

Revista

# Ordem Médicos

n.º 176  
JAN-FEV | 2017  
Mensal | 2€

O valor  
económico  
da Saúde - pág. 56

Miguel Guimarães  
Novo Bastonário

**DOSSIER  
ELEIÇÕES**

pág. 20







Revista da  
**Ordem dos Médicos**  
Ano 33 - N.º 176  
JAN-FEV 2017

PROPRIEDADE:  
**Conselho Nacional Executivo  
da Ordem dos Médicos**

SEDE:  
**Av. Almirante Gago Coutinho, 151  
1749-084 Lisboa**  
Telefone geral da OM: 218427100

Bastonário da Ordem dos Médicos:  
**Miguel Guimarães**

Director:  
**Miguel Guimarães**

Directores Adjuntos:  
**António Araújo,  
Carlos Diogo Cortes,  
Alexandre Valentim Lourenço**

Directora Executiva:  
**Paula Fortunato**  
E-mail: paula.fortunato@omcne.pt

Redactora Principal:  
**Paula Fortunato**

Dep. Comercial:  
**Helena Pereira**

Designer gráfico e paginador:  
**António José Cruz**

Capa:  
**2aocubo**

Redacção, Produção  
e Serviços de Publicidade:  
**Av. Almirante Gago Coutinho, 151  
1749-084 Lisboa**  
Tel.: 218 427 100 – Fax: 218 427 199

Impressão:  
**Atelier Gráficos à Lapa, Lda.**

Depósito Legal: **7421/85**  
Preço Avulso: **2 Euros**  
Periodicidade: **Mensal**  
ISBN: **2183-9395**

Tiragem: 44.000 exemplares  
(10 números anuais)

Isento de registo no ICS nos termos do  
nº 1, alínea a do artigo 12 do Decreto  
Regulamentar nº 8/99

#### Nota da redacção:

Os artigos assinados são da inteira  
responsabilidade dos autores;  
os artigos inseridos nas páginas  
identificadas das Secções Regionais  
são da sua inteira responsabilidade.  
Em qualquer dos casos, tais artigos  
não representam qualquer tomada  
de posição por parte da Revista da  
Ordem dos Médicos.

Relativamente ao acordo ortográfico  
a ROM escolheu respeitar a opção  
dos autores. Sendo assim poderão  
apresentar-se artigos escritos  
segundo os dois acordos.



#### editorial

- 04 Pronto para servir, tudo farei  
para afirmar a Medicina  
em que acreditamos

#### informação

- 08 Prestação de serviço de urgência  
no internato médico
- 10 Médicos assinam atestados  
em branco para escolas de condução (?)
- 11 Ordens da Saúde exigem redução  
imediata e significativa das taxas  
cobradas pela ERS
- 12 Perfil dos dirigentes clínicos no SNS,  
do sector privado e do sector social
- 13 Rastreio do cancro do intestino
- 14 Nota aos médicos internos
- 16 Idade de dispensa de trabalho dos  
médicos nos serviços de urgência
- 17 Presença parental na sala do bloco  
operatório
- 18 Afetação de médicos em fase de  
formação ao Serviço de Urgência Geral
- 19 Estatuto do trabalhador / estudante



- 20 Cerimónia de tomada de posse do  
novo bastonário da OM
- 26 Miguel Guimarães é o novo bastonário  
da Ordem dos Médicos
- 28 Eleição do novo bastonário sustentada  
numa maioria esmagadora
- 30 Tomada de posse sob o signo  
da esperança, da união e dos valores  
da Medicina
- 32 Presidente do CRS aponta medidas para  
apoio à formação médica
- 36 Candidatura "Somos Médicos, sempre"  
superou os 40%
- 37 Tomada de posse da SRNOM
- 40 Resultados eleitorais para a Assembleia  
de Representantes
- 41 Tomada de posse do Conselho Superior  
da Ordem dos Médicos

#### actualidade

- 43 ERS exige revisão de publicidade de  
clínica de estética
- 44 Bastonário da OM defende a construção  
de um hospital de raiz para Barcelos
- 47 Conferência ICHOM em Portugal  
Medição dos cuidados de saúde baseada  
em valor
- 55 AMP-Student tem novo editor-chefe
- 56 O valor económico da Saúde
- 60 Daniel Serrão um Homem  
e várias vidas
- 63 93% dos médicos com problemas de  
acesso à internet
- 65 "Correspondência de Abílio Mendes  
com Abel Salazar", de Jaime Mendes
- 65 "Negócios de Fronteira (diplomatic  
and confidential)", de John W. Peculiar

#### opinião

- 66 Carta aberta ao ministro da saúde
- 68 Estarão em causa a formação e a  
investigação científica em saúde?
- 69 Em defesa da indústria  
farmacêutica
- 72 Porque votei Álvaro Bezeira  
para bastonário
- 74 Questões mor(t)ais...
- 76 A pedido do doente
- 78 Hora de reflexão
- 79 O monólogo apologético da eutanásia  
sem réplica autorizada

## PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

ANATOMIA PATOLÓGICA: Rui Henrique  
ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos  
ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes  
CARDIOLOGIA: Mariano Pego  
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: António Marinho da Silva  
CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Paulo Pinho  
CIRURGIA GERAL: António Menezes da Silva  
CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho  
CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paolo Casella  
CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: Victor Fernandes  
DERMATO - VENEREOLOGIA: Manuela Selores  
DOENÇAS INFECCIOSAS: Fernando Maltez  
ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO: Helena Cardoso  
ESTOMATOLOGIA: Rosário Malheiro  
FARMACOLOGIA CLÍNICA: José Luís de Almeida  
GASTROENTEROLOGIA: Pedro Narra Figueiredo  
GENÉTICA MÉDICA: Jorge Pinto Basto  
GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho  
HEMATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Abecasis  
IMUNOALERGOLOGIA: Helena Falcão  
IMUNOHEMOTERAPIA: Helena Alves  
MEDICINA DESPORTIVA: Maria João Cascais  
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO: Jorge Caldas  
MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques  
MEDICINA INTENSIVA: José Artur Paiva  
MEDICINA INTERNA: Armando Carvalho  
MEDICINA LEGAL: Sofia Lalanda Frazão  
MEDICINA NUCLEAR: João Pedroso de Lima  
MEDICINA DO TRABALHO: Ferreira Leal  
MEDICINA TROPICAL: Jaime Nina  
NEFROLOGIA: José Diogo Barata  
NEUROCIRURGIA: Rui Vaz  
NEUROLOGIA: José Vale  
NEURORRADIOLOGIA: João Reis  
OFTALMOLOGIA: Augusto Magalhães  
ONCOLOGIA MÉDICA: Maria Helena Gervásio  
ORTOPEDIA: Manuel André Gomes  
OTORRINOLARINGOLOGIA: Artur Condé  
PATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Cirne Carvalho  
PEDIATRIA: José Lopes dos Santos  
PNEUMOLOGIA: Fernando José Barata  
PSIQUIATRIA: Luiz Gamito  
PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: Pedro Monteiro  
RADIOLOGIA: Amélia Estêvão  
RADIONCOLOGIA: Margarida Roldão  
REUMATOLOGIA: J. A. Melo Gomes  
SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano  
UROLOGIA: Avelino Fraga

## COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro  
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: Augusto Ribeiro  
DERMATOPATOLOGIA: Esmeralda Vale  
ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão  
EEG/NEUROFISIOLOGIA: Francisco Sales  
GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: Jorge Amil Dias  
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA: Carlos Freire de Oliveira  
HEPATOLOGIA: Luís Tomé  
MEDICINA MATERNO-FETAL: Fátima Serrano  
MEDICINA DA REPRODUÇÃO: Carlos Calhaz Jorge  
NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Helena Jardim  
NEONATOLOGIA: Daniel Virella  
NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira  
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA  
ORTODONCIA: Teresa Alonso

## COORDENADORES COMPETÊNCIAS

ACUPUNCTURA MÉDICA: António Encarnação  
AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL: Duarte Nuno Vieira  
EMERGÊNCIA MÉDICA: Vítor Almeida  
GERIATRIA: Manuel Veríssimo  
GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: Fátima Carvalho  
HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira  
MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes  
MEDICINA FARMACÉUTICA: José Aleixo Dias  
MEDICINA HIPERBÁRICA E SUBAQUÁTICA: Oscar Camacho  
PATOLOGIA EXPERIMENTAL: António Silvério Cabrita  
PERITAGEM MÉDICA DA SEGURANÇA SOCIAL: Alberto Costa  
SEXOLOGIA CLÍNICA: Pedro Freitas



# Pronto para servir, tudo farei para afirmar a Medicina em que acreditamos

Discurso de tomada de posse do bastonário da Ordem dos Médicos, José Miguel Ribeiro de Castro Guimarães, proferido no dia 8 de fevereiro de 2017, no salão nobre da Academia das Ciências de Lisboa.



**Sua Exa. Senhor Presidente da República Portuguesa,**

É uma honra e um privilégio contar com sua presidência nesta cerimónia. Uma distinção que dignifica e valoriza a nossa medicina, a nossa Saúde, os nossos doentes e os nossos médicos.

Muito obrigado.

Permita-me que, na sua pessoa, cumprimente todos os portugueses.

**Sua Exa. Senhor Ministro da Saúde,**

A sua presença valoriza esta passagem de testemunho e confere à Ordem dos Médicos o reconhecimento e a relevância que a mesma representa para a Saúde em Portugal. Muito obrigado.

Permita-me que, na sua pessoa, cumprimente todos os representantes das instituições, associações, sindicatos e estruturas aqui presentes.

**Exmo. Senhor Prof. José Manuel Silva, bastonário cesa-**  
**sante da OM,**

Muito obrigado por ter sido, durante os últimos 6 anos, um bastonário virtuoso, uma voz activa na defesa da qualidade da medicina, dos doentes e dos médicos. O seu empenho e qualidade constituíram um estímulo para todos nós, e fizeram da OM uma estrutura mais respeitada na sociedade civil.

Permita-me que, na sua pessoa, cumprimente todos os bastonários e médicos presentes.

Felicito os presidentes dos Conselhos Regionais, Alexandre Lourenço, Carlos Cortes e António Araújo e, nas suas pessoas, todos os colegas eleitos para os corpos gerentes da OM. Cumprimento com respeito todos os colegas que se candidataram às últimas eleições e nomeadamente os candidatos a bastonário.

Um louvor especial a todos os meus mandatários e apoiantes na pessoa do meu mandatário nacional Prof. Carlos Ribeiro,

Uma saudação calorosa a todos os meus amigos na pessoa da minha mulher, Fátima Carvalho, também ela médica, e que nesta nossa caminhada simbolizou a vontade de vencer, o acreditar que é possível e a determinação de quem não sabe o que é desistir.

### **Distintos convidados**

#### **Estimados colegas e amigos,**

#### **Minhas senhoras e meus senhores,**

Não posso esconder a emoção, a honra e o privilégio que sinto ao assumir a liderança da Ordem dos Médicos. É um dia especial na minha vida e quero partilhá-lo com todos vós e todos os que contribuíram decisivamente para a minha eleição.

Naturalmente que, a esta dimensão pessoal, acresce um enorme sentido de responsabilidade resultante de uma expressiva vontade manifestada pelos médicos portugueses.

Estou ciente que o trabalho que tenho pela frente é árduo e de uma enorme exigência.

A minha primeira palavra é de gratidão. Muito obrigado por acreditarem e pela confiança que depositaram no projecto que lhes apresentei; pela legitimidade e representatividade reforçadas que me conferiram; e pela evolução positiva que protagonizaram em matéria de participação eleitoral.

Os médicos deram um sinal importante à sociedade civil, aos decisores políticos e ao poder económico de que estão preocupados com a Saúde dos portugueses e com o seu próprio futuro; que estão cientes dos desafios que se colocam à profissão; que querem ter uma voz activa nas matérias que interferem com a qualidade da medicina e a segurança clínica, e que não ignoram a relevância social, política e institucional que a Ordem representa.

É, portanto, com uma confiança reforçada que assumo as funções de bastonário da OM e, com estas, o desafio de concretizar os compromissos programáticos que assumi ao longo do processo eleitoral. Um bastonário que represente todos os médicos, no sector público, privado ou social.

### **Caros Colegas, Distintos Convidados,**

Estou comprometido com o enorme desafio que tenho pela frente e empenhado em concretizar o programa de reformas que desenhei, com o contributo de centenas de médicos de todo o país, assegurando a estratégia que melhor cumpra os objectivos estruturais da OM: prosseguir na defesa dos doentes e do seu direito aos melhores cuidados de saúde, preservar a qualidade da medicina e da formação e dignificar a profissão.

Sei que o programa que tracei para o mandato é ambicioso. Mas tenho prioridades claras na sua execução.

Como tornei público nas minhas intervenções de campanha, a ética e a relação médico-doente, a formação e a qualidade da medicina estão no topo dessas minhas prioridades.

A defesa intransigente dos pilares da ética médica, do Juramento de Hipócrates e do Código Deontológico da OM é a primeira prioridade que todos temos o dever de honrar. São estes pilares que estarão sempre presentes na minha intervenção, e que serão utilizados como critérios de escrutínio de decisões políticas, organizacionais e gestionárias.

Por circunstâncias diversas que a maior parte de nós conhece, a relação entre os médicos e os doentes está fortemente ameaçada. Assistimos a uma tendência perigosa de transformação da nossa profissão numa tarefa excessivamente administrativa. Estamos sujeitos a uma teia burocrática, cada vez mais densa, que condiciona diária e permanentemente a nossa actividade clínica, e que prejudica a saúde dos doentes e dos médicos.

A OM não pode aceitar este caminho como uma inevitabilidade. Não podemos, como anteviu o Professor Daniel Serrão, aceitar que a medicina seja funcionalizada.

Estaríamos a trair a matriz ético-filosófica da nossa profissão e o seu espírito humanista, do qual não prescindimos.

Por isso, é fundamental agir já, sem medo e com determinação, contribuindo com soluções concretas e que estão na esfera de intervenção da OM.

Refiro-me, por exemplo, à fixação de tempos mínimos de consulta, cuja determinação pode e deve ser assumida – sem receios – pelos únicos órgãos que têm a competência técnica e científica para fazer prevalecer as boas práticas médicas: os Colégios de Especialidade.

De igual modo, é necessário agendar a redução progressiva da dimensão das listas de utentes dos médicos especialistas em MGF, aferidas pelas respectivas unidades ponderadas.

Os médicos de família, como aliás todos os médicos de outras especialidades, têm que ter tempo para acompanhar os seus doentes, participar de forma efectiva nos projectos

de promoção da saúde e de prevenção da doença, realizar investigação, fazer formação contínua e apoiar a formação especializada dos jovens colegas.

A breve prazo teremos especialistas de MGF em número suficiente para cobrir todas as necessidades do território, o que reforça a obrigação de intervir, promovendo a implementação destas medidas.

Ainda na relação médico-doente, temos que exigir que o Ministério da Saúde assegure uma eficiente gestão dos recursos tecnológicos que tem à sua disposição, procurando rapidamente diminuir o grau de inoperância que actualmente se verifica.

É indispensável aperfeiçoar e simplificar as aplicações informáticas, assegurando a sua interoperabilidade e não descuidando o investimento em equipamentos – uma das áreas em que o SNS continua a retroceder perigosamente.

É também essencial não ignorar a importância da concretização de uma Lei do Acto Médico, legislação em desenvolvimento há vários meses, que verdadeiramente proteja os doentes e que assegure à nossa profissão o lugar de liderança e centralidade em todo o sistema de saúde.

O caminho que tem sido seguido nos últimos anos não me deixa confortável nesta matéria. Especialmente quando assisto a um verdadeiro retrocesso civilizacional e científico como sucedeu recentemente, quando o nosso legislador e poder político equipararam e assimilaram o acto médico às terapêuticas não convencionais como aconteceu com o regime fiscal destas. Verdadeiramente preocupante, lamentável e inaceitável!

Não podemos ignorar os potenciais riscos que estas medidas podem ter na saúde e na segurança dos doentes.

Os doentes merecem ser defendidos destas e de outras realidades, como por exemplo da publicidade enganosa. Na qualidade de bastonário, estarei na linha da frente do combate – porque é disso que se trata – na defesa dos doentes e da humanização dos cuidados de saúde.

Serei igualmente exigente naquela que é uma das funções mais nobres da Ordem dos Médicos: a defesa da qualidade da formação médica.

A defesa dessa qualidade começa na formação pré-graduada, pelo que é imperioso adequar o *numerus clausus* às capacidades formativas pré e pós-graduadas. A existência de médicos indiferenciados não serve a causa pública nem a qualidade da medicina.

É também meu objectivo, como referi em diversas circunstâncias, promover internamente um processo de revisão dos internatos médicos, que garanta um acesso mais equitativo à formação médica especializada, permitindo, em todos os

casos onde tal seja possível, que os jovens colegas cumpram períodos de formação em unidades de saúde centrais e periféricas, mantendo o seu serviço de referência.

Considero essencial a criação de uma bolsa de apoio à formação médica especializada e encontrar parceiros sociais que possam contribuir para constituir um fundo específico para promover a formação médica contínua.

No mesmo sentido, proponho também fomentar programas de formação contínua integrados com a Carreira Médica e revitalizar esta, reforçando os graus de qualificação profissional e a celeridade e transparência dos concursos públicos.

Mas o que não está na dependência da OM é a sangria de médicos diferenciados que se tem registado no SNS nos últimos anos, o que cria condições cada vez menos favoráveis à obtenção de capacidades formativas.

“Como tornei público nas minhas intervenções de campanha, a ética e a relação médico-doente, a formação e a qualidade da medicina estão no topo dessas minhas prioridades.

**Senhor Ministro da Saúde, Prof. Adalberto Campos Fernandes,**

Conto com a sua colaboração activa nesta questão. É indispensável dotar os serviços de saúde com mais recursos técnicos e humanos, para que possamos manter os bons cuidados de saúde e melhorar a capacidade formativa, mantendo o elevado nível de qualidade que nos é reconhecido internacionalmente.

Não podemos transigir nesta matéria e a Ordem não vai abdicar das avaliações e critérios que têm permitido aos nossos médicos terem uma formação de excelência.

Com 78 anos de existência, a OM é uma associação pública que goza de um enorme prestígio na sociedade portuguesa. A sua intervenção ultrapassa a esfera de autorregulação profissional, constituindo-se como um actor fundamental e uma voz activa em matérias relativas às políticas de saúde.

Como bastonário, não abdicarei desse papel. A Ordem será um parceiro activo junto do poder legislativo e executivo, in-



tervindo sempre que estiver em causa a qualidade da medicina e o acesso da população a cuidados de saúde qualificados.

Queremos colocar a experiência, o conhecimento e a competência inegável dos médicos ao serviço de políticas de saúde mais justas e equilibradas para os portugueses. Apoiar a reforma do sistema de saúde, colocando a pessoa, o doente como figura central e conferindo-lhe autonomia e responsabilidade na gestão do seu percurso de vida e de saúde.

Participar de uma aposta renovada na promoção da literacia em saúde e de uma política efectiva de prevenção da doença.

Fazendo uso destas prerrogativas, a Ordem pugnará pela alteração da mais recente legislação que proíbe os estabelecimentos e serviços do SNS de receberem quaisquer apoios da indústria farmacêutica, designadamente aqueles que financiam actividades de natureza científica e formativa.

Senhor Ministro, louve-se o esforço legislativo em nome da transparência e integridade das instituições, mas V. Ex. compreende, melhor do que ninguém, a importância estratégica que a indústria assume no desenvolvimento da medicina e da formação. Uma lei desta natureza representa o fim de centenas de projectos de investigação clínica, restrições à formação contínua e ao desenvolvimento dos serviços e unidades de saúde, e representa uma discriminação inaceitável entre o sector público e o sector privado.

Não existe na nossa sociedade área mais transparente e regulada do que a Saúde e, em particular, do que as relações entre a indústria e os profissionais e as instituições de saúde, que são objecto de divulgação pública.

Se a transparência existente fosse aplicada a outros sectores da nossa sociedade, o país estaria seguramente melhor!

Mas abandonar o apoio que a indústria concede à investigação e formação clínicas pode representar um erro que urge reverter, impondo-se a reponderação de uma medida estigmatizante, injusta e potencialmente lesiva dos interesses dos doentes e dos médicos.

#### **Caros colegas e distintos convidados,**

O contributo dos médicos é insubstituível para o grande núcleo central da Saúde, a Medicina. Sem Medicina, a Saúde fica doente.

Os médicos estão disponíveis para ajudar a construir uma Saúde melhor. O nosso Presidente da República já lançou o repto de um pacto para a Saúde, assente em princípios fundamentais de consenso alargado na sociedade e em compromissos políticos duradouros.

Para nós, estes compromissos só são possíveis se, previa e

Conto com o vosso  
precioso e indispensável  
apoio.  
Juntos somos mais  
fortes.  
Vamos agora ao  
trabalho!

antecipadamente, estiverem asseguradas as condições que salvaguardem: o financiamento adequado para devolver ao SNS a sua identidade genética e permitir as reformas necessárias; o investimento nas pessoas e o reforço do capital humano; a aposta séria na formação e na investigação; o reforço do papel da medicina privada de proximidade e de pequena dimensão.

**Senhor Ministro**, em nome do interesse nacional e do bem público permita-me que lhe faça dois desafios para os próximos dois anos:

Primeiro, criar as condições de trabalho necessárias para mantermos os nossos melhores valores, os jovens médicos. Sem eles o SNS fica mais fraco, a capacidade de inovação e formação mais distante e a massa crítica perde solidez. Portugal é um país envelhecido. Não podemos deixar o SNS continuar a envelhecer com ele.

Segundo, devolver a equidade ao SNS, criando as condições necessárias para corrigir as insuficiências e deficiências das regiões mais periféricas, mais desfavorecidas e mais carenciadas. Portugal é um país pequeno. Mas persistem grandes assimetrias que têm que ser corrigidas.

#### **Caros colegas e amigos,**

Prometi ser o bastonário de todos os médicos e tenciono cumprir o compromisso que agora, humildemente, renovo na vossa presença. Exercerei esta liderança com espírito de diálogo, de cooperação e de compromisso absoluto com todos os órgãos sociais eleitos e com todos os médicos portugueses. Mas também com todos os parceiros sociais.

Pronto para servir, tudo farei para afirmar a Medicina em que acreditamos, para fazer respeitar e valorizar os doentes e os médicos.

Conto com o vosso precioso e indispensável apoio.  
Juntos somos mais fortes.  
Vamos agora ao trabalho!  
Muito obrigado. Bem hajam!

O Regulamento que define orientações relativamente à prestação de serviço de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, ou outras unidades funcionais equiparadas, por parte dos médicos internos foi aprovado em Conselho Nacional a 17/12/2016.

## Prestação de serviço de urgência no internato médico

Considerando que a integração dos médicos internos nas equipas dos serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios ou outras unidades funcionais equiparadas, tem como objetivo primordial a evolução do seu processo formativo e a sua progressiva autonomia na área em que decorre a formação específica, devem ser proporcionadas aos médicos internos as condições necessárias a essa evolução e não conferir-lhes cargas horárias excessivas nos referidos serviços de urgência, sem qualquer correlação com o respetivo programa formativo. (...) Considerando a necessidade de assegurar a qualidade formativa no internato médico e de normalizar atitudes e procedimentos (...) o Conselho Nacional do Internato Médico, a Ordem dos Médicos e os Sindicatos Médicos definiram algumas orientações.

Para o **ano comum** as orientações são:

1. Os médicos internos do Ano Comum (IAC) estão apenas habilitados a praticar medicina tutelada pelo que toda a sua atividade clínica, incluindo o serviço de urgência, tem de ser tutelada.

2. Os médicos internos do Ano Comum só devem fazer serviço de urgência de acordo com o seu programa formativo, até um máximo de 12 horas semanais incluídas no seu período normal de trabalho.

3. Admite-se a possibilidade do IAC poder realizar, no máximo, mais um período de urgência de até 12 horas de trabalho suplementar por semana, desde que integrado no estágio que o médico interno esteja a realizar.

4. O médico interno, caso concorde explicitamente, poderá ainda efetuar mais dois períodos de até 12 horas de trabalho suplementar extraordinário por mês, para além dos estabelecidos nos pontos 2 e 3, sem prejuízo de se poderem invocar os limites legais e o cumprimento do programa de formação específica respetivo.

5. Num período de referência de oito semanas, os médicos internos

não podem prestar mais de três períodos de urgência ao fim-de-semana.

6. Para efeitos de prestação de trabalho em regime de serviço de urgência e no âmbito deste documento, entende-se por fim de semana o período compreendido entre as 21:00h de sexta-feira e as 08:00h da segunda-feira seguinte.

7. Num período de referência de oito semanas, os médicos internos não podem prestar mais do que metade dos períodos em serviço de urgência no período noturno.

8. Para efeitos de prestação de trabalho em regime de serviço de urgência e no exclusivo âmbito deste Regulamento, entende-se por período noturno o período compreendido entre as 21:00h e as 08:00h do dia seguinte.

9. O disposto nos números anteriores aplica-se tanto a trabalho normal como a trabalho suplementar, não prejudicando a aplicação e invocação dos pressupostos e dos limites legais previstos na lei para a prestação de trabalho suplementar.

10. Os IAC não podem efetuar mais de 12 horas de trabalho contínuo,

devido existir um intervalo de, pelo menos, 11 horas entre jornadas de trabalho.

Para a **formação específica**:

**11.** Os médicos internos da Formação Específica devem cumprir até 12 horas semanais em serviço de urgência incluídas no seu período normal de trabalho e de acordo com os objetivos fixados nos respetivos programas de formação.

**12.** Admite-se a possibilidade do médico interno da Formação Específica poder realizar, no máximo, mais um período de urgência semanal de até 12 horas, a título de trabalho suplementar.

**12.1.** Sem prejuízo de se poderem invocar os limites legais e o cumprimento do programa de formação específica respetivo, o médico interno, caso concorde explicitamente, poderá ainda efetuar mais um ou dois períodos de 12 horas de trabalho suplementar por mês, para além dos estabelecidos nos pontos 11 e 12.

**13.** Num período de referência de 8 semanas, os médicos internos não podem prestar mais de três períodos de urgência ao fim-de-semana.

**13.1** No âmbito destas Orientações, entende-se por fim de semana o período compreendido entre as 21:00h de sexta-feira e as 08:00h da segunda-feira seguinte.

**14.** Num período de referência de 8 semanas, os médicos internos não podem prestar mais do que metade dos períodos em serviço de urgência no período noturno.

**14.1** No âmbito destas Orientações e para efeitos de prestação de trabalho em regime de serviço de urgência, entende-se por período noturno o período compreendido entre as 21:00h e as 08:00h do dia seguinte.

**15.** O disposto nos números anteriores aplica-se tanto a trabalho normal como a trabalho suplementar, não prejudicando a aplicação e invocação dos pressupostos e dos limites legais previstos na lei para a prestação de trabalho suplementar.

**16.** Os médicos internos da Formação Específica não podem efetuar mais de 12 horas de trabalho contínuo, devendo existir um intervalo de, pelo menos, 11 horas entre jornadas de trabalho.

**17.** Durante a Formação Específica, o serviço de urgência tem de ser cumprido em regime de presença física.

**18.** No âmbito do período normal de trabalho, os médicos internos da Formação Específica a fazer um estágio em Serviço diferente do Serviço de colocação, devem prestar as 12 horas semanais de serviço de urgência integrados numa equipa do Serviço onde estão a realizar estágio, de modo equivalente ao dos médicos internos do Serviço onde decorre o estágio e caso este Serviço tenha urgência organizada.

**18.1** Naquelas situações em que o Serviço onde estão a realizar o estágio considere que a prestação de serviço de urgência não tem interesse formativo ou o Serviço não tenha urgência organizada, os médicos internos devem cumprir o serviço de urgência no Serviço de colocação se este distar menos de 50 km do Serviço onde estão a estagiar.

**18.2** Se a distância for igual ou superior a 50km, os médicos internos farão o serviço de urgência no local de estágio caso exista serviço de urgência.

**18.3** Nos casos onde o serviço de colocação diste mais de 50km e o serviço de realização do estágio não tenha urgência organizada, ou o serviço de realização do estágio considere que a urgência não tem interesse formativo, o interno deverá cumprir as 12 horas semanais de serviço de urgência no horário normal de funcionamento do estágio que está a realizar.

**19.** Nos estágios hospitalares de natureza obrigatória, os médicos internos da Formação Específica de Medicina Geral e Familiar deverão cumprir 12 horas semanais de serviço de urgência integrados numa equipa hospitalar de acordo com o determinado no programa de formação.

**20.** Antes do último ano de interna-

to os médicos internos da Formação Específica não podem ser escalados sem um médico especialista em presença física.

**20.1** Exceionalmente, e se previsto nos respetivos programas de formação, admite-se que na segunda metade da Formação Específica os médicos internos de Formação Específica possam ser escalados sem um médico especialista em presença física.

**20.2** Nestas circunstâncias terão de ser cumpridos, obrigatória e cumulativamente, os seguintes requisitos:

**a.** O Diretor de Serviço assume a responsabilidade dessa decisão;

**b.** Existência de um médico especialista da mesma especialidade, responsável pela urgência, oficialmente escalado de prevenção;

**c.** Existência de concordância expressa e por escrito do médico interno.

**A informação completa, incluindo as regras de gozo de descanso compensatório remunerado, trabalho prestado em Domingo, feriado e dia de descanso semanal, etc., pode ser consultada no site nacional:**

**[www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)**

**no separador “estatutos e regulamentos”.**

Divulgamos o comunicado do Conselho Nacional sobre a alegada “prática corrente” das escolas de condução preencherem atestados médicos pré-assinados sem que o candidato à carta de condução seja observado pelo médico.

## Médicos assinam atestados em branco para escolas de condução (?)

A Ordem dos Médicos foi confrontada com a alegada “prática corrente” das escolas de condução preencherem atestados médicos pré-assinados sem que o candidato à carta de condução seja observado pelo médico.

Tal situação pode configurar a prática de vários crimes por parte das Escolas de Condução e consubstancia uma hedionda violação do Código Deontológico por parte dos médicos que colaborem nesse vergonhoso negócio. Assim, a Ordem dos Médicos vem apelar,

- Aos cidadãos, para que rejeitem estas práticas e cumpram o seu dever ético e

de cidadania participando estas situações à Ordem dos Médicos. A existirem uma ou várias denúncias relativas ao mesmo médico, este será objecto de um processo disciplinar com consequências muito graves, que podem conduzir a suspensão ou mesmo expulsão da Ordem dos Médicos.

- Ao Ministério Público, para que investigue as Escolas de Condução, mormente no que a este assunto diz respeito.

- Ao IMT, para que comunique às autoridades e à Ordem dos Médicos todas as situações suspeitas.

- À IGAS, para que efectue uma audito-

ria à emissão deste tipo de atestados, pois será fácil evidenciar se os médicos que os ‘emitiram’ têm, ou não, os competentes registos clínicos que comprovem a observação dos candidatos a carta de condução.

Em defesa dos cidadãos, da Ética Médica e do bom nome da generalidade dos médicos portugueses, caso receba participações, a Ordem dos Médicos investigará e actuará severa e rigorosamente sobre os prevaricadores.

Ordem dos Médicos, 29 de Dezembro de 2016

### NOTÍCIA

#### Candidaturas até 27 de março Prémio Miller Guerra 2017 distingue Médico de Família



Atribuído pela **Ordem dos Médicos** e pela **Fundação Merck Sharp & Dohme**

A Ordem dos Médicos e a Fundação Merck Sharp & Dohme vão atribuir, pela terceira vez, o *Prémio Miller Guerra de Carreira Médica* com a um prémio de 50 mil euros. Esta edição distinguirá um médico de família e as candidaturas decorrem até 27 de março de 2017. As carreiras médicas dos candidatos deverão caracterizar-se pelo exemplo humanitário, sólidos conhecimentos técnicos e científicos, uma enorme dedicação aos princípios do juramento de Hipócrates, bem como por uma aptidão para a liderança. A capacidade de atração e formação de seguidores e um impacto positivo na instituição em que trabalham, na sociedade médica e na sociedade em geral serão também critérios a considerar. O Prémio não pode ser atribuído a título póstumo. Os candidatos devem ter nacionalidade portuguesa e as propostas de candidatura poderão ser apresentadas por instituições de saúde públicas ou privadas, grupos de profissionais de saúde e grupos de cidadãos. A ficha de candidatura deve ser requerida na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa, ou através do *site* da Ordem dos Médicos e as propostas devem integrar ainda documentação relevante que ateste a excelência das carreiras dos candidatos. Regulamento e formulário disponíveis em [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)

# Ordens da Saúde exigem redução imediata e significativa das taxas cobradas pela ERS

Há vários anos que as Ordens denunciam o valor excessivo das taxas cobradas pela Entidade Reguladora da Saúde. Um relatório do Tribunal de Contas veio precisamente confirmar a posição da OM ao denunciar o valor excessivo e inexplicável do valor das taxas de regulação que penalizam os utentes.

As Ordens da Saúde, representadas no Conselho Consultivo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) pela Ordem dos Médicos Dentistas e pela Ordem dos Médicos, exigem uma redução significativa das taxas reguladoras aplicadas aos prestadores de cuidados da saúde.

Há vários anos que as Ordens denunciam o valor excessivo destas taxas cobradas pela ERS e um relatório do Tribunal de Contas vem dar-lhes razão.

O relatório do Tribunal de Contas recomenda “a revisão dos critérios de fixação destas taxas, de maneira a que não acabem por se refletir nos preços suportados pelos utentes. A situação tem originado a acumulação de excedentes de tesouraria, que eram de 16,9 milhões de euros em 2015, um montante suficiente para financiar a sua atividade durante quase quatro anos”.

Uma situação que para as Ordens da Saúde exige uma revisão imediata até para que, como refere o Tribunal de Contas, “estas contribuições não venham onerar injustificadamente a estrutura de custos dos prestadores de cuidados de saúde e, consequen-

temente, os preços dos cuidados de saúde suportados pelos utentes”.

Os prestadores de cuidados de saúde são obrigados a registar-se na ERS e pagam pela taxa de inscrição 900 euros mais 25 euros por cada profissional de saúde, sendo que os prestadores pagam ainda, anualmente uma contribuição regulatória de 450 euros por estabelecimento e 12,50 euros por cada profissional de saúde. Há 22.565 estabelecimentos registados na ERS que são explorados por 13.239 entidades.

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, considera que “a ERS não tem sido competente na sua função de defender os direitos dos utentes, através da efetiva regulação do acesso a cuidados de saúde de qualidade. A sua atividade tem-se concentrado na cobrança de taxas a todos os prestadores de saúde, privados e públicos. De resto, a ERS não mostrou durante todos estes anos qualquer evidência que justifique sequer a sua existência. Não há motivo para a ERS cobrar taxas nos montantes atuais, pelo que exigimos uma redução significativa. O Tribunal de Contas dá conta de várias situações inexplicá-

veis no funcionamento da ERS, como um chefe por cada três funcionários, tendo ainda concluído que a ERS tem uma rendibilidade de quase 46%, um valor impensável, pelo que no mínimo as taxas devem cair em igual valor. E se a ERS seguir as recomendações dos juizes, as taxas podem e devem cair ainda mais. É altura de regular o funcionamento da ERS.”

Orlando Monteiro da Silva, bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, revela que “só em 2015, ano a que se refere o relatório do Tribunal de Contas, a ERS cobrou quase 8 milhões de euros em taxas, que constituem 99% da sua fonte de receitas, um valor substancialmente superior aos custos de atividade da ERS e que, concluíram os juizes, tem levado a uma acumulação de excedentes de tesouraria que sublinha o tribunal não criam valor. Uma situação inaceitável numa altura em que tantos portugueses têm dificuldade em aceder a cuidados de saúde.”

# Perfil dos dirigentes clínicos no SNS, do sector privado e do sector social

A Ordem dos Médicos considera que deverá fazer parte do perfil para ocupar os cargos de direção no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, além da legislação aplicável e qualquer que seja o método de escolha utilizado, um conjunto de critérios mínimos que elencou no documento que passamos a transcrever e que define o perfil dos dirigentes clínicos no SNS, do sector privado e do sector social.

## Introdução

A concepção de governação clínica tem hoje um sentido de liderança que se apoia no conceito do conhecimento profundo e da vivência baseada na experiência institucional quer se tratem de cuidados hospitalares ou de cuidados primários de saúde.

A governação clínica, qualquer que seja a forma de escolha dos dirigentes (nomeação, eleição ou concursal), deve ter em conta a importância de uma governação cooperante, da correspondência entre as instituições de Saúde, com os seus doentes e utentes, e com as estruturas que têm como missão enquadrá-las e apoiá-las. Em resumo, da correspondência dos que trabalham no terreno, e que são quem promove a qualidade assistencial, e os que dirigem nos gabinetes.

Os serviços de Saúde defrontam-se com um mundo em desenvolvimento, que na área tecnológica da informação e comunicação, representam um grande desafio de adaptação.

Esta realidade tem-se traduzido no facto de os serviços serem lentos a adaptarem-se às concepções e instrumentos de informação e comunicação que caracterizam a sociedade do conhecimento.

A experiência e vivência hospitalar e de cuidados primários, a gestão do conhecimento científico e da inovação tecnológica são hoje em dia fundamentais para uma boa e eficaz governação clínica.

A Ordem dos Médicos (OM) considera que nos currícula dos candidatos a ocupar cargos de direção no Sistema Nacional de Saúde deverão constar, como fazendo parte do seu perfil, provas dadas de capacidades organizacionais, capacidades de liderança e serviço reconhecidas pelos seus pares e capacidades de aquisição de informação sobre os conhecimentos tecnológicos necessários para o desenvolvimento das instituições e dos serviços, com vista à melhoria contínua da qualidade assistencial e à defesa dos superiores interesses dos doentes e utentes dos serviços de Saúde.

A legislação existente que suporta a nomeação de cargos, no âmbito das instituições do SNS, refere-se à forma da indicação, às funções e responsabilidades, sem qualquer menção ao perfil, critérios ou *currícula* mínimos para além do que resulta do conteúdo funcional das categorias de assistente graduado e assistente graduado sénior. Os regulamentos internos das instituições apresentam de forma transversal as mesmas limitações.

Neste contexto, a Ordem dos Médicos considera que deverá fazer parte do perfil para ocupar os cargos de direção no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, além da legislação aplicável e qualquer que seja o método de escolha utilizado, o conjunto de critérios mínimos abaixo elencados.

Finalmente, no que concerne o Serviço Nacional de Saúde, a Ordem dos Médicos defende ainda que:

1 – Os directores clínicos devam ser eleitos, actuando como consultores do conselho de administração.

2 - Todos os cargos públicos dirigentes, incluindo os conselhos de administração das instituições públicas de saúde, com excepção dos cargos de acção política, deverão ser objecto de concurso público, com júris transparentes e independentes, sem qualquer possibilidade de interferência ou decisão pela tutela em vigor no resultado final, e estar sujeitos a limitação de mandatos.

**Perfil dos directores clínicos,  
directores de departamento  
e presidentes de conselhos clínicos:**

- a) Estar inscrito na Ordem dos Médicos em pleno gozo dos seus direitos, não estar suspenso da atividade médica, apresentar um registo criminal sem condenações e não ter condenações disciplinares, com trânsito em julgado, na Ordem dos Médicos. Estar inscrito num Colégio da Especialidade.
- b) Estar integrado na Carreira Especial Médica respetiva, conforme aplicável, com o grau de consultor e/ou com o mínimo da categoria de assistente graduado, respeitando o artº 23º do DL 177/2009.
- c) Ter experiência de exercício da prática médica efetiva, incluída na Carreira Especial Médica respetiva, por um período superior a 10 anos, incluindo 3 anos com o grau de consultor;
- d) Ter tido exercício prévio em cargos de gestão/direcção em saúde por um período não inferior a 3 anos;
- e) Ter evidência curricular ou formação de gestão em saúde; é obrigatório dar preferência aos inscritos na competência de gestão em saúde da Ordem dos Médicos;
- f) Ter inequívoco reconhecimento e prestígio na área científica e clínica.
- g) Evidenciar capacidade de liderança, cooperação e interacção com os profissionais de saúde que fazem/farão parte da sua equipa e que são determinantes para a qualidade dos serviços prestados.
- h) Ter competências para o exercício das funções atribuídas na legislação em vigor.
- i) Garantir disponibilidade para o cargo, empenho num processo de governação clínica e melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e respeito integral pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

**Directores de serviços:**

- a) Todos os requisitos anteriormente descritos, exceptuando as alíneas c) e d):
- b) Estar inscrito no colégio da especialidade da Ordem dos Médicos correspondente à área clínica onde vai desempenhar as suas funções.

Funchal, 29/10/2016

# Rastreio do cancro do intestino

Divulgamos em seguida a opinião do Colégio de Gastreenterologia sobre a iniciativa da ARS Norte no sentido de implementar o rastreio do cancro do intestino.

O Colégio de Gastreenterologia da Ordem dos Médicos manifesta a sua satisfação pela iniciativa da ARS do Norte no sentido de implementar o rastreio do cancro do intestino. Esta iniciativa padece, no entanto, de grandes limitações que se prendem, desde logo, com a opção por um grupo populacional que não é o recomendado pelas organizações científicas nacionais e internacionais. De facto, estão abrangidos os indivíduos com idade compreendida entre os 50 e os 60 anos quando o intervalo etário a incluir deveria ser o compreendido entre os 50 e os 75 anos.

Por outro lado, a escolha da pesquisa de sangue oculto como método de rastreio merece o mesmo comentário que vem sendo repetido por todas as sociedades científicas e que não é de mais voltar a salientar: este método de rastreio apenas permite detectar o cancro do intestino e não os pólipos intestinais. Quer isto dizer que a utilização desta metodologia apenas poderá permitir o diagnóstico precoce do cancro, não evitando desta forma uma intervenção cirúrgica ou a quimioterapia. Pelo contrário, a opção pela realização da colonoscopia permite a detecção dos pequenos pólipos benignos, os percursos dos cancros, bem como a sua imediata excisão sem necessidade de cirurgia, permitindo, deste modo, a cura do doente e a efetiva prevenção do cancro intestinal e não apenas o seu diagnóstico precoce.

Pelo Colégio de Gastreenterologia da Ordem dos Médicos, Pedro Narra Figueiredo (Presidente)



# Nota aos médicos internos

Não esqueçam, nunca, o vosso papel como pessoas e defendam sempre uma sociedade mais justa e plural e um mundo sem medo. O vosso papel na sociedade civil vai muito para além de ser médico.

Estimados colegas,

Mais de 3800 jovens médicos iniciaram em Janeiro de 2017 a sua formação pós-graduada, o internato do Ano Comum ou da Especialidade. É com enorme satisfação e orgulho que a Ordem dos Médicos (OM) vos acolhe e saúda no início desta nova etapa profissional.

Este será um ano de novos desafios para os jovens médicos e um período que se espera de enriquecimento dos vossos conhecimentos e experiências na mais bela profissão do mundo.

Sabemos que nem tudo é um mar de rosas. Certamente que já ouviram dizer que temos um excelente SNS quando levamos em linha de conta as variáveis custo, acesso e qualidade. Mas o SNS apresenta actualmente feridas mais ou menos profundas e a vários níveis, que todos temos o dever de ajudar a cicatrizar. A começar no capital humano.

Quantos de vocês já não ouviram dizer que temos médicos a mais? O relatório de 2016 da OCDE diz que Portugal tem 4,4 médicos por mil habitantes, o que faz do país o 3.º com

maior número relativo de médicos, bem acima da média de 3,5 dos países da União Europeia.

Um valor distorcido pois os números da OCDE incluem todos os médicos habilitados para a prática médica, independentemente de exercerem medicina, de estarem aposentados (desde que inscritos na OM) ou de trabalharem no sector público, social ou privado.

Porém, quando se fala em falta de médicos, estamos sempre a referir o SNS, sector onde, de acordo com os dados mais recentes publicados pela ACSS, trabalham cerca de 26000 médicos (isto é, 2,7 médicos por mil habitantes), incluindo aqui todos os médicos que se encontram a realizar o internato médico e, como tal, não são especialistas, com todas as limitações práticas daí decorrentes. Com 2,7 médicos por mil habitantes, Portugal estaria na cauda da Europa e dos países da OCDE.

A verdade é que faltam médicos no SNS. E de várias especialidades. A Me-





## Sejam intransigentes na defesa (...) da dignidade e humanização do acto médico. E sejam implacáveis na defesa dos doentes, denunciando práticas sem validade científica comprovada, exercício ilegal da medicina e publicidade enganosa.

dicina Geral e Familiar, a Anestesiologia, a Radiologia, a Dermatologia e a Medicina Interna, são apenas alguns exemplos. Nesta medida, temos que, com base nos dados objectivos e fundamentados já existentes, informar os portugueses sobre a realidade da medicina no nosso país. Toda a realidade. Que envolve necessariamente o capital humano.

Por isso deixo-vos alguns desafios para esta nova fase da vossa vida pessoal e profissional.

Neste campo em particular, a vós, jovens médicos, cabe um papel especial: sejam exigentes na defesa da qualidade da formação médica. Procurem adquirir o máximo de conhecimento e de competências técnicas durante a vossa formação, pois um médico com boa formação académica e especializada tem sempre trabalho garantido.

Sejam exigentes e responsáveis na aplicação prática da ética e deontologia, expressas nos códigos de ética universais e no nosso código deontológico. E exigentes na defesa e apli-

cação das boas práticas e das regras da arte.

Não hesitem em denunciar às autoridades competentes as insuficiências ou deficiências que condicionem negativamente a prática médica e a vossa formação. Nem hesitem em denunciar as más práticas conhecidas e repetidas.

Não permitam que vos seja imposta a existência, implícita ou explícita, de racionamento terapêutico. Estejam preparados para contrapor com a definição e implementação de prioridades éticas em saúde.

Sejam intransigentes na defesa e promoção da relação médico-doente e da dignidade e humanização do acto médico. E sejam implacáveis na defesa dos doentes, denunciando práticas sem validade científica comprovada, exercício ilegal da medicina e publicidade enganosa.

Sejam inabaláveis na defesa das carreiras médicas e dos princípios fundadores do SNS e não hesitem em lutar pela transparência de processos e procedimentos. Não aceitem situações em que potencialmente estão em causa conflitos de interesse.

Sejam firmes no vosso contributo para combater o desperdício e a corrupção.

Desenvolvam conhecimentos e competências nas áreas da liderança e gestão de unidades de saúde.

Não esqueçam, nunca, o vosso papel como pessoas, e defendam sempre uma sociedade mais justa e plural e um mundo sem medo. O vosso papel na sociedade civil vai muito para além de ser médico.

Também por isso é fundamental que não deixem que sejam os outros a decidir por vocês. A capacidade de decisão é absolutamente determinante no presente e no futuro, como médicos e como cidadãos. A qualidade e evolução permanente da medicina portuguesa necessitam do contributo activo dos jovens médicos, do vosso contributo.

Sem os jovens médicos, o SNS fica mais pobre e fragilizado.

A OM estará sempre presente na defesa da qualidade da formação médica honrando o seu compromisso com uma Medicina de excelência. E continuará a defender a transparência de todos os processos relacionados com a formação especializada. Só assim, estaremos a defender os doentes e a qualidade da Saúde em Portugal.

A OM estará sempre disponível para vos apoiar e ajudar no vosso futuro, que é o futuro de todos nós.

Miguel Guimarães

Bastonário da Ordem dos Médicos



# Idade de dispensa de trabalho dos médicos nos serviços de urgência

Na sequência de uma informação divulgada através da comunicação social, em como o Ministro da Saúde está a ponderar a possibilidade de aumentar 10 meses à idade de dispensa de trabalho dos médicos em contexto de serviço de urgência no SNS e que tal situação terá sido “debatida” com a Ordem dos Médicos, o Conselho Nacional da OM emitiu no dia 20 de fevereiro de 2017 o comunicado que passamos a reproduzir.

“O Conselho Nacional da Ordem dos Médicos tomou conhecimento, através da comunicação social, que o Ministro da Saúde está a ponderar a possibilidade de aumentar 10 meses à idade de dispensa de trabalho dos médicos em contexto de serviço de urgência no SNS. E que tal situação terá sido debatida com a Ordem dos Médicos. Cumpre-nos, em função das informações públicas conhecidas, esclarecer o seguinte:

1. As questões médicas de índole estritamente laboral devem ser negociadas com os Sindicatos Médicos;
2. A direcção da Ordem dos Médicos não debateu com o Ministro da Saúde esta matéria;
3. A Ordem dos Médicos considera lamentável que se apresente como solução, para resolver as insuficiências e deficiências dos serviços de urgência dos hospitais, o aumento da idade de dispensa de trabalho dos médicos;
4. Não podemos deixar de destacar a contínua inoperância demonstrada pelos sucessivos Governos em resolver um dos problemas graves da organização do nosso SNS, o serviço de urgência;
5. Os médicos não podem continuar a ser os “bodes expiatórios” das insuficiências do sistema e, no caso particular do serviço de urgência, não devem ser sobrecarregados com mais tempo numa tarefa de elevado risco e respon-

sabilidade associada a um desgaste físico e psicológico intenso;

6. A Ordem dos Médicos está disponível para colaborar na reforma global do serviço de urgência, o que inclui, entre outras matérias, o capital humano, os cuidados de saúde primários, a literacia em saúde, a organização estrutural e funcional do hospital, os cuidados continuados e o debate sobre a necessidade de profissionalizar os serviços de urgência polivalentes e médico-cirúrgicos (equipas dedicadas);

7. As características únicas do exercício da profissão médica são por todos reconhecidas, nacional e internacionalmente, sendo tema de debate aos mais variados níveis. Características que se traduzem numa profissão de elevada responsabilidade e *stress*. O exercício de funções em serviço de urgência aumenta significativamente esse padrão de exigência levando, como é sabido, a valores muito elevados das várias manifestações de *burnout*;

8. A Ordem dos Médicos considera essencial que a profissão de Médico seja considerada como uma profissão de risco e desgaste rápido, com contrapartidas e reconhecimento a serem negociados pelos Sindicatos Médicos.

Lisboa, 20 de Fevereiro de 2017.

O Conselho Nacional da Ordem dos Médicos”

# Presença parental na sala do bloco operatório

## **Parecer do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia**

“A direção do Colégio entende referir que dada a diversidade de situações que se podem verificar, bem como uma grande diferença de condições de logística e funcionais nos diversos serviços hospitalares, apenas os diretores dos respetivos Serviços se poderão pronunciar”.

## **Parecer do Colégio da Especialidade de Anestesiologia**

“- Compreende-se e valoriza-se a importância da presença parental ou de outra pessoa considerada significativa, no acompanhamento da mulher grávida durante as diferentes fases do trabalho de parto.

- Contudo, considera-se não apropriada a presença daquele utente em ambiente de sala operatória quer seja para a realização de uma cesariana quer seja para a realização de um parto instrumentado que se prevê complicado e que necessita de ser realizado em sala de bloco operatório.

- Na verdade, o bloco operatório é um espaço de uma elevada especificidade, técnica e logística, que não se coaduna com a presença de pessoas estranhas

àquela atividade, quer seja por não terem sido formadas para assumirem um comportamento adequado num ambiente de elevado grau de assepsia, quer seja por serem expostas a situações e vivenciarem experiências nas quais poderão ter alguma dificuldade de saber gerir as suas emoções.

- Salieta-se para além disso a imprevisibilidade de acontecimentos, por vezes críticos mesmo em situações que nada o faziam prever (hemorragia clínica, situações de indisposição da grávida no caso de estar a ser submetida ao procedimento sob anestesia regional, asfíxia do neonato que após uma cesariana muitas vezes se encontra com menor vitalidade, etc.) tão frequentes em ambiente obstétrico, que por questões de segurança clínica e não clínica podem pôr em causa o normal funcionamento da intervenção cirúrgica.

- Percebe-se ainda que o documento é omissivo para situações em que a grávida é submetida ao procedimento sob anestesia geral, permitindo que estranhamente a mulher grávida possa consentir a presença parental se submetida a cesariana sob anestesia geral.

- Erradamente não prevê a regula-

Na sequência do Despacho nº 5344-A/2016, de 19 de abril, onde se autoriza a presença parental, ou de outra pessoa significativa para a mulher grávida, em todas as fases do trabalho de parto, incluindo cesariana, divulgamos os pareceres da direção dos Colégios da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia e de Anestesiologia.

mentação de situações de obtenção de imagens, como sejam fotografias (vídeos) ou ainda a exportação e transmissão de dados para o exterior que, no nosso entender, deveriam ser expressamente proibidos, ou se devidamente autorizados pela equipa médica, a captura de imagens se encontrarem limitadas ao bebé após a devida avaliação clínica e reanimação, não podendo ser objeto de imagem a equipa profissional, a sala operatória, ou procedimento anestésico/cirúrgico.

Assim, pelo exposto e sobretudo por razões de segurança e qualidade clínicas, exatamente ao contrário das razões invocadas no referido Despacho que deu origem a esta autorização, somos do parecer que não deve ser autorizada a presença de qualquer acompanhante da mulher grávida em ambiente de bloco operatório, quando durante o trabalho de parto existe a necessidade de proceder a uma cesariana.”

Publicamos a carta que foi enviada pela Direção Clínica e do Centro Hospitalar de Setúbal para publicação como direito de resposta à carta publicada na revista da Ordem dos Médicos, n.º 172 de Setembro 2016, pág.13/14.

# Afetação de médicos em fase de formação ao Serviço de Urgência Geral

“Exmo. Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos

Assunto: Afetação de médicos em fase de formação ao Serviço de Urgência Geral, Circular n.º 120/16 de 5 de setembro de 2016

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Senhor Bastonário a comunicação em referência e afirmar-lhe que a Direção Clínica do Centro Hospitalar de Setúbal se encontra totalmente em sintonia com as preocupações expressas em matéria de prestação de cuidados aos utentes e de formação no âmbito do internato médico, mas igualmente quanto ao cumprimento da legalidade. Em virtude da Circular Informativa permitir múltiplas interpretações quero informá-lo que, por proposta do Diretor Clínico, a mesma Circular irá ser alterada pelo Conselho de Administração.

Por outro lado, tive oportunidade de enviar em 20 de abril de 2016 ofício ao Senhor Bastonário onde se colocou a questão de saber se os internos de especialidades não presentes na urgência deveriam fazer 12 horas de

trabalho extraordinário como previsto na lei, assumindo que a ausência de qualquer comunicação sobre a mesma não revela qualquer obstáculo à solução que se veio a corporizar na circular n.º 120/16 de 5 de setembro de 2016.

Aliás, o Regulamento do Internato Médico e Serviço de Urgência estabelece que os médicos internos da formação específica devem fazer 12 horas semanais em serviço de urgência, admitindo-se a possibilidade de realizarem mais um período de urgência de 8 horas extraordinário por semana, conforme o interesse da instituição, desde que essa prestação seja feita no âmbito da sua formação específica, e havendo especialista na sua área, escalado em urgência externa ou interna durante esse período, pelo que a Deliberação do Conselho de Administração deste CHS parece que se conformava com o referido regulamento, no pressuposto de que os médicos internos para além da formação prestam atividade de trabalho no Hospital, incluindo o trabalho em urgência. Assim sendo, e como tem sido defendido pela Ordem dos Médicos o recurso à prestação de serviços deve ser absolutamen-

te extraordinário e apenas nos casos em que não seja possível recorrer ao pessoal médico disponível nos termos legalmente admissíveis.

Acresce que antes de ser tomada a decisão foram ouvidos, os diretores de serviço do Centro Hospitalar, não havendo indicações que a formação dos médicos internos das especialidades indicadas seja colocada em causa pela realização, nos termos da lei, de trabalho em urgência. Por esta razão, se entendeu, em conformidade com o artigo 36.º do Regulamento do Internato Médico aprovado pela Portaria n.º 224-8/2015, de 29 de julho que a atividade em urgência que está a ser requerida é compatível com as atividades dos programas de formação.

Não obstante, estou à disposição do Senhor Bastonário para efeito de prestar os esclarecimentos adicionais que forem considerados necessários com vista a articular devidamente a atividade formativa dos médicos internos com a prestação de trabalho no Centro Hospitalar de Setúbal.

Com os melhores cumprimentos que são também pessoais, o Diretor Clínico, Dr. Nuno Fachada.”

# Estatuto do trabalhador / estudante

“O Estatuto do Trabalhador-Estudante encontra-se regulado nos artigos 89.º e seguintes do Código do Trabalho e é aplicável ao vínculo de emprego público por força do disposto no artigo 4.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas. Assim, embora não nos tenha sido dito qual o vínculo jurídico do médico em questão, as regras valem para qualquer um dos dois tipos possíveis de vínculos.

Resolvida esta questão, podemos desde já afirmar que o médico pode solicitar a aplicação do referido Regime, desde que, obviamente, preencha os respectivos requisitos.

E quais são eles? Vejamos:

Frequentar qualquer nível de educação escolar, bem como curso de pós-graduação, mestrado ou doutoramento em instituição de ensino, comprovando perante o empregador a sua condição de estudante, apresentando igualmente o horário das actividades educativas a frequentar, além de estar obrigado a comprovar perante o empregador o respectivo aproveitamento, no final de cada ano lectivo.

Em termos de horário de trabalho e mais especificamente de trabalho suplementar, a lei determina que o trabalhador-estudante não é obrigado a prestar trabalho suplementar, excepto por motivo de força maior, nem trabalho em regime de adaptabilidade, banco de horas ou horário concentrado quando o mesmo coincida com o horário escolar ou com prova de avaliação.

Se tiver que prestar trabalho em regime de adaptabilidade, banco de horas ou horário concentrado é assegurado um dia por mês de dispensa, sem perda de direitos, contando como prestação efectiva de trabalho.

Se prestar trabalho suplementar tem direito a descanso compensatório com duração de metade do número de horas prestadas.

No que concerne ao serviço de urgência, valem as regras do artigo 90.º do Código do Trabalho:

1 - O horário de trabalho de trabalhador-estudante deve, sempre que possível, ser ajustado de modo a permitir a frequência das aulas e a deslocação para o estabelecimento de ensino.

2 - Quando não seja possível a aplicação do disposto no número anterior, o trabalhador-estudante tem direito a dispensa de trabalho para frequência de aulas, se assim o exigir o horário escolar, sem perda de direitos e que conta como prestação efectiva de trabalho.

3 - A dispensa de trabalho para frequência de aulas pode ser utilizada de uma só vez ou fraccionadamente, à escolha do trabalhador-estudante, e tem a seguinte duração máxima, dependendo do período normal de trabalho semanal:

a) Três horas semanais para período igual ou superior a vinte horas e inferior a trinta horas;

b) Quatro horas semanais para período igual ou superior a trinta horas e inferior a trinta e quatro horas;

Divulgamos o parecer do departamento jurídico da OM que resume as regras aplicáveis aos médicos com vínculo de emprego público (nos dois tipos possíveis de vínculos) e os direitos que têm ao abrigo do estatuto de trabalhador-estudante.

c) Cinco horas semanais para período igual ou superior a trinta e quatro horas e inferior a trinta e oito horas;

d) Seis horas semanais para período igual ou superior a trinta e oito horas.

No que concerne à anunciada recusa por parte da administração do Hospital, a lei admite essa situação quando o horário de trabalho ajustado ou a dispensa de trabalho para frequência de aulas comprometa manifestamente o funcionamento da empresa, nomeadamente por causa do número de trabalhadores-estudantes existente. Nesse caso, o empregador deve promover um acordo com o trabalhador interessado e a comissão de trabalhadores ou, na sua falta, a comissão intersindical, comissões sindicais ou delegados sindicais, sobre a medida em que o interesse daquele pode ser satisfeito ou, na falta de acordo, decide fundamentadamente, informando o trabalhador por escrito.”



## Cerimónia de tomada de posse do novo bastonário da OM

Decorreu no dia 8 de fevereiro de 2017, no salão nobre da Academia das Ciências de Lisboa, a cerimónia de tomada de posse do novo bastonário da Ordem dos Médicos, José Miguel Ribeiro de Castro Guimarães. A sessão foi presidida pelo Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, que salientou a complexidade da missão do novo bastonário, num momento em que considera essencial que se encontrem convergências para a saúde, comprometendo-se a “colaborar para que essa necessária convergência seja possível”, terminando a sua intervenção com um agradecimento aos médicos pelo contributo decisivo para o futuro e a história de Portugal.

A Academia das Ciências de Lisboa acolheu a tomada de posse do bastonário da Ordem dos Médicos, José Miguel Guimarães, numa cerimónia na qual estiveram presentes centenas de pessoas.

O primeiro discurso a ser proferido nesta cerimónia foi de despedida e de balanço de dois mandatos como presidente da OM, por parte de José Manuel Silva, bastonário cessante da Ordem dos Médicos, cujo discurso reproduzimos integralmente:

“Exmo. Sr. Presidente da República, Exmo. Sr. Ministro da Saúde, Exmo. Sr. Bastonário eleito, Exmas. todas as pessoas e todas as entidades presentes, Há seis anos comecei o meu discurso de tomada de posse como bastonário da Ordem dos Médicos dizendo que conhecia a instituição e que, soberba minha, estava preparado para o nível de exigência e complexidade do cargo. Reiterando a indómita determinação de mudar a Ordem e abri-la à Sociedade, saúdei, e repito agora a saudação, num amplo abraço e sentido reconhecimen-

to, os ex-bastonários, colegas e funcionários que foram construindo a longa e rica história da Ordem dos Médicos.

Foi estrepitoso o embate da ilusão com a realidade. Ser Bastonário é mais complexo, absorvente e exigente do que poderia antecipar, particularmente pela tremenda crise financeira e de confiança que se abateu sobre o país, que abanou e afetou violentamente a Saúde, os profissionais e os doentes. O lema da minha candidatura, “defender os médicos, os doentes e a Saúde”, com uma voz rigorosamente independente, ganhou um significado e um sentido de missão ainda mais profundos.

Seis anos decorridos, incontáveis quilómetros percorridos, centenas de reuniões e milhares de decisões depois, com os humanos altos e baixos, reconhecimento com humildade que o realizado só foi possível graças ao apoio e ajuda de muitas pessoas. Não tenho tempo para nomear ninguém, são tantas! Cada uma sabe em que dimensão e a quem me refiro. A minha segunda e metafórica palavra é precisamente para agradecer emocionadamente a todas e para lhes dizer que, sem elas, não teria sido exequível. A primeira palavra, essa, a mais especial, reservo-a para os meus filhos, esperando que um dia possam entender e desculpar-me o tempo de pai e família de que os privei.

Estes seis anos de incessante montanha russa foram de uma riqueza extraordinária, uma excepcional experiência pessoal, profissional, associativa, humana, política, social, de gestão, liderança, comunicação e trabalho. Estou grato aos médicos por me terem concedido esta oportunidade. É para eles, a quem procurei servir da melhor forma, a minha emocionada terceira palavra de reconhecimento. A quarta palavra de gratidão dirijo-a à comunicação social e aos jornalistas, com quem tive uma relação extremamente positiva e amistosa e que permitiram que a voz da Ordem dos Médicos tivesse volume e expressão nacional. Não esqueço a minha coluna regular em dois jornais, que encarei como uma missão de intervenção cívica.

Saio de cena de mente tranquila, com a sensação de encargo cumprido, mas

com a consciência que muito ficou por concretizar e que devia ter feito ainda

mais. Porém, ao passar este pesado e simbólico colar ao meu digno e justo sucessor, um amigo a quem saúdo pelo seu sólido e frutuoso percurso e estrondosa vitória eleitoral, parto com o sossego de saber que não haverá qualquer apostasia e que o futuro bastonário, os renovados corpos sociais e os novos estatutos, substancialmente melhorados, garantem uma continuidade e aperfeiçoamento do trilho desenhado, com uma melhor organização e funcionalidade da Ordem dos Médicos. Respeitando os seus limites de intervenção, que por vezes alguns não abrangem, a Ordem será mais proficiente na defesa dos médicos, dos doentes e da Saúde, com reflexos positivos para o país. São gigantes os desafios que terão de enfrentar e as lutas que irão travar.

Todavia, devo aos médicos a obrigação de o verbalizar, a Ordem dos Médicos só terá condições para ser uma organização verdadeiramente eficiente e muito mais produtiva, eliminando desperdícios, redundâncias e bloqueios, quando se reconstruir em apenas dois patamares, dando mais autonomia às Sub-Regiões e elegendo uma equipa de trabalho, nacional, com o bastonário. Um tema a que inevitavelmente voltaremos.

Procurando não me alongar no espaço e no tempo, nesta ocasião não posso deixar de recordar apenas alguns factos destes dois triénios. Os novos Estatutos, que reduzem os desequilíbrios internos e permitem uma maior democratização da Ordem e a assunção de uma nova e

## O homem certo, no tempo exato para uma medicina que prestigie os médicos e responda às necessidades dos doentes

- Adalberto Campos Fernandes



importante responsabilidade no campo da recertificação médica; o projecto de Lei dos Actos em Saúde, paradigma do diálogo interprofissional sob os auspícios do Ministério da Saúde, que acredito que seja aprovado na Assembleia da República; o acordo de cooperação com os países da CMLP, na formação médica pós-graduada, resultado da iniciativa da Ordem dos Médicos e que, nas palavras do bastonário da Ordem dos Médicos de Angola, resolveu finalmente um problema de 40 anos; os múltiplos protocolos de colaboração com outras instituições, como aquele com a DGS, para as NOCs, um processo que deve ser reavaliado; o inquérito ‘Dar voz aos Médicos’, que teve um impacto real; os estudos do

# Ser bastonário é mais complexo, absorvente e exigente do que poderia antecipar, particularmente pela tremenda crise financeira e de confiança que se abateu sobre o país, que abanou e afetou violentamente a Saúde, os profissionais e os doentes

- José Manuel Silva

*Burnout*, da Demografia Médica e da Satisfação profissional dos Médicos; a criação das Competências de Geriatria, Medicina de Urgência, Medicina Paliativa, Sexologia Clínica, Codificação Clínica, Nefropatologia, Medicina Aeronáutica, Medicina Militar e Medicina do Viajante, as Subespecialidades de Neuropatologia, Ortopedia Infantil e Psiquiatria Forense e o Internato em Farmacologia Clínica e em Medicina Intensiva; a relevância dada aos jovens médicos, com a presença permanente de um membro do CNMI nas reuniões do Conselho Nacional, a preservação do papel da OM na organização e na qualidade da formação pós-graduada e a elaboração do Regulamento do Interno no Serviço de Urgência, evitando a sua escravização nas urgências e lutando contra o exagero dos turnos de 24h; o empenhamento nas carreiras médicas; a definição de um perfil mínimo para os Diretores Clínicos, de Departamento e de Serviço; a aposta na Acta Médica Portuguesa, a jóia da coroa da Ordem dos Médicos e uma revista de referência na medicina portuguesa, com crescente fator de impacto, à qual, em 2016, foram submetidos mais de 850 artigos científicos. A atual bre-



ve experiência como Editor-Chefe da AMP fez-me perceber como temos de melhorar a investigação clínica em Portugal, feita essencialmente de pequenas séries retrospectivas monocêntricas, quase todas com lacunas e limitações.

Entre os momentos mais marcantes destes meteóricos anos salien-

espanhol. Refiro este episódio como sinal da magnífica cooperação internacional e do facto de Portugal e Espanha liderarem um movimento de reforma das organizações médicas europeias, que irá continuar, no sentido de reforçar a voz dos médicos na Europa.

Na Ordem dos Médicos, em conjunto, defrontámos problemas graves decorrentes do desinvestimento extremo



to o apoio às duas greves de médicos e o discurso proferido na manifestação de 11 de Julho de 2012. Tenho a convicção que a legítima defesa da dignidade e do respeito pela formação, complexidade e responsabilidade da profissão médica justificarão outras pelejas, embora o recente acordo de reposição das horas extraordinárias e do respeito pelos descansos compensatórios sejam excelentes notícias para os médicos, para os doentes e para o SNS.

Um outro momento singular foi a distinção concedida pela nossa congénere ibérica, que entendeu outorgar-me a medalha de ouro do Consejo General dos Colégios Médicos de Espanha, a primeira vez que foi concedida a um médico não



e desatualização do SNS, da abusiva desqualificação do trabalho médico e inerentes dificuldades de contratação e epidémica emigração, da preferência do Estado pelas empresas fornecedoras



de mão-de-obra médica, da sobre acelerada informatização, dos exageros e desigualdades nos licenciamentos, com inaceitáveis regras diferentes para o sector privado, social e público, do esmagamento da pequena medicina privada, da nepótica pouca apetência política pela meritocracia, da lamentável falta de aposta séria na prevenção, dos problemas de acessibilidade dos doentes, a

va de forma integral e responsável, em defesa dos doentes e dos bons médicos, nomeadamente no exercício da autorregulação disciplinar. Mesmo sem o Estado nos dar condições mínimas, despachámos centenas de processos, com dezenas de advertências e censuras, um número apreciável de suspensões e quatro médicos expulsos da Ordem por violação deontológica muito grave.

e o aproveitamento mediático dos maus rankings por eles gerados, as dificuldades artificiais impostas à pequena medicina privada (uma nota para o dever da ERS reduzir significativamente as suas taxas, que são imoralmente elevadas), os direitos constitucionais por cumprir das pessoas mais desfavorecidas, as ameaças à qualidade da formação médica pré e pós-graduada e a falta de vontade política para o competente planeamento a médio e longo prazo, etc., etc., etc.

Apesar de tudo, a melhoria de Portugal no Euro Health Consumer Index, subindo seis posições de 2015 para 2016 e classificando-se à frente do Reino Unido e de Espanha, permitem-me terminar com uma mensagem de esperança e resiliência para o SNS e os seus profissionais. Temos um longo caminho a percorrer, mas temos o caminho nas nossas mãos.

Finalmente, as penúltimas palavras são para pedir desculpas pelas ineficiências da Ordem dos Médicos, por não ter conseguido responder mais celeremente a todos os colegas e cidadãos que contactaram a Ordem, por não efetuar mais

visitas 'ao terreno' e não estar em mais sessões de abertura ou encerramento de congressos. Fi-lo sempre com gosto, mas creio que mais só teria sido possível com uma clonagem...

As minhas últimas palavras são para dizer adeus e assumir as saudades das pessoas. Foram seis anos intensa e energeticamente vividos! Desejo as maiores felicidades ao próximo

bastonário e aos corpos sociais eleitos e, porque esta é uma organização corporativa da saúde, aos médicos, aos doentes, à qualidade da Saúde em Portugal e aos seus governantes.

Quando uma organização de doentes nos oferece uma lembrança com a frase "Provedor dos doentes", quando um colega, mesmo discordando algumas vezes, nos escreve "conseguiu reconciliar-me de certa forma com a OM, entidade que quase sempre entendi cheirar



## Um mandato em que a ética e a relação médico-doente, a formação e a qualidade da medicina estão no topo das prioridades

- Miguel Guimarães

múltiplos níveis, da desnecessária congestão das urgências e das manipuladas listas de espera, do desmedido numerus clausus e excesso de candidatos a vagas de especialidade, da corrupção na Saúde, etc., etc., etc.

Criticámos muito, mas por cada crítica apresentámos pelo menos uma proposta alternativa e disponibilizámo-nos reiteradamente para colaborar e construir, despidos de quaisquer receios, preconceitos ou ilegítimo corporativismo. Infelizmente, nem sempre nos aproveitaram ou ouviram convenientemente. Estando o debate a meio e tendo já apresentado uma proposta de articulado legal, aproveito para pedir ao Ministro da Saúde que, para proteção dos doentes e garantia da qualidade, conceda à Ordem a possibilidade de realizar auditorias clínicas, por igual, aos sectores público, privado e social, das quais ninguém deve ter medo.

Encarámos a nossa obrigação associati-

As minhas principais preocupações para o futuro são a sustentabilidade demográfica e financeira do país, a tremenda urgência da eternamente adiada reforma do Estado, o dramático subfinanciamento do SNS, a grande diferença entre o discurso oficial e aquilo que os profissionais de saúde sabem que se passa na realidade, os fortes e pouco éticos interesses que gravitam à volta do orçamento da Saúde, a má qualidade dos sistemas de avaliação da qualidade

demasiado a naftalina. Abriste janelas e arejaste cabeças”, quando os pares das Ordens da Saúde nos surpreendem com um jantar de amigos, perante muitas outras mensagens e tantos outros pequenos/grandes episódios e quando o próprio Presidente da República nos dá a honra e o prazer de presidir a esta singela cerimónia de transmissão de responsabilidades, só posso dizer, sem necessidade de citar Fernando Pessoa, que valeu a pena!

Parafaseando o saudoso Eng. Sousa Veloso, despeço-me com amizade. Obrigado e um abraço a todas as pessoas presentes e ausentes.

Nota final: mais uma vez, formal e emocionalmente, quero agradecer a todos os colegas que, nos múltiplos órgãos da Ordem, contribuíram de forma extraordinária para todo o trabalho desenvolvido ao longo dos meus dois mandatos. Obrigado.”

### Na defesa dos doentes, da humanização dos cuidados de saúde e da formação

Seguiu-se a cerimónia formal de tomada de posse, e após a leitura e assinatura do termo de posse, José Miguel Guimarães proferiu o seu discurso (que reproduzimos integralmente como “editorial”, nesta edição) durante o qual agradeceu ao seu antecessor – “muito obrigado por ter sido, durante os últimos 6 anos, um bastonário virtuoso, uma voz ativa na defesa da qualidade da medicina, dos doentes e dos médicos. O seu empenho e qualidade constituíram um estímulo para todos nós, e fizeram da OM uma estrutura mais respeitada na sociedade civil” -, prometendo ser “um bastonário que represente todos os médicos, no sector público, privado ou social”. Miguel Guimarães explicou que este período que se iniciou com a sua tomada de posse será “um mandato em que a ética e a relação médico-doente, a formação e a qualidade da medicina estão no topo das prioridades”, “na defesa dos doentes e da humanização dos cuidados de saúde” e garantiu que será “igualmente

exigente naquela que é uma das funções mais nobres da Ordem dos Médicos: a defesa da qualidade da formação médica”. Pensando nesses seus compromissos com a qualidade da medicina praticada e da formação, o novo bastonário pediu ao Governo para fixar

possível estabelecer entre o MS e a OM. Dirigindo-se ao bastonário eleito para o triénio 2017-2019, o representante da tutela referiu como a coincidência de mandatos fará com que “tenhamos o prazer de partilhar esta viagem” numa trajetória em conjunto “para dar segui-



tempos mínimos de consultas e patrocinar a formação dos médicos.

A cerimónia prosseguiu com a intervenção do Ministro da Saúde. No seu discurso, Adalberto Campos Fernandes referiu como “os médicos integrados nas suas carreiras (...) foram desde sempre o pilar estruturante da qualidade do SNS. (...) Com a crise financeira as bases do SNS foram fragilizadas mas este Governo assumiu o dever de robustecer o SNS”. O Ministro da Saúde dirigiu palavras de reconhecimento e agradecimento ao bastonário cessante, José Manuel Silva, pela sua postura “corajosa” e “até atrevida” na “defesa dos doentes e da qualidade da medicina”, área em que lhe reconhece um “papel fundamental” e salientou o clima de diálogo que foi

mento ao trabalho do seu antecessor”. Segundo o Ministro da Saúde, Miguel Guimarães será, “pelas suas qualidades pessoais, profissionais e experiência”, “um importante contributo para a dignificação médica e das carreiras”. Miguel Guimarães é, nas palavras de Adalberto Campos Fernandes, “o homem certo, no tempo exato para uma medicina que prestigie os médicos e responda às necessidades dos doentes” e prometeu um “diálogo leal” por parte do Ministério da Saúde.

Marcelo Rebelo de Sousa, proferiu a alocução final, referindo a importância do local onde esta cerimónia teve lugar, a Academia das Ciências, “repositório da história, da ciência e da cultura do nosso país”, pois “nenhum outro local poderia

ser mais adequado para esta cerimónia. Sobre o bastonário cessante, referiu como o seu discurso de despedida nos “dá um retrato exato, exaustivo e preocupado com um conjunto de áreas específicas diversificadas”, um discurso que o Presidente da República definiu

nidade demonstrada na sua intervenção (...). A sua vida, agora, coincide com a da Ordem”. Referindo-se ao minucioso e cuidado programa de ação apresentado por Miguel Guimarães na sua candidatura, o Presidente da República referiu que “terá pela frente uma missão bem com-

osar Rebelo de Sousa, médico e político), Marcelo Rebelo de Sousa não hesitou em afirmar que “vale a pena fazer o elogio dos médicos, dos profissionais; sem eles o SNS não teria sido o que foi; (...) o médico é o pedagogo, o que educa; é um elemento de inclusão social. E isso

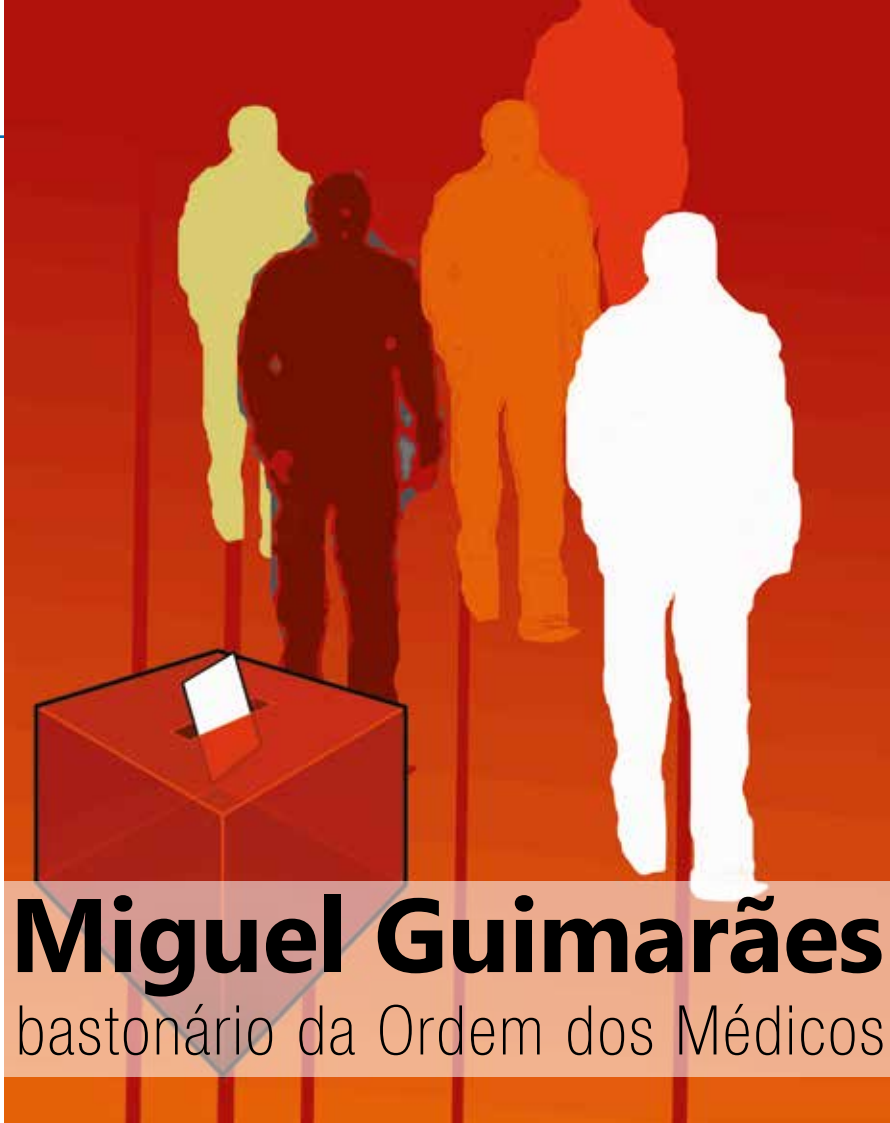


O médico é o pedagogo, o que educa; é um elemento de inclusão social. E isso temos que agradecer aos médicos: serem um fator de coesão social - Marcelo Rebelo de Sousa

como “analítico, persistente, determinado, teimoso e apaixonado”. “Até a saúde com que o faz” representa o estilo de José Manuel Silva: “um estilo irreverente, aqui e acolá provocatório, com uma teimosia necessária à sua missão”. Assumindo não concordar com todas as tomadas de posição de José Manuel Silva, concluiu as palavras que lhe dirigiu com um agradecimento “como reconhecimento da paixão e trabalho” com que desempenhou as suas funções. Referindo-se ao bastonário agora eleito, Miguel Guimarães, Marcelo Rebelo de Sousa salientou: “culmina hoje um percurso que o predestinava para esta função; preparou-se na sua vida académica, profissional e através do percurso na Ordem e soube esperar com a sere-

plexa, com muitos desafios, nomeadamente na conexão com o setor político, mas sobretudo no permanente repensar e revitalizar do SNS, peça fundamental do nosso Estado de Direito”, acrescentando que o bastonário da Ordem dos Médicos tem que pugnar pelo Sistema de Saúde português, “que é muito mais do que o SNS”. “Condenado a um mandato mais longo”, Marcelo Rebelo de Sousa afirmou que virá recordar ao novo bastonário da Ordem dos Médicos os compromissos agora assumidos e deixou um “apelo de convergência”, afirmando que o Presidente da República em tudo o que puder colaborará para que essa necessária convergência seja possível. Naquilo que denominou “um tributo” à memória de seu pai (Balta-

temos que agradecer aos médicos: serem um fator de coesão social”. Referiu ainda os médicos como exemplo de humanismo, “atentos à técnica mas juntando uma componente criativa em condições muitas vezes difíceis”, salientando: “não sei se os cidadãos que se queixam têm a noção do verdadeiro papel do médico na sociedade”. “O exemplo do médico, como personificação de valores, deve ser louvado”, num papel insubstituível que contribui para a história do nosso povo. “Com os médicos teremos sempre um Portugal forte e é essa certeza que justifica a presença do Presidente da República nesta cerimónia, em nome de todos os portugueses”, concluiu.



# Miguel Guimarães

é o novo bastonário da Ordem dos Médicos

Tiveram lugar, no dia 19 de Janeiro de 2017 as eleições para os órgãos sociais da Ordem dos Médicos, relativamente ao triénio 2017/2019.

Miguel Guimarães foi eleito bastonário da Ordem dos Médicos, vencendo as eleições com mais de 70% dos votos e dispensando uma segunda volta, um resultado que traduz “um estímulo acrescido para o projeto”.

Foi com essa declaração - **“este resultado é um estímulo acrescido para o nosso projeto”** – que a equipa do novo bastonário da Ordem dos Médicos, José Miguel Ribeiro de Castro Guimarães, reagiu aos resultados que lhe deram a vitória logo na primeira volta. O candidato venceu com 73,69% dos votos expressos, correspondendo a um total de 10830 votos contra os 1944 do segundo candidato mais votado, Álvaro Beza.

Após se saberem os resultados, Álvaro Beza considerou que, apesar de não ser o resultado que esperava, a adesão dos médicos a estas eleições tinha sido muito positiva e “um sinal inequívoco de mobilização da classe e de força da Ordem dos Médicos”.

Note-se que em 2014 só haviam votado 9608 médicos (21,33% do universo eleitoral) e em 2017 esse número subiu para 14697 (ou seja, 29,53% do universo eleitoral atual).

Também Miguel Guimarães, no seu discurso de tomada de posse salientaria este aumento de votantes, agradecendo aos médicos a “evolução positiva que protagonizaram em matéria de participação eleitoral”, considerando ser esse um sinal claro de que os médicos “estão preocupados com a Saúde dos portugueses e com o seu próprio futuro; que estão cientes dos desafios que se colocam à

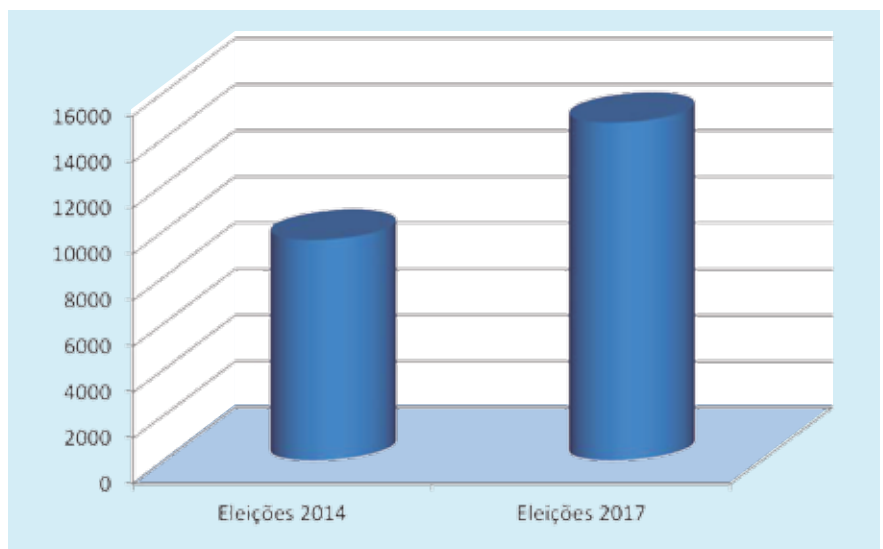
profissão; que querem ter uma voz activa nas matérias que interferem com a qualidade da medicina e a segurança clínica, e que não ignoram a relevância social, política e institucional que a Ordem representa”.

Álvaro Beleza (com 13,23% dos votos), Jorge Torgal (com 6,24%), João França Gouveia (com 3,82%) e Miguel Guimarães (com 73,69%) eram os quatro candidatos ao cargo de bastonário, para substituir José Manuel Silva, que esteve à frente da Ordem durante os últimos seis anos (ver discurso de despedida de José Manuel Silva nesta ROM).

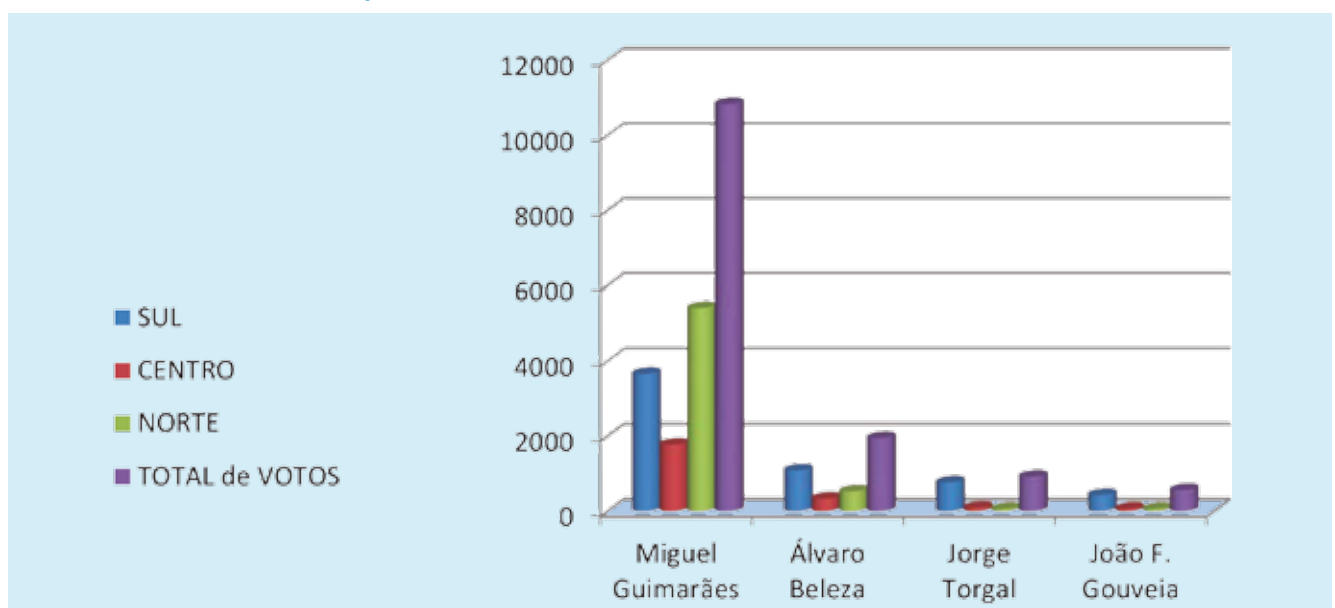
Agora, após a tomada de posse, cuja reportagem publicamos nesta edição, Miguel Guimarães compromete-se a exercer a sua liderança **“com espírito de diálogo, cooperação e compromisso absoluto com todos os órgãos sociais eleitos e com todos os médicos portugueses. Mas também com todos os parceiros sociais”**. “Pronto para servir, tudo farei para afirmar a Medicina em que acreditamos, para fazer respeitar e valorizar os doentes e os médicos”, concluiu.

...em 2014 só haviam votado 9608 médicos (21,33% do universo eleitoral) e em 2017 esse número subiu para 14697 (ou seja, 29,53% do universo eleitoral atual).

### Número total de votantes




### Resultados da votação para bastonário da Ordem dos Médicos



# DOSSIER ELEIÇÕES

Texto de  
Diamantino Cabanas

A man with glasses, wearing a dark suit, white shirt, and blue tie, is speaking to a group of reporters. He is surrounded by several microphones, including a blue one with 'RTP' and a red one with '7' and 'ANTENA'. The background shows rows of red seats in a large hall.

**Eleição do novo  
bastonário  
sustentada numa  
maioria esmagadora**

## Dossier eleições

José Miguel Ribeiro de Castro Guimarães tomou posse no dia 8 de Fevereiro como bastonário da Ordem dos Médicos, depois de ter obtido nas eleições 73,69% da votação, numa disputa que envolveu três outros candidatos – Álvaro Beleza, Jorge Torgal e João França Gouveia. Tem 55 anos e é urologista do Centro Hospitalar de S. João, no Porto, onde integrou a equipa de transplantação renal e participou em mais de 400 cirurgias de transplante.

Natural do Porto, o novo bastonário é o primeiro eleito por sufrágio directo e universal daquela região do país. Na verdade, a Ordem dos Médicos já teve um bastonário do Porto – Manuel Cerqueira Gomes (1947-1955) –, mas este foi eleito pelos seus pares do Conselho Geral, de acordo com as regras daquele período.

José Miguel Guimarães foi, de 2011 até agora, o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, depois de nos dois mandatos anteriores ter sido membro desse mesmo Conselho Regional.

Obteve nas eleições que tiveram o seu epílogo a 19 de Janeiro, uma das maiores percentagens de votação da história eleitoral da Ordem dos Médicos, nos casos em que houve disputa pelo lugar. A percentagem de votos favoráveis ascendeu a próximo de 74% e, pela primeira vez desde que há segunda volta com mais do que uma candidatura em disputa, garantiu a maioria absoluta logo à primeira. José Miguel Guimarães atingiu também o feito inédito de ganhar em todas as Sub-Regiões da Ordem dos Médicos (antigos Distritos Médicos) e só num deles, o de Setúbal, não atingiu uma maioria superior a 50% os votos, embora se tenha quedado muito próximo. Tal resultado nunca foi atingido antes em cenário de disputa eleitoral e revela uma vasta homogeneidade no apoio eleitoral dos médicos, que votaram significativamente, numa percentagem que rondou os 30%, resultado que fica também como um dos mais relevantes da história eleitoral na Ordem dos Médicos.

Por Região, José Miguel Guimarães garantiu uma esmagadora votação no Norte, com 87,8% dos votos expressos – votaram 6159 médicos –, mais baixa mas igualmente esmagadora no Centro, com 74,3% dos 2380 sufrágios que entraram nas urnas, e muito confortável no Sul, onde garantiu quase 60% dos 6158 votos dos médicos.

Para além de urologista destacado, o novo bastonário tem também a Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos desde 2005.

	N.º inscritos	N.º votantes	% votantes	Dr. Álvaro Beleza	Dr. Miguel Guimarães	Prof. Jorge Torgal	Dr. João F. Gouveia	Votos Brancos	Votos Nulos
Açores	698	211	30,2%	29	130	24	20	6	2
Faro	1576	335	21,3%	43	218	39	16	16	3
Beja	307	78	25,4%	17	46	8	4	3	0
Évora	578	157	27,2%	20	109	14	12	2	0
Grande Lisboa	6053	1415	23,4%	233	844	178	103	31	26
Lisboa-Cidade	9401	2486	26,4%	439	1438	363	176	50	26
Madeira	942	454	48,2%	63	320	22	29	13	7
Oeste	483	130	26,9%	23	81	10	15	1	0
Portalegre	358	65	18,2%	19	35	6	5	0	0
Ribatejo	1216	264	21,7%	47	169	26	13	7	2
Setúbal	2454	557	22,7%	152	267	75	39	16	8
Secção Regional do Sul	24066	6158	25,6%	1085	3657	765	432	145	74
Secção Regional do Sul				17,6%	59,4%	12,4%	7,0%	2,4%	1,2%
Aveiro	1144	275	24,0%	27	222	5	8	9	4
Castelo Branco	511	146	28,6%	31	91	8	7	6	3
Coimbra	5001	1412	28,2%	202	1035	57	36	69	13
Guarda	415	91	21,9%	16	68	2	1	3	1
Leiria	676	161	23,8%	23	116	11	9	2	0
Viseu	921	296	32,1%	33	236	9	7	9	1
Secção Regional do Centro	8668	2380	27,5%	332	1768	92	68	98	22
Secção Regional do Centro				13,9%	74,3%	3,9%	2,9%	4,1%	0,9%
Braga	2980	896	30,1%	43	820	13	10	9	1
Bragança	358	113	31,6%	12	96	2	3	0	0
Porto	13024	4608	35,4%	435	4012	38	44	56	23
Viana do Castelo	799	291	36,4%	15	259	5	3	0	9
Vila Real	785	251	32,0%	22	218	2	2	5	2
Secção Regional do Norte	17946	6159	34,3%	527	5405	60	62	70	35
Secção Regional do Norte				8,6%	87,8%	1,0%	1,0%	1,1%	0,6%
Total	50680	14697	29,0%	1944	10830	917	562	313	131
Total %				13,23%	73,69%	6,24%	3,82%	2,13%	0,89%

# Tomada de posse sob o signo da esperança, da união e dos valores da Medicina

A equipa liderada pelo médico patologista clínico Carlos Cortes assumiu funções, a 6 de janeiro, na sala Miguel Torga, espaço que se tornou exíguo perante a significativa afluência à cerimónia de tomada de posse dos novos órgãos regionais e sub-regionais de Coimbra, eleitos para o triénio 2017-2019.

“Muito intensos e vividos estes seis anos, olhando para trás parece que passaram devagarinho porque foram muitas as circunstâncias, foram muitos os problemas, muitas dificuldades mas também muitos momentos bons, vou levar algumas saudades. Foi uma satisfação imensa”, disse o Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, estando prestes a passar o testemunho ao médico urologista Miguel Guimarães (que também esteve nesta cerimónia). “A qualidade é a palavra que rege a missão da Ordem dos Médicos. Eu quero agradecer-vos a eleição para o Conselho Superior. Muito obrigada pela vossa confiança. Continuarei a colaborar com os órgãos executivos eleitos. Não vai ser nada fácil. Parabéns ao Carlos Cortes pela sua eleição. Parabéns aos que entram e obrigada aos que saem. O trabalho é de todos, a Ordem dos Médicos é feita para todos.



Satisfaz-me ver tanta gente boa aqui, para engrandecer a Ordem dos Médicos”, sublinhou José Manuel Silva. O momento das intervenções decorreu após a assinatura do auto de posse dos órgãos dirigentes (Mesa da Assembleia Regional; Conselho Regional do Centro; Conselho Fiscal; Conselho Disciplinar; Mesa da Assembleia Sub-regional de Coimbra; Conselho Sub-regional de Coimbra; Assembleia de Representantes da Sub-região de Coimbra). Após

o breve (e emotivo) discurso do então Bastonário, José Manuel Silva, foi a vez do médico psiquiatra e Presidente da Sub-região de Coimbra, José Pio de Abreu, usar da palavra. “Exatamente há meio século, nós abrimos as carreiras médicas que foram organizadas pelo saudoso Professor Miller Guerra. Os médicos são a classe mais respeitada em Portugal e são os médicos que todo o mundo quer. Neste momento, estamos a ser surpreendidos por um gran-





Carlos Cortes

de movimento de uma nova geração. A honra é nossa de estar convosco. É uma geração com uma dinâmica, com uma energia que é verdadeiramente notável". Pio de Abreu não deixou de alertar "a nova geração" para os "problemas mundiais, problemas pelo facto de toda a gente se ter deixado levar pelo negócio". Porém, assinalou: "Nós estamos aqui, como Ordem e como médicos, porque quem nós temos pela frente é o doente, é o sofrimento, é a doença, é a morte, as relações, as perdas. Estamos do lado mais humano".

Por último, o anfitrião e presidente reeleito da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, assumiu "a enorme ambição de contribuir para melhorar o estado da Saúde no nosso País, sem medo e impermeável a qualquer pressão e em total transparência". Na sua intervenção onde vaticinou o seu mandato sob o signo da esperança, da união e dos valores da Medicina, Carlos Cortes disse, de forma contundente: "A Ordem dos Médicos deixou de estar paralisada, subserviente e opaca".

O presidente da Secção Regional do Centro fez aliás uma breve resenha da intensa atividade desenvolvida no primeiro mandato. "Esta cerimónia situa-se a meio de um percurso de seis anos. Acabamos de finalizar um primeiro mandato, que tínhamos colocado, há três anos, sob o signo da esperança e iniciaremos outro, hoje mesmo, construindo a união dos médicos à volta dos valores da Medicina e da defesa dos direitos dos Doentes. Foi um caminho difícil que, infelizmente, nada antevê poder vir a melhorar. Foi um caminho repleto de desafios."



Manuel Teixeira Veríssimo



Inês Rosendo

Especificou o médico patologista clínico: "Três anos de trabalho intenso de atividade nesta Secção. 1278 ofícios enviados, 1135 reuniões realizadas, perto de meia centena de visitas a serviços hospitalares e unidades dos Cuidados de Saúde Primários. A Secção Regional do Centro teve uma intervenção pública expressa em 53 comunicados, em defesa dos médicos e dos doentes. Nos 56 eventos dinamizados pela Secção Regional do Centro, aproximamo-nos não só dos nossos associados mas abrimos esta nobre casa a toda a sociedade civil. Inovámos, restructurámos e modernizámos a Ordem dos Médicos. Foi realizado o estudo de Burnout na classe médica da região Centro para podermos intervir neste grave problema, criámos o gabinete de apoio ao médico residente no estrangeiro, desenvolvemos uma dinâmica de visitas a instituições hospitalares e de centros de saúde para conhecer os problemas e o dia-a-dia dos profissionais e os problemas dos doentes". Ao elencar a intensa atividade do anterior mandato, Carlos Cortes

acrescentou ainda: "A Secção Regional do Centro foi a primeira a receber a certificação de qualidade com a atribuição da norma ISO 9001:2008. Tudo para que se desenvolva uma melhoria contínua dos procedimentos ao nível dos padrões internacionais. Na área da comunicação criámos uma nova revista (MD Centro), uma *e-newsletter* de periodicidade mensal e uma aplicação para smartphones e tablets, temos um novo sítio na internet. Tudo para nos aproximarmos mais dos médicos e dos doentes."

Crítico em relação aos titulares da pasta da Saúde, Carlos Cortes deixou clara a



José Pio de Abreu

intenção de continuar a pugnar pelos valores da Medicina e pela qualidade da Saúde, em prol dos médicos e dos doentes. "A saúde e o exercício da medicina são, hoje em dia, uma enorme manta de retalhos.", denunciou.

"É tempo da Ordem dos Médicos exercer o papel que lhe é atribuído nas competências delegadas pelo Estado e cujo papel está inscrito nos seus estatutos e no seu Código Deontológico. É nossa responsabilidade voltar a definir a essência e os limites da nossa profissão. Não deixemos que outros o façam por nós!", eis as derradeiras palavras de Carlos Cortes no discurso proferido nesta cerimónia de tomada de posse.

A cerimónia foi presidida pelo Presidente da Mesa da Assembleia Regional, Professor Doutor Joaquim Murta, e pelo Presidente cessante da Mesa da Assembleia Sub-regional de Coimbra, Professor Doutor Salvador Massano Cardoso.



Região do Sul

## Presidente do CRS aponta medidas para apoio à formação médica

Os novos órgãos sociais da Região do Sul da Ordem dos Médicos tomaram posse no dia 9 de Fevereiro, numa cerimónia que decorreu no auditório Prof. Miller Guerra, com a presença do Bastonário da Ordem dos Médicos, dirigentes da Saúde e muitos médicos. O novo Presidente do Conselho Regional do Sul, Alexandre Valentim Lourenço, sublinhou no seu discurso de posse que a sua equipa é “plural e multifacetada”, com membros das várias áreas da Medicina e lamentou que se viva um período “em que o desenvolvimento da Medicina atingiu patamares elevados não imagináveis nos anos 60, mas o prestígio dos médicos esteja em queda e a sua atividade reduzida a mero somatório de mais um ato de saúde”.

No discurso que fechou a sessão, o Presidente do CRS elencou vários objectivos do seu mandato, entre os quais sublinhou os que se relacionam com as questões da formação médica, área em que tem como propósito a criação de um “fundo de apoio à formação para os Internos, o estatuto dos orientadores de formação, a reforma dos internatos e regulação dos programas dos mesmos, um sistema de creditação eficiente para os cursos e outros eventos científicos, programas de formação organizados para as competências e subespecialidades à imagem dos ciclos de estudos especiais/fellowships e todas as restantes peças necessárias para fortalecer a qualidade e aumentar a qualificação dos médicos”.

Foi o seguinte o discurso de Alexandre Valentim Lourenço:

“Vou começar por ser um pouco informal neste momento e na primeira tomada de posse perante tão digna audiência. Terei de o fazer de uma forma simples para não arrastar esta cerimónia durante muito tempo.



Miguel Guimarães

Começo por agradecer ao Dr. Correia da Cunha como membro da Mesa da Assembleia Regional de Lisboa cessante, que me deu posse, juntar um cumprimento e agradecimento pessoal. Nele queria agradecer aos corpos da Ordem agora cessantes, pelo tempo que disponibilizaram à Ordem. Todos nós conhecemos a necessidade de tempo e da presença, de desejo contínuo de melhoria ao serviço da Ordem dos Médicos. E temos que manifestar esse agradecimento profundo a todos esses médicos, não só nos cessantes, mas em todos os outros que passaram por esta Ordem e contribuíram para o seu engrandecimento.

Também na pessoa do presidente cessante da Mesa da Assembleia Regional devemos agradecer aos funcionários que ano após ano têm assegurado o quotidiano da nossa Ordem, mantendo em funcionamento um conjunto de serviços de uma forma constante e independente das diferentes direcções da Ordem. Eles garantem a continuidade dos serviços da Ordem.

A segunda pessoa a quem tenho de agradecer será ao mandatário da nossa lista. O Professor Pereira Coelho, que me marcou de forma indelével, foi sempre um mentor presente e assíduo na minha caminhada profissional. E eu nele quero prometer e personificar o agradecimento a todos os membros

deste movimento, quer os eleitos quer os restantes que sempre se prontificaram para colaborar connosco.

Aos que nos honraram com o seu voto nas eleições e que pela forma categórica como o fizeram elevaram a fasquia



Ana Paula Martins  
bastonária da Ordem dos Farmacêuticos



António Pereira Coelho

da responsabilidade. A eles e em particular ao Professor Pereira Coelho que nos guiou, o meu agradecimento. O terceiro agradecimento é dirigido ao nosso Bastonário. Dr. Miguel Guimarães sabe bem o apreço que nutrimos por si. Sabe bem as palavras que tivemos há um ano, acerca de projectos e ideias, muitas vezes partilhadas, nesta Ordem. Na sua pessoa, eu cumprimento e agradeço a todos os médicos que, malgrado a degradação das condições de exercício, têm lutado por manter níveis de qualidade elevados só possíveis por via da compensação individual e enorme esforço na sua actividade diária. É essa a personificação do dever que representa como médico e como Bastonário.

Por fim, umas palavras especiais à Pro-

fessora Ana Paula Martins. Estes são cumprimentos pessoais à bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, amiga e companheira de longa data.

No diálogo e com amizade conseguimos sempre encontrar pontos comuns em prol de objectivos colectivos. Na sua pessoa cumprimento todos os convidados, quer institucionais quer individuais, certo que juntos poderemos, com esse espírito, construir uma Saúde melhor, mais justa e equitativa. Por fim: um pedido de desculpas à minha família, por ter ganho novamente umas eleições. O cargo agora empossado será porventura o mais exigente em termos de sacrifício pessoal e familiar e peço desde já compreensão pelas futuras ausências, e não apenas das físicas mas em especial das emocionais. Sabemos todos o que estas funções representam e o vosso



Carlos Cortes

consentimento informado é mais um incentivo para o meu empenho. O fantástico discurso de tomada de posse do bastonário criou um grave problema. O discurso que preparei nos últimos dias ficou súbita e irremediavelmente esvaziado no conteúdo e diminuído na qualidade. Ontem à noite só me restou alinhar um simples improvisado e colocá-lo num patamar diferente. Sem o nível integrativo e a maturidade, fruto da experiência, tentaremos compensar com dinamismo e o entusiasmo próprio da nossa juventude.

Caro bastonário, desde que o conheço, e fruto da nossa proximidade recente, percebi que partilhamos de uma visão semelhante da Medicina e do papel que a Ordem dos Médicos pode

desempenhar. Os valores partilhados e os objectivos que separadamente fomos construindo são de tal forma semelhantes, que as nossas propostas convergiram e se complementaram, enriquecendo quer o debate inicial quer a construção de um projecto com alicerces comuns.

As ideias que transmitiu, e a clarividência com que o fez, aliadas à confiança depositada por um expressivo voto de confiança por parte de tantos médicos, definem claramente o caminho da liderança médica nos próximos anos. O bastonário tornou-se, em Janeiro, a

ingenuidade o tempo encarregar-se-á de a amadurecer, tornando-a numa eficaz e genuína abertura.

Os nossos órgãos serão instrumentos: o Conselho Regional, os Sub-regionais, Disciplinar, Fiscal e a Assembleia de Representantes serão, numa linguagem médica que todos conhecemos, o cérebro, coração, músculos e ossos da Ordem. Caro Miguel Guimarães, estamos aqui para ajudar a Face e Alma que a tua liderança na Ordem inspira, norteados pelos valores comuns. Estamos prontos para construir peças instrumentais naquilo que nos diz

à doença, reforma e outras incapacidades temporárias e permanentes devem constituir formas organizadas e estruturadas de intervenção da Ordem, de uma forma concertada.

Caros colegas, estamos num período de profundas mudanças na organização da sociedade. Em Portugal, à semelhança de muitos países ocidentais, vivemos no que podemos chamar num momento do **Mais e Menos**.

*Mais exigência, Mais visibilidade, Mais exposição, Mais risco. Menos tempo, Menos dinheiro, Menos meios, muitas*



Francisco Sampaio (tesoureiro) cumprimenta Correia da Cunha



João Grenho - secretário



Jorge Penedo - vice-presidente



Alexandre Valentim Lourenço - presidente

Alma e o Coração da Ordem.

Aos órgãos regionais e sub-regionais, e em particular aos da Região Sul que nos cumpre aqui representar, cabe-nos o papel de fornecermos muitos e bons instrumentos que possam ser usados nessa liderança. Para passar definitivamente das ideias às ações. Para que, de uma forma concertada, planeada e organizada, possamos ajudar a mudar a Medicina, enriquecendo-a e valorizando-a em prol de melhores resultados de Saúde.

A equipa que hoje toma posse é uma equipa plural e multifacetada. MEDICINA GERAL FAMILIAR, SAÚDE PÚBLICA e HOSPITALAR. Internos, especialistas, consultores e coordenadores/líderes de unidades. Da Medicina Pública, da Medicina Privada e da Medicina Liberal. Das várias estruturas, dos vários saberes, de múltiplas tendências.

A partir desse grupo construímos o máximo denominador comum numa equipa dinâmica, empenhada e sobretudo cheia de ingénua esperança de poder contribuir para a melhoria da Medicina. Não nos tirem essa esperança; quanto à

mais particularmente respeito e naquilo que sempre acreditámos, **na formação**.

O fundo de apoio à formação para os Internos, o estatuto dos orientadores de formação, a reforma dos internatos e regulação dos programas dos mesmos, um sistema de creditação eficiente para os cursos e outros eventos científicos, programas de formação organizados para as competências e subespecialidades à imagem dos ciclos de estudos especiais/fellowships e todas as restantes peças necessárias para fortalecer a qualidade e aumentar a qualificação dos médicos. Foi sempre esse o nosso propósito e a nossa missão.

Na área social pretendemos criar múltiplas formas de prestar apoio às necessidades em diferentes fases da vida e por diferentes motivos. Protocolos com entidades vocacionadas e experientes, mutualização, seguros específicos de coberturas adequadas



Jorge Campos, Correia da Cunha e Daniel Araújo

vezes *Menos* pensamento.

Existe um claro afastamento de percepção, pensamento e acção entre as cúpulas e as bases, entre os dirigentes e os executores, normalmente consciente, mas que ocorre de forma inconsciente. A Medicina e as suas estruturas e organizações não foram imunes a este processo; muitos problemas são potenciados por este facto. A ausência de participação cívica nas estruturas representativas de grupos ou classes por parte do indivíduo repercute-se numa diminuta participação nos processos diários, evidentes muitas vezes na falta de participação em atos eleitorais. Da nossa parte, demos um primeiro passo ao promovermos como PRIMEI-

O objectivo, central, **a participação** de mais médicos na vida da Ordem. E com particular atenção para um dos grupos normalmente arredados para os quais as transformações terão mais impacto: os que estão no início da carreira. A constituição da equipa, o seu programa e resposta que teve no extraordinário incremento nos votantes nestas eleições mostram-nos um caminho: os temas, a comunicação e o envolvimento são essenciais para o futuro da Ordem. Assim pretendemos orientar a nossa atuação: abertura, dinamismo, pluralidade. Queremos que no final do caminho que ainda agora começámos sejam ainda mais os que participam na nossa Ordem, muitos mais dos que agora disseram presente.

O nosso 2º grande objectivo passa, a par deste investimento nas pessoas, por **modernizar a estrutura da Ordem**, introduzindo conceitos de gestão e organização que sejam instrumentais para uma Organização mais moderna, eficiente e transparente.

Capaz de tornar possíveis muitos dos sonhos e muitas das nossas propostas e muitos dos nossos ideais. Sem uma Organização virada para os resultados, afastamo-nos dos nossos associados. E por resultados entendam-se serviços e facilidades que tornem mais rara a pergunta que muitas vezes ouvimos “PARA QUE SERVE A ORDEM?”

O incremento da participação associativa e a modernização das estruturas é desprovido de valor só por si. Estes 2 objectivos iniciais só fazem sentido se promoverem algo melhor.

Em 1961 a Ordem dos Médicos apresentou pelo Professor Miller Guerra, que dá o nome a este auditório recentemente nomeado, o Relatório das Carreiras Médicas. Por sua iniciativa e de forma alargada e abrangente esse relatório tornou-se num instrumento que desencadeou profundas mudanças na estrutura, na legislação e na capacidade de fazer a medicina, criando o nosso Serviço Nacional de Saúde e melhorando a qualidade da nossa saúde.

Eu vou citar algo que está num artigo do Professor Miller Guerra, em 1961,

# Mais exigência, Mais visibilidade, Mais exposição, Mais risco. Menos tempo, Menos dinheiro, Menos meios, muitas vezes Menos pensamento.

escrito na Revista da Ordem dos Médicos:

“O desenvolvimento experimentado pela medicina e pela sociedade desde há algumas décadas acelerou um processo evolutivo que encareceu o equipamento e os serviços médicos, tornou necessário pessoal muito qualificado e numeroso, impôs novas estruturas e responsabilidades às administrações e, sobretudo, exigiu aos dirigentes uma concepção superior unitária dos Serviços de Saúde em que estivessem definidas com clareza as operações a efectuar e a escala das prioridades”. As alterações posteriores construíram um edifício que tornou a medicina portuguesa um paradigma de qualidade e permitiu a Saúde dos Portugueses sofrer profundas e relevantes melhorias que representaram por si só um salto civilizacional.

Passados mais de 50 anos, continuam a ser actuais aquelas palavras e as premissas gerais, mas as condições e os problemas são agora diferentes. Em 1961 qual era a nossa imagiologia? As nossas bases científicas de conhecimento? Qual o papel da genética, para além da lógica mendeliana? A medicina mudou muitos nestes 55 anos.

Numa altura em que o desenvolvimento da Medicina atingiu patamares elevados não imagináveis nos anos 60 o prestígio dos Médicos está em queda e a sua atividade é reduzida a mero somatório de mais um ACTO DE SAÚDE.

**Não aceitamos este facto.**

SOMOS MÉDICOS. A dimensão humanista da nossa técnica e ciência faz claramente a diferença. E sem essa dimensão e uma carreira adequada aos tempos modernos a saúde definhará. Sem uma Medicina Forte e organizada a Saúde ficará doente.

Vamos propor ao Conselho Nacional muito brevemente para iniciar um processo para elaborar um NOVO RELATÓRIO DAS CARREIRAS MÉDICAS, em que as novas realidades científicas, técnicas, organizacionais sejam tidas em conta, mantendo os constantes valores éticos e deontológicos da profissão mais milenar, sempre em crescente qualidade.

A liderança dos Médicos não pode ser questionada e a Ordem, tal como nos anos 60, deve liderar um processo e que ele seja mais uma vez um marco no desenvolvimento da profissão. Desta forma, solicitamos a todas as organizações associativas médicas que participem neste processo, reactivando o Fórum Médico como local privilegiado de discussão e construção de consensos.

SOMOS MÉDICOS. Antes de hoje tomarmos posse, trabalhámos em níveis e locais diversificados, servindo a Medicina, nos CS e nos HOSPITAIS... hoje, aqui, SOMOS MÉDICOS na Organização mais representativa da Classe, trazendo a nossa vivência para influenciar o rumo da Medicina que mantenha a nossa paixão. Esperamos amanhã, ao deixar as nossas funções, retomar a nossa actividade clínica numa Medicina ainda melhor do que a que agora conhecemos.

No passado, neste presente e num futuro, Somos Médicos Sempre. E dessa forma temos esperança que possamos marcar a diferença.

Muito Obrigado.”

## Candidatura “Somos Médicos, sempre” superou os 40%

A candidatura liderada por Alexandre Valentim Lourenço (Lista M) ganhou confortavelmente as eleições de 19 de Janeiro para os órgãos sociais da Região do Sul da Ordem dos Médicos. Com três listas em disputa, esta lista, que tinha como lema «Somos Médicos, sempre», obteve mais de 40% dos 6006 votos entrados nas urnas.

Para o Conselho Regional a candidatura atingiu os 2446 votos, contra 1715 da Lista A e 1146 da Lista B, o que dá uma margem de mais 731 votos do que a candidatura que ficou na segunda posição, com 28,64% dos votos expressos. A candidatura da Lista B quedou-se pelos 19,14%.

Estas margens foram semelhantes para todos os restantes órgãos regionais, com vitórias igualmente confortáveis para a Mesa da Assembleia Regional, Conselho Fiscal Regional e Conselho Disciplinar Regional.

A candidatura que ganhou as eleições para o Conselho Regional garantiu mais votação na maioria das sub-regiões. As exceções foram o Algarve, onde se registou um empate a 93 votos com a Lista A, ficando a Lista B com 88, Beja, com um empate a 23 votos e a lista B com 14, e Setúbal, única Sub-Região onde perdeu, com menos 26 votos do que a Lista A. Em todas as restantes sub-regiões (Évora, Grande Lisboa, Lisboa Cidade, Oeste, Portalegre e Ribatejo) e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

As maiores diferenças de votação verificaram-se naturalmente nas duas Sub-Regiões com maior número de votantes, Grande Lisboa e Lisboa Cidade, onde, respectivamente, a candidatura vencedora obteve 617 votos contra 381 da lista seguinte e 1056 contra 705.

Os resultados foram também muito favoráveis na Região Autónoma da Madeira, em que a candidatura «Somos Médicos, sempre» garantiu 146 votos, seguida da Lista B com 102 votos e da Lista A com 94.

Contudo, a votação em Évora é a mais expressiva numa análise aritmética relativa. Isto é, embora a diferença de votos se quede nos 44 (75 contra 31), percentualmente o resultado atinge os 48% dos votos, incluindo brancos e nulos.

Para todos os restantes órgãos da candidatura «Somos Médicos, sempre», que teve como mandatário António Pereira Coelho – Presidente do Conselho Regional do Sul no triénio 2011/2013 –, a expressiva votação teve comportamento semelhante e os candidatos ganharam as eleições confortavelmente.

A tomada de posse dos novos órgãos sociais que resultaram das eleições de 19 de Janeiro foi a 9 de Fevereiro, data em que se realizou a primeira reunião do novo Conselho Regional.

Registe-se que estas eleições foram as primeiras realizadas sob uma nova formulação estatutária da Ordem dos Médicos. No caso do Conselho Regional do Sul, a candidatura já tinha definidos os cargos específicos de cada um dos seus membros, sendo que o Vice-Presidente

é Jorge Penedo, o secretário é João Grenho e o Tesoureiro é Francisco Sampaio. Os vogais são Diana Silva, Edson Oliveira, Filipa Lança, João Furtado, José Alves, Nuno Fradinho e Nuno Gaibino. Os suplentes deste órgão são Guilhermina Pereira, Cecília Vaz Pinto e António Martins Baptista.

O novo Presidente da Mesa da Assembleia Regional é Jorge Soares, o Vice-Presidente é Luís Campos Pinheiro e os secretários são Catarina Perry da Câmara e João Santana Mairós. É suplente Inês Francisco Pereira.

Quanto ao Conselho Fiscal Regional, o Presidente é Nuno Abecasis. Este órgão tem como vogais Paulo Antunes Rodrigues e Manuel Caneira da Silva e como suplente João Albuquerque Gonçalves.

Outra das mudanças significativas no novo Estatuto da Ordem dos Médicos é o número de elementos do Conselho Disciplinar Regional, que conta agora com 15 efectivos e três suplentes. Os membros efectivos eleitos para este órgão na Região do Sul são António Madeira Ventura, António Pedro da Silva Abreu, Carlos Pereira Alves, Carlos Oliveira da Ponte, Carlos Barradas Gaspar, Charbel Saad, Fernando Morais Torres, Francisco Jardim Ramos, João Rodrigues Branco, João Falcão Estrada, José Pereira da Silva, José Joaquim Rebelo, José Miguéns, Luís Simões do Rosário, Luís Dominguez Cuña, Luís Abranches Monteiro e Maria da Graça Rocha Oliveira. Tomaram posse como membros suplentes Eunice Alves Capela, Paulo Oom e Cláudia Estêvão.

# Tomada de posse da SRNOM

Órgãos regionais e distrito médico do Porto para o triénio 2017-2019

“Permitam-me abreviar um pouco o protocolo e na pessoa do Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, o Prof. Dr. Fernando Araújo, cumprimentar, dar as boas vindas e agradecer a presença de todos os convidados institucionais.

Na pessoa do Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos (OM), Dr. Miguel Guimarães, cumprimentar e dar as boas vindas a todos os médicos, membros e ex-membros dos corpos gerentes da OM. Porque esta é a sua primeira cerimónia pública aqui, no norte, congratulo de uma forma mais formal e publicamente o nosso Bastonário, e meu grande amigo, pela expressiva vitória eleitoral que obteve, ao mobilizar os médicos em torno de um programa eleitoral abrangente e claro. Tem sido um prazer e uma honra acompanhá-lo, ao longo destes anos, no conselho regional do norte e ter tido a oportunidade de constatar a sua tenacidade, a sua firmeza, a sua capacidade de trabalho na defesa dos princípios, da ética e da deontologia da Medicina, na defesa dos direitos e dos deveres dos médicos e dos doentes. A sua vitória apenas reflectiu todas estas qualidades. Temos a certeza absoluta que vai continuar a representar os médicos com a dignidade e a lucidez que as adversidades que se adivinham exigem, transmitindo sempre a noção basilar de que a Medicina existe para servir os cidadãos, seja para a manutenção da saúde ou para tratar a doença, defendendo-os dos múltiplos interesses que nesta área

A cerimónia de tomada de posse dos corpos gerentes da Região do Norte da Ordem dos Médicos, eleitos para o triénio 2017/2019, teve lugar no Salão Nobre do Centro de Cultura e Congressos, no dia 13 de Fevereiro e contou com a presença do bastonário eleito, Miguel Guimarães e do secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Fernando Araújo, que elogiou a capacidade de liderança do novo presidente do CRN e manifestou a disponibilidade do Ministério da Saúde para, em conjunto, trabalhar para resolver os problemas com que os médicos se deparam diariamente. Nesta cerimónia tomaram posse, para além dos órgãos regionais, os órgãos sub-regionais do Porto e os elementos da Assembleia de Representantes do Círculo Sub-Regional do Porto. Transcrevemos o discurso de tomada de posse do presidente do Conselho Regional do Norte, António Araújo.

proliferam. E que ao defender uma Medicina de qualidade estará a defender a qualidade dos actos médicos que são prestados aos doentes.

Uma palavra especial para o nosso mandatário, o Prof. Doutor Walter Osswald - permita-me apresentar-lhe o nosso profundo agradecimento pela honra de nos ter concedido, desde a primeira hora, o seu apoio incondicional e por ter estado sempre disponível, de uma forma paciente, para me ouvir e aconselhar. Nas pessoas do vice-presidente e do presidente, respectivamente dos Conselhos Regionais do Centro e do Sul, Prof. Dr. Manuel Veríssimo e Dr. Alexandre

Lourenço, felicito todos os colegas eleitos para os corpos gerentes das outras secções regionais.

Permitam-me dirigir, ainda, umas palavras à minha família. À minha mulher Ana, que me tem ajudado sempre em todas as minhas iniciativas, por mais absorventes que sejam, que tem sido o meu porto de abrigo, que tem, muitas vezes, descurado as suas actividades em prol das minhas - o meu Muito Obrigadinho. Espero poder entregar-te, pessoalmente, o diploma do teu segundo mestrado, desta vez em Medicina, no próximo ano.

Às minhas filhas, Ana e Inês, e ao meu fi-



lho, António, perdoem-me por não estar convosco tanto tempo como gostariam que eu estivesse, perdoem-me por vezes não ter tempo para vos ouvir.

Aos meus pais, aqui presentes, Muito Obrigado por me terem dado a educação e as condições que me permitiram chegar até aqui.

Ao meu irmão, muito obrigado pelo companheirismo, pela amizade, pelas discussões intensas e prolongadas que sempre tivemos, fruto de algumas das nossas divergências. Espero que continues a exercer o teu cargo com a sensibilidade que os profissionais de saúde e os doentes exigem e têm direito.

Terminado este processo eleitoral, cumpre-me também expressar o meu agradecimento à equipa que tive o privilégio de representar e liderar. Não irei nomear ninguém, porque todos foram excepcionais, e só espero estar à altura das responsabilidades. Conseguimos realizar uma campanha objectiva e clara, estando com os colegas nos seus locais de trabalho, ouvindo-os, reconhecendo os problemas que os apoquentam diariamente e aqueles que se lhes colocarão no futuro próximo. Conseguimos apresentar e discutir as soluções que iremos defender, esclarecemos e aprendemos. Muito obrigado a todos, pelo estímulo e pelo empenho permanente, pela dedicação e pelo trabalho realizado.

Os resultados destas eleições históricas

estão, também, directamente relacionados com todo o trabalho que tem sido feito, nos últimos seis anos, por muitos dos elementos da equipa que hoje tomou posse, com especial destaque para o, agora, nosso Bastonário.

Assumimos desde o início e com muito orgulho, que somos uma lista que tinha, e que tem, como objectivo manter a actividade desta secção regional no nível de excelência a que os colegas estão acostumados.

A nível interno, pretendemos reforçar a participação dos Conselhos Sub-Regionais nas actividades da Ordem e descentralizar algumas das actividades pelas diversas sub-regiões, para que aqueles possam estreitar a sua relação de proximidade com os médicos. Pretendemos replicar o que fizemos na campanha eleitoral, visitando periodicamente os colegas nos seus locais de trabalho, tentando antecipar os problemas, contribuindo de uma forma activa, serena mas firme para a sua resolução, estabelecendo pontes de diálogo entre os médicos e os conselhos de administração das unidades de saúde e com a Administração Regional de Saúde. Vamos reforçar a actualização e a adequação dos procedimentos administrativos, concluir a certificação de qualidade da secção regional do norte que se encontra em curso e contribuir para a implementação do balcão electrónico,

que esperamos seja já uma realidade em Abril próximo, de modo a dar respostas atempadas a todas as solicitações.

Continuaremos a garantir um apoio jurídico, especializado em Direito da Medicina, eficiente e em tempo útil.

Pretendemos defender a afectação de uma parte da quota que pagamos para reforçar o papel do Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos, para a criação de um fundo de complemento à reforma dos médicos e para a criação

de uma bolsa que apoie a formação dos médicos, particularmente dos mais jovens.

Vamos aprofundar o nosso empenho na promoção de actividades de investigação realizadas pelos médicos, através da implementação de prémios e bolsas.

Pretendemos reforçar as reuniões de carácter científico, político ou lúdico em todas as instalações da Secção Regional do Norte, independentemente da sua localização geográfica, para as tornar, cada vez mais, na Casa do Médico, no local onde os médicos e as suas famílias se sintam confortáveis, bem acolhidos, entre os seus pares.

No plano de actuação política, ao contrário de outros, temos vindo a publicar as nossas posições, temos defendido publicamente os nossos pontos de vista e assim continuaremos a fazer.

Tal como referimos no nosso programa eleitoral, a nossa acção será conduzida pelo trabalho firme e corajoso na defesa intransigente dos médicos e dos doentes, pugnando por um quadro normativo que garanta uma Medicina de qualidade, que respeite as "legis artis", que sublinhe a relação médico-doente, que afiance sustentabilidade ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e que mantenha a equidade na acessibilidade à inovação terapêutica. Acreditamos numa Medicina centrada no doente, baseada na evidência científica e assente em boas condições de trabalho, pelo que



pugnaremos sempre pelas soluções e medidas que, de acordo com a Ética e a Deontologia Médicas, melhor sirvam a Medicina, os Médicos e os doentes. Acreditamos numa Ordem dos Médicos que se imponha pela defesa de uma formação médica de qualidade e ajustada às necessidades do país, por uma formação pós-graduada contínua que permita a evolução profissional e pela defesa do Acto Médico. Defendemos uma Medicina de qualidade, digna e que produza elevados graus de satisfação para os médicos e para os doentes. Assim, pretendemos pugnar, em conjunto com todas as Faculdades de Medicina, para que finalmente se estabeleça uma redução gradual do numerus clausus, de forma a adequar este às capacidades formativas das diversas Faculdades de Medicina e às necessidades do país, garantindo uma formação sólida e de qualidade. A nível pós-graduado, pretendemos trabalhar com os Colégios de Especialidade, para aprofundarmos o trabalho de definição de programas mínimos de formação, das idoneidades, das capacidades formativas e da manutenção da qualidade dos internatos nos diversos serviços. Pretendemos defender o reforço do Serviço Nacional de Saúde, como base estruturante da organização da saúde em Portugal, dotado de um orçamento adequado às reais necessidades do país, que permita recrutar os meios humanos necessários à prossecução dos seus objectivos e que possibilite o investimento e a renovação dos seus meios materiais. Defendemos a necessidade da definição de critérios de qualidade para os sistemas informáticos em saúde e a actualização contínua das plataformas informáticas, para que aqueles e estas se tornem em instrumentos, efectivamente, úteis para a prática clínica diária. Defendemos a existência e a implementação das carreiras médicas, como suporte de qualidade da Medicina Portuguesa e como garante da qualidade do SNS, pelo que pretendemos pugnar pela abertura regular de concursos para provimento de vagas e para progressão na carreira. Acreditamos na complementaridade de Medicina Privada e da Medi-

cina Convencionada, com respeito pelos mesmos princípios e valores do SNS. Acreditamos que com a manutenção de uma colaboração activa, comprometida e sinérgica, com as outras estruturas representativas dos médicos, nomeadamente os Sindicatos Médicos, as Associações e Sociedades Médicas, as Associações de Estudantes e as Faculdades de Medicina, bem como com a nossa participação no Conselho Nacional das Ordens Profissionais, permitirá atingir os resultados a que nos propomos. Pretendemos incrementar as relações com a Comunidade Médica de Língua Portuguesa, a nível da formação e do desenvolvimento profissionais, bem como estreitar as relações com a Comunidade Médica Espanhola, de modo a aumentar o nosso poder negocial ao nível da União Europeia e a promover a dignidade do exercício da Medicina no espaço ibérico. Consideramos o diálogo entre os médicos, através da Ordem dos Médicos, e as estruturas dirigentes das diversas unidades de saúde, as várias organizações do Ministério da Saúde e directamente com a própria tutela política, uma peça fundamental para se conseguirem consensualizar as melhores soluções nos vários domínios do exercício da Medicina. Mas reiteramos a nossa intenção de, serenamente, nos mantermos intransigentes, firmes e, extremamente, claros na defesa dos nossos propósitos. Para a Saúde em Portugal, mais do que soluções políticas de circunstância, pretendemos defender as que visem um horizonte de várias décadas, baseadas mais na evidência

científica e nos interesses superiores do país e menos nos interesses partidários. Se é possível, em Medicina, ser cientificamente objectivo e exercer uma Medicina baseada na evidência, também os nossos dirigentes políticos se deverão habituar a decidir segundo os mais elevados conhecimentos científicos sobre as diversas matérias. Não iremos admitir juízos de valor individual em questões-chave, nem iremos mais permitir que pessoas com elevadas responsabilidades no país tomem o indivíduo pelo conjunto e denigrem despudoradamente os Médicos.

Termino, reiterando que os corpos gerentes da Secção Regional do Norte acreditam na Medicina que nos ensinaram nas Faculdades, na dignificação dos médicos e do acto médico, nos valores e princípios que devem orientar a nossa forma de estar na sociedade, nas mudanças que são necessárias e no futuro. Os corpos gerentes da Secção Regional do Norte acreditam na necessidade de centrar o Exercício da Medicina no doente e no exercício de uma Medicina com Qualidade. Os corpos gerentes da Secção Regional do Norte acreditam que uma Ordem dos Médicos sólida, que congregue, realmente, em torno de si os Médicos, será o baluarte de uma Medicina de grande qualidade, para o bem dos doentes, da Medicina, do SNS e do país.

Muito obrigado pela vossa presença e pela vossa atenção. Pugnem pela vossa felicidade.”

Para a Saúde em Portugal, mais do que soluções políticas de circunstância, pretendemos defender as que visem um horizonte de várias décadas, baseadas mais na evidência científica e nos interesses superiores do país e menos nos interesses partidários.

Divulgamos em seguida o quadro com os resultados eleitorais para a Assembleia de Representantes, órgão que foi eleito pela primeira vez em resultado das alterações introduzidas pelo novo Estatuto da Ordem dos Médicos. Os círculos eleitorais da Madeira e do Ribatejo não apresentaram nenhuma lista candidata.

## Resultados eleitorais para a Assembleia de Representantes

A Assembleia de Representantes é um órgão de competência genérica da Ordem, de nível nacional, cuja composição é definida pelo art. 47º do Estatuto que estatui que este órgão é composto por membros eleitos por listas, de acordo com o sistema de representação proporcional, segundo o método de Hondt, nos círculos eleitorais sub-regionais. As competências da Assembleia de Representantes são definidas no art. 49º e incluem, entre outras funções, discutir e aprovar os regulamentos que lhe forem submetidos para apreciação pelo conselho nacional; apreciar e aprovar planos de atividades, relatórios de contas e o orçamento nacional; aprovar propostas de alteração ao Estatuto; decidir sobre propostas de criação ou extinção de especialidades, e criar subespecialidades ou competências, dos respetivos colégios e secções e de outros órgãos consultivos, etc. (disponível em: [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)).

### Votação para a Assembleia de Representantes

	N.º inscritos	N.º votantes	% votantes	LISTA A	LISTA B	LISTA C	LISTA M	LISTA O	Votos Brancos	Votos Nulos
Açores	698	202	28,9%			176			23	3
Faro	1576	331	21,0%	71		220			29	11
Beja	307	75	24,4%	21		49			3	2
Évora	578	156	27,0%					136	15	5
Grande Lisboa	6053	1367	22,6%	411	256		624		58	18
Lisboa-Cidade	9401	2442	26,0%	739	484		1086		103	40
Madeira	942		0,0%							
Oeste	483	123	25,5%			108			13	2
Portalegre	358	63	17,6%			53			6	4
Ribatejo	1216		0,0%							
Setúbal	2454	524	21,4%	407					87	30
Secção Regional do Sul	24066	5283	22,0%	1649	740	606	1710	136	337	115
Secção Regional do Sul				31,2%	14,0%	11,5%	32,4%		6,4%	2,2%
Aveiro	1144	258	22,6%	217					30	10
Castelo Branco	511	137	26,8%	110					30	5
Coimbra	5001	1378	27,6%	1178					175	25
Guarda	415	85	20,5%	68					14	3
Leiria	676	148	21,9%	134					14	0
Viseu	921	289	5,0%	253					30	6
Secção Regional do Centro	8668	2295	26,5%	1960	0	0	0		293	49
Secção Regional do Centro				85,4%	0,0%	0,0%	0,0%		12,8%	2,1%
Braga	2980	872	29,3%	755					96	21
Bragança	358	109	30,4%	95					13	1
Porto	13024	4518	34,7%	3654	575				222	67
Viana do Castelo	799	281	35,2%	258					7	16
Vila Real	785	245	31,2%	224					14	7
Secção Regional do Norte	17946	6025	33,6%	4986	575	0	0		352	112
Secção Regional do Norte				82,8%	9,5%	0,0%	0,0%		5,8%	1,9%
<b>Total</b>	<b>50680</b>	<b>13603</b>	<b>26,8%</b>	<b>8595</b>	<b>1315</b>	<b>606</b>	<b>1710</b>		<b>982</b>	<b>276</b>
<b>Total %</b>				<b>63,18%</b>	<b>9,67%</b>	<b>4,45%</b>	<b>12,57%</b>		<b>7,22%</b>	<b>2,03%</b>



## Tomada de posse do Conselho Superior da Ordem dos Médicos

### Composição do Conselho Superior

#### Região do Norte:

- José Pedro da Fonseca Moreira da Silva
- Manuel Rodrigues e Rodrigues  
(Vice-presidente)
- José Luís Medina Vieira
- Isabel Maria Amorim Pereira Ramos
- Damieta Isabel Pinto Ramos Figueiredo

#### Região do Centro:

- José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva  
(Presidente)
- Américo Manuel da Costa Figueiredo
- Almerinda Purificação Freitas Rodrigues Marques
- Ana Maria Rodrigues Barros
- Rosa Maria Lobo Amaral

#### Região do Sul:

- Paolo Maria Casella
- Cipriano Pires Justo
- António Emílio de Vasconcelos Tavares
- António Manuel da Silva Pereira e Coelho
- Fernando Eduardo Barbosa Nolasco  
(Secretário)

O primeiro Conselho Superior da Ordem dos Médicos foi eleito no passado dia 19 de janeiro e tomou posse no dia 10 fevereiro, numa cerimónia que teve lugar no auditório da sede da OM, em Lisboa.

Com o novo Estatuto da Ordem dos Médicos aprovado pela Lei 117/2015, de 31 de Agosto, e a redefinição dos órgãos próprios da Ordem dos Médicos e as suas funções, nas eleições para o triénio 2017/2019 foram escolhidos novos órgãos, nomeadamente o Conselho Superior (órgão jurisdicional da Ordem, com funções de supervisão e disciplina), um órgão de competência genérica da OM, a nível nacional. O Conselho Superior é eleito por listas em círculos eleitorais regionais, com apuramento dos mandatos efetuado segundo o método de Hondt.

A tomada de posse dos membros deste órgão teve lugar no dia 10 fevereiro, no auditório da sede da OM, em Lisboa. Após a leitura do termo de posse prestaram juramento cada um dos re-

#### CÍRCULO ELEITORAL DO NORTE:

Total de votantes: 6048  
Total de votos: 6048  
Votos em branco: 344  
Votos nulos: 89  
LISTA A - 4915  
LISTA B - 700

#### CÍRCULO ELEITORAL DO CENTRO:

Total de votantes: 2302  
Total de votos: 2070  
Votos em branco: 282  
Votos nulos: 44  
LISTA A - 1963

#### CÍRCULO ELEITORAL DO SUL:

Total de votantes: 5986  
Total de votos: 5804  
Votos em branco: 381  
Votos nulos: 126  
LISTA A - 1813  
LISTA B - 1125  
LISTA M - 2539

## Competências do Conselho Superior

Reproduzimos o artigo 63º da Lei n.º 117/2015 de 31 de agosto (Estatuto da Ordem dos Médicos) que define as competências do Conselho Superior:

“Artigo 63.º - **Competências do conselho superior**

1 — Compete ao conselho superior:

- a) Velar pela legalidade da atividade exercida pelos órgãos da Ordem e exercer poderes de controlo;
- b) Decidir os recursos interpostos das decisões proferidas por qualquer órgão da Ordem;
- c) Decidir, em matéria disciplinar, os recursos interpostos das decisões proferidas pelos conselhos disciplinares regionais;
- d) Decidir os processos disciplinares em que sejam arguidos o bastonário e os membros do conselho superior ou do conselho nacional;
- e) Uniformizar a atuação dos conselhos disciplinares regionais;
- f) Deliberar sobre pedidos de escusa, de manifesto conflito de interesses na atribuição de cargos, de renúncia e de suspensão temporária do cargo, bem como julgar os recursos das decisões dos órgãos da Ordem que determinem a perda de cargo de qualquer dos seus membros ou declararem a verificação de impedimento;
- g) Deliberar sobre impedimentos e perdas do mandato do cargo dos seus membros e suspendê-los preventivamente, em caso de falta disciplinar, no decurso do respetivo processo;
- h) Convocar as assembleias das sub-regiões, das regiões, e assembleias gerais, quando tenha sido excedido o prazo para a respetiva convocação;
- i) Decidir sobre a incapacidade, parcial ou total, temporária ou definitiva, para o exercício da profissão de médico, nos termos do presente Estatuto;
- j) Verificar a conformidade legal e estatutária da realização de referendos;
- k) Apreciar e decidir os casos duvidosos e apreciar os casos omissos do presente Estatuto e dos regulamentos da Ordem.

2 — Quando o conselho superior delibera nos termos da alínea d) do número anterior, são aplicáveis, com as necessárias adaptações, as regras que regulam os processos que correm termos nos conselhos disciplinares regionais, previstas no anexo ao presente Estatuto que dele fazem parte integrante.

3 — Os recursos a interpor para o conselho superior são restritos às questões de legalidade das decisões recorridas.

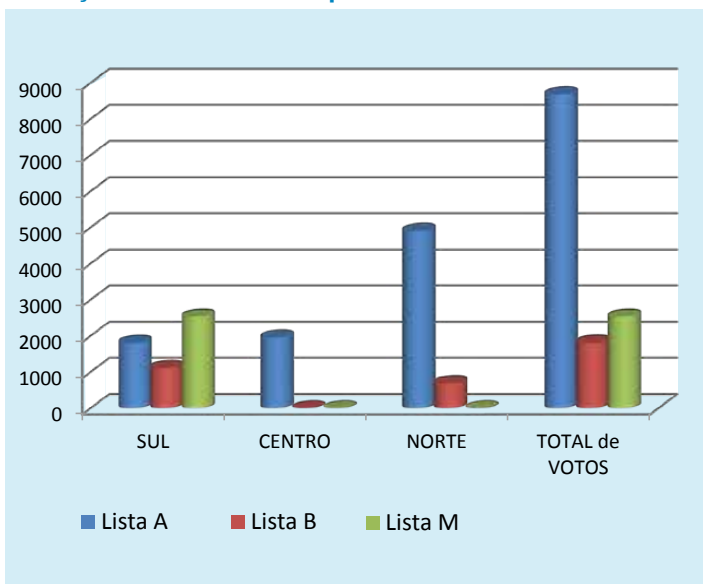
4 — Os recursos para o conselho superior são obrigatórios e têm efeito suspensivo, devendo ser decididos no prazo de 45 dias, sob pena de se considerarem indeferidos.”



...competência que trará “equilíbrio interno às decisões polémicas que vierem a acontecer...”

presentantes de cada Região para este órgão. A encerrar a cerimónia, o novo bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, proferiu um breve discurso no qual destacou a importância do Conselho Superior enquanto “resposta à sociedade civil” realçando que esse órgão irá trazer “credibilidade, por um lado, e celeridade dos processos, por outro”. Miguel Guimarães citou algumas competências do novo órgão, designadamente a uniformização da atuação dos conselhos disciplinares, competência que trará “equilíbrio interno às decisões polémicas que vierem a acontecer dentro da Ordem dos Médicos”, área que foi destaca como particularmente relevante.

### Votação Conselho Superior



# ERS

## exige revisão de publicidade de clínica de estética



A Ordem dos Médicos fez uma exposição à ERS sobre publicidade feita por uma clínica de estética e bem-estar, que originou a abertura de um processo de inquérito no qual a ERS determinou que, tal como a OM havia referido na sua exposição, a clínica visada não respeitava o regime jurídico das práticas de publicidade em saúde nem o Código da Publicidade e a Lei de Defesa do Consumidor. Findo o processo de inquérito, entre outras instruções, a ERS exigiu da clínica de estética que garanta “que as práticas de publicidade em saúde em que é interveniente não induzam os potenciais utentes em erro, designada, mas não limitadamente, no que concerne aos atos e serviços de saúde que a entidade presta”.

Em 21 de dezembro de 2015 Ordem dos Médicos dirigiu um ofício à ERS referente à publicidade efetuada pela sociedade comercial “Clínicas Viver - Estética e Bem-Estar, Lda.”, na sua página de endereço eletrónico oficial onde, por exemplo, eram anunciados cuidados de saúde nas áreas de cirurgia plástica, dermatologia e medicina estética que, na realidade, não prestava.

Determina a ERS que deve haver uma total correspondência entre os serviços de saúde efetivamente prestados, os serviços de saúde registados no SRER da ERS e os serviços de saúde publicitados, impendendo sobre o prestador uma obrigação de permanente atualização junto da ERS, bem como da mensagem ou informação publicitada. Tal como

denunciado pela OM, nas sucessivas consultas da página eletrónica da Clínica, a ERS constatou que, no separador intitulado “Medicina Biológica e Anti-Envelhecimento”, o prestador usa o termo “auto-cura” sem que exista qualquer referência a evidências científicas de que a terapêutica em questão permite alcançar tal resultado. Concluiu a ERS que algumas das informações ou mensagens publicitadas não estão em total conformidade com o regime jurídico das práticas de publicidade em saúde, pelo que o prestador deveria corrigi-las. Como a entidade visada, decorrido o prazo concedido para o efeito, não deu conhecimento à Entidade Reguladora das concretas correções efetuadas, deliberou a ERS emitir uma ordem para que, sob

pena de incorrer em contraordenação, a Clínica em causa se abstenha de utilizar a expressão “medicina natural biológica e antienvhecimento” e de acrescentar o termo “biológica” para designar a valência de medicina dentária; Ficou igualmente a entidade visada proibida de utilizar os termos “cura” ou “auto-cura”, se não tiver evidências científicas de tais efeitos clínicos. A clínica de estética tem ainda que esclarecer, de forma clara e transparente, com recurso ao elenco de terapêuticas não convencionais (TNC) aprovado em Lei, as que estão incluídas no seu “programa integrado de saúde e longevidade” e as que estão incluídas no separador “áreas terapêuticas”, bem como proceder à revisão das suas práticas de publicidade em saúde, garantindo que as práticas de publicidade em que é interveniente não induzem os potenciais utentes em erro, designada, mas não limitadamente, no que concerne aos atos e serviços de saúde que a entidade presta no seu estabelecimento, às características desses mesmos atos e serviços e aos efeitos clínicos deles decorrentes.



Texto de  
Helder Robalo

## Bastonário da OM defende a construção de um hospital de raiz para Barcelos

O bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, aproveitou a visita ao Hospital de Santa Maria Maior, em Barcelos, que se realizou no dia 19 de dezembro de 2016, para defender publicamente a necessidade de construir um hospital de raiz para o concelho minhoto.

Convidado pela administração, o bastonário fez-se acompanhar de Lurdes Gandra, vogal do Conselho Regional do Norte da OM. Na visita conduzida pelo director clínico do Hospital de Barcelos, Rui Guimarães, o bastonário pode constatar *in loco* as dificuldades com que se deparam muitos dos serviços, desde logo a Medicina Interna, com a necessidade de colocar alguns dos doentes em macas, nos corredores do hospital.

Com uma população de referência de cerca de 150 mil pessoas, o Hospital de Santa Maria Maior realiza anualmente cerca de 70 mil episódios de urgência e 70 mil consultas externas. Actualmente esta unidade tem 55 médicos especialistas nos quadros, para um total de cerca de 150 médicos, incluindo os que se encontram em regime de prestação de serviços e a fazer internato médico.

Durante a visita ao hospital, o direc-



“Os problemas e as lacunas com que me deparei durante a visita são tantos e tão óbvios que apenas com a construção de um hospital de raiz será possível ultrapassar tantos obstáculos”, defendeu no final da visita a esta unidade hospitalar.

tor clínico explicou que uma vez que a unidade não tem equipamento de TAC, “é necessário efectuar os exames fora da unidade hospitalar, seja com as unidades privadas em Barcelos com as quais existem convenção, seja no Hospital de Braga”. “Isto representa um gasto anual na ordem dos 350 mil euros, sem englobar nestas contas os custos de transporte e as horas de trabalho “perdidas” sempre que é necessário uma equipa de profissionais de saúde”, explicou Rui Guimarães.

O Bastonário da Ordem dos Médicos ficou ainda a saber que o Hospital não tem nos seus quadros de pessoal qualquer especialista de Radiologia, razão pela qual, para que esta especialidade exista em Barcelos é preciso que alguns colegas se desloquem a esta unidade para fazer exames de radiologia em regime de prestação de serviços.

Rui Guimarães adiantou ainda que “está a ser estudada a possibilidade de ser feita uma parceria com o Hospital de Viana do Castelo para que – com o apoio daquele hospital da ULS Alto Minho – possa existir teleradiologia em Barcelos”.

No final da visita, o Bastonário da Ordem dos Médicos saudou a dedicação dos médicos e demais profissionais de Saúde daquela unidade hospitalar, lamentando as condições em que têm de trabalhar diariamente. “São instalações extremamente envelhecidas, que naturalmente provocam constrangimentos imensos na assistência dos doentes quando estamos, por exemplo, numa sala de observações e temos um gabinete absolutamente exíguo talvez com cinco metros quadrados para atender um doente, sem ventilação, para atender um doente num cantinho de uma sala de observações”.

“Nós percebemos que obviamente isto não foi construído de raiz para prestar cuidados de saúde e, por isso, não preenche nem cumpre ac-

tualmente as especificações para uma instituição hospitalar prestadora de cuidados de saúde de qualidade às populações”, frisou ainda José Manuel Silva.

Face ao cenário com que se deparou durante a visita, mas também levando em linha de conta os relatos dos colegas deste hospital, o Bastonário da Ordem dos Médicos não tem dúvidas em reafirmar que “as lacunas e as deficiências são facilmente visualizáveis e, por isso, Barcelos precisa de um hospital novo. E sobretudo de um hospital novo com mais camas para responder às necessidades da população”.

É essencial para reter profissionais altamente diferenciados como são os médicos especialistas que se tiverem alternativas de instalações mais recentes, melhor equipadas e com condições para tratar os doentes com maior qualidade naturalmente optam por essas alternativas

- José Manuel Silva



José Manuel Silva não tem dúvidas que uma unidade hospitalar melhor equipada “é essencial para reter profissionais altamente diferenciados como são os médicos especialistas que se tiverem alternativas de instalações mais recentes, melhor equipadas e com condições para tratar os doen-

tes com maior qualidade naturalmente optam por essas alternativas”. “Portanto, as lacunas e as deficiências do Hospital de Barcelos são um dos factores que dificultam a fixação de mais médicos no hospital, o que redundando, naturalmente, em prejuízo das pessoas, asseverou.

## Nós percebemos que obviamente isto não foi construído de raiz para prestar cuidados de saúde e, por isso, não preenche nem cumpre actualmente as especificações para uma instituição hospitalar prestadora de cuidados de saúde de qualidade às populações

- José Manuel Silva



Esta deslocação a Barcelos, explicou ainda o bastonário, teve um segundo objectivo. “Fui convidado para participar nesta campanha de angariação de fundos e intitulada ‘Queremos fazer uma TAC ao Galo’, uma ideia que achei fantástica e de uma criatividade imensa”. “Como nunca tinha tido oportunidade de visitar o Hospital de Barcelos, juntei o útil ao agradável”, disse.

A campanha de *crowdfunding* foi lançada pelo Hospital de Santa Maria Maior com o objectivo de angariar verbas para adquirir um aparelho de Tomografia Axial Computorizada para



aquela unidade hospitalar. A ideia, explicou Rui Guimarães, era envolver a população e contribuir para que permitir que o Hospital de Barcelos deixe de enviar 7000 doentes por ano para realizar TAC noutras unidades.

Só que a campanha, até pelo impacto mediático que teve, durou pouco mais de duas horas. “Fomos informados que já está previsto o financiamento público para a TAC do Hospital de Barcelos”, anunciava horas depois o Bastonário da Ordem dos Médicos no seu Facebook. “É excelente termos um Ministério da Saúde sempre atento. Os Barcelenses agradecem ao Ministro da Saúde. A campanha já não é necessária, o Ministério da Saúde, e muito bem, respondeu positivamente”, acrescentou José Manuel Silva.

### Edifício

O Hospital de Santa Maria Maior está instalado no antigo Convento dos Capuchos, que foi cedido à Santa Casa da Misericórdia de Barcelos em 1836. Pela sua vocação original religiosa, o edifício principal tem uma estrutura arquitectónica pouco preparada para acolher uma unidade hospitalar, o que se reflecte nos espaços exíguos para acolher doentes.

No antigo edifício do Convento, com três pisos, funciona o Serviço de Urgência, o Serviço de Imagiologia (RX), a admissão para a Consulta Externa, a Consulta Externa, o Serviço Social, o Hospital de Dia, a Administração e ainda a Esterilização. No terceiro piso funcionam serviços de apoio como a Informática.

Este espaço está ligado através de um corredor a outro edifício mais recente, datado de 1970, com seis pisos. Aqui funciona a recepção, o laboratório, o Serviço de Pediatria, o refeitório, o Bloco Operatório, o Serviço de Anestesia e a Cirurgia de Ambulatório, criada em 2008. No terceiro piso funciona o internamento das especialidades cirúrgicas com 37

camas. Nos restantes pisos funcionam o Serviço de Medicina Interna com 41 camas, o internamento das especialidades cirúrgicas com 34 camas e o bar e a central telefónica.





## Medição dos cuidados de saúde baseada em valor

A Conferência ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) em Portugal “Medição dos cuidados de saúde baseada em valor” foi uma iniciativa conjunta da Nova School of Business and Economics, da Nova Medical School e do Centro Hospitalar de Lisboa Central. O ICHOM foi fundado pela Harvard Business School, o Karolinska Institutet e o The Boston Consulting Group. A conferência que se realizou nos passados dias 10 e 11 de fevereiro reuniu médicos, administradores, decisores políticos e doentes para discutir a importância da medição dos cuidados de saúde baseada em valor e a possibilidade do nosso país passar a adotar os padrões de medição do ICHOM.

O discurso inaugural desta conferência coube ao Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, que reconheceu a importância de dinamizar o setor da saúde com recurso a sistemas como o do ICHOM e falou sobre a “real capacidade que teremos de pôr o doente no centro do sistema”, uma área que considera que tem sido menos bem conseguida pois “o sistema tende para a burocracia administrativa”, admitiu, referindo como essencial “a organização das respostas de acordo com as necessidades e as preferências das pessoas”. Para que tal seja possível, considera fundamental que haja transparência (essa é, aliás, uma das recomendações da OMS), uma dinâmica de competição e liberdade de acesso e circulação. “É preciso focar nos resultados e não nos processos”, num modelo de financia-

mento “para reconhecimento e maior valorização dos bons resultados”.

A presidente do ICHOM (entidade sem fins lucrativos), Christina Akerman, explicou a missão dessa entidade como sendo deslindar “o potencial dos cuidados de saúde baseados no valor, através da definição de conjuntos padrão de resultados que realmente são valorizados pelos doentes e divulgar e promover essas medidas a nível mundial”. Nesta definição, o valor traduz-se em “resultados que são aqueles com os quais as pessoas mais se preocupam quando procuram tratamento médico, incluindo melhorias funcionais e a capacidade de ter vidas normais e produtivas porque só assim contribuimos para a sociedade”. Esta oradora referenciou o potencial dos cuidados baseados em valor nomeadamente se tivermos

em conta que “a variabilidade dos resultados em saúde é um problema a nível mundial” e que só com “resultados padronizados” poderemos comparar as várias instituições e os vários países. A oradora referiu como nos EUA há grandes disparidades na taxa de complicações obstétricas, na Grã-Bretanha existem grandes diferenças em termos de mortalidade após cirurgia de *bypass*, na Alemanha a taxa de necessidade de nova cirurgia após operação à anca tem grandes diferenças entre instituições hospitalares, etc. Christina Akerman explicou que, por exemplo, a sobrevida em casos de cancro da próstata é muito boa mas que é necessário analisar a resposta à pergunta “sobrevida para que vida?” considerando que para responder é essencial medir variantes como a continência, a função sexual, etc. “Os

resultados são importantes para os doentes portanto temos que nos focar neles". "Temos que perceber se os recursos que usamos trazem resultados em termos de valor para o doente", referiu, não desvalorizando a necessidade de medir o custo mas recentrando a análise no valor/resultado que se

com o trabalho que estão a desenvolver consideramos muito importante o facto de envolverem as escolas neste processo" e referenciou o Hospital da Luz e a José de Mello Saúde por serem duas organizações que estão a participar no programa mundial de *benchmarking*. Até ao fim do ano de 2017, o ICHOM pretende ter publicado um número suficiente de padrões de medição para cobrir mais do que 50% da carga global de doenças.



Christina Akerman

### Financiamento hospitalar e prestação de cuidados de saúde

obtem. Citando um exemplo concreto, a presidente do ICHOM explicou como, na Suécia, quando começaram a medir a qualidade e a divulgar os resultados com maior transparência, centrando-se no valor para o doente, obtiveram melhorias significativas na abordagem ao enfarte do miocárdio. Já com 21 conjuntos padrão definidos para diversas patologias e 40 países a integrar os grupos de trabalho, incluindo Portugal, e com muitas associações de doentes que também contribuem para a definição do valor para as diversas patologias, para o ICHOM é fundamental fazer *benchmarking* ou seja procurar as melhores práticas em cuidados saúde e melhorar o desempenho em termos de resultados/valor para o doente, numa filosofia que Christina Akerman resumiu citando o cirurgião americano Ernest A. Codman ao dizer que "cada hospital devia seguir cada doente que trata o tempo suficiente para determinar se o tratamento foi ou não bem sucedido e então inquirir 'senão o foi, porque razão?' com o objetivo de prevenir fracassos semelhantes no futuro". O ICHOM acompanha e colabora com as instituições que querem implementar este sistema e, sobre Portugal, a representante dessa entidade referiu "estamos muito impressionados

Mesa redonda moderada por Joaquim Cunha, diretor executivo do Health Cluster Portugal, que contou com as intervenções de Delfim Rodrigues, presidente do conselho de administração do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, ex-Diretor-Geral da Saúde, Diane Bell, diretora do PA Consulting Group para o setor da Saúde, ex-diretora executiva de estratégia do NHS Bedfordshire Clinical Commissioning Group, Paulo Gonçalves, partner e managing director do The Boston Consulting Group Espanha, Pedro Dias Alves, membro do Conselho de Administração da Lusíadas Saúde, Ricardo Mestre, vogal do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Rui Assoreira Raposo, administrador executivo da José de Mello Saúde.

Paulo Gonçalves referenciou a relação entre a sustentabilidade e o valor para o doente e considerou prejudicial o facto de faltar um sistema e uma linguagem comuns com dados comparáveis.

Delfim Rodrigues considera que "pôr o doente no palco transforma esse mesmo doente (e a sua família) em co-produtor de todos os cuidados de saúde - que é o que ainda nos falta". "O sistema estava baseado no volume e

agora precisa basear-se em valor"; Para o ex-Diretor-Geral da Saúde os resultados dependem dos incentivos e do seu direcionamento (que deve ser efetuado para o valor) e essa é precisamente a grande diferença entre o sistema de saúde português e os restantes: "a forma como o dinheiro entra no sistema e como é usado".

Pedro Dias Alves sublinhou como "o custo de ter saúde é algo muito diferente do custo do tratamento" e da necessidade de "passarmos para um *continuum* de cuidados que começa 9 meses antes do nascimento e que inclui prevenção, educação para a saúde e tratamento". "Quando financiarmos as populações numa base de capitação teremos melhores resultados", afirmou, explicando que em saúde a pergunta não deverá ser "quanto custa tratar um enfarte do miocárdio?" mas sim "quanto custa prevenir um enfarte?", alertando para a necessidade de mudar paradigmas pois "é perverso pensar que, se houver uma epidemia de saúde, eu não vou ser pago"...

Para Rui Raposo o objetivo central tem que passar a ser "o valor para o doente, não a contenção de custos: esta é condição necessária para a sustentabilidade do sistema mas não o é para que os nossos doentes façam uma boa avaliação do resultado obtido". Para o administrador executivo da José de Mello Saúde muita coisa tem que mudar no sistema de saúde: "os gestores de topo têm que redefinir as prioridades das suas instituições; as estruturas e processos também vão mudar; e as equipas têm que ser cada vez mais organizadas em percursos clínicos e não apenas por especialidade e tem que haver um 'gestor de percurso clínico'; também é necessário redesenhar os registos clínicos para podermos extrair dos sistemas toda a informação que é realmente relevante, (...) numa prática orientada para que o doente seja mais bem tratado". Na instituição que representa já se faz recolha de dados que são partilhados com o ICHOM, "ficando sujeitos a um processo de avaliação e aprendizagem" e já existem alguns "gestores de processo" por exemplo no caso do



Paulo Gonçalves e Pedro Dias Alves



Diane Bell

doente oncológico, mas, como referiu: “os incentivos estão ainda desalinhados pois continua a haver um financiamento por volume”.

Ricardo Mestre falou sobre o financiamento como modificador do comportamento dos agentes e referenciou várias

fases da evolução do sistema de financiamento que neste momento “está baseado nos processos e na prática clínica” mas concordou que é altura do sistema “introduzir novos incentivos para acelerar esta abordagem” pois cuidados de saúde centrados no valor são “a evolução que a modernidade exige aos sistemas de saúde”.

Diane Bell reiterou a necessidade de mudança contando alguns exemplos de implementação do sistema ICHOM, nomeadamente a experiência que ocorreu no sul de Londres, com o objetivo de melhorar a saúde do idoso. A oradora explicou como as instituições estavam convictas que tratavam bem os idosos pois preenchiam todos os indicadores. Mas quando começaram a questionar os idosos para determinar o valor dos cuidados, questionando, por exemplo, se se sentiam seguros em casa aperceberam-se que a resposta era não. E esta não era uma questão de polícia pois com os questionários foi possível perceber o que influenciava essa percepção de segurança: o facto das equipas de cuidados domiciliários mudarem com alguma



Ricardo Mestre e Rui Raposo

frequência, se os cuidadores sorriam ou não, etc., questões cujo valor havia sido negligenciado. No final da sua intervenção a diretora do PA Consulting Group para o setor da Saúde e ex-diretora executiva de estratégia do NHS Bedfordshire Clinical Commissioning Group defendeu que a excessiva competitividade tem abalado a confiança entre as instituições e que é necessária “maior colaboração e menos concorrência”.

### A ciência económica e a medição dos outputs de saúde

Moderada por João Pereira, professor catedrático de Economia da Saúde e diretor da Escola Nacional de Saúde Pública, este tema recebeu o contributo de Céu Mateus, professora da Lancaster University, membro dos órgãos sociais da European Health Economics Association, de João Marques Gomes, investigador da Nova School of Business and Economics e CEO da Nova Healthcare Initiative e de Luis R. Murillo-Zamora, professor da Universidad de Extre-

madura e diretor do grupo de investigação AEDIMARK.

Numa intervenção marcada pelo pragmatismo, que intituiu “avaliação económica na saúde: o valor da informação perfeita”, Céu Mateus começou por recordar que as decisões devem ser baseadas na evidência e que

“é necessário olhar para a realidade!”. “É importante conseguir passar do que é demonstrado para a integração na prática clínica” pois nem sempre o que sabemos tem correspondência no que fazemos: “há estudos com quase duas décadas que hoje se repetem exatamente com os mesmos resultados”, “Há dificuldade em passar os resultados da investigação para a política e consequentemente para a prática médica”. “Temos dados do INE, um inquérito nacional de saúde, etc. mas cada vez é mais difícil aceder aos dados por questões de privacidade” e nem sempre os dados são divulgados de forma célere o que faz com que os investigadores tenham muitas dificuldades, referiu exemplificando com os dados sobre os gastos nos hospitais que a ACSS só ainda tem divulgado dados referentes a 2009, dificuldades de acesso a dados que a oradora referiu existirem também no NHS. Questão igualmente importante na saúde são as determinantes e “muitas vezes esquecemo-nos” e só tratamos a doença e não as causas. Embora reconheça a dificuldade em estabelecer políticas eficazes de combate ao tabagismo, à poluição, má nutrição, etc., Céu Mateus considera essencial – e possível – a existência de alguma intervenção política nessas áreas. Em conclusão, a oradora referiu a necessidade de disseminar a informação por profissionais e pelo público em geral, a necessidade de saber escolher informação útil (citando o *site* [choosingwisely.org](http://choosingwisely.org) através do qual se promove o diálogo entre médicos e doentes para ajudar estes a escolher cuidados de saúde que



João Marques Gomes

sejam baseados na evidência, que não dupliquem exames de diagnóstico já efetuados, que não provoquem mal e que sejam realmente necessários), e a necessidade de utilizar a informação disponível pois não o fazer, à semelhança de procurar mais evidência onde ela já existe, é desperdiçar recursos.

João Marques Gomes começou por destrinçar os conceitos de eficácia (capacidade de obter um determinado resultado) e eficiência (capacidade de o fazer sem desperdício) pois são conceitos de aplicação fundamental, explicando em seguida a diferença entre eficiência técnica, alocativa, global e de escala. A eficiência de escala, por exemplo, é o que esteve na base da criação dos centros hospitalares. Numa intervenção centrada sobre a medição da eficiência em saúde, o CEO da Nova Healthcare Initiative referiu a falta de “dados de *output* que incluam a qualidade dos cuidados prestados e/ou que meçam o efeito dos atos médicos no bem estar dos doentes” pois é “essencial ter dados” para uma ação estruturada e consequente e sem nos esquecermos que “o que interessa é o resultado final” e que para a ciência económica “as medições baseadas em valor são muito bem vindas” e fundamentais para que não se esqueça o cidadão como razão de ser da existência dos cuidados.

Luis R. Murillo-Zamorano começou por questionar se “a eficiência interessa ou não em termos de saúde?”, admitindo ser um tema controverso mas concluindo que sim pois “melhorando

a eficiência dos cuidados de saúde podemos poupar 2% do PIB em termos da média dos países da OCDE”. Dada a forma negligente como os decisores políticos tratam a evidência existente, o professor da Universidad de Extremadura questionou para que serve a investigação e qual a sua utilidade se os políticos não parecem importar-se com a qualidade e a eficiência

por este investigador, é a chamada “gamificação”. Gamificação é um neologismo que se define pelo recurso a técnicas características de jogos de vídeo, recorrendo a prémios e outros métodos de jogo, em situações do mundo real, aplicadas nos mais variados campos de atividade, tais como a educação, saúde, política e desporto, com o objetivo de resolver problemas práticos, consciencializar ou motivar um público específico para um determinado assunto. Luis R. Murillo-Za-



Luis Zamorano e Céu Mateus

cia. O grande desafio dos sistemas de saúde é, conforme referenciado por este orador, “assegurar bons cuidados a bom preço, sem nunca pôr em causa a segurança dos doentes porque isso sai caro”. É preciso que prestemos “cuidados de saúde seguros e eficazes e que sejam uma boa experiência para o doente”. Será, portanto, necessário “mais prevenção, mais cuidados de saúde primários e menos hospital, com decisões mais próximas do doente”. Sobre a forma de melhorar os resultados em saúde sem aumentar a despesa, Luis R. Murillo-Zamorano referiu a necessidade de aplicar políticas de educação para a saúde que a longo prazo reduzem custos. “É preciso formar todos para a saúde”, profissionais, indústria farmacêutica e doentes, com “motivação, empenho e formação”. Uma forma atual de o fazer, referida

morano referiu algumas das empresas que têm recorrido à gamificação (entre as quais a NASA, empresas da banca, da indústria automóvel, etc.) e defendeu que “quanto mais depressa implementarmos a gamificação mais depressa vamos tornar os nossos sistemas mais eficientes e eficazes” e recordando que a gamificação pode ser usada para recolha de dados em saúde (através de aplicações no telemóvel, por exemplo).

---

**A excessiva competitividade tem abalado a confiança entre as instituições. É necessária “maior colaboração e menos concorrência”**

- Diane Bell

---

## Dados e gestão quotidiana dos hospitais em Portugal

Alexandre Lourenço, presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, foi o moderador da mesa sobre a gestão hospitalar em Portugal, a qual contou com as intervenções de José Fragata, professor catedrático da Nova Medical School e diretor da área de coração, vasos e tórax do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Fernando Regateiro, coordenador nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados de saúde hospitalares, Isabel Vaz, CEO da Luz Saúde, José Maria Laranja Pontes, presidente do conselho de administração do IPO do Porto e Sofia Nogueira da Silva, presidente da Entidade Reguladora da Saúde.

José Fragata começou por referir as dificuldades mais comuns na gestão hospitalar, entre as quais o excesso de indicadores e insuficiente interligação entre indicadores administrativos e clínicos, o facto de o foco ser em episódios de tratamento e não em resultado dos cuidados prestados e o erróneo centrar da intervenção na doença, por especialidade, em vez de se ter em conta o percurso clínico do doente. Perante estas dificuldades, José Fragata considera essencial que nos questionemos sobre que indicadores de saúde usar e sobre a sua integração. “Para uma análise correta”, quer do percurso quer dos resultados dos cuidados prestados, “temos que seguir os doentes muito mais tempo”, muito além do mero período de internamento hospitalar. “A Kodak nunca percebeu que o seu negócio não era a película mas sim as imagens; é nossa obrigação não esquecer que o importante é o valor”, concluiu, exemplificando a importância das questões debatidas nesta conferência.

“Quem se ficar pela gestão quotidiana não aplica uma visão nem perspectiva o futuro” - foi desta forma que Fernando Regateiro iniciou a sua intervenção, realçando a importância do planeamento estratégico a médio e longo prazo e da inovação pois, sem ela, “qualquer entidade hospitalar está condenada a perder qualidade e eficiência e a ser dispendiosa”. “Os processos são meios e não fins” e ao olharmos para o resultado a longo



José Maria Laranja Pontes



José Fragata



Isabel Vaz

prazo é que nos podemos aperceber se houve ou não “compromissos de qualidade duvidosa que nos saem mais caros”, explicou, referindo-se por exemplo à taxa de rejeição de próteses. “Temos que fazer um bom seguimento do doente para conhecer os resultados a curto, médio e longo prazo, projetando o processo em termos de percurso de vida do cidadão, (...) e poderemos, por vezes, ter que gastar mais este ano para poupar nos seguintes”. Considerando essencial “retirar os doentes do circuito da urgência”, Fernando Regateiro defendeu a necessidade de integrar cuidados, levá-los à proximidade e estabelecer vias de acesso não convencionais aos médicos hospitalares” pois “se não tivermos um sistema centrado no doente teremos sempre um serviço nacional de doença em vez de um serviço nacional de saúde”.

Isabel Vaz explicou a motivação para “implementar uma agenda de valor” onde inclui a demonstração de bons resultados e obtenção de valor que fundamentem a competitividade e que são uma forma de “nos prepararmos para ter melhor qualidade a menor custo”. Mas, para termos ganhos estruturais e contínuos em saúde, “a ligação à academia, à investigação

é essencial”. Para se conseguir esta mudança, Isabel Vaz considera igualmente necessário que o acesso a dados relevantes seja fácil e rápido e explicou como a instituição que representa tem participado em ensaios clínicos de *outcome research* e falou das lições que têm aprendido neste processo nomeadamente a necessidade de pugnar

pela educação médica de qualidade e de ter administradores e médicos envolvidos e empenhados no processo, pois é preciso começar este trabalho com as pessoas que acreditam nele e, preferencialmente, com as especialidades que já estão habituadas a trabalhar de forma mais integrada e multidisciplinar em prol do doente (tratamento do cancro, por exemplo), salientando a sua convicção de que “a gestão de topo tem que estar nas mãos de médicos”.

José Maria Laranja Pontes explicou como o IPO do Porto há muito tempo que se interessa por modelos de avaliação como o apresentado pelo ICHOM e explicou a necessidade de alinhar a visão estratégica de profissionais e administradores e como no IPO desde 2013 que os 3 eixos de ação se mantêm (doentes, qualidade e inovação). “Avançamos através de programas concretos” sublinhou, relatando a experiência do PCCC – Porto Comprehensive Cancer Center e afirmando que, na instituição que representa, há vários anos que a organização se faz em função dos doentes e com análise do que é importante para eles. José Maria Pontes referenciou uma das dificuldades já debatida noutras mesas: “somos um

dos melhores hospitais de oncologia da Europa; se dizem que somos o hospital que gasta menos e que tem o maior *case mix* deviam dar-nos um prémio como incentivo financeiro". "Operamos 71% dos doentes com cancro de mama no período de referência; é preciso melhorar os outros 29%. Não estamos numa corrida de 100 metros, mas sim numa corrida de fundo. (...) O nosso objetivo é que a avaliação dos doentes venha a ser 100% quanto ao valor dos resultados para a sua qualidade de vida".

A presidente da ERS, Sofia Nogueira da Silva, falou sobre o SINAS e os princípios orientadores deste sistema de avaliação que visa a excelência clínica que recorre a indicadores de processo e de resultado, com focalização no doente e na sua satisfação, segundo esta oradora. A informação sobre indicadores e o SINAS encontra-se disponível no site da ERS. Sofia Nogueira da Silva concluiu a sua intervenção com uma nota sobre a resistência à mudança, afirmando que as instituições com comportamentos autistas "não devem estranhar se forem tratadas precisamente como instituições autistas..."

## Medição dos cuidados de saúde e os cursos de medicina

Jaime Branco, diretor da Nova Medical School, Maartje Schouwenburg, co-fundadora e membro do conselho de administração da *Value in Care*, Martin Ingvar, *deputy vice chancellor for Future Healthcare* do Karolinska Institutet e Luís Taborda Barata, presidente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior foram os oradores convidados numa mesa moderada por António Vaz Carneiro, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseados na Evidência o qual começou por explicar que, mais do que interessada na implementação, a Faculdade de Medicina está particularmente empenhada em participar na definição de *standard sets* e que essa instituição representa o "centro natural para absorver novas áreas que surjam na saúde" e falou sobre o po-

tencial estabelecimento de um sistema curricular "que integre medição de resultados baseados em valor".

Jaime Branco, diretor da Nova Medical School, referiu que no mestrado integrado se ensinam conhecimentos, gestos e competências e referiu a necessidade de "harmonizar conceitos e dar aos alunos um contacto precoce com estas matérias", mas considera que o seu aprofun-



Maartje Schouwenburg

damento só deve acontecer "quando os alunos já têm noções base de diagnóstico, terapêutica e prognóstico". Defendeu igualmente a "abordagem transversal com avaliação de resultados em todas as unidades clínicas". "Se já levamos entre 11 e 13 anos para formar um especialista é impossível pôr mais matérias sem retirar outras", referiu, fundamentando a abordagem transversal. "Na pré-graduação não é possível os alunos aprenderem tudo; é por essa razão que temos uma oferta muito bem estruturada e integrada em termos de formação pós-graduada", referiu exemplificando com o curso de mestrado em *Primary Care Mental Health*, entre outros.

Maartje Schouwenburg explicou que na Holanda há bons cuidados de saúde mas que são muito caros; "Temos poucos incentivos para melhorar seja do ponto de vista intelectual seja financeiro". Quanto à formação explicou que os jovens médicos não sabem nada sobre a medição de resultados baseados em valor: "sabemos tudo sobre doenças e fisiologia,

cada vez temos mais módulos de comunicação; (...) Também quero ser um bom líder e gestor mas... não serei nada disso se não tiver formação adequada". Mas, como sublinhou, na Holanda demora muito tempo até que se consiga incluir uma nova disciplina no currículo, o que seria a solução ideal. Mas, como tal ainda não é possível, foi criada a *Value in Care*, instituição que organiza *master classes*, *webinars* e *workshops* sobre como implementar medição de resultados baseados no valor para o doente.

Martin Ingvar começou com uma referência irónica para demonstrar as dificuldades que tem sentido: "se acham



António Vaz Carneiro e Jaime Branco



Martin Ingvar

que os hospitais trabalham/mudam de forma muito lenta, então tentem reformar uma universidade"... "A universidade que conseguir mudar vai ser líder a nível mundial". Sobre a medição de resultados, referiu a necessidade de "medir os que são importantes para o doente". "Estamos a afastar-nos do modelo tradicional – 'faça o que eu digo e cura-se' – para uma abordagem em que o doente está incluído no ciclo de conhecimento para criação de saúde".

Luís Taborda Barata falou sobre prioridades como a consciência de que "à nossa frente não está um número mas sim uma pessoa", a necessidade de envolver os

doentes num processo mais regular (na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior há um conselho da comunidade), importância de ter uma visão aprofundada do sistema e de interação entre todos os profissionais de saúde, equilíbrio entre os CSP e os outros níveis de cuidados; outra prioridade referida por este orador foi “perceber a relevância dos fatores de contexto” e proceder a uma estruturação de “todas as prioridades para responder ao desafio de centrar os cuidados no valor para os doentes”.

### Cuidados de saúde baseados no valor – a experiência no terreno

Barbro Fridén, CEO do grupo Sheikh Khalifa Medical City Ajman explicou como o seu percurso começou como CEO do maior hospital universitário da Suécia (Sahlgrenska University Hospital) onde existiam 2 mil camas, 17 mil funcionários e 107 mil casos hospitalares onde aplicou a influência de Michael Porter para melhorar pois existiam indicadores mas não mediam os resultados. “Em 2012 sentamo-nos com os doentes e percebemos que mediamos o tempo de espera, os efeitos adversos e protocolos enquanto que os doentes queriam saber sobre sobrevivência, qualidade e autonomia para a vida, ansiedade, depressão, quando poderiam voltar ao trabalho, etc.” “Só ao medir os resultados é que podemos definir o sucesso clínico e organizacional. (...) Começamos a medir os resultados e a focar-nos naquilo que era necessário para os atingir. (...) O foco nos resultados torna necessário seguir o ciclo completo dos cuidados com integração dos percursos desses mesmos cuidados. (...) Começamos com pequenos passos e fomos aprendendo durante o processo”. “Na Suécia gostamos muito de marcar reuniões e de beber um café discutindo todos os assuntos que não constam na agenda da reunião” ironizou, concluindo “quando entramos neste processo tornamo-nos muito mais eficazes e já seguíamos a agenda”, em reuniões que envolviam jovens médicos e doen-

tes. “Após algum tempo, os grupos de trabalho que havíamos criado deixaram de estar envolvidos num ‘projeto’ porque esta passou a ser a nossa prática diária”. Um dos *case studies* referidos por Barbro Fridén foi do departamento de psiquiatria do Sahlgrenska University Hospital onde existiam muitas queixas dos doentes e muita variabilidade nos resultados, com diferenças entre enfermarias de 31% nos tempos de internamento, por exemplo. “Ao analisarem os resultados aperceberam-se dessas questões e em como havia falta de padronização”. O departamento empenhou-se e começou a trabalhar para



Barbro Fridén

a prestação de cuidados baseada no valor para o doente e “ao fim de um ano reduziram o internamento médio de 30 para 15 dias nas duas enfermarias no que se refere aos doentes com doença bipolar” e também melhoraram as situações de reinternamento e conseguiram evitar em 180 doentes a necessidade de cuidados hospitalares. “Foram 3 milhões de euros que a equipa poupou e que usou noutras áreas”. Nesse departamento de psiquiatria foi medido – e melhorou – outro valor importante para esses doentes: a capacidade de manter um emprego. Atualmente a oradora está a dirigir um pequeno centro hospitalar nos Emirados Árabes (Sheikh Khalifa Medical City Ajman) onde ainda se encontra na fase de análise e explicou que uma das variantes que já foi possível determinar que precisa mudar é a organização ao nível das tecnologias de informação. Sobre a dificuldade de implementar este sistema de cuidados de saúde baseados no valor Barbro Fridén é perentória: “os valores são adquiridos muito cedo; se uma pessoa tem valores, consigo ensinar-lhe tudo; mas se esses valores não estiverem lá...”

### A medição de valor em Saúde, os doentes e a decisão política

Joaquim Neto Murta, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, diretor do Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra foi o moderador desta mesa onde entrevistaram representantes de diversas associações de doentes, tendo feito uma introdução onde explicou o que se tem feito no *sub-cluster* de oftalmologia onde há várias empresas envolvidas (o orador referiu a importância do financiamento da indústria farmacêutica) num projeto que pretende avaliar resultados dos vários centros de oftalmologia, criar interação entre clínicos, investigadores e organizações e promover a excelência da oftalmologia portuguesa. Usando ainda a sua especialidade como referência, Joaquim Murta explicou a questão da medição do valor da seguinte forma: “enquanto que o oftalmologista quer saber quantas linhas aumentou, o doente quer saber se se vai deslocar melhor”...

Ana Sampaio, presidente da Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino, Colite Ulcerosa e Doença de Crohn, referiu que a importância de medir os cuidados de saúde em termos de valor para o doente é essencial porque esse valor é a qualidade de vida. “A qualidade de vida para um doente é poder trabalhar, conviver, estar com os amigos, ter relações íntimas. O doente não é só a sua doença. (...) O SNS tem que se organizar em função das necessidades do doente”. Esta oradora referiu dificuldades de acesso à informação, por exemplo quantos doentes sofrem de uma determinada patologia e sublinhou que “um doente lembrar-se todos os dias que é doente é uma situação penosa; a necessidade de recordar a toma da medicação é algo muito diferente de ter que se recordar que é doente”. Rogério Ribeiro, investigador sénior da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, referiu o potencial benéfico de “envolver e capacitar os doentes” e considerou que o maior desafio “é ‘encaixar’



Joaquim Neto Murta, Ana Botas, Ana Sampaio, Rogério Ribeiro, Joaquim Domingos e Vítor Neves

tudo com o investimento disponível”, referenciando a ligação que existe entre algumas faculdades de medicina e as associações de doentes, com deslocações regulares de estudantes às associações. Vítor Neves, presidente da Europacolón Portugal, referiu como um bom exemplo o caso do IPO do Porto que reuniu com as associações de doentes para apresentar os resultados quanto aos doentes tratados, dificuldades de tratamento, financiamento e perspetivas futuras. “Isto é um sintoma de uma mudança de mentalidade que tem que ser feita. (...) Foi muito útil pois ficamos mais capacitados para responder nas associações às dúvidas”. Vítor Neves realçou igualmente a importância da comunicação e empatia entre o médico e o doente para potenciar “a participação do doente no seu processo terapêutico”, aumentando a confiança e a adesão terapêutica, o que melhora os resultados mas alertou que “os doentes continuam a não ser ouvidos” nomeadamente porque “quem tem uma lista de doentes que tem que ver de dez em dez minutos” não dá a mesma relevância às questões. “Para quem está do outro lado, o doente, esses são momentos muito importantes na vida. É preciso o cuidado e o tempo necessários para um médico dar determinadas notícias”. Este interveniente defendeu uma maior capacitação dos médicos de família no caso de doenças crónicas com o objetivo de “libertar os hospitais”. Joaquim Domingos, presidente da As-

sociação Portuguesa de Doentes da Próstata, optou por referir a necessidade de as associações de doentes se organizarem de forma mais concertada, nomeadamente, numa eventual federação. Ana Botas, vice-presidente da Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson, afirmou que “os doentes querem ser envolvidos” e realçou que para estes doentes não são só as terapêuticas que são importantes mas também o convívio social. Após a mesa redonda das associações de doentes seguiu-se uma intervenção de Manuel Delgado, Secretário de Estado da Saúde do XXI Governo Constitucional da República Portuguesa, referenciando a inexistência de “métricas adequadas para avaliar a cada momento os ganhos em saúde que fazem sentido para os doentes”, o que resumiu na questão “o que é que a medicina está concretamente a fazer por mim?”. A falta desses indicadores deve-se essencialmente ao facto de ser mais fácil medir os *inputs* (investimentos) do que os *outcomes* (resultados/valor). O Secretário de Estado da Saúde criticou a “cultura do consumismo” e defendeu que as pessoas preferem pedir investimento do que medir resultados, com “incremento do primado dos recursos sem avaliação dos resultados”; “O foco não pode ser apenas esse. Temos todos que aumentar a eficiência”, sublinhou considerando que há uma falta generalizada de

rigor no planeamento (tendo afirmado considerar essencial para o planeamento que se defina quantos doentes deverá um médico ver, num determinado período de tempo pré-definido). O orador referiu o conceito de “sustentabilidade do valor” algo que só pode ser medido se tivermos em conta se há ou não recidivas, sequelas e outros efeitos a médio/longo prazo. Manuel Delgado referiu várias medidas que este Governo implementou como os incentivos à fixação de médicos, com maior remuneração, mais tempo de formação e uma progressão mais rápida na carreira. Apesar de ter defendido a redução de custos, o Secretário de Estado da Saúde considerou que essa redução não pode ser feita sem analisar os resultados e que não se podem fazer cortes cegos mas defendeu uma “prestação de serviços mais eficiente”.

Quem se ficar pela gestão quotidiana não aplica uma visão nem perspectiva o futuro

- Fernando Regateiro



# AMP-Student tem novo editor-chefe

Nomeada pelo conjunto dos editores associados do Student Corner da Acta Médica

Portuguesa, Joana Revés foi confirmada por Rui Tato Marinho para assegurar este cargo, cujo âmbito de responsabilidade inclui uma série de operações fundamentais como por exemplo a gestão da rede de representantes locais das escolas médicas, a angariação de artigos elaborados por estudantes, sujeitos aos mesmos critérios de qualidade dos artigos “séniores”, a representação da AMP-Student em congressos nacionais e a divulgação dos diversos projetos em curso.

A editora-chefe mandatada para o ano civil de 2017 exerceu já funções de editora-associada durante o presente ano, na equipa liderada por Pedro Câmara Pestana.

No âmbito desta atividade – que, à semelhança do restante conselho editorial e revisores da AMP/AMP-Student, é desenvolvida em regime pro bono sem quaisquer benefícios ou créditos – a jovem estudante de medicina realizou triagens de artigos submetidos por estudantes e participou na elaboração e tradução das normas de publicação destinadas a este segmento específico de autores.

A nível curricular, Joana Revés esteve igualmente envolvida na organização do Congresso de Estudantes de Medicina da sua faculdade no ano de 2015 e integrou a Associação de Estudantes da NOVA Medical School|Faculdade de Ciências Médicas como responsável pela área de formação. No presente mandato assumiu ainda o cargo de presidente do Conselho Fiscal e Disciplinar da mesma instituição.



Joana Revés, aluna do 5º ano na NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas, é a nova Editora-Chefe da AMP-Student.



# O valor económico da Saúde

O Conselho Estratégico Nacional da Saúde da CIP focaliza a sua ação no desenvolvimento inovador do setor da saúde, defendendo a expansão do próprio conceito, destacando os seus efeitos na sociedade e na economia. Face à pertinência e atualidade do tema, a CIP organizou a conferência “O Valor Económico da Saúde”, que se realizou no dia 12 de Outubro de 2016, no Centro de Congressos de Lisboa e na qual participaram vários representantes de ordens profissionais da saúde mas também economistas e decisores políticos, sobressaindo a ideia de necessidade de consensos nas regras estratégicas para a saúde, a qual foi comum aos vários intervenientes deste encontro.

“A Saúde, no seu conjunto de diversos agentes – as universidades, a indústria farmacêutica, os hospitais privados, os dispositivos médicos, os meios complementares de diagnóstico, os agentes, de turismo de Saúde e tantos outros – é uma área determinante para Portugal. Creio que poucas áreas reúnem um consenso tão sólido como a Saúde. Como tantas vezes ouvimos, a Saúde é um bem essencial para todos os cidadãos”, referiu António Saraiva, Presidente CIP, na abertura desta conferência. “A Saúde tem muito que corrigir e melhorar”, considerou, sublinhando que “o inves-

timento em saúde em Portugal é 63% da média dos países da OCDE” isto num contexto em que o nosso PIB *per capita* é 73% da média do PIB desse mesmo grupo de países. “Neste quadro, consideramos que não existe outro caminho que não a adoção de uma nova forma de pensar a Saúde em Portugal, relevando o papel dinamizador e transversal desta área. Para tal, devemos ambicionar colocar os indicadores nacionais, de investimento em Saúde e de qualidade de vida, em linha com os nossos parceiros da OCDE. (...) É fundamental aplicar modelos de financiamento que permitam disponibilizar inovação terapêutica, cumprir compromissos e investir na sustentabilidade”, sem esquecer que “o que nos deve preocupar não é o *deficit* de um ano mas sim a sustentabilidade a longo prazo”, especialmente quando temos em conta o desafio demográfico que é o envelhecimento da população e a prevalência crescente de doenças crónicas. “Melhor saúde significa melhor economia e, consequentemente, melhor saúde, ou seja: um país mais robusto e próspero”. Depois de vivermos tempos a que chamou “estado de exceção”, António Saraiva considera que “é tempo de encarar o futuro e garantir um sistema

de saúde em que os cidadãos confiem, que seja eficaz e eficiente; (...) É preciso sair do discurso tóxico que vê progressos e desenvolvimento como ameaças". Para a CIP "o investimento na Saúde é, claramente, gerador de ganhos para a sociedade; olhar para a Saúde exclusivamente na ótica da despesa é desperdiçar uma oportunidade de alavancar o desenvolvimento, pois há um enorme potencial de arrasto sobre a restante economia; é um setor de ponta em termos de investigação e tem uma ligação profunda às universidades", concluiu.

O Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, escolheu salientar o diálogo aberto e profícuo que considera que tem tido com as ordens profissionais da saúde, cujos representantes estavam presentes no encontro, diálogo esse que tornou possível levar a bom termo, por exemplo, a legislação relativa ao ato em saúde.

Sobre a necessidade de investimento na saúde, Adalberto Campos Fernandes considera que este Governo deixará um SNS muito diferente porque "escolheu investir no capital humano: repondo a remuneração e contratando mais três mil novos profissionais, incluindo enfermeiros e médicos". "Em algumas regiões, o país tem escassez de enfermeiros e de médicos". "Num exercício não conseguimos resolver os problemas do desinvestimento de várias legislaturas", referiu, frisando que, ainda assim, o orçamento para a saúde tem aumentado com este Governo. "Faz falta dinheiro mas também faz falta organização, respeito pelo dinheiro público e... que falta faz a ética!". Salientando que as dificuldades de acesso à inovação não são um exclusivo português, Adalberto Campos Fernandes afirmou que nunca será visto a afirmar que salvou o SNS mas garantiu que a sua equipa tudo fará para "fazer bem pelo SNS". Centrando-se na criação de valor concluiu recordando que a saúde é boa para a economia porque liberta para o trabalho e para a felicidade, mas também porque é um setor que agrega empresas de grande valor e é

um indutor de criação de emprego.

O economista e ex-Ministro da Economia, Augusto Mateus, fez um retrato económico da Saúde, salientando a importância do planeamento estratégico pois enfrentamos a necessidade de pagar mais tempo de reforma

## É preciso sair do discurso tóxico que vê progressos e desenvolvimento como ameaças.

- António Saraiva



António Saraiva

para a necessidade de vermos a saúde como "um processo de criação de valor" em que se envolvam os esforços de "SNS, setor privado, setor social e organizações do séc. XXI", isto é incluindo o voluntariado. Este orador questionou alguns paradigmas, nomeadamente: "o medir do 'fazer bem' é pelo volume dos cuidados prestados ou temos que inventar uma contabilidade real do valor dos tratamentos?"; "a proximidade deve aplicar-se a tudo na saúde ou devemos ter a coragem de dizer 'não' a hospitais

de proximidade porque destroem a 'racionalidade' do sistema por não ganharem dimensão nem no número de atos praticados nem no relacionamento com as empresas fornecedoras?"; "o caminho da especialização só é possível em algumas partes do sistema"; "temos que ter planos de saúde, não podemos



Adalberto Campos Fernandes

e uma necessidade crescente de cuidados de saúde, resultantes do aumento da esperança média de vida, uma realidade demográfica que percorre todas as economias europeias. "A realidade é que nem Portugal nem as outras economias europeias conseguem gerar recursos suficientes. (...) Temos que atuar na saúde como um gerador de riqueza pois a saúde é, a par da cultura e das artes, uma área potencial de criatividade e geração de riqueza". Considerando que somos um país bem classificado quanto ao "fazer a coisa certa" (*do the right thing*) mas não quanto ao "fazer bem" (*do it right*), Augusto Mateus alertou

ter cuidados a ser pensados apenas no momento em que são necessários", etc. Segundo este orador, "se tivéssemos verdadeiros serviços partilhados, em dez anos pouparíamos mil milhões de euros" mas na saúde "há falta de concorrência e de liberdade de escolha", afirmou, defendendo uma reforma "centrada no valor e no paciente". E como "apesar de tudo, fazemos algumas coisas notáveis", o economista terminou pedindo que não se confunda o motor com o volante: "o motor do SNS não é a procura interna de cuidados de saúde, o motor é a internacionalização e a inovação".

## Investimento em Saúde: alinhar Portugal com os países da OCDE

Ainda no âmbito da conferência sobre o valor económico da Saúde realizou-se uma mesa redonda dedicado ao investimento em saúde e à necessidade de alinhar Portugal com os países da OCDE; o debate foi moderado pelo jornalista Pedro Santos Guerreiro e contou com a intervenção de Ana Paula Martins, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, Ana Rita Cavaco, bastonária da Ordem dos Enfermeiros, José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, Constantino Sakellarides, presidente do Conselho de Administração da Fundação para a Saúde e José Aranda da Silva, presidente da Associação de Desenvolvimento e Investigação em Saúde Pública.

Neste mesmo dia, 12 de outubro de 2016, as Ordens profissionais do setor da Saúde – Enfermeiros, Farmacêuticos, Médicos, Médicos Dentistas e Nutricionistas – pediram uma audiência ao Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, para lhe apresentar uma proposta conjunta com uma série de medidas urgentes para o setor. Preocupadas com a perspectiva de o SNS não sobreviver ao “contínuo e grave subfinanciamento e desinvestimento de que tem sido alvo ao longo dos últimos anos”, as ordens profissionais do setor elaboraram o “Plano de Emergência para a Saúde”, documento que foi referido durante a intervenção de José Manuel Silva nesta mesa redonda. Nas suas palavras, este plano é um documento que demonstra “que existe um diálogo construtivo entre as Ordens”, fator que conside-

ra, obviamente, benéfico para o sistema nacional de saúde. “Os profissionais de saúde, que vivem no dia-a-dia, os problemas têm o dever ético e cívico de os denunciar”, referiu, recordando que “há sempre um grau de discrepância entre os discursos e a vida real”... Para exemplificar a desorganização e desinvestimento reinantes no sistema de saúde, José Manuel Silva explicou que, com a aprovação do regulamento do interno no serviço de urgência, com o qual se proíbe que os internos façam mais de 58h por semana, os



José Manuel Silva

serviços têm tido muitas dificuldades na organização das escalas (desinvestimento: “os médicos mais velhos deixaram de fazer horas extraordinárias porque não são pagas”; desorganização: “paga-se mais aos médicos contratados através de empresas” do que aos médicos dos quadros). Para José Manuel Silva é preciso “aproveitar a capacidade instalada” e “mudar alguma coisa na governação”

para que se consiga gerar riqueza que permita aumentar o investimento, quer na renovação e manutenção da tecnologia e das instalações quer na contratação de profissionais de saúde. Criticando

a abordagem daquilo a que designou como o inebriamento da “pequena estatística” - em que se aplaude o au-

mento do número de cirurgias sem se analisar se estamos a referir neurocirurgia ou cirurgia a uma unha encravada - sobre a necessidade de um consenso alargado para a saúde, José Manuel Silva foi perentório: “não podemos pensar que haverá um pacto que englobe todo o espectro partidário, mas todos devem estar envolvidos no debate”. Abordando o que havia sido referido sobre a proximidade e a concorrência em saúde, José Manuel Silva alertou que a concorrência tanto pode ser “o milagre” que alguns defendem como

---

## Não podemos pensar que haverá um pacto que englobe todo o espectro partidário, mas todos devem estar envolvidos no debate.

- José Manuel Silva

---

“a perversidade no sistema de saúde” e que quanto à proximidade, algumas decisões da tutela no encerramento de hospitais concelhios fizeram com que se eliminassem cuidados de agudos, continuados e paliativos de proximidade, que tinham um custo baixo, tendo esses mesmos doentes “passado a ser internados em camas muito mais caras”...

Ana Paula Martins, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, falou sobre o desinvestimento mas realçou que, ainda assim, o setor tem valor referindo os 1,2 mil milhões de euros de exportação na área da saúde (equipamentos, *software*, inovação e medicamentos). Referenciando alguns problemas específicos do setor farmacêutico, Ana Paula Martins considerou que o atual Ministério da Saúde tem abertura ao diálogo mas acrescentou: “queremos que o Ministério da Saúde tenha mais ‘peso’ no Governo”. Ana Rita Cavaco, por seu lado, orientou a sua intervenção para as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, classificando algumas situações como “vergonhosas”, facto que exemplificou com o serviço onde 1 enfermeiro tinha

---

## Se tivéssemos verdadeiros serviços partilhados, em dez anos pouparíamos mil milhões de euros.

- Augusto Mateus

---

que cuidar de 56 doentes, realçando que esse tipo de abordagem põe em causa a segurança dos doentes. “Um país que tem dinheiro para salvar bancos tem que ter mais dinheiro para salvar vidas e cuidar das pessoas!”

Constantino Sakellarides, presidente do Conselho de Administração da Fundação para a Saúde, demonstrou a sua perplexidade por, ano após ano, os problemas continuarem os mesmos: subinvestimento, sistema informático que, por ser deficitário, resulta em más condições de trabalho, profissionais cansados e antagonistas do sistema, doentes que, consequentemente, não são bem tratados... “É natural que o Ministério não possa dizer para fora que o sistema de saúde está na penúria mas espero que o diga dentro do Governo”, sublinhou, alertando que a OCDE já não recorre ao PIB como métrica de valor no sistema de saúde. “São as pessoas que determinam a cadeia de valor; (...) A pessoa tem um trajeto no sistema de saúde e só no final determina o valor com base nos ganhos em saúde que obteve com um determinado custo”. “É preciso mudar a forma como pensamos o nosso sistema nacional de saúde. Olhem para a pessoa e para o que ela precisa realizar” e invistam em “literacia para que as pessoas tomem melhores decisões e tenham percursos de vida mais saudáveis”.

José Aranda da Silva, presidente da Associação de Desenvolvimento e Investigação em Saúde Pública, enalteceu os nossos profissionais de saúde porque “apesar de tudo o nosso SNS tem grande resiliência e, com o trabalho dos nossos profissionais, temos conseguido superar circunstâncias que estou convicto que outros países não conseguiriam”. Apesar de toda a evidência contra, “continuam a ser tomadas medidas económicas sem medir previamente o seu impacto na saúde”, nomeadamente ao nível das políticas europeias. Sobre as tecnologias de informação, Aranda da Silva realçou que temos algumas boas tecnologias mas que o sistema como um todo não funciona bem porque “é uma manta de retalhos”.

**A Saúde é um poderoso motor de recuperação económica**

Óscar Gaspar, economista e ex-Secretário de Estado da Saúde, fez o comentário final desta conferência tendo citado vários vencedores do Prémio Nobel da Economia para fundamentar a premissa de que a Saúde é um motor de recuperação económica: Theodore W. Schultz (Prémio Nobel 1979) enfatizou o mérito de investir em saúde referindo a saúde da população (a qualidade de vida e a consequente longevidade) como um importante fator



Óscar Gaspar



João Almeida Lopes

de produção. Já Robert W. Fogel (Prémio Nobel 1993) referenciou como as mudanças na saúde, nutrição e condições de vida em geral (habitação, por exemplo) e redução da doença afetam significativamente a eficiência com a qual a energia ingerida é convertida em força de trabalho tendo estimado que a melhoria dessas condições, associada à consequente melhoria da saúde, foi responsável pelo crescimento em 1/3 do rendimento britânico entre 1790 e 1980. Angus Deaton (Prémio Nobel 2015) no seu livro “A grande evasão” (já publicado em Portugal) questiona as causas e efeitos da desigual-

dade, ao mesmo tempo que reconhece a fuga à pobreza e à doença como “a mais admirável das evasões humanas”.

Das conclusões do debate, Óscar Gaspar realçou a necessidade de estabelecer como prioridade nacional o “financiamento futuro da saúde”, seja por acordo, Lei de bases ou outra forma, pois Portugal precisa de mais investimento na saúde, setor que tem um peso muito importante em termos da economia nacional pois é um motor para a economia: em termos de condições de saúde pelo aumento de produtividade, redução absentismo por doença, etc. e em termos de dinâmica económica desde a investigação académica às TIC, passando pela aplicação de novos materiais, áreas de *wellbeing*, etc. Essa capacidade inerente ao setor já foi comprovada por exemplos internacionais como o *Recovery Act* de Obama. Mas, “tal como os outros setores económicos, a economia da saúde necessita de determinadas condições para se desenvolver tais como regras de mercado, regulação, previsibilidade e estabilidade”, considerou. “A internacionalização da saúde é uma oportunidade para o país nomeadamente porque somos competitivos”, concluiu.

No encerramento da conferência, João Almeida Lopes, presidente da direção da APIFARMA e do Conselho Estratégico Nacional da Saúde/CIP, também referenciou que um bom raciocínio em saúde “não se coaduna com o prazo do orçamento de Estado”, frisando assim a necessidade de consensos

mais alargados e remeteu para números da OCDE deixando para reflexão dos participantes um dos mais preocupantes para Portugal: “no nosso país a qualidade de vida, depois dos 65 anos degrada-se muito”. O Conselho Estratégico Nacional da Saúde da CIP defende que a área económica da saúde é muito relevante para o desenvolvimento económico de Portugal e deve ser promovida, dada a sua capacidade de gerar emprego, fomentar exportações e investimento em inovação no país, permitindo rentabilizar o ecossistema de investigação e desenvolvimento de Portugal.



## Daniel Serrão um Homem e várias vidas

Com a morte de cada homem termina um universo cultural específico, mais ou menos rico mas sempre original e irrepetível. O que o homem deixa quando morre - os seus escritos, os objectos culturais que criou, a memória da sua palavra, dos seus gestos ou do seu sorriso naqueles que com ele viveram, os filhos que gerou - tudo exprime uma realidade que está para além do corpo físico, de um certo corpo físico que esse homem usou para viver o seu limitado tempo pessoal de ser homem.

*In "Viver, envelhecer e morrer com dignidade"*

Daniel Serrão decidiu ser médico no 5.º ano de escolaridade logo que iniciou os estudos de biologia. Terminou o curso de Medicina em 1951, doutorou-se em 59, com 19 valores e a partir de 1961 foi professor na Universidade do Porto; em 1969 prestou serviço no hospital militar de Luanda e tornou-se professor catedrático de Anatomia Patológica em 1971. Entre 1974 e 1976 foi impedido de exercer funções académicas e hospitalares, mas o despacho impeditivo viria a ser anulado um ano depois. Quando se jubilou, em 1998, era já uma referência internacional pela investigação desenvolvida na área da bioética. Professor e investigador notável, galardoado por diversas entidades com diversos prémios, autor dezenas de livros e artigos, e tantas outras funções exercidas e distinções merecidas, Daniel Serrão faleceu no passado dia 8 de janeiro. Tinha 88 anos e várias vidas de "um homem requintadamente feliz" e corajosamente optimista. Quem teve a felicidade de ouvir algumas das suas palestras não esquecerá como, com a sua voz encantatória, a plateia se rendia à generosidade intelectual de quem tinha alma de professor.

Como uma breve - mas muito merecida e profundamente sentida - homenagem, a revista da Ordem dos Médicos escolhe não elencar publicações, conferências proferidas ou datas significativas de um percurso de vida que, sendo extenso, foi demasiado curto, optando

por publicar a sua "nota meio-biográfica" através da qual o Professor Daniel Serrão continua a ensinar-nos tanto e a inspirar-nos a ser melhores versões de nós a cada dia.

"A proximidade da morte civil, que em Portugal ocorre aos setenta anos, dá oportunidade para uma reflexão sobre o tempo passado e para o delinear de um projecto para uma nova forma de viver que não será, necessariamente, a última.

Para mim é fácil porque já cumpri algumas e bem diferentes formas de estar na vida. Tenho dúvidas se terá interesse para os leitores.

Ser médico foi uma vocação irresistível e por ela lutei durante os seis anos do curso, com as dificuldades inerentes a um provinciano cuja adolescência e juventude decorreram fora dos grandes centros universitários de Lisboa, Porto ou Coimbra.

**Afinal fui médico pouco tempo – médico de ver doentes, de os tratar, de os curar ou de os ver morrer** – atraído, como fui, pela carreira de docente numa disciplina laboratorial, a Anatomia Patológica. Convidou-me o Prof. Amândio Tavares, Reitor da Universidade e figura de grande prestígio na época (anos 50).

Carreira docente significava salário baixo, más condições para investigação e trabalho duro, nunca inferior a doze horas

por dia, incluindo os sábados. Significava, ainda, o que hoje chamam “precaridade de emprego” porque quem não concluía a tese de doutoramento nos seis anos da lei era despedido (com justa causa ...).

E significou ainda, para mim, que não tinha outros recursos além do salário, o adiamento na constituição de uma família própria. Devo aos meus Pais, na simplicidade do seu viver quotidiano, uma indiferença visceral por tudo o que é supérfluo e a sabedoria de descobrir como aproveitar o que se tem e ser assim feliz. Porque é a ambição desmesurada que torna tantas pessoas azedas, agressivas e infelizes.

**Só o optimismo não é, nunca, desmesurado.**

As condições eram más mas doutorei-me e fiz a investigação possível no tempo e no lugar. Visitei o estrangeiro onde eram outras as condições e reconheci que, face ao nosso atraso tecnológico e organizativo, só nos restava competir no domínio das ideias; nos factos éramos sempre derrotados. Trabalhando com os factos deles, apresentei propostas explicativas em vários campos da patologia oncológica e da imuno-patologia mas fui sempre olhado nos Congressos Internacionais como um utopista. Mas nunca me senti menos inteligente ao lado dos grandes nomes que publicavam nas boas revistas internacionais; com alguns destes tive, até, grandes desilusões, pois eram cabeças fechadas e encerradas numa ruminação dos pequenos factos científicos que iam produzindo e publicando. Mais nada. Reconheço, sem nenhuma vaidade, ter transmitido a muitos docentes, mais próximos ou mais distantes, a confiança em si próprios e no mérito relativo da investigação possível. Porque a alternativa era maldizer dos homens e das coisas e não fazer nada.

Casei em 1958 tendo tido a felicidade de encontrar e de ter sido acolhido no amor de uma mulher serena, inteligente e, como eu, corajosamente optimista, acreditando sempre que nenhuma dificuldade é superior à nossa determinação de a vencer.

Em Outubro de 1967 fui subitamente mobilizado para ir fazer autópsias em

Eternizado pela brilhante imagem criada por outro Mestre, Adelino Ângelo, o Professor Daniel Serrão será sempre uma referência Maior da Medicina portuguesa contemporânea. Um pensador brilhante, que de forma sábia e simples nos ensinou que “Ser Médico” é um acto de virtude humana, com limites que são necessários conhecer e respeitar.

Tive um imenso privilégio de participar desta homenagem que a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos lhe prestou em 2013, celebrando em vida o seu notável pensamento e acção.

Presto um modesto mas sentido tributo ao Professor Daniel Serrão, agradecendo-lhe todos os ensinamentos. As minhas condolências a toda a família, em particular à sua esposa, Maria do Rosário, e filhos.

Miguel Guimarães



Angola. A última dos nossos seis filhos tinha poucos meses e o mais velho, Manuel, andava pelos 7 anos. Para a minha mulher era impensável não me acompanhar, mas com o vencimento de capitão era impossível manter uma família de oito pessoas. Levamos um, infelizmente já falecido, e os outros ficaram entregues à caridade dos padrinhos. Por decisão dela.

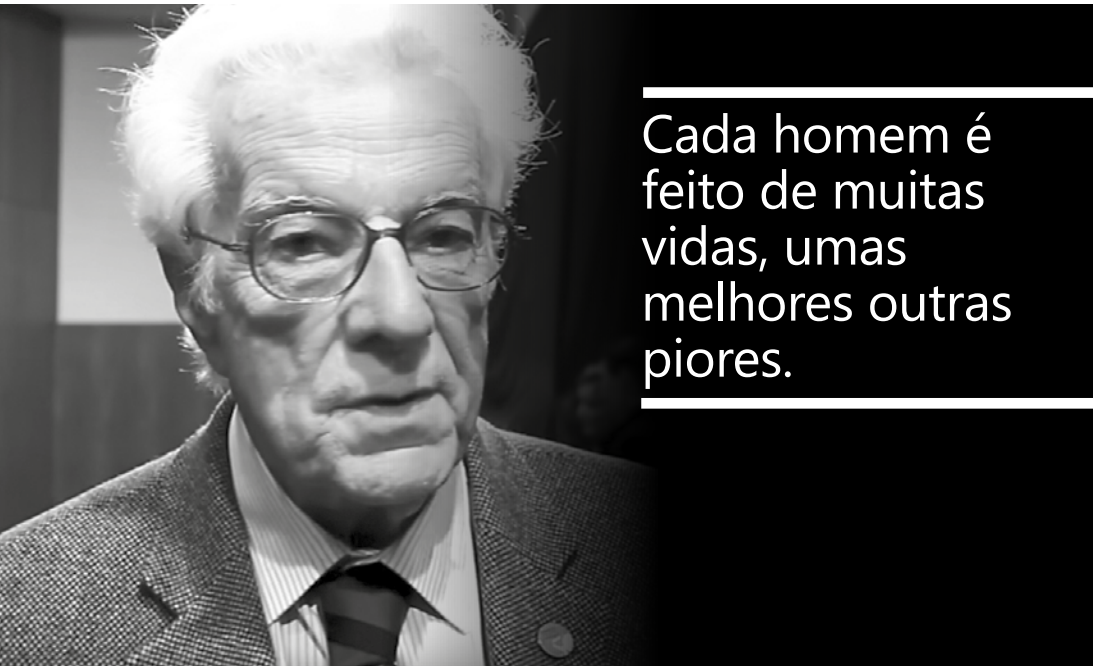
Os dois anos de Angola foram mais uma outra forma de viver, totalmente diferente dos anos anteriores de trabalho universitário empenhado mas oculto na torre de marfim que era a Universidade e os seus órgãos de governo, onde re-

alizei múltiplas tarefas acreditando sempre, com o tal incurável optimismo, que a Instituição podia reformar-se a partir de dentro e sempre o fazia melhor do que os Ministros.

Regressado de Angola, em 1969, tive de concorrer, em poucos meses, a professor catedrático e assumir a direcção do Serviço Hospitalar e do Serviço Universitário. Tinha à minha frente quase trinta anos, sentia-me preparado para criar um grupo, gozava de aceitação generalizada na minha Faculdade e na Universidade. Os primeiros vinte anos de serviço exclusivo, sacrificado e mal pago eram o meu capital. No curriculum para o concurso a



**Lá das bandas de Deus não poderei dar notícias directas aos leitores desta nota meio-biográfica que fui solicitado a escrever. Mas estarei com todos vós só por a ter escrito.**



Cada homem é feito de muitas vidas, umas melhores outras piores.

professor escrevi “e acima de todos agradeço à minha Mulher e aos meus Filhos a alegria com que têm aceitado uma honesta mediania para que eu possa seguir, com inteira liberdade, o caminho que escolhi”. Este caminho era o da dedicação integral e exclusiva ao ensino e à investigação. Sem retórica.

Mas foi sol de pouca dura. Com a revolução de 74, depois de ter sido eleito pelos revolucionários para a Comissão que havia de fazer uma reforma do ensino da Faculdade, passei a ser perseguido e insultado porque não me submeti a interesses mesquinhos e a conluios meramente políticos, mas de política soez. Demitido de todas as minhas funções em 24 de Junho de 1975 só um ano depois fui re-integrado quando reconheceram o erro escandaloso. Anularam o despacho do Ministro e pagaram-me doze meses de ordenado. Foi, até hoje, a única vez em que recebi dinheiro sem trabalhar.

A demissão teve episódios muito anedóticos que contarei um dia em livro (em preparação) intitulado – Um saneamento exemplar\*. Livro que só publicarei quando puder olhar-me como se eu fosse um antropologista que estuda, de forma neutra e impessoal, um outro ser humano.

Mas teve um efeito negativo – encerrou a minha carreira como investigador – e

um efeito positivo – forçou-me a trabalhar na actividade privada e a ter aí um grande sucesso profissional.

A minha re-integração em todas as funções foi um acto de justiça elementar mas foi ineficaz. Não voltei a ser o que era, a função pública deixou de ser a minha primeira prioridade, desinteressei-me de qualquer projecto para os Serviços sob a minha direcção e orientei a minha actividade para um novo campo – a ética médica e a bioética em geral. Sem nenhuma amargura.

Fui feliz e sou feliz nesta nova forma de vida. Quando nada pretendo tudo me é oferecido.

Chamam-me, a título pessoal, para o Comité Internacional de Bioética da UNESCO, nomeiam-me para o Comité Director de Bioética do Conselho da Europa, a União Europeia convidam-me para avaliar, escolher e controlar a execução de projectos de investigação em Bioética. Tenho conseguido que a voz de Portugal seja ouvida e respeitada. De Espanha convidam-me para a conferência inaugural do seu primeiro Congresso de Bioética, em Barcelona. A Academia das Ciências encarrega-me de a representar no Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Não é mau percurso para quem foi considerado, no seu País, indigno de exercer o ensino porque “denunciou

estudantes à PIDE”, lia-se nos cartazes empunhados por estudantes comunistas, coitados deles que não sabiam o que diziam.

Mas, como alguém que atravessou, na adolescência, um curto deserto de ateísmo militante para chegar à terra prometida de uma Fé absoluta em Deus, o que me deu mais alegria, nesta nova forma de vida, foi a escolha, pelo actual Papa João Paulo II, para ser membro da Academia Pontifícia para a Vida e, assim, poder participar na vida da Igreja e nas grandes opções que irão marcar o próximo milénio, quer pela actividade pública na Academia quer “sub secreto pontificio”.

Cada homem é feito de muitas vidas, umas melhores outras piores.

Não gosto de falar de mim e falo pouco comigo. **No Livro de Curso, onde se tenta dizer a verdade nas caricaturas e nos textos, escrevi como se citasse “... fui rei, num País distante, lá para as bandas de Deus”.**

**Queria dizer, descubro-o agora, que nestas bandas, as de Deus, é que eu queria ser grande, ser gente, ser rei.**

**Como ainda o não consegui vou empenhar-me nesta nova vida, para atingir esse objectivo que é humilde, sendo grandioso e transcendente.**

Lá das bandas de Deus não poderei dar notícias directas aos leitores desta nota meio-biográfica que fui solicitado a escrever.

Mas estarei com todos vós só por a ter escrito.”

*Nota da redacção: Daniel Serrão escrevia esta “nota meio biográfica” enquanto preparava o livro “Um saneamento político exemplar”, obra que foi apresentada na SRNOM no dia 1 de outubro de 2008.*



## Sessão “Prescrição Eletrónica Médica: Desafios do Médico de Família”

# 93% dos médicos com problemas de acesso à internet

Resultados do “Questionário de Avaliação da Satisfação e Qualidade das Aplicações dos SPMS” são arrasadores: 70% dos médicos já perdeu dados dos pacientes, obrigando-os a repetir procedimentos informáticos. O inquérito foi promovido pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos e apresentado na sessão de esclarecimento dedicada à Prescrição Eletrónica Médica.

Noventa e um por cento dos médicos assume que os computadores têm impacto drástico nas consultas e mais de 60 por cento revela que já perdeu informação importante do paciente, obrigando, neste último caso, a repetir todos os procedimentos informáticos. Eis são algumas das conclusões do inquérito efectuado pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos para aferir o impacto das aplicações informáticas dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) no dia-a-dia da prática clínica, designadamente nas consultas e na prestação de cuidados aos utentes. Quem mais sofre com este impacto negativos? Os médicos de família. Esta foi, aliás, uma das questões debatidas na sessão de esclarecimento promovida pelo Conselho Regional

do Centro com o tema Prescrição Eletrónica Médica: Desafios do Médico de Família onde, aliás, participou o presidente do Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), Henrique Martins.

Voltemos aos resultados do “Questionário de Avaliação da Satisfação e Qualidade das Aplicações dos SPMS”, números avançados por Ivo Reis - Médico de família da UCSP de Soure e coordenador do Gabinete de Informação e Tecnologia do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Apenas 13 por cento dos inquiridos acredita que as aplicações são fiáveis e estáveis. Mais: 82, 1 por cento aponta problemas com o *hardware* e 93 por cento declara problemas com acesso à Internet. Ivo Reis não deixou

de pontuar a sua intervenção assinalando as vantagens da informatização nos cuidados de saúde e sugeriu que se pergunte aos médicos quando se pretende fazer alterações no sistema .

“Já não basta a carga burocrática que atualmente esmaga os médicos, retirando-lhes tempo para o que é mais importante: tratar dos doentes. Estes resultados são chocantes” – declarou o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes. “O Ministério da Saúde quis ir muito depressa e instalou programas em computadores obsoletos, o que contribuiu para os problemas verificados na prescrição eletrónica, sobretudo nos Centros de Saúde , afirmou Carlos Cortes à Agência Lusa. Para que os problemas identificados



ros para a substituição das redes de centros de saúde”, avançou Henrique Martins, lembrando que, a título de exemplo, “há três anos, nos cuidados de saúde primários, não havia trans-

ta sessão e fez um agradecimento aos colegas que estiveram na Sala Miguel Torga. “Partilhámos as novidades e as dificuldades com *hardware* e *software*, falámos das perspetivas e das respostas face às exigências da tutela e, por outro lado, das respostas às exigências de qualidade nos cuidados de saúde e dos nossos doentes, criámos canais e continuará a ser importante manter este espírito inovador e contestatário porque é isso que vai fazendo avançar esta questão informática”. Em jeito de conclusão, Inês Rosendo assumiu que “esta questão tem um objetivo: melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e melhorar os cuidados de saúde da nossa população”.



possam ser resolvidos, Carlos Cortes adiantou que vai ser constituído um grupo de trabalho e assinada uma parceria entre o Conselho Regional do Centro e a SPMS.

Nesta sessão, que decorreu na Sala Miguel Torga, Carlos Cortes assumiu que recebe “queixas praticamente todas as semanas”. Acrescentou: “é algo que preocupa os médicos no seu dia-a-dia; reconheço que foi demonstrado o interesse da SPMS em resolver os problemas informáticos na Região Centro. Quando chego a um centro de saúde, o que me reportam em primeiro lugar são os problemas informáticos”.

Nesta sessão, Henrique Martins admitiu, logo no início da sua intervenção, que tem um problema muito grande na gestão do serviço. “Não podemos continuar, e o atual ministro [da Saúde] tem essa consciência muito clara, que já não é possível pensar em *hardware* e *software* de forma separada”, assumindo que a região Centro é a pior do País, dizendo que nos últimos três meses têm monitorizado, no terreno, todo o parque informático. “Já submetemos à tutela o pedido de oito milhões e 100 mil eu-



ferência no sistema entre o médico e o enfermeiro”. Assinalou: “Percebo que médicos e enfermeiros estejam em burnout mas as minhas equipas também estão”. Para este responsável dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, “a nossa missão é criar um ambiente de harmonização de *software* mas há um equilíbrio difícil entre a especificidade local e aquilo que é uma visão do Serviço Nacional de Saúde”, assumindo que, em breve, mais unidades de saúde deixarão de ter os processos clínicos em papel.

No final, Inês Rosendo, médica de família na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Fernão Magalhães (Coimbra) e membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, fez o balanço des-

*Alfredo Ramalho - coordenador SPMS; Inês Rosendo - médica família UCSP Fernão Magalhães (Coimbra), membro do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos; Henrique Martins, presidente SPMS; Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos; António Alexandre - gestor de projeto SPMS da receita sem papel; Ivo Reis - Médico de família da UCSP de Soure e coordenador do Gabinete de Informação e Tecnologia do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos.*

## “Correspondência de Abílio Mendes com Abel Salazar”, de Jaime Mendes

“Foi para mim um gosto trabalhar com Jaime Mendes durante três anos, e uma experiência enriquecedora”, assumiu o atual presidente da Secção Regional do Centro, Carlos Cortes, ao intervir na sessão de lançamento do livro “Correspondência de Abílio Mendes com Abel Salazar”, de Jaime Mendes (anterior homólogo de Carlos Cortes, na Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos).

A obra, que tem a chancela da Âncora Editora, mereceu uma ampla e completa análise por parte do prof. Doutor António Casimiro Ferreira (Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra) e do prof. Doutor Américo Figueiredo (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). António Baptista Lopes, o editor, destacou as “magníficas lições” destes dois vultos da nossa cidadania que “deixaram uma marca da contemporaneidade” e que em boa hora “o Dr. Jaime Mendes, filho Abílio Mendes” deixa como legado e testemunho. “Este livro é muito importante”, sublinhou António Baptista Lopes. Por fim, o autor, emocionado, reconheceu que não se ‘fazem amigos apenas na infância’ ao citar a amizade que nutre por Carlos Cortes e Américo Figueiredo. “Agradeço também a análise que fizeram a esta obra, o Américo Figueiredo e António Casimiro”. Jaime Mendes reconhece que todas as análises já efetuadas à obra são, afinal, mais um contributo para enriquecer o livro. “Não conheci Abel Salazar porque faleceu muito novo mas o meu pai falava muito dele. Foi difícil fazer este livro porque era difícil traduzir todas as cartas, porque eram duas letras de médico. Houve uma altura que quiseram apagar a parte política de Abel Salazar. Estas cartas demonstram que Abel Salazar era uma pessoa empenhada politicamente”, sublinhou Jaime Mendes.



## “Negócios de Fronteira (diplomatic and confidential)”, de John W. Peculiar



“Negócios de Fronteira (diplomatic and confidential)”, de John W. Peculiar (pseudónimo do médico Francisco de Mascarenhas Gaivão) - eis o livro apresentado na Sala Miguel Torga, no dia 9 de fevereiro, e que cativou colegas, familiares, amigos e admiradores do autor.

Segundo a sinopse, “esta obra de ficção trata da divulgação parcial de notas e documentos contidos num disco rígido de computador que terá sido perdido num aeroporto europeu por um diplomata português em trânsito. O referido diplomata seria o coordenador de um grupo internacional de pessoas que se conhecera anos atrás durante um Curso de Relações Diplomáticas, organizado por uma Fundação portuguesa com ligações ao governo e a serviços de informação. O percurso pessoal e profissional dos membros desse grupo é descrito pelo referido coordenador que elabora reflexões sobre os feitos e feitos desses membros que, supomos de boa fé, não seriam destinados a ser do conhecimento público, dado o melindre de algumas revelações.”. A sessão contou com as intervenções do Prof. Doutor Luís dos Reis Torgal (Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra), do prof. Doutor José Manuel Romãozinho (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra) e do Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, vice-presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. “O autor nasceu no Porto, tendo passado grande parte da sua infância e adolescência em Luanda, Angola. É licenciado em Medicina pela Universidade de Coimbra, sendo médico especialista em Imagiologia. Casado com filhos e netos, vive numa aldeia do Baixo Mondego, próximo do seu local de trabalho, em Coimbra”, assume o próprio escritor.



António Araújo

Presidente do Conselho da Regional do Norte da Ordem dos Médicos

## Carta aberta ao ministro da saúde

A formação contínua dos médicos, bem como a dos enfermeiros e a dos farmacêuticos, é fundamental para qualquer organização de saúde mas é, acima de tudo, fulcral para os doentes por ela abrangidos, pois garante que lhes são fornecidos os melhores cuidados de saúde, segundo os mais elevados padrões de qualidade e de acordo com os conhecimentos mais avançados.

É pela participação em eventos científicos a nível nacional e internacional que elevamos a Medicina portuguesa aos padrões a que hoje estamos habituados e que se comparam com os de todos os países desenvolvidos, quer a nível cirúrgico (com as cirurgias minimamente invasivas e com a cirurgia robótica), quer a nível da radioterapia (com a radiocirurgia, a radioterapia 4D e a possibilidade de, a curto prazo, se realizar em Portugal a radioterapia 6D), quer a nível de medicamentos (com a introdução dos medicamentos mais evoluídos a nível mundial, que permitem melhorar muito a qualidade de vida de inúmeros doentes crónicos e aumentar significativamente a quantidade da vida destes doentes). Para quem não sabe ou pretende fazer de conta, a formação dos profissionais de saúde, após as suas licenciaturas ou mestrados, sempre foi, maioritariamente, assegurado pela indústria farmacêutica, quer através do patrocínio da frequência de cursos ou congressos quer apoiando a organização destes pelos serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS). No primeiro caso, os profissionais de saúde do SNS são obrigados a solicitar autorização ao seu director de serviço e ao conselho de administração da sua unidade de saúde, e a declarar esses patrocínios numa plataforma pública. No segundo caso, a relação entre o serviço que organiza o evento e a farmacêutica tem que ficar expressa na forma de contracto, entrando o dinheiro para as contas da unidade de saúde. Sempre que possível, a acção organiza-se nas instalações do centro que a promove, servindo o dinheiro que remanescente para custear a formação e a investigação do serviço. O Ministério da Saúde e o SNS nunca tiveram nenhuma iniciativa para assegurar o necessário ensino contínuo dos seus profissionais, fossem eles médicos, enfermeiros ou farmacêuticos. Não têm nem nunca tiveram, nem estimularam, a que houvesse uma qualquer fatia do orçamento das unidades de saúde (que já de si é extremamente curto) alocado a este objectivo.

A partir de 2018 e fruto de uma directiva da Comissão Europeia, a indústria farmacêutica vai ser proibida de apoiar directamente a formação dos profissionais de saúde. Acresce, agora, que o Sr. Ministro da Saúde veio proibir as unidades de saúde do SNS de receberem dinheiro directamente das farmacêuticas e de ser possível organizar nas suas instala-

ções eventos que tenham o seu patrocínio, entrando a medida em vigor já a partir do próximo dia 05 de Fevereiro. Assim, urge questionar o Ministério da Saúde sobre qual o modelo que pretende implementar, que garanta a qualidade da formação contínua dos seus profissionais de saúde e, consequentemente, a qualidade da Medicina praticada por estes. Quais as medidas que a tutela já equacionou e vai implementar, desde o próximo mês, para garantir essa formação? Qual o orçamento que tem pensado para tal, quais as fontes de financiamento e como será feita a distribuição dos apoios? Como poderão os profissionais de saúde organizar eventos científicos apoiados pela indústria farmacêutica, nas instalações das suas unidades, sem que isso comprometa o "impolutismo" em que temos que viver?

Terão que ser os profissionais de saúde a assegurar a sua actualização contínua? Sabendo que o custo da inscrição num congresso internacional ronda os 800 a 1000 euros, a que acresce a viagem, a dormida e a alimentação, passará uma dessas medidas pelo aumento dos salários por forma a custear estes avultados valores?

Será que se espera que esse apoio seja realizado através de fundações ou sociedades científicas? Sabendo que o circuito do dinheiro que era despendido pela indústria farmacêutica na formação era, até agora, relativamente fácil de ser escrutinado, não estarão a criar condições para que se utilizem alternativas menos transparentes?

O panorama actual está a colocar em causa, clara e rapidamente, a formação contínua dos profissionais do SNS e, em última instância, a qualidade da Medicina em Portugal e os cuidados que poderemos fornecer aos nossos doentes. Que respostas tem o Ministério da Saúde para implementar e ultrapassar esta situação ou irá ficar calado à espera que os problemas se resolvam por si?

publicado no blog "Insónias" a  
17.01.2017





António Araújo  
Presidente do Conselho da Regional do Norte  
da Ordem dos Médicos

# Estarão em causa a formação e a investigação científica em saúde?

Quando uma lei requer múltiplos esclarecimentos e interpretações sobre o seu significado, indica que se trata de uma má lei. E quando uma lei é má, deve ser rapidamente revista, para não colocar em causa os projetos e a vida dos cidadãos por ela abrangidos.

O Ministério da Saúde promulgou há alguns dias um decreto-lei em que, a propósito dos princípios gerais da publicidade a medicamentos e dispositivos médicos e do princípio da transparência, insere um artigo (art. 9º) em que proíbe os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de receberem directa ou indirectamente benefício pecuniário da indústria farmacêutica que possa vir a afectar a isenção e imparcialidade. Acresce, ainda, no seu parágrafo 3, que "as acções de natureza científica ou outras (sublinhado do autor)(...) não podem possuir carácter promocional, nem ser patrocinadas por empresas (...) vendedoras de medicamentos(...)"

Este articulado vem afectar directa e gravemente as iniciativas de formação contínua de TODOS os profissionais de saúde do SNS, colocando-os em desvantagem face aos seus colegas da medicina privada. Dificulta imenso a divulgação científica e dá azo a que se criem formas menos claras de se organizarem os eventos científicos pelos serviços do SNS, que têm brio nas suas organizações

científicas e que acreditam que devem ter um papel activo na formação contínua dos seus profissionais. Penso que o Sr. Ministro da Saúde consegue, com esta lei, criar mais alguns, para juntar aos já inúmeros obstáculos que desanimam os (cada vez menos) resistentes do SNS e levá-los ou à saída do serviço ou a uma existência inerte e vegetante.

Por outro lado, não deixa de ser curioso que se proibam os eventos científicos, que estavam sujeitos a normas de transparência muito elevadas, e que se isentem as visitas e o regime de acesso dos delegados de informação médica (que me merecem o máximo de respeito), porque esses sim, constituem objectivamente um veículo de informação, mais comercial e menos científica, do que qualquer evento científico.

Mas acrescem a todas estas objecções duas outras, a meu ver, também de importância fulcral no contexto da sustentabilidade e do prestígio do SNS.

A primeira está relacionada com o pagamento, pelas farmacêuticas, de exames complementares de diagnóstico que servem para seleccionar doentes para um determinado tipo de tratamento dirigido a alvos moleculares específicos, e que são, grande parte das vezes, a única alternativa terapêutica disponível para esses doentes. Sim, há exames que são pagos pela indústria, que permitem avaliar quais os doentes que mais beneficiam de um medicamento específico, devidamente autorizado e pelo Infarmed. De acordo com esta legislação, as unidades do SNS deixam de poder receber esses pagamentos e, consequentemente, de realizar os referidos testes, perdendo os doentes o acesso a esses medicamentos.

A segunda objecção prende-se com a investigação clínica que, na sua grande maioria, é patrocinada pelas farmacêuticas, recebendo as unidades do SNS o pagamento contratualizado por tal. Também esta relação está devidamente autorizada pelo Conselho de Administração e pelo INFARMED. À luz da nova legislação, as unidades do SNS deixam de poder receber esses pagamentos e, assim, de poder realizar investigação clínica. Sabendo-se actualmente que a qualidade de um serviço também se mede pela qualidade da investigação clínica que desenvolve, esta lei vota ao ostracismo a importância da realização de ensaios clínicos no SNS.

Quer uma actividade quer outra fazem com que os estabelecimentos de saúde do SNS recebam importâncias monetárias que, de acordo com o parágrafo 1 do artigo 9º, deixam de poder arrecadar. E ambas têm por inerência, um carácter promocional de medicamentos e, assim, pelo parágrafo 3 do artigo 9º, deixam de se poder realizar.

Sr. Ministro da Saúde, esta é uma má lei, que não beneficia em nada o SNS nem os seus profissionais, com grave prejuízo para os seus utentes.

**Em causa a formação e a investigação em saúde?**

**Sabem-se que a qualidade de um serviço também se mede pela qualidade da investigação científica que desenvolve**

António Araújo

Quando uma lei requer múltiplos esclarecimentos e interpretações sobre o seu significado, indica que se trata de uma má lei. E quando uma lei é má, deve ser rapidamente revista, para não colocar em causa os projetos e a vida dos cidadãos por ela abrangidos.

O Ministério da Saúde promulgou há alguns dias um decreto-lei em que, a propósito dos princípios gerais da publicidade a medicamentos e dispositivos médicos e do princípio da transparência, insere um artigo (art. 9º) em que proíbe os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de receberem directa ou indirectamente benefício pecuniário da indústria farmacêutica que possa vir a afectar a isenção e imparcialidade. Acresce, ainda, no seu parágrafo 3, que "as acções de natureza científica ou outras (sublinhado do autor)(...) não podem possuir carácter promocional, nem ser patrocinadas por empresas (...)"

Este articulado vem afectar directa e gravemente as iniciativas de formação contínua de todos os profissionais de saúde do SNS, colocando-os em desvantagem face aos seus colegas da medicina privada. Dificulta imenso a divulgação científica e dá azo a que se criem formas menos claras de se organizarem os eventos científicos pelos serviços do SNS, que têm brio nas suas organizações científicas e que acreditam que devem ter um papel activo na formação contínua dos seus profissionais. Penso que o ministro da Saúde consegue, com esta lei, criar mais alguns, para juntar aos já inúmeros obstáculos que desanimam os (cada vez menos) resistentes do SNS e levá-los ou à saída do serviço ou a uma existência inerte e vegetante.

Por outro lado, não deixa de ser curioso que se proibam os eventos científicos, que estavam sujeitos a normas de transparência muito elevadas, e que se isentem as visitas e o regime de acesso dos delegados de informação médica (que me merecem o

M. M. Camilo Sequeira  
Chefe de Serviço de Medicina Interna



Uma das áreas de prosperidade foi (e pretende-se que continue a ser) o desenvolvimento da indústria que alargou o espaço de trabalho para muitos homens e mulheres que assim se puderam libertar do jugo da variabilidade da agricultura e da generosidade dos ricos. E não estou a esquecer o dramático do sofrimento dos primeiros trabalhadores industriais face à ganância e insensibilidade dos patrões e à ausência de sistemas de protecção para quem morria a enriquecê-los. O que afirmo é que antes deste dramático não se vivia melhor. E que foi sobre este dramático que se construiu o que temos hoje.

Uma das indústrias que mais bens de interesse colectivo produziu foi a farmacêutica.

Com o subsequente enriquecimento "astronómico" de alguns já ricos ao "saberem e terem podido fazê-lo" oferecer à sociedade produtos que o imaginário, o simbólico e a real necessidade exigiam que fossem disponibilizados a tantos mais quanto possível.

Foi e é uma área de negócio florescente que desde há alguns anos, subitamente, se pretende demonizar "porque inventa falsos problemas para se promover à custa de quem sofre".

Esta perspectiva é hoje muito comum ser proposta como dado adquirido nos artigos que os Médicos jovens publicam nesta revista da Ordem, geralmente referindo valores da sua experiência pessoal muito bem apresentados e sensorialmente exemplares, mas também pelos Médicos, talvez já não tão jovens, que integram as novas estruturas dos Centros de Saúde e se mostram insensíveis ao esforço, em trabalho promocional, dos funcionários das empresas que chamamos "Laboratórios" que os querem visitar.

Tenho ambas as atitudes como injustas e disparatadas.

### Em defesa da indústria

Por isso e assumindo o controverso de defender organizações que movimentam milhares de euros, dólares ou outra qualquer moeda, que trabalham em função de interesses de accionistas as mais das vezes desconhecidos e, quiçá, sem sensibilidade a outro valor que não seja "o seu lucro" e cuja actividade se destina a manipular a capacidade autonómica do decidir em Medicina, quero dar a esses Colegas uma leitura alternativa às suas certezas neste particular.

A prática clínica hoje é bem diferente do que era há 50 anos. E nessa altura já era diferente da dos 50 anos anteriores. A mudança que quero apreciar respeita aos medicamentos e aos meios tecnológicos de investigação diagnóstica e de complementaridade terapêutica que hoje temos quase totalmente disponíveis. Mas

## Em defesa da indústria farmacêutica

A sociedade do mundo que chamamos ocidental é hoje de aparente bem-estar muito porque o malfadado capitalismo permitiu criar nela mais riqueza do que qualquer outro sistema de organização política. Riqueza essa que se distribuiu de forma mais abrangente que em épocas anteriores à nossa.

também seria interessante referir-me á formação científica dos prescretores e dos investigadores que utilizam esses benefícios que foi, pelo menos em grande parte, suportada ou promovida pela indústria farmacêutica.

## Não foram os governos nem as Universidades que, autonomamente, criaram o que hoje os Médicos jovens e não jovens utilizam diariamente como suporte da sua boa prática assistencial.

Não foram os governos nem as Universidades que, autonomamente, criaram o que hoje os Médicos jovens e não jovens utilizam diariamente como suporte da sua boa prática assistencial. A pesquisa de praticamente todos os novos medicamentos que permitem tratamentos “orientados eficazes” foi feita, de facto, com os milhões da indústria farmacêutica.

Que o fez para ganhar outros milhões. E porque os quer ganhar o mais facilmente possível orienta a investigação onde investe para as áreas que tem como potencialmente mais rentáveis. Mas será isto censurável?

Ninguém (ou poucos) questiona o facto de todo o mercado estar orientado para o lucro. Então porque havia de ser diferente a atitude da indústria farmacêutica? O mercado, esse abstracto hiperpresente nas nossas vidas, é-nos proposto pelos agentes do poder como o gerador por excelência do progresso. Do progresso mais rápido. Do progresso mais generalizado. Do progresso como agente corrector das disparidades da vida actual. Ora se aceitamos o mercado orientado para o lucro de tantas actividades como criador de progresso porque não o podemos aceitar para a indústria farmacêutica?

Insisto. Todo o armamentário terapêutico que se utiliza hoje é fruto desse trabalho industrial. E é óbvio que se pode argumentar, com censura, que a indústria investiga novos fármacos para a hipertensão, quando já há tantos, mas não investiga a forma de erradicar a doença. É verdade. Parece que não o faz. Mas há alguém ou alguma organização que o esteja a fazer? E se houver será que a faz sem o apoio financeiro, ou outro, desta indústria?

Naturalmente que quando tivermos uma forma, medicamentosa ou outra, de erradicar a doença estaremos muito satisfeitos porque o grave problema de saúde que é a Hipertensão (ou outra qualquer doença. Escolhi este exemplo apenas por ser muito de agora) ficou resolvido. Mas enquanto esse tempo não chegar quais são os Médicos que não procuram o melhor tratamento para os seus doentes de entre os que tem disponíveis? E quantos destes “*não resultam*” da investigação da indústria com propósitos lucrativos?

Será que há Médicos que para mostrarem que não são manipulados pela indústria subtraem aos seus doentes os tratamentos que têm disponíveis optando por promover estilos de vida mais adequados à profilaxia da doença? Decerto que

não. Porque se o fizessem estariam a ser incompetentes e a praticar uma assistência, criminosa (convém não ter receio das palavras), porque não ofereciam ao doente o que pode ser oferecido por motivações preconceituosas em relação ao produtor dos fármacos.

Quero acreditar que esta realidade não existe. Mas se a diabolização da indústria for proposta como natural durante a formação clínica e depois assumida na prática... poderá vir a existir.

O que pretendo dizer é que apesar das muitas contradições que encontramos no mercado produtor de medicamentos não tem sentido

reagirmos a elas nem como se ele fosse absolutamente bom nem como se fosse absolutamente mau. Porque ambas as leituras estão erradas. E nem a presença do mercado de genéricos altera esta perspectiva. Por um lado porque o genérico parasita a indústria que investiga e por outro porque a homogeneidade entre produto comercializado após investigação e produto comercializado como genérico não existe já que a presença do princípio activo não basta para a afirmar (e porque as normas legais deixam “espaço” para a variação da percentagem deste em cada genérico).

### O lucro. Sempre

A liberalização do lançamento de genéricos retira credibilidade aos estudos comparativos com o original porque o que está em causa “também” são lucros. Só que de outros (ou talvez não) investidores. Não sendo óbvio o porquê de este tipo de negócio ter que ser favorecido em relação ao que permitiu criar a molécula que, de facto, imita mais ou menos.

Se esta objectivação crítica me parece bastante clara em relação ao remédio ela também se pode propor em relação às tecnologias de apoio ao trabalho médico. Estas são o resultado de trabalhos, exclusivamente, com fins lucrativos e apesar disso, felizmente, modificaram de forma extraordinária a capacidade de assistir quer o doente muito grave quer o crónico comum (atente-se, e apenas como exemplo, no que hoje se pode oferecer ao diabético).

A dimensão deste tipo de discussão não se esgota nos argumentos que proponho. Mas julgo que vale a pena pensar, pelo menos nestes, quando se fala da maldade da indústria farmacêutica e se pretende estigmatizá-la como culpada pelas dificuldades dos Médicos em bem tratarem os seus doentes. O facto de esta nos pressionar para prescrevermos para tudo e para nada ou de nos dizer, de forma sedutora, que os seus medicamentos têm de ser vendidos porque são milagrosos, não é fazer mais do que cumprir uma regra funcional do mundo onde ela e nós existimos.



Cabe ao receptor dessa pressão o juízo adequado para filtrar a informação que lhe é fornecida. Mas também lhe cabe o dever de perceber que os grandes estudos que permitiram conhecer a importância dos medicamentos são geralmente sérios, isentos e orientados por pessoas experientes e de enorme prestígio que não pretendem hipotecar, com más interpretações de resultados, os seus créditos.

E não vem ao caso afirmar que todos podemos prevaricar. Este drama (que justificava outra reflexão) é parceiro do nosso quotidiano mas não deve ser critério primeiro na apreciação relacional que mantemos com o outro. Até que se prove o contrário somos todos honestos. E os estudos podem sempre ser lidos e apreciados criticamente no seu desenho e no valor relativo atribuído aos seus resultados. Sem colocar em dúvida a importantíssima contribuição que deram e vão continuar a dar ao acrescentar de saberes que são nossa necessidade e nosso desejo.

### O emprego e o negócio

Neste tipo de reflexão quero ainda salientar outro particular relacionado com a indústria e, neste caso principalmente, com os Médicos jovens: o emprego e o respeito pelo mesmo.

A indústria empregou até há poucos anos atrás um número significativo de pessoas como seus delegados, de propaganda médica inicialmente, que hoje são de informação médica.

Era uma área do mercado do trabalho apreciada por muitos Médicos, bem remunerada, onde se integravam jovens que procuravam o direito a trabalhar de forma séria, socialmente integrada e, pelo menos á sua interpretação, útil porque acreditavam participar no projecto maior de melhorar as condições assistenciais no seu país. E de uma maneira geral tinham razão.

Neste momento a redução dos lucros das companhias farmacêuticas, provavelmente também as novas estruturas tecnológicas e, para o que me interessa, a preconceituosa insensibilidade dos Médicos em relação à validade da informação transmitida por estes profissionais recusando recebê-los ou dificultando as suas condições de trabalho, justificou o despedimento de muitos delegados, a redução

“brutal” de novas contratações que, quando surgem, são absurdamente restritivas em termos de benefícios comparativamente ao que era usual até há pouco.

Talvez pareça a quem me ler que este é um assunto marginal e, quiçá, pouco adequado a uma reflexão sobre problemas médicos. Mas não é!

Porque respeitar o trabalho, promover o direito e o acesso a este, defender o que existe, evitar no possível a deterioração do que se fez para dar rendimento pelo trabalho a todos, é

tornar a sociedade dos Homens mais saudável. E este objetivo é, por excelência, o da prática clínica.

A humanidade é como uma centopeia sendo os homens as suas pernas. Sabemos que sempre que uma perna adoece a centopeia perde uma parte irreparável de si mesma. Ter respeito pelos trabalhadores que promovem os medicamentos da indústria recebendo-os, ouvindo-os e dialogando com eles é agir de forma medicamente exemplar porque mostra que sabemos que eles são tão pernas da centopeia como nós o somos.

E que sabemos que ao defendermos os seus postos de trabalho estamos, de facto, a defender os nossos. Porque hoje são eles as vítimas do desemprego sem justiça. Mas amanhã seremos nós. E se não percebermos como somos, uns e outros, pernas da mesma centopeia quando amanhã (ou hoje?) estivermos perante o dramático da falta de trabalho não encontraremos ninguém preocupado com isso para lá de nós próprios. Será nessa altura que perceberemos a dimensão do erro que agora cometemos. Infelizmente tarde de mais...

(PS – Há mais de 40 anos, quando iniciei a minha vida como Médico no que hoje se chama Unidade de Hematologia Clínica Dr. Renato Valadas Preto, começava-se a perceber que os doentes com Linfomas ou Leucemias podiam não estar condenados a uma morte certa algum tempo depois do diagnóstico. Hoje todos os Médicos sabem que o cancro é uma doença potencialmente crónica e que se podem curar, curar exactamente como no antigo conceito de fazer desaparecer a doença, por exemplo, 50% dos Linfomas de alto grau.

Caramba! Eu e vós temos de saber dizer: obrigado indústria farmacêutica.)

Quero acreditar que esta realidade não existe. Mas se a diabolização da indústria for proposta como natural durante a formação clínica e depois assumida na prática... poderá vir a existir.



Eduardo Miranda  
Clínico Geral, Peso da Régua

## Porque votei Álvaro Beleza para bastonário

Tenho 61 anos e licenciiei-me no Porto em finais de 1978. Sou Clínico Geral e sempre embirrei com essa coisa da especialidade de Medicina Geral e Familiar. Considero-me um “especialista” na minha área, sem reconhecimento pela Ordem dos Médicos. Vai-me bastando a amizade, confiança e lealdade dos meus doentes.

Há uns bons treze anos, mandei às malvas a função pública e exerço só Privada.

Queriam que eu cumprisse horários e eu teimava em cumprir funções.

Nunca tive reclamações por atrasos mas também não tinha listas de espera.

Colocaram por lá um pontómetro mas eu não me verguei.

Quando saí, o pontómetro avariou como por encanto.

Hoje, por lá, talvez cumpram horários, mas as funções deixam muito a desejar.

Coisa que nada aflija o “sistema” que está calhado para funcionar assim.

Se por lá andasse todos os dias, andaria em guerra com aquela treta do computador porque ele queria impedir-me de ser quem sempre fui.

Enquanto o Hospital D. Luiz I no Peso da Régua foi autónomo, sempre pratiquei medicina hospitalar, uma grande paixão.

Quando foi esganado pelo Hospital de Vila Real, o Senhor Especialista de Medicina Interna, Trigo de Faria, telefonou-me a dispensar os meus serviços – sempre gratuitos – porque seria, certamente, uma heresia um Clínico Geral partilhar cuidados técnicos com um Especialista.

A grande mágoa que a Privada me deixa, é a impossibilidade de não acompanhar um doente do princípio ao fim da investigação clínica, por impossibilidade político-administrativa de ter acesso aos meios auxiliares de diagnóstico, compartilhados pelo SNS.

Em resultado disso, é necessário andar de mão estendida para colegas que exercem na função pública.

Quando lhes escrevo, descrevo sempre a situação clínica, as minhas dúvidas e sugestões.

Há os que aceitam e colaboram!

Há os que entendem que essa colaboração, os transforma em meus “empregados”.

Pobres coitados!

E é aqui que entra o Colega Álvaro Beleza.

Tem o *handicap* de ter nascido em Lisboa mas licenciou-se no Porto.

Devo-vos confessar que a minha natureza rural, do norte, não acasala com o cosmopolitismo prosaico do sul, mais lisboeta.

A grande mágoa que a Privada me deixa, é a impossibilidade de não acompanhar um doente do princípio ao fim da investigação clínica, por impossibilidade político-administrativa de ter acesso aos meios auxiliares de diagnóstico, compartilhados pelo SNS.

Abaixo de Coimbra sinto que vivo noutro país. Quando raramente vou a Lisboa, abaixo de Coimbra, começo a sentir cefaleias e um ar algo irrespirável. O anterior bastonário estava no limbo coimbrão. Também foi por isso que estive ao seu lado na grande maioria das duas posições em nome da nossa Ordem.

Álvaro Beleza que não conheço de lado nenhum, para lá de algumas posições políticas/ partidárias veiculadas pela Comunicação Social, deu-me o prazer de afirmar publicamente que se bateria para se conseguir que os Colegas que exercem Privada, viessem a ter acesso aos meios auxiliares de diagnóstico convencionados pelo Serviço Nacional de Saúde, baixas, atestados para o subsistema da ADSE, coisa que uns serviços públicos aceitam e outros não, como se navegasse à bolina.

Não ouvi e nem li outro candidato expressar-se de forma tão assertiva sobre estes assuntos.

Continuo a viver na ilusão/esperança de que não acabarei a minha carreira clínica sem ter acesso a este desiderato, que me consolaria profissionalmente e que tornaria mais fluido e menos burocrático e repetitivo o acesso dos doentes aos cuidados de saúde.

Haja fé!...

#### Nota de redacção:

Nas propostas eleitorais que publicámos na edição de dezembro de 2016 havia um outro programa que fazia referências explícitas à defesa dos médicos que exercem medicina privada. O bastonário eleito da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, definiu no seu programa (que publicámos resumidamente na revista de dezembro mas que está disponível em <http://miguelguimaraes2017.pt/wp/carta-de-compromissos/>), plasmado numa carta de compromissos com 114 pontos, algumas referências essenciais do que pretende que seja a sua intervenção no que se refere à medicina privada, entre as quais citamos apenas três:

- fomentar programas de formação médica contínua integrados com a Carreira Médica e revitalizar esta, reforçando os graus de qualificação profissional, a celeridade e transparência dos concursos públicos e estender a Carreira aos sectores privado e social;
- defender a Medicina privada, de proximidade, centrada nos consultórios e pequenas clínicas médicas, requerendo ao MS que proceda às alterações legislativas necessárias para eliminar as burocracias e limitações absurdas actualmente existentes nos licenciamentos e nas convenções, e que proporcione as mesmas condições de exercício profissional na relação médico-doente, respeitando a liberdade de escolha e os direitos dos doentes, nomeadamente no que diz respeito à comparticipação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. O Governo não pode exigir condições especiais no sector privado que não exige nem cumpre no sector público.
- colaborar com as associações de médicos que defendem a medicina privada, nomeadamente com as associações já existentes, no sentido de salvaguardar a dignidade do exercício da profissão e a valorização da medicina.

Não existiam, de facto, nos programas eleitorais dos outros dois candidatos, Jorge Torgal e França Gouveia, referências explícitas às questões envolventes da medicina privada.



Gilberto Couto

Médico Consultor em Gastrenterologia do Hospital da Luz Lisboa, licenciado em Filosofia pela Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa\*

## Questões mor(t)ais...

No número de Novembro da ROM, quatro artigos de opinião, em particular, prenderam a minha atenção. Daí sentir a necessidade de os comentar, pois considero o debate (moral) sobre as «questões mortais» de extrema importância na sociedade em geral e na classe médica em particular.

**1** No artigo de Sofia Coutinho e Joana Lima, as autoras consideram que “nós” não estamos preparados para falar sobre o testamento vital (TV) e, por isso, é preciso mais formação dos médicos e dos “utentes”, tal como dirigir a publicidade do TV apenas a um grupo alvo. Penso que é uma questão pertinente mas não concordo com a abordagem. A morte deve deixar de ser tabu, e o TV deve ser publicitado a toda a população, cabendo uma responsabilidade especial nesta missão ao médico de Medicina Geral e Familiar.

Como exemplo, vejo publicidade que nos convida a «sermos doadores de órgãos ainda que possamos recusar-nos a fazê-lo por registo prévio». Não vejo objecção a que isto se faça. Tal

como com o TV. A questão de não abordar o assunto com os «utentes saudáveis» é errada, na minha opinião, pois basta um segundo para que um indivíduo «saudável» tenha uma rotura de um aneurisma cerebral e passe a ser confrontado com difíceis questões que, por ter discutido e preenchido o seu TV previamente, poderiam ter sido evitadas.

Acho que devemos estar sempre com as malas meio-feitas para a viagem. Eu já preenchi o meu testamento vital em 2015, aos 44 anos e (ainda) sem uma doença crónica.

**2** No artigo de Maria Helena Martins, escudada nas opiniões de Bonhoeffer, a autora apresenta-nos as conhecidas teses da *ethos* cristã (Bonhoeffer era um clérigo) contra a eutanásia. Que a vida é um dever nosso, indisponível, na versão bonhoefferiana do argumento de Kant. Mas o erro ético-filosófico desse argumento é sempre considerar-se a vida num sentido abstracto e não no sentido concreto daquele que a vive e que a sofre e pede ajuda para morrer por ter deixado de fazer sentido *para ele*. Deverá ele sacrificar-se por uma interpretação alheia de «dever ser» de «vida boa»?

Na página 85 do mesmo número, José Poças enuncia diversos exemplos de situações em que a «doutrina da santidade da vida» ou inviolabilidade da vida, não é uma questão linear. Tal como não devia ser um dogma anti morte livre para um doente consciente e esclarecido, numa sociedade laica e plural. Que estamos deprimidos? Quem não estaria se soubesse que está a morrer (mais) rapidamente do que previra, alguns querendo apenas ter a possibilidade de escolher entre uma morte rápida e indolor ou uma morte lenta e dolorosa (ou sem valor pessoal por vir, antes pelo contrário). Raramente alguém responde que quereria viver 5 anos em coma irreversível se pudesse escolher morrer no dia em que entrou nesse coma. E porquê? Porque a nossa vida em plenitude, biográfica, sobre a qual Deus nos terá dado a

responsabilidade de a escrever, se completou para nós (leia-se o último livro de Hans Kung, *Morire felici?*, na tradução italiana, 2015). Não tem valor viver biologicamente apenas. A Igreja não concorda mas não «se atrapalha» quando aceita os critérios de morte cerebral (filosoficamente controversos, como se viu com o «caso da grávida do Hospital de S. José», recentemente).

Questão diferente é saber se os médicos devem participar na «morte assistida». Não vejo porque não, como já defendi antes na ROM (a propósito de um artigo do falecido colega João Ribeiro Santos). Mas se se demitirem dessa responsabilidade deixarão a outros, porventura sem as suas qualidades humanas e técnicas, essa responsabilidade. E este estigma colar-se-lhes-á à pele, pois mais do que “a saúde do meu doente”, deveria preocupar-nos “o BEM do meu doente”, e o respeito pela sua liberdade de consciência (inviolável) parece-me maior que a vida em sentido abstracto. Ainda que inviolável (a vida), recordo, não se diz na Constituição nem no CDOM «que vida? (é esta)» - e isto faz toda a diferença.

Parece-me importante recordar que, nas palavras de Bonhoeffer, há um receio de «eutanásia social» (que ele conhecia na forma do nazismo), que não é sequer compaginável com o que se está a discutir agora. O agente (o doente) e o seu consentimento esclarecido, por um lado, e a especificidade da situação da «morte assistida», por outro, não se enquadram no princípio genérico e abstracto do «não devemos matar o outro» - cingirmo-nos a isto é sermos demagógicos neste debate.

A apologia que toda a vida é digna como pressuposto que não deve ser aniquilada é uma falácia: diríamos isto aos que se atiraram das Torres Gémeas no dia 11.9.2001? Ou aos cristãos que praticaram o «suicídio preventivo» ou o martírio nos primeiros tempos? Ou aos que, com o aval da lei, podem escolher não ser salvos ao recusarem uma simples transfusão de sangue? Hicks e Neiman, nas suas últimas obras, dizem-nos, e bem, que o desejo de ser digno e/ou decente valem bem mais do que o desejo de viver por viver.

Por fim, dizer com Bonhoeffer que é vantajoso para a comunidade tratar de uma pessoa enferma é sublinhar o valor instrumental do sofrimento como edificação moral para os outros, sobretudo se o doente estiver demente ou inconsciente. Mas é precisamente isto que a doutrina cristã acha sobre o valor «extremo» do sofrimento: se não edifica o próprio, pelo menos pode ser que edifique os outros... E esta visão é inaceitável.

**3**O artigo de Filipe Monteiro é muito pedagógico. Mas julgo que seria importante realçar que a “utilização” da comparação da sedação paliativa e terminal com a eutanásia (voluntária activa) que o autor critica, prende-se com duas questões relacionadas: que, apesar do que diz o autor, estas formas de sedação podem – efectivamente – antecipar a morte; e que, assim sendo, não há uma forma de “deixar morrer” em *sensu strictu* (sem correr o risco de comparação

\* Apesar de membro da Comissão Coordenadora nacional do Movimento pela despenalização da Morte Assistida, o autor escreve aqui em nome pessoal e como contributo para o debate entre colegas.

com a eutanásia) enquanto tivermos que recorrer (como temos) a estas formas de sedação! (ninguém tem coragem de desligar um ventilador sem medicação alguma e deixar sufocar um doente...)

Acresce que há a sempre discricionariedade do médico em termos da intenção (subjectiva) que preside a uma escalada de uma droga potencialmente fatal. Quem avalia a sua intenção? Por isso, quem defende a eutanásia, diz que há passividades aceites que são, na verdade, muito activas, e uma confiança exagerada no juízo do médico, nessas situações, sobretudo quando se minoriza a autonomia e competência de um doente que faz um pedido atendível para ser ajudado a morrer.

Por outro lado, preocupa-me, no artigo, que decisões relativas a abreviar a morte de doentes possam ser tomadas pela família e pelos médicos. São eles que decidem o que é proporcional ou desproporcionado. Já dizia Peter Singer, a esse respeito, que esta pode constituir uma forma aprovada pelos *status quo* do médico seleccionar os doentes que devem morrer. Mais uma vez, se pudéssemos assegurar que esta só ocorre com o consentimento do doente seria o ideal.

Se a sedação é reversível também o dissentimento no TV pode ser revogado ou o (mal designado) “suicídio medicamente assistido”, uma vez que, como se sabe, a maioria dos doentes que acabam por receber a prescrição da medicação “letal”, não a toma.

**4**No referido artigo de José Poças, por fim, duvida-se que se deva avançar para a eutanásia sem cuidados paliativos eficientes, embora seja sempre lícito que alguém – mesmo os tendo – os recuse e prefira ser ajudado a morrer, não? O autor duvida da competência dos doentes (porquê?) e do Estado em assegurar que não ocorrem abusos, receios estes que um artigo recente de Emanuel, no JAMA (Julho de 2016), desfaz. O argumento da derrapagem sofre de um outro problema: é que ao considerar o Estado incompetente para a implementação e monitorização de uma lei X, não impede que o seja – também – para outra lei qualquer, o que é politicamente redutor e perigoso.

Numa última nota, as leis na Bélgica e Holanda (veja-se o referido estudo de Emanuel) permitiram reduzir a percentagem de eutanásias sem consentimento que ocorriam antes ou no início da sua implementação; e o país que tem a lei de despenalização mais liberal da Europa, segundo um relatório recente, tem dos melhores cuidados paliativos do mundo, a Bélgica.



Paulo Santos

MD, PhD

Medicina Geral e Familiar

MEDCIDS; Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde; Faculdade de Medicina - Universidade do Porto

Os cidadãos portugueses têm direito “à autonomia, à liberdade religiosa e à liberdade de convicção e consciência”, conforme o que está “inscrito na Constituição”.

### Não poderia estar mais de acordo!

# A pedido do doente

“Caímos tão fundo que atrever-se a proclamar aquilo que é óbvio se transformou em dever de todo o ser inteligente” (George Orwell)

Devo, em primeiro lugar, fazer uma declaração de conflito de interesses: Sou cidadão português no gozo pleno das suas capacidades; sou médico de profissão, especialista em Medicina Geral e Familiar e com competência em Geriatria, sou professor universitário com doutoramento em investigação clínica e em serviços de saúde, e sou católico. Enquanto cidadão português cumprio e faço cumprir a Lei portuguesa e os acordos a que o meu País se compromete com os seus parceiros nacionais e internacionais. Enquanto médico estou comprometido com a melhor evidência existente na qual baseio a minha prática, com respeito pela minha perspetiva pessoal que só a experiência dos anos pode consolidar e pelas expectativas dos doentes / utentes / clientes que em mim confiam para juntos assumirmos um plano que possa melhorar a sua saúde. Disto mesmo passo testemunho aos estudantes de pré e pós graduação que acompanho no percurso formativo. Sou católico, como a maior parte da população da sociedade onde me insiro, e com quem partilho os valores de cidadania que de tão básicos são considerados universais: liberdade, dignidade, igualdade de direitos, agir em espírito de fraternidade.

Eutanásia é uma palavra derivada do grego e significa “boa morte”, apesar do conceito apenas ser introduzido no século XVII e não na antiguidade clássica. A prática, porém, é antiga e já se lê em Platão que o suicídio seria defensável perante um sofrimento resultante de uma doença dolorosa, no que foi seguido pela escola Socrática. A escola Aristotélica, que vem a influenciar todo o pensamento ocidental, e a escola de Cós com Hipócrates, que influencia o pensamento médico, rejeitam li-minarmente a prática tornando-a proscri-ta no código ético.

Na evolução histórica, as sociedades têm assumido a linha de rejeição do direito a que um qualquer ser humano possa retirar a vida a outro, ainda que investido do poder legal para o fazer.

1. Santos P, Nazare I, Martins C, Sa L, Couto L, Hesp-anhol A. [The Portuguese Guidelines and Patients Values]. Acta Med Port. 2015 Nov-Dec;28(6):754-9. PubMed PMID: 26849761. As Normas de Orientacao Clinica em Portugal e os Valores dos Doentes.
2. van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Nor-rup M, Paci E, et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. Lancet. 2003 Aug 2;362(9381):345-50. PubMed PMID: 12907005.
3. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 act of parliament on patients' rights and end of life. BMC palliative care. 2012;11:25. PubMed PMID: 23206428. Pubmed Central PMCID: 3543844.
4. Fosse A, Schaufel MA, Ruths S, Malterud K. End-of-life expectations and experiences among nursing home patients and their relatives--a synthesis of qualitative studies. Patient education and counseling. 2014 Oct;97(1):3-9. PubMed PMID: 24976628.

Portugal foi inclusivamente pioneiro na abolição da pena de morte para civis no século XIX.

E enquanto sociedade rejeitámos também a barbárie dos holocaustos que, iniciados no princípio da caridade, como a eliminação de uma vida que não merecia ser vivida, fosse por atrasos mentais ou malformações físicas em crianças, passou aos adultos e idosos com doenças mentais e neurológicas, aos que estavam internados há tempo de mais por “insanidades incuráveis” e finalmente aos que apresentavam características étnicas diversas das que se intitulavam como superiores.

Sabemos hoje que muitas das características incuráveis foram ultrapassadas por soluções tecnológicas entretanto disponibilizadas que eventualmente não teriam sido desenvolvidas se a busca pelo alívio do sofrimento a isso não impulsionasse a curiosidade e o espírito de inovação. No quadro dos princípios éticos que nos orientam o exercício, enquanto cidadãos e profissionais de saúde numa Europa profundamente comprometida com os Direitos Humanos, não podemos deixar de louvar o altruísmo de muitos que se mantiveram vivos, contribuindo para o stress da ciência em encontrar melhores alternativas terapêuticas, no seu sofrimento, em benefício da humanidade. Mas, argumentarão, à custa da sua autonomia pois nunca lhes foi dada qualquer opção alternativa à vivência do enquadramento clínico a que a doença os obrigava, e que inevitavelmente os levaria à morte.

Aqui importa fazer um parêntesis: Todos os processos, incluindo os biológicos, têm um início e um final. A vida começa no momento da fecundação, apesar de apenas a conseguirmos medir a partir da nidação do ovo, e termina no momento da morte com a cessação das funções vitais. Estas duas variáveis são de tal forma definitivas que facilitam a discussão. Se aceitamos o direito à vida, aceitamos intrinsecamente os seus limites.

Se rejeitamos inteligentemente a arbitrariedade de linhas de corte menos definidas em tantas situações da prática diária, seja na assistência clínica ou na investigação, dificilmente aceitaremos que critérios como a qualidade de vida ou o sofrimento humano sejam usados para estabelecer os limites para a supressão das funções vitais. E se não nos entendemos quanto à operacionalização destas variáveis, como podemos informar as pessoas para que, de forma livre e esclarecida, possam exercer a sua autonomia na decisão que só a eles diz respeito? E esta dúvida é sobretudo válida num contexto em que temos notórias dificuldades em incluir as expectativas, os medos e as crenças dos doentes nos nossos fluxogramas de decisão (1).

Assim se demonstra que o argumento da autonomia de decisão é uma falácia.

Não encontro argumento ético que possa justificar a opção pela eutanásia ativa. Descarto desta discussão a abstenção quanto a processos de diagnóstico desadequados (como, por exemplo, um doente acamado e num estado de caquexia a quem se propõe a realização de uma colonoscopia de diagnóstico por retorragias, ou, ainda mais discutível, de rastreio de cancro do cólon), a supressão de tratamentos fúteis ou desnecessários (que

Eutanásia é uma palavra derivada do grego e significa “boa morte”, apesar do conceito apenas ser introduzido no século XVII e não na antiguidade clássica.

muitas vezes não irão ter qualquer efeito clinicamente relevante no doente), e a administração de terapêuticas de conforto ainda que possam no conjunto dos seus efeitos diminuir o tempo de vida do doente (num processo similar a muitas intervenções médico-cirúrgicas quotidianas onde existe uma probabilidade da ocorrência de efeitos adversos e eventual morte, mas onde o benefício supera o risco). Estas decisões são comuns na clínica diária (2) e refletem uma prática baseada no doente e na avaliação casuística que dele é elaborada (3). Na eutanásia ativa o médico administra ou prescreve medicamentos que irão provocar diretamente a morte de uma pessoa. Na lógica médico-legal de classificação da morte em natural ou não natural e esta em suicídio, homicídio ou acidente, fica-nos a dúvida de qual a causa a inscrever no certificado de óbito.

A pedido do doente.

Quando somos colocados perante uma ideação suicida, enquadramos a avaliação clínica no contexto de uma pessoa que está de tal forma transtornada que se dispõe a prescindir do instinto básico da sobrevivência como única fuga possível ao seu sofrimento. Na avaliação desta situação procuramos abordar os acontecimentos intrínsecos e extrínsecos que a levaram a este estado, e esse entendimento facilitará a elaboração de um plano terapêutico alargado ao todo biopsicossocial que Engel tão bem descreveu e que pode até passar por um internamento em unidade de cuidados adequada à situação clínica.

O sofrimento de um doente crónico com uma perspetiva curta de duração da vida remanescente merece o mesmo tipo de abordagem (4). Partilhando a especificidade deste momento, investe-se na capacitação de profissionais das diversas áreas de diferenciação em saúde, preparando-os para melhor lidar com estes doentes e com a inevitabilidade da morte. Os chamados cuidados continuados e paliativos são uma competência transversal do saber médico a que todos somos chamados no exercício diário e deveriam ter uma notoriedade maior na formação pré e pós-graduada.

Aceitar a inevitabilidade da morte do outro é aceitar a nossa própria fragilidade e nem sempre estamos dispostos a esse exercício. A regressão ao jogo infantil do esconde-esconde, em que se o objeto sair do campo visual é como se deixasse de

existir, leva-nos, muitas vezes, a tentar fechar os olhos e fazer de conta de que nada acontece. Quando os reabirmos estaremos certamente numa nova realidade que esperamos melhor do que a atual. E passou o sofrimento! Só que este não é do doente, é da família, é dos amigos, é da rede social e comunitária de apoio, é do profissional de saúde que jurou curá-lo, mas se tal não fosse possível, compensá-lo e acompanhá-lo no percurso de vida com doença, na esperança de que juntos serão mais

fortes e conseguirão ultrapassar este momento, independentemente do seu desfecho.

Pergunto-me assim de quem é o benefício, princípio ético basilar do nosso exercício, da prática da eutanásia ativa.

E pergunto-me também de que forma poderemos enquadrar o princípio Galénico da não-maleficência, "*primum non nocere*", se nos propomos a praticar um ato que formalmente atenta contra a vida humana.

...não podemos deixar de louvar o altruísmo de muitos que se mantiveram vivos, contribuindo para o stress da ciência em encontrar melhores alternativas terapêuticas, no seu sofrimento, em benefício da humanidade

E o princípio da justiça e da equidade? Os cuidados de saúde serão para todos com igualdade de oportunidade, mas até ao momento em que o médico claudique na arquitetura de um plano para aliviar o sofrimento do doente que em si confia, ainda que a seu pedido.

Em conclusão, a pessoa num estado avançado da sua doença não deixa de ser pessoa e ao clamar a morte como única fuga possível ao seu sofrimento está a pedir ajuda como tantas vezes fez ao longo da vida nos sucessivos contactos com os vários profissionais de saúde. Criemos as condições para que essa ajuda possa ser disponibilizada com dignidade. Exerçamos pressão para novas soluções políticas, sociais e tecnológicas que permitam o conforto e o carinho a que todos temos direito, sobretudo numa situação de especial fragilidade, com vista a erradicar a abundância de tristes histórias de fim de vida de todos conhecidas, ao invés de claudicar neste compromisso ético, cívico e de cidadania e aceitar o papel do carrasco, a pedido do doente.

João Centeno  
Médico

## Hora de reflexão

Agora que se aproxima o fim do mandato dos vários órgãos da Ordem dos Médicos, é tempo de balanço. Constata-se que nos últimos anos os dirigentes da OM têm tido como foco único o Serviço Nacional de Saúde. Aliás a revista mais parece a revista do SNS!

Sem questionar a imprescindibilidade do SNS que todos reconhecem, o facto é que há um número crescente de médicos a trabalhar fora dos organismos estatais.

Estes não têm tido qualquer voz ou apoio da OM perante as várias entidades para quem prestam serviços (seguradoras, ADSE, etc.).

Só recentemente e num provável rebate de consciência, foi-lhes dito: "organizem-se"! Ou seja, propõem a criação de mais um órgão com tal objectivo, com a consequente necessidade de mais dirigentes (a eleger), instalações, pessoal, encargos financeiros, enfim, mais burocracia, quando estas atribuições devem e têm de ser exercidas pela Ordem que é de TODOS os médicos.

Vamos continuar assim?

Lisboa 19 de Dezembro 2016



José Manuel Jara  
Chefe de Serviço de Medicina Interna



Qual a minha surpresa quando ao ler o número de Dezembro da Revista da Ordem me deparo com um texto do médico João Semedo que é um exemplo de intolerância no debate de ideias e a expressão de emoções contra a minha pessoa que não resultam de certeza apenas do texto que pretendeu depreciar. Haveria que fazer a sua história progressa e os antecedentes pessoais.

João Semedo, como se fosse um membro de um júri de um concurso sobre eutanásia, considera liminarmente o meu artigo como um “extenso texto” de “quatro páginas frustrantes” onde “não se encontra qualquer contributo inovador para o debate sobre a problemática do fim da vida

(...). E, logo a seguir, aplica ao produto o rótulo que melhor lhe apraz, o de que “não é mais que um repositório das teses defendidas pelo conservadorismo extremista na sua campanha contra a despenalização da morte assistida”. Com algum menosprezo considera depois que “não vale a pena responder, portanto, a José Manuel Jara” (...).

O leitor atento pode desde já apreciar a abertura ao diálogo que se exprime nesta forma de lidar com opiniões diferentes da sua. Se eu tivesse escrito um texto de apologia da eutanásia ficaria certamente ilibado dos seus agravos de polémicas político-ideológicas doutros tempos. E seria dispensado de epítetos depreciativos que me não desqualificam a mim tanto como a quem os formula. Terei de citar algumas das frases que apoiam o seu juízo sobre a minha pessoa: “(...) não resistiu ao tão pequeno como frequente truque de deturpar e manipular as opiniões de quem não pensa como ele. Enfim, fugiu-lhe o pé para o chinelo...” E adiante, diz ter de por os pontos nos ii sobre o que pensa acerca dos cuidados paliativos e do que disse no DN, que a seu ver foi objeto de “palavras grosseira e manhosa-mente distorcidas” pela minha pessoa.

Vamos então aos factos para que fique clara a irrelevância das considerações de João Semedo. O meu texto na Revista da Ordem tem 2 250 palavras e apenas “dedico” ao contrariado defensor da eutanásia 47. Pois foi o suficiente para o arrazoado de qualificativos com que me brindou no seu texto de duas páginas em que recita quase exaustivamente o texto da entrevista do DN que eu referi no meu artigo. João Semedo errou na análise sintática e semântica da minha referência textual às

## O monólogo apologético da eutanásia sem réplica autorizada

Elaborei cuidadosamente um texto de reflexão crítica sobre o tema da chamada “morte assistida”, optando pela sua publicação na Revista da Ordem dos Médicos (número de Outubro de 2016). Qualquer leitor interessado pelo tema verá que o texto contém informação apropriada de interesse geral e se tece de argumentos fundamentados. Certamente, porque é defendida uma posição adversa da institucionalização da eutanásia no nosso país, não seria do agrado dos oponentes, defensores da chamada “morte assistida”. Na minha argumentação não pretendi diminuir ou ofender ninguém.



**José Manuel Jara**  
Médico Psiquiatra, Chefe de Serviço hospitalar reformado, Presidente da Assembleia Geral e sócio fundador da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares de Portugal

## "Morte assistida", uma reflexão crítica

Quem estiver atento vai-se inteirando dos termos do debate em matéria tão sensível e passional. Os adeptos do Movimento "Direito a Morrer com Dignidade" que atribuem a si próprios o mérito de suscitaram a discussão, querem levar para a frente os seus desígnios, sentindo a urgência da questão. Em termos de luta de ideias a despenalização da "morte assistida", tanto na versão de **suicídio assistido** como da **eutanásia**, teria como oponentes os defensores de um Estado insuficientemente laico, fruto de convicções religiosas e cativo de preconceitos. Pelo contrário, quem se move pela despenalização seria arauto de uma razão iluminada, sem sacralizações descabidas e conservadoras.

Quem estiver atento vai-se inteirando dos termos do debate em matéria tão sensível e passional. Os adeptos do Movimento "Direito a Morrer com Dignidade" que atribuem a si próprios o mérito de suscitaram a discussão, querem levar para a frente os seus desígnios, sentindo a urgência da questão. Em termos de luta de ideias a despenalização da "morte assistida", tanto na versão de suicídio assistido como da eutanásia, teria como oponentes os defensores de um Estado insuficientemente laico, fruto de convicções religiosas e cativo de preconceitos. Pelo contrário, quem se move pela despenalização seria arauto de uma razão iluminada, sem sacralizações descabidas e conservadoras.

Será possível entender esta apologia de uma morte voluntária ajudada ou executada por outro como fruto de um racionalismo inquestionável a toda a prova? Jacques Attali, intelectual e político bem conhecido, escrevia em 1981 (Dictionnaire du siècle XXI, p. 131): "(...) a liberdade fundamental é o suicídio; por consequência o direito ao suicídio direto ou indireto é um valor absoluto neste tipo de sociedade do futuro". Este pequeno trecho, que passo sem comentar, serve apenas para evidenciar que qualquer postura ou causa está mergulhada numa ideologia, conceito esquecido nos debates, como se a ideologia fosse neste caso tão só a religião. Atenção: neste confissão de uma das líderes do movimento português, Direito a Morrer com

Dignidade: "Quem apenas pode esperar para que todos possam finalmente morrer de acordo com as suas convicções sobre a vida e a morte, assunto tão íntimo como as convicções religiosas" (Laura Ferreira dos Santos, Público, 17/03/2016). Estaremos perante uma celebração laica da morte como direito sacralizado? Há muitas formas de ver um problema sem reduzir a contenda a um despique entre laicidade e religiosidade. As questões neste domínio complexo abrangem a antropologia, a medicina, a ética, o direito, a sociologia, a psicologia, a história e a filosofia numa interdisciplinaridade aberta. A atitude dogmática não é só a confessional no sentido religioso, pode ser também uma postura de piedosa autoridade

suas opiniões vertidas no jornal. A minha intenção não foi depreciá-lo, ou sequer criticá-lo, mas tão só ilustrar o seu modo de pensar, respeitável num mundo pluralista, em tema complexo e controverso como o que está em causa. O que disse eu então para tão encarniçada contenda? A frase é a seguinte:

*"Não é outro o diagnóstico que João Semedo, líder do Movimento pelo direito a morrer com dignidade, faz das nossas «insuficiências» e «ineficiências» em cuidados paliativos, mas esses cuidados mesmo que fossem adequados não dispensam, a seu ver, a expedita 'morte assistida' para um exitus consciente." (DN-3/03/2016)*

O que está dito é que o **diagnóstico** de João Semedo em relação aos cuidados paliativos no nosso país se caracteriza por **insuficiências** e **ineficiências** (únicas palavras entre aspas pois são extraídas da sua entrevista). Nada mais do que antecede é referido como sua opinião. Obviamente só por uma tortuosidade interpretativa se pode inferir que sugiro que a sua defesa da eutanásia seria para poupar nos cuidados paliativos, quando está claro que é para um deliberado "exitus consciente". Quanto à referência à independência entre a questão da qualidade e eficiência dos

cuidados paliativos e a necessidade da eutanásia, é a sua livre opinião vertida na entrevista. A extensa acusação de um pretensu "abuso" e "adulteração" que faz recair sobre mim quase inquisitorialmente fica assim reduzida a cinzas.

O médico João Semedo não se deu por satisfeito ao assumir por escrito a censura ao meu artigo, por eu ter lesado a sua majestade, sem ter em conta que afinal citei o seu artigo e a sua autoria, dando-lhe o devido relevo de líder do *Movimento pelo Direito a morrer com dignidade*. Num gesto de falsa modéstia achou mal a menção honrosa. Fica apenas como líder de opinião, que esse título não poderá recusar. Não se deu por satisfeito, como disse, porque ainda quis ajustar contas na tentativa vã de me desacreditar, através de uma referência final que cito por extenso: "(...) é historicamente falso que as associações nascidas a partir dos anos 70 em defesa da morte assistida tenham tido a sua origem nas sociedades que nos EUA e Reino Unido defendiam a eutanásia eugénica". E remata, acintosamente, na conclusão da sua diatribe: "Mais umas inverdades de Jara, nada inocentes..."

Começa logo pelo erro na referência. A frase que está no meu texto é diferente, como se pode ver facilmente: "Na Inglaterra e nos EUA as sociedades pela eutanásia eugénica viriam, a partir dos anos 70 do século XX, a gerar novas associações, como a *Dignity in dying* (UK) e *Compassion in dying* (USA), já sintonizadas com o ideário paladino da "morte assistida" (...). Ora esta referência está bem fundamentada num livro que faz uma breve síntese deste historial, de que retiramos apenas um parágrafo:

"The most important point for our purposes is that the Rubicon between the euthanasia movement and the right-to-die movement was crossed around 1970. In the 1970s, Ian Dowbeiggin notes, 'euthanasia ceased being as active mercy killing, with its disturbing overtones of coercion and social usefulness, and increasingly became viewed as personal freedom from unwanted interference in one's own life'. At this stage, a cranky group of euthanasia advocates found, for the first time, popular support for their message" (in Assisted Suicide – the liberal humanist case against legalization – 3 - The origins of the right-to-die movement, Kevin Yuill, p. 60-82, citada p. 67- ed. Palgrave Macmillan, 2013)

Polémica tem etimologia na palavra grega *polemos*, que significa luta. Luta de ideias, sem bater o pé para barulhar.

Lisboa, 15 de Janeiro de 2017