

Tinha uma família alargada muito numerosa e unida, o que proporcionava o convívio frequente em festas, reuniões e jantares. Tinha um primo quase da mesma idade, filho do gémeo do pai, com quem viveu todos os momentos familiares.



Com a irmã Isabel

Conhecia bem a história do avô paterno, feito prisioneiro pelos alemães, em Moçambique, durante a 1ª guerra mundial. O avô foi dado como desaparecido durante um ano, tendo a família feito luto até ao dia em que foi anunciado que estava vivo e iria regressar a Portugal.



Com o primo

Foi educado num ambiente de partilha de experiências e afetos, que certamente contribuiu para a vertente humanista que o caracterizou como adulto. Para tal, foi também decisiva a educação que recebeu dos seus pais, baseada em valores claros de solidariedade, respeito e tolerância.

Frequentou o ensino oficial, desde os seis anos de idade, dada a situação económica da família. Terminou o curso secundário, no Liceu Nacional de Camões, com 17 anos. O avô materno, farmacêutico, era dono da Farmácia Figueiras, nas Avenidas Novas, onde vários amigos se reuniam para debater ideias e políticas, quase sempre criticando o Estado Novo, no meio de grandes nuvens de fumo. Durante essas tertúlias ficava por perto, ouvindo-os falar, com a curiosidade natural, primeiro de criança e depois de adolescente.

As avós não trabalhavam, tratavam da casa e dos filhos, como era habitual naquela época. Foi o primeiro neto dos quatro avós.

Conhecia bem a história dos ascendentes mais idosos, alguns dos quais brilhavam em histórias militares que incluíam deslocções sofridas para zonas de guerra, noutros continentes, ou atos de bravura nem sempre entendidos como tal. Mas alguns mesmo condecorados! Outros tinham simplesmente rumado a África e por lá ficaram, cheios de histórias para contar, mas enviando notícias escassas, habitualmente só pelo Natal. Deles guardava fotos, documentos e diplomas de licenciatura... que chegariam para abrir uma sala num museu!

Antes de terminar o curso, no dia 2 de julho de 1969, casou com Leonor Silva Ramos de quem teve três filhas: Paula (1972), Patrícia (1975) e Filipa (1977). Era um pai



Casamento



Com as filhas

carinhoso e orgulhoso das filhas, a quem educou com mão leve, incutindo independência e responsabilidade, mas também a importância do sentido de humor e da curiosidade.

No final dos anos 80 a família tornou a crescer, desta vez por intervenção das filhas, que levaram, às escondidas, um cachorro abandonado para casa, a que chamaram Pampas. O plano inicial era encontrar um novo dono, mas a Pampas foi ficando e acabou por viver mais de 15 anos com a família. Apesar de em teoria ser a cadela das filhas, a realidade é que a Pampas era a cadela do Titão. Uma das suas piadas favoritas era dizer que "Lá em casa são tudo mulheres, e até o cão é cadela".

As férias eram habitualmente passadas em Lagos, inicialmente com a mulher e filhas, pais e irmã. Tios, primos, avós, sogros e amigos ali começaram também a passar férias, chegando a somar meia centena de pessoas. Eram sempre bons tempos

de convívio, animado, entre a praia e os banhos, a apanha de cadelinhas, as noites na areia à volta da fogueira, os concursos hípicas durante a tarde, os piqueniques em Monchique, as festas na Praia da Luz e os fins de tarde no café "Abrigo" em que se dizia que "os Falcões eram mais que os mexilhões". A partir de 1998, com o nascimento dos netos, André, Marta e Rita, também estes iam de férias e vários fins de semana para Lagos. Carinhosamente denominados pelo avô como a "Brigada do



Em Belém com a Pampas



Com os netos



Com amigos

guincho”, mereciam dele uma atenção muito especial. Fez amigos ao longo da vida. Os da escola, os do liceu Camões, os filhos dos amigos dos pais, os da Faculdade e os que reuniu durante a vida profissional.

Quando adolescente, no início da década de 60, fazia festas em casa, na Av. de Roma, onde todos dançavam. Essas festas eram verdadeiros acontecimentos mundanos ... e muito desejadas!

Durante a vida profissional, também gostava de juntar os amigos, geralmente à volta da mesa, organizando patuscadas, almoços e piqueniques com “petiscos”.

Gostava de cozinhar. Estava sempre pronto para experimentar sabores novos e muitas vezes tentava reproduzi-los em casa. Quando viajava pelo país, procurava criar roteiros gastronómicos, com especial predileção pela “Rota das empadas”, no Alentejo.

Sabia gerir habilmente o tempo entre a atividade profissional e a sua vida pessoal. Dedicava-se a um conjunto alargado de passatempos. Teve diversos projetos com trabalhos em madeira e *bricolage*; gostava de objetos antigos e colecionava botijas, sinetes, mãos; gostava de ler, não só policiais e romances, mas também artigos científicos.

Dedicou-se a muitos dos projetos científicos que desenvolveu na sua vida profissional, como se fossem mais um *hobby*, isto é, com muito prazer e envolvendo neles a sua família. Era comum discutir animadamente, à mesa de jantar, com a mulher e filhas, os melhores nomes para os projetos que estava a idealizar. Eram os famosos acrónimos que, na sua opinião, davam carisma aos projetos e para os quais até arranjou uma “receita” especial.



Alguns objetos das suas coleções.

De adolescente a médico

Desde os anos intermédios do liceu tinha tomado a decisão de escolher a profissão de médico. Para tal não contribuiu a influência quer da família próxima, quer dos parentes mais afastados, nos quais não havia, de resto, esta tradição profissional. Porém, uma preocupação, cedo despertada, pelos problemas sociais das comunidades e pelos valores humanistas da vida, aliciou-o para algumas atividades nessas áreas e foi modelando, lentamente, essa decisão.

Assim, em outubro de 1964, com 17 anos de idade, foi dispensado do exame de admissão à Faculdade de Medicina de Lisboa e enfrentou o desafio (um pouco facilitado já, mas pesadíssimo ainda) da cadeira de Anatomia Descritiva, que concluiu com 18 valores.

As classificações obtidas nas cadeiras do 1º ano de Faculdade abriram-lhe a possibilidade de usufruir de uma bolsa da Fundação Calouste Gulbenkian, até ao fim da parte escolar do curso.

No último ano do curso participou na habitual récita de Medicina, com enorme entusiasmo, dado o cariz político-social do evento, que era uma forte crítica à ditadura que imperava.

Concluiu a licenciatura, em julho de 1970, com a classificação final de 15 valores. Tinha então 23 anos e ia entusiasticamente iniciar a carreira de médico. Para tal frequentou os dois anos de internato geral no Hospital de Santa Maria e nos Hospitais Cívicos de Lisboa, tendo sido aprovado, em 1972 com a classificação de Muito Bom.



Numa aula na Faculdade de Medicina de Lisboa



A imitar o professor Morato, na récita de Medicina

Médico: interno de Cirurgia Geral, do Trabalho e de Saúde Pública

Prosseguiu então, a carreira frequentando o internato complementar de Cirurgia Geral.

Frequentou, em 1971/72, o curso de Medicina do Trabalho, ainda no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, tendo começado, quase imediatamente, a exercer funções de médico do trabalho em algumas empresas, nomeadamente na Carris, ACTA (Angola e Moçambique) e mais tarde na DIALAP. Em poucos meses começou a desenvolver uma preferência pela abordagem coletiva e comunitária dos problemas de saúde, em detrimento da perspectiva centrada no hospital em que tinha sido formado e vivido até então. Foi o seu primeiro contacto com a Saúde Pública.

Em abril de 1974 foi incorporado no Exército, fez a recruta em Maфра, tendo sido posteriormente colocado no serviço de cirurgia do Hospital Militar Principal.

No ano letivo de 1974/75 frequentou o curso de Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública, que terminou em junho desse ano.

Poucos dias depois foi mobilizado para Timor, onde a mulher, grávida, e a filha mais velha, se lhe juntaram. A estadia nesta colónia foi extremamente atribulada, devido à guerra civil entretanto desencadeada no território. Durante um período de quatro meses exerceu funções no Hospital de Dili. As famílias dos militares portugueses tiveram de fugir para a Austrália, para poderem regressar a Portugal. Neste grupo vieram a mulher e filha. Em consequência destes acontecimentos, foi deslocado para a ilha do

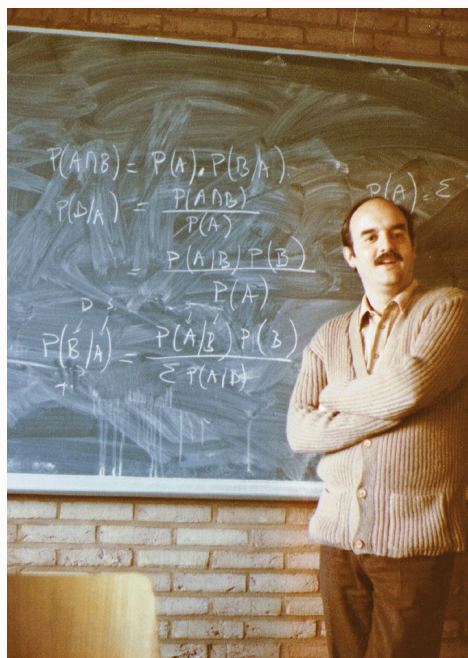
Ataúro, tendo regressado a Portugal em outubro de 1975. Entretanto tinha nascido a segunda filha, a quem, por graça, propôs chamar Labuloi, nome timorense que continuou a usar.

A partir de novembro de 1975 retomou o internato complementar nos Hospitais Cívicos de Lisboa. Após a ausência que o serviço militar acarretou, alimentava a esperança que tivesse havido uma melhoria das condições de trabalho e de formação dos internos. Foi uma esperança não confirmada. Face à persistência da situação tomou a decisão de abandonar a carreira hospitalar de um modo definitivo e ingressar na carreira de Saúde Pública.

O concurso para delegados de saúde aberto em 1976 constituiu a oportunidade esperada. O mês de setembro de 1977 representou, assim, a substituição da atividade curativa hospitalar pelas tarefas de Saúde Pública.

O exercício de atividades de Medicina do Trabalho cessou em 1983. Com efeito, apesar da satisfação pessoal e profissional que representa-

va o trabalho realizado na DIALAP (onde permaneceu de 1977 a 1983), a nomeação para Presidente da Comissão Instaladora do Centro de Saúde de Cascais e a intensidade das ações que aí se tornava necessário exercer, forçaram-no a pedir exoneração. A esperança na modificação profunda da ação dos Centros de Saúde e da consequente melhoria da prestação de cuidados de saúde à população fê-lo abandonar, com muita mágoa a DIALAP e os seus trabalhadores, assumindo integralmente as responsabilidades da



Em Bruxelas, durante o curso.

Direção do Centro de Saúde de Cascais (1977 a 1983).

Em fevereiro de 1980, ausentou-se do Centro de Saúde de Cascais, em comissão gratuita de serviço, por um período de cerca de 4 meses e meio, a fim de frequentar, na Escola de Saúde Pública da Universidade Livre de Bruxelas, um curso de "Métodos Estatísticos, Epidemiológicos e Operacionais aplicados à Saúde Pública". Esta estadia

foi possível graças a uma bolsa de estudo da Organização Mundial de Saúde. Concluiu-o com classificação de "*Grande Distinction*" (máxima atribuída nesse ano).

O regresso a Lisboa, em junho, e a retoma das funções no Centro de Saúde de Cascais, teve lugar num período em que a crise, que já anteriormente afetava os serviços de Saúde Pública, prosseguiu o seu agravamento acelerado.

Epidemiologista

Foi convidado para chefiar a Divisão de Epidemiologia da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, mas a decisão de trocar o Centro de Saúde de Cascais por este novo cargo exigiu aturada ponderação. Não era impunemente que abandonava um trabalho ao qual tinha devotado os seus sete primeiros anos de médico de Saúde Pública e onde, recentemente, tinha podido participar e influenciar as profundas modificações que aí estavam a ocorrer.

Decidir ser chefe de uma Divisão de Epidemiologia foi a consequência da valorização que fez de um conjunto de circunstâncias relacionadas com as perspetivas de atuação dessa Divisão. Tratar-se de uma Divisão recém-constituída vocacionada para aplicar o método epidemiológico à Saúde Pública e, especialmente aos Cuidados de Saúde Primários, constituiu importante argumento na decisão. O facto de o Serviço de Informação de Saúde, onde a Divisão de Epidemiologia se integrava, ser dirigido pela Professora Doutora Amélia Leitão e a consequente certeza de poder dispor de apoio adequado tanto para organizar as atividades da Divisão como para a promoção do treino aos seus técnicos constituíram estímulos adicionais para aceitar a nova responsabilidade.

De acordo com as linhas orientadoras estabelecidas desenvolveu numerosas atividades, das quais se salientam: Programa CINDI-Portugal (*Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention*); Atlas do Cancro em Portugal; Criação da *newsletter* Saúde em números;



Com colegas de trabalho.

Estudo de caso-controlo sobre fatores de risco da neoplasia gástrica em Portugal; Sarampo e permanência em salas de espera de serviços de saúde; Investigação de efeitos de uma onda de calor ocorrida em 1981 sobre a mortalidade; Projeto Médicos-Sentinela; Edição do Risco de morrer em Portugal.

Em 1987 concluiu o Mestrado em Epidemiologia na *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, e iniciou uma amizade com o Prof. Douglas Fleming que durou até à sua morte. O ano que passou em Londres, no qual Maria Leonor se lhe juntou, foi um período que ambos recordavam com carinho. Em posteriores visitas a

Londres havia sempre uma ida a Barbican e um passeio das St. Katherine Docks a Aldgate East, onde viveram.

Considerou indispensável e preparou um programa de formação que permitiu aperfeiçoar os conhecimentos dos técnicos e outro pessoal da Divisão, incluindo: Cursos de Epidemiologia (média duração); Mestrados em Epidemiologia; Cursos de aperfeiçoamento de curta duração.

No início de 1993 foi criada a nova Direção-Geral da Saúde (DGS) que, se configurava como uma entidade substancialmente diferente nos objetivos que perseguia e nos métodos que utilizava.

Foi convidado para assumir a chefia desta nova Divisão, sem, no entanto, ter havido uma clara definição da sua futura missão e de como ela se desenvolveria. Quase simultaneamente, foi convidado pelo Diretor do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Prof. José Bandeira Costa para dirigir o Centro de Epidemiologia e Bioestatística (CEB) do INSA, unidade que pretendia criar e desenvolver rapidamente.

Desta forma iniciou o trabalho no INSA e no seu Centro de Epidemiologia e Bioestatística em 2 de janeiro de 1994.

Em 1994 começaram a ser planeados e lançados os primeiros estudos epidemiológicos dos quais se destaca: Epidemiologia da diabetes; Efeitos da paridade na prevalência da diabetes e na incidência de episódios de algumas doenças não transmissíveis; Acidentes vasculares cerebrais antes dos 65 anos.

Simultaneamente foi criando e reforçando o relacionamento com outros Serviços de Epidemiologia, através da realização de reuniões regulares para discussão de estudos, de protocolos de investigação, de métodos e técnicas, nomeadamente: a Divisão de Epidemiologia da DGS e o Registo Oncológico do Sul do Instituto Português de Oncologia (IPO), o Centro de Fármaco-Epidemiologia da Associação Nacional das Farmácias, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical e o INFARMED.



Em Londres, com a mulher.

Apesar de já possuir, desde 1991, o grau de Consultor da Carreira Médica de Saúde Pública, por aplicação do Decreto-Lei nº 73/90, sem prestação de provas públicas, concorreu, de novo, em 1994, àquele grau, uma vez que o concurso já incluía a prestação de provas. O júri atribuiu-lhe a classificação final de 20.º valores.

Em 1997 foi criado o Observatório Nacional de Saúde (ONSA) para o qual foi nomeado diretor. Neste papel, lançou vários projetos de investigação, explorou bases de dados existentes, desenvolveu instrumentos de concentração e pesquisa de dados e indicadores e foi responsável pela publicação de numerosos artigos.

Em maio de 1998, o Inquérito Nacional de Saúde (INS), do qual tinha sido o epidemiologista responsável, entre 1982 e 1991, foi integrado no ONSA. Esta integração foi fácil e sem sobressaltos, uma vez que sempre teve uma colaboração estreita com o INS e foi motivo de grande satisfação profissional e pessoal.

De 1999 a 2000 foi Diretor do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, cargo de que se demitiu por motivos de saúde.

Professor

Ensinar foi atividade que praticou com gosto desde a adolescência. As dificuldades económicas da família e o desejo de dispor de alguma independência levaram-no a dar lições particulares a alguns alunos dos primeiros anos do ensino secundário. Após a conclusão da licenciatura, deu aulas de Higiene na Escola de Artes Decorativas António Arroio. Foi uma grata experiência trabalhar com adolescentes vocacionados para a arte, frequentando uma Escola que, para a época, era excepcionalmente aberta e liberal e promover o seu interesse pelos problemas da saúde e da prevenção da doença. Tendo em conta que no seu ambiente familiar e profissional as artes não constituíam referência importante e não tendo ele próprio vocação artística, deixou-se interessar pelos trabalhos que via desenvolver e cuja originalidade lhe causava surpresa.

Após ter frequentado o Curso de "*Méthodes Statistiques, Épidémiologiques et Operationnelles*" em Bruxelas,

foi convidado pelo Prof. Dr. Luís Cayolla da Motta para ser preletor permanente da cadeira de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Simultaneamente foi nomeado gestor do Ciclo de Estudos Especiais de Epidemiologia, tendo sido simultaneamente discente e docente e esteve envolvido na criação, planeamento e coordenação de diversos cursos de pós-graduação e mestrado, na área da Epidemiologia.

Em julho de 1988 ficou classificado em primeiro lugar no Concurso para assistente da Escola Nacional de Saúde Pública.

A partir de 1994 passou a assegurar a coordenação do ensino da Epidemiologia nos três cursos base da Escola e ainda nos três mestrados de Saúde Pública.

Desde 2003 foi Professor Auxiliar convidado de Epidemiologia da ENSP.

Publicações

Ao longo da sua atividade como médico de Saúde Pública integrou múltiplas comissões e grupos de trabalho, bem como foi membro dos Conselhos Redatoriais de revistas científicas. Foi membro fundador da Associação Portuguesa de Epidemiologia e membro da Associação Portuguesa da Promoção da Saúde Pública. Membro do comité científico da *European Public Health Association* (EUPHA)

Criou várias publicações ao longo da sua vida profissional, a maior parte das quais continua a ser publicada, designadamente "Saúde em números", "Risco de morrer", "Observações" e "Notas sobre".

Ao longo da sua carreira foi primeiro autor ou coautor de mais de uma centena de artigos publicados em revistas científicas nacionais ou internacionais.

Foram-lhe atribuídos os seguintes prémios científicos: Prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública 2005 – menção honrosa, em coautoria, sendo primeiro autor, pelo relatório *Minurar – Minas de Urânio e seus Resíduos: efeitos na saúde da população*; Prémio de Epidemiologia Cayolla da Motta (2007); Medalha de Ouro do Ministério da Saúde por serviços prestados (2008).

A capacidade de motivação e mobilização dos colaboradores que caracterizavam a forma de lidera de Marinho Falcão permitiram a participação empenhada dos elementos das diferentes equipas com as quais trabalhou, facilitando

tando a concretização de diversos estudos, com conclusões relevantes para a Saúde Pública.

A atividade profissional de Marinho Falcão foi sempre desempenhada com o prazer e entusiasmo de quem encara as questões de trabalho como um desafio permanente, onde cada resposta encontrada abre caminho a novas perguntas.

Marinho Falcão faleceu no dia 14 de março de 2017.

Testemunhos

“Nada do que fiz teria feito bem sem os meus companheiros de trabalho do Centro de Saúde de Cascais, do Inquérito Nacional de Saúde, da Divisão de Epidemiologia, da Escola Nacional de Saúde Pública, do Centro de Epidemiologia e Bioestatística, do Observatório Nacional de Saúde.”

A vida também é feita de recordações

Maria Antónia Calhau — Ex-Coordenadora do Departamento de Alimentação e Nutrição do INSA

A vida é muito feita de recordações. Recordamos hoje, e sempre recordaremos anos atrás, o importante apoio do Dr. Marinho Falcão, enquanto Diretor do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), numa fase tão delicada do então Centro de Segurança Alimentar e Nutrição (CSAN).

Sempre contámos com a sua excelente colaboração antes, durante e depois de ter ocupado o cargo de Diretor.

Mas foi durante o seu mandato como diretor, que coincidiu com a época mais difícil por que passámos em muitos anos de trabalho dedicado a este Instituto, que aprofundámos o conhecimento do elevado carácter e humanismo.

Na sequência do encerramento do INSA em 1997 fomos amavelmente recebidos no então Laboratório Nacional de Investigação Veterinária (LNIV), de modo a mantermos a atividade dos laboratórios. Transferimos equipamentos e pessoal para um espaço ocupado pelos trabalhadores do LNIV que nos receberam com toda abertura de espírito e simpatia. Contudo, enquanto estivemos fora das instalações do INSA por mais de cinco anos, em muito contribuiu toda a atenção, preocupação e carinho que o apoio do então Diretor Marinho Falcão para superarmos as dificuldades que tínhamos que enfrentar diariamente em casa partilhada.

Só lamentamos o facto de o seu mandato ter sido tão curto e não termos regressado ao INSA durante esse período pois por certo não se deveu à falta de empenho que colocou na resolução dos problemas difíceis com que se deparou à época.

Além deste particular assinalamos a competência e a disponibilidade, um perfil humano e sempre presente.

Não são palavras de ocasião, mas de respeito e agradecimento com que evocamos o Dr. Marinho Falcão e de quem guardamos a imagem que dignificou e dignifica esta Casa.

Permanente bonomia

António Correia de Campos — Ex-Ministro da Saúde

José Marinho Falcão, falecido prematuramente em 2017, quando, apesar de já reformado tanto ainda dele se esperava, foi um dos mais distintos epidemiologistas nacionais com direta intervenção na melhoria de vida dos portugueses.

A sua carreira como médico de saúde pública, alto funcionário da Direção-Geral da Saúde, dirigente do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), foi sempre dedicada ao interesse público.

Foi Delegado de Saúde em Cascais, chefe de divisão de Epidemiologia da Direção-Geral de Saúde, investigador sobre temas da saúde coletiva e colaborador em projetos de intervenção na promoção da saúde, como o Programa CINDI (*Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention*), dirigido entre nós pelo Professor Fernando de Pádua e terminou a sua vida profissional a dirigir o Departamento de Epidemiologia do INSA até à reforma, em 2009.

Como epidemiologista, dirigiu ou colaborou em projetos sobre Epidemiologia do cancro do estômago, da diabetes, de gastroenterites associadas a rotavírus, à gripe e ao controlo e minoração dos efeitos do trabalho em minas de urânio.

Mas o trabalho por ele desenvolvido que, em minha opinião, mais influenciou positivamente a saúde dos portugueses, foi a criação da Rede de Médicos-Sentinela para deteção precoce da gripe na população, através da recolha de informação e seu tratamento epidemiológico junto dos médicos de família, em colaboração voluntária.

Este dispositivo quase informal só teve êxito e sustentabilidade devido à competência e afabilidade de

José Marinho Falcão que conseguiu congregiar vontades e motivar clínicos a reconhecerem a necessidade de deteção e tratamento da gripe em termos coletivos, como importante problema de Saúde Pública. Se hoje podemos acompanhar a evolução anual de cada surto e prever os seus pontos mais críticos, preparando os dispositivos de Saúde Pública, devemo-lo aos Médicos-Sentinela e ao sistema que Marinho Falcão concebeu, lançou e durante muito tempo acompanhou.

Tive também oportunidade de escrever dois artigos nos idos anos 80, com Marinho Falcão e outros, cuja preparação proporcionou agradável convívio. Acompanhei de perto a sua docência na Escola Nacional de Saúde Pública, onde ambos ensinámos e sobretudo beneficiei da sua permanente bonomia com que vencia os obstáculos da vida e mais tarde, da doença.

José Marinho Falcão foi durante dois anos um excelente diretor do INSA e só não teve continuidade no seu mandato por ter entendido que a sua precária saúde não lhe permitia arcar em permanência com as responsabilidades do cargo. Os seus colaboradores e colegas recordá-lo-ão sempre com saudade e elevado respeito intelectual e profissional.

Os raros espíritos superiores

Regina Carmona — Médica, Medicina Geral e Familiar

Foi há mais de 20 anos.

Era eu uma jovem médica, e membro recente do Projeto “Médicos-Sentinela”, quando abriu um concurso de recrutamento para a Divisão de Epidemiologia da Direção-Geral da Saúde, a qual tinha desenvolvido aquele projeto e o coordenava. Sempre pronta para conhecer novas realidades, resolvi concorrer e fiquei. O que não imaginava era que iria viver umas das experiências mais enriquecedoras da minha vida profissional. Não só pelo projeto em si, de facto interessante e aliciante, muito diferente de tudo o que tinha feito até então, mas, e sobretudo, pela liderança do Dr. Marinho Falcão, seu chefe.

Ao longo da vida já conheci inúmeros dirigentes, em circunstâncias diversas, e já o fui eu própria também, por longos anos. Foram muitas as vezes que o citei, recordei aquelas qualidades de liderança e interroguei-me como faria se fosse ele, quando me deparava com situações mais complexas para gerir.

O Dr. Marinho Falcão era dotado de uma inteligência e perspicácia notáveis, revestidas todavia de uma descrição que raramente coexiste com aquele brilhantismo. O seu grupo de trabalho, onde me inseri, tinha características muito próprias e que não voltei a encontrar. Os seus elementos, com formações diversas, desde a médica à matemática e à administrativa, constituíam de facto um todo, sem qualquer vislumbre de hierarquização estéril, ou autoridade sobranceira, como tantas vezes sucede. A sua autoridade era consequência das suas qualidades, não por inerência de cargo.

Era como se todos soubessem o seu papel, sem que houvesse necessidade de o definir ou cobrar.

O “Chefe”, como lhe chamávamos, num tom bem diferente do comum, que encerrava respeito, admiração e carinho, totalmente isento de qualquer bajulação ou temor, era senhor de uma cultura científica invulgar e simultaneamente a pessoa que nos pedia para rever textos seus e sugerir alterações ou fazer correções: *“Quanto mais olhos veem, mais coisas se encontram e melhor fica”*, dizia.

Mas, se tivesse que escolher apenas uma das suas inúmeras qualidades como dirigente, certamente não resistiria a dizer que era a mais rara de todas: a sua capacidade de *“tirar leite das pedras”*, expressão popular que muito aprecio pela sua força e expressividade. E as “pedras” éramos nós, que ele conseguia galvanizar e entusiasmar como mais nenhum outro conheci. E descobria ou acordava em nós talentos que por vezes nem suspeitávamos possuir. Era incrível, por tão raro, como todos se envolviam no trabalho como se fosse parte de cada um; como todos sentiam que o seu contributo era indispensável. Ninguém é insubstituível, diz-se vulgarmente, mas ele fazia-nos sentir que éramos de facto únicos e ele é seguramente insubstituível.

Bem tentei imitá-lo quando estive em idênticos papéis, mas creio que não consegui chegar nem perto.

Não gostaria, contudo, de me limitar a falar do que tive o privilégio de conhecer do Dr. Marinho Falcão como chefe de equipa, mas também de recordar alguns outros traços que agora me vêm à memória. Era um homem discreto, como já disse, pouco exuberante nas suas manifestações emocionais, fosse de afetos, ou de irritações. Recordo, porém, o dia em que chegou ao mundo o seu único sobrinho, filho da sua única irmã mais nova, fruto

de um parto complicado e de risco. Andava preocupado por esses dias, mais absorto que habitualmente, e disse: *“É que realmente as coisas podem ainda complicar-se mais para eles os dois, mãe e filho”*. Ficámos suspensos da frase e presos ao seu olhar que encerrava todas as outras palavras por dizer. Distendeu-se-lhe o rosto, dando lugar a um sorriso largo quando nos anunciou mais tarde: *“Já nasceu e está tudo bem”*.

Lembro-me ainda de um dia luminoso e primaveril, nos jardins do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), em que estávamos à espera da sua mulher e ele comentar sorrindo, como quem percorria trilhos da memória: *“Quando a conheci era tão nova, tão juvenil, parecia uma miúda...”*.

Nunca esqueci também o dia em que, já passados alguns anos de ter deixado a sua equipa, o visitei no seu amplo gabinete, oito meses volvidos sobre ter sido nomeado para um cargo superior na hierarquia da Administração Central do Estado. Estava agitado e a sua incomodidade era patente, como não lhe tinha visto antes. Disse-me que não gostava daquele papel, que o que queria fazer não era nada daquilo, que o inundavam de burocracia absurda e de politiquices inúteis e perniciosas; que o que queria mesmo era voltar para os seus estudos epidemiológicos. Não esqueci esse dia porque, passado pouco tempo, soube que tinha renunciado ao cargo, com as consequências inerentes a este tipo de decisões, e apenas porque não gostava do que fazia, renunciando também aos privilégios e protagonismo do lugar, tão afrodisíacos para a maioria dos seres humanos. Nesse dia reforcei na minha lista mental das suas qualidades a coragem e a frontalidade.

Anos mais tarde convidou-me para integrar no INSA um grupo formado para estudar o, à data famoso, “Caso do Pó Amarelo”. Senti-me muito feliz pela confiança que parecia ainda depositar em mim.

É que, para nós, ser chamado por ele continuava a ser um privilégio.

José Carlos Marinho Falcão – Um Chefe que nunca precisou de mandar

Aleixo Dias — Médico, Saúde Pública

Conhecemo-nos no final dos anos setenta no Centro de Saúde de Cascais onde era Diretor e Delegado de Saúde, quando por lá passei no meu Internato de Saúde Pública. Não fazia ideia quanto este estágio influenciaria a minha vida futura. Desde cedo me entusiasmei com os seus projetos e com a forma como constituía as equipas, como as liderava e como lhes atribuía uma autonomia responsável na execução das várias atividades do Centro de Saúde (CS). Algumas semanas mais tarde, durante a habitual reunião semanal, propus-lhe fazermos um estudo sobre escolioses na população escolar do concelho. Analisou-a com interesse, facultou-me os contactos do Hospital de Santana para referênciação, tendo o protocolo ficado pronto rapidamente. Com a enorme contribuição da equipa de Enfermeiras do CS, o trabalho de campo correu como planeado, tendo os resultados sido apresentados alguns meses depois, no decurso das Jornadas daquela instituição. A partir daí, nunca mais deixámos de interagir e colaborar.

Mais tarde, quando trabalhava em Aljezur e aguardava o exame para entrada na especialidade, telefonou-me e convidou-me para integrar com ele e com a Zilda Pimenta, a Unidade de Epidemiologia que estava então a criar na Direção-Geral da Saúde, no Serviço de Bioestatística dirigido pela Professora Doutora Amélia Leitão. É com prazer que recorro as primeiras reuniões, a listas de estudos e de indicadores a priorizar pois, parecia que tudo estava por fazer! Posteriormente juntaram-se a nós a Ana Miranda, a Isabel Falcão, o Pedro Rodrigues, a Regina Carmona, o João Feliciano, a Judite Catarino e o José Giria. A equipa cresceu e as competências reforçaram-se

em áreas como a Estatística e a Economia da Saúde. A dinâmica era fantástica: estudos, publicações, comunicações, formação, trabalho de campo e consultoria. Nesta fase não me posso esquecer da Dra. Teresa Martins, do Proença e da Maria Dias, que muito contribuíram para o sucesso da Divisão de Epidemiologia. Do que então se fez, fala a obra realizada e, em grande parte, publicada.

Mas, nem todos os estudos foram avante. Cito dois exemplos, pela sua curiosidade:

- *Gastroenterites em banhistas das praias da Costa do Estoril*

Na altura o sistema de drenagem de águas residuais da zona de Cascais era muito deficiente e o CS confrontava-se com surtos frequentes de gastroenterite e hepatites que, julgávamos poderem estar associadas à atividade balnear. Foi, pois, sem surpresa, que um dia, estando já a estagiar no Serviço 4 do Hospital de São José, recebi o seguinte convite:

— Ó Aleixo, você não quer vir tomar um banhinho ao Estoril? – É que nós precisamos de alguns voluntários saudáveis para um estudo que estamos a pensar realizar...

Obviamente, declinei!

- *A qualidade da água das pias batismais*

Aqui a iniciativa foi minha e o propósito era estudar a qualidade das águas das pias batismais, onde os crentes colocavam os dedos antes de se benzerem, sendo que nesse processo tocavam os lábios, podendo incorrer em risco de contaminação.

Depois de alguma discussão metodológica, recebi como resposta:

– O estudo até pode ter algum interesse, mas, para além de hereges, o risco de podermos ser interpretados como bruxos, é imenso!...

Agrada-me recordar também as imperdíveis e muito participadas *pay day meetings*, que se realizavam cada dois meses “à volta do dia do pagamento”. Era um grupo de discussão e aconselhamento integrando profissionais da Direção-Geral da Saúde (DGS), Instituto Português de Oncologia (IPO), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Associação Nacional das Farmácias (ANF), Faculdades de Farmácia, de Ciências, de Medicina e outras. Eram reuniões abertas a todas as áreas do saber e tinham como propósito discutir e aconselhar quem quisesse expor as suas ideias ainda em fase embrionária, beneficiando dos contributos multissetoriais dos participantes.

Sublinho o clima de harmonia que o José Carlos criava à sua volta, fazendo com que as coisas acontecessem naturalmente, bem como, as boas relações institucionais e pessoais que sempre soube cultivar. Impossível não referir neste domínio, as mantidas com o Dr. Magão (Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, DEPS) e os Professores Cayolla da Motta (DEPS/ENSP), Bandeira e Costa (DGS/ENSP) e Soares de Oliveira (ENSP).

Na *London School of Hygiene & Tropical Medicine* onde ambos estudámos, fez questão que escolhesse o Prof. Geoffrey Rose como meu tutor, dada a sua boa experiência pessoal, algo que sempre lhe agradecerei. Em termos internacionais era uma voz muito considerada e respeitada, nesses areópagos, tendo participado em inúmeras conferências da Organização Mundial da Saúde (OMS), da então CEE, das Redes de Vigilância Epidemiológica Europeias, mormente da *Eurosurveillance* e a de Médicos-Sentinela, tendo trazido até nós alguns peritos com quem estabeleceu amizade e entre os quais recordo: Viviane

Van Casteren (Réseau Mediciens Sentinelle Belga) e Douglas Fleming (H&S). Mais tarde no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) juntaram-se à equipa outros talentos cujo trabalho já só acompanhei à distância, mas que é justo aqui citar: como o Carlos Dias, a Maria João, o Paulo Nogueira, a Inês Batista e o Baltazar Nunes. A Helena Rebelo de Andrade deu, entre outros, um contributo fundamental no apoio à componente Laboratorial do Sistema de Vigilância da Gripe e, a Isabel Falcão e a Zilda Pimenta foram no INSA, tal como tinham sido na DGS, peças basilares do sucesso alcançado pelos vários projetos desenvolvidos.

O José Carlos (que sempre tratei por Dr. Marinho Falcão), tinha uma maneira própria de distribuir tarefas.

– Ó Aleixo, você não quer...?

Com esta elegância de trato, quem é que se atrevia a dizer que não?

Dávamo-nos bem e estimávamo-nos muito. Era muito competente, sensato, humilde, bem disposto, um excelente contador de histórias e um ótimo companheiro, que recordo com nostalgia e saudade. Nunca lhe ouvi um reparo, uma deselegância ou um tom de voz alterado.

A nossa relação fortaleceu-se ao longo dos anos e os laços de amizade estenderam-se às nossas famílias e a outros amigos seus, que passaram a ser nossos amigos também. Aqui refiro por especiais a Zilda Pimenta, a Ana Miranda, a Isabel Falcão, a Ana Paula Martins e suas famílias. Cada um de nós seguiu depois os seus destinos, mas a nossa amizade extrapolou as relações de trabalho e foi-se consolidando, em Algés, no Banzão, no Cadoiço ou em Lagos, onde resolvemos comprar “poiso”, para continuarmos a partilhar os bons momentos das nossas vidas.

Em março de 2017, tal como noutras ocasiões, o Zé Carlos foi à nossa frente!...

Observatório Nacional de Saúde

Carlos Matias Dias — Coordenador do Departamento de Epidemiologia do INSA

O trabalho que o Dr. Marinho Falcão desenvolveu na criação do Observatório Nacional de Saúde (ONSA) foi, naturalmente, aquele em que o crescimento da função “observação em saúde” mais se fez sentir e todos os instrumentos então criados, ou adquiridos, permanecem ainda ativos no atual Departamento de Epidemiologia (DEP), onde contribuem para a observação em saúde e a vigilância epidemiológica e, no final, para o mais completo conhecimento epidemiológico da saúde dos portugueses.

O título do editorial da *newsletter* Observações nº 30, datada de março de 2006, é elucidativo da importância que o Dr. Marinho Falcão atribuía à informação sobre saúde obtida diretamente das pessoas: “*Vigilância epidemiológica: nunca, nunca se esqueçam das pessoas!*”. Esse editorial merece ainda ser revisitado pela atualidade que algumas das propostas mantêm.

Em todas as fases, sempre construtivas, do seu trabalho, o Dr. Marinho Falcão procurou não apenas desenvolver e manter sistemas e estudos de observação em saúde e seus determinantes como, também, criar novos instrumentos para a disseminação rápida e acessível da informação e do conhecimento produzidos.

A *newsletter* Observações permanece ainda no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), agora como Boletim Epidemiológico Observações, mas outros como o *website* dedicado ao ONSA ou a publicação “Notas Sobre” são recordados como marcos adiante do desenvolvimento dessa época.

Conheci o Dr. Marinho Falcão em 1991 como docente da disciplina de Epidemiologia no Curso de Especialização em Saúde Pública que frequentava na Escola Nacional de Saúde Pública durante o internato da espe-

cialidade de Saúde Pública. Recordo o clima descontraído e de aprendizagem não expositiva das suas aulas, e sempre com a ligação à saúde das pessoas e ao papel da observação epidemiológica. Dessas aulas recordo-o como o Professor que sempre foi.

O único contacto prático que havia tido até então com o processo de investigação em saúde tinha acontecido na licenciatura, durante as aulas de Saúde Pública lecionadas pelo professor Gonçalves Ferreira na Faculdade de Médicas da Universidade Nova de Lisboa, nos anos 1983 e 1984 e, depois, no Instituto Português de Oncologia de Lisboa com o Professor Jorge Soares e o doutor Moura Nunes entre 1985 e 1990.

Devo, assim, ao Dr. Marinho Falcão, e também a Aleixo Dias, Ana Miranda e ao Professor Cayolla da Motta a descoberta da abordagem, métodos e raciocínio próprios da Epidemiologia e das suas aplicações à investigação e à observação e vigilância epidemiológica em saúde.

O telefonema que o Dr. Marinho Falcão me dirigiu em 1994, propondo-me integrar a equipa que então construía no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, permanece na memória e marcou as minhas escolhas e o meu trabalho até hoje.

Devo ao Dr. Marinho Falcão essa e muitas outras oportunidades de desenvolvimento profissional e pessoal, como a experiência do mestrado em Epidemiologia na mesma escola que o havia formado, a *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, ou o trabalho no 3º e no 4º Inquérito Nacional de Saúde, instrumento de observação cuja equipa inicial o Dr. Marinho Falcão havia integrado na década de 80 do século XX.

A ele devo, também, o relacionamento afável e cordial, traduzido no incentivo para participar na construção e no crescimento do Centro de Epidemiologia e Bioestatística (CEB), do ONSA e, por fim, do atual DEP.

Desses 15 anos de convivência profissional e pessoal, retenho o treino e a prática da epidemiologia aplicada à Saúde Pública integrado numa pequena e jovem equipa, num organismo de âmbito Nacional, em Portugal. Retenho o exemplo de um médico, colega mais velho, que exerceu a especialidade de Saúde Pública no perfil de prática da epidemiologia, perfil raro à época e, mesmo actualmente, menos frequente que o necessário. Retenho o benefício da sua tutoria e ensino pelo exemplo desde que comecei a acompanhá-lo nos meandros dos processos de investigação e da sua gestão e promoção do crescimento do serviço e da equipa. Permanece o incentivo constante à autonomia profissional e à primazia dos factos sobre as circunstâncias da desvalorização da evidência científica. Tenho a certeza que muitos outros terão ainda consigo estes e outros benefícios resultantes do convívio com o Dr. Marinho Falcão e com as suas nobres, competentes e humanas características profissionais e pessoais.

Tudo o muito mais que me fica por dizer e por agradecer pertence à memória da vivência do dia-a-dia desde 1994 no INSA, época de grande generosidade, traço de grandeza que o Dr. Marinho Falcão tinha para com todos.

Professor Marinho Falcão

Paula Marinho Falcão — Bióloga

Não sei como lhe chamar... foi meu pai (papá Titão) meu chefe ("O chefe") e meu professor (Dr. Marinho Falcão). Na realidade foi sempre meu professor, pois ensinou-me muito do que sei e do que sou.

Como pai ensinou-me, ou pelo menos tentou, a ser verdadeira, a respeitar todas as pessoas, a ser trabalhadora, leal, honesta, atributos que lhe eram inegáveis e que sempre tentou inculcar nas filhas. Era isso que via nele, na forma como lidava com os outros, como se dedicava ao trabalho e à família.

Como chefe, tive a oportunidade de o conhecer profissionalmente, pois trabalhei para ele num dos muitos estudos epidemiológicos em que coordenou, ensinou-me a ser dedicada ao que fazia. *"Não interessa o que faças desde que o faças bem feito"* disse-me muitas vezes. Ensinou-me também a ser responsável pelas tarefas que me eram atribuídas, a opinar sobre elas e mais, pois embora a minha função fosse administrativa, aprendi muito sobre hipóteses, variáveis, estudos, dados, uma infinidade de conceitos que fazia questão de partilhar, mesmo que, aparentemente não fosse necessário eu dominá-los. Mas o meu pai era um professor: explicava sempre o que queria, porque o queria e envolvia-nos no processo, fazendo-nos sentir que fazíamos parte daquele estudo e que o nosso trabalho era determinante para o seu sucesso! *"Uma hipótese bem formulada é a chave para o sucesso/insucesso de um estudo"*; *"Nunca queiras estudar tudo de uma só vez"*; *"Atenção às variáveis de confundimento"* foram conselhos que ouvi ao longo do tempo que trabalhei com ele e que mais tarde apliquei aos nos meus próprios projetos.

Cruzei-me ainda com o Professor Marinho Falcão, no mestrado de Saúde Pública, onde foi meu professor de Epidemiologia. Professor muito entusiasta, que ensinava algo que o fascinava e que para ele era como um passatempo. A Epidemiologia era para o meu pai como as palavras cruzadas eram para o meu avô e os quebra-cabeças são para muita gente. Ele gostava do desafio, de brincar com as variáveis, de idealizar estudos, como se fossem mistérios policiais. Em sala de aula era claro, muito claro, explicava conceito a conceito e tornava-os coisas muito simples e fáceis de entender, mesmo aqueles que, à primeira vista pareciam mais complexos. E aplicava-os, ouviamo-lo falar de teoria, muito associada à sua prática profissional, de alguém que ensinava aquilo que fazia...

Era isso! Em tudo, o meu pai ensinava pelo exemplo, mostrou-nos sempre como fazer e ainda hoje quando tenho uma decisão difícil e não o tenho cá para a discutir com ele, penso...

Como faria o meu pai?

Cuidemos agora do seu legado... e façamo-lo crescer!

Isabel Marinho Falcão — Médica, Medicina Geral e Familiar

Um dos aspetos mais importantes e positivos da minha vida profissional foi o facto de ter trabalhado com o meu irmão! E sempre como meu “chefe”! Primeiro, no Centro de Saúde de Cascais, depois na Direção-Geral da Saúde e, mais tarde, no Instituto Ricardo Jorge.

Poderá parecer que houve aqui uma espécie de perseguição da minha parte... mas não! Aconteceu, simplesmente! E essas várias experiências resultaram em anos de partilha profissional e pessoal, com objetivos comuns, num laço forte e indestrutível!

Assim, foi-me pedido que escrevesse um texto sobre o meu irmão e chefe, na perspetiva profissional. Trata-se, sem dúvida, dum pedido pertinente... mas difícil de concretizar!

“Talvez eu não seja a pessoa mais indicada para escrever esse texto sobre o meu irmão e chefe!”

1ª DIFICULDADE

Como é que me vou referir ao meu irmão e chefe?

Escrevo: “o meu irmão”? Ou “o Dr. Marinho Falcão”? Ou simplesmente “Titão”, como sempre o conheci, fora da vida profissional?

Os primeiros soam-me impessoais e o 3º é, talvez, demasiado familiar para um escrito de abordagem profissional.

Talvez eu não seja a pessoa mais indicada para escrever esse texto sobre o meu irmão e chefe!

2ª DIFICULDADE

E qual deverá ser o conteúdo desse texto?

Que aspetos da vida do meu irmão e chefe deverei abordar?

- Devo salientar as suas excelentes qualidades de líder, reconhecidas por tantos colegas? Receio que possa haver uma repetição de muitos outros textos deste livro!
- Devo citar a sua invejável capacidade para descomplicar e operacionalizar o aparentemente impossível? Esta era uma das chaves do seu sucesso, que lhe permitia pôr em prática as ideias mais complexas!
- Devo descrever o rigor com que usava a Epidemiologia e os conhecimentos que tinha, para provar hipóteses importantes para a defesa da saúde pública? Como o estudo “MINURAR”, por exemplo, que lhe foi encomendado pelo Estado Português? Com certeza outros, neste livro, o farão.
- Devo destacar a sua capacidade inata para estabelecer empatia com as pessoas? E para estabelecer relações harmoniosas com os colegas de trabalho permitindo assim que decisões menos fáceis chegassem a bom porto? E de como sabia manter os colaboradores envolvidos no trabalho? E de como tinha sempre uma palavra de reforço positivo para todos, mesmo nos momentos menos bons? Era assim todos os dias...
- Devo descrever algumas das conquistas profissionais ou pessoais que fez ao longo da vida?
- Devo assinalar a sua sempre presente inteligência emocional, que usava de forma tão brilhante?
- Devo salientar a sua humildade, tolerância e enorme generosidade, como ser humano? Estava sempre pronto a ajudar, a ensinar, a emprestar e a fazer!

Certamente que a maior parte destes aspetos do seu carácter já terá sido abordada, direta ou indiretamente, noutros textos deste livro e duma forma muito mais eloquente!

“Talvez eu não seja a pessoa mais indicada para escrever esse texto sobre o meu irmão e chefe!”

3ª DIFICULDADE

Como é que se escreve sobre um “chefe” que, antes de o ser, já era irmão?

No mínimo, o que irá acontecer é que a emoção familiar irá prevalecer sobre qualquer outro aspeto abordado. E, considerando a admiração que tenho por ele, corro ainda o risco de exagerar nos elogios, podendo os leitores achá-los pouco objetivos e enviesados pelo parentesco!

Será isso aceitável? E tolerável? Ninguém é isento, é certo! Mas seria importante, neste texto, alguma isenção? Estarão os leitores à espera que eu seja capaz de tal proeza? Impossível! Sou e serei sempre a sua maior “admiradora”!

“Talvez eu não seja a pessoa mais indicada para escrever esse texto sobre o meu irmão e chefe!”

Provavelmente, o mais sensato, será, então, limitar-me a alinhar algumas notas, breves, sobre ele, esperando que outros, certamente mais dotados do que eu para a escrita, contribuam para um bem merecido testemunho!

NOTA 1 – BOM ALUNO E BOM “RAPAZ” – O EXEMPLO PARA MIM!

Quando eu nasci já ele por cá andava, havia quase 8 anos. Foi sempre uma referência na minha vida: irmão único, mais velho, bem-comportado, bem-educado, calmo, bom aluno – aliás, aluno de quadro de honra do liceu Camões, o que, na época, era uma coroa de glória! – e, mais tarde, o estudante de medicina com um futuro brilhante pela frente. Sempre me conheci admirando-o e respeitando-o, sem dúvida, uma inspiração para a minha vida!

NOTA 2 – O MÉDICO E CIRURGIÃO LÁ DE CASA!

Ainda estudante do 1º ano de medicina foi ele que me fez o diagnóstico de apendicite, em casa, tendo-me levado depois para o hospital, para ser operada! Com 11 anos eu era uma verdadeira cobaia nas mãos do Sr. Dr., sem disso ter consciência; mas enchia-me de orgulho poder dizer que tinha um irmão médico! E que ia ser cirurgião!

NOTA 3 – DE CIRURGIÃO PARA MÉDICO DE SAÚDE PÚBLICA

Nem todos saberão, mas o meu irmão trocou uma futura e brilhante carreira de cirurgião (qual *Dr. Kildare*, quem não se recorda desta série icónica dos anos 60?), pela de Saúde Pública! Mas como foi possível esta enorme mudança? Para mim, médico era quem tratava os doentes. E o meu irmão queria ser médico, sem dúvida! Então porquê deixar de ter doentes? Essa decisão, tomada já no final da especialização em cirurgia, surpreendeu família, amigos e colegas. Só bem mais tarde percebi quão difícil, inteligente e corajosa tinha sido!

NOTA 4 – FORMAÇÃO NUNCA É DEMAIS!

O meu irmão e chefe preocupava-se imenso com a informação, mas não menos com a formação ... profissional! Recomendava aos colaboradores a melhoria da formação e o enriquecimento curricular como aspeto principal de valorização profissional, quer em Portugal quer no estrangeiro. Também eu tive a sorte, seguindo o seu conselho, de obter uma bolsa para fazer formação no estrangeiro!

NOTA 5 – UMA CABEÇA BRILHANTE!

Sem dúvida esta foi uma chave para a concretização de muitos desejos e projetos: ideias inovadoras, organização cuidadosa e operacionalização adequada! Ah, e bom senso! Muito bom senso! Quantas vezes o encontrávamos, recostado numa cadeira, a olhar para o Tejo através da janela, pensando... *i.e.*, trabalhando... burilando ideias!

Grandes ideias! Assim nasceu a Rede Médicos-Sentinela e assim desenhou e lançou vários estudos.

NOTA 6 – A REDE MÉDICOS-SENTINELA - UMA ESPÉCIE DE “FILHA” (MAIS UMA!!!)

No final dos anos 80 criou a Rede Médicos-Sentinela em Portugal. Chamávamos-lhe, por isso, “pai da rede”.

Comecei a colaborar na Rede como Médica-Sentinela, depois de (con)vencida pelos seus irrefutáveis argumentos sobre a necessidade de a integrar. Mas foi durante a década de 90 que passei a trabalhar bem perto dele, no âmbito dessa Rede que ele próprio coordenava, na DGS. E cedo percebi como era bom trabalhar sob a sua liderança. Apesar do serviço não ser uma democracia, como dizia, com muita graça, considerava e aceitava, sem qualquer dificuldade, as sugestões dos seus colaboradores, reforçando o sentimento de pertença de cada um ao serviço. Quantas vezes convidou a equipa de trabalho e famílias para almoços e “patuscadas”, até na própria casa! Era líder nato e um verdadeiro *team builder*; e também um excelente epidemiologista e professor, habilitado a tirar dúvidas rapidamente! Foi um prazer trabalhar sob a sua chefia!

NOTA 7 – NA ARTE DA ESCRITA

Escrevia bem, de forma simples e fluida! Prova disso são os inúmeros textos e editoriais que deixou e que continuam atualizados como se tivessem sido escritos hoje. Alguns desses fazem parte deste livro.

Mas também escreveu por prazer, fora da profissão!

Recordo-me de que, durante a sua adolescência, escreveu vários textos e versejou muito; li dele muita prosa e, principalmente poemas... em folhas brancas, manuscritos, em letra bem desenhada!

Recordo-me da nossa mãe lhe ter pedido para compor uns versos de Natal para eu recitar na festa da escola ... teria eu 6 ou 7 anos ... foram um sucesso! Ainda hoje os sei de cor!

NOTA 8 – O BOM HUMOR

Tinha um humor muito fácil, não agressivo, feito a partir dos ridículos e óbvios do dia-a-dia! E a autocrítica resultava sempre em gargalhadas!

Era fácil e muito bom rir com ele!

Poderia escrever muito mais sobre o meu irmão e chefe ... *mas talvez não seja eu a pessoa indicada para o fazer!* Talvez seja melhor deixar essa tarefa para quem souber utilizar a palavra da forma grandiosa que ele merece!

Cuidemos agora do seu legado ... e façamo-lo crescer!

We have lost a giant – Personal reflections on the contribution of Jose Marinho Falcao

Douglas Fleming – Epidemiologista – Reino Unido

I first met Jose Falcao in the mid 1980's when he visited the Research Unit of the Royal College of General Practitioners in Birmingham. He had noted the history of the Unit especially with regard to the incidence of influenza and the value of routine systematic surveillance in a sentinel general practice network (Campbell DM, Paixao MT, Reid D Influenza and the spotter general practitioner. J R Coll Gen Pract 1988 Sept; 38 1314 418-21). He was keen to establish such a network in Portugal and this was achieved by the end of the decade (Paget WJ, Meerhof TJ, Goddard NL on behalf of EISS Issue 11 1 Nov 2002).

Over the next few years I had many contacts with Jose mainly associated with the expansion of General practice sentinel networks gradually integrating clinical and virological surveillance and incorporating vaccination data in order to measure influenza vaccine effectiveness (Valenciano M, Clancia B, I-Move Study Team A European network to measure the effectiveness of influenza vaccines. Euro Surveill 2012 Sept 27:17(39)pii20281). The expansion of influenza surveillance and the harmonisation of sentinel networks was difficult to achieve not least because of the short term funding of sentinel networks; hence the different names associated with these activities (Eurosentinel, EISS, Enscare, I-Move). The IMOVE project (Influenza: monitoring of vaccine effectiveness). Brought Jose's epidemiology expertise to the fore. As one of a small number of professional epidemiologists, his advice was highly valued and treated with great respect by the various collaborators. He had discernment in distinguishing the realistic and practical objectives from the simply idealistic.

Jose's research interests were not confined to influenza. He organised the large Portuguese contribution to the European Referral study (The European study of referrals from primary to secondary care. Report to the Concerted Action Group of Health Services Research for the European Community. Occas Paper Royal Coll Gen Pract 1992 Apr(56)). He collaborated in establishing routine ways to measure excess mortality during heat waves (Nogueira PJ, Machado A, Rodrigues E et al, The new automated daily mortality surveillance system in Portugal Euro Surveill 2010 April15(13) pii 19529). I recall his studies of the prevalence of diabetes and its complications as seen by Portuguese general practitioners. The RCGP Birmingham Unit provided some prevalence data from England and Wales for comparison and this led to me being invited to the annual meeting of the Portuguese network in Luso, a visit which gave me a love of Portugal and prompted me to make several holiday visits over future years.

Our involvement with influenza surveillance prompted several meetings in many European venues leading to a close friendship which later included our wives. We visited each other in our respective homes. Jose and Leonora were very generous people. We were invited to use their flat in the Algarve and his generosity extended to Jose lending us his car. In recent years, we were sad to see Jose as a sick man, but even in adversity he was good company and continued to make wise contributions to discussions of influenza matters. We have lost a giant!

O homem e o epidemiologista

Francisco George — Ex-Diretor-Geral da Saúde

Em 1947, José Marinho Falcão nasce em Lisboa. Vive e estuda na Capital.

Em 1964 ingressa na Universidade. Médico desde 1971 destaca-se, desde logo, entre os estudantes e professores do seu tempo, pelo rigor, serenidade, competência e participação nas atividades estudantis e académicas.

Sempre discreto, cumpre o Serviço Militar, obrigatório à época, em Timor. Aí assiste aos confrontos entre FRETILIM e UDT e ao recuo das Forças Armadas Portuguesas para Ataúro.

Logo depois regressa a Lisboa para retomar a vida científica que viria a colocá-lo entre os principais protagonistas do Mundo da Ciência que então renasce no País.

Preocupa-se primeiro em terminar a carreira hospitalar. Em 1977 é nomeado por Arnaldo Sampaio para desempenhar o cargo de Delegado de Saúde de Cascais.

A partir de 1980 dedica-se à Epidemiologia. No antigo Departamento de Estudos e Planeamento lida com mestres que impulsionaram os primeiros estudos epidemiológicos no País. Entre eles sobressai a figura de Luís Cayolla da Motta que, então, assegurava a ligação à Organização Mundial da Saúde.

Foi nesse contexto que o José Marinho Falcão deixa uma marca de grande qualidade na condução do Inquérito Nacional de Saúde.

A seguir, já na Direção-Geral da Saúde, cria os “Médicos-Sentinela” que para além do sinal inovador, marca o papel indispensável da Epidemiologia no plano preventivo. Ao mesmo tempo, transmite conhecimentos aos estudantes da Escola Nacional de Saúde Pública.

A partir de 1994 abraça uma notável carreira científica no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge que o guindou a seu Diretor na Viragem do Século.

Todos reconhecem em Marinho Falcão um médico epidemiologista com robusta formação que inclui o *Master of Science pela London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

José Marinho Falcão está presente entre nós.

Un camino al que volver siempre la vista

Amparo Larrauri — Epidemiologista — Espanha

Me gusta recordar a mi querido Dr. José Marinho Falcão en español, idioma que utilizamos en muchas ocasiones porque le gustaba enormemente practicar su perfecto "portuñol", como él decía, con el que demostraba con su sencillez habitual un dominio envidiable de su vecino idioma. Así compartía José con colegas y amigos sus grandes cualidades profesionales y humanas, con sencillez y camaradería, ofreciendo momentos que quedarán siempre con los que tuvimos la suerte de coincidir con él en la vida profesional o personal.

Conocí a José en el comienzo del proyecto europeo I-MOVE y poco tiempo después recibí su invitación a una reunión de trabajo en el Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. El respeto y la consideración que despertaba José entre sus colegas y discípulos eran realmente envidiables y lo he percibido así durante todos estos años. José transmitía entusiasmo por el trabajo bien hecho y por los nuevos retos que se nos presentaban en el campo de la investigación en salud pública. Era muy estimulante colaborar con él en un proyecto y siempre ponía su inteligencia y camaradería al servicio del objetivo planteado y del bienestar común.

Tuve después la suerte de viajar al Alentejo con José y Leonor, una pareja encantadora que parece que estaba destinada a no pasar mucho tiempo el uno sin el otro. Esta preciosa región me regaló, además de paisajes y rincones maravillosos, la experiencia de conocer mejor la personalidad que se desprendía de este brillante profesional, una persona que siempre enriquecía enormemente el tiempo compartido. Y así fue siempre, incluso con los grandes desafíos a los que tuvo que enfrentarse.

José estará ya para siempre con nosotros. Nos ha dejado un legado imperecedero. Por una parte, el brillante grupo de colegas que se formaron junto a él y con los que seguimos felizmente compartiendo nuestra actividad profesional. Por otra, su vitalidad y entusiasmo por todo lo que nos ofrece la vida. Un camino al que volver siempre la vista. Un recuerdo entrañable.

Uma liderança maior

Ana Paula Martins — Ex-Coordenadora do Centro de Estudos e Avaliação em Saúde da Associação Nacional de Farmácias

José Carlos Marinho Falcão é o exemplo que queremos ser capazes de seguir. Conheci-o como Professor no 1º Mestrado de Epidemiologia em Portugal, uma colaboração entre a Faculdade de Ciências Médicas e a Escola Nacional de Saúde Pública. Foi de facto o que se pode considerar um Mestre. Líder nato, primava pelo exemplo, pela serenidade, pelo bom senso e pela proximidade de todos nós, seus discípulos e admiradores. Muitos foram os ensinamentos, as horas de discussão, a aprendizagem que fazia questão em fazer acontecer de forma partilhada. O Dr. José Carlos Marinho Falcão foi juntamente com os Dr. Aleixo Dias e Dra. Ana Miranda as candeias que iluminaram o nosso caminho na Epidemiologia. Não esqueço também, pela relação com o projeto da Epidemiologia em Portugal, o Professor Cayolla da Motta que foi o agente promotor deste Mestrado, à data, totalmente inovador. Estávamos em 1994.

Ao longo da minha vida profissional e académica fui sempre contando com o Dr. Marinho Falcão. Ora por via das decisões que tive de tomar ora porque me revia protocolos e trabalhos em que estava envolvida. Muitas vezes porque me desafiava a um novo projeto, uma nova ideia. José Carlos Marinho Falcão era um homem que a Medicina tornou médico, culto, profundo, intenso nas suas convicções, esclarecido nas suas opções e decisões. A mim sempre me deu segurança ouvir a sua opinião, mesmo que não a seguisse. E ele sabia-o. Mas também sabia que o que me dizia pesava na minha opção como pessoa, como profissional e sobretudo promovia em mim a liberdade necessária ao desenvolvimento de uma vida consistente e proveitosa.

Muitas foram as iniciativas que promoveu para nos juntar, aos que dedicavam a sua paixão pela Epidemiologia e o faziam com um espírito livre. Era um homem livre, pensava

profundamente nos caminhos a seguir e tinha um humor muito especial. Era agregador na palavra e no silêncio. Nunca o vi triste, desanimado ou pessimista. Tinha sempre a preocupação de ser sereno no convívio com as suas equíparas próximas ou afastadas. Promovia os chamados *pay day meetings*, dias em que nos reuníamos alternadamente nas várias instituições com uma agenda partilhada de trabalho e reflexão na área da Epidemiologia.

Os farmacêuticos devem-lhe reconhecimento numa ação que considero ter sido determinante para a realização de estudos fármaco-epidemiológicos nas farmácias portuguesas: a relação que promoveu entre a rede de Médicos-Sentinela e a rede de farmácias para a realização de estudos fármaco-epidemiológicos e de saúde pública. Esta iniciativa e empenho foi reconhecido pelo Centro de Estudos de Fármaco-Epidemiologia da Associação Nacional de Farmácias no seu 10º Aniversário na Torre do Tombo e ficou registado como um momento especial de gratidão e carinho. Recordo as suas palavras e sinto que o fizemos feliz por estar juntos. Era um homem sem fronteiras e que construía pontes todos os dias. O Projeto CEFAR e a Rede de Farmácias Sentinela (na altura) começou com uma conversa entre mim e o Dr. José Carlos Marinho Falcão no restaurante da Ordem dos Médicos. A seu convite. A ideia foi dele. Estávamos em 1995.

José Carlos Marinho Falcão será sempre uma referência num mundo em que elas se tornam indispensáveis à sobrevivência de valores como a liberdade na ciência, a ética na ação e a solidariedade na atitude. A sua presença na minha vida alterou o meu destino. Nunca o esquecerei. Só espero ter conseguido aprender bem o que me ensinou. E honrar sempre a memória que sempre teremos da sua liderança maior.

Scientists can create Europe if they allow for friendship and humanity

Alan Moren — Epidemiologista – França

In September 2008 we started I-MOVE, the European network for measuring Influenza vaccines effectiveness and impact. Our first annual meeting was held in Lisbon, Portugal. Jose was hosting the meeting, organising, paying attention to small details, simply but warmly welcoming EU colleagues, reflecting his dedication to people. After 3 days of meeting we knew that Jose was an exceptional scientist with a real vision for public health in Europe. But we also had the surprise, at the farewell dinner, to discover and enjoy that Jose was also a poet able to touch our soul and strengthen friendship. We enjoyed this evening and remember it as a corner stone of the creation of the I-MOVE network.

This was on a Friday evening. The next Monday, Jose was retiring and life decided to change suddenly and challenged Jose's health for the first time.

One year later we had the I -MOVE meeting in Budapest. Jose was back with the team with some motor difficulties. At the boat diner on the Danube river we all hoped for prompt recovery. On the way back to the hotel, an unexpected obstacle (a long stair) was there, incompatible with the wheel chair. We were ready to hand carry José in his wheel chair but he stopped us and said "I want and try to climb the stair". With some help, he stood up and climbing the stair became a joint effort of ten of us helping José in his challenge. And it worked! With a lot of fun and enthusiasm. Under the dedicated and friendly coordination of Doug Fleming, Jose climbed the stair. We were full of hope and this event remains a simple but outstanding example of the spirit that scientists like José have insufflated in the I-MOVE human adventure.

Jose and other have shown that whatever the political and economic context, whatever the past and future exits from EU, scientists can create Europe if they allow for friendship and humanity to complement scientific relationships.

Thanks Jose!

A tragédia das tragédias é que o meu amigo já cá não está

Paulo Nogueira — Estatista

Hoje,
À distância do tempo decorrido
Percebo que o meu amigo era um mágico
Bastava uma palavra que qualificasse algo das quantidades do mundo
Dir-te-ia que estava certo ou estava errado

Hoje,
Na distância e na saudade,
Não descortino como sabia o que sabia
Ainda não acredito no detalhe com que equacionava todas as coisas
E como todas as coisas eram histórias felizes

Hoje,
Com a distância e com sorrisos,
Aprecio-lhe os gestos e os sonhos
Aprecio-lhe a grandeza que por ser tão grande não agarrou
E a humildade que por ser tão grande o engrandeceu mais

Hoje,
Na distância e com mágoa
Apesar da serenidade, custa que tenha partido,
Custa que as maleitas que compreendeu mais profundamente
Lhe tenham estacionado à porta e o tenham levado

Hoje,
A tragédia
Não é o estado do mundo,
A imensidão das catástrofes,
O cingir do mundo imenso
a um quadrilátero pequeno

A tragédia das tragédias
é que o meu amigo já cá não está

Novos caminhos da prevenção

Fernando Pádua — Médico, Cardiologista

Querida Dra. Isabel Marinho Falcão

Queira aceitar os meus cumprimentos (e também os meus pêsames) pela perda do seu tão querido irmão, o Dr. José Marinho Falcão: só muito mais tarde tive conhecimento da sua morte.

O facto de o ter encontrado em cadeira de rodas numa das reuniões do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge chocou-me, pela crueldade do destino que o atingira, e ele, uma das mais ricas cabeças da nossa Saúde Pública! Por outro lado, a força anímica que o continuava a manter activo, no seu Instituto, fez-me olhar com enorme respeito para esse “nosso” Stephen Hawking, que não queria desistir.

Só contactava com ele de longe em longe, mas não posso esquecer o nosso tempo “glorioso” dos anos 80 quando, após a inauguração do meu Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva, fomos os dois convidados pela Organização Mundial de Saúde para irmos até Varna - Bulgária, (salvo erro em 1986) na reunião dos “visionários” do Programa CINDI-Europa (*Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention*) – um momento inesquecível que me marcou para todo o resto da minha vida preventiva que, de cardio-cerebrovascular, passou a abranger de forma integrada, pluridisciplinar, intersectorial e intergeracional todas as outras doenças crónicas não transmissíveis com fatores de risco comuns (como por exemplo obesidade, diabetes, vários cancros, doença pulmonar crónica, doenças mentais ou “reumatismos”, etc., etc.).

Foram dias de júbilo e intensa atividade científica, que vivemos em conjunto, como verdadeiros irmãos: horas de

muito trabalho e deslumbramento pela larga abertura de novos, e longos caminhos na prevenção de muitas outras doenças crónicas, e na promoção da saúde e melhor qualidade de vida - alternando com as nossas horas de lazer, com banhos e exercícios de natação na piscina do edifício onde residíamos, ou mesmo passeios noturnos na cidade de Varna, tão próxima. Ao fim de quatro ou cinco dias intensivos (onde até ouvíamos os gritos de outros e outras colegas, que tomavam banhos bem frios e noturnos no lago próximo das nossas vivendas privadas).

Voltámos de lá diferentes, irmanados e muito amigos, e colaboradores, ambos do “jovem” Programa CINDI-Europa da Organização Mundial de Saúde, de que Portugal e o meu ainda mais jovem Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva passaram a fazer parte, ficando eu como Coordenador Científico e Primeiro Investigador, e ele como Responsável pelas áreas da Demografia, Estatística e Epidemiologia. E em cada um dos nossos Institutos de origem (ele no Instituto Ricardo Jorge e eu no meu), passámos ambos a viver a Saúde Pública e a Prevenção das Doenças de forma muito mais incisiva, abrangente, intersectorial, e, obviamente, integrada!!!

Como pormenor curioso, e ao mesmo tempo surpresos..., deixe-me recordar que, só muito tempo depois de voltarmos para o nosso País, vim a saber que estivéramos alojados naquilo que era uma estância balnear de verão dos membros mais proeminentes do Partido Comunista da Bulgária! E também, uma noite passeando por Varna, ao vermos um enorme letreiro luminoso em grande destaque no cimo de um prédio muito alto, sem entendermos o que dizia, o colega jugoslavo que nos

acompanhava comentou, ironicamente: “é bom que se vão habituando, em Portugal, pois a tradução é: “Glória ao Partido Comunista”!!!!...

A terminar estas poucas palavras da minha muita admiração pelo seu mano, recordo também que nos anos de 1987 e seguintes o nosso amigo colaborou connosco no oficializado Programa CINDI-Portugal (1987-2002), cada um na sua área, construindo uma renovada maneira de viver a nossa missão e tentando desenvolver uma Medicina cada vez mais integrada e comportamental, isto é, multidisciplinar, intersectorial e intergeracional, com progressos indiscutíveis ao nível dos ganhos em Saúde, Saúde Pública e Qualidade de Vida.

Pode ver-se na página 187 do Livro “CINDI-Life”, (que publicámos e lhe ofereço em memória) como o vosso irmão foi importante para o começo desse programa de 15 anos, que posteriormente veio a ser transposto para o Plano Nacional de Saúde (2004-2010).

Permita-me, Doutorinha Isabel, que com um beijo afetuoso, lhe volte a afirmar, e a toda a vossa Família, a minha grande tristeza pela perda do seu irmão e meu grande amigo Dr. José Marinho Falcão.

Carta para um amigo

Rosado Pinto — Médico, Alergologista

Meu Caro Zé Carlos

Quando a Isabel me telefonou passado algum tempo depois de teres partido fiquei durante minutos em silêncio “rebobinando” as memórias do passado.

A nossa amizade está marcada ao longo da vida por dois períodos especiais. O período da Faculdade onde tínhamos um belo grupo de amigos que integravam a Lenor, tua futura mulher, e a Isabel tua irmã mais nova. Quase todos os sábados nos reuníamos, mas em tua casa era especial: por baixo da ponte com uma enorme sala aonde o convívio era estimulado. Então o Carnaval era obrigatório. Já nessa época te caracterizavas pela diferença, características de uma educação que se coadunava perfeitamente com a que recebi no Colégio Militar. As tuas regras no convívio social: o rigor das tuas opiniões e convicções ou a tua análise sobre as preocupações do nosso futuro coletivo, com a Guerra Colonial à espreita, marcavam muito das nossas conversas. Para além disso havia o universitário exemplar.

Com a minha ida para a Guiné, houve como que um afastamento até porque foste um dos primeiros a casar e eu um dos últimos.

Nos anos 90 no entanto voltamos ao encontro através da profissão. Foi a época do estudo ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*), ainda hoje considerado pelo Guinness Book como o maior estudo epidemiológico feito em medicina. Durante 10 anos trabalhámos em Portugal dados de mais de 35.000 jovens dos 6-7 e 13-14 anos através de uma metodologia rigorosíssima conduzida permanentemente por Auckland na Nova Zelândia e que envolveu 55 pa-

íses e mais de 1 milhão de jovens. Foi contigo que muito aprendi e percebi que o teu rigor e disciplina, que já era teu na Faculdade, estavam cada vez mais apurados ao serviço da investigação. Com uma disponibilidade permanente, com o teu saber e do teu grupo conseguimos ultrapassar todos os obstáculos e dificuldades, sem que da tua parte fosse exigido, ou sequer sugerida qualquer contrapartida, fruto da generosidade intrínseca com que sempre distinguiste os amigos.

Depois seguiram-se contactos mais esporádicos, até que a vida nos últimos anos te pregou uma partida que não te deixou viver como merecias.

Fica para sempre a memória de um HOMEM BOM, e sobretudo de um AMIGO do seu AMIGO.

Até Sempre!

A Rede Médicos-Sentinela ou como se mudou a visão de um país

Armando Brito de Sá — Médico, Medicina Geral e Familiar

Algures em 1988, na então Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMGF) os membros do seu Núcleo de Estudos e Investigação começaram a gizar um plano para construir uma rede nacional de vigilância epidemiológica constituída por médicos de família, à semelhança do que começava a acontecer em diversos países. No decurso desse processo fomos informados de que, na então Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP) havia um colega de Saúde Pública que estava com a mesma ideia. Estabeleceu-se o contacto e rapidamente se percebeu que ambas as instituições tinham a mesma intenção e se encontravam alinhadas nos seus objetivos. Da discussão percebeu-se ainda haver uma complementaridade perfeita a explorar: a APMCG dispunha da mais completa base de dados de médicos de família do país e dos meios para os contactar; a DGCSP tinha os recursos humanos e logísticos que permitiam colher, analisar e divulgar a informação obtida através dessa rede. Em 1989 avançou-se para o teste da Rede Médicos-Sentinela no distrito de Setúbal. A Rede estendeu-se depois ao resto de país e produziu informação que mudou a nossa percepção da evolução de vários problemas de saúde nacionais. Por exemplo, foi a colaboração entre a Rede Médicos-Sentinela e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge que permitiu pela primeira vez definir o padrão de comportamento sazonal dos vírus da gripe e diferenciar esse padrão entre influenza A e B. Estudaram-se taxas de incidência de múltiplas doenças até então nunca avaliadas e o seu padrão evolutivo ao longo de anos. Num estudo verdadeiramente audacioso à época, por singrar em territórios de legalidade complexa, colheram-se os primeiros

dados sobre interrupção voluntária de gravidez alguma vez obtidos em Portugal. A história desta rede terá um dia de ser escrita.

No centro deste processo, essencial, de uma clareza de raciocínio e de uma coerência absolutas, esteve desde o primeiro instante José Marinho Falcão – era ele o colega de Saúde Pública acima referido. A ele se deveu a génese, a continuidade e a importância da Rede Médicos-Sentinela no cenário epidemiológico nacional. Foi ele quem definiu desde o primeiro momento os princípios essenciais da Rede, em particular a não sobreposição com a informação colhida por outros meios e a absoluta e não negociável independência decisória dos membros da rede na escolha dos temas, conceção dos projetos e divulgação dos resultados. As reuniões anuais da Rede, no último fim de semana de janeiro de cada ano e, a partir de certa altura, sempre no Luso, foram durante perto de duas décadas o momento esperado por um grupo que incluía médicos de família, epidemiologistas, matemáticos, outros profissionais e muitas das suas famílias que, a dada altura, se juntavam a este grupo. Nestas reuniões, trabalho intenso e rigoroso aliavam-se a um convívio gerador de um extraordinário espírito de corpo que constituiu uma das marcas identificadoras da Rede Médicos-Sentinela.

José Marinho Falcão manteve-se ligado aos Médicos-Sentinela até ao seu desaparecimento, sendo a sua referência científica e ética. Ficam registados o respeito e admiração dos médicos de família que tiveram o privilégio de com ele trabalhar, e fica o exemplo que deu para as gerações futuras.

A escola onde aprendi a investigar

José Augusto Simões — Médico, Medicina Geral e Familiar

Conheci o Dr. José Marinho Falcão quando ele veio a Coimbra apresentar a nascente Rede Médicos-Sentinela na antiga Administração Regional de Saúde de Coimbra. Estávamos em setembro de 1990.

Fiquei entusiasmado com o projeto, pelo que logo aderi tornando-me um dos primeiros membros do distrito de Coimbra. Tive assim o privilégio de colaborar e acompanhar todo o desenvolvimento da Rede e de ativamente participar nas Reuniões Anuais, que desde o início o Dr. Marinho Falcão resolveu criar.

Estas Reuniões Anuais foram para mim um local de aprendizagem, pois nelas o Dr. Marinho Falcão sempre privilegiou a apresentação, em primeira mão, dos resultados que se iam obtendo, como a discussão de todos os projetos de estudos a desenvolver. Eram discussões de nível científico muito elevado e em que nada ficava por ponderar. Nelas aprendi a apresentar resultados e a discuti-los, assim como a planejar e a discutir projetos de investigação. Estas Reuniões foram para mim a Escola onde aprendi a Investigar.

Pude ainda conviver com o Dr. Marinho Falcão em alguns grupos de trabalho que se criaram e que ao longo de alguns anos foram desenvolvendo alguns estudos, chamados satélites, porque iam além da notificação contínua, semanal, que a Rede implicava. Nesses grupos, de planeamento e posteriormente de análises de dados e elaboração de relatório, sempre o Dr. Marinho Falcão teve palavras de incentivo e de rigor metodológico. Foi com a sua ajuda que fiz as minhas primeiras apresentações em congressos médicos, inicialmente só em póster e posteriormente em comunicação oral, que nacionais,

quer na WONCA Europa. As minhas primeiras quatro participações em conferências da WONCA foram para apresentar estudos feitos na Rede Médicos-Sentinela.

Tive ainda oportunidade de ser incentivado pelo Dr. Marinho Falcão a publicar resultados de estudos em que ia participando e com a sua ajuda pude fazer quatro publicações em revistas portuguesas.

Posso assim concluir dizendo que muito agradeço ao Dr. José Marinho Falcão todo o estímulo para a Investigação que em mim semeou.



Editoriais do Observações e comentários

“A verdade é que é revolucionária!”

Abdominal
Cineultra
Renal

Este quadro não faz sentido!
Em cada consulta se se pede esse
WFO, e ecografia = consulta

Cardíaca - si total
Pneumia - si total
Protid. - si total
Tiróide - si total
Outras - si total

Observações nº 1, setembro 1998

Ao ser criado, o Observatório Nacional de Saúde recebeu a responsabilidade de juntar o seu esforço aos que estudam o estado de saúde dos Portugueses. Vai exercer essa responsabilidade com gosto e motivação.

Mas vai empenhar-se também noutra tarefa imperiosa: evitar que o conhecimento existente fique invisível, seja ignorado ou esteja fora do alcance de quem precisa utilizá-lo.

OBSERVAÇÕES é um dos instrumentos com que o ONSA visa facilitar a aproximação entre os dados e os indicadores de saúde e aqueles que os utilizam.

Nunca será sua vocação publicar trabalhos extensos e completos. Ao invés, tornará visíveis dados e indicadores pouco conhecidos ou recém-produzidos, divulgará instrumentos de observação de saúde e procurará estimular ideias, colaborações e boas vontades.

OBSERVAÇÕES não será uma publicação restrita, efémera ou irregular. Chegará junto a vários milhares de prestadores de cuidados, de administradores e de investigadores de saúde, a tempo e horas. Finalmente, permitam-nos que tentemos editar OBSERVAÇÕES com a informalidade e os toques de humor que tornam as coisas sérias mais atractivas.

A partir de agora, aberta, activa e informal, OBSERVAÇÕES vai cumprir a sua missão.

O OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE (ONSA) foi criado no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge com a missão de assegurar a observação do estado de saúde e de doença da população portuguesa e das respectivas determinantes.

Portugal não é um país pobre em informação sobre saúde. De facto, desde há longos anos muitas instituições e grupos estudam o estado de saúde dos portugueses. Assim, o ONSA deverá inserir-se com harmonia nessa vasta rede de entidades. Duplicar informação já existente seria inútil. Competir com actividades e projectos em curso seria indesejável. Perturbar esforços em desenvolvimento seria desastroso.

Assim, o ONSA foi concebido e está a desenvolver-se no sentido de:

GERAR, POR SI, DADOS E INDICADORES DE SAÚDE

Para esse fim recorrerá a:

...VÁRIOS INSTRUMENTOS DE OBSERVAÇÃO

Uns, como ECOS: "Em Casa Observamos Saúde", concebidos pelo ONSA; outros, como o Inquérito Nacional de Saúde, ou o Registo Nacional de Anomalias Congénitas já existentes e consagrados.

... À EXPLORAÇÃO ADICIONAL DE BASES DE DADOS...

Através de análises realizadas sobre bases de dados já existentes, como a da Mortalidade, a do Inquérito Nacional de Saúde, a de "Médicos-Sentinela", etc.

... E À REALIZAÇÃO DE ESTUDOS "AD HOC",

vocacionados para melhorar o conhecimento existente em áreas temáticas específicas.

IDENTIFICAR E RECOLHER DADOS E INDICADORES PUBLICADOS

O ONSA recolherá, de forma organizada, os dados e indicadores de saúde que tenham sido publicados ou lhe sejam cedidos por outras instituições e grupos.

ORGANIZAR OS DADOS E INDICADORES DISPONÍVEIS

O ONSA organizará uma Central de Indicadores de Saúde que conterá informação actualizada e incluirá um Arquivo de Dados e Indicadores dedicado à informação não actualizada, se for potencialmente útil.

PROMOVER A SUA DISSEMINAÇÃO

Através de veículos diversificados como relatórios monográficos e gerais, artigos científicos, “newsletters” e outras publicações informais que atinjam um número elevado de utilizadores

POSSIBILITAR A CONSULTA FÁCIL

Que se poderá concretizar por via telefónica, por fax ou por via telemática, de modo a facilitar o trabalho de todos os que tenham necessidade de dados e indicadores, com especial atenção para os administradores de saúde, os vários grupos de profissionais de saúde e os investigadores.

Desenvolvendo o ONSA de forma planeada, serena e em diálogo, empenhar-nos-emos em que a sua missão seja cumprida contribuindo, cada vez mais para o conhecimento do estado de saúde dos portugueses.

Comentado por Carlos Matias Dias

Médico especialista, Saúde Pública

Nota dos editores: O testemunho de Carlos Matias Dias na página 31 foi também escrito como comentário a este editorial.

Quando $1+1+1>3$, Observações nº 2, dezembro 98

Ao contrário do que alguns possam imaginar existem em Portugal vários sistemas de informação de saúde que, não sendo perfeitos, permitem análises epidemiológicas úteis, rápidas e de baixo custo.

O sistema da Mortalidade é bem conhecido e indispensável.

O sistema das Doenças de Declaração Obrigatória é igualmente conhecido e indispensável.

O sistema Grupos de Diagnósticos Homogêneos, na sua vertente referente às causas de internamento, é mais recente, mas não menos importante.

Note-se que os dados gerados por estes três sistemas se sobrepõem parcelarmente, mas são, também, claramente complementares.

Essa complementaridade torna possível a sua utilização integrada fazendo uma abordagem muito mais ampla da Epidemiologia de uma determinada doença ou problema de saúde.

Por outro lado, a sobreposição parcelar que os caracteriza, quiçá considerada inútil, revela-se muito desejável quando se visa eliminar as insuficiências que cada um dos sistemas tem.

Em suma, vale a pena ter presente que a análise integrada dos resultados gerados pelos três sistemas pode ultrapassar bastante o somatório simples dos resultados de cada um deles.

O caso da *leptospirose*, sumariamente abordado neste número de "OBSERVAÇÕES", é exemplo da mais-valia proporcionada por esta análise integrada.

Comentado por Baltazar Nunes

Estatista

Neste editorial da *newsletter* Observações, o Dr. Marinho Falcão começa por nos prender a atenção, escolhendo para título uma inequação falsa. Como é que a soma de 3 unidades é superior a 3, na nossa aritmética usual? Mas o que na realidade nos quer dizer é que a conjugação de várias fontes de informação produz um efeito sinérgico, pois permite descrever uma realidade epidemiológica de diferentes pontos de vista, cada um deles representando uma fase da doença ou do problema de saúde ou os diferentes contactos que o indivíduo tem com os sistemas de informação.

Esta forma de abordar uma questão ou problema era muito comum nas suas atividades enquanto epidemiologista e médico de Saúde Pública e demonstrava o seu amplo conhecimento da população portuguesa e dos sistemas de informação disponíveis, permitindo uma observação em termos panorâmicos. Penso que só o conseguia fazer porque se colocava no lugar das pessoas e olhava para todo o sistema do ponto de vista da população.

Na sua prática, recorria muitas vezes a fontes de informação menos usuais em Epidemiologia. Recordo-me, por exemplo, de, durante períodos de ondas de calor e perante a necessidade de informação célere para o apoio à decisão, contactarmos os serviços de gestão cemitérial municipais, de forma a estimar o impacto daqueles eventos na mortalidade; ou ainda, a implementação, em 1998, da primeira "Amostra ECOS: Em Casa Observamos

Saúde”, selecionada de forma probabilística a partir das listas telefônicas da Portugal Telecom, segundo os cânones dos métodos de amostragem e recorrendo ao famoso “método da régua”, desenvolvido numa das reuniões de serviço do Observatório Nacional de Saúde.

Tudo, claro, sempre na perspectiva de cruzar fontes de informação de várias origens, desde a comunitária aos serviços de saúde, de forma a melhor descrever a Epidemiologia de uma doença ou de um fenómeno.

Confesso que foi, não só entusiasmante, mas também determinante, para mim, jovem estatista e saído há pouco tempo da faculdade, ser desafiado sistematicamente, principalmente à segunda-feira de manhã, com ideias novas. O Dr. Marinho Falcão chegava de um fim-de-semana, passado, talvez, em Lagos, sentava-se numa cadeira da sala que eu e o meu colega Paulo Nogueira partilhávamos e a que ele, carinhosamente, chamava o “antro dos estatistas” e começava: “*Então o que acham de nós...*”. Essas ideias novas implicavam, quase sempre, desenvolver ou adaptar métodos estatísticos rigorosos, mas práticos, para colher e analisar dados, em tempo útil, de forma a produzirmos e disseminarmos informação a quem dela precisava. Na maior parte das vezes não havia a preocupação primária da publicação em revista indexada, com revisão por pares; e isto era algo que também caracterizava o chefe. O conhecimento deve servir, em primeiro lugar, para a ação em tempo útil e não foi por acaso que a *newsletter* do ONSA se chamou “observações”.

Esta forma de “pensar fora da caixa”, tão familiar no Dr. Marinho Falcão e que incutiu em todos os que tiveram o privilégio de trabalhar com ele, é, nos nossos dias, cada vez mais necessária, frequente e com o maior grau de sofisticação que a tecnologia permite. Na atualidade, o cruzamento e interseção de várias fontes de informação é usado cada vez mais na decisão clínica ou em Saúde Pública, recebendo o nome pomposo de *Evidence Synthesis*

em que se recorre a métodos de meta-análise e de propagação da incerteza (*Bayesian Evidence Synthesis*), para, de forma probabilística, conjugar informação de várias fontes para descrever a Epidemiologia de uma doença ou problema de saúde e dar referências para a tomada de decisão e intervenção em saúde.

Quando voltei a ler este editorial, assim como outros, presentes neste livro e publicados no *Observações*, senti, mais uma vez, que fui um privilegiado por ter iniciado a minha carreira trabalhando com o Dr. Marinho Falcão. Foram 12 anos de exemplo, na sua forma de chefiar equipas, criando sinergias e valor acrescentado nas pessoas que com ele colaboravam. Disto é exemplo a interpretação secundária do título deste editorial, 1+1+1>3. A forma como nos ensinou o rigor, a transparência e independência no processo epidemiológico, foi marcante. Recordo-me das vezes (pocas!) em que eu entrava pelo seu gabinete, que tinha sempre a porta aberta, dizendo que tudo indicava a existência de um erro na base de dados ou na análise estatística e perguntando “o que fazer?”. Virava-se para mim, pedia para me sentar e explicar o sucedido e respondia-me citando, de forma adaptada, George Orwell: “*Dizer a verdade é que é revolucionário.*” E era óbvio o que eu precisava de fazer.

O mais enriquecedor é que não foram só os ensinamentos, aliás nunca foi meu professor formal; foram, acima de tudo, experiências de trabalho conjunto, ombro-a-ombro, de “mangas arregaçadas”, como descrevia a forma como trabalhava com os seus colaboradores e que, ainda hoje, recordo e tento seguir, para que este modo de estar com os colegas, ao serviço da população e esta forma de aplicar o método epidemiológico, tendo em vista a criação de conhecimento para a ação em Saúde Pública, seja uma prática cada vez mais comum.

Até sempre, chefe!

Um companheiro para Observações, Observações nº 3, março 99

Na apresentação de “OBSERVAÇÕES” dissemos querer contribuir para aproximar dados e indicadores de saúde daqueles que os utilizam. Essa aproximação exige divulgação oportuna e célere que não pode ser alcançada através de publicações científicas ou técnicas formais cujos atrasos são grandes.

Com os olhos postos nessa aproximação, o ONSA vai passar a editar uma segunda publicação, dando a “OBSERVAÇÕES” um companheiro!

Chamámo-lhe NOTAS SOBRE...!!!

Com um ar um pouco mais sério do que OBSERVAÇÕES e com uma tiragem menor NOTAS SOBRE... será usada pelo ONSA para dar a conhecer, com atraso mínimo, muitos dos resultados que gera.

NOTAS SOBRE... terá carácter *monográfico*: cada número acolherá apenas um único tema, abordando-o com profundidade e rigor científico adequados.

E será intencionalmente *aperiódica*: cada número será editado assim que resultados relevantes estiverem disponíveis! Em regra, esses resultados serão preliminares embora próximos dos definitivos: estes últimos serão publicados, mais tarde, em revistas científicas.

Atenção! Não se espere que NOTAS SOBRE... seja uma publicação graficamente sofisticada: a sua produção será célere e de baixo custo. Editá-la-emos em papel reciclado: gostamos dele e a informação pode ter consciência ecológica.

A partir de Abril, NOTAS SOBRE... será distribuída gratuitamente.

A propósito, o 1º número de NOTAS SOBRE... é dedicado às diferenças no consumo de tabaco que se verificam entre os portugueses de vários níveis socio-económicos.

Investigação em saúde: um papel para a colaboração sector público – sector privado, Observações nº 5, setembro 99

A investigação em saúde desenvolve-se em Portugal apoiada em recursos financeiros muito escassos, por vezes, de dimensão quase simbólica. Esta constatação aplica-se de forma especial à investigação em saúde pública.

Realisticamente, não pode esperar-se que os financiamentos de origem estatal, mesmo que progressivamente aumentados, assegurem o esforço de investigação que as necessidades de saúde da população e a criatividade dos cientistas exigem.

Assim, todas as oportunidades de financiamento e apoio, públicos, privados ou de outra natureza, podem e devem ser utilizadas, sem preconceitos, mas com uma condição: que a independência científica dos investigadores seja integral e efetivamente respeitada.

O Projecto GAROTICE – Gastroenterites associadas a rotavírus: importância de uma causa evitável, de que se revelam neste número alguns resultados, é exemplo recentíssimo da exequibilidade e das vantagens da colaboração entre instituições públicas e privadas, no domínio da investigação.

Os resultados obtidos contribuíram, por um lado, para que o INSA, vários Serviços de Pediatria e uma Empresa Farmacêutica, se aproximassem dos seus objectivos próprios e interesses legítimos. Por outro lado, melhoraram o conhecimento epidemiológico sobre um problema de saúde das crianças portuguesas.

Uma experiência bem-sucedida que pode e deve repetir-se!

Comentado por Zilda Mendes

Estatista

Garotice nome atribuído a um projeto que mesmo com escassos recursos, como refere, o nosso José Marinho Falcão conseguiu levar a bom porto e unir várias entidades no mesmo barco.

Como em todos os projetos, o principal objetivo sempre se centrou em contribuir para um melhor conhecimento epidemiológico, unindo os colegas que trabalham com rigor e boa disposição. O trabalho foi sempre sério, honesto e de grande qualidade. No entanto, a boa disposição e a discussão de ideias com diferentes perspetivas tinham sempre um lugar importante em todas as sessões de trabalho.

Diz-se que “Grandes homens são os que oferecem ao mundo extraordinárias descobertas nos campos da ciência e da tecnologia”..... pois o AMIGO e MENTOR José Marinho Falcão ofereceu-me muito mais: oportunidade de trabalhar em projetos colaborativos fantásticos, oportunidade de aprender e trabalhar com gosto com ou sem financiamento e muita amizade.

Também dizem que “Grandes homens são todos os que conseguem fazer o mundo um pouco melhor graças à sua existência”, na verdade é assim que vou continuar a pensar no AMIGO José Marinho Falcão.

Obrigada por ter passado uma época importante da minha vida profissional junto de TI.

Um “Nada de...” Observações nº 6, dezembro 99

UM “NADA DE...”

Em Portugal, as actividades de **garantia de qualidade** em análise de dados (epidemiológicos ou outros) estão na situação descrita abaixo.

No próximo ano haverá notícias!!!

José Marinho Falcão

A maior catástrofe natural..., Observações nº 16, junho 02

... desde o terramoto de 1755, ocorreu em Portugal há 21 anos, durante o mês de Junho de 1981.

Uma intensa onda de calor afectou o território do Continente e durante 9 dias originou um excesso de mortalidade, estimado em cerca de 1 900 óbitos.

Na altura, poucas pessoas e entidades se aperceberam de que a onda de calor não estava apenas a incomodar, mas tinha consequência mais graves. Só meses depois a dimensão da tragédia ganhou contornos mais nítidos!

Tinham morrido mais pessoas do que nas várias cheias que atingiram periodicamente várias localidades do Continente e das Regiões Autónomas, durante as últimas décadas!

Nenhum dos desastres com aeronaves de passageiros, ocorridos em Portugal e mesmo noutros países, originou tão grande número de óbitos!

O número foi equivalente ao que teria ocorrido se de uma ponte sobre um rio se tivessem despenhado, não 1, mas 40 autocarros de passageiros.

Consequências surpreendentemente graves e socialmente quase silenciosas!

Contudo, evitáveis!

O estudo do número de óbitos e das temperaturas que se verificam dia a dia permitiu que o ONSA desenvolvesse um modelo matemático que possibilita a previsão, com antecedência de 3 dias, do número de óbitos que poderão registar-se numa população, de acordo com a previsão das temperaturas.

ÍCARO foi o nome dado ao programa, lançado pelo ONSA e pelo Instituto de Meteorologia que se centra na deter-

minação, dia a dia, de um índice que reflete a previsão do número de óbitos que irão ocorrer.

Assim, entre 15 de Maio e 15 de Setembro, o índice ÍCARO é disponibilizado diariamente ao Serviço Nacional de Protecção Civil e à Direcção Geral de Saúde que estarão em condições de atuar consequentemente.

Nestas condições, julga-se que o Verão de 2002 não ficará assinalado por qualquer excesso de mortalidade com causa climática.

Comentado por Paulo Nogueira

Estatista

Nota dos editores: O testemunho de Paulo Nogueira na página 42 foi também escrito como comentário a este editorial.

Produtividade... pela nossa saúde!, Observações nº 18, março 03

Não sei se é verdade! Mas escreve-se e diz-se que a produtividade em Portugal é a mais baixa da União Europeia! Que é indispensável organizar melhor a produção, premente atualizar a tecnologia, prioritário modificar as relações de trabalho!

Admitamos que, de facto, tudo isto é verdade!

No entanto, estamos a esquecer-nos de algo relevante.

De facto, ninguém duvida que, nos indivíduos, os estados de saúde e de doença afectam a produtividade. Com dor crónica, com depressão, com limitação funcional administra-se e trabalha-se menos e pior, cai-se mais depressa na falência ou no desemprego, enfrentam-se reinserções profissionais mais duras e difíceis.

E nas comunidades? Porque é que os seus níveis de saúde e de doença não influenciarão a produtividade, como nos indivíduos? Claro que influenciam!

Ora tomemos este indicador simples: “auto-percepção do estado de saúde”.

Há razões para pensar que, na EU, Portugal é o Estado Membro (EM) em que o estado de saúde autopercebido é mais baixo. Os valores indicados adiante, relativos à percentagem de pessoas, com 16 anos ou mais, que declararam ter um estado de saúde “muito bom” ou “bom” (1997)¹, merecem reflexão:

Portugal – 45,8% Alemanha – 48,2% França – 59,2%
Espanha – 67,8% Dinamarca – 76,1% Irlanda – 81,0%

A percentagem de Portugal está muito abaixo do valor médio da EU (61%), não anda muito longe de ser meta-de do valor do EM com o valor mais elevado, a Irlanda, e está bem distanciado da percentagem de Espanha.

Não deverá pensar-se que esta situação tem uma ligação causal à produtividade baixa?

E não me digam que este indicador é mau porque se baseia na opinião subjectiva de cada cidadão sobre si próprio. Estar doente é, acima de tudo, sentir-se doente! Por isso, dificilmente se encontrará um indicador- resumo do estado de saúde de uma comunidade que integre de forma mais perfeita, as três dimensões da saúde: a física, a mental e a social.

Na luta pela produtividade organize-se a produção, atualize-se a tecnologia, aperfeiçoem-se as relações de trabalho. Mas não se esqueça uma medida também indispensável: melhore-se o estado de saúde dos portugueses. Certamente no plano físico, mas, quiçá ainda mais importante, também nos planos mental e social.

E não se deem tiros pela culatra! Que na voragem da produção, a saúde dos portugueses não seja, por ela, ainda mais afetada.

¹European Commission, Eurostat, Theme 3: population and social conditions - Key figures on health, Pocketbook, data 1985-2002, 2001 edition Luxembourg

Comentado por João Lavinha

Investigador, Departamento de Genética Humana do INSA

Neste texto de 2003 o Zé Carlos defende a tese segundo a qual a tão referida baixa produtividade (da economia¹) em Portugal não seria, apenas, consequência de deficiente organização da produção, atraso tecnológico ou brandas relações de trabalho, mas também

de um mau estado de saúde dos indivíduos e das populações. E este, como sabemos, depende em larga medida (cerca de 50%) de determinantes ambientais (físicos e socio-económicos), comportamentais (20%), organizacionais (20%) e biológicos (10%). Portanto, as políticas públicas para melhorar o estado de saúde (e, já agora, a sua auto-perceção...) deverão levar em conta esta realidade, tendo em vista a maximização do seu impacto.

Socorre-se o autor dos resultados da aplicação de vários instrumentos de observação realizada nos diferentes estados-membro da União Europeia (UE), em particular, o indicador “auto-perceção do estado de saúde e bem-estar em pessoas com 16 ou mais anos”. Este, apesar da sua inerente subjetividade, não deixa de ser um indicador sintético que reflete as dimensões física, mental e social da saúde. E é também um preditor das necessidades em cuidados de saúde e uma medida da intensidade da correlação entre desigualdades sociais e saúde.

Assim, em 1997, só 46% dos portugueses inquiridos declararam ter um estado de saúde e bem-estar muito bom ou bom. Valor que era três quartos da média da UE (61%) e quase metade do valor mais elevado, observado na Irlanda (81%). E de então para cá? Os dados disponíveis no Eurostat² mostram (ver tabela) que a auto-perceção do estado de saúde e bem-estar como bom ou muito bom por parte dos portugueses se manteve inalterada (cerca de 46%) e com uma tendência muito próxima dos valores mais baixos observados (Lituânia). Entretanto, a Alemanha passou de 48% (1997) para valores da ordem dos 65% a partir de 2008. A média da UE evoluiu

no mesmo sentido: dos 61% em 1997 para 67% na última década. Ou seja, apesar do alargamento da UE a 13 países de leste e do Mediterrâneo, com um índice de desenvolvimento humano inferior ao da UE15, Portugal divergiu da média europeia em matéria de auto-perceção do estado de saúde e bem-estar.

Como revelou o Inquérito Nacional de Saúde de 2004-2005³ dirigido à população portuguesa, o desemprego aumenta a sensação de doença. De facto, não é difícil de conceber um ciclo vicioso no qual desemprego gera perda de rendimento e pobreza, estas dificultam o acesso a boa alimentação e adequado alojamento, o que, por sua vez, determinará um maior risco de doença. Se esta se vier a verificar, a probabilidade de encontrar um novo posto de trabalho baixa, instalando-se assim uma espiral de declínio da qualidade de vida... Uma vez mais, são as medidas de reposição da justiça social³ que poderão reverter esta tendência.

Mas será que o aumento da sensação de pobreza associado à situação de desemprego se distribui homogeneamente entre os estados-membro da UE? Os valores do indicador “auto-perceção do estado de saúde e bem-estar em pessoas com 16 ou mais anos” publicados pelo Eurostat sugerem que não (ver tabela). De facto, embora em todas as populações inquiridas se confirme que a auto-perceção do estado de saúde é pior nos desempregados do que nos que têm emprego, essa diferença de percepção⁵ é maior nos países do norte do que nos de leste e, nestes, maior que a dos do sul. A média da UE27 situava-se, em 2010 (E/NE=1,21), entre os países do norte e do leste, enquanto, em 2015 (E/NE=1,19), pas-

¹ Poder-se-ia também examinar a nossa produtividade científica, artística ou ambiental e chegar eventualmente a resultados surpreendentes.

² Acessíveis em <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

³ Acessível em http://www.spdc.pt/files/publicacoes/14_11373_2.pdf

⁴ Entendida como “Equality of opportunity to be able to live an integral, self-responsible life in order to take part in social communication” (P Dabrock 2003)

⁵ Medida pelo rácio entre a percepção dos empregados e a dos desempregados (E/NE).

Percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que declaram ter um estado de saúde “muito bom” ou “bom” (Fonte: Eurostat)

Região	2010			2015		
	Empregado	Não Empregado	Rácio E/NE	Empregado	Não Empregado	Rácio E/NE
UE27	82,0	67,5	1,21	80,0	67,5	1,19
Norte (DE, DK, FI)	80,2	52,1	1,54 1,60*	79,0	51,7	1,53 1,60*
Sul (ES, GR, IT)	86,8	80,1	1,08 1,08*	85,8	80,8	1,06 1,06*
Leste (BG, LT, PL)	75,4	68,8	1,10 1,09*	73,5	58,3	1,26 1,31*
Portugal	65,0	51,4	1,26	61,8	48,9	1,26

* Média dos rácios de cada um dos países da região considerados.

sou a situar-se entre os países do leste e do sul. Uma hipótese explicativa a testar poderá ser que, nos países do norte (onde a taxa de desemprego é, em geral, mais baixa) a perda do emprego tem maior impacto na auto-perceção do estado de saúde do que nos países do sul e leste, onde o desemprego é mais alto e as populações serão mais resilientes a essa situação desfavorável. Portugal, neste contexto, pode servir de contra-exemplo. Não obstante os portugueses se integrarem na geografia e na cultura meridionais e termos tido níveis elevados de desemprego, o efeito da perda do emprego na auto-perceção do estado de saúde é superior à média europeia. Uma análise mais fina dos valores absolutos do indicador que temos vindo a considerar poderá apontar para novas perguntas de investigação.

Voltando ao texto do Zé Carlos que constituiu o ponto de partida para esta reflexão, não há como não concordar com o alerta final que nos deixou. Um “belo” tiro pela culatra seria melhorar a nossa produtividade (económica) à custa do nível de saúde, bem-estar e qualidade de vida da população. Desse risco existem

abundantes exemplos vividos tanto a oriente como a ocidente, a sul como a norte deste nosso planeta cada vez mais interdependente e desigual. Interromper as experiências de darwinismo social em curso, colocar a economia ao serviço das pessoas e dar-lhes o poder de participar democraticamente (inclusive no local de trabalho) nas tomadas de decisão que lhes dizem respeito poderão ser ideias-chave para o desenvolvimento sustentável que as Nações Unidas nos exortam a ajudar a construir até 2030 ⁶.

⁶ <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>

Como as ondas, Observações nº 19, junho 03

Ninguém jamais viu uma onda que se formasse, ganhasse altura e permanecesse alta por um longo período. De facto, as ondas formam-se, elevam-se e rebentam quando, de tão grandes, a base de areia que banham deixa de as poder sustentar. Ficam, se tanto, reduzidas a um palmo de água, sereno, tranquilo, mesmo assim, por vezes, perigoso.

As epidemias são ondas. Começam pequenas, imperceptíveis. Aumentam progressivamente, surpreendentes e assustadoras. Atingem um patamar e, como as ondas, inevitavelmente diminuem, até se desvanecerem num número de casos pequeno que dá mais tranquilidade às populações e às autoridades de saúde, mas também, por vezes, é perigoso.

De facto, as epidemias, por longas que pareçam, não duram sempre. Cessam quando, como as ondas, atingem tal dimensão que a sua base de sustentação se torna insuficiente. E a base de sustentação de uma epidemia é função da percentagem de indivíduos suscetíveis à doença que existem na população.

A epidemia, só por si, de tanto devastar uma população, faz diminuir nela o número de suscetíveis e, como as ondas, autodestrói-se.

Claro que não podemos confiar na inevitável autodestruição da epidemia. Competir com ela na diminuição do número de suscetíveis é uma necessidade. Quer pensemos em imunização, em intervenções diretas contra a transmissão do agente, em profilaxia farmacológica, em modificações ambientais!

A epidemia terminará sempre. Mas terminará tanto mais cedo quanto mais intensamente a ajudarmos a autodestruir-se!

Nota: Claro que esta reflexão vem a propósito e aplica-se à recente síndrome respiratória, aguda e por vezes severa, alcunhada, na voragem da emergência, de SARS (severe acute respiratory syndrome) no mundo e de SRA (síndrome respiratória aguda) ou Pneumonia Atípica, em Portugal.

Poucos gostarão da designação em inglês: síndromas respiratórias agudas graves há muitos para além desta! Contudo, o acrónimo é pronunciável!

Em português, no entanto, ficou pior: síndromas respiratórias agudas simplesmente há ainda mais (as graves e, sobretudo, as não graves) e o acrónimo SRA é impronunciável. Por outro lado, Pneumonia Atípica foi designação muito utilizada para as que têm etiologia viral. Sendo a síndrome, de facto, viral, uma simples justaposição do adjectivo Grave restringia-lhe o âmbito e geraria um acrónimo mais pronunciável: PAG.

Não há duas sem três... e vai haver mais!, Observações nº 20, setembro 03



E vai haver mais!

Ao contrário do frio, o calor não parece meter tanto medo aos portugueses!

Ao contrário do frio, o tempo quente associa-se a poucas coisas más e a muitas coisas boas:

As férias.

O sorvete tomado na esplanada.

A água gelada que refresca a garganta.

O duche tépido na pele suada.

A praia e a sensação de libertação do corpo.

A sesta, salutar, quiçá à sombra do chaparro.

Os dias longos e as noites curtas, bálsamos para a depressão.

Os portugueses, cidadãos, famílias, autoridades, ainda não estavam suficientemente preparados para que, no Verão de 2003, uma onda de calor pudesse ter consequências graves. Aliás, não fomos os únicos europeus a revelar dificuldades basta olhar a França.

Claro que alguns já sabiam o que se tinha passado durante as ondas de calor de junho de 1981 (cerca de 1900 óbitos) e de julho de 1991 (cerca de 1000 óbitos). Mas em agosto de 2003, passado tanto tempo, poucos podiam imaginar que algo semelhante pudesse acontecer de novo (cerca de 1316 óbitos, ao que se sabe neste momento).

E aconteceu mesmo!

Mortes evitáveis ocorreram certamente. Porque, provavelmente, não estava ainda presente um elemento essencial para o êxito pleno das medidas de prevenção: a consciencialização dos portugueses para os perigos do calor excessivo.

Este ano, já começámos a bater o queixo?, Observações nº 21, dezembro 03

A forma como o processo de mortalidade da população portuguesa decorre ao longo do ano é bem conhecido. Cresce com lentidão do Verão para o Outono, deste para o Inverno e decresce consistentemente até ao Verão seguinte, reiniciando então o ciclo.

É uma ondulação, uma sucessão de ondas, uma atrás da outra, ano após ano.

Este processo, regular e repetido, documentado com clareza nas páginas deste “Observações” é afetado por períodos de excesso de mortalidade, sobretudo evidentes no Verão.

Estes excessos de mortalidade têm características epidemiológicas totalmente distintas nos Verões e nos Invernos.

No Verão, quase sempre associados a ondas de calor, ocorrem muito esporadicamente, e têm o comportamento clássico das epidemias.

São uma explosão, um pico, um bico, um jato, uma lança.

No Inverno, pelo contrário, o excesso de mortalidade é insidioso, aumenta lentamente, dura vários meses e esbate-se de forma suavemente decrescente.

É uma bossa, um dorso, uma curva.

Os excessos de mortalidade associados às ondas de calor são suscetíveis de prevenção ou, pelo menos, de apreciável limitação de danos.

E, o excesso de mortalidade no Inverno, sê-lo-á??? A ocorrência invariável, inexorável, ano após ano, sem ausência e sem atraso, torna-o, como parece, uma inevitabilidade?

Provavelmente, não! Quando forem melhor compreendidos os fatores ambientais, urbanísticos e etiopatogénicos que o determinam, for alcançado o desenvolvimento económico e social suficiente, e a intervenção nas comunidades puder ser mais efetiva, bateremos o queixo cada vez menos!!!

E a mortalidade do Inverno convergirá para uma igualdade com a do Verão, desejavelmente baixa!

Comentado por Carlos Daniel

Médico, Saúde Pública

Alguns milénios tiveram de passar para que os “arcaicos” ensinamentos de Hipócrates sobre a influência do clima na saúde dos indivíduos fossem reavaliados, explicados e aceites pela ciência moderna. E mesmo após a demonstração da relação do excesso de mortalidade com a onda de calor que assolou o país em 1981, demonstrada por Marinho Falcão (e a sua equipa), e apesar de também outros equipa editorial nacionais e estrangeiros terem publicado artigos demonstrando esta associação entre valores extremos do clima (no verão ou no inverno) com o excesso de mortalidade, a translação deste conhecimento em intervenção tem demorado demasiado tempo. Demasiado tempo para que as mortes evitáveis por estas condições sejam levadas a sério pela política de saúde, os serviços e os profissionais de saúde. Abraçamos com rapidez e entusiasmo qualquer nova tecnologia médica, mesmo que com aplicação e destinatários diminutos, mas as evidências mais simples são relegadas para planos bem mais secundários.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) foi assumindo a sua responsabilidade na prevenção destes fenómenos e já há alguns anos que podemos encontrar programas de intervenção e recomendações para as ondas de calor e para o frio, pontuadas por um eventual aparecimento nas televisões de responsáveis da DGS alertando para a necessidade de cuidados perante o frio ou o calor. Mas isso não chega, agora que se reconhece a sua existência, o aspeto cíclico e a contabilidade na mortalidade, é preciso agir a montante, ao nível da tão propalada “saúde em todas as políticas”.

O papel que Marinho Falcão desempenhou, sobretudo através da *função observatório* que criou e desenvolveu no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, na vigilância, investigação e divulgação do conhecimento destes fenómenos contribuiu decisivamente para que o tema tenha sido interiorizado e adotado pelo responsável nacional pelo controlo e intervenção nestas matérias de Saúde Pública: a DGS.

A clareza, simplicidade e elegância do discurso identificável em *Este Ano, Já Começámos a Bater o queixo?* tive o prazer de as saborear, ao vivo, nas aulas que o seu autor ministrou ao Ciclo de Estudos Especiais em Epidemiologia que, ao longo de seis meses, frequentei em 1990.

Este é o exemplo de um texto que, de um modo feliz, transmite conhecimentos e conceitos científicos (como o de *excesso de mortalidade*) em linguagem coloquial e visualmente impressiva, como é o caso da comparação das curvas de mortalidade originadas pelo calor e pelo frio, com recurso a analogias que, de imediato, provocam uma sensação visual na mente do leitor: “um pico, um bico, um jato, uma lança” – para o carácter agudo e episódico da mortalidade estival – e “uma bossa, um dorso, uma curva”, para os planaltos do excesso de mortalidade invernosos.

Observações nº 23, junho 04

Temos, desde 2004, um Programa sobre determinantes elaborado pela Direção-Geral da Saúde.

É bom ter sido escrito.

E de tal forma que poucos serão seus adversários e muitos seus defensores.

A ideia é simples, fundamentada, coerente, atraente e motivadora!

Constitui, assumidamente, o renascer e o aperfeiçoamento de um Programa da OMS já presente em Portugal desde 1987: o Programa CINDI.

Como aquele, o novo Programa visa lutar organizada e integradamente contra o consumo de tabaco, o consumo de álcool, a inatividade física, os erros alimentares e o stress psicossocial.

Pretende contribuir para eliminar os efeitos através da eliminação das suas causas.

Devota-se, afinal, a impulsionar as estratégias de prevenção primária das principais causas de morte, de incapacidade e de sofrimento que os Portugueses enfrentam.

Ao contrário do que muitas vezes acontece, o Programa reconhece que não estamos no ponto zero e aceita, com humildade, o muito que tem sido feito no domínio da prevenção primária em Portugal. Razão adicional para suscitar adesão e empenhamento generalizados, sobretudo dos muitos que vêm trabalhando na perspetiva que o Programa propõe.

Claro que todos encaramos com graus diferentes de ceticismo a produção de novos documentos e a nossa capacidade coletiva de concretizar os seus objetivos.

Por muitas, conhecidas e fundamentadas razões.

No entanto, a magnitude dos problemas, a estratégia de prevenção primária que o Programa reativa e a competência das pessoas que o vão coordenar justificam, dos diversificados atores de que o Programa necessita, uma ampla e envolvida adesão.

Nós, no ONSA, já aderimos!!!

Qual é coisa qual é ela..., Observações nº 25, dezembro 04



Neste número de “OBSERVAÇÕES” pode ler um artigo elaborado a partir do “Atlas da mortalidade por doenças não neoplásicas – 1999-2001”, recentemente publicado.

Nele se mostra que, no conjunto dos dois sexos e após padronização pela idade, a Região Autónoma dos Açores teve a taxa de mortalidade “Todas as causas” mais elevada do conjunto das Regiões Autónomas e Distritos de Portugal.

Porque razão a RA dos Açores ocupa esta posição pouco desejável, agora e desde há muitos anos?

Claro que é de pensar: “Cá estão os custos da insularidade!”. População dispersa por ilhas, acesso difícil aos cuidados de saúde para muitos, baixo nível económico e social para muitos outros!

É relevante, mas não explica tudo!

Regressando ao Atlas, veja-se a posição que a RA dos Açores ocupa no que respeita a algumas grandes componentes da mortalidade “Todas as causas”:

Doenças cerebrovasculares – 1º lugar

Doença isquémica do coração – novamente 1º lugar

Bronquite crónica, enfisema e asma – outra vez 1º lugar

No período 1999/2001, como nas décadas de 1980 e de 1990!

Mas também no plano das doenças neoplásicas a RA dos Açores tem as taxas de mortalidade por tumor maligno da traqueia, dos brônquios e do pulmão mais elevadas do País.

Ano após ano! Na década de 1980, como na década de 1990!

Qual é a coisa, qual é ela... que está associada a estas quatro causas de morte?

Qual é a coisa, qual é ela... que se produz na RA dos Açores e se vende a preços acessíveis?

Se dúvidas ainda houver, veremos o que o 4º Inquérito Nacional de Saúde nos mostrará sobre o consumo de tabaco dos nossos concidadãos açorianos.

Entretanto, que tal fazer alguma coisa!!!

Planos-Papel, Planos-Acção... e improvisação, Observações nº 27, junho 05

Eu sempre achei que nós, portugueses, somos tão bons a improvisar como outros povos europeus. Não somos melhores nem piores!!!

O que verdadeiramente nos distingue é termos necessidade de usar a improvisação mais vezes, em áreas e circunstâncias mais diversificadas do que esses outros europeus.

Nós, como eles, enfrentamos ameaças para a saúde, por vezes súbitas, algumas vezes inesperadas, que exigem decisões em minutos, mobilização de recursos em horas, intervenções maciças em dias.

Nós, como eles, temos vindo a adotar planos de contingência específicos, linhas de orientação nacionais e internacionais, procedimentos especializados. São bons planos-papel, boas linhas de orientação-papel, úteis procedimentos-papel!!!

Pior estamos no que respeita à sua conversão em planos-acção, em linhas de orientação-acção, em procedimentos-acção.

Na preparação para enfrentar fenómenos de saúde excepcionais, com que intensidade praticamos o treino teórico, o exercício de sala ou o simulacro no terreno, com objectivos bem definidos e planeamento adequado? Quase nunca!!!

Mas podem estar certos que um maremoto nos vai atingir, como nos atingiu em 1755. Se for agora, alguma autoridade ou agente me avisará, na minha casa a 200 metros do rio? Altamente improvável!!!

Ninguém duvide que ondas de calor irão cair novamente sobre Portugal. Felizmente temos, desde 2004, um bom plano-papel de contingência. Mas tem ele sido tra-

duzido em exercícios e simulacros de terreno que nos deem treino para localizar, apoiar, transportar e tratar idosos, quando tal for necessário? Poucas vezes, para evitar dizer nenhuma!!!

Mesmo após acidentes recentes, temos exercitado a proteção e a evacuação adequada de doentes imobilizados, em coma, sob cuidados intensivos, em recobro de anestesia, se fogo ou explosão deflagrarem, varrendo um hospital? Suspeito que muito irregularmente!!!

E a gripe pandémica? Desde 1997, temos também um bom plano-papel de contingência com atualização recente.

Para a enfrentar, vamos ser capazes de transformar o plano-papel em plano-acção.

Acho que o concretizaremos em exercícios de tomada de decisão, ombro a ombro com outros países!

Acho que ensaiaremos a mobilização de recursos humanos e de equipamento, públicos e não públicos, para um cenário de necessidade esmagadora de cuidados de saúde!

E para os que, provavelmente, irão ser vítimas letais da pandemia? Acho que nos preocuparemos em criar, *in loco*, condições dignas para a sua conservação e inumação!

Apesar disso, é bom que a nossa aptidão para improvisar se confirme e manifeste.

Quando estes ou outros problemas de saúde ocorrerem, as populações necessitam, inexoravelmente, que a improvisação seja posta, convictamente, ao serviço das actividades planeadas.

Comentado por Ana Cristina Garcia

Médica, Saúde Pública

Em 2017, Portugal foi palco inusitado de situações de catástrofe, com destaque para os graves incêndios florestais do Verão, dos exemplos mais destrutivos da sua história recente. A avaliação *a posteriori* das respetivas intervenções de controlo revelou grandes fragilidades, agravando o sentimento de dor em toda a sociedade portuguesa. “Porquê?”, foi pergunta corrente, “Porquê?” “Então não há planos de contingência para situações destas? Planos de ação elaborados com a finalidade de implementar com rapidez um sistema de análise e gestão do risco? Orientações que conduzam à execução rápida e eficaz de medidas que minimizem os efeitos negativos (quantas vezes fatais) nas pessoas e animais, na flora e na atmosfera, enfim, em todo o planeta Terra onde habitamos?”. São questões lícitas e frequentemente ouvidas em acontecimentos semelhantes, em que as populações são vítimas de eventos destrutivos e de aparecimento inusitado, embora teoricamente previsíveis, preveníveis e ou controláveis.

Quando refletia sobre estes temas, veio-me à memória o editorial intitulado “PLANOS-PAPEL, PLANOS-ACÇÃO... E IMPROVISACÃO” da publicação OBSERVAÇÕES de junho de 2005, da autoria do Dr. Marinho Falcão. Fui relê-lo e, algo perplexa, constatei a sua imensa atualidade. Como era seu hábito, de forma arguta, visionária e clara, o Dr. Marinho Falcão discorda da convicção generalizada de que os portugueses são um povo particularmente hábil em improvisar. Na visão do Dr. Marinho Falcão “...nós, portugueses, somos tão bons a improvisar como outros povos europeus. Não somos melhores nem piores! (...) O que verdadeiramente nos distingue é termos necessidade de usar a improvisação mais vezes, em áreas e circunstâncias mais diversificadas do que esses outros europeus”. Especialmente dedicado às emergências de Saúde Pública, o editorial prossegue defendendo que a

necessidade de improvisar poderia ficar a dever-se, pelo menos em parte, não há inexistência de planos de contingência – pelo contrário; o Dr. Marinho Falcão lembra (e elogia) alguns dos planos de contingência à data elaborados, como o dirigido às ondas de calor ou o da gripe pandémica -, mas sim à falta da conversão do que chamou “planos-papel” em “planos-acção”, em “linhas de orientação-acção”, em “procedimentos-acção”. Para exemplificar, cita a escassez de exercícios e simulacros de terreno, que permitissem o treino de procedimentos, o ensaio das vias de comunicação, o teste de sistemas específicos de informação, de transporte, de apoio social, entre outros. A transposição deste quadro do âmbito do *planeamento de contingência em saúde* para o do *planeamento em saúde em geral* é, ainda hoje, e pese embora os avanços observados, consistente com a percepção generalizada (e alguma evidência) da reduzida capacidade nacional de implementação dos planos de saúde que são produzidos, especialmente os de base populacional, tornando a sua elaboração num mero exercício teórico, pouco útil à melhoria do nível de saúde das populações. A incapacidade de implementação, ou usando os termos do Dr. Marinho Falcão, da conversão de um “plano-papel” em “planos-acção”, esvazia a essência do planeamento em saúde enquanto processo com potencial para contribuir para a mudança do estado de saúde, confunde o seu valor instrumental ao serviço da saúde, reduz a capacidade de intervenção eficaz e eficiente, em suma, retira-lhe a sua utilidade.

Aprendi muito com o Dr. Marinho Falcão. Também na área do planeamento. Como para muitos de nós, conheci-o enquanto professor de Epidemiologia no Curso de Especialização em Saúde Pública, que frequentei há mais de duas décadas, no Internato Médico de Saúde Pública. Deixou logo a sua marca, como docente, como médico de Saúde Pública, como pessoa. Não mais o esqueci. Apaixonada pela Epidemiologia, revi as suas aulas e as dos outros professores da cadeira – o Professor Cayolla

da Motta e o Dr. Aleixo Dias – vezes sem conta. Mas fui afortunada pela oportunidade de privar de perto com o Dr. Marinho Falcão posteriormente, de forma inesperada, quando me convidou para integrar a equipa do Centro de Epidemiologia e Bioestatística – o CEB – do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), centro por si à data recém-criado, como resposta ao desafio do Professor José Bandeira da Costa, então Presidente do INSA. Apesar de, por motivos pessoais, não ter podido aceitar o primeiro convite, o Dr. Marinho Falcão, mais tarde, sabendo-me em fase da vida mais favorável, insistiu. Com o humor que o caracterizava, após o novo convite, e soltando ao mesmo tempo uma gargalhada, rematou naquele tom de voz divertido que, depois, tive ocasião de escutar tantas vezes: “E desta vez, qual é a desculpa?” A surpresa foi ainda maior! Só uma pessoa muito especial persevera na construção da “sua” equipa, apesar do passar do tempo, das vicissitudes, dos “nãos” pelo caminho. Aceitei, cheia de gratidão e admiração. Seguiu-se um ano de intensa aprendizagem, em Epidemiologia, em investigação, em Saúde Pública, em medicina de Saúde Pública. Um ano de estreito contacto com um chefe que era um líder sem esforço, uma pessoa admirável, que insistia em ser médico de Saúde Pública em tudo o que fazia. Não esqueço uma das primeiras lições que recebi recém-chegada ao CEB, quando o Dr. Marinho Falcão me propôs estudar os efeitos da onda de calor de junho de 1981 na mortalidade em Portugal. Embora à distância de 15 anos, descreveu a experiência que lhe despertou o interesse pelo tema, nos tempos em que era Autoridade de Saúde num concelho dos arredores de Lisboa. Nos últimos dias da Primavera de 1981, foi alertado pelo agente funerário da cidade onde o centro de saúde se situava para uma situação incomum: a insuficiência de espaço para a colocação de todas as pessoas que nos últimos dias haviam falecido. Eram em número muito superior ao habitual. As preocupações por parte do agente eram justas: de respeito pelas pessoas falecidas e pelos seus familiares e amigos, mas também de

salubridade. Após a necessária análise e gestão do risco, tendo resolvido a situação no imediato, o Dr. Marinho Falcão não ficou, todavia, tranquilo. Várias perguntas continuavam a ocupar a sua mente: “porquê?”, “será possível prevenir?” e “se sim, como?” Investigação, planeamento e intervenção em Saúde Pública no seu melhor! Para além de tantos óbitos, tinha feito muito calor. Decidiu então estudar a potencial relação entre o excesso de mortalidade e o excesso de calor, e confirmou essa hipótese, mas apenas no concelho em que trabalhava. Contrariamente à sua ideia inicial, não conseguiu estender o projeto a todo o País, por impossibilidade de acesso às bases de dados de mortalidade nacionais. Em 1996, tendo o CEB ultrapassado a questão do acesso aos dados, aceitei então o desafio de concretizar o estudo a nível nacional, na procura de respostas de há década e meia atrás. Para além de confirmar a relação entre a onda de calor e o excesso de cerca de 1.906 óbitos em todo o País, este estudo deu início aos trabalhos que culminaram, em 1999, na criação de um sistema de vigilância e alerta de ondas de calor e das suas repercussões sobre os óbitos, no âmbito do projeto ÍCARO.

Quis o destino que tivesse de sair do CEB em 1997. Continuei a seguir o seu percurso, a sua transformação no Observatório Nacional de Saúde e, posteriormente, no Departamento de Epidemiologia do INSA, e a aprender com o que fui sabendo dos seus projetos e publicações. Pese embora a evolução observada na saúde e fora dela, as catástrofes nacionais de 2017 relembram as reflexões e preocupações expressas há doze anos atrás no “PLANOS-PAPEL, PLANOS-ACÇÃO...E IMPROVISACÃO”. “Nem melhores nem piores” a improvisar: há que planear e intervir em conformidade.

Bem-haja Dr. Marinho Falcão!

O terramoto e a pandemia de gripe, Observações nº 29, dezembro 05

O próximo terramoto em Lisboa e a pandemia de gripe partilham uma característica: temos a certeza que ambos vão ocorrer no futuro, mas não sabemos quando!

Contudo, as possibilidades de a sociedade se preparar para um e para outra são muito diferentes.

A preparação para os terramotos não pode basear-se em experiências reais e recentes pois, felizmente, eles só ocorrem de longe a longe. Tem de cingir-se a estudos e a simulacros, eventualmente muito distanciados da realidade.

Pelo contrário, a preparação para a pandemia de gripe pode e deve aproveitar-se de um facto muito simples: todos os anos somos visitados pela gripe sazonal, parente benigna da sua irmã pandémica.

Estamos verdadeiramente conscientes das potencialidades que esta situação nos oferece?

Talvez não!

Encaramos convictamente a possibilidade de aproveitar a gripe sazonal de 2005-2006, que está aí a chegar, para experimentar os nossos planos e as nossas capacidades, nacionais, regionais e locais?

Tenho dúvidas!

Entendemos claramente que a gripe sazonal deste Inverno pode ser a última possibilidade para fazermos uma séria experiência das intervenções que lançaremos caso a pandemia se inicie?

Não sei!

Pelo contrário, não tenho dúvida nenhuma que a luta contra a pandemia vai ganhar-se ou perder-se junto das populações, nas suas casas, escolas e empresas, nos

Centros de Saúde e em cada Hospital de proximidade.

Mas afinal temos uma população apreciavelmente informada, quiçá alarmada!

Temos autoridades e profissionais de saúde atentos!

Temos um Plano de Contingência nacional actualizado!

Temos cenários preliminares de impacte delineados para 74 populações do Continente e das Regiões Autónomas!

Temos uma gripe sazonal a aproximar-se rapidamente!

Neste quadro, a preparação e o ensaio das respostas no terreno, no nível local, junto das populações, só não serão iniciados já se não quisermos.

Se ficarmos quietos, na espera eterna de (mais) orientações e recursos e não arregaçarmos as mangas, assumiremos todos, decisores, planeadores e prestadores de cuidados, uma amarga responsabilidade.

Comentado por Helena Rebelo de Andrade

Virologista

A gripe esbarra no preconceito de doença banal das semanas frias do ano. Tem tempo de antena, associado às urgências cheias, mas pouca audiência quando se trata de educar para a prevenção. Depois da pandemia de gripe de 2009 a população deixou de acreditar no poder devastador de uma pandemia de gripe. Criou-se um enorme abismo entre a comunidade médica/científica e a população em geral no que se refere aos receios sobre uma emergência associada à

gripe. Tudo isto me faz retroceder no tempo para uma altura (final dos anos 80 início dos anos 90) em que falar de gripe levava invariavelmente à piada do “abafa-te, abifa-te e avinha-te”. Porém, apesar disso, no então chamado Centro Nacional da Gripe (CNG) trabalhava-se no desenvolvimento de programas nacionais de vigilância de base laboratorial com carácter essencialmente virológico. Mas tudo muda com um telefonema do Dr. Marinho Falcão para o CNG. A criação da Rede Médicos-Sentinela, em 1989, tinha criado as condições para o estabelecimento de programas de vigilância epidemiológica com a possibilidade de conjugar a recolha de informação de base clínica com a área laboratorial. Nestas circunstâncias, a vigilância epidemiológica da gripe que, com carácter essencialmente virológico era realizada pelo CNG, encontrou condições para o desenvolvimento de um programa de feição clínico-laboratorial. Foi desta forma que o telefonema do Dr. Marinho Falcão desencadeou o desafio. Perguntou-me se achava possível estabelecer esta vigilância integrada, a nível nacional, e como poderíamos pôr de pé o sistema. Foi desta forma que em 1990 estabelecemos um programa de colaboração entre a Divisão de Epidemiologia da então reestruturada Direção-Geral da Saúde, a Rede de Médicos-Sentinela e o Centro Nacional da Gripe do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Esbarrámos inicialmente com imensos obstáculos, mas lançaram-se bases sólidas para um programa cujo resultado está à vista: a vigilância integrada clínica/epidemiológica e laboratorial da gripe continua, 29 anos depois. Aprendi imenso com o Dr. Marinho Falcão, foi um pilar de apoio e de incentivo. Viajámos muito. Primeiro para estabelecer a vigilância laboratorial a nível nacional. Depois, participámos juntos numa imensidão de reuniões pela Europa para o lançamento da vigilância integrada da gripe no espaço europeu. Foram tempos extraordinários! Desafios incríveis e muitas histórias para contar.

Neste caminho chegámos aos primeiros Planos de Contingência. Nesta área nem sempre concordámos, porém, o debate de ideias era sempre enriquecedor.

Neste texto do Dr. Marinho Falcão, o paralelismo entre os planos de contingência para uma pandemia de gripe e um sismo leva-me a refletir de forma crítica sobre os cenários e palcos de operações de hoje. O Dr. Marinho Falcão estaria longe de imaginar que uma entidade oficial com o pomposo e pretensioso nome de Alta Autoridade, com simulacros de duvidosa aderência à realidade, atraísse massivamente os *media* para fotografar altas individualidades com coletes coloridos e personalizados, capacetes a condizer e demais parafernálias comemorativas e alusivas ao acto. Umas ruas cortadas de qualquer concelho servem para “palco de operações” e para que o presidente da junta e assim sucessivamente, apareçam nas televisões a debitar ciência sobre a bondade das operações.

De facto, a prevenção através da “informação nas casas, nas escolas, nas empresas, nos Centros de Saúde e em cada Hospital de proximidade” é demasiado silenciosa para atrair um Secretário de Estado. As televisões mostrariam o quê, em *prime time*? Parece que “assumiremos todos uma amarga responsabilidade” mesmo que não caia, o Carmo e a Trindade.

Vigilância epidemiológica: nunca, nunca se esqueçam das pessoas!, Observações nº 30, março 06

Tudo indica que a vigilância epidemiológica (VE) irá modernizar-se em Portugal. Um diploma legal vai ser publicado e inspirará novas abordagens e melhores métodos. Ainda bem!

Se for interpretado e aplicado com inteligência, a VE dará um grande salto em frente.

De facto, compreender-se-á que a VE não diz respeito apenas às doenças transmissíveis.

Perceber-se-á também que a VE não pode basear-se sempre no mesmo tipo de estruturas nem nos mesmos métodos. Em consequência, verificar-se-á que não pode haver um sistema de VE mas sim muitos sistemas de VE. Cada um deles terá a(s) sua(s) doença(s) ou situação(ões) alvo, o seu protocolo técnico-científico específico, o seu(ua) coordenador(a), o seu processo de avaliação!

Ter-se-á, a noção clara que a VE não pode limitar-se às clássicas declarações, obrigatórias ou voluntárias. Os dados poderão ser obtidos também em laboratórios, farmácias, escolas, empresas, conservatórias do registo civil, grandes sistemas de informação de rotina (mortalidade, GDH, utilização de serviços de urgência) e, provavelmente, de muitas outras origens que só a capacidade de inovar, e não o diploma, identificará.

Mas, meus amigos, não se esqueçam de uma importante origem de dados para VE: cada uma das pessoas da nossa população.

De facto, o papel de cada pessoa nos sistemas de VE nunca parará de aumentar. Por agora, através de entrevista pessoal, postal ou telefónica, por e-mail, por SMS; no futuro, quiçá, através de tecnologias de satélite ou

por novos meios tecnológicos que a sagacidade humana não deixará de desenvolver.

Meus amigos: vocês, os que estão prestes a lançar-se em novas formas de VE, nunca, nunca se esqueçam das pessoas!

Comentário Ana Paula Rodrigues Médica, Saúde Pública

Poderia ter sido escrito hoje, tal é a sua atualidade. Volvidos quase 10 anos sobre a criação do diploma legal que o texto refere (Lei nº 81/2009, de 21 de agosto¹), muito mudou no sistema de vigilância nacional: foram criados novos e modernos sistemas de informação de saúde, os problemas de saúde em vigilância foram atualizados face às necessidades. Mas é cada vez mais atual a necessidade de centrar a vigilância nas pessoas, que são a origem dos dados da vigilância, mas que devem ser também os seus beneficiários diretos ou indiretos. E este aspeto parece às vezes esquecido quando depa-ramos com um entusiasmo que parece querer resolver todos os problemas da Saúde Pública atrás dos monitores dos computadores e nas células eletrónicas das bases de dados.

A disponibilidade de novas ferramentas informáticas, redes sociais, modelos matemáticos cada vez mais complexos, abrem-nos inúmeras possibilidades no campo da vigilância em Saúde Pública, que culminam na criação de sistemas de vigilância automatizados e com a mínima

acreditávamos há dez anos, que estes novos sistemas vão reduzir o erro humano e assim melhorar o desempenho dos sistemas de vigilância. E é precisamente neste ponto, que considero o texto do Dr. Marinho Falcão antecipatório e cada vez mais atual. Os sistemas de vigilância irão continuar a evoluir, serão cada vez mais rápidos e abrangentes, usarão metodologias mais adaptadas a cada um dos problemas em vigilância, mas terão de ter sempre por base as pessoas que fazem parte da população, mas também aquelas que gerem os próprios sistemas de vigilância.

Numa época de grandes avanços tecnológicos, pautar o raciocínio epidemiológico por este princípio, manter-nos-á centrados nos beneficiários das nossas intervenções em Saúde Pública. Penso ter sido esta a marca do trabalho do Dr. Marinho Falcão, expressa neste texto, na forma pessoal como se nos dirige. Quem com ele trabalhou de perto sabe que, a par de uma constante curiosidade, a proximidade com as pessoas foi o que mais caracterizou o seu trabalho. E mesmo quem com ele não trabalhou diretamente, como é o meu caso, apercebe-o nos trabalhos que dele herdámos e nas memórias invocadas em torno da sua pessoa.

¹ este editorial foi escrito em 2006, altura em que já se falava de um novo diploma legal na área da vigilância, mas que viria a ser publicado apenas em 2009.

Um editorial em dois comentários, Observações nº 31, junho 06

UM - Vigilância epidemiológica: afinal ainda temos uma antiguidade legislativa

No editorial de março de 2006 regozijei-me com a publicação muito próxima do diploma da vigilância epidemiológica. Enganei-me: ou me deram uma informação errada, ou houve um mudar de ideias, na última hora!

Foi pena. Afinal, continuamos com uma antiguidade legislativa de 1949, obsoleta ainda que historicamente interessante.

Valha-nos o facto que muita da vigilância epidemiológica que se faz em Portugal é já mais semelhante ao preconizado no diploma agora adiado do que à relíquia de há 57 anos.

Mas, por favor, não demorem muito mais tempo a libertar as asas do novo diploma!!!

DOIS – 2006: o calor não se fez esperar

O índice ÍCARO agitou-se, pela primeira vez em 2006. No dia 25 de maio, 5ª feira, as temperaturas previstas pelo Instituto de Meteorologia para os dias seguintes levaram ÍCARO a prever a ocorrência de um excesso de mortalidade não negligenciável.

As temperaturas verificadas confirmaram as previsões do IM.

E o sistema de prevenção dos efeitos do calor excessivo foi acionado!

O Serviço Nacional de Bombeiros e Proteção Civil e a Direção Geral da Saúde emitiram recomendações à população. A Comunicação Social interessou-se e divulgou-as. Deseja-se que tenha sido possível desencadear outras intervenções a nível local.

Se não, que tenha ficado reavivada a noção de que, em grande parte, a luta contra os efeitos do calor se ganha ou se perde nos concelhos, nas freguesias e nas localidades. Se ganha ou se perde na medida em que as intervenções atinjam, com eficácia, os idosos e os grupos sociais em risco mais elevado.

Aproveite-se este primeiro ataque do calor em 2006 para aperfeiçoar e exercitar as intervenções que os próximos períodos de calor excessivo irão exigir.

Conhecimentos...muitos! Preocupação...moderada! Observações nº 32, outubro 06

Como as peças no West End de Londres, há já vários anos que o tema “gripe das aves”/pandemia de gripe se mantém em cena em vários palcos:

Nas organizações internacionais; nos governos; nas instituições de saúde e de investigação, na comunicação social.

E, também, no palco das populações.

Desde 2005 que tem sido possível observar, com regularidade, o grau de preocupação e de conhecimentos que a população portuguesa tem sobre o tema. Os resultados do inquérito mais recente (Maio de 2006) são descritos sumariamente neste número.

O que ficámos a saber?

O conhecimento da população portuguesa sobre “gripe das aves”/pandemia de gripe tem vindo a aumentar claramente: vejam que só cerca de 14% dos portugueses declarou ter “muito mau” ou “mau” conhecimento, o que é muito menos do que os cerca de 45% de Abril de 2005!

Aqui, estamos bem, basta continuar!

Por outro lado, parece que é moderada a preocupação dos portugueses: poucos (menos de 20%) têm muita; muitos (mais de 30%) têm... nenhuma!

Mas queremos os portugueses muito preocupados ou absolutamente tranquilos?

Nem uma coisa nem outra: queremos que todos tenham uma preocupação serena, sensata e fundamentada no conhecimento.

Que os muito preocupados venham a ser menos numerosos! Que os completamente despreocupados se preo-

cupem mais. Que ambos convirjam para níveis moderados de preocupação.

Como as peças no West End de Londres, o tema “gripe das aves”/pandemia de gripe vai, quase certamente, manter-se em cenas em todos aqueles palcos.

Então saiba fazer-se a gestão das recomendações internacionais, dos diplomas governamentais, dos planos e da investigação em saúde e das notícias da comunicação social.

Para que, no palco da população, o conhecimento aumente e a preocupação se situe no nível adequado.

O problema dos... não-problemas, Observações nº 33, dezembro 06

L. tinha sido espião do KGB. Dizem que foi envenenado com polónio 210. Logo a seguir, vestígios de ^{210}Po parecem ter sido encontrados em locais de Londres, quiçá noutros lugares. Como sempre, vamos esperar para saber se esta situação é, efectivamente, um problema de saúde pública ou se se tornará num simples não-problema.

A propósito, note-se que, em saúde pública, os não-problemas são frequentes. Entre outros, menciono a “Síndrome de Oeiras” e a “Síndrome dos Balcãs”.

Lembram-se há vários anos, por exemplo, da “Síndrome de Oeiras”?

Tumores junto da base da grelha costal esquerda, em mulheres da Estação Agronómica Nacional (EAN). Consultas, palpações, radiografias, biopsias, deslocações a Londres, professores de Medicina a confirmar a doença, especulações sobre a sua causa (talvez umas beterrabas, então em estudo na EAN!).

No meio da confusão, uma equipa de clínicos, com clareza e formação epidemiológica, observou um grupo de mulheres que de nada se queixavam: afinal, muitas delas também tinham “tumores” na base da grelha costal! Vários meses depois de se ter iniciado, a “Síndrome de Oeiras” foi, serenamente, sepultada no arquivo dos não-problemas!

Os não-problemas de saúde pública vão continuar a ocorrer. E, provavelmente, com cada vez mais frequência. Acho que concordamos sobre a necessidade de que uma suspeita sobre um problema de saúde novo numa população deve ser rapidamente confirmada ou excluída. Para limitar ansiedades e pânico! Para evitar o absurdo de procurar as causas de efeitos inexistentes!

Mas lembremo-nos que confirmação ou infirmação se fazem sempre através de comparações, como os métodos epidemiológicos determinam: “doentes” comparados com saudáveis, como foi feito em Oeiras; expostos comparados com não expostos, como na “Síndrome dos Balcãs”.

Sem investigação epidemiológica comparativa, sensata e oportuna, um não-problema pode instalar-se numa população e mantê-la exposta a um indesejável cortejo de efeitos nocivos.

Comentado por Ana Maria Correia Médica, Saúde Pública

O Problema dos... não-problemas

A primeira vez que tomei contacto com o Dr. José Marinho Falcão foi em 1987, frequentava eu o Curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública, em Lisboa, integrado no Internato Complementar de Saúde Pública, que eu tinha iniciado em Tavira, num tempo em que o acesso à informação e ao conhecimento era feito da leitura de livros e textos que avidamente íamos buscar às poucas bibliotecas não virtuais então existentes. Não tive o privilégio de ser sua aluna, penso que naquela altura ele estaria fora de Portugal, mas “absorvi” os seus ensinamentos de Epidemiologia através da leitura dos textos que ele tinha escrito e que nos eram facultados na disciplina de Epidemiologia. Lembro-me com particular clareza de um texto seu sobre sensibilidade e especificidade,

compreender para mim, que dava os primeiros passos no estudo da Epidemiologia. Mais tarde, pude acompanhar o trabalho que ele desenvolvia no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e apreciar a sua sabedoria e a sua criatividade. Numa altura em que, já no Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, nos preparávamos para a pandemia, e com aquele receio a que o respeito pelos colegas mais velhos nos obriga, o contactei pessoalmente para saber da possibilidade de nos disponibilizar dados de mortalidade da Região de Saúde do Norte, a que o INSA tinha acesso através de um projeto de parceria com o Registo Nacional das Conservatórias do Registo Civil, fiquei surpreendida com a sua pronta resposta afirmativa, sinal da sua humildade e generosidade. Ficou-me como exemplo de como é possível e fácil o bom relacionamento e a cooperação entre diferentes serviços de saúde.

O problema dos não-problemas em Saúde Pública é um “problema” com que nos confrontamos, com frequência, na prática da Saúde Pública. Os exemplos que o Dr. José Marinho Falcão nos traz no seu artigo, são ilustrativos do impacto que estes problemas podem ter nas comunidades, muito do qual deriva da importância que os meios de comunicação social lhes atribuem, o que, por si só, não deixa de ser também um problema com o qual os profissionais de Saúde Pública têm que lidar. Em todas as situações relatadas, o que há em comum é o alerta: funcionárias da Estação Agronómica Nacional, em Oeiras, afetadas por “uma estranha doença... provocando uma tumefação na região abaixo da grelha costal esquerda, dores e enfraquecimento muscular dos membros superiores e inferiores.”, “... Morte suspeita e fulminante de mais 6 soldados italianos que serviram na ex-Jugoslávia...”, “o anterior membro dos serviços de segurança interna da Federação Russa, o FSB, atualmente exilado na Grã-Bretanha e supostamente sob a proteção do MI6, morre aos 44 anos de idade após ter sido envenenado com o isótopo radioativo do Polónio 210.”. Em

que medida é que aqueles alertas permitiam diagnosticar um potencial problema de Saúde Pública? A saúde dos restantes funcionários da EAN estava em risco? O que fazer para avaliar o risco para a saúde dos milhares de soldados europeus que participaram na guerra dos Balcãs? Estariam os habitantes de Londres em risco face à imprudência dos putativos assassinos de A. Litvinenko que foram “espalhando” Polónio 210 por diferentes locais da cidade? Independentemente do problema de saúde individual que em cada uma das situações relatadas ocorreu e da sua respetiva abordagem clínica, em Saúde Pública, a verificação dos alertas é mandatória. O processo de verificação, que conduzirá ou não à investigação subsequente, implica a sua validação, ou seja, a análise de informação proveniente de outras fontes. Uma outra questão, patente nos exemplos que o Dr. José Marinho Falcão nos traz, é a das perguntas trans-científicas. Weinberg¹ considera que as perguntas trans-científicas são aquelas que sendo colocadas aos cientistas, não podem ser respondidas pela ciência, porque a transcendem. Nos exemplos citados, para além do eventual problema de Saúde Pública, estavam patentes questões sociais e políticas, para as quais a ciência não tem resposta. No entanto, com todo o “ruído” produzido pelos meios de comunicação social, a dúvida prevalece no pensamento de cada um e, algumas vezes, os meios de comunicação social, em vez de cumprirem o seu papel de esclarecer o recetor, exploram avidamente essas mesmas dúvidas. Ou seja, o epidemiologista tem que se preocupar, não só com o rigor científico e com a rapidez na obtenção das respostas às perguntas que lhe são colocadas, mas também, e de forma muito preponderante, com a Comunicação. Não devemos esquecer que os estudos epidemiológicos são habitualmente sujeitos a um escrutínio intenso, porque podem dar um importante contributo para a Saúde Pública, porque podem pôr em causa interesses instalados e também porque, habitualmente, chamam a atenção dos meios de

comunicação social². É debaixo de todos estes “holofotes” que o epidemiologista trabalha. E mesmo depois desenhado e realizado o estudo epidemiológico e de calculadas as famosas medidas de associação que lhe vão permitir dizer se encontrou ou não associação entre um fator de risco e um problema de saúde, o epidemiologista tem que ser capaz de analisar os seus resultados à luz dos critérios de causalidade. A decisão e a intervenção em Saúde Pública nunca são baseadas nos resultados de apenas um estudo, mas em achados relevantes de outras disciplinas científicas, no “estado da arte” no momento da decisão e ainda numa dose considerável de bom senso. É, assim, árdua a missão dos epidemiologistas. Tenhamos o engenho e a arte de a cumprir, imitando o Dr. José Marinho Falcão.

Referências bibliográficas:

- 1 - Weinberg AM. Science and Trans-Science. *Minerva*. 1972;10(2):207-222.
- 2 - Blair A, Saracci R, Vineis P, Cocco P, Forastiere F, Grandjean P, Kogevinas M, Kriebel D, McMichael A, Pearce N, Porta M, Samet J, Sandler DP, Costantini AS, Vainio H. Epidemiology, public health, and the rhetoric of false positives. *Environ Health Perspect*. 2009;117(12):1809-13.

Um estádio de futebol cheio..., Observações nº 34, março 07

...41193 Portugueses tornaram possível a realização do 4º Inquérito Nacional de Saúde cujos dados estão agora prontos.

Por iniciativa do Ministério da Saúde, o 4º INS foi realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (através do Observatório Nacional de Saúde) e pelo Instituto Nacional de Estatística, com colaboração directa da Direcção Geral da Saúde e participação de um grande número de entidades e técnicos.

Ao longo dos próximos meses vai ser possível conhecer melhor muitos aspectos relacionados com a saúde dos portugueses. Entre muitas outras:

Auto-percepção do estado de saúde;

Os graus de incapacidade de curta e longa duração e as suas causas;

A prevalência de algumas doenças crónicas;

Os níveis de consumo de tabaco de álcool;

A prática de exercício físico;

Algumas práticas preventivas relevantes;

A utilização de serviços de saúde, públicos e privados.

Pela primeira vez, haverá resultados referentes às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. o País ficou, finalmente, inteiramente coberto! E, no Continente, será possível comparar os resultados do 4º INS com os obtidos pelos INS de 1998/1999, 1995/1996 e de 1987.

Em tempo de trabalho terminado, faça-se justiça aos mais importantes de todos os participantes: os 41193 portugueses que concederam o seu tempo, a sua comodidade e a sua privacidade na realização da entrevista

do INS; que aceitaram expor-se ao entrevistador, para relatar e relembrar situações ou eventos, por vezes íntimos, quiçá dolorosos.

O 4º INS revelou, mais uma vez, o elevado espírito cívico dos portugueses e a sua vontade de contribuir para o conhecimento do estado de saúde da população.

Os 41193 portugueses estão de parabéns e merecem um sincero e público reconhecimento.

Com uma mão por baixo..., Observações nº 35, junho 07



Já fizeram uma mudança de casa?

Então, já utilizaram uns caixotes de cartão, grandes, que se compram desdobrados e cujo fundo se constitui pela dobragem entrelaçada de 4 partes laterais. Se o conteúdo for pesado, num ápice, o caixote desmancha-se, os objectos vão parar ao chão, e muitos ficarão torcidos ou desfeitos em estilhas!

A menos que consolidemos o fundo. Ou, então, com jeitinho, levantemos o caixote com uma mão por baixo!

O ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) acaba de fazer dois anos e tem empreendido um notável esforço para se instalar e organizar as suas actividades.

Como facilmente se aceita o ECDC tem, estatutariamente, a responsabilidade de assegurar a vigilância epidemiológica (VE) das doenças transmissíveis na União Europeia. Felizmente, parte com a enorme vantagem que é dada pelo facto de muitos sistemas de VE já operarem na Europa com longa experiência e grande eficácia, envolvendo a participação integrada de instituições, cientistas e profissionais dos Estados Membros.

Conheço bem o EISS (European Influenza Surveillance Scheme), um desses sistemas de vigilância. Garante a vigilância semanal da gripe desde 1996, gerindo as componentes clínica, virológica e epidemiológica que harmoniosamente se integram.

O EISS, como, provavelmente, a maioria dos outros sistemas de VE europeus, não tem objecções à transferência da responsabilidade da vigilância epidemiológica da gripe.

A única preocupação do EISS não é se sim, mas como!

Com efeito, o ECDC não pode correr o risco de retorcer ou estilhaçar EISS e os outros sistemas existentes, durante a mudança para Estocolmo.

Como nós, o ECDC não vai querer que, na viagem, os caixotes de EISS e dos outros sistemas europeus de VE se desmanchem e despejem o seu conteúdo valioso para o fundo do Mar do Norte.

Felizmente, tudo indica que a sua acção vai ser sensata, cuidadosa e gradual

Com uma mão por baixo...

Se Beethoven ouvisse bem..., Observações nº 36, outubro 07

....mais e melhor música nos teria deixado!

Em Portugal há um enorme número de “Beethovens”! No que toca à incapacidade auditiva, claro; não à genialidade musical!

O 4º Inquérito Nacional de Saúde permitiu estimar que mais de 745 000 portugueses têm incapacidade auditiva, sendo a maioria afectada por formas “moderadas” (cerca de 703 000) e um número muito mais pequeno por formas “graves” (cerca de 42 000).

A prevalência de incapacidade auditiva cresce consistentemente dos grupos etários mais baixos para os mais elevados, sobretudo a partir dos 55-64 anos. Nada que surpreenda!!!

E é mais alta nos homens do que nas mulheres. A surpresa ainda não é grande!

Mas ao ler o pequeno artigo publicado neste número, talvez fiquem surpreendidos, como nós ficámos! A prevalência de incapacidade auditiva em portugueses com baixo grau de escolaridade (< 5 anos) é cerca de 5 vezes superior à prevalência dos que têm um grau mais elevado (10 anos ou +). E estas diferenças profundas ocorreram em todos os grupos etários! Tudo faz crer que os portugueses com baixa escolaridade, e por associação, os de classe social mais baixa, os menos qualificados, e os mais pobres sofrem de incapacidade auditiva com muito mais probabilidade dos que os melhor situados na sociedade, os mais qualificados, eventualmente, os mais influentes! Sejam homens ou mulheres, sejam adultos jovens ou cidadãos idosos!

A surdez não é uma prioridade elevada em Portugal.

Contudo, intervenções que levem a ganhos em saúde e em bem-estar poderão ser geradas se o conhecimento epidemiológico e sociológico actualmente existente for aperfeiçoado.

É bem conhecido, mas poucos se importam..., Observações nº 37, novembro 07

...que os homens morram muito mais cedo do que as mulheres.

Por todas as causas que as Parcas* gostam de utilizar!

Acidente vascular cerebral.

Enfarte de miocárdio.

Neoplasias malignas.

Doença pulmonar obstrutiva crónica.

Acidentes.

Suicídio.

Mas também se enlevam, mais do que as mulheres, com exposições de risco!

Tabaco

Álcool

Drogas

Velocidade

Apesar de dominarem, desde sempre, os corredores dos poderes, os homens nunca se preocuparam seriamente em gerar intervenções e programas de saúde que fossem específicos do seu género. Pelo menos de forma consistente!

No passado mês de Novembro, o 5º Congresso de Epidemiologia teve como tema a Saúde do Homem. Uma excelente decisão da Direcção de Associação Portuguesa de Epidemiologia onde as mulheres, aliás, têm uma intensa participação.

Na sessão de abertura foi apresentada pelo Director Geral de Saúde uma declaração que inicia a participação de Portugal no Fórum da Saúde dos Homens, uma

organização internacional que visa contribuir para diminuir a fragilidade do género masculino no que respeita à saúde.

Os homens e as mulheres presentes assinaram com gosto. Eu também!

Mas lembrem-se: o fórum em Roma era o local onde as pessoas se reuniam, sobretudo para falar. Não para fazer. Falar é, obviamente, uma importante forma de estimular a acção. Mas falar sobre a saúde dos homens, por si, não a melhora, se não for estímulo para essa acção.

Que o Fórum, a partir de agora, permita boas e interessantes discussões e inspire intervenções e programas para pôr os homens no caminho que as mulheres têm vindo, mais inteligentemente, a seguir.

**Em Roma, cada uma das três deusas que fiavam, dobavam e cortavam o fio da vida*

Comentado por Vasco Prazeres

Médico, Medicina Geral e Familiar

O dedo na ferida...

É bem conhecido, mas poucos se importam...

Há dez anos atrás, ao encabeçar o seu artigo com esta frase, José Marinho Falcão, usando da sua reconhecida capacidade para ser irónico e mordaz, colocava o dedo numa ferida que, nos dias que correm, continua aberta.

De facto, tanto sob o ponto de vista da Saúde Pública como do da clínica, persistimos hoje em ignorar aquilo que simples leituras mais aprofundadas da informação estatística permitem constatar: existem múltiplas assimetrias entre vários aspetos da saúde nas mulheres e nos homens. Continuamos cegos, surdos e mudos para os números quando, numa atitude simplista, enfiámos no saco da aglomeração os dados que colhemos num e no outro grupo.

Ao chamar a atenção para o facto de os homens morrerem mais jovens do que as mulheres, deixando-se enredar mais cedo nas teias tricotadas pelas 3 Parcas, Marinho Falcão não deixa de referir o *enlevo* particular dos homens pela exposição aos fatores que tornam o comum dos seres mortais (uns mais do que outros) vulneráveis às teias tricotadas pelas 3 Parcas.

Com toda a perspicácia, o autor assinala que *apesar de dominarem, desde sempre, os corredores dos poderes, os homens nunca se preocuparam seriamente em gerar intervenções e programas de saúde* que visassem a sua própria proteção contra as investidas das Parcas. Mas, pergunta-se, como ousar fazê-lo? Acaso o enlevo pela exposição ao risco, de que Marinho Falcão fala, não constitui, em si mesmo, uma forma de adesão à dominação dos homens, mesmo que simbólica e nem sempre por mera vontade própria? Não será sempre imprescindível à manutenção de um estatuto a exibição dos sinais que o caracterizam?

Ao salientar que, naquele momento, várias iniciativas que estavam em curso assinalavam uma atenção crescente à saúde dos homens, Marinho Falcão não deixou de fazer recordar o facto de que falar sobre um assunto *é, obviamente, uma importante forma de estimular a ação* mas que, por si só, não a concretiza.

Os anos subsequentes deram-lhe razão. Há que reconhecê-lo, apesar da exclamação de que “o rei vai nu” proferida por algumas pessoas, as assimetrias, já

reconhecidas, entre homens e mulheres pouco têm sido levadas em consideração, naquilo que respeita à ponderação dos determinantes e ao desenho e aplicação das políticas de saúde.

Mas, a chamada de atenção por parte de José Marinho Falcão, feita há uma década atrás, começa finalmente a ser tida em conta, mesmo que sob a forma de grandes orientações globais. Outra conclusão não pode ser tirada quando a própria Organização Mundial da Saúde, depois de ter difundido a estratégia para a Saúde e Bem-Estar das Mulheres na Região Europa, em 2016, se encontra agora a preparar um documento orientador de cariz semelhante, mas focado na Saúde dos Homens.

Provavelmente, se estivesse ainda entre nós, Marinho Falcão, usando do discernimento que o caracterizava, titularia uma das suas Observações de *É bem conhecido e já muitos mais se importam...*

Sobe e depois... desce ou não? Observações nº 38, março 08

A obesidade tem estado nas nossas bocas e nos nossos ouvidos nos últimos tempos.

Há clara evidência que a prevalência da obesidade e do excesso de peso tem aumentado nas sociedades desenvolvidas. Por isso, cá e lá fora, cada vez se fala mais de uma epidemia de obesidade.

Uma epidemia actual e outra ocorrida no ano passado estão ilustradas na figura publicada neste número de "OBSERVAÇÕES". Trata-se da epidemia de gripe do presente Inverno, por sinal em fase de descida e a epidemia do Inverno de 2006-2007. Ambas são bons exemplos de epidemias, na sua definição clássica: a incidência começa a subir com maior ou menor rapidez, atinge um valor máximo e, depois, desce inexoravelmente até deixarem de existir casos ou, nalgumas doenças, o seu número voltar ao nível endémico. Mas o que pode ser dito da incidência de doenças e situações não transmissíveis, cuja evolução se prolonga durante anos ou décadas? Podemos chamar-lhes epidemias?

Por exemplo, desde há muitas décadas que a incidência de cancro do pulmão estava a seguir um padrão crescente, mas faltava-lhe a descida: podíamos chamar-lhe uma epidemia? Agora a descida já está a ocorrer em muitos países: podemos agora estar seguros de que foi (é) uma epidemia?

As mortes por acidentes de viação também estiveram a aumentar em Portugal ao longo dos anos. Já atingiram o valor máximo e estão também em fase de descida, aliás muito acentuada. Antes de a descida se tornar evidente, tínhamos legitimidade para designar a situação como epidemia? E agora, que a descida está comprovada?

Voltemos à obesidade.

A sua prevalência vem subindo, subindo, subindo...É agora já tão alta que se começou a chamar-lhe epidemia! À luz da definição clássica talvez possamos ter alguma relutância em dar-lhe essa designação porque não existe uma fase descendente e porque a escala de tempo em que a "curva epidémica" se desenvolve é infinitamente maior do que a das epidemias clássicas.

Mas tenho para mim que se pode e deve dizer que estamos face a uma epidemia de obesidade, que ainda não atingiu a sua fase descendente.

Isto significa que, como o cancro do pulmão ou os acidentes de viação, essa fase descendente ocorrerá mais tarde ou mais cedo, e a epidemia será controlada.

Comentado por Isabel do Carmo

Médica, Endocrinologista

No final dos anos oitenta do século passado, após um interregno na prática institucional da Medicina, comecei a preocupar-me com a questão da obesidade como factor de risco para a saúde e com a ausência de dados de prevalência para a população portuguesa. Bati a algumas portas até que uma se abriu com um largo sorriso e um excelente acolhimento – a do Dr. Marinho Falcão. Este colega era então responsável pela Divisão de Epidemiologia da Direção-Geral de Cuidados de Saúde Primários da Direção-Geral de Saúde. Estava-se no final de 1991 e nos inícios de 1992. Foi o Dr. Marinho Falcão que tornou possível que se realizassem os primeiros estudos nacionais de

prevalência da obesidade. Marinho Falcão tinha qualidades difíceis de encontrar nestas circunstâncias. Destaco à cabeça o facto de não ser um burocrata, o que é uma qualidade que ainda hoje é pouco vulgar na Administração Pública, mas que nessa época era rara. Não seguia protocolos, nem esquemas, nem papéis, nem “respeitinhos” que não fossem os técnico-científicos. Quanto a hierarquias, respeitava-as, mas tinha sobretudo relações de proximidade com as pessoas com quem estabelecia empatia e nas quais reconhecia capacidade e bom trabalho. E deste modo conseguia que a máquina girasse, com telefonemas, conversas e sem papéis e ofícios. Como nós precisamos ainda hoje em dia desta postura em tantos sectores cruciais do Estado Português! Tinha também uma qualidade, que relevo: não andava de “fatinho”. Vestia-se à vontade, era modesto, expansivo, abria a porta do gabinete. Destaco ainda uma referência, esta pessoal, mas que denota a sua personalidade – não teve preconceitos em relação a mim, o que nesses anos não era fácil. O mesmo devo reconhecer também em Francisco George e aos colegas que comigo integraram o primeiro estudo da prevalência da obesidade. E quanto a aspetos técnico-científicos para o primeiro estudo foi Marinho Falcão que deu orientação, desenhou e estruturou o programa, nessa altura ainda com a colaboração do Dr. Aleixo Dias.

Em 1959, a Metropolitan Life Insurance Company tinha publicado a célebre estatística representada em gráfico com uma curva em J, onde relacionava o risco de mortalidade com o desvio do peso ideal, depois passando a Índice de Massa Corporal (IMC). O interesse da Companhia de Seguros era evidente. Feito o exame físico dos candidatos a seguros de saúde e de vida, os que tivessem obesidade pagariam um valor de prémio superior¹. Mas já em 1957 um grupo de investigadores noruegueses tinha publicado na Acta Médica Escandinava um estudo que relacionava a pressão arterial com

o peso e a altura na população adulta da cidade de Bergen². Nesta segunda metade do século XX, o mundo científico começava a despertar para um novo paradigma. O após-guerra tinha passado, os antibióticos tinham surgido e começavam a vencer a tuberculose e outras infeções. As terríveis epidemias no primeiro sentido do termo, de que fala Marinho Falcão neste texto, estavam a ser domadas. As questões da desnutrição e das más condições sanitárias estavam a ser resolvidas. Os Serviços Nacionais de Saúde tinham sido instalados na Grã-Bretanha e nos países escandinavos com o novo padrão político da redistribuição financeira, que seria a base do Estado Social, forma de equilibrar as desigualdades de nascimento. Em outros países europeus o problema resolvia-se através de seguros obrigatórios ou da Segurança Social. Nada disto se passava em Portugal, Espanha e Grécia, com ditaduras metidas debaixo do tapete pelas democracias. Teríamos que esperar até 1974 para que as grandes mudanças ocorressem. Mas nos países desenvolvidos colocava-se um novo problema de Saúde Pública – a influência do estilo de vida na morbilidade e na mortalidade. Em Framingham nos EUA e em Gotemburgo na Suécia estabeleciam-se as bases para grandes estudos de seguimento^{3,4}. Todavia os estudos publicados são poucos nos anos 50 e 60 do século XX e é sobretudo a questão da hipertensão arterial que está em causa^{5,6}. É nos anos oitenta que surgem conclusões importantes, até porque algumas resultam já de seguimentos. Em 1983 a revista *Circulation* publica um estudo marcante com conclusões de 26 anos de seguimento do estudo de Framingham, em que relaciona a obesidade como factor independente de doenças cardiovasculares⁷, confirmando aspetos dos clássicos estudos de Keys⁸ publicados anteriormente em relação aos quais se tem relevado sobretudo a relação entre a alimentação e as dislipidémias. Começa-se a falar da importância da gordura abdominal⁹ e da relação da

diabetes tipo 2 com a obesidade¹⁰. Era então necessário olhar para cada país para perceber o risco. Nos EUA o *National Health Examination Survey* (NHES) tinha começado a pesar e medir os indivíduos numa amostra populacional desde 1960 e depois continuou com o *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES)¹¹. Em França, em Inglaterra, na Suécia começaram a fazer estudos nacionais em 1980. Entre 1983 e 1986, a Organização Mundial de Saúde realizou o estudo MONICA em 48 países com os mesmos critérios. Os resultados vieram a ser publicados nos importantes Relatórios de 1997 e 2000, nos quais se passou a basear a ação internacional^{12,13}. Portugal não esteve incluído nesse estudo.

Em 1987, o grande líder da luta contra a obesidade a nível internacional Georges Bray publicou o estudo comparado de três países de língua inglesa – Austrália, Grã-Bretanha e EUA¹⁴. Como esses mesmos números se vieram a alterar, com a chamada “epidemia” da obesidade! Sim, Marinho Falcão tinha razão em chamar-lhe epidemia, deslocando a designação do seu significado clássico ligado à Saúde Pública Higienista. O paradigma estava a mudar. Foi pena que as Faculdades de Medicina não o tivessem percebido nessa altura, no que diz respeito aos currículos programáticos. Em 1990, a equipe australiana de Zimmet revelava o conjunto das prevalências nas ilhas do Pacífico, particularmente Samoa e a hipótese do “gene poupador” que tinha sido colocada por Neil, passava a explicar as grandes mudanças ocorridas nessas ilhas após a invasão pela comida americana¹⁵. Curiosamente foi encontrado agora o gene responsável na população de Samoa^{16,17}. Realçam os investigadores que há 200 anos os habitantes de Samoa não tinham a obesidade atual (91% das mulheres e 80% dos homens) e que portanto, não basta o gene poupador estar presente e ter-lhes permitido no passado sobreviver, é necessária a grande mudança no meio ambiente.

É com este enquadramento que se tornou claro para Marinho Falcão que era necessário avançar em Portugal com um estudo de prevalência da obesidade. Era aberto e não burocrata, mas era rigoroso. E disse logo que não se podia avançar sem fazer antes um estudo-piloto. E foi assim que de 2 de maio a 30 de setembro de 1992 realizámos um estudo piloto sob a orientação de Marinho Falcão com responsabilidade conjunta da direção da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade e do Serviço de Endocrinologia do Hospital de Santa Maria. Foi fundamental que nos pusesse em contacto com a Dra. Maria de Jesus Graça e o Sr. Almeida Pais, tal como com o Dr. Luís Magão, do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Sem esta colaboração teria sido impossível obter a amostra, que foi baseada numa outra amostra, a da população do Inquérito Nacional de Saúde, que não tinha feito medições diretas. A amostra respeitou os habitantes da área de cinco freguesias da grande Lisboa com a colaboração dos respetivos Centros de Saúde e foi constituída por 219 indivíduos. A recolha de dados foi feita porta-a-porta com observadores treinados e eu própria integrei a equipa como observadora. O inquérito dizia respeito não só à colheita de dados físicos, como a um inquérito alimentar baseado no conhecido questionário de Willet, adoptado pela equipe do Prof. Henrique Barros e acrescentámos colheita de dados relativos ao tabaco e à prática de atividade física.

Este estudo-piloto ensinou-nos muito e entre outras coisas a ordem de grandeza da prevalência para calcularmos a amostra a nível nacional. Aprendemos bastante sobre as dificuldades a vários níveis e as medidas a adotar. Foi fundamental¹⁸.

Pensámos então em seguir para o estudo nacional, mas só três anos depois arranjámos dinheiro para o realizar, através da indústria farmacêutica. Foi o tempo para organizar aquilo que só custa boa vontade, trabalho extra e seguir por atalhos, mais uma vez sem buro-

cracia. Constituiu-se a amostra nacional a partir da população do Inquérito Nacional de Saúde, mais uma vez contando com a articulação profissional e a boa relação de Marinho Falcão e da Dra. Maria de Jesus Graça. Envolveu-se a Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto e os responsáveis da Endocrinologia das Faculdades de Medicina de Lisboa, Porto e de Coimbra. Estabeleceu-se uma Comissão Científica. Reuni com cada um dos presidentes das Administrações Regionais do país. E finalmente foi possível ir com os observadores para o terreno, o estudo realizou-se entre 1995 e 1998 e os resultados foram publicados¹⁹. Todo o desenho do estudo foi de Marinho Falcão ainda com a colaboração de Aleixo Dias. Só em 2003 fizemos um segundo estudo, desta vez como projeto aprovado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, que foi finalizado em 2005 e depois publicado²⁰.

Seguiu-se um grande interregno de estudos da prevalência da obesidade em Portugal e só em 2016 viria a realizar-se o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), com resultados publicados em 2017²¹, dirigido pelo Professor Carlos Dias e com sede no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e na Escola Nacional de Saúde Pública, decerto com muitos daqueles que tinham aprendido com Marinho Falcão. Entretanto a percentagem de obesidade na população adulta portuguesa tinha passado para o dobro! E nós, alargando aqui a primeira pessoa para o plural, porque julgo expressar o sentir de muitos, ficamos com a sensação que não conseguimos combater este fator de risco, por mais que disso tivéssemos falado e escrito durante os dez anos que mediaram entre as duas avaliações. Mais uma vez ficamos com a ideia que só medidas políticas estruturadas, integradas e radicais podem alterar este panorama. Faz-nos falta Marinho Falcão.

Referências bibliográficas:

- 1 – Metropolitan Life Insurance Company. New weight standards for men and women. *Stat Bull Metrop Insur Co.* 1959; 40:1-4.
- 2 – Boe J, Hummerfelt S, Wedervang F. The blood pressure in a population: blood pressure reading and height and weight determination in the adult population in the city of Bergen. *Acta Med Scand Suppl.* 1957;321:1-336.
- 3 – Dawber TR, Meadors GF, Moore FE Jr. Epidemiological approaches to heart disease: the Framingham Study. *Am J Public Health Nations Health.* 1951;41(3):279-86.
- 4 – Tibblin G. A population study of 50-year-old-men. An analysis of the non-participation groups. *Acta Med Scand.* 1965;178(4):453-9.
- 5 – Tibblin G. High blood pressure in men aged 50. A population study of men born in 1913. *Acta Med Scand Suppl.* 1967;470:1-84.
- 6 – Kannel WB, Brand N, Skinner JJ, Dawbert R, McNamara PM. The relation of adiposity to blood pressure and the development of hypertension. *Ann Intern Med.* 1967;67(1):48-59.
- 7 – Hubert HB, Feinlieb M, McNamara PM, Catelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26 year follow-up of participants in the Framingham Study. *Circulation,* 1983;67(5):968-77.
- 8 – Keys A. Overweight, obesity, coronary heart disease and mortality. *Nutrition Reviews.* 1980;38(9):297-307.
- 9 – Larsson B, Svärdsudd K, Welin L, Wilhelmsen L, Björntorp P, Tibblin G. Abdominal adipose tissue distribution, obesity, and risk of cardiovascular disease and death: 13 year follow up of participants in the study of men born in 1913. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1984;288(6428):1401-4.
- 10 – Ohlson LO, Larsson B, Svärdsudd K, Welin L, Eriksson H, Wilhelmsen L, Björntorp P, Tibblin G. The influence of body fat distribution on the incidence of diabetes mellitus. 13.5 years of follow-up of the participants in the study of men born in 1913. *Diabetes.* 1985;34(10):1055-8.
- 11 – Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ, Johnson CL. Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1998;22(1):39-47.
- 12 – World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneve: WHO, 1997.

- 13 – World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneve: WHO, 2000.
- 14 – Bray GA. Overweight is risking fate. Definition, classification, prevalence, and risks. *Ann N Y Acad Sci.* 1987;499:14-28.
- 15 – Zimmet P, Dowse G, Finch C, Serjeantson S, King H. The epidemiology and natural history of NIDDM--lessons from the South Pacific. *Diabetes Metab Rev.* 1990;6(2):91-124.
- 16 – Hawley NL, Minster RL, Weeks DE, Viali S, Reupena MS, Sun G, Cheng H, Deka R, MCGarvey ST. Prevalence of adiposity and associated cardiometabolic risk factors in the Samoan genome-wide association study. *Am J Hum Biol.* 2014; 26(4):491-501.
- 17 – Minster RL, Hawley NL, Su CT, Sun G, Kershaw EE, Cheng H, Buhule OD, Lin J, Reupena MS, Viali S, Tuitele J, Naseri T, Urban Z, Deka R, Weeks DE, McGarvey ST. A thrifty variant in CREBRF strongly influences body mass index in Samoans. *Nat Genet.* 2016;48(9):1049-54.
- 18 – Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J. *Obesidade em Portugal e no mundo.* Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008.
- 19 – Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Galvão-Teles A. Prevalence of obesity in Portugal. *Obes Rev.* 2006;7(3):233-7.
- 20 – Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Myatt J, Galvão-Teles A. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev.* 2008;9(1):11-9.
- 21 – Gaio V, Antunes L, Namorado S, Barreto M, Gil A, Kyslaya I, Rodrigues AP, Santos A, Bøhler L, Castilho E, Vargas P7, do Carmo I, Nunes B, Dias CM; INSEF Research group. Prevalence of overweight and obesity in Portugal: Results from the First Portuguese Health Examination Survey (INSEF 2015). *Obes Res Clin Pract.* 2018;12(1):40-50.

Gripe, vacina e... efetividade, Observações nº 39, junho 08

A efectividade da vacina anti-gripal tem sido estudada em várias épocas, em vários grupos etários, em vários locais do mundo, através de métodos muito diversificados e com resultados, nalguns casos, surpreendentes! De facto, ausência de efeitos e até efectividades negativas têm sido relatadas. A perspectiva da ocorrência de uma pandemia de gripe torna necessário que estejam planeados e testados métodos e recursos adequados à estimação da efectividade da vacina “pandémica”, durante o curso da própria pandemia.

Com oportunidade, o ECDC decidiu promover a apreciação de vários métodos e o ensaio da sua exequibilidade operacional e financeira. Desde o início de 2008, instituições e peritos de muitos países europeus estão a participar neste esforço e, em Portugal, o INSA, através do Departamento de Epidemiologia e do Centro Nacional da Gripe, tem para ele, contribuído.

Para o ECDC e para as Instituições participantes a tarefa é difícil e a responsabilidade elevada. Julgo que será levada a bom porto ao longo dos próximos 3 anos.

No entanto, um aspecto é, para mim, motivo de preocupação. De facto, no âmbito deste projecto está instalada uma fortíssima tendência, aparentemente irreversível, para que os estudos a seleccionar utilizem dados gerados por serviços de saúde: médicos de Clínica Geral, hospitais, laboratórios, etc.

Se a eventual pandemia de gripe atingir dimensões de grande severidade, haverá graves dificuldades no funcionamento dos serviços de saúde. Nessa situação, o estudo da efectividade só poderá utilizar amostras e dados gerados, não através de serviços de saúde, mas

directamente da população, por entrevistas e colheitas domiciliárias, contactos telefónicos ou outros.

Nesta fase do projecto, em que 2 ou 3 métodos para estimar a efectividade da vacina antigripal estão a ser seleccionados e vão ser testados, colocar de lado e não ensaiar um dos vários delineamentos cuja operacionalidade não dependa da participação dos serviços de saúde afigura-se uma decisão muito discutível.

Com consequências que só a ocorrência de uma pandemia severa pode demonstrar!

Comentado por [Ausenda Machado](#) Engenheira Química

“GRIPE, VACINA E ... EFECTIVIDADE”: conquistas e desafios dos últimos 9 anos

Em 2008 planeava-se pela primeira vez o estudo da efetividade da vacina antigripal a nível da Europa. Este editorial remonta aos primeiros passos dados na criação de uma rede com base nos cuidados de saúde primários e que perdura até ao momento. Os objetivos desta rede mantêm-se inalterados: monitorizar a efetividade da vacina antigripal, quer em situação de gripe sazonal quer no caso de uma pandemia, permitindo alertar as autoridades de saúde em caso de baixa efetividade da vacina.

Tal como perspetivado pelo Dr. Marinho Falcão, esta tem sido uma difícil tarefa. A nível nacional envolve uma equipa de epidemiologistas, virologistas e estatistas, e os inestimáveis médicos de família, em particular os da Rede Médicos-Sentinela, que anualmente implementam

um protocolo comum a todos os participantes na rede, com o intuito de recolher dados de forma padronizada e sistemática. A logística anual envolve colheita não só de dados epidemiológicos, mas também de amostras da nasofaringe e respetiva análise laboratorial para deteção do vírus da gripe. Os dados enviados são validados com os médicos participantes, e revalidados as vezes necessárias para que o resultado esteja assente em informação rigorosa. Esta é sem dúvida uma das conquistas da rede! Alguns anos após os três inicialmente perspectivados e em todas as épocas gripais, a monitorização da efetividade da vacina antigripal continua a ser levada a bom porto. Desde então a rede tem, sem interrupções, levado a cabo esta tarefa e até sobreviveu a uma pandemia (talvez por não ter atingido a severidade e gravidade pensadas). E tencionamos continuar esta monitorização por muitos mais anos...

Após estes primeiros passos, e com o saber e a confiança decorrentes desta experiência, aventurarmo-nos por outros mares e avançamos para o estudo da efetividade da vacina contra formas graves de gripe que exigem hospitalização. Portugal, através do INSA participa desde 2015 numa rede europeia de hospitais que visa avaliar a capacidade da vacina antigripal na redução de hospitalizações por gripe nos indivíduos com 65 e mais anos. As dificuldades manifestadas são similares, uma vez que se mantêm as mesmas exigências de qualidade e rigor. Nesta nova e enriquecedora trajetória, para a qual contamos e esperamos continuar a contar com a colaboração dos centros hospitalares de Lisboa Central e de Setúbal, contemplamos a possibilidade de estender a rede nacional.

Ampliamos o estudo inicial em várias direções: aumentamos a população alvo para todas as idades, incorporamos os dados genéticos na avaliação da efetividade e somos desafiados constantemente a encontrar formas inovadoras de selecionar e recrutar doentes para o estudo (mas sem introduzir viés!). A colaboração nesta

rede ativa e cientificamente estimulante, permitiu colocar perguntas que inicialmente pareciam impossíveis ou pouco plausíveis. Nomeadamente, “existe um efeito de atenuação da imunidade conferida pela vacina desde a sua toma?”, “a efetividade da vacina é diferente consoante o seu tipo?”, “qual o efeito da vacinação repetida na efetividade da vacina de uma dada época?”. Para algumas destas questões temos já resposta. Verificamos que existe um efeito de atenuação da imunidade conferida pela vacina, sendo mais evidente para os vírus do tipo AH3 e que a efetividade difere consoante o tipo de vacina (subunidades, com adjuvante, ...). Quanto à revacinação, há alguma evidência que nos indivíduos com 65 anos, independentemente da história vacinal passada, existe proteção conferida pela vacina na época atual. O interelar constante destas questões e de outras (como a efetividade por marca da vacina) levam-nos a pensar em mais estudos e com desenhos alternativos para o aprofundamento e alargamento do conhecimento sobre a efetividade da vacina antigripal.

Mas não só de conquistas tem sido esta caminhada. Alguns dos desafios apresentados no editorial mantêm-se, refletindo as preocupações, ainda atuais, do Dr. Marinho Falcão. Os estudos até agora descritos estão assentes em dados gerados pelos serviços de saúde, que em épocas com atividade gripal elevada (ou numa situação de pandemia com rutura dos serviços), impossibilitará a obtenção da informação necessária para a sua realização. Um exemplo muito próximo ocorreu na época 2016/17, na qual a epidemia atingiu valores elevados e decorreu num período confinado no tempo (2 semanas e durante período de Natal). A recolha, transferência e validação de dados apresentou algumas ineficiências, impossibilitando o alerta atempado numa época cuja vacina apresentou baixa efetividade. É necessário avaliar e ensaiar formas alternativas de recolha de dados, que permitam, de forma célere e oportuna, avaliar a efetividade da vacina. O ensaio de um método “directamente

da população, por entrevistas e colheitas domiciliares, contactos telefónicos ou outros” revela-se uma oportunidade ainda não conseguida.

Por fim, o conhecimento mobilizado e a sua relação com a indústria, pela avaliação de um produto farmacêutico, remete inevitavelmente para aspetos éticos e de responsabilidade social da independência financeira e científica. Em tempos de indefinição sobre os modelos de financiamento público-privado, do papel da indústria e dos institutos de saúde na avaliação de vacinas, gostaria de recordar a génese desta rede e os seus objetivos: a monitorização da proteção conferida pela vacina anti-gripal medida em condições reais e respetivos ganhos em saúde (pública).

Afinal... não havia bruxas!!!, Observações nº 40, outubro 08



Este mês de Setembro, as novas instalações do Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira (anterior Delegação do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge) no Porto vão ser inauguradas.

Reconhecia-se desde há 20 ou 30 anos que as instalações do Largo 1º de Dezembro estavam velhas, degradadas e geravam riscos da mais variada natureza para os trabalhadores, para os utentes e até para o património construído adjacente.

Por isso, ao longo desse tempo, muitos foram os esforços para obter novas instalações mais adequadas, mais funcionais e mais seguras. Os trabalhadores da então Delegação (científicos, técnicos, administrativos e outros) estiveram na primeira linha desses longos esforços. Julgo também que todas as sucessivas Direcções do Instituto e da então Delegação se preocuparam e tentaram solucionar o problema.

Sei que várias vezes (talvez possa dizer-se, muitas vezes) houve soluções que estiveram prestes a ser adoptadas. Pelas mais diferentes razões nenhuma foi concretizada.

Disse-se que a questão das novas instalações da então Delegação tinha um mau feitiço! Que bruxedos inexplicáveis (como são todos os bruxedos!) não deixavam que os projectos se desenvolvessem! Que não se acreditava em bruxas mas... lá que elas existiam, existiam!!!

Até que chegou o mês de Setembro de 2008.

Finalmente, parabéns para todos os que trabalham no Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira e, também, para todos os que, mais longe, trabalham no INSA.

Afinal... não havia bruxas!!!

Andam antibióticos à solta!!!, Observações nº 41, dezembro 08

Que percentagem das prescrições de antibióticos feitas em Clínica Geral/Medicina Familiar são precedidas ou orientadas por um teste de sensibilidade (TSA)? Muito baixa!

Num estudo sobre prescrição de antibacterianos realizado em 2001 na rede “Médicos-Sentinela” foi constatado que essa percentagem se situava entre 1% e 2% dos casos, consoante o aparelho ou órgão envolvido. Vejam:

Aparelho Respiratório – 1,2%

Pele – 0,9%

Aparelho Auditivo – 1,3%

Aparelho Digestivo – 2,2%

Porquê tão pouco?

Não há laboratórios acessíveis?

Os resultados não chegam em tempo útil?

Prescrever antibióticos com apoio de TSA não é mais efectivo?

Muitos doentes não suportam o custo da análise?

Em muitos casos não há produto biológico acessível à colheita?

Mas há uma excepção altamente surpreendente! De facto, em 2001, cerca de 53% das prescrições de antibacterianos dirigidos a infecções de aparelho urinário foram precedidas de um pedido de TSA.

Não se vislumbram razões para que as eventuais dificuldades que impedem a utilização de TSA em infecções dos quatro aparelhos citados atrás não se apliquem com intensidade equivalente às infecções do aparelho urinário!

Mas o que aconteceu desde que a investigação de 2001 foi realizada?

Nada! De facto, o estudo foi repetido, com a mesma metodologia, em 2007 e os resultados foram sobreponíveis aos de 2001.

Não será tempo de usar com muito mais frequência a confirmação laboratorial dos agentes e a determinação do respectivo TSA? A bem das boas práticas clínicas e da medicina baseada *nesta* evidência. A iniciativa pela melhoria desta prática pertence aos médicos, às suas organizações profissionais e às Escolas de Medicina. E quer parecer-me que nem o equilíbrio financeiro do Serviço Nacional de Saúde se constituirá como obstáculo!

Comentado por José Augusto Simões

Médico, Medicina Geral e Familiar

Neste editorial o Dr. José Marinho Falcão aborda uma questão que muitas vezes colocou em reuniões da Rede Médicos-Sentinela, qual o motivo para haver muito pouco uso de testes de sensibilidade a antibióticos (TSA) a orientar a sua prescrição, o que para ele não tinha justificação.

Por sua iniciativa a Rede fez um primeiro estudo em 2001, em que estive envolvido, e constatou-se que a percentagem de recurso a TSA a anteceder a prescrição antibiótica se situava entre 1 e 2% dos casos, consoante o aparelho ou órgão envolvido. No entanto, encontrou-se uma excepção, foram as cerca de 53% de prescrições precedidas de teste de sensibilidade dirigidas a infecções do aparelho urinário. O Dr. Marinho Falcão não vislumbrou razões ou dificuldades técnicas que impedissem a utili-

zação de TSA em infecções de outros aparelhos, como o respiratório, o auditivo, o digestivo ou a pele. Aliás questionava se prescrever antibióticos com apoio de TSA era ou não mais efetivo.

Pois bem o estudo foi repetido, com a mesma metodologia, em 2007 e os resultados foram sobreponíveis aos de 2001. Ou seja, nada aconteceu desde a primeira avaliação, e os dados de 2001 foram objeto de apresentação pública em eventos científicos e publicação de relatório e de artigos, em forma resumida, "Testes de sensibilidade aos antibacterianos, em Clínica Geral: Poucos testes!!! Muita sensibilidade???" na *newsletter* "Observações", 2002; 17:3 e em artigo mais desenvolvido "Prescrição de antibacterianos em Clínica Geral: Um estudo na Rede Médicos-Sentinela" na "Revista Portuguesa de Clínica Geral", 2003;19(4):315-329.

O Dr. Marinho Falcão terminava o editorial aqui em análise afirmando algo que me parece ainda se manter válido:

"Não será tempo de usar com muito mais frequência a confirmação laboratorial dos agentes e a determinação do respectivo TSA? A bem das boas práticas clínicas e da medicina baseada nesta evidência. A iniciativa pela melhoria desta prática pertence aos médicos, às suas organizações profissionais e às Escolas de Medicina. E quer parecer-me que nem o equilíbrio financeiro do Serviço Nacional de Saúde se constituirá como obstáculo".

EISS mudou-se para o ECDC... com uma mão por baixo!!!

Observações nº 42, março 09

Em Setembro de 2008, a coordenação da vigilância epidemiológica da gripe (EISS) foi transferida do NIVEL em Utrecht para o ECDC em Estocolmo.

Num editorial como este, publicado em Junho de 2007 chamei a atenção para o facto de esta transferência fazer sentido, mas comportar riscos. Quando um sistema de vigilância epidemiológica muito complexo como EISS funciona bem, mesmo muito bem, modificações relevantes podem mutilá-lo ou, quiçá, destruí-lo.

Preconizava eu que a mudança se fizesse com muita precaução, com uma mão por baixo. Não fosse alguma componente soltar-se, cair e afundar-se, inexorável e definitivamente, na travessia do Mar do Norte!

Coordenada pelo ECDC a vigilância epidemiológica da gripe no Inverno de 2008-2009 funcionou sem perturbações importantes. A organização foi quase integralmente mantida, com sensatez. Continuamos a poder saber como a gripe se manifestou na Europa este ano, como soubemos nos anos anteriores.

Estamos satisfeitos!

É verdade que nenhum caixote da vigilância caiu ao Mar do Norte durante a mudança. No entanto, ainda há riscos associados às modificações/aperfeiçoamentos que se aproximam. A integração da gripe em TESSy (The European Surveillance System) irá correr adequadamente? A previsível separação formal das componentes clínica (coordenada directamente pelo ECDC) e laboratorial (que se prevê seja entregue a outra entidade ou consórcio) trará benefício ou criará dificuldades? Como funcionarão outras modificações que irão ser inevitavelmente nos próximos tempos?

A viagem Utrecht – Estocolmo foi concretizada sem acidentes. Se o ECDC usar a mesma sensatez que demonstrou nessa travessia do Mar do Norte, a vigilância integrada clínica e laboratorial não sofrerá revezes graves e aperfeiçoar-se-á ao longo dos anos.

Mas, por favor, não se esqueçam que é necessário continuar com as mãos bem abertas por baixo das modificações/aperfeiçoamentos que irão sendo introduzidas na vigilância da gripe.

Você disse...gripe A ?!, Observações nº 43, junho 09



Costuma ser dado um nome às pandemias de gripe.

À pré-pandemia com que nos afligimos nesta primavera de 2009 chamam-lhe agora GRIPE A (H1N1). O nome GRIPE A está IN: INesperado, INespecífico, INFeliz.

“Mexicana” foi a escolha inicial. Mas sentir-se-iam o México e os mexicanos estigmatizados? Diz-se que sim. Contudo, a designação “Espanhola” com que a pandemia de 1918 foi baptizada não perturbou excessivamente os nossos irmãos de Espanha e o nome ficou para a história. Em 1957, a pandemia recebeu a designação de “Asiática”, confirmando o gosto pela geografia. Não me lembro de ver os asiáticos envergonhados ou constrangidos pelo nome da doença que afligiu tantos milhões!

Depois tivemos que nos debater, em 1968, com nova pandemia chamada “de Hong Kong”. Mais um nome com raiz geográfica que os habitantes da ex-colónia britânica suportaram e que não impediu o explosivo desenvolvimento da economia.

Mas as preferências nomenclaturais mudaram no início da década de 2000: a gripe A(H5N1) ficou irreversivelmente conhecida, nas populações, como “Gripe das Aves”, sem prejuízo da farândola de outras designações menos eruditas ou mais científicas.

Agora já não foi a geografia que deu a inspiração, mas sim as espécies de pacientes voadores que são cruelmente dizimados pelo vírus. Os produtores de aves não ficaram satisfeitos com o nome mas as consequências económicas teriam ocorrido fosse qual fosse o nome adoptado.

Em 2009, substituir a designação “Mexicana” pelo nome “Gripe Suína” parecia uma boa alternativa. Protegia-se o México e mantinha-se o alinhamento pela moda zoológica posta em vigor pela “Gripe das Aves”. Mas os porcos e os seus produtores não gostaram e parecem ter feito pressões.

Foi então preciso imaginar um novo nome, também IN: INócuo, INodoro, INSípido, INDolor Insuficiente. Chamaram-lhe GRIPE A (H1N1). Como se a gripe A não ocorresse todos os anos! Como se A(H1N1) não fosse o vírus com maior circulação em muitas épocas gripais! Como se não existissem designações alternativas que respeitassem as legítimas preocupações das nações estigmatizadas, das economias fragilizadas, das espécies animais atingidas!

Não é bonito criticar sem contribuir com alternativas!

Assim, chamem-lhe “GRIPE 2009”.

Ao contrário das nações, dos agentes económicos e das espécies, o calendário, impávido e sereno, nunca se sentirá estigmatizado.

“Na luta pela produtividade organize-se a produção, atualize-se a tecnologia, aperfeiçoem-se as relações de trabalho. Mas não se esqueça uma medida também indispensável: melhore-se o estado de saúde dos portugueses. Certamente no plano físico, mas, quiçá ainda mais importante, também nos planos mental e social. E não se deem tiros pela culatra! Que na voragem da produção, a saúde dos portugueses não seja, por ela, ainda mais afetada!”

Marinho Falcão

Produtividade... pela nossa saúde! Observações nº 18, março 03

