

Estratégias para Promover uma Melhor Intervenção no Sono nos Cuidados de Saúde Primários

Strategies to Promote Better Sleep Interventions in the Primary Care

Palavras-chave: Apneia Obstrutiva do Sono/diagnóstico; Cuidados de Saúde Primários; Inquéritos e Questionários; Obesidade; Portugal

Keywords: Obesity; Portugal; Primary Health Care; Sleep Apnea, Obstructive/diagnosis; Surveys and Questionnaires

Caro Editor, foi com interesse que li o artigo “Risco de Apneia Obstrutiva do Sono Não Diagnosticada em Indivíduos Obesos no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários”¹ publicado no número de março de 2020 da Acta Médica Portuguesa, que avalia o risco de síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) em indivíduos adultos obesos que frequentaram uma unidade de saúde familiar.

Dada a alta prevalência de patologia do sono na população portuguesa e o facto de predispor os indivíduos a múltiplas condições médicas, torna-se fulcral que o Médico de Família questione o doente sobre o seu sono de forma sistemática, algo que não é feito pela maioria dos profissionais.² Nesse sentido, a realização de formação a

Médicos de Família por colegas com valência de Sono seria relevante e profícua, alertando para os pontos-chave a perguntar, o que valorizar na história de sono do doente, as corretas medidas de educação para a saúde a indicar de forma individualizada e quais as estratégias iniciais de terapêutica mais eficazes. Desta forma, aumentaríamos a probabilidade de diagnóstico e tratamento de perturbações do sono, nomeadamente a SAOS.

No doente obeso, onde a SAOS é particularmente prevalente, a doença adiciona mais uma desregulação metabólica a um doente com um risco cardiovascular já por si alto, pelo que deve ser priorizado o diagnóstico e consequente tratamento nesta subpopulação.³ Seguindo a ideia de Rind *et al*,⁴ aplicada noutro intuito com aceitação pelos profissionais e eficácia objetivada, seria interessante introduzir no suporte informático SClinico® uma lista de alertas/*checklist* com as principais comorbilidades da obesidade, incluindo nesta o rastreio da SAOS. Desta forma, cada vez que o Médico de Família incluísse no A de SOAP o código ICPC2 de “Obesidade” (T82), surgiria um memorando que auxiliaria na investigação das patologias associadas. Desta forma, garantir-se-ia uma esquematização na procura dos melhores cuidados de saúde para o doente obeso, abrangendo-o como um todo.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro JP, Araújo A, Vieira C, Vasconcelos F, Pinto PM, Seixas B, et al. Undiagnosed risk of obstructive sleep apnea in obese individuals in a primary health care context. *Acta Med Port.* 2020;33:161.
- Grandner MA, Malhotra A. Sleep as a vital sign: why medical practitioners need to routinely ask their patients about sleep. *Sleep Health.* 2015;1:11–2.
- Romero-Corral A, Caples SM, Lopez-Jimenez F, Somers VK. Interactions between obesity and obstructive sleep apnea. *Chest.* 2010;137:711–9.
- Rind DM. Effect of computer-based alerts on the treatment and outcomes of hospitalized patients. *Arch Intern Med.* 1994;154:1511.

Marta BERNARDO✉¹

1. Unidade de Saúde Familiar Andreas. Mafra. Portugal.

Autor correspondente: Marta Bernardo. wmartabernardo@gmail.com

Recebido: 04 de março de 2020 - Aceite: 05 de março de 2020 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020

<https://doi.org/10.20344/amp.13680>



Workplace Violence in Healthcare: Another Perspective

A Violência no Local de Trabalho em Instituições de Saúde: Outra Perspetiva

Keywords: Healthcare Workers; Occupational Hazard; Occupational Health; Prevention; Workplace Violence

Palavras-chave: Fatores de Risco Profissionais; Prevenção; Saúde Ocupacional; Trabalhadores da Saúde; Violência no Local de Trabalho

Dear editor, it was with great pleasure that I read the article “Workplace Violence in Healthcare: A Single-Center Study on Causes, Consequences and Prevention Strategies”¹ that brings attention to a real problem with rising dimension, focusing on the worker’s perspective and calls for solutions.

Workplace violence has become a worldwide problem,

deteriorating the efficiency and success of the organizations themselves. It carries immediate and long-term consequences, affecting both health and individual dignity, by creating a source of discrimination, stigmatization and conflict at work. Regarding its dimension, one shouldn’t look at the problem from an individual scope, but instead requires a comprehensive and holistic approach as a structural problem due to socioeconomic, cultural and organizational causes.²

Three kinds of violence in healthcare can be distinguished, namely patients against professionals; between professionals; and professionals against patients, by actions or omissions.²

Regarding violence between professionals, the authors paid little attention to mobbing, the main kind of violence reported nationally - 55% versus verbal (22%) and physical (13%) violence.³ Mobbing consists of psychological

violence that involves deliberated degradation of the victim's working conditions, by illegitimate power exercised from a hierarchically superior or equal co-worker.⁴ It has devastating socio-economic, health and organizational consequences², consisting in an important risk factor for burn-out. Monitoring and preventing is an essential quinquennial prevention measure (where medical burnout is prevented and as a result we avoid the risk of injuring the patient).

Additionally, when highlighting the importance of the notification process, it would be important to mention the Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA, a platform to anonymously report incidents occurring in the Health System, by citizens or health professionals.⁵ NOTIFICA has registered 8110 notifications by health professionals and 441 notifications by citizens until the third quarter of 2019, emphasizing its increasingly relevance.³

REFERENCES

1. Antão HS, Sacadura-Leite E, Manzano MJ, Pinote S, Serranheira F, et al. Workplace violence in healthcare: a single-center study on causes, consequences and prevention strategies. *Acta Med Port.* 2020;33:31-7.
2. Direção Geral da Saúde. Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa: DGS; 2016.
3. Direção Geral da Saúde. Relatório de progresso de monitorização: Sistema Nacional de Notificação de Incidente. 3º trimestre de 2019. Lisboa: DGS; 2019.
4. Neto M. Assédio no trabalho. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2016.
5. Direção Geral da Saúde. Circular normativa N° 15 de 25/09/2014 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. Lisboa: DGS; 2014.

Isabel Ralha de ABREU[✉]1, Ana Matos SANTOS¹

1. Unidade de Saúde Familiar St. André de Canidelo. Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto VII. Vila Nova de Gaia. Porto.

Autor correspondente: Isabel Ralha de Abreu. abreu.isabelm@gmail.com

Recebido: 04 de março de 2020 - Aceite: 05 de março de 2020 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020

<https://doi.org/10.20344/amp.13684>



O Desafio de Tratar Doentes Oncológicos durante a Atual Pandemia Pela COVID-19

The Challenge of Treating Cancer Patients during the COVID-19 Pandemic

Palavras-chave: Coronavírus; Neoplasias

Keywords: Coronavirus; Neoplasms

O impacto da atual pandemia pela COVID-19 (*coronavirus disease 2019*) não tem barreiras e influência de forma significativa as nossas relações e a nossa atividade profissional, bem como a forma como atuamos e pensamos. Enquanto médicos, acabamos todos por estar na linha de frente, na medida em que independentemente da área de atuação, podemos ver os nossos doentes afetados pela COVID-19. E por tanto, o desafio de continuar a tratar todos os outros doentes durante a atual pandemia coloca-nos à prova e pode ser bastante desgastante.

No que diz respeito aos doentes oncológicos e como a infeção por este novo coronavírus os pode afetar os dados são ainda bastante escassos. Numa análise retrospectiva de

Despite describing a hospital reality, one should also not forget the primary care setting. The proximity to the population, the easy accessibility, the doctor patient relationship perpetuated over time, coupled with the huge demand for timely responses and the greater isolation of this sector, make it particularly susceptible to episodes of violence.

Furthermore, the article highlights the need to invest in health literacy (promoting the empowerment of the population to take responsibility for their own health and reducing the demand for health care), to hire more human resources and improve workplace security.

There are no perfect worlds, no perfect people, nor perfect solutions. Instead, there is an urgent need for mutual respect between individuals. Workplace violence is a reality and demands solutions.

1590 doentes tratados na China,¹ 18 tinham história de cancro (encontravam-se em vigilância ou em tratamento ativo). Estes doentes apresentaram mais complicações como a necessidade de internamento em unidades de cuidados intensivos para ventilação ou morte. De um modo geral sabemos que os doentes oncológicos são mais suscetíveis a infeções que os outros indivíduos devido ao estado imunossupressor sistémico resultante do cancro e dos tratamentos antineoplásicos.^{2,3} E por isso, estes doentes poderão apresentar maior risco de infeção pelo novo coronavírus.

Do ponto de vista do doente são várias as preocupações: o medo de contágio no hospital pode fazer com que doentes que realmente necessitam de assistência médica não a procurem, pode ainda haver da perspetiva do doente a ideia de que a sua situação clínica passou para um segundo plano uma vez que vê as suas consultas e exames complementares adiados. Por outro lado, a suspensão de visitas nos hospitais tem efeitos devastadores nos nossos doentes, muitos em fim de vida. Nesta fase o contacto entre profissionais de saúde, doentes e familiares por outras vias como o telefone, correio eletrónico ou videochamadas poderá colmatar de alguma maneira estes problemas.