

Revista

# Ordem

# Médicos

n.º 177  
MARÇO | 2017  
Mensal | 2€



O futuro do  
financiamento da saúde  
em Portugal - pág. 29

Entrevista  
**Paul Garassus**  
- pág. 15



10 medidas essenciais para  
melhorar desempenho do SU  
- pág. 24

A REVISTA da Ordem dos Médicos  
vai passar a ser enviada em formato digital!  
- pág. 3



Revista da  
**Ordem dos Médicos**  
Ano 33 - N.º 177  
MARÇO 2017

PROPRIEDADE:  
**Conselho Nacional  
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.**

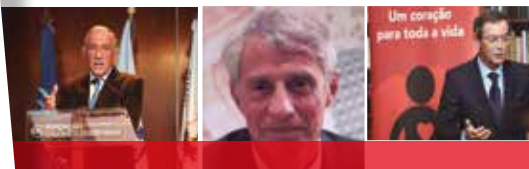
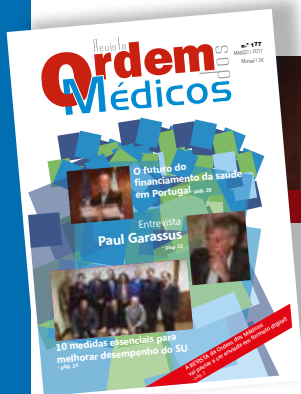
Depósito Legal: **7421/85**  
Preço Avulso: **2 Euros**  
Periodicidade: **Mensal**  
ISBN: **2183-9409**

Tiragem: 44.000 exemplares  
(10 números anuais)

Isento de registo no ICS nos termos do  
n.º 1, alínea a do artigo 12 do Decreto  
Regulamentar n.º 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 Juntos podemos  
chegar mais longe

#### informação

- 07 Posição da Ordem dos Médicos  
sobre a proposta de Lei n.º 34/XIII  
(Atos em Saúde)
- 09 Proposta de Alteração ao Decreto-Lei  
n.º 05/2017, de 06 de Janeiro
- 11 Comunicado Atestados para cartas  
de condução
- 12 Nota de Imprensa  
Convocatória para reunião formal da  
Ordem e dos Sindicatos Médicos
- 13 Comunicado do Fórum Médico:  
Organizações sindicais estão preparadas  
para convocar uma greve nacional

#### entrevista

- 15 Paul Garassus:  
É fundamental que a gestão partilhe  
os objetivos com as equipas médicas

#### actualidade

- 20 Em representação da Ordem  
e de todos os Médicos
- 22 Breve revista de Imprensa
- 24 10 medidas essenciais para melhorar  
desempenho do SU
- 26 Primeira Assembleia de Representantes  
da Ordem dos Médicos
- 29 O futuro do financiamento da  
saúde em Portugal
- 36 Projeto Salva-vidas da FPC
- 38 CNOP reúne com Primeiro Ministro
- 39 Ordem dos Médicos debate integração  
dos refugiados
- 42 Guidelines sobre suspensão e abstenção  
de tratamento em doentes terminais
- 46 Cooperação no âmbito da CMLP
- 47 O hotel da esquina  
e a formação médica
- 48 Presidente da República Portuguesa  
apoia a Declaração Universal  
da Igualdade de Género
- 52 Venda de quadros de  
"A Viagem que Ninguém Deseja!"

- 53 Grandes deficiências estruturais  
dificultam trabalho dos profissionais  
de saúde no Hospital de Barcelos
- 54 Falta de jovens médicos pode  
condicionar cuidados de saúde dentro  
de poucos anos
- 55 "Avizinham-se tempos difíceis,  
mas vamos conseguir"
- 56 "É importante passar o testemunho  
a pessoas mais jovens"
- 57 Falta de capital humano é o principal  
problema da Sub-Região
- 58 Nova sede para a Sub-Região é o  
principal objectivo para o  
tríénio de 2017/19
- 59 Região Autónoma dos Açores  
Muitas centenas de quilómetros  
não impedirão a proximidade
- 60 Região Autónoma da Madeira  
Formação médica será  
um dos alvos do mandato
- 61 Sub-região de Faro  
Autarca desafiado a apoiar  
fixação de médicos
- 62 Sub-região de Setúbal  
Ordem não tem por agora  
"uma máquina e uma estrutura capaz"
- 63 Conselho Regional do Sul  
aposta na Qualidade
- 64 Bem-vindos à vossa casa!

#### opinião

- 65 Medicina Paliativa e sedação:  
mais formação, precisa-se!
- 66 Posição da Associação dos  
Médicos Católicos Portugueses  
no debate sobre a eutanásia
- 67 Cuidados paliativos nos cuidados  
de saúde primários. Uma realidade?
- 68 Médicos "novos" médicos "velhos"
- 70 Espaços Comuns III
- 71 O direito ao trabalho e o dever  
de trabalhar
- 74 Excessivo, sem dúvida
- 76 O cadáver: o primeiro paciente  
do futuro médico
- 78 Pensamentos de uma médica

#### história

- 79 O Museu de Anestesiologia  
do Dr. Avelino Espinheira

## 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

# Revista **Ordem** Médicos

**A REVISTA da Ordem dos Médicos vai passar a ser enviada em formato digital!**

Será a partir de agosto de 2017 que a revista passará a ser disponibilizada apenas através de um *link* enviado por *email*, através de *download* do novo portal interactivo ou através de aplicação informática disponibilizada nos ambientes habituais.

Os médicos que desejarem receber a revista em papel têm que o comunicar à Ordem dos Médicos por escrito (indicando nome, n.º de cédula e morada completa) para:

Revista da Ordem dos Médicos

Av. Almirante Gago Coutinho - nº 151, 1749 – 084 Lisboa

Ou por *email* para: [rom@omcne.pt](mailto:rom@omcne.pt)

A partir de agosto, a **ROM** só será enviada em papel a quem se tiver manifestado nesse sentido.

Esta mudança além de ter em conta aspetos ecológicos e de modernização da comunicação da Ordem dos Médicos, traduzir-se-á em poupanças financeiras significativas e corresponde a um dos compromissos eleitorais do atual bastonário:

"A Ordem do presente e do futuro deve ser cada vez mais próxima dos médicos. Deve ser mais eficiente, ter tempos de resposta mais eficazes, fornecer informações úteis em tempo real através de meios de comunicação modernos e simples de utilizar. (...)

Renovar a comunicação e informação da OM, tornando-a mais moderna e intuitiva, através de uma nova plataforma institucional nacional, que inclua um portal interactivo com a figura do Balcão Único (que permitirá aos médicos aceder e obter um conjunto alargado de documentos certificados à distância), em rede com outros meios de comunicação digitais e físicos, incluindo novas ferramentas e aplicações, integrados e com outras funcionalidades. Esta renovação inclui os meios físicos e nomeadamente as revistas e *newsletters*, que também permitem divulgar regularmente as deliberações do Conselho Nacional da OM"



## Juntos podemos chegar mais longe



Um mês após ter iniciado funções como bastonário da Ordem dos Médicos, sinto que temos toda a obrigação de ir mais além. Como, de resto, afirmei durante as eleições.

O Ministério da Saúde está capturado pela ideia firme que só aceita negociar propostas que mantenham a neutralidade orçamental. O Orçamento de Estado para a Saúde nunca foi tão baixo, menos de 6% do PIB. Nesta medida, as reformas necessárias para devolver ao SNS as suas características genéticas, consagradas na Constituição da República Portuguesa, continuam a ser adiadas. E a medicina privada de pequena dimensão ignorada e lesada, por um Ministério da Saúde que já mostrou não ter capacidade para ir mais longe.

Sem o financiamento adequado, os portugueses continuarão a ser “empurrados” para as grandes unidades de saúde públicas e privadas. E os profissionais de saúde, com particular incidência nos médicos, continuarão a ser excessivamente

pressionados para alcançarem resultados numéricos, que permitam ao Governo apresentar “a sua imagem” do estado da saúde em Portugal, com base no único indicador de qualidade que o poder político reconhece e apresenta como bandeira, o acesso a cuidados de saúde, traduzido em números informativamente cada vez melhor “elaborados”.

O acesso é a grande dimensão da qualidade. E a equidade no acesso, tal como as condições de trabalho, continua na ordem do dia. Mas um país que preza o estado social, que o consagra na sua Constituição, que defende e eleva os direitos das minorias, que debate valores e direitos no seio da sociedade, que não tem medo de caminhar em direcção a grandes conquistas civilizacionais, já deveria estar no patamar seguinte da outra dimensão da qualidade. A qualidade que se mede pela dimensão ética e humanística da relação entre as pessoas - ultrapassada a equidade no acesso e as condições de trabalho, que valoriza os indicadores com base nos resultados clínicos, que incentiva a proximidade, que obedece a critérios de transparência, que torna disponível toda a informação necessária para que os cidadãos possam decidir em consciência onde querem ser observados e tratados. Em suma, que cria as condições globais que permitam centrar de facto a política de saúde nos doentes e nas pessoas. Só no confluir de todas estas variáveis poderá existir verdadeira liberdade de escolha dentro do SNS.

No seio da Ordem dos Médicos este período inicial, marcado pela tomada de posse de todos os órgãos sociais da Ordem, constituiu uma fase de adaptação a um novo Estatuto e a novas regras, que nos permitam cumprir as nossas obrigações de acordo com a legislação e as recomendações em vigor.

Independentemente das condições adversas iniciais, a Ordem dos Médicos deu uma resposta inicial forte e rápida aos desafios que fomos encontrando. E não foram, nem são, poucos. E alguns deles, muito importantes, estão em fase final de decisão, em alguns casos já afastados da nossa capacidade de intervenção directa, como é o caso dos actos em saúde.

As tomadas de posse de todos os colegas que foram eleitos foram acontecendo de forma regular durante o período considerado adequado. Tive a honra e o privilégio de ter participado nas tomadas de posse dos órgãos regionais do centro, do norte e do sul. Na tomada de posse do conselho superior e na reunião inicial da assembleia de representantes. Nas tomadas de posse dos órgãos sub-regionais de Coimbra, do Porto, de Lisboa, de Viana do Castelo, de Vila Real, dos Açores, da Madeira, de Faro (Algarve), de Castelo Branco, de Beja, do Oeste, de Bragança. Tive já a oportunidade de visitar o hospital de Barcelos, o hospital e centros de saúde de Bragança, o hospital prisional S. João de Deus e o hospital de Vila Nova de Gaia. Participei nas cerimónias de recepção aos médicos internos no hospital de S. João, na sede do CSR de Castelo Branco, na sede do CSR do Oeste, na sede do CSR de Beja, na sede do CSR de Évora, e na cerimónia da bata branca do curso de medicina da UBI na Covilhã.

“E fica o compromisso de continuar a percorrer o país. De estar perto dos médicos e dos doentes, dos seus locais de trabalho, de verificar no local as deficiências e insuficiências do sistema mas também as qualidades humanas e técnicas dos profissionais e a sua capacidade de ultrapassar as imensas barreiras que directa ou indirectamente lhes são colocadas. Uma relação de proximidade a manter durante o mandato que agora se inicia.

E fica o compromisso de continuar a percorrer o país. De estar perto dos médicos e dos doentes, dos seus locais de trabalho, de verificar no local as deficiências e insuficiências do sistema mas também as qualidades humanas e técnicas dos profissionais e a sua capacidade de ultrapassar as imensas barreiras que directa ou indirectamente lhes são colocadas. Uma relação de proximidade a manter durante o mandato que agora se inicia.

Durante este início de mandato representei a OM em várias reuniões e congressos, e participei em debates e conferências que abordaram desde o *burnout* dos médicos até às estratégias para a investigação de translação em Portugal.

Em Fevereiro fomos ouvidos na Comissão Parlamentar de Saúde a propósito dos problemas existentes no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Aproveitámos para expressar, para além da nossa preocupação com as graves deficiências existentes ao nível do capital humano e das condições de trabalho, o dever de cumprir a Carreira Médica de acordo com a legislação em vigor. Foi lançado o desafio aos deputados presentes para que se empenhem em resolver os problemas actualmente existentes ao nível das regiões mais periféricas, mais carenciadas e mais desfavorecidas. A Ordem mostrou-se disponível para os acompanhar nesta “caminhada”.

Fomos ouvidos na Comissão Parlamentar de Saúde a propósito da PPL 34/XIII sobre os actos em saúde, e apresentámos a nossa posição por escrito (documento 1 – ver página 7). Apesar de o diploma já estar praticamente “fechado”, defendemos a necessidade urgente de proteger os doentes do crime de usurpação de funções, das terapêuticas sem evidência científica, da publicidade enganosa, e do dever de garantir e assegurar uma formação transparente que o legislador tem para com os cidadãos. A publicação de uma Lei de actos em saúde só é materialmente fundamentada e válida se, por um lado, servir os interesses dos doentes e contribuir para os proteger e, por outro, se for o reflexo da prática de cada profissão com base na sua formação pré e pós-graduada.

Em Março fomos ouvidos na Comissão Parlamentar de Saúde a propósito da PPL 32/XIII, que resulta da nova redacção da Lei 12/2009 e transposição da Directiva nº 2015/565/EU, que pretende garantir a qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana, assim como a relativa à importação das mesmas. Realçámos a necessidade, não devidamente prevista no documento, da rastreabilidade de todo o processo e as questões relacionadas com a importação de produtos biológicos contaminados e os riscos de aplicação de produtos biológicos. Nesta sequência, manifestámos, por escrito, a nossa preocupação pelo que pode constituir um importante problema de saúde pública e solicitámos ao Ministério da Saúde as informações consideradas relevantes para a segurança dos nossos doentes (documento a ser divulgado posteriormente).

Fomos ouvidos na Comissão Parlamentar de Saúde a propósito da situação actual do INEM, tendo expressado a nossa posição sobre as deficiências e insuficiências do sistema e sobre o modelo de organização do INEM (documento a ser apresentado em breve).

A propósito do último relatório do Tribunal de Contas, em que “recomenda a revisão dos critérios de fixação das taxas cobradas pela ERS, de maneira a que não acabem por se refletir nos preços suportados pelos utentes, referindo que 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”, as Ordens da Saúde representadas no conselho consultivo da ERS exigiram a redução imediata e significativa das referidas taxas (documento publicado na ROM nº 176, jan/fev de 2017, página 11).

Em Março, participámos na reunião que envolveu os conselhos consultivo e directivo da ERS, onde foi discutido, entre outras matérias, o valor excessivo das taxas que têm sido cobradas a todos os prestadores de cuidados de saúde, e agendada nova reunião para ser apresentada uma proposta de redução das taxas.

Com o Ministério da Saúde, e durante o mês de Março, debate-

mos alguns documentos estruturantes para a formação médica pós-graduada, e que estão neste momento na sua fase final de concretização: a revisão do regime jurídico do internato médico, a revisão do regulamento do internato médico, a revisão do programa de formação do ano comum, a revisão das orientações (recomendações) da prestação de serviço de urgência no internato médico e a prova de acesso à especialidade (prova nacional de avaliação e seriação).

Apresentámos uma proposta de alteração ao Decreto-Lei nº 05/2017 que veio proceder à aprovação dos princípios gerais da publicidade a medicamentos e dispositivos médicos, no sentido de preservar a formação clínica e científica e a investigação clínica patrocinada por empresas em estabelecimentos e serviços do SNS (documento 2 – ver página 9). Esta matéria está em fase final de resolução.

De igual forma, foi negociada com o Ministério da Saúde a criação de Centros de Avaliação Médica e Psicológica (CAMP) que permitam ser a referência na emissão do atestado médico para se ser possuidor da carta de condução, com especial relevo para os condutores do grupo 2 (documento 3 – ver página 11).

Em Fevereiro, no decurso de declarações do Ministro da Saúde sobre a possibilidade de aumentar 10 meses à idade de dispensa de trabalho dos médicos em contexto de serviço de urgência no SNS, contestámos publicamente a intenção do Ministro através de comunicado do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos (documento publicado na ROM nº 176, jan/fev de 2017, página 16).

Na sequência da polémica gerada pela publicação do Decreto-Lei 25/2017 (Lei de Execução Orçamental), que colocava os médicos em situação de desigualdade relativamente à reposição legal do valor das horas extraordinárias, reunimos de urgência com os Sindicatos Médicos, no sentido de analisar em conjunto uma situação injusta para os médicos e de elevado stress para o SNS, devido à falta de equidade e de valores, que colocavam em causa a qualidade da medicina e a segurança, integridade física e emocional dos doentes e dos médicos. Desta reunião resultou uma breve nota de imprensa (documento 4 – ver página 12) e a convocatória do Fórum Médico que teve lugar na sede nacional da Ordem em 10 de Março, do qual resultou o documento 5 (ver página 13).

Termino este editorial atípico, em que o caminho ainda está no início e a equipa incompleta, recordando a frase de Clarice Lispector “**Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe**”.

Juntos podemos construir um futuro melhor.

Um abraço com estima,  
Miguel Guimarães

# Posição da Ordem dos Médicos

## sobre a proposta de Lei nº 34/ XIII (Atos em Saúde)

Documento 1, conforme referido no editorial.

Em primeiro lugar, e de forma global, a Ordem dos Médicos gostaria de louvar a iniciativa legislativa de caminhar no sentido de consagrar em Lei os atos em saúde e, em especial, o ato médico. Revela um espírito construtivo e uma preocupação em contribuir ativamente na proteção dos doentes.

Na realidade, esta matéria é da maior relevância porquanto constitui uma resposta a uma necessidade urgente de proteger os doentes do crime de usurpação de funções, das terapêuticas sem evidência científica, da publicidade enganosa, dando cumprimento ao dever de garantir e assegurar uma informação transparente que o legislador tem para com os cidadãos.

Nesta medida, a proposta ora apresentada consubstancia uma mais valia no que diz respeito a algumas das preocupações enunciadas e permite, de forma objectiva, consagrar as profissões da saúde que têm evidência científica comprovada.

De facto, o diploma agrupa as profissões da saúde que são autorreguladas através de associações públicas profissionais, separando-as de outras profissões de saúde que são reguladas diretamente pelo Governo e que, como tal, têm legislação própria. O que em nosso entender está correto.

Por outro lado, exclui de forma objectiva as terapêuticas sem evidência científica (não convencionais), o que em nossa opinião constitui uma obrigação ética e científica própria de responsáveis políticos que valorizam o conhecimento, a responsabilidade, a investigação e a experiência clínica suportada por uma evidência científica sólida sujeita a regras nacionais e internacionais rigorosas, transparentes e rastreáveis. Esta questão é, para nós, da maior relevância na medida em que também não é eticamente aceitável contribuir para validar terapêuticas que fogem ao crivo de qualquer avaliação ou auditoria permanentes. A exclusão de tais terapêuticas sem evidência científica tem pois a nossa total concordância.

A Ordem dos Médicos não aceitará em circunstância alguma, a validação legislativa de terapêuticas sem validação científica comprovada. Para a Ordem dos Médicos os doentes estarão sempre em primeiro lugar pelo que nunca poderíamos concordar com uma proposta que possa contribuir para enganar os doentes em função de interesses económicos ou outros. Entendemos que uma das mais relevantes funções da Ordem dos Médicos é a defesa intransigente da qualidade da Medicina praticada em Portugal constituindo-se tal defesa como um imperativo ético, científico e profissional.

Em segundo lugar, e apreciando o detalhe do articulado da proposta apresentada, compre-nos efetuar as seguintes considerações:

- A publicação de uma Lei de atos em saúde só é materialmente fundamentada e válida se, por um lado, servir os interesses dos doentes e contribuir para os proteger e, por outro, se for o reflexo da prática profissional com base na formação pré e pós-graduada. O que não é o caso com a presente proposta. A definição dos atos próprios de cada profissão não surge suficientemente esclarecedora e clarificadora no sentido de se conseguirem distinguir as diferentes profissões. Basta analisar as funções e competências próprias definidas para os médicos e os enfermeiros, para que não se entenda de forma clara o que faz exatamente cada um dos profissionais. Tal facto não está de acordo com aquela que é a prática diária nem reflete a necessidade de estabelecer uma clara hierarquia na equipa de saúde tal como decorre das características de formação e de atuação de ambas as profissões. Nesta medida, o documento não serve os interesses dos doentes, ao não esclarecer de forma objectiva a dimensão de cada profissão.

- Provavelmente, o legislador encarou o grande “chapéu” da Saúde como um conjunto de áreas independentes que se unem de forma horizontal sem qualquer relação entre elas. Desprezou, ainda que o possa ter feito de forma não intencional, a centralidade da Medicina relativamente a todas as outras profissões. A Medicina constitui, historicamente e na prática clínica, o núcleo central da Saúde onde gravitam todas as outras áreas. Sem Medicina não há Saúde. A Medicina “alimenta e gere” todas as outras profissões. A visão holística, que inclui as facetas ética, técnica, científica e humanista, associada à capacidade de decisão e à responsabilidade, é uma característica única da Medicina que lhe permite interagir com todas as outras profissões. Por exemplo, a responsabilidade pelo diagnóstico e tratamento dos doentes é, global e inequivocamente, dos médicos. Uma responsabilidade que deriva das competências adquiridas e praticadas pela classe médica e que constituem uma marca indelével da sua atuação. Sem as suas decisões e indicações a máquina da Saúde não funciona. Por isso, e tal como na identificação, tem que ficar claro quais as funções independentes e responsáveis de cada profissional de saúde. Caso contrário, e como já foi referido, este documento não serve o seu objectivo essencial – proteger os doentes.



A definição de ato médico respeita as definições da União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) atualmente em vigor. Já o mesmo não acontece, por exemplo, com o ato de enfermagem, que não respeita a legislação existente no nosso país nem as definições internacionais, como por exemplo a da OMS.

Ainda a este propósito, o documento ora em análise utiliza a palavra “avaliação diagnóstica” de um modo transversal a várias profissões e de um modo pouco claro. Deve-se atender à palavra “diagnóstico” e não à expressão “avaliação diagnóstica”, pela importância de cada palavra por si própria. Só no entendimento da palavra se pode avançar para a discussão. O diagnóstico (do grego “capacidade de discernir”) em Medicina significa, de acordo com o dicionário Porto Editora, “determinação e conhecimento de uma doença pelo estudo dos seus sintomas e pela análise dos vários exames efectuados”. Assim, o diagnóstico tem este objectivo de identificar uma patologia/doença e, como tal, é o procedimento base em saúde, que deve ser realizado por quem reúne os conhecimentos e capacidades adequadas: o médico e, em cada área específica, o médico especialista.

É a diferenciação do conhecimento ao longo dos anos que tem conduzido a que o diagnóstico em Medicina tenha tido uma evolução inegável para todos e que permite uma melhor terapêutica cirúrgica, farmacológica ou de reabilitação, e a determinação de um prognóstico. Já a “avaliação” como ato de avaliar, poderá ser realizado por qualquer profissão dentro do seu âmbito e assim caberá, por exemplo ao enfermeiro, realizar a avaliação no âmbito dos cuidados especializados que presta.

Pelos motivos expostos, deixamos desde já a sugestão de alteração do artigo 3º sobre definição de ato de enfermeiro “O ato do enfermeiro consiste na avaliação, planeamento e execução das intervenções, técnicas e medidas terapêuticas de enfermagem...”

- Adicionalmente, não se entende que, após uma “Exposição de Motivos” quase exclusivamente centrada no trabalho em equipa materializada em expressões tais como “sinergia entre os vários grupos de profissionais de saúde”, “o trabalho em equipa e a complementaridade funcional entre os vários profissionais”, “promovendo o conceito de equipas multidisciplinares em saúde e modelos de cooperação entre os vários profissionais de saúde”, o articulado do diploma não expresse qualquer referência objectiva à questão central do trabalho em equipa e, em especial, à liderança e coordenação das equipas de saúde. Nem explicita de forma clara a relação entre as várias profissões. Não é possível obter resultados de excelência com equipas bicéfalas ou mesmo tricéfalas, seja na sua funcionalidade prática seja na responsabilidade.

A capacidade de decisão, o conhecimento e a responsabilidade determinam a coordenação e liderança das equipas multidisciplinares. De resto, o artigo 9º dos DL nºs 177 e 176/2009 – carreira médica no seu nº 3 determina que “O médico exerce a sua atividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, através do exercício correto das funções assumidas, coopera com outros profissionais cuja ação seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas.”

Nesta perspectiva e tendo por base a argumentação exposta, apresentamos de seguida algumas propostas concretas no sentido de tornar o documento mais claro e mais objectivo:

- Propõe-se uma nova formulação para o artigo 5º (nº 1) sobre definição de ato médico: “O ato médico consiste na atividade diagnóstica, prognóstica, de investigação, de perícias médico-legais, de prescrição e execução de medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, e de técnicas médicas, cirúrgicas e de reabilitação relativas à saúde e à doença física, mental e social das pessoas, grupos ou comunidades, no respeito pelos valores éticos e deontológicos da profissão médica.”

- Propõe-se uma nova formulação para o artigo 5º (nº 2) sobre definição de ato médico: “Constituem ainda atos médicos, as atividades técnico-científicas de ensino e formação, de assessoria, governação e gestão clínicas, e de educação e organização para a promoção da saúde e prevenção da doença, quando praticadas por médicos.”

- Propõe-se igualmente a inclusão de dois novos artigos a entrem a seguir ao artigo 15º:

#### **artigo N1 Participação de outros profissionais de saúde no ato médico**

Sem prejuízo da prática autónoma dos atos que constituem competência própria da sua profissão, os demais profissionais de saúde legalmente habilitados podem praticar ações técnicas integradas no conceito de ato médico, sob orientação ou mediante prescrição médica, no limite da sua formação e experiência profissional.

#### **artigo N2 Coordenação das equipas multidisciplinares**

Cada profissional exerce a sua atividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, através do exercício correto das funções e competências legalmente atribuídas no âmbito da sua profissão, coopera com outros profissionais cuja ação seja complementar à sua, sendo as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas coordenadas por médicos.

Este é o nosso firme e empenhado contributo para clarificar e reforçar a proposta de Lei nº 34/XIII dos atos em saúde. Esta nossa proposta revela o nosso entendimento, alinhado com organizações internacionais tais como a UEMS ou a OMS, de como pode e devem ser garantidos os superiores interesses dos doentes.

Colocamo-nos desde já ao dispor para qualquer esclarecimento adicional que entendam necessário, estando certos que o interesse dos doentes e dos cidadãos constituirá a motivação da Assembleia da República, em geral, e da Comissão Parlamentar de Saúde, em particular, no sentido de materializar no articulado legal as opções mais claras e que melhor defendem os doentes.

Atentamente,  
O Conselho Nacional da Ordem dos Médicos  
Lisboa, 26 de Março de 2017

# Proposta de Alteração ao Decreto-Lei nº 05/2017, de 06 de Janeiro

Documento 2, conforme referido no editorial.

Ex.mo Senhor Ministro da Saúde,  
Tal como acordado entre os dois organismos, a Ordem dos Médicos procedeu à análise do recém publicado Decreto-lei 5/2017, de 06 de janeiro, que veio proceder à aprovação dos princípios gerais da publicidade a medicamentos e dispositivos médicos.

Não que os princípios ora consagrados mereçam a nossa discordância, mas porque, como se demonstrará, a introdução de limitações às acções científicas a realizar em estabelecimentos, serviços e organismos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e que se encontra consagrada no artigo 9º, conduzirá a efeitos perversos no que toca aos objectivos pretendidos e também afetará, no entender da Ordem dos Médicos de forma significativa, a formação e a investigação clínicas no âmbito do SNS.

Nos termos do preâmbulo do diploma o objectivo que o legislador pretendeu alcançar foi o da transparência no SNS, com especial ênfase nas actividades de publicidade de medicamentos e dispositivos médicos ou relacionados com a sua promoção, através da introdução de medidas a todos os níveis.

Lê-se especificamente no preâmbulo que *“a publicidade de medicamentos e dispositivos médicos engloba diversas actividades desenvolvidas para a sua promoção que passam frequentemente por apoios concedidos para sua simples divulgação, para a realização de acções de carácter meramente científico, ou para eventos com carácter comercial, carecendo, por conseguinte, de ser enformada com normas que garantam a protecção de cada grupo de destinatários destas acções, seja o público em geral, os profissionais de saúde, ou mesmo os estabelecimentos, serviços e organismos do Serviço Nacional de Saúde (SNS).”* Acresce,

ainda, que o legislador é ainda peremptório em afirmar que *“através do presente decreto-lei é igualmente definido que as acções científicas a realizar nos estabelecimentos, serviços e organismos do SNS não podem possuir carácter promocional, nem ser patrocinadas por empresas produtoras, distribuidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos”*.

Ora, daqui se conclui que o objectivo de presente diploma foi o de regular toda a actividade de publicidade ou relacionada com a promoção de medicamentos e dispositivos médicos. De resto, o preâmbulo dá alguns exemplos destas actividades como *“apoios concedidos para sua simples divulgação, para a realização de acções de carácter meramente científico, ou para eventos com carácter comercial”*, mas não restringe a aplicação do diploma a apenas a estas.

Fica claro, também e logo no citado preâmbulo, que o legislador proíbe que se realizem nos estabelecimentos, serviços e organismos do SNS as acções científicas com carácter promocional ou patrocinadas por empresas produtoras, distribuidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos.

Nesta linha, o n.º 3 do artigo 9º estatui que *“as acções de natureza científica ou outras a realizar, nos termos da lei, em estabelecimentos e serviços do SNS independentemente da sua natureza jurídica e os organismos do Ministério da Saúde não podem possuir carácter promocional, nem ser patrocinadas por empresas produtoras, distribuidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos”*.

Assim, desta norma resulta a proibição expressa de realização de todas e quaisquer acções de natureza científica que tenham carácter promocional ou que sejam patrocinadas por empresas produtoras, distri-

buidoras ou vendedoras de medicamentos ou dispositivos médicos.

É, no nosso entender, nesta proibição que o legislador confunde o “continente” com o “conteúdo”, pois se é inteligível e totalmente defensável que sejam proibidas todas as acções de natureza científica com carácter promocional, já não se compreende que se equipare a estas, as acções de natureza científica organizadas pelos serviços ou departamentos de organismos do SNS ainda que patrocinadas por aquelas empresas.

Na realidade, na grande maioria dos casos, o patrocínio serve apenas para colmatar as lacunas do financiamento, por parte do próprio SNS – que é a entidade empregadora de tantos profissionais de saúde e que está, enquanto tal, adstrita a um dever de assegurar aos seus profissionais formação profissional – permitindo desse modo suportar despesas administrativas, com viagens, alojamento, alimentação e remuneração dos prelectores convidados, muitos deles estrangeiros. Saliente-se que estes patrocínios são formalizados através de contratos nos quais não é imposto, directa ou indirectamente, qualquer constrangimento ou linha de orientação ao evento, não sendo sequer pedida ou solicitada a difusão de qualquer concreto medicamento ou dispositivo médico.

Acresce que, até agora, o circuito do dinheiro que era despendido pela indústria farmacêutica neste tipo de eventos e formação era conhecido, transparente e público, sendo assim fácil a realização do seu escrutínio, tanto mais que era objecto de comunicação através do portal da transparência do Infarmed.

Com a introdução deste artigo 9º, a Ordem dos Médicos teme que estejam a ser criadas condições para que se utilizem alternativas menos transparentes. Ao

afectar directamente as iniciativas de formação contínua de todos os profissionais de saúde do e no SNS – colocando-os em desvantagem face aos seus colegas da medicina privada que não ficam abrangidos por qualquer proibição – estar-se-á, no nosso entender, desde logo a promover que as mesmas acções sejam levadas a cabo de forma indirecta ou por interposta organização. Assim, este artigo 9º virá, no nosso entender, dificultar a divulgação científica, dando azo a que os 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, desanimem e conduzam os seus profissionais (cada vez menos resistentes) à saída do SNS ou a uma existência inerte e vegetante.

A estas objecções acresce ainda o facto de o n.º 3 do artigo 9º proibir de forma ampla as “acções de natureza científica e outras” o que conduz à proibição de outras acções que também revestem uma importância fulcral no contexto da sustentabilidade e do prestígio do SNS.

A expressão “e outras” interpretada em correlação e com o disposto do n.º 1 determinará, por exemplo, a proibição do pagamento, pela indústria farmacêutica, de exames complementares de diagnóstico que servem para seleccionar doentes para um determinado tipo de tratamento dirigido a alvos moleculares específicos. De acordo com o ora aprovado, as unidades do SNS deixam de poder receber esses pagamentos e, conseqüentemente, de realizar os referidos testes, perdendo os doentes o acesso a esses medicamentos, pois tratar-se-á de receber directamente um benefício em espécie por uma actividade que claramente vai promover a utilização de um medicamento específico. Acresce ainda que a expressão “e outras”, e continuando-a a interpretar no contexto da norma, irá afectar as actividades de investigação clínica, pois estas são, na sua grande maioria, pecuniariamente patrocinadas pela indústria farmacêutica, recebendo as unidades do SNS o pagamento que é contratualizado. À luz do ora determinado, as unidades do SNS deixam de poder receber estes pagamentos e, assim, de poder realizar tal investigação clínica. Como quer uma actividade, quer outra,

implicam para os estabelecimentos do SNS o recebimento de importâncias pecuniárias que, de acordo com o n.º 1 do artigo 9º, deixam de poder ser arrecadadas, e como ambas têm por inerência, directa ou indirecta, um carácter promocional de um determinado medicamento ou dispositivo médico, à luz do n.º 3 do artigo 9º, deixam de poder ser realizadas.

Por último, a Ordem dos Médicos não pode deixar de assinalar o facto de se estabelecerem todas estas proibições aos eventos científicos e outros – e que já se encontravam, repita-se, sujeitos a normas de transparência muito elevadas –, mas se continuem a isentar as visitas e o regime de acesso dos delegados de informação médica (que nos merecem o máximo de respeito), porque, esses sim, constituem objectivamente um veículo de informação, mais comercial e menos científica, do que qualquer evento científico. Note-se que, em face do disposto no n.º 4 do artigo 9º, é permitida a realização de uma reunião que tenha apenas carácter comercial, tendo como prelector um médico representante da indústria farmacêutica.

Deste modo, a Ordem dos Médicos, apostada também na defesa da transparência, isenção e imparcialidade das relações dos estabelecimentos, serviços e organismos do SNS com as empresas que se dedicam a actividades económicas fornecedoras de bens e serviços, nas áreas dos medicamentos, dos dispositivos médicos e outras tecnologias de saúde, de equipamentos e serviços na área das tecnologias de informação, ou outras conexas, propõe a Vossa Excelência que o artigo 9º do Decreto-lei 5/2017, seja alterado sugerindo-se, em alternativa, a seguinte redacção:

### **Artigo 9.º** **Estabelecimentos, serviços** **e organismos do Serviço Nacional de Saúde**

**1** — Os estabelecimentos e serviços do SNS, independentemente da sua natureza jurídica e os serviços e organismos do Ministério da Saúde não podem promover a angariação ou receber directa ou indirectamente benefício pecuniário ou em espécie por parte de empresas fornecedoras de bens e serviços, nas áreas dos medicamentos, dos dispositivos médicos

e outras tecnologias de saúde, de equipamentos e serviços na área das tecnologias de informação, ou outras conexas, que possam afetar ou vir a afetar a isenção e imparcialidade.

**2** — Excecionam-se do disposto no número anterior os benefícios cuja receção se destine à organização exclusiva de eventos ou formação de carácter exclusivamente científico e não promocional ou cuja receção comprovadamente não comprometa a isenção e a imparcialidade mediante autorização do conselho de administração dos estabelecimentos e serviços do SNS independentemente da sua natureza jurídica.

**3** – As acções de natureza científica ou outras a realizar nos termos da lei, em estabelecimentos e serviços do SNS independentemente da sua natureza jurídica e os organismos do Ministério da Saúde não podem possuir carácter promocional, devendo para isso ser obtido o patrocínio científico da Ordem Profissional a que os organizadores pertencem.

**4** – O disposto no presente artigo não se aplica à investigação clínica nem a outras actividades devidamente contratualizadas com os conselhos de administração dos estabelecimentos e serviços do SNS independentemente da sua natureza jurídica.

**5** – O disposto no presente artigo não prejudica, de acordo com a respetiva regulamentação, as visitas nem o regime de acesso dos delegados de informação médica e dos representantes comerciais de dispositivos médicos, bem como de outros representantes de empresas de medicamentos e dispositivos médicos aos estabelecimentos e serviços do SNS.

Certos de que a presente proposta irá merecer por parte de Vossa Excelência a melhor atenção, aproveitamos para apresentar os nossos melhores cumprimentos,

António Araújo, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Miguel Guimarães,  
bastonário da Ordem dos Médicos

# Comunicado

## Atestados para cartas de condução

Divulgamos em seguida a posição do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos sobre a questão da emissão de atestados médicos para habilitar à condução de veículos, em que se desafia o Ministério da Saúde a criar Centros de Avaliação Médica e Psicológica (CAMP). A negociação que tem sido seguida com o Ministério da Saúde inclui também a simplificação no preenchimento da aplicação informática e novo adiamento da data de entrada em vigor da medida de desmaterialização e transmissão electrónica do atestado médico, para que possa ser, entretanto, gerida a implementação dos CAMP. A atribuição/renovação da carta de condução é uma matéria essencial para os cidadãos, e qualquer sistema disfuncional pode ter consequências graves na vida das pessoas. A Ordem recorda ao Ministério da Saúde que deve honrar os seus compromissos com todos os cidadãos, incluindo os médicos, e adverte que as mudanças no sistema só devem ser concretizadas quando o mesmo estiver verdadeiramente operacional.

“Tivemos já a oportunidade de manifestar publicamente, em diversas ocasiões, apreensão quanto ao conteúdo das medidas aprovadas nos últimos anos com o propósito de tornar mais eficiente e facilitadora a vida dos cidadãos no que toca ao processo de emissão de títulos de condução. Nestas medidas inclui-se, naturalmente, a medida de desmaterialização e transmissão electrónica do atestado médico, introduzida no âmbito do sistema Simplex “Carta sobre rodas”.

A recente publicação do Despacho Conjunto de 3 de fevereiro de 2017 do Instituto da Mobilidade e dos Transportes e da Direcção-Geral da Saúde veio confirmar as nossas apreensões pois reforça

uma série de modelos de relatórios e de conteúdos das avaliações médicas, a efectuar pelo médico que emita o atestado, e que patenteiam a complexidade da avaliação médica numa população que, como sabemos, se mostra cada vez mais envelhecida.

Uma análise cuidada dos modelos e conteúdos ora publicados permite evidenciar a necessidade de realização de múltiplos exames e avaliações, com material específico e não universalmente disponível, dirigidas a formar um juízo sobre a adequação do estado de saúde do requerente ao deferimento da atribuição/revalidação da carta de condução, e que implicarão uma sobrecarga adicional ao

Documento 3,  
conforme referido no editorial.

Serviço Nacional de Saúde cuja vocação é, como sabemos, a promoção da saúde e a prevenção, avaliação e tratamento da doença. Adicionalmente, tais medidas comportariam prejuízos acrescidos para os cidadãos pelo facto de levarem a grandes esperas por consultas e pareceres e, consequentemente, atraso na revalidação de um título que pode ser crucial para a sua subsistência.

Tal evidencia a importância da reposição da criação de Centros de Avaliação Médica e Psicológica, como organismos vocacionados para a emissão e revalidação das cartas de condução e outras licenças (como, p. ex., a carta de caçador e o reconhecimento de aptidão física para a prática desportiva), devidamente apetrechados em termos humanos e materiais para a formação do referido juízo.

Este tipo de solução permitirá a gestão, de forma integrada, da emissão e revalidação de um diferente número de licenças, por profissionais devidamente qualificados no âmbito das respetivas especialidades, sem a criação de sobrecargas adicionais ao atendimento nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares, que lutam já com uma enorme dificuldade na gestão dos tempos de atendimentos dos utentes.

A Ordem dos Médicos (OM) atenta aos problemas que estão a afectar os médicos, nomeadamente a nível da qualidade do acto médico e das implicações que o excesso de trabalho condiciona, tem vindo a negociar com o Ministério da Saúde

a resolução da questão da avaliação da aptidão dos candidatos a condutores e a emissão do correspondente atestado para habilitar legalmente a conduzir.

No seguimento das negociações, a OM acredita estarem estabelecidas as condições para que sejam criados os Centros de Avaliação Médica e Psicológica (CAMP) e que sejam estes os centros de referência para a emissão do atestado médico para se ser possuidor da carta de condução, com especial relevo para os condutores do grupo 2.

Adicionalmente releva-se o facto de a negociação incluir a simplificação no preenchimento da aplicação informática e novo adiamento da data de entrada em

vigor da medida de desmaterialização e transmissão electrónica do atestado médico, para que possa ser, entretanto, gerida a implementação dos CAMP.

A Ordem espera continuar este tipo de diálogo positivo com o Ministério da Saúde para o bem da qualidade do acto médico, para o bem da Saúde em Portugal e do Serviço Nacional de Saúde.

Entretanto, não podemos deixar de relevar a existência de uma Ordem dos Médicos unida, sempre presente e disponível para defender a qualidade da Medicina, os doentes e apoiar os médicos a todos os níveis. As medidas de desburocratização devem ser claras e introduzir maior simplicidade, segurança e rigor e não

maior confusão e burocracia.

A atribuição/renovação da carta de condução é uma matéria essencial para os cidadãos, e qualquer sistema disfuncional pode ter consequências graves na vida das pessoas. Fica o desafio ao Ministério da Saúde para que honre os seus compromissos com todos os cidadãos, incluindo os médicos, e que as mudanças no sistema só sejam concretizadas quando o mesmo estiver verdadeiramente operacional.

O Conselho Nacional da Ordem dos Médicos  
Lisboa, 24 de Março de 2017

## INFORMAÇÃO

Documento 4,  
conforme referido no editorial.

# Nota de Imprensa

## Convocatória para reunião formal da Ordem e dos Sindicatos Médicos

O DL 25/2017 relativo à Lei de Execução Orçamental ofende gravemente o princípio da igualdade perante a lei previsto no artigo 13º da Constituição da República Portuguesa.

O Governo comete a imprudência de criar por decreto médicos de primeira e segunda categoria, com todas as implicações negativas que tal medida inconstitucional acarreta para a qualidade da medicina e a segurança e integridade física e emocional dos doentes e dos médicos.

De resto, o continuado desinvestimento na Saúde coloca o SNS num plano cada vez mais inclinado, que é imperioso equilibrar em defesa do bem público e das pessoas.

A Ordem e os Sindicatos Médicos estão muito preocupados com a falta de justiça, de equidade e de valores, que actualmente se verificam na Saúde. A verdade não pode nem deve ser confundida ou enganada.

Não aceitamos pactuar com este tipo de situações. Nem são negociáveis. Os doentes e os médicos devem ser tratados com dignidade e respeito.

Nesta medida, foi hoje decidido convocar uma reunião formal da Ordem e dos Sindicatos Médicos alargada a todas as associações médicas, recriando o Fórum Médico, no sentido de estabelecer uma estratégia conjunta que defenda o SNS, permita dar uma resposta eficaz às tentativas dissimuladas de ferir a dignidade dos médicos, corroer internamente o sistema e aumentar a fragilidade das pessoas doentes.

A reunião terá lugar no próximo dia 10 na sede nacional da Ordem dos Médicos em Lisboa pelas 14:30.

Lisboa, 6 de Março de 2017.



O Bastonário  
  
Ordem dos Médicos

O Presidente  
  
FNAM

O Secretário-Geral  
  
SIM



## Comunicado do Fórum Médico: Organizações sindicais estão preparadas para convocar uma greve nacional

Documento 5, conforme referido no editorial.

As estruturas sindicais que representam os médicos, FNAM, SIM, e a Ordem dos Médicos convocaram uma reunião formal na sequência do que designam como a criação por decreto de médicos de primeira e segunda categoria, a propósito do DL 25/2017 relativo à Lei de Execução Orçamental que consideram que “ofende gravemente o princípio da igualdade”. As três estruturas decidiram convocar essa reunião formal, “alargada a todas as associações médicas, recriando o Fórum Médico, no sentido de estabelecer uma estratégia conjunta que defenda o SNS, permita dar uma resposta eficaz às tentativas dissimuladas de ferir a dignidade dos médicos, corroer internamente o sistema e aumentar a fragilidade das pessoas doentes”. A reunião teve lugar no dia 10 de março na sede da Ordem dos Médicos em Lisboa e dela resultou o comunicado que reproduzimos em seguida e onde ficou definido que “caso as negociações não se traduzam, a curto prazo, em resultados inequivocamente positivos, as organizações sindicais médicas estão preparadas para desencadear os adequados mecanismos legais de convocação de uma greve nacional dos médicos”.

## Comunicado do Fórum Médico:

Os médicos e os doentes portugueses estão indignados com a situação que se vive actualmente na Saúde.

A pressão excessiva e a interferência, por parte da tutela, nas boas práticas médicas e, conseqüentemente, na qualidade da medicina, ultrapassou o limite do aceitável.

O acesso aos cuidados de saúde continua a agravar-se, existindo uma gritante injustiça e desigualdade entre os grandes centros urbanos e as regiões mais periféricas, mais carenciadas e mais desfavorecidas.

As condições de trabalho continuam a agravar-se. O contexto laboral e salarial mantém-se em níveis de deterioração elevados. A capacidade formativa está amputada devido à escassez de capital humano e requisitos no SNS. A interferência incompreensível na formação médica e na investigação clínica no sector público é mais um contributo negativo para a qualidade da formação. A política deliberada de tentar espartilhar a autonomia técnico-científica e os actos médicos, em nome da sustentabilidade, não defende nem respeita os doentes nem os profissionais de saúde. A violação sistemática da legislação laboral por parte dos profissionais da

gestão e das administrações nomeadas, a legislação inadequada que impede o funcionamento e flexibilidade necessária para responder aos desafios do presente e do futuro, contribuem também para agravar a indignação que cresce no seio dos médicos que, apesar de todas as adversidades, têm mantido o SNS a funcionar, com milhares de horas de trabalho que ultrapassam largamente os limites da própria legislação.

Os exemplos são muitos, não foram resolvidos, e irão ser em breve divulgados num diagnóstico da situação, que será entregue ao Ministro da Saúde e ao Presidente da República Portuguesa.

Se as promessas ministeriais se transformassem em atos concretos e em medidas de solução dos problemas existentes, hoje não estaríamos aqui reunidos. Chegamos a uma situação que já não permite qualquer atitude expectante.

Face ao exposto, as organizações médicas hoje reunidas no Fórum Médico entendem:

- 1 – Defender um SNS de qualidade que respeite os preceitos Constitucionais, com o orçamento público adequado.
- 2 – Congratular-se com a união e convergência de todas as organizações médicas e de todos os médicos na defesa dos doentes e da qualidade da medicina.
- 3 – Estimular as organizações médicas para que, no âmbito das suas competên-

cias legais, apresentem um programa de negociações, dotado de um curto calendário negocial e onde todos os problemas que afectam a medicina e os médicos sejam objecto de análise e resolução.

4 – Tal programa global de negociações deve contemplar aspectos fundamentais vertidos nos cadernos negociais dos sindicatos médicos já reiteradamente entregues ao Ministério.

5 – A questão da reposição do valor remuneratório do trabalho suplementar a que os médicos são obrigados, não sendo matéria isolada é de imperiosa resolução a muito curto prazo.

6 – Caso as negociações não se traduzam a curto prazo em resultados inequivocamente positivos, as organizações sindicais médicas estão preparadas para desencadear os adequados mecanismos legais de convocação de uma greve nacional dos médicos.

7 – O Fórum Médico decide ainda constituir-se em estrutura informal dotada de um regular funcionamento e como um espaço privilegiado de diálogo, articulação e convergência entre as várias organizações médicas.

**APROVADO  
por unanimidade e aclamação**

Lisboa, 10 de Março de 2017



## ENTREVISTA

Paul Garassus é médico especialista em neurologia. É presidente da União Europeia da Hospitalização Privada, da Sociedade Francesa de Economia da Saúde (SFES - Société Française d'Économie de la Santé) e do Conselho Científico do BAQIMEHP (Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée); no âmbito da UEHP o seu trabalho centra-se nas reformas económicas e sociais na Europa dos 28, qualidade e gestão de risco, envolvimento do doente no que diz respeito à informação e à mobilidade, e investimento estratégico no setor da saúde.



Paul Garassus

# É fundamental que a gestão partilhe os objetivos com as equipas médicas





Texto: Paula Fortunato

Fotos: Pedro Bello

Tendo como horizonte 2020, a agenda da hospitalização privada em Portugal prevê dez novos hospitais, €300 milhões de investimento e 3000 postos de trabalho, números que é preciso ter em conta quando se olha para o sistema de saúde português como um todo. Numa visita a Portugal, para participar numa reunião dos representantes de hospitais privados de mais de 15 países, no âmbito da Assembleia-Geral da União Europeia de Hospitalização Privada (UEHP) a que preside, Paul Garassus aceitou uma entrevista exclusiva para a ROM em que falou sobre os hospitais privados como um parceiro natural para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e da qualidade como primeiro objetivo e principal indicador a ter em conta. Paul Garassus referiu igualmente as dificuldades do setor (incluindo as questões de definição de pagamento por parte da tutela e a necessidade do setor privado ser encarado como um verdadeiro parceiro) e os desafios futuros dos sistemas de saúde, nomeadamente a redução de camas, a necessidade de inovação tecnológica, transparência, pagamento por indicadores de qualidade e coordenação eficaz entre os vários níveis de cuidados. Como palavras chave da visão que nos transmitiu para um sistema de saúde eficaz e sustentável escolhemos inovação, qualidade, coordenação e tecnologias de informação.

**Paul Garassus – Naturalmente que tive um aumento de rendimento mas o que queria era poder gerir o meu tempo e a minha atividade clínica e isso era possível no hospital privado. Não quero ser independente mas quero poder ter iniciativa e sentir que as minhas ideias são tidas em conta pela administração. No setor público isso não era possível...**

**ROM – É importante que os médicos tenham formação em gestão?**

PG - Claro que sim. O conhecimento em gestão ajuda-nos, nomeadamente, a perceber a necessidade de mudança e de adaptação porque a mudança é um motor da evolução. Mas isso não se aprende no curso de medicina.

**ROM - Concorda que na gestão hospitalar, ser médico-gestor é uma mais valia?**

PG - Como médico preferia dizer que sim mas na coordenação ou gestão das unidades conheço bons exemplos quer de colegas médicos quer de não-médicos. Não há um modelo único que seja o eficaz. O talento na gestão é saber quando é que é preciso envolver mais pessoas, ou seja, um não médico deve ter a sensibilidade de perceber quando uma tarefa precisa da coordenação de um médico. Fundamental é que a gestão partilhe os seus objetivos com as equipas médicas e que todos concordem numa determinada visão.

**ROM - Qual a principal falha dos sistemas de saúde?**

PG - A falta de ligação/coordenação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais. Independentemente dos sistemas de saúde serem muito diferentes nos vários países, há uma necessidade comum de coordenar iniciativas e oferta de cuidados de saúde, uma área em que os prestadores privados podem ser parcei-

ros muito úteis organizando e coordenando a ligação entre novos centros de cuidados com diversos níveis, em torno dos grandes hospitais, incluindo pequenas unidades-satélite; Este tipo de organização é uma boa solução que está a ser aplicada, por exemplo, na Alemanha (pequenas unidades médicas, quer privadas quer públicas, que se coordenam com os grandes hospitais, igualmente públicos ou privados).

**ROM - Qual considera ser o maior obstáculo a essa ligação?**

PG - É uma questão complexa porque, um pouco por toda a Europa, existem barreiras nomeadamente em termos de pagamento que se traduzem de forma simples: nem médicos, nem unidades de saúde, privadas ou públicas, são remunerados pela coordenação... Portanto o problema de coordenação não é falta de iniciativa – ou de querer – dos médicos ou das instituições de saúde. O problema é o modelo de financiamento: quem paga a coordenação e o tempo e recursos necessários para que seja feita de forma eficaz? A verdade é que os Estados não demonstram interesse no copagamento e não existem modelos eficazes para a remuneração que incluam coordenação dos vários níveis de cuidados (hospitais e pequenas unidades satélite de cuidados de proximidade).

**ROM - Além das questões de financiamento, na prática, como ligar com eficácia os vários prestadores?**

PG - A solução passa pelo recurso às tecnologias de informação. Mas, novamente, essa é uma solução dispendiosa. Conseguimos ter o historial de um doente mas é muito difícil estabelecer as necessárias ligações entre especialistas e/ou instituições, hospitalares ou outras, sem custos, sem que haja um pagamento que dê suporte a essa ligação. Seja no setor privado ou público as tecnologias de informação são essenciais para o acompanhamento do doente e para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados. Mas, embora todos reconheçam que essa permanentemente adaptação à inovação tecnológica é crucial e que será a única forma de coordenar os diversos atores do sistema de saúde, não há a correspondente atribuição de um orçamento específico para tecnologia.

**ROM - A nível europeu não existe nenhuma experiência bem sucedida nesse âmbito?**

PG - Há algumas experiências mas são restritas, quer temporalmente quer no número de instituições envolvidas. Não são experiências que envolvam simultaneamente parceiros do setor privado e público. Nos últimos anos, em França, o Ministério da Saúde estabeleceu um programa chamado “digital hospital” que incluía financiamento para desenvolver tecnologias de informação que ligassem o hospital às outras unidades, numa tentativa de modernizar o sistema de saúde francês.

**ROM - O recurso a tecnologia é fundamental para a modernização dos sistemas de saúde...**

PG - Sim, mais do que uma opção, é uma obrigação para que consigamos partilhar informação entre profissionais, promo-

O talento na gestão é saber quando é que é preciso envolver mais pessoas, ou seja, um não médico deve ter a sensibilidade de perceber quando uma tarefa precisa da coordenação de um médico.

vendo também a informação ao doente e a sua segurança. Há uma grande revolução tecnológica a acontecer e um exemplo disso é a cirurgia de ambulatório que permite reduzir os dias de internamento e, por isso mesmo, contribui para a necessidade de uma eficaz articulação de níveis de cuidados. Enquanto médicos, o doente tem que ser o centro das nossas preocupações, temos que estar preparados para prestar mais e melhor informação, desenvolver projetos que envolvam várias unidades de saúde e estabelecer ligações com os outros especialistas.

**ROM - O que fazer para termos sistemas de saúde modernos, eficazes e sustentáveis?**

PG - Sabemos que os sistemas de saúde são cada vez mais dispendiosos portanto a única coisa que podemos fazer é definir padrões de qualidade, analisar os indicadores que estabelecermos e, depois dessa análise qualitativa, estudar a relação custo/resultado obtido. Se queremos que o sistema de saúde seja sustentável é isso que temos que ter em conta: indicadores claros de qualidade e quais os resultados pois é por esses que terá que ser feito o pagamento. Não queremos que se paguem tratamentos desnecessários ou ineficazes. Para reduzir os custos e garantir a sustentabilidade, primeiro é preciso melhorar a qualidade.

**ROM - Num sistema de saúde considera que a competitividade deve basear-se na qualidade ou nos custos?**

PG - As duas questões estão ligadas: a segurança dos doentes e a qualidade dos resultados é o principal mas também temos que analisar os custos até porque existem poucos incentivos financeiros à qualidade. A nossa principal preocupação tem que ser a relação com os doentes mas também temos que ter consciência que é importante, em certos momentos, fechar a porta do gabinete e através de indicadores fazer a nossa auto-avaliação e, apresentados resultados positivos, é legítimo pedir o respetivo pagamento porque se atingiu o principal objetivo: a qualidade dos cuidados prestados. O que deve existir é uma competição saudável e justa entre setores, o que significa as mesmas funções, os mesmos pagamentos, as mesmas obrigações.

**ROM - Como se gere, do ponto de vista de um hospital privado, a pressão da competitividade?**

PG - Estou convicto que a competitividade gera mais qualidade. As instituições privadas de saúde têm uma pressão enorme

quanto à qualidade dos cuidados e à segurança dos doentes. Esse é o único objetivo que nos move. O que podemos fazer em termos competitivos? Trabalhar sempre - entre gestores e equipa médica - para estarmos entre os melhores no que se refere à qualidade dos cuidados prestados e à relação com o doente, mas também em termos de formação, certificação e, naturalmente, nas ligações com os especialistas de outras áreas (medicina física e reabilitação, medicina geral e familiar, etc.). Sem isso os hospitais privados não sobrevivem e há exemplos de unidades a fechar pela Europa. A única forma de um hospital privado singrar é ser atrativo pela qualidade dos cuidados que presta e pela boa qualidade da equipa médica, uma pressão que no setor público não existe. Há bons e maus hospitais, mas no setor privado, se for mau irá acabar por fechar... O sucesso num hospital privado traduz-se em três palavras: qualidade, qualidade e qualidade!

**ROM - Qualidade em todas as vertentes...**

PG - Temos que medir a qualidade, ter atenção aos indicadores de qualidade e apresentar resultados com qualidade. Avaliar, ser transparentes e garantir a satisfação dos doentes, nomeadamente através de uma comunicação eficaz. A comunicação com os doentes sofreu uma grande mudança: não interessa a quantidade de informação que se disponibiliza. O essencial é que o conteúdo seja compreensível para o doente. Não podemos usar a mesma linguagem que usamos a falar com os colegas. A informação tem que ser clara, precisa e tem que estar disponível para acesso de todos os interessados. É também uma questão de transparência: o que podemos fazer, quais os resultados obtidos, contactos etc.

**ROM - Considera que só um sistema de saúde que inclua setor público, privado e social poderá atingir objetivos como acessibilidade e sustentabilidade?**

PG - Não consigo dizer qual o melhor sistema de saúde. Existem *rankings* da OMS e da OCDE mas considero esse tipo de classificação muito subjetiva. Embora não saiba qual a melhor solução, considero que as situações de monopólio são muito perigosas. Não existe esse problema na Europa mas no resto do mundo existem muitos exemplos onde há um mercado negro de cuidados de saúde, nomeadamente porque só existe um tipo de hospital (seja qual deles for) o que pode gerar graves problemas de acessibilidade aos cuidados de saúde, em sistemas em que a única forma de aceder é pagando preços muito elevados. Estas disfuncionalidades não são aceitáveis, nem desejáveis.

**ROM - Como define o papel da UEHP?**

PG - O nosso papel é de coordenação e partilha de informação sobre o que está a ser feito e o que pode ou não influenciar a evolução dos sistemas de saúde na Europa. Queremos apoiar a melhoria contínua da oferta hospitalar privada, papel que é dificultado quando o sistema de saúde nacional é segmentado por pagamento e não existem verdadeiros incentivos à qualidade. O nosso maior objetivo é a coordenação dos fornecedores de cuidados de saúde e a eliminação das barreiras que existem entre hospitais, unidades de cuidados continuados, unidades de reabilitação, unidades de cuidados de saúde primários, etc. Sozinhos não temos soluções mas em conjunto podemos

partilhar informação, disseminar os exemplos positivos e difundir formas inovadoras de gestão, pugnando pela implementação de novas tecnologias que facilitem a interligação entre níveis de cuidados e entre o setor público e privado, aumentando a segurança para o doente e a qualidade, nomeadamente através do estabelecimento de ligações entre os vários profissionais/especialistas.

**ROM - Tem deparado com limitações nessas iniciativas?**

PG - O modelo de financiamento em vigor é muito lento

a adaptar-se a novas tecnologias e a novos métodos de trabalho, o que limita a iniciativa de uma maneira geral. Dou-lhe um exemplo: nos EUA, ou na Suíça, é possível a um médico receber o pagamento devido por uma consulta telefónica; Em França foram precisos dez anos de análise e negociação até que fosse possível obter esse mesmo tipo de pagamento pelo mesmo tipo de cuidado prestado. O problema não está de facto na iniciativa hospitalar privada mas sim na resposta à questão "quem paga pelos cuidados de saúde prestados?", especialmente quando falamos de métodos inovadores.

**ROM - Que problemas sentem os hospitais privados na sua afirmação como parceiros com qualidade?**

PG - O problema reside essencialmente nas definições dos reguladores ou no desconhecimento generalizado: em termos de análise prática é difícil aos prestadores privados demonstrarem que têm boa organização e uma boa relação custo/eficiência porque os académicos não têm interesse em fazer essa análise. Não há estudos suficientes que incluam os resultados obtidos pelos prestadores privados e que consubstanciem publicações internacionais que demonstrem que o setor privado é, pelo menos, tão eficaz

O problema de coordenação não é falta de iniciativa – ou de querer – dos médicos ou das instituições de saúde. O problema é o modelo de financiamento: quem paga a coordenação e o tempo e recursos necessários para que seja feita de forma eficaz?

## O sucesso num hospital privado traduz-se em três palavras: qualidade, qualidade e qualidade!

como o setor público. Ao nível da Comissão Europeia fez-se uma análise e concluímos que na última década, num universo de milhões de artigos e estudos, há menos de 20 publicações que incluam uma análise aos resultados de hospitais privados ou algum tipo de comparação entre o setor público e o privado. É um desafio que temos lançado para que se façam esses estudos pois sem eles não podemos afirmar se é melhor, pior ou igual o desempenho de instituições privadas e públicas...

**ROM - Encontra algum paralelismo na União Europeia quanto às condições de participação privada no sistema de saúde?**

PG - Não. Os sistemas de saúde são todos diferentes: na Alemanha 90% é pago pelo Estado e 10% por seguros privados; Já em Inglaterra, por exemplo, existem poucos hospitais privados pagos pelo NHS. Não consideramos que este seja um bom modelo. A competição parece-nos mais eficaz na promoção da qualidade e na redução dos custos e contribui para a evolução dos dois setores: público e privado.

**ROM - Considera que os hospitais privados podem ter um papel de relevo na literacia e capacitação dos doentes?**

PG - Sim, através da informação que disponibilizam, por via das publicações, páginas da internet, etc. Há algumas experiências – em hospitais privados por exemplo em Toulouse, França – com divulgação de informação médica que inclui o contributo do doente (*patient insight*) o que facilita a apreensão da informação nos próximos doentes.

**ROM - A quem considera que compete a iniciativa em saúde?**

PG - Como médicos ou como instituições privadas de saúde estamos numa posição ideal para propor soluções. Não podemos ficar apenas à espera que o Ministro defina o

que vamos fazer e como será o pagamento desse serviço. A revolução necessária é inverter este sistema dizendo “nós podemos promover novas ideias e com elas trazer mais qualidade e eficiência ao sistema de saúde”. O meu maior objetivo é convencer os médicos a ter um papel mais ativo na mudança dos sistemas de saúde.



**ROM – E quais são, para si, os maiores desafios futuros dos sistemas de saúde?**

PG - As tecnologias de informação vão mudar muito profundamente os sistemas de saúde. O último número do Economist inclui um artigo em que se prevê uma redução de 40% das camas hospitalares a nível europeu nos próximos 5 ou 10 anos, em resultado da revolução tecnológica: internamentos mais curtos, menos internamentos, mais cuidados em ambulatório e domiciliários; as tecnologias em geral, o recurso a *big data* e a interligação mais eficaz entre prestadores de cuidados são ferramentas que têm o potencial de proporcionar uma redução do número de camas hospitalares em quase metade. O grande desafio é sermos parceiros ativos nesta mudança. Não é possível ser um hospital grande e importante sem integração com os cuidados continuados, os cuidados domiciliários e os cuidados primários. Temos que nos adaptar, comprar ou desenvolver tecnologia, e gerir a mudança, projetando o futuro. Para isso é essencial um orçamento específico para as tecnologias de informação, essenciais à gestão do percurso do doente e a um bom planeamento de recursos e monitorização de resultados.



# Em representação da Ordem e de todos os Médicos

De audiências parlamentares, a congressos nacionais, passando por diversas mesas redondas e muitas cerimónias relacionadas com a medicina, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, tem representado a instituição e os médicos nas mais diversas situações. Por não ser possível o acompanhamento de todas, fazemos um resumo de algumas dessas atividades, elencando apenas parte das reuniões, traduzindo a presença da Ordem junto dos médicos e das suas iniciativas.

10 de fevereiro

## XXIII Jornadas de Pediatria do Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN)



O departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria - CHLN, dirigido por Maria do Céu Machado, realizou as suas jornadas sob o lema "Imunidade, do déficite ao superavit". Na sessão de abertura destas jornadas, estiveram presentes o Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, Ana Sebastião, em representação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), o presidente do conselho de administração do CHLN, Carlos da s Neves Martins, e a diretora do departamento de

Pediatria, Maria do Céu Machado. Na mesa de abertura estiveram o presidente do Conselho Científico da Faculdade de Medicina, Melo Cristino, André Graça (em representação da presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria) e Ana Margarida Neves (em representação da presidente do Colégio da Especialidade). Miguel Guimarães, bastonário da OM, presente na sessão solene de abertura destas jornadas, enalteceu a realização deste encontro científico e a partilha da informação: "É uma reunião que está a ser transmitida e enfatiza a sua dimensão internacional, o que é importante não só para os hospitais que estão a ver e a ter acesso a esta formação, mas também para o CHLN, nomeadamente para o Hospital de Santa Maria, em termos do reconhecimento das suas práticas." Considerando a importância da qualidade e acessibilidade na prestação dos cuidados de saúde, Miguel Guimarães salientou igualmente "a importância da transparência da informação dada aos doentes, informação fidedigna, que lhes permitirá ter uma verdadeira liberdade de escolha dentro do SNS", realçando a necessidade premente do doente conhecer e perceber o que lhe está a ser feito. Estas jornadas "ilustram também a qualidade da medicina em Portugal", concluiu. A sessão de abertura foi encerrada pelo Ministro da Saúde que salientou que o encontro é "um bom exemplo de formação médica contínua e independente. Não precisamos de outros parceiros neste tipo de iniciativas que não sejam a ciência, o conhecimento e as profissões de saúde." referindo que as mesmas ilustram uma prova de qualidade, isenção, respeito, com distanciamento e ética.

14 de fevereiro

## Audição na Comissão de Saúde

A Ordem dos Médicos foi ouvida pelo Grupo de Trabalho sobre "Atos em Saúde" a propósito da proposta de definição desses atos e a competência para a respetiva prática. A Ordem foi representada nessa reunião pelo seu bastonário, Miguel Guimarães, e pelos presidentes dos Conselhos Regionais. Na sequência deste audição, foi decidido o envio de uma proposta de alteração à lei de atos em saúde, consubstanciando a posição da OM sobre essas matérias de fundamental relevância para a segurança dos doentes.

15 de fevereiro

## Cerimónia de receção aos médicos internos no Centro Hospitalar de São João



O Auditório do Centro de Investigação Médica da Universidade de Medicina do Porto (CIM-FMUP) acolheu os médicos internos de formação específica dos anos 2016 e 2017 numa cerimónia que tem como objetivo dar-lhes as boas vindas. Os membros do conselho de administração do Centro Hospitalar São João (CHSJ) e os diretores dos vários serviços onde estes médicos têm desempenhado funções, bem como a diretora do Internato Médico do CHSJ, o representante da diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) o bastonário da Ordem dos Médicos, o diretor da Comissão de Ética do CHSJ e o representante da comissão de Médicos Internos do CHSJ dirigiram mensagens de incentivo e reconhecimento aos profissionais de saúde em formação no CHSJ. Miguel Guimarães falou sobre a qualidade da formação médica em Portugal e a necessidade destes jovens especialistas em formação serem respeitados pela tutela e acarinhados pelas instituições para que permaneçam no SNS e em Portugal, permitindo que a medicina que praticamos continue a corresponder aos melhores padrões da *leges artis* e às necessidades dos nossos doentes.

8 de Março

## Audição na Comissão Parlamentar de Saúde

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, fez-se acompanhar nesta reunião pelo coordenador da Competência de Emergência Médica Vítor Almeida, pela colega Filipa Lança (vogal do CRS) e pelo colega Rui Capucho (vogal do CRN), por se tratar de uma audição sobre o atual estado do INEM e a sua insuficiência de meios e recursos para corresponder a todas as necessidades da população.

11 de Março

## 13º Congresso da Sociedade Portuguesa de Diabetologia

Num congresso em que o foco foram as novas terapêuticas para a prevenção e tratamento de problemas cardiovasculares em doentes com diabetes, também se comemoraram os 30 anos da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. A Ordem dos Médicos esteve representada neste encontro pelo seu bastonário, Miguel Guimarães, que participou no simpósio sobre "rim e diabetes", no âmbito do qual fez uma palestra sobre o estado da arte quanto ao transplante renal.

22 de março

## Visita ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho

De visita ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães criticou a "falta de meios" no Centro Hospitalar, uma unidade que o Ministério da Saúde "tem de perceber" que é "referência do norte do país". Após uma visita à unidade 1, conhecida como Hospital Santos Silva, Miguel Guimarães considerou positiva a reabilitação da unidade mas salientou a existência de "más condições" para doentes e médicos, a falta de meios e a existência de "equipamentos que já passaram o prazo de validade", além da falta de recursos humanos, aproveitando para criticar o recurso à contratação de médicos tarefeiros através de empresas prestadoras de serviços

24 de março

## Cerimónia da bata branca



A Faculdade de Ciências da Saúde da Beira Interior recebeu no dia 24 de março mais uma Cerimónia da Bata Branca, na qual se dá a leitura de um compromisso de honra, por parte dos estudantes de medicina. Esta cerimónia marca o início do ciclo clínico do curso e que levará os estudantes do 3º ano do mestrado integrado em medicina a ter uma presença mais forte nas unidades de saúde. O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, esteve presente na cerimónia e lembrou aos estudantes que a prática médica tem que ser baseada na ética e no humanismo, sempre na defesa dos doentes. O bastonário falou da importância de fixar no nosso país os jovens médicos que aqui se formam para garantir a subsistência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). "A questão da fixação dos jovens médicos em Portugal é um desafio que eu pessoalmente já lancei ao senhor ministro da Saúde. É um desafio fundamental para subsistência do nosso SNS", afirmou, enquanto falava na Covilhã, local onde teve lugar esta cerimónia de entrega da Bata Branca aos alunos de terceiro ano do curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

# Breve revista de Imprensa

**CORREIO da manhã** 23 de Fevereiro



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

## Medicina a retalho

**A** realidade dos últimos anos no SNS não mudou: falta muito ou um pouco de tudo, incluindo uma boa dose de bom senso. Continuamos a assistir a um crescimento da contratação externa, com recurso às empresas de trabalho médico temporário. Em 2016 foram gastos mais de 95 milhões de €. Não raras vezes, este tipo de empresas desrespeita os protocolos, dificultando a governação clínica. Falham a colocação de médicos, contribuindo para adiar atividade clínica programada ou aumentar a pressão nas urgências. E remetem a quali-

## É MAIS CARO AO SNS RECORRER À CONTRATAÇÃO EXTERNA

dade para um papel secundário. Nem o argumento financeiro colhe. As empresas oferecem honorários entre os 20 e os 45 €/ hora, sendo legítimo pensar que a fatura seja superior. Já os médicos que trabalham na função pública realizam trabalho extraordinário por valores inferiores a 10 € por hora. Conclusão: é mais caro ao SNS recorrer à contratação externa do que contratar diretamente os profissionais necessários. A quem interessa perpetuar estas situações? Questão que os responsáveis políticos devem responder, explicando porque se continua a parasitar os recursos públicos através de empresas prestadoras de serviços e a valorizar a medicina a retalho em detrimento da carreira médica. ●

**CORREIO da manhã** 9 de Março



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

## Tempo de mudança?

**O** que mudou desde 2011 para que tantos médicos tenham decidido trabalhar fora do SNS? A desqualificação e a forma como muitos médicos têm sido tratados pela tutela, o degradar das condições de trabalho, o aumento da pressão na relação médico-doente, os sucessivos cortes salariais, a imposição de sistemas informáticos disfuncionais, o aumento dos casos de violência contra profissionais de saúde, as constantes transformações legislativas no que respeita ao acesso à aposentação e o incumprimento na aplicação prática e transparente da Carreira

## A VALORIZAÇÃO DA CARREIRA MÉDICA PODE SER O MOTOR DA MUDANÇA

Médica ajudam a explicar a maioria daquelas decisões. Hoje, os desafios principais centram-se no investimento na saúde e nas pessoas. A valorização plena da Carreira Médica pode, mais uma vez, constituir o motor da mudança necessária. Uma carreira que sirva doentes e médicos. Que contribua para diminuir o erro em saúde. Centrada na qualidade, no mérito e na transparência, sem excluir a capacidade de liderança e gestão. Em que seja possível garantir a humanização da medicina, a formação médica, o ensino, a investigação e o desenvolvimento profissional contínuo. O futuro do SNS depende do reforço e vitalidade da carreira profissional. Uma causa que o poder político não pode ignorar. ●

**CORREIO da manhã** 23 de Março



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

## Justiça no SNS?

**O** ministro da Saúde manifestou a vontade de avançar com uma iniciativa legislativa para impedir a transferência de doentes com cancro do setor privado para o público, por motivos financeiros. Será que o ministro tem razão? Que o diagnóstico ou a evolução das doenças oncológicas é sempre previsível? Que um doente que inicie um tratamento oncológico num hospital privado perde o direito a recorrer ao SNS? O leitor imagine que é um doente, tem um seguro de saúde e recorre por opção a um médico no setor privado. Faz uma ecografia

## OS DOENTES TÊM DIREITO A SER TRATADOS NO SNS

que mostra a presença de um pólipa da bexiga. O seu médico propõe-lhe uma pequena cirurgia para remoção do pólipo. O exame do pólipo revela a presença de um tumor superficial e pouco agressivo. Não precisa no imediato de fazer mais nenhum tratamento. Mas imagine que o exame do pólipo revela um tumor invasivo e agressivo. Neste caso poderá ter de ser submetido a uma grande cirurgia ou até quimioterapia. O seu seguro não tem a cobertura suficiente. Qual deverá ser a atitude do seu médico? Cumprir o dever ético e deontológico. Os doentes têm direito a ser tratados no SNS. Independentemente de qual foi a sua primeira opção. A dignidade e o direito à saúde estão em primeiro lugar. ●

**Jornal de Notícias**

16-02-2017

93%

dos médicos têm problemas com acesso à internet e 70% já perderam informação dos pacientes, revela um inquérito da Ordem dos Médicos sobre aplicações informáticas.

CISION

**JM**

10-02-2017

ID: 68162900

Tiragem: 6000

País: Portugal

Período: Diária

Área: 24,60 x 31,97 cm<sup>2</sup>

Amplitude: Regional

Página: 6

Cores: Cor

Área: 24,60 x 31,97 cm<sup>2</sup>

Coleção: 1 de 2

## Consultas não podem ser «linhas de montagem»

SAÚDE

Alberto Pita

albertopita@jornalmedica.pt

Os médicos na Madeira concordam que haja tempos mínimos para as consultas.



**Expresso**

11-03-2017

## Bastonário da Ordem dos Médicos analisa pagamento de trabalho Desigualdade e direito à indignação

Miguel Guimarães

**N**os últimos dias, os médicos foram confrontados com mais uma novidade legislativa. Através do Decreto-lei 25/2017, referente à execução orçamental, o Governo cometeu a imprudência de ofender o princípio da igualdade perante a lei, previsto no artigo 13º da Constituição da República Portuguesa. Trata de forma diferenciada o trabalho extraordinário ou suplementar prestado pelos médicos, não prevendo o aumento gradual do valor da remuneração para todos os médicos mas só para alguns, destinado apenas a repor os cortes de orçamentos anteriores. A previsão de um valor para remuneração do trabalho suplementar reside no facto de ao médico serem exigidas mais horas de trabalho do que as legalmente devidas. A remuneração do trabalho extraordinário visa recompensar o esforço de trabalho extra e não o tipo de atividade desempenhada. Criar médicos de primeira e segunda categoria por decreto não faz bem à Saúde. Nem dos médicos nem dos doentes. Lesa o Estado social. E induz a existência de doentes de

primeira e segunda categoria. Numa altura de crise social, em que todos os sentimentos injustiçados, e em que o bom senso deveria constituir um repertório público, no sentido de devolver uma isenção de alívio ao nosso presente a pensar no futuro, este tipo de atitudes não são aceitáveis. E contribuem para aumentar a indignação das pessoas. Imagine-se que nesta sequência de ofensa continuada se agravava ainda mais a taxa de abandono do SNS, quer pela via da emigração, da reforma antecipada ou da opção pelo trabalho apenas no sector privado. Ou até a opção legitimada e humana de os médicos recusarem fazer horas extraordinárias. O plano inclinado em que se encontra o SNS ficaria mais instável e a qualidade dos cuidados de saúde seriamente ameaçada. Por isso, os Sindicatos e a Ordem expressaram a sua preocupação e indignação perante a manifesta falta de justiça, de equidade e de valores. A verdade não pode nem deve ser confundida ou enganada. Não podemos fazer de conta que está tudo bem. É também nossa obrigação prever as consequências negativas deste tipo de medidas e defender os doentes e médicos. Já basta o continuado desinvesti-

mento na Saúde e respeito. Em pessoas. É o orgulho medicina que Apesar da valorização, os doentes e Um médico 13 anos a fo cipais respo dade dos cidadãos e nosso SNS. E sentem responsável remos at dar a dig. Um SNS de mant por que

**DIÁRIO DA REGIÃO**

09-02-2017

MARÉ ALTA

MIGUEL GUIMARÃES



## Bastonário contesta telefone

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, considera "inviável" dar o número de telefone dos médicos aos utentes para reduzir o número de doentes nas Urgências hospitalares. A sugestão é do coordenador do grupo de trabalho para a Reforma dos Cuidados Hospitalares, Fernando

O bastonário referiu em entrevista

**BARCELONAS POPULAR**

16-03-2017

## SAÚDE Miguel Guimarães visitou Hospital tem "várias d

Olga Costa Texto e foto

A conclusão a que chegou o novo bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, não é nova. Aliás, tem sido apontada pelas várias figuras que visitam o Hos-



profissionais não mas profi dos com que calif pital "um





# 10 medidas essenciais para melhorar desempenho do SU



Realizou-se no dia 3 de março uma reunião técnica sobre a melhoria do desempenho do SU. O grupo de peritos que compõe este NGT (Nominal Group Technic) inclui António Marques (Dir. Dep., CH Porto), Artur Paiva (DC, CHS João), Fernando Próspero (DSU, CHTMAD), Francisco Parente (Internista, CHUC), Margarida Ornelas (AH, CHEDV), Miguel Guimarães (bastonário O. Médicos e ex-coordenador da urgência regional de urologia), Miguel Sequeira (DSU, CHT Viseu), Paulo Freitas (CI, H Amadora Sintra), Paulo Mota (Enf. Chefe SU, CHS João). O trabalho foi “facilitado” pelo administrador hospitalar A. Dias Alves. No final da reunião consensualizaram-se diversas propostas de solução e foi elaborada uma lista de medidas prioritárias para a melhoria substancial do desempenho do SU hospitalar.

Miguel Guimarães, bastonário da OM, considera essencial adequar os Serviços de Urgência de forma mais funcional, com equipas dedicadas nas urgências polivalentes e em algumas médico-cirúrgicas, maior capacidade de internamento com o apoio dos cuidados continuados, maior capacidade de resposta dos cuidados de saúde primários ao nível do capital humano e acesso a exames auxiliares de diagnóstico simples para responder a situações agudas não urgentes, uma campanha de literacia em saúde global com início nas escolas, investimento para que a reforma possa acontecer, que transmitiu nesta reunião de trabalho, apresentando propostas concretas, que tiveram o acolhimento generalizado dos restantes peritos e que incorporaram a proposta do NGT. “Na verdade, as intervenções do Dr. Miguel Guimarães foram marcantes, certas e corajosas e, por isso, tiveram o acolhi-

mento que tiveram dos restantes peritos”, referiu à ROM o administrador hospitalar A. Dias Alves. Da reunião resultou uma lista de propostas de solução, das quais referimos as 10 principais:

**1** - Promoção de “equipas dedicadas” no SU (SMUC, SUP), com formação/atualização periódica, de modo a garantir resposta adequada à maioria das situações que chegam ao SU.

**2** - Estruturar novas respostas para a doença aguda não urgente e para a doença crónica agudizada, que devem ser organizadas e programadas de forma cooperativa por CSP/HH/CCI.

**3** - CSP devem aumentar a sua capacidade de resposta (ex. em MGF), dispor de MCDT (maior resolução), ter resposta a consulta não urgente em menos de

24 horas, dentro de horário alargado e acompanhado por programa de literacia para melhores escolhas pela população.

**4** - Definir um programa de investimentos, de nível nacional e de médio e longo prazo, para assegurar a qualificação, a atualização e a capacitação de SU (equipamentos, SI, MCDT), associando-lhe um plano de dotação e adequação dos recursos humanos.

**5** - Gestão do acesso antes da chegada ao SU, através do encaminhamento por call center para o local e serviço apropriado.

**6** - Modificar o Sistema de Financiamento incentivando o cumprimento do Contrato Externo de SU, a melhoria de desempenho e a melhoria da articulação e cooperação regional.

**7** - Eliminar redundâncias na oferta de urgências, seja na rede de SU, no portfólio de serviços disponibilizados ou na interação da urgência pré-hospitalar e SU.

**8** - Assegurar Sistema de Informação para governação clínica online, para modulação de recursos cf. procura e para relação profícua com os restantes serviços de saúde (HH, CSP, CCI, INEM).

**9** - Definir circuito do doente no SU, estruturado cf. tipo de doentes (ex. amarelos), para fluxo mais expedito.

**10** - Melhorar articulação CSP/HH para garantir orientação adequada de doentes e resposta atempada da parte do hospital.

# Primeira Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos

Órgão criado pelos novos estatutos da Ordem dos Médicos, a Assembleia de representantes é um órgão de nível nacional fundamental para o funcionamento da instituição. A primeira reunião realizou-se no dia 20 de março e nela procedeu-se às votações para a presidência deste órgão e para aprovação das nomeações dos dois membros do Conselho Nacional designados pelo bastonário. Em resultado dessas votações, José Santos foi eleito com maioria absoluta para presidir à mesa da Assembleia de Representantes e as nomeações de João de Deus e Ana Ferreira Castro - médicos propostos por Miguel Guimarães para o CN – foram aprovadas por idêntica maioria.

A Assembleia de Representantes, órgão cuja composição resulta de uma votação por listas, de acordo com o sistema de representação proporcional, segundo o método de Hondt, nos círculos eleitorais sub-regionais, reuniu pela primeira vez no dia 20 de março de 2017. Nesta primeira reunião, que foi presidida por Miguel Guimarães, bastonário da OM, até ao momento da eleição do presidente da mesa, foram prestadas informações sobre o trabalho negocial que está a ser desenvolvido pela OM no âmbito dos atestados para as cartas de condução (ver nesta edição, em informação, o mais recente comunicado do Conselho Nacional sobre esta matéria onde se explica o enquadramento da



António Sarmento (CRN)



Alexandre Lourenço (CRS), Miguel Guimarães (Bastonário da OM) e Carlos Cortes (CRC)



Ana Ferreira Castro e João de Deus

negociação). Miguel Guimarães aproveitou a ocasião para felicitar os eleitos para este órgão, numa votação histórica pela sua elevada participação. “A Ordem tem neste órgão representantes de todas as listas que foram candidatas às eleições: esta é a verdadeira Assembleia de Representantes”, frisou, alertando que “quem for eleito presidente da mesa terá muito trabalho pois muito em breve teremos que marcar nova Assembleia para análise

de outras matérias como o plano de atividades ou os orçamentos”, assuntos que estatutariamente, por razões legais, não era possível incluir na ordem de trabalhos deste dia. Foram apresentadas três candidaturas: José Santos, Jorge Espírito Santo e José Martins Soares. Realizada a votação, foi eleito José Santos com 65 votos, o qual considerou “um enorme orgulho e privilégio”. José Santos é especialista em Cirurgia Geral e Medicina Geral e Familiar, com uma pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, conjunto que, segundo o próprio, lhe “dá uma visão mais alargada da Medicina, tanto na vertente hospitalar como nos Cuidados de Saúde Primários”. Nos últimos três anos, José Santos fez parte do Conselho Regional do Sul e foi um dos responsáveis pelo departamento internacional. É atualmente membro eleito pela lista presidida por Alexandre Lourenço, atual presidente do CRSul e apoiante do atual bastonário, Miguel Guimarães. Na sua apresentação, havia referido as competências do órgão a que se candidatava, constantes do art. 49º dos Estatutos e que têm “a maior relevância para o bom funcionamento da Ordem”, das quais destacou:

- Elaborar e aprovar o seu regimento;
  - Discutir e aprovar regulamentos remetidos pelo Conselho Nacional;
  - Apreçar e aprovar o relatório de contas e atividades, o orçamento nacional da Ordem e caso seja necessário o orçamento retificativo;
  - Aprovar alterações ao estatuto;
  - Decidir sobre propostas de criação de especialidades, criar subespecialidades ou competências dos respetivos colégios e secções e de outros órgãos consultivos.
- “A dimensão da Assembleia e as competências que lhe estão atribuídas impõem uma gestão dos trabalhos eficiente e a procura da maior concertação nas decisões”, para o que espera contribuir, como presidente da mesa da Assembleia de Representantes, com o seu “caráter firme, mas ao mesmo tempo conciliador”: “Procurarei criar o maior número de consensos, defendendo os valores da democracia em todas as decisões que vierem a ser tomadas neste órgão e zelando sempre pelos interesses de todos os médicos”. José Santos nomeou como vice-presi-



José Santos



Alfredo Loureiro



Ana Mónica Vasconcelos

## Procurarei criar o maior número de consensos, defendendo os valores da democracia em todas as decisões que vierem a ser tomadas neste órgão e zelando sempre pelos interesses de todos os médicos- José Santos

dente Alfredo Loureiro, eleito pela Região Norte e como secretária Ana Mónica Vasconcelos, eleita pela Região Centro. Seguiu-se a votação das propostas do bastonário da OM, Miguel Guimarães, para membros do Conselho Nacional. Os nomes propostos – João de Deus e Ana Ferreira Castro – foram aprovados por maioria absoluta, ambos com 77 votos a favor. João de Deus é especialista em Oftalmologia com uma vasta experiência nacional e internacional, nomeadamente como presidente da Associação Europeia de Médicos Hospitalares e como membro da direção do Conselho Regional do Sul. Ana Ferreira Castro é especialista em Oncologia Médica, com um passado de grande ligação ao associativismo. Ambos colaboram com a OM há vários anos. No momento da propositura, Miguel Guimarães fez questão de realçar que o nome de Ana Ferreira Castro surge, não pelo mero facto de ser mulher (“as mulheres

valem muito mais do que a escolha pela igualdade de género”) mas por ser uma jovem médica já com um currículo digno de nota e representativo do seu valor. No final da reunião, o presidente da mesa da Assembleia de Representantes, José Santos, além de agradecer a honra da sua escolha para esse cargo, explicou alguns pormenores do funcionamento futuro, nomeadamente que as reuniões serão rotativas pelas três regiões e que realizar-se-ão, em média, duas reuniões por ano, sempre que possível, marcadas com a devida antecedência. Miguel Guimarães explicou a circunstância desta primeira reunião ter sido urgente, realçando a resposta extraordinária dos membros da Assembleia de Representantes que estiveram presentes com uma das maiores participações de sempre, proporcionando o necessário *quórum*.



# Vídeo Abstracts

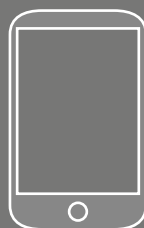
Numa iniciativa pioneira em Portugal, a Acta Médica Portuguesa oferece agora a oportunidade de publicar o vídeo *abstract* do seu artigo através do nosso *site* e das páginas nas redes sociais!

## O que é um vídeo *abstract*?

É uma gravação audiovisual em que o autor descreve o objetivo, metodologia, originalidade e resultados do seu trabalho de investigação. Ao ser publicado juntamente com o resumo escrito do manuscrito, o vídeo *abstract* facilita a sua compreensão e aceitação pelo público, potenciando maior leitura do artigo.

Para mais informações, consulte:

[http://www.actamedicaportuguesa.com/info/AMPS/AMPS-VideoAbstract\\_PT.pdf](http://www.actamedicaportuguesa.com/info/AMPS/AMPS-VideoAbstract_PT.pdf)



ACTA MÉDICA  
PORTUGUESA

Texto: Paula Fortunato  
Fotos: Jorge Alves

ENCONTRO  
PROFISSIONAL  
“O futuro do  
da saúde em

# O futuro do financiamento da saúde em Portugal

Da esquerda para a direita, Moisés Ferreira (BE), Marco António (PSD), José Manuel Silva (ex-bastónario da Ordem dos Médicos, moderador), José Miguel Boquinhas (PS), Artur Lima (CDS/PP) e Carla Cruz (PCP)

O encontro foi promovido pelas Ordens profissionais da área da Saúde nomeadamente dos Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Médicos Dentistas, Biólogos, Nutricionistas, Psicólogos e Médicos Veterinários e teve como objetivo lançar uma discussão pública sobre a criação de uma lei de programação da Saúde. No início da reunião foi exibido um vídeo de enquadramento das preocupações de cada uma das ordens profissionais que já haviam sido discutidas em reunião com o Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa. O envelhecimento da população e a crescente necessidade de cuidados de saúde, a necessidade de financiamento da modernização, a falta de recursos humanos e o investimento na promoção de hábitos saudáveis foram alguns dos temas abordados nesse vídeo. Miguel Guimarães, bastónario da Ordem dos Médicos, um dos intervenientes no vídeo, explicou que “sem um orçamento adequado não conseguimos resolver problemas” nem avançar com a reforma hospitalar, a reforma do serviço de urgência, a reforma dos cuidados de saúde

Realizou-se no dia 4 de março, na Fundação Calouste Gulbenkian, um encontro promovido pelas Ordens Profissionais da Saúde sobre o financiamento da saúde. Representantes das Ordens dos Biólogos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Médicos, Médicos Dentistas, Médicos Veterinários, Nutricionistas e Psicólogos, bem como representantes de vários quadrantes políticos, discutiram a possibilidade de atingir um consenso que permita uma lei de bases ou, pelo menos, um plano plurianual para o setor da Saúde. Moderador de uma das mesas deste encontro, José Manuel Silva, ex-bastónario da OM, resumia o resultado deste encontro: “não temos um pacto mas temos uma maioria que concorda que um plano plurianual é benéfico. Cumprimos o objetivo de lançar o debate sobre uma lei de programação para a Saúde”.

primários ou a igualmente necessária reforma na saúde pública. “A inovação terapêutica é essencial para a prestação de bons cuidados de saúde”, salientou, considerando que a aplicação de uma percentagem maior do PIB na saúde é “uma medida fundamental”. A mesa de abertura foi presidida por Guilherme d’Oliveira Martins,

administrador executivo da Fundação Calouste Gulbenkian, que concordou com a necessidade de “responder aos enormes desafios que a ciência, a sociedade e a demografia nos colocam”, sublinhando que “o aumento da esperança média de vida é um desafio extremamente exigente” pois “não basta registarmos a melhoria estatística”, o

## Sem um orçamento adequado não conseguimos resolver quaisquer problemas - Miguel Guimarães



que está em causa é a qualidade de vida desse acréscimo de anos. Sobre uma lei de bases para a saúde, considerou importante “garantir que cada segmento de prioridades seja articulado”. Quando falamos da saúde “estamos a falar de uma prioridade fundamental de qualquer sociedade desenvolvida que ponha a dignidade humana em primeiro lugar”.

A sessão de abertura contou com a intervenção de Adalberto Campos Fernandes, Ministro da Saúde, que referiu a existência de consensos no setor da saúde. “Sustentabilidade e financiamento são palavras chave das políticas públicas de saúde”. “Como financiar o que mais respeitamos?”, questionou referindo-se às funções sociais do Estado. “Temos que libertar valores na economia do Estado para reabilitar as suas funções sociais”. Admitindo que a compressão aguda da despesa devido a uma situação de emergência externa do país, condicionou tanto as estruturas como a contratação de recursos humanos,

referiu ser, agora, “obrigação do Governo recuperar o país (...). Recuperar o país é fazer as coisas certas na velocidade certa. Servimos o país todo e isso significa dizer às pessoas que não se resolve num ano os problemas gerados em seis ou sete anos”, ainda assim, em 2016, segundo os números apresentados pelo Ministro da Saúde, a emigração forçada de enfermeiros reduziu 50% e a de médicos reduziu 30% e terão sido criadas “condições de esperança” com a “contratação de recursos humanos e investimento na reposição de rendimentos”. Depois de citar algumas estatísticas, quer na área assistencial quer estrutural como seja o lançamento de centros de diagnóstico ou de novos hospitais e centros de saúde, Adalberto Campos Fernandes acrescentou que “o problema da falta de meios financeiros na saúde não é só dinheiro: é possível melhorar muito as questões de organização envolvendo os médicos na gestão”. “Pôr dinheiro em cima dos problemas é a solução fácil dos maus Governos”, alertou, para concluir



que, com espírito de cooperação com as ordens profissionais, pretende aproveitar o seu “contributo sério” nomeadamente para a lei de bases na saúde para a qual espera que se encontrem “compromissos plurianuais” pois “são necessários consensos que ultrapassem as legislaturas”.

### Programação do investimento público – que experiências?

O primeiro painel foi moderado pela jornalista Vera Lúcia Arreigoso e contou com as intervenções de Fernando de Melo Gomes, José Carlos Lopes Martins, Guilherme d’Oliveira Martins e Pedro Ferreira. Na primeira intervenção, o ex Chefe de Estado-Maior da Armada, Almirante Fernando

de Melo Gomes, falou sobre alguns potenciais pontos de contacto entre a programação da Lei Militar e o planeamento financeiro a longo prazo na saúde, área que definiu como “a mais nobre das políticas sociais do Estado”. “Primeiro é crucial ter um plano e uma definição política de objetivos (...), definir o que existe e o que falta para quantificar e programar recursos” e, por fim, “rever resultados”, princípios que definiu como “normais em gestão”



e que podem ser aplicados à saúde. “Como os recursos em nenhuma circunstância serão suficientes, é preciso estabelecer prioridades” e é preciso “perguntar sempre: será que gastamos bem todos os recursos que estão ao nosso dispor?”. Neste mesmo sentido, defendeu que só quando a rentabilização de recursos é razoável é que podemos falar de subfinanciamento”. Em termos militares realçou a existência de duas leis, ambas de planeamento plurianual, uma para programação do investimento em equipamento e uma para programação de investimento em infraestruturas. Esse planeamento, conforme explicou, é feito a 8 e a 12 anos, mas com possibilidade de revisão a cada 4 anos. “Esta é a teoria mas na prática nem sempre é assim” pois “a constância

do planeamento varia consoante as aflições do Estado” com suprimentos que demoram, revisões de lei que se fazem decorridos 9 anos em vez dos 4 previstos, etc. conclui.

Pedro Lopes Ferreira do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) começou por enquadrar dificuldades que condicionam a necessidade de financiamento do sistema de saúde como sejam a alteração da estrutura

as palavras de João Lobo Antunes: “... uma das nossas doenças cívicas mais crónicas é a incapacidade de conhecer ou reconhecer contributos anteriores e de os articular numa lógica de aperfeiçoamento evolutivo...”, concluindo o representante do CEISUC que “é indispensável uma programação plurianual, mais estável”, que permita, entre outras coisas, “a modernização de infraestruturas e equipamentos”. “O desempenho e a sustentabilidade

## Programar a prazo significa deixar de gerir ano a ano, ou mesmo legislatura a legislatura para poder suscitar convergências que não dependam de cada executivo, em cada período da sua governação

- Marcelo Rebelo de Sousa

etária com o “envelhecimento galopante da população” com morbilidade dominante, no lugar da mortalidade, com um aumento da esperança de vida à nascença que tem sido ligeiramente superior à média europeia (81,3 em Portugal e 80,9 na média europeia). Referindo que o art. 64 da Constituição da República Portuguesa estabelece o direito à proteção da saúde, direito esse que se realiza através de um Serviço Nacional de Saúde tendencialmente gratuito, caracterizou o SNS quanto ao tipo de cobertura. Explicando que em Portugal (tal como na Grécia, Croácia, Hungria, e Letónia entre outros) baixou-se o peso atribuído à saúde em termos de PIB, ao contrário da tendência europeia. No nosso país, “em 2014 a percentagem de despesa pública na despesa total em saúde era das mais baixas da Europa”. “Na despesa pública com medicamentos, Portugal “também gasta muito menos que a média europeia”. Sobre a necessidade de um consenso para a saúde que se traduza potencialmente numa lei de bases, Pedro Lopes Ferreira recordou

ficariam assim libertos do curto prazo” com um “orçamento estável, realista e sério” para o SNS, um serviço que Pedro Lopes Ferreira não hesitou em definir como sendo “propriedade afetiva e financeira dos portugueses”.

José Carlos Lopes Martins começou por invocar aquela que considerou ter sido a primeira reunião de ordens da saúde, no dia 18 de março de 2013 “onde se discutiu de forma intensa a diferença de conceito entre racionalização e racionamento”, precisamente numa organização do Health Cluster Portugal, entidade que representou neste encontro. Sobre o que há de novo, Lopes Martins começou por referenciar a “pressão para o sistema de saúde” representada pelo desenvolvimento de novas terapêuticas comprovadamente eficazes mas caras, bem como o “aumento extremamente promissor da esperança média de vida”. Apesar de reconhecer as dificuldades, este orador considera que se podem tomar medidas quer do lado da despesa quer da receita: “quanto à despesa, além dos discursos, é necessária a doção sistemática de medidas reformistas”



e elogiou a atual tutela por ter dado “continuidade a medidas genericamente avaliadas como positivas”, numa referência à necessidade de um plano mais alargado para a saúde. Considerou essencial que se alargue o conceito de rede e que se adequem a dimensão da oferta e a sua natureza (“como é que tratamos a doença crónica? Será como tratamos o episódio agudo, ou seja, de forma desintegrada?”). Ainda quanto à despesa, defendeu que se faça uma avaliação dos diferentes programas - “não basta olhar para os números do ano anterior!”, sublinhou, criticando o que definiu como “a barganha anual de verbas para a saúde” – com definição do que é prioritário e numa perspetiva de avaliar a eficácia do investimento nessas linhas de despesa. Quanto à receita, defendeu que se faça a afetação de uma percentagem regular (“por exemplo, igual à média da UE”) e que se consigne à saúde determinadas fontes de rendimento como prémios de saúde, jogos sociais, imposto do tabaco, etc. O representante do Health Cluster Portugal defendeu assim um financiamento público e privado, com programação do investimento de forma “integrada e global” e alertou para a importância do “aumento da captação de verbas dos quadros comunitários para o desenvolvimento digital”. Resumindo esta sessão, Guilherme d’Oliveira Martins, referiu que “quando chega um novo responsável põe tudo em causa e quando o novo já está a fazer algo, vem outro... Tem que haver convergência” para evitar esses retrocessos, frisou. Não sendo possível antever todas as circunstâncias, Guilherme d’Oliveira Martins considerou essencial que se estabeleçam prioridades pois “os recursos são sempre escassos mas temos que concentrar mais recursos nas principais prioridades”. Sobre a auditoria das questões de saúde, embora seja importante, lembrou que “não é um processo fácil porque é de pessoas que falamos; temos que estar muito atentos pois não existem regras perfeitas e definitivas quanto à auditoria”, razão pela qual é preciso

estar constantemente a aprimorar. Este orador recordou uma regra de ouro das finanças públicas: “saber onde é que o dinheiro que aplicamos vai trazer o retorno adequado” e desejável. Mas “não podemos esperar o momento ideal em que haverá recursos para tudo. É preciso concentrar a nossa energia no que é mais importante” e concluiu relembrando aquilo em que não se pode ceder: “nas taxas de mortalidade infantil e na escolarização”.

governamentais”. Razão pela qual, “as Ordens profissionais consideram essencial aumentar o financiamento da saúde” para possibilitar a renovação de equipamentos, melhoria das instalações e contratação de recursos humanos com qualidade e recordou Lord Nigel Crisp que defende que “em Saúde só se poupa apostando na qualidade” e frisou que cortes na qualidade terão custos para a sociedade que podem não ser contabilizados mas existem e não são negligenciáveis. “Criação de



## Lei de programação na saúde: que futuro?

O segundo painel reuniu representantes de diversos grupos parlamentares para debater a criação de uma lei de programação na saúde em Portugal e foi moderado pelo ex-bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, que começou por referir que, “embora sejam importantes, a intensificação do combate à fraude e a melhoria organizacional e de eficiência não são suficientes para resolver os problemas” pois “quando percebemos como fazer mais e melhor em termos de eficiência organizacional há bloqueios

um pacto na prestação de cuidados de Saúde em Portugal: foi essa a proposta que levamos ao Presidente da República no final do ano passado, o qual nos sugeriu que organizássemos este encontro por considerar que esta é uma matéria que merece debate público” e intervenção dos vários quadrantes políticos.

O primeiro grupo parlamentar a intervir foi o PPD/PSD, representado pelo seu vice-presidente Marco António Costa que concordou que este “é um problema do maior interesse público”. Depois de caracterizar as alterações demográficas e a evolução tecnológica como origem da necessidade de maior

## São necessários consensos que ultrapassem as legislaturas

- Adalberto Campos Fernandes

financiamento de um sistema que – como a generalidade das pessoas – classificou como “um sistema de saúde que pode ombrear com os melhores do mundo e que tem profissionais de excelência”, Marco António Costa falou do desafio da sustentabilidade associado à permanente necessidade de modernização e melhoria contínua, desafios em que “todos temos um papel a desempenhar: médicos, doentes, políticos, etc.” Referindo que “no limite o que se exige é que todas as pessoas tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade em igualdade de direitos”, frisou a necessidade de fomentar hábitos saudáveis, aumentar a literacia e reduzir o número de episódios de doença evitáveis. Sobre o tema em debate, referiu: “conscientes que os recursos são finitos, o consenso político será mais fácil se for antecedido por um consenso técnico dos atores da Saúde” sobre questões como melhor e mais célere acesso aos cuidados de saúde, aumento da eficiência, etc. O representante do PSD referiu a importância de ter em conta o setor social e privado e concordou que uma lei da programação em saúde permitiria uma execução planeada e uma maior separação efetiva entre financiamento e prestação de cuidados. Defendeu ainda que um novo modelo de financiamento e contratualização para as unidades de saúde que tenha em conta a produtividade e que inclua investigação e formação assegurará a eficiência, concluindo que “é sempre melhor uma estratégia em saúde do que opções casuísticas que resultam em desigualdades”.

Em representação do PS, José Manuel Boquinhas, começou por analisar os constrangimentos às políticas sociais e seus efeitos, frisando a título de exemplo que a carência económica resulta em maior necessidade de cuidados de saúde. Considerando que os cortes na saúde foram excessivos, defendeu que se deve “consensualizar para a saúde de forma a garantir uma prestação de cuidados com qualidade sem prejuízo da necessidade de internalizar muitas prestações de



## Criação de um pacto na prestação de cuidados de Saúde em Portugal: foi essa a proposta que levámos ao Presidente da República

- José Manuel Silva

saúde”, referindo que “o setor privado é complementar do SNS” e que “tem um papel muito importante”. Sobre a busca de consensos, foi perentório ao afirmar-se “pessimista” considerando difícil atingir o objetivo de encontrar consensos num enquadramento em que os recursos são limitados e as necessidades são infinitas, referindo logo como primeiro obstáculo “a definição de uma percentagem ideal do PIB para atribuir à saúde”: “se for demasiado baixa não haverá capacidade de resposta do SNS e o Estado estará a forçar os cidadãos a aderir a sub-sistemas; se for demasiado elevada tornará outras áreas da governação deficitárias pondo em causa a equidade das responsabilidades sociais do Estado”. Como áreas que ainda têm espaço para melhoria, referiu os custos irracionais da saúde, como, por exemplo, a situação de doença criada em resultado de estilos de vida pouco saudáveis que as pessoas escolhem ter “mas que depois é a sociedade que tem que tratar e custear”. Além de enquadrar algumas das medidas do atual Governo, José Manuel Boquinhas defendeu que para

o futuro do financiamento em Saúde “tem que haver maior criatividade”, referindo os chamados impostos inteligentes para taxar produtos que não fazem bem à saúde (como tem sido proposto pela Ordem dos Médicos). Sobre uma lei de bases para a Saúde, realçou que tem que ser definido por lei um programa de investimento relativo a todas as áreas geradoras de despesas pois “de que valem as tecnologias se não tivermos dinheiro para a contratação de profissionais?”. Moisés Ferreira, em representação do grupo parlamentar do Bloco de Esquerda, começou por referir que o sub-financiamento do SNS resulta de “uma sub-orçamentação, ano após ano” o que é comprovado pelo “facto de a meio do ano ser preciso injetar mais dinheiro”. “Se a execução é sempre superior a 100%, o orçamento é insuficiente em todos os anos...” Sobre a saída de profissionais, Moisés Ferreira considerou que deveríamos analisar “porque razão o SNS se tornou pouco atrativo para os médicos”. Como sinais de sub-financiamento referiu ainda o facto de os equipamentos estarem obsoletos. Partindo para as soluções, o



representante do BE foi perentório ao afirmar que “medidas de gestão não resolvem problemas estruturais e até os podem agravar”, exemplificando com despachos de congelamento ou contenção de despesas para cumprir algum deficit. A solução é, para este grupo parlamentar, óbvia: “libertar e disponibilizar recursos financeiros para os usar no reforço do SNS” com um “choque de investimento para aproveitar a capacidade instalada, aproveitando melhor blocos operatórios por exemplo”, defendendo que se fique “menos dependente do recurso ao setor privado”, quer em cirurgia, quer em exames complementares de diagnóstico. Considerando que “a gestão só por ser privada não garante mais eficiência”, este orador considera que as parcerias público-privadas devem passar para a gestão pública. Concordando com a necessidade de uma programação plurianual em que se defina que investimentos serão feitos, quando e em quê, explicou que esse compromisso terá que incluir um compromisso para a inovação terapêutica e para a prevenção da doença e a promoção da saúde “para que a saúde não seja meramente curativa”.

Artur Lima, presidente do grupo parlamentar do CDS-PP Açores, em representação do CDS nacional, é médico dentista e começou por salientar a “importância deste acordo entre as Ordens profissionais para proporcionar melhores cuidados à população”, concordando que faz falta maior investimento nesta área para que o conceito possa “evoluir para

cuidados de saúde preventivos” pois só assim será possível poupar recursos: “quero envelhecer como um velho gaiteiro e não acamado e doente”, brincou, para sublinhar a importância do envelhecimento ativo e que tal só é possível com prevenção para a saúde. Sobre um bom exemplo na sua área, enalteceu o programa de saúde oral implementado nos Açores num sistema em que existe dentista em todos os centros de saúde e em que quem vai ao privado também tem uma comparticipação. “Apostamos muito na prevenção em termos de saúde oral”. Afirmando-se um defensor do Serviço Regional de Saúde pois “os privados não teriam capacidade de resposta nas ilhas”, prefere falar do Sistema Nacional de Saúde “mostrando respeito pelo setor privado e o serviço que presta à população”, sublinhou, referindo-se por exemplo às farmácias como um serviço de excelência. Ao contrário de outros oradores, considerou que “não há mais nada para desperdiçar nos hospitais” e “às vezes até temos que levar material de casa”, ironizou. Defendendo os cuidados de proximidade e a interligação entre os setores público, privado e social pois “sem isso o sistema não dará resposta às necessidades”. Sobre a taxação de bens prejudiciais à saúde – como o tabaco e os refrigerantes com açúcar – lembrou que o dinheiro desses impostos “tem que ir para o orçamento da Saúde”. “Primeiro temos que cuidar da saúde e depois cuidar da doença”, concluiu. Carla Cruz, do grupo parlamentar do PCP, começou por enaltecer as Ordens profissionais porque

“além da denúncia do que está mal apresentaram propostas de solução”. “O diagnóstico do subfinanciamento está feito e é sistemático, há décadas, desde a criação do SNS” e existe “por opções políticas”. “Faltam médicos, psicólogos, enfermeiros, dentistas, assistentes operacionais, farmacêuticos, etc.” Também esta oradora enalteceu os profissionais e o seu empenho e dedicação, realçando os problemas já referenciados com equipamentos e instalações e concordou que é preciso “reforçar o SNS por via do reforço orçamental financiado pelos impostos”. Sobre um possível consenso alargado, a representante do PCP referiu: “não daremos aval a soluções que usem políticas de gestão para penalizar os que já estão mais penalizados ou fragilizados, por exemplo, por via da contratação” e realçou que no plano plurianual que se possa vir a estabelecer há necessidade de se incluir “um plano para pagamento a PME que são fornecedoras do SNS”, além do já referido por outros oradores quanto a planeamento de investimento em inovação, profissionais, etc.

### **Para programar é preciso consensualizar o papel de todos os setores**

O Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, encerrou o encontro das Ordens Profissionais da Saúde falando sobre a programação legislativa a prazo da intervenção pública na saúde e de um eventual acordo interpartidário que o permita, começando por referir e enaltecer um estudo científico com preocupações sociais e políticas, elaborado pela Fundação Calouste Gulbenkian e terminado há cerca de dois anos, sobre o estado da saúde em Portugal, lamentando que, por se estar em período de eleições, esse estudo não tenha dado origem, precisamente ao consenso cuja necessidade agora se debate. “Programar implica, antes de mais, conhecer a situação presente e cenarizar a sua evolução futura. Arranca

do diagnóstico sério, exaustivo e criterioso do ponto de partida e dos possíveis recursos (...), enquadrou. “Programar a prazo significa deixar de gerir ano a ano, ou mesmo legislatura a legislatura para poder suscitar convergências que não dependam de cada executivo, em cada período da sua governação. Programar a intervenção pública abarca com primazia o esforço do Estado, dos institutos públicos, das empresas públicas, em sentido amplo, das regiões autónomas, das autarquias locais, mas também das associações públicas e de instituições não públicas

móveis são por natureza muito mais atentos à realidade e ao seu devir”. Após estas considerações iniciais, que Marcelo Rebelo de Sousa definiu como básicas, o Presidente da República alertou para as dificuldades potenciais: equívocos iniciais (para os evitar é necessário garantir a fiabilidade do diagnóstico inicial e das previsões), escolha do prazo (por não ser neutral deve ser cuidado: “compaginando um prazo suficientemente amplo para ultrapassar conjunturalismos consecutivos com a noção exata da aceleração das mudanças científicas,

bases: “uma coisa é um compromisso pactuado sem forma de lei, outra é a importação para o domínio da saúde de um modelo da lei da programação existente em áreas onde praticamente só existe intervenção pública”, será necessário grande “argúcia” para “ser efetivo de um lado e realista do outro”. Este exercício só terá êxito se considerar o consenso das classes profissionais pertinentes o que, segundo Marcelo Rebelo de Sousa, será fácil, como ficou provado neste encontro. Menos fácil poderá ser “o consenso das forças políticas,



Na sessão de encerramento, presidente do Conselho Nacional das Ordens Profissionais (CNOP) e bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, Orlando Monteiro da Silva, com o Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa e Guilherme d'Oliveira Martins

mas de utilidade pública e com financiamento público (como é o caso em larga medida do setor social e de algum setor de parceria contratualizada entre público e privado lucrativo) Mas não pode, nem deve, ignorar, para além do serviço nacional de saúde e do setor social, a rede privada que cabe no mais vasto sistema nacional de saúde, sempre sabendo que nuns casos, os primeiros, a programação se quer mais imperativa e nos outros, os segundos, mais indicativa; Programar por via legislativa envolve particular cuidado e finura na definição de metas e sobretudo na rigidez quanto aos meios e instrumentos, exigindo grande mobilidade, isto é, flexibilidade no ajustamento do programado às vicissitudes da aplicação. Planos

tecnológicas, culturais e sociológicas”), demarcação dos papéis relativos dos vários setores (“ainda que sujeita a retoques no concreto”) pois, apesar de termos assistido em Portugal ao constante adiamento do debate dos papéis dos diferentes setores na saúde, “a realidade continuou a correr: com o alargamento do seguro privado de saúde, (...) a própria natureza do setor social - dependente do financiamento público mas com características próprias”, num “fenómeno um pouco estranho em que o direito não acompanhou uma realidade que coloca novos desafios a todos os setores”. “Para programar é preciso saber esse papel e tentar consensualizar” a sua definição. Para os juristas um desafio acrescido caso se opte pela Lei de

económicas e sociais, imprescindíveis à viabilização de um projeto legislativo”: “é preciso haver um acordo básico entre partidos políticos e parceiros económicos e sociais”. “Será possível ou teremos que continuar a planear ano a ano?” – embora não saiba a resposta, o Presidente da República dispôs-se a apoiar outras iniciativas como esta das Ordens profissionais e conclui que “vale a pena ir tentando (...) fazendo do que nos divide ponto de partida para chegarmos aquilo que nos une: que é, naturalmente, a saúde das portuguesas e dos portugueses sempre e só a pensarmos em Portugal”.

# Projeto

# Salva-vidas da FPC

## A literacia para a saúde começa nas escolas



O Projeto Salva-vidas – que pretende dotar escolas e outras instituições dos conhecimentos e meios necessários para salvar vidas –, será divulgado numa campanha pública, de âmbito nacional de sensibilização para a morte súbita, causa de cerca de 10 mil mortes por ano, só em Portugal. Manuel Carrageta, presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC), recordou na sua intervenção que nos casos de paragem cardiorrespiratória cada minuto conta para a possibilidade de sobrevivência da pessoa e alertou para o contributo que os hábitos pouco saudáveis têm no contexto destas mortes evitáveis, da obesidade ao tabagismo, entre outros. “A palavra chave é moderação. A única coisa que é proibida é fumar”, afirmou perentoriamente perante uma assistência com cerca de uma centena de pessoas, principalmente composta por estudantes da Escola Secundária Maria Amália Vaz de Carvalho, aos quais instou a transmitir a mensagem aos pais e recordou que a prática de exercício físico é essencial e extremamente benéfica para a saúde. Luís Negrão (FPC) explicou a urgência de nos casos de morte súbita se fazer o gesto certo no momento certo, daí que o Projeto Salva-vidas pretenda generalizar a existência de meios mas também dar a formação necessária para a sua boa utilização, na convicção de que as mortes podem baixar se o número de desfibrilhadores por habitante aumentar. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a morte súbita traduz-se em cerca de 20 mil mortes por dia em todo o mundo.

No dia 28 de Março, a Escola Secundária Maria Amália Vaz de Carvalho, associou-se à Fundação Portuguesa de Cardiologia que, numa parceria com a Senilife e o grupo Auchan, lançaram o Projeto Salva-vidas. Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, esteve presente neste encontro e dirigiu palavras de incentivo à cidadania aos jovens estudantes, recordando o exemplo de Carolina Beatriz Ângelo e enaltecendo a defesa de ideais e a luta por princípios e relembrando aos estudantes o papel ativo que podem ter na promoção e adoção de estilos de vida saudáveis.

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, começou por enaltecer a iniciativa da Fundação Portuguesa de Cardiologia e os seus parceiros neste projeto, referindo que a OM, reconhecendo que este projeto é essencial, aceitou de imediato associar-se a esta iniciativa. “Quando queremos mudar hábitos e mentalidades, quando queremos aumentar a literacia em saúde temos que ir às escolas”, sublinhou Miguel Guimarães, frisando a importância de falar com os jovens e recordando que além dos já referenciados, também o açúcar deve ser alvo da “moderação” sugerida por Manuel Carrageta pois, em excesso, é um inimigo da saúde. Recordando Lord Nigel Crisp, e o axioma “a saúde deve estar em todas as políticas”, lembrou que “para criarmos hábitos saudáveis, para termos capacidade de ter alguma intervenção para influenciar comportamentos, é importante envolver os jovens e falar nas escolas”. Especificamente sobre o Projeto Salva-Vidas, considerou que “são os jovens que mais podem ajudar, nomeadamente transmitindo a mensagem aos familiares para fomentar os necessários hábitos saudáveis”. A terminar a sua breve intervenção, Miguel Guimarães explicou quem foi Carolina Beatriz Ângelo, e o seu exemplo de cidadania e luta ideais, para os poucos médicos presentes recordando esta médica e, para a restante assistência, dando a conhecer: “Carolina Beatriz Ângelo foi uma das primeiras médicas portuguesas e a primeira cirurgiã e a primeira mulher a votar”. Miguel Guimarães explicou como na sua breve passagem pela vida, apenas 33 anos, Carolina Beatriz Ângelo defendeu os princípios e valores em que acreditava e lutou pela dignificação feminina,



Manuel Carrageta



Luís Negrão



Miguel Guimarães



Fátima Lopes



José Carvalho



Simulação da formação em SBV

tendo que ir a tribunal defender o seu direito de voto. Viúva e chefe de família, esta médica apresentou um requerimento à Comissão de Recenseamento, pedindo a sua inclusão nos cadernos eleitorais e viria a conseguir fazer vingar a sua pretensão. “Portugal precisa de jovens com formação superior que tenham valores e defendam ideais”, concluiu. Nesta reunião estiveram ainda presentes Cristina Santos da Senilife (que - com a ajuda de João Baião, figura mediática que será o rosto do projeto, e de Luís Negrão - fez uma demonstração e explicou que o kit é composto por um desfibrilhador com reanimação de alta qualidade e pela respetiva formação em Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa e primeiros-

socorros), Isabel Lopes da Direção Geral de Educação (que realçou o facto deste projeto iniciar-se precisamente numa escola - a primeira entidade a receber o kit foi precisamente a Escola Secundária Maria Amália Vaz de Carvalho) e Fátima Lopes, diretora da ESMAVC. Numa escola em que existe um projeto de educação para a saúde, a diretora deixou o compromisso de, professores e alunos, se empenharem na divulgação das Pulseiras Salva-vidas, as quais podem ser adquiridas por um valor simbólico de 2 euros em hipermercados do grupo Auchan (Jumbo). Por cada conjunto de 1500 pulseiras vendidas, as entidades promotoras vão oferecer um kit ‘salva-vidas’ a uma das seguintes entidades: escolas, complexos desportivos, universidades, lares, etc.

As Ordens profissionais reuniram com o Primeiro Ministro, António Costa, em Lisboa no dia 20 de março, tendo cada entidade apresentado um resumo dos desafios que cada profissão enfrenta neste momento. Miguel Guimarães foi um dos bastonários presentes no encontro, tendo aproveitado a ocasião, para abordar as temáticas que mais preocupam a Ordem dos Médicos.



Primeiro-ministro António Costa com os bastonários e representantes das ordens profissionais

## CNOP reúne com Primeiro Ministro

O Conselho Nacional das Ordens Profissionais (CNOP) representa mais de 320 mil profissionais a exercer em Portugal, uma voz que se pretende que seja tida em conta como um parceiro fundamental nas decisões políticas que afetam as várias profissões. Cada representante das ordens profissionais presentes expôs os problemas e desafios que a sua profissão enfrenta. O primeiro-ministro, António Costa, agradeceu a "oportunidade de poder ouvir um painel tão significativo das Ordens e dos profissionais liberais em Portugal" e considerou que a cooperação entre as várias Ordens é importante para garantir melhores serviços públicos aos cidadãos. Presente nesta reunião, Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, fez um breve enquadramento de alguns desafios atuais da profissão médica, designadamente: o envelhecimento da população em geral e dos médicos em particular (com uma

média de idades superior muito elevada, que atinge valores preocupantes em algumas regiões como por exemplo Beja e Bragança) e falta de capital humano, com as dificuldades daí decorrentes para a formação dos internos e para a prestação de cuidados de saúde de qualidade às populações; o bastonário da OM alertou ainda para a crescente dificuldade em fixar os jovens médicos e para a necessidade de criar condições de trabalho mais atrativas para o exercício da medicina, maior respeito pelos médicos e acesso a formação e investigação de qualidade; salientou a necessidade imperiosa de travar a emigração de quadros altamente qualificados (recordando o desperdício a que se tem assistido ao permitir que os jovens em geral e os médicos em particular emigrem; em 2016 foram pedidos cerca de 600 certificados por médicos que manifestaram a intenção de emigrar). Miguel Guimarães referiu igualmente as condições de reconhecimento das qualificações

profissionais no âmbito da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, de forma breve, e entregou ao Primeiro Ministro um dossier completo sobre essa matéria.

Participaram ainda neste

encontro: Orlando Monteiro da Silva, presidente do Conselho Nacional das Ordens Profissionais e bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas, José Carlos Resende, bastonário da Ordem dos Solicitadores e dos Agentes de Execução, Francisco Miranda Rodrigues, bastonário da Ordem dos Psicólogos, Carlos Mineiro Aires, bastonário da Ordem dos Engenheiros, Alexandra Bento, bastonária da Ordem dos Nutricionistas, Pedro Cabeça, vogal do Conselho Geral da Ordem dos Advogados, Fernando Manuel do Carmo, bastonário da Ordem dos Despachantes Oficiais, Pedro Pires, vice-presidente do Conselho Diretivo da Ordem dos Médicos Dentistas, Jorge Cid, bastonário da Ordem dos Médicos Veterinários, José Matos, bastonário da Ordem dos Biólogos, Ana Paula Martins, bastonária da Ordem dos Farmacêuticos, João Maia Rodrigues, bastonário da Ordem dos Notários, José Azevedo Rodrigues, bastonário da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, José Manuel Pedreirinho, presidente do Conselho Diretivo Nacional da Ordem dos Arquitectos, Rui Leão Martinho, bastonário da Ordem dos Economistas e Filipa Carvalho Marques, presidente da Comissão Executiva do Conselho Nacional das Ordens Profissionais.

Miguel Guimarães entregou um dossier completo sobre as condições de reconhecimento das qualificações profissionais no âmbito da CMLP

# Ordem dos Médicos debate integração dos refugiados



O objetivo do encontro foi promover o debate sobre a necessidade de recursos humanos qualificados em Portugal e sobre os mecanismos de reconhecimento de qualificações e competências dos que vêm do estrangeiro. Foi abrangido no debate um vasto conjunto de competências, desde o nível intermédio ao superior, incluindo tanto as certificadas como as não certificadas, com o foco principal na situação dos imigrantes e refugiados. Foram debatidas várias questões, nomeadamente se as empresas necessitam de recursos humanos qualificados, para além daqueles que são fornecidos pelo sistema de educação e formação profissional português, se os imigrantes e refugiados qualificados estão a integrar-se de forma adequada no mercado de trabalho nacional, fazendo uso das suas qualificações e os processos de reconhecimento dessas qualificações. Foi neste último tema que participou o bastonário da Ordem dos Médicos, ao lado de representantes de outras Ordens, do Estado e das universidades. O debate foi moderado por José Carlos Marques do Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (polo do IPLeiria). O primeiro orador, João Queiroz, diretor-geral do Ensino Superior, definiu o sistema português como “um sistema aberto em que qualquer cidadão pode pedir o reconhecimento de um determinado grau ou diploma, independentemente

Realizou-se no dia 27 de março, na Fundação Calouste Gulbenkian, um encontro sobre o reconhecimento de qualificações e competências de imigrantes e refugiados o qual contou com a participação do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, que explicou alguma da tramitação dos processos de reconhecimento de qualificações dos médicos e defendeu a necessidade de se ter em conta as especificidades dos processos que envolvem médicos refugiados.



da sua origem” mas explicou que existem essencialmente dois sistemas previstos na lei para o efetivo reconhecimento: um processo de equivalência, que obedece às regras de uma legislação que data de 1983, em que o candidato submete o seu caso a uma instituição de ensino superior, na qual um júri analisa, casuisticamente “que é uma forma

algo morosa”. Existe depois outra forma de obter o reconhecimento das qualificações académicas, ao abrigo da lei de 2007, em que, “para certos países e certos graus que constam de uma listagem feita por uma Comissão de reconhecimento, listagem essa que é publicada em Diário da República, se obtém, ou não, o reconhecimento automático”; este procedimento é





Helena Barroco e Carlos Loureiro

## Não havendo uma nova geração de líderes que futuro terá a Síria mesmo quando atingir a paz?!"

- Helena Barroco

muito mais célere e baseia-se no princípio do conhecimento e da confiança mútuos.

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, começou por salientar a importância do reconhecimento da titularidade de um determinado grau académico no contexto da vida de um refugiado. Em seguida explicou aos presentes que na OM só existem dois reconhecimentos possíveis: de médico ou de médico especialista e explicou algumas especificidades do reconhecimento pela OM portuguesa consoante o país de origem: "Existem alguns países, como a Alemanha, Noruega, etc., em que a equivalência é imediata. (...) Com os PALOPs temos estrategicamente uma situação específica, que não se aplica tanto ao reconhecimento das qualificações profissionais (pois para esse reconhecimento segue os trâmites normais), mas para a formação. (...) Mesmo não reconhecendo os títulos académicos, para os PALOPs criámos um regime

que permite que estes médicos façam estágios em Portugal e regressem aos seus países como especialistas. Mas essa especialização não é reconhecida em

Portugal, em virtude de não haver o prévio reconhecimento do título académico". Entrando no regime de reconhecimento, Miguel Guimarães referenciou os documentos necessários e explicitou a necessidade de uma prova de comunicação, porque "a medicina tem muito de relação médico/doente, e esta relação só se estabelece se houver uma boa comunicação". Devido às diferenças de formação entre países, nomeadamente nas especialidades, não é possível haver um reconhecimento automático para todas as situações. Nas situações em que existem grandes diferenças quanto à duração dos internatos, os Colégios da Especialidade têm um papel preponderante na análise com vista ao reconhecimento das competências do médico: se a falência de formação é inferior a um ano, o caso resolve-se com um exame de especialidade, mas se a diferença de formação for superior

a um ano, o Colégio sugere um estágio complementar. Miguel Guimarães explicou ainda que a OM não tem qualquer intervenção no reconhecimento dos diplomas de medicina e que só após esse reconhecimento, que é feito através das faculdades, é que a Ordem intervém para registo do médico (desde que tenha o diploma reconhecido pode inscrever-se na OM) e eventual atribuição de equivalência para a especialidade, se for esse o caso. Especificamente sobre os refugiados, o bastonário da Ordem dos Médicos defendeu que sendo uma situação específica e sensível, deve ser cuidadosamente avaliada, para que se encontrem as melhores soluções. Já em fase de debate com a assistência, Miguel Guimarães recordou aos presentes algumas especificidades da medicina como seja o facto de existirem 48 especialidades, 18 subespecialidades e 19 competências para enquadrar e explicou que, nos processos que envolvem refugiados, a OM, consciente das dificuldades da sua obtenção, tem dispensado alguns documentos como por exemplo o certificado relativo aos antecedentes disciplinares.

Carlos Loureiro, vice-presidente nacional da Ordem dos Engenheiros, foi o orador seguinte, tendo enquadrado as circunstâncias da sua profissão, salientando que a existência de 14 especialidades (e a não correspondência com as especialidades que são reconhecidas noutros países) trás dificuldades no enquadramento dos processos de equivalência. Carlos Loureiro referiu ainda a existência de vários tipos de processo, alguns de total mobilidade dos profissionais e reconhecimento automático, consoante sejam oriundos de países que fazem parte de algumas organizações internacionais (FEANI, FAELP) e lembrou ainda as dificuldades que se colocam devido à introdução das regras de Bolonha no ensino superior, e os diferentes graus de



Diaby Abdourahamane, presidente da Associação dos Refugiados em Portugal

conhecimento adquirido nos cursos pré e pós-Bolonha. Helena Barroco, da Plataforma Global para os Estudantes Sírios, defendeu que as normas que foram sendo referidas pelos restantes oradores só são aplicáveis em tempos de paz, quando não existe um condicionamento por emergência humanitária. “Num contexto de emergência, o fator urgência é muito importante porque as pessoas viram as suas vidas destruídas, todas as rotinas perturbadas e é essencial que se reponha alguma normalidade”. Frisando que não se pretende “desacreditar o reconhecimento e exigência académicos”, defendeu a necessidade de “encontrar formas de introduzir um *quantum satis* de velocidade porque, nestas vidas, essa urgência de normalidade faz uma grande diferença”, apelando a que se encontrem processos mais flexíveis, práticos e mais expeditos para o reconhecimento e integração académica dos refugiados. Referenciando que a experiência com as faculdades foi muito positiva, embora exista variabilidade quanto aos tempos de resposta, Helena Barroco referiu que as faculdades de medicina têm sido as instituições com processos mais complexos e morosos, concordando que “os estudos médicos têm toda uma complexidade” que não pode ser

ignorada. Com centenas de pedidos em lista de espera, esta oradora explicou que uma das dificuldades é a necessidade de bolsas que permitam que estes estudantes tenham condições financeiras para a reintegração académica. “O conflito na Síria dura há seis anos, tempo suficiente para uma licenciatura pré-Bolonha, contudo só 1% dos refugiados tem acesso ao ensino superior. (...) Não havendo uma nova geração de líderes que futuro terá a Síria mesmo quando atingir a paz?!”, questionou, lembrando que do ponto de vista social acolher refugiados não é, nem deve ser, diferente de acolher outros estudantes pois tudo o que

essas pessoas desejam é sentir-se estudantes normais. Helena Barroco relatou como tem sido possível colocar alguns dos 150 estudantes que a Plataforma tem apoiado em Erasmus e referiu a necessidade de planeamento, estratégias e de um fundo financeiro pois a questão dos refugiados não vai deixar de ser uma realidade nos próximos anos e é essencial que a Europa deixe de ser “surpreendida” como se as situações não fossem previsíveis. A funcionar desde 2013, e tendo iniciado o projeto com 20 euros, a representante da Plataforma Global para os Estudantes Sírios lamentou que em vez de 150 refugiados não estejam a apoiar 150 mil e falou do desejo de alargar o apoio da plataforma a outras situações de emergência além da Síria pois existem mais de 35 conflitos ativos no mundo e 51% dos refugiados têm menos de 18 anos. Mediante a apresentação de um vídeo, Helena Barroco deu a conhecer um projeto que consiste na angariação de fundos envolvendo a sociedade civil, convidando todos os estudantes a doar um euro, ou um dólar, para a ajuda aos refugiados. “É preciso fazer mais, melhor e mais depressa”. Seguiu-se uma mesa em que se falou sobre a integração efetiva dos imigrantes e refugiados qualificados no mercado de trabalho português.

---

**A medicina tem muito de relação médico/doente, e esta relação só se estabelece se houver uma boa comunicação**

---

- Miguel Guimarães

---

# Guidelines sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais

Relator: Rui Nunes

Considerando importante definir normas de orientação que ajudem os profissionais a lidar com as questões de suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais baseadas numa profunda reflexão ética, o Serviço de Bioética e Ética Médica (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto) submeteu a escrutínio público na Conferência Nacional de Consenso sobre Suspensão e Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais – que se realizou no dia 11 de Janeiro de 2008 – um conjunto de *guidelines* de orientação ética/clínica para que os profissionais de saúde disponham de mais um instrumento que os auxilie nas complexas decisões no final da vida humana. Transcrevemos essa proposta de normas de orientação numa versão que contou com a participação de dezenas de entidades que contribuíram para este projecto. Pretendem os participantes desta reflexão que estas normas de orientação venham a ser incorporadas no sistema de saúde português, seja pela via legislativa seja através da sua adoção pelas autoridades administrativas, regulatórias e profissionais competentes.

## “PREÂMBULO

A fase final da vida de uma pessoa suscita desde sempre inúmeras questões éticas e dúvidas de natureza existencial, sobretudo quando existe a possibilidade de intervir medicamente para aliviar a dor e o sofrimento. De facto, a evolução da medicina originou a possibilidade de prolongar a existência humana para além daquilo que é adequado, pelo que importa desde logo estabelecer critérios claros para uma boa prática clínica nesta fase da vida humana. O estabelecimento destes critérios deve ser o mais consensual possível para impedir disparidades eticamente inaceitáveis na suspensão ou abstenção de tratamento em doentes terminais. Com frequência os clínicos deparam-se com situações de difícil interpretação no plano ético pelo que é fundamental proceder a uma distinção conceptual nomeadamente entre eutanásia, *stricto sensu*, e suspensão de meios extraordinários, fúteis ou desproporcionados de tratamento. Ainda que nem sempre seja fácil traçar uma linha divisória entre ambas as situações, a utilização desproporcionada de intervenções médicas suscita dilemas éticos de enorme impacto nas sociedades civilizadas, sendo hoje universalmente considerada como má prática médica, ou seja obstinação terapêutica, também designada por *distanásia*.

A situação ideal seria, assim, uma prática profissional digna, adequada e diligente, isto é aquilo que se designa por *ortotanásia*. Em síntese, a suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento – incluindo a reanimação cardiopulmonar e as “Ordens de Não-Reanimar” – são hoje prática corrente

em todo o mundo ocidental, cristalizandose a noção de que vida humana merece sempre ser respeitada na sua dignidade, sobretudo no final da sua existência. Ao serem consideradas intervenções fúteis ou desproporcionadas não carecem em princípio de consentimento informado do doente, dado que estão para além dos limites da autonomia individual. Porém, tem-se generalizado a noção de que mesmo nestes casos se deve envolver o paciente no processo de decisão, de modo a esclarecê-lo devidamente sobre as circunstâncias envolvidas na terminalidade da sua vida.

Note-se que se existem diferenças práticas importantes entre a suspensão (*withdraw*) e a abstenção (*withhold*) de tratamento, particularmente em doentes terminais, do ponto de vista ético estas diferenças tendem a esbater-se consideravelmente. Em Espanha, a título de exemplo, para ultrapassar a questão da suspensão *versus* abstenção de tratamento recorre-se à expressão "*limitación del esfuerzo terapéutico*", que abarca simultaneamente ambos os conceitos. De facto, as correntes mais representativas do pensamento nesta matéria não traçam nenhuma distinção eticamente sustentável entre suspender ou não iniciar um determinado tipo de tratamento ou de suporte avançado de vida. Pelo que pode estar em causa, verdadeiramente, uma adequação do esforço terapêutico às reais necessidades do doente.

Por outro lado, tem-se progressivamente reafirmado a noção de que a vontade do doente, previamente manifestada, deve ser respeitada<sup>1</sup> e, quando tal não for possível por falta de informação fidedigna, deve prevalecer o *standard* de "melhor interesse" do doente, de acordo com critérios universais de razoabilidade. A política legislativa, nomeadamente no que respeita ao reforço da autonomia dos doentes, pode ajudar a minorar o impacto da distanásia. Recorde-se que já em 1976 o *California Natural Death Act* legalizou o testamento vital (*living will*) na Califórnia, ao que se seguiu legislação nos restantes Estados norte-americanos e em muitos países europeus. A Espanha, por exemplo, legislou nesta matéria há muitos anos, sendo geralmente considerado

como um importante marco civilizacional. Também em Portugal a legalização das diretivas antecipadas de vontade<sup>2</sup> foi um importante vetor de afirmação dos direitos individuais, nomeadamente dos doentes terminais, reforçando o sentimento de autodeterminação e de independência face a intervenções médicas não desejadas (Lei n.º 25/2012 de 16 de julho que regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital – RENTEV).

O que está em causa é a legitimidade – nos planos ético e jurídico – das diretivas antecipadas de vontade entendidas como instruções que uma pessoa dá antecipadamente, relativas aos tratamentos que deseja ou que recusa receber no fim da vida, para o caso de se tornar incapaz de exprimir a sua vontade ou de tomar decisões por e para si própria. De facto, o testamento vital (*living will*) é hoje prática corrente em muitos países ocidentais.

Também o debate em torno da assistência médica a doentes em Estado Vegetativo Persistente reforça o ideal de que numa sociedade livre, a pessoa – ainda que exista uma aparente impossibilidade de concretizar a vida de relação – deve poder exercer algum controlo sobre a fase final da sua vida. Ainda em matéria legislativa, importa definir rapidamente um quadro regulatório de práticas tal como a suspensão ou a abstenção de meios desproporcionados de tratamento, de modo a não serem administrados tratamentos considerados "fúteis" ou "heróicos". Isto é intervenções claramente invasivas, tratamentos médicos ou cirúrgicos que visem promover a vida sem qualidade, ou mesmo a reanimação cardiopulmonar. Em particular, no quadro de uma doença irreversível e terminal, as Ordens de Não-Reanimar são eticamente legítimas se as manobras de reanimação propostas forem interpretadas como uma intervenção desproporcionada.

Pelo que importa definir normas de orientação (*guidelines*) que ajudem os profissionais a lidar com este problema, cada vez mais recorrente na sua atividade profissional<sup>3</sup>. Neste contexto, o Conselho

Federal de Medicina (Brasil) determinou – através da Resolução do CFM n.º 1.805/2006 – que "Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal".

O debate subsiste, porém, quando o tratamento que prolonga artificialmente a vida<sup>4</sup> não é considerado desproporcionado, tal como a alimentação e a hidratação artificiais (ainda que esta posição não seja consensual). A reflexão ética incide então na distinção entre "tratar" e "cuidar", sendo que, alegadamente, trata-se de uma exigência ética universal prover cuidados a quem deles necessite. A existência de doentes em Estado Vegetativo Persistente alimenta este debate e conta com outros debates igualmente importantes, mas de cariz diferente, como o da eutanásia ativa voluntária.

No sentido de contribuir para o debate nesta matéria o Serviço de Bioética e Ética Médica (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto) submeteu a escrutínio público na CONFERÊNCIA NACIONAL DE CONSENSO SOBRE SUSPENSÃO E ABSTENÇÃO DE TRATAMENTO EM DOENTES TERMINAIS – que se realizou no dia 11 de Janeiro de 2008 – um conjunto de *guidelines* de orientação ética/clínica para que os profissionais de saúde disponham de mais um instrumento que os auxilie nas complexas decisões no final da vida humana<sup>5</sup>. Nesta reunião apenas se abordaram as decisões clínicas em doentes terminais<sup>6</sup>, pelo que foram deliberadamente excluídos outros grupos de pacientes, tal como as doenças neurológicas crónicas ou mesmo o Estado Vegetativo Persistente (exceto em fase terminal). Também a prática da eutanásia foi excluída deste debate preliminar dada a falta de consenso social nesta matéria, que se traduz nomeadamente pela sua ilegalidade no nosso país.

Em seguida transcreve uma proposta de *GUIDELINES* SOBRE SUSPENSÃO E ABSTENÇÃO DE TRATAMENTO EM DOENTES TERMINAIS já na versão que contou com a participação de

dezenas de entidades que contribuíram decisivamente para este projecto. Pretende-se que estas normas de orientação venham a ser incorporadas no sistema de saúde português, seja pela via legislativa seja através da sua adoção pelas autoridades administrativas, regulatórias e profissionais competentes.

## **I – DECISÕES RESPETANTES**

### **A DOENTES COMPETENTES**

1) A decisão de suspensão ou de abstenção de tratamento num doente competente<sup>7</sup> deve ser efetuada envolvendo ativamente o paciente no processo de decisão (se for a sua vontade), nomeadamente através da obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido.

2) Se um doente competente recusa um tratamento que, após ponderar os riscos e os benefícios, o profissional de saúde entende ser no seu melhor interesse deve informar-se o paciente das consequências dessa decisão respeitando-se a sua decisão informada. Nenhum tratamento deve ser imposto coercivamente. De facto, é hoje universalmente considerado que o direito à recusa de tratamento é uma expressão concreta da inviolabilidade da integridade física pessoal.

3) Quando um doente competente solicita expressamente um determinado tratamento e esta modalidade terapêutica presumivelmente não só salva a vida como mantém uma qualidade de vida aceitável, esse pedido deve ser respeitado (exceto se não existirem condições objetivas que permitam a satisfação desse pedido).

4) A equipa de saúde deve abster-se de efetuar tratamentos desproporcionados<sup>8</sup>. Entendendo-se por “tratamento desproporcionado” um tratamento fútil.

5) À luz da mais recente evidência científica existente, os médicos não são obrigados a providenciar tratamentos que contrariem as *leges artis*. Sobretudo se a intervenção, mesmo que por solicitação do doente, possa causar dor, sofrimento desproporcionado, ou perda de função.

6) Os médicos têm o direito a recusar a realização de tratamentos que contrariem a sua consciência moral ou profissional, designadamente no âmbito do legítimo direito à objeção de consciência (ainda

que sobre eles impenda o dever de assegurar a continuidade de cuidados).

7) Qualquer decisão de suspensão ou de abstenção de tratamento em doentes terminais deve ser efetuada no respeito pelos valores básicos da justiça e da equidade. Não obstante, é igualmente exigida uma adequada ponderação no modo como se utilizam os recursos materiais neste grupo de doentes.

## **II – DECISÕES RESPETANTES**

### **A DOENTES INCOMPETENTES**

8) Os profissionais de saúde devem assegurar, na medida do possível, os valores e as preferências dos doentes no que respeita a um determinado tratamento.

9) Quando o doente se encontra incompetente, e portanto incapaz de decidir livremente, a informação clinicamente relevante deve ser partilhada com a família, entendendo-se por “família” aqueles que se encontram em maior proximidade com o paciente, independentemente da relação parental existente. Em todo o caso deve ser respeitada e protegida a intimidade da pessoa doente.

10) Existindo uma diretiva antecipada de vontade na forma de testamento vital<sup>9</sup> (*living will*) a vontade expressa por esta via deve ser respeitada pelos médicos e pela restante equipa de saúde<sup>10</sup>.

11) Quando existe um representante legal/procurador de cuidados de saúde este deve ser envolvido no processo de decisão devendo aplicar-se, sempre que possível, a doutrina do “juízo substitutivo”. Ou seja, as decisões terapêuticas devem enquadrar-se nos valores do paciente e naquela que seria provavelmente a sua decisão na situação clínica concreta.

12) Se não for possível determinar, à luz da melhor evidência existente, qual seria a vontade do doente num determinado contexto clínico, o médico e a restante equipa de saúde, em estreita colaboração com a família, devem determinar o curso de atuação mais adequado, de acordo com o melhor interesse do paciente. Isto é, em consonância com princípio ético da beneficência.

13) Quando existe uma razoável probabilidade de que o doente incompetente pode recuperar a competência decisional devem envidar-se todos os esfor-

ços para restituir a autonomia, dando a oportunidade ao paciente para consentir ou recusar uma determinada estratégia terapêutica.

14) Se persistir desacordo entre a equipa de saúde e os familiares do paciente e não existir uma diretiva antecipada de vontade, deve tentar-se, até ao limite, uma estratégia consensual. Após envidados todos os esforços, se não for possível a obtenção de um consenso, então deve recorrer-se a meios formais de resolução. Designadamente mecanismos intra-institucionais – tal como a Comissão de Ética para a Saúde ou a Direção Clínica – ou extra-institucionais como o poder judicial.

15) Tratando-se de doentes que nunca foram competentes – recém-nascidos, anencéfalos, crianças<sup>11</sup>, deficientes mentais severos etc. – deve adotar-se a doutrina do melhor interesse do paciente. Porém, podem surgir dilemas éticos complexos quando não é claro qual é esse melhor interesse, nomeadamente face a um juízo complexo da qualidade de vida previsível.

16) Nestes casos, quando o doente dispõe de legítimos representantes (designadamente os pais no caso das crianças), os seus interesses e expectativas devem ser igualmente considerados. Deve ser providenciada informação adequada à família para que esta possa participar no processo de decisão.

17) Nestas circunstâncias, os profissionais de saúde podem legitimamente proceder à suspensão ou abstenção de tratamento quando a razão entre os riscos e os benefícios parece impor riscos desproporcionados a pacientes que pela sua própria condição apresentam uma especial vulnerabilidade.

## **III – DECISÕES RESPETANTES**

### **A DOENTES COMPETENTES E INCOMPETENTES**

18) Quando a reanimação cardiopulmonar é considerada uma intervenção desproporcionada – nomeadamente porque é possível ou previsível que o doente entre em paragem cardiorrespiratória, podendo-se enquadrar num grupo de risco bem definido<sup>12</sup> – é eticamente adequada a emissão de uma “Ordem de Não-Reanimar”<sup>13</sup> (DNR – *Do Not Resuscitate Order*). Pressupõe-se que, independentemente

mente da patologia de base, o doente se encontra irreversivelmente terminal e a morte está iminente.

19) Deve existir em todos os hospitais portugueses, nomeadamente através da intervenção das autoridades de saúde

competentes, um modelo standardizado através do qual se possa redigir uma Ordem de Não-Reanimar. A existência deste modelo permite uma melhor materialização da Ordem de Não-Reanimar e agiliza o processo que, por si só, já se

reveste de elevada complexidade clínica.

20) Qualquer restrição económica na provisão de cuidados assistenciais deve ser do conhecimento do doente e da família previamente à hospitalização<sup>14</sup>. Os profissionais de saúde devem tomar as precauções necessárias para que nenhum doente seja injustamente discriminado e práticas de seleção adversa e de desnatagem devem ser prevenidas.

1- Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina (Conselho da Europa, 1996) e a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005). Ver também Nunes R: Diretivas Antecipadas de Vontade, Conselho Federal de Medicina, Brasília, 2016.

2- Ver a propósito da legalização do Testamento Vital em Portugal o Parecer N.º P/05/APB/06 sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, Associação Portuguesa de Bioética, Porto, 2006, ([www.apbioetica.org](http://www.apbioetica.org)), o Projecto de Diploma N.º P/06/APB/06 que Regula o Exercício do Direito a Formular Diretivas Antecipadas de Vontade no Âmbito da Prestação de Cuidados de Saúde e Cria o Correspondente Registo Nacional, Associação Portuguesa de Bioética, Porto, 2006 ([www.apbioetica.org](http://www.apbioetica.org)).

3- Para efeito desta proposta utiliza-se a expressão “guidelines” não apenas no sentido estrito – tal como é hoje utilizado no âmbito da Medicina Baseada na Evidência –, mas numa visão mais abrangente, usual aliás nas ciências sociais. Ver a este propósito Nunes R: Evidence-Based Medicine: A New Tool for Resource Allocation? *Medicine, Health Care and Philosophy* 6; 2003: 297-301 e Roque A, Bugalho A, Carneiro AV: Manual de Elaboração, Disseminação, Implementação de Normas de Orientação Clínica. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, FMUL, Lisboa, 2007.

4- Para efeito da elaboração destas guidelines não se procedeu a nenhuma distinção conceptual entre “tratamento”, “suporte de vida” ou “suporte avançado de vida”.

5- Sobre o estabelecimento de um consenso sobre esta matéria ver Stanley J: The Appleton Consensus: Suggested International Guidelines for Decisions to Forego Medical Treatment. *Journal of Medical Ethics*, 15; 1989: 129-136. Ver também British Medical Association: Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment, London, Third Edition, 2007.

6- Estas guidelines não propõem nenhuma definição específica de “doente terminal”. Trata-se de doentes em fim de vida, sendo que a determinação da fase final da vida de um doente é sempre casuística. Na aceção generalizada “doente terminal” refere-se aquele paciente em que a doença não responde a nenhuma terapêutica conhecida e, conseqüentemente, entrou num processo que conduz irreversivelmente à morte. Doença terminal deve contudo ser distinguida de agonia terminal (doente moribundo). Porém, de acordo com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, deve entender-se por “doente terminal” aquele doente que tem, em média, 3 a 6 meses de vida, sendo que esta avaliação deve estar alicerçada em conjuntos de critérios de objetividade de prognóstico. Ver [www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt).

7- O conceito de “competência” refere-se à capacidade para decidir autonomamente. Isto é competência decisional. Pressupõe que o doente não apenas compreende a informação transmitida, mas é também capaz de elaborar um juízo independente de acordo com o seu sistema de valores.

8- Neste contexto utilizam-se como expressões sinónimas “tratamento desproporcionado”, “tratamento extraordinário”, “tratamento fútil” ou “tratamento heróico”.

9- Em muitos países ocidentais as diretivas antecipadas de vontade podem revestir a forma de “testamento vital” ou de “procurador de cuidados de saúde”. O testamento vital pode também ser designado por testamento de vida, testamento em vida, testamento biológico, testamento de paciente ou simplesmente cláusulas testamentárias sobre a vida, dado que os seus efeitos se produzem ainda em vida, imediatamente antes da ocorrência da morte.

10- A utilização do testamento vital como elemento estrutural da decisão médica – e não apenas com valor indiciário – implica que alguns requisitos básicos do consentimento sejam adequados a esta nova modalidade. De um modo geral sugere-se que para ser válido o consentimento deve ser atual. Ora a criação on-line de um Registo Nacional do Testamento Vital permite que só documentos relativamente recentes, com um período de validade predefinido, sejam considerados válidos. Mais ainda, a existência deste registo permite também que o consentimento seja livremente revogado até à prática do ato concreto, na medida em que, enquanto existir competência, o doente pode revogar a orientação expressa no testamento vital.

11- Existe um consenso generalizado de que a criança, e sobretudo o adolescente, deve ser envolvido no processo de decisão de acordo com o seu grau de maturidade (Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina, Conselho da Europa, 1996). Em termos jurídicos o Código Penal afirma expressamente no n.º 3 do Artigo 38.º que “o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta”.

12- Por exemplo, determinados casos de neoplasia metastática em fase terminal, de sepsis generalizada ou mesmo algumas pneumonias nas quais a reanimação cardiopulmonar é considerada desproporcionada no sentido previamente exposto. Em todo o caso, existem outras situações clínicas onde é eticamente adequado ponderar-se a não reanimação cardiopulmonar, desde que esta instrução seja emitida por mais de um médico, de preferência por consenso entre toda a equipa de saúde.

13- Alguns autores, porém, preferem utilizar a expressão de “Instrução de Não-Reanimar” ou mesmo “Decisão de Não Tentar Reanimar”. Ver Ordem dos Enfermeiros: Comentários Referentes à Proposta de Guidelines sobre Suspensão e Abstenção de Tratamento em Doentes Terminais, Lisboa, 19 de Fevereiro de 2008.

14- Sobre o problema da escassez de recursos e da necessidade do estabelecimento de um sistema de hierarquização de prioridades na saúde, respeitando os direitos básicos dos cidadãos, ver Nunes R: Regulação da Saúde, Vida Económica, Porto, 2014 e Rego G: Gestão Empresarial dos Serviços Públicos: Uma Aplicação ao Setor da Saúde, Vida Económica, Porto, 2008.

Em síntese, também em Portugal se torna fundamental promover o consenso possível sobre esta temática. Tal como em outros países, a realização de uma CONFÉRENCIA NACIONAL DE CONSENSO SOBRE A SUSPENSÃO OU ABSTENÇÃO DE TRATAMENTO EM DOENTES TERMINAIS – envolvendo tanto especialistas como a sociedade civil – revelou-se um excelente instrumento para promover a generalização de *guidelines* sobre esta temática.

Numa era altamente tecnológica a humanização da medicina, e das restantes profissões da saúde, implica um esforço contínuo e a diversos níveis. Por um lado, no plano da formação. É essencial que o ensino médico e da enfermagem tenha uma forte incidência na dimensão humana das relações interpessoais. Aprender a lidar com a vida e com a morte implica um novo paradigma a nível formativo, com uma ênfase especial no respeito profundo pela dignidade da pessoa humana. Por outro, importa entender que a medicina se pratica hoje em equipa multidisciplinar, respeitando as competências específicas de cada profissão, com o objetivo último de melhor servir os doentes e a sociedade.

Esta proposta trata-se, obviamente, do início de um percurso que não se esgota em si próprio e que pretende o envolvimento ativo da sociedade neste domínio. Isto é, um verdadeiro exercício de democracia deliberativa.”



# Cooperação no âmbito da CMLP

No dia 19 de Dezembro de 2016 teve lugar no Centro de Cultura e Congressos da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos (SR-NOM) a primeira reunião da cooperação médica em Portugal. Esta reunião aconteceu na sequência do VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa (CMLP), que decorreu também no Porto, nos dias 1 e 2 de Setembro.



## 1. Objectivos:

- a) Proceder, em audiência alargada, ao diagnóstico de situação sobre o número de actores envolvidos em projectos de cooperação;
- b) Criar critérios de registo de todos os médicos e, eventualmente, de outros profissionais de saúde que se desloquem em acções de cooperação na área da saúde;
- c) Criar critérios de reconhecimento profissional aos voluntários ou profissionais em missão de cooperação.

## 2. Intervenções

- a) O Secretário permanente deu as boas-vindas e referiu o interesse deste encontro, reforçando a importância da formação e mobilidade médica.
- b) O bastonário, Professor Dr. José Manuel Silva, referiu a importância deste primeiro encontro sobre a CMLP, enfatizando: (i) a necessidade de fomentar a motivação entre instituições e médicos dos países envolvidos; (ii) os constrangimentos na recepção dos médicos dos PALOP; (iii) a possibilidade da criação de estatutos de inscrição temporária na Ordem dos Médicos para que os interessados possam usufruir dos mesmos direitos dos médicos nacionais; (iv) o respeito pela legislação e pelas orientações da DGS e ACSS; (v) o problema suscitado para a aceitação de médicos estrangeiros face ao número de médicos internos em formação específica; (vi) a necessidade de percorrer um caminho para uma CMLP sem fronteiras.
- c) Os participantes no encontro partilharam detalhadamente as suas experiências de cooperação e as suas propostas, quer a nível pessoal quer enquanto representantes de instituições.

## 3. Conclusões:

- 1.ª A Comunidade Médica de Língua Portuguesa decidiu criar um site na internet e uma plataforma de informações que permita aos médicos interessados conhecer os eventuais projectos e neles participar.
  - 3.ª Foi enfatizada a necessidade de estabelecer mecanismos de cooperação com fundamento nos princípios de reciprocidade (direitos e deveres mútuos) e de proximidade (conferida pela língua).
  - 4.ª Existem instituições dos diversos países interessados em prosseguir, de forma segura e sem delongas, a cooperação assistencial, formativa e de investigação.
  - 5.ª O Secretário Permanente da CMLP irá propor à Ordem dos Médicos de Portugal, em à Comunidade Médica, medidas que possibilitem conhecer todos os médicos que participam em acções de cooperação.
  - 6.ª No segundo trimestre do ano 2017, será promovida a segunda reunião em Lisboa.
- José Manuel Pavão - Secretário Permanente da CMLP

Os Relatores da Reunião,  
Ana Margarida Albuquerque, Francisco Pavão e Paulo Salgado

# O hotel da esquina e a formação médica



Carlos Cortes  
Presidente da Secção Regional  
do Centro da Ordem dos Médicos

De uma assentada legislativa, o Ministério da Saúde decidiu encaminhar os profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para instalações hoteleiras e hospitais privados, no âmbito da sua formação contínua. Os hospitais e centros de saúde do SNS deixaram de ser os centros de formação pelos quais sempre foram reconhecidos e valorizados. Agora, esse papel fica reservado para as salas de conferência dos hotéis e para os auditórios dos hospitais privados. No hospital público, aos olhos de todos, é que não!

O Decreto-Lei 5/2017 é inequívoco: formação acreditada patrocinada por indústria farmacêutica só fora do SNS! E isso, em tons de falsa moralidade, invocando deveres de transparência e ética que ficam bem em comunicados mas que não passam de futilidade demagógica ao percebermos, exatamente, qual o impacto desta medida.

Por total desresponsabilização do Estado, há décadas que toda a formação médica contínua e os eventos científicos realizados em hospitais e centros de saúde têm o apoio da indústria farmacêutica.

A formação médica contínua é essencial para a troca de informação e para a atualização permanente dos médicos, enfermeiros e outros profissionais. A troca de saberes, o contacto com a inovação e as novas tecnologias, a apresentação de casos e estudos tem sido feita no âmbito desses eventos. O desenvolvimento do SNS tem sido sustentado, há décadas, por esse esforço de ensino e aprendizagem permanente. As instalações dos hospitais e dos cuidados de saúde primários têm sido centros não só de cuidados de saúde assistenciais mas também de intensa formação.

Retirar essa prerrogativa ao SNS é uma machadada fatal no seu prestígio, no seu desenvolvimento e no aperfeiçoamento dos seus profissionais.

Toda a penguinagem de motivos pseudo-éticos desta decisão cai, irremediavelmente, quando percebemos que, se por um lado, os eventos formativos e científicos passam a ser proibidos em instalações do SNS; por outro lado, a intensa atividade de divulgação dos produtos comercializados pela indústria farmacêutica, e veiculada por milhares de delegados de informação médica, continua a ser ostensivamente permitida.

Este enorme paradoxo deita por terra qualquer pretensão de moralização e transparência. Esta decisão irrefletida vai inevitavelmente prejudicar a formação dos profissionais de saúde nas próximas décadas.

Mas, afinal, para que servem as Comissões de Ética dos hospitais, os Centros de Formação, os Diretores Clínicos e os Conselhos de Administração (diretamente nomeados pelo ministério) se perdem a competência para decidir sobre a formação que é ministrada na sua própria instituição?

A máscara da moralização desaparece quando o Ministério da Saúde está a enviar os profissionais de saúde para formação contínua no hotel da esquina e no hospital privado da zona. O SNS fica muito mais pobre.





## Região do Centro



Carlos Cortes, Manuel Machado, Rui Nunes, Marcelo Rebelo de Sousa, Miguel Guimarães, Lucinda Dâmaso e Carlos Silva

## Presidente da República Portuguesa apoia a Declaração Universal da Igualdade de Género

O Professor Marcelo Rebelo de Sousa presidiu, na Ordem dos Médicos, em Coimbra, à sessão de abertura da terceira conferência do ciclo "Igualdade de Género - Um Desafio para a Década", considerando que esta questão está relacionada com "um problema de cultura cívica, de mentalidade". Para esta sessão, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Méuesas, Carolina Beatriz Ângelo (1878 - 1911).

Texto: Paula Carmo  
Fotos: Rui Ferreira

Na sessão inaugural da terceira conferência do ciclo "Igualdade de Género - Um Desafio para a Década", o Professor Marcelo de Rebelo de Sousa afirmou que "é mais fácil elaborar leis do que aplicá-las, do que mudar mentalidades". Disse o Chefe de Estado na sua intervenção, na Sala Miguel Torga: "As mulheres são, em muitos cursos, uma maioria clara, ou em algumas atividades profissionais e até na Administração Pública ou nas empresas, embora não nas chefias, e na política verificamos uma desigualdade manifesta entre homens e mulheres". Aliás, tanto o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, como o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, se referiram à feminização da profissão médica.

Recuemos, porém, alguns minutos antes da intervenção do Presidente da República Portuguesa. Na sequência da reposição da exposição evocativa da primeira cirurgiã portuguesa, Carolina Beatriz Ângelo (1878 - 1911) e dando voz ao percurso inovador e marcante desta médica, a cirurgiã Dulce Diogo (atualmente da Unidade de Transplantação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) recordou o ativismo desta republicana, sufragista: "Uma Mulher na Medicina dos Homens", assim se intitula a mostra patente na Sala Miguel Torga, precisamente, onde decorreu esta sessão.

O bastonário da Ordem dos Médicos, ao intervir na abertura formal desta conferência, começou por destacar o “motor” desta iniciativa: o Professor Rui Nunes, presidente e fundador da Associação Portuguesa de Bioética. E o exemplo da médica cirurgiã Carolina Beatriz Ângelo também mereceu amplo e sentido destaque na intervenção do atual bastonário como “exemplo para todos nós”. Da memória para a atualidade, assumiu Miguel Guimarães: “As mulheres são cerca de 70 por cento dos médicos em Portu-

**As mulheres são cerca de 70 por cento dos médicos em Portugal”, assinalou, “mas não posso deixar de realçar que quando estamos a falar em igualdade de género estamos a falar de igualdade de oportunidades**

- Miguel Guimarães



Miguel Guimarães



Marcelo Rebelo de Sousa

gal”, assinalou, “mas não posso deixar de realçar que quando estamos a falar em igualdade de género estamos a falar de igualdade de oportunidades”.

Entretanto, o Professor Rui Nunes, professor Catedrático de Medicina da Universidade do Porto, agradeceu o facto da Ordem dos Médicos ser “um parceiro instrumental para conseguirmos levar a cabo este projeto que começou há meio ano. A Ordem dos Médicos tem uma visão de sociedade e esta sala mostra isto mesmo”, disse. Rui Nunes, coordenador deste ciclo de conferências, agradeceu também à UGT que “em bom tempo, entendeu ajudar a organizar estas con-

ferências em todo o País. Começou por ser uma simples conferência no Porto e já temos um amplo programa em todo o País”. Rui Nunes, impulsionador da proposta da Declaração Universal da Igualdade de Género (que em breve a UNESCO analisará e cuja notoriedade e impulso o Presidente da República contribuiu com a sua participação nesta conferência em Coimbra), o papel da UGT merece destaque enquanto protagonista do “sindicalismo com uma visão progressista e com enorme responsabilidade social”. Carlos Silva (secretário-geral da UGT) e Lucinda Dâmaso (presidente da UGT) mereceram, pois, aplausos de todos os participantes. Para o presidente da Secção Regional do

Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, anfitrião desta conferência, disse: “Estamos aqui numa sala, a respirar Carolina Beatriz Ângelo. Reeditamos a exposição, de há dois anos, sobre a primeira mulher cirurgiã portuguesa num mundo de homens. Muito do que aqui será discutido, pensado e dito terá a inspiração desta mulher que evocamos como um símbolo de luta por direitos cívicos, sociais, políticos e humanos”.

Destacou Carlos Cortes: “Foi a primeira mulher a votar em Portugal, para a Assembleia Nacional Constituinte da I República. A 28 de maio de 1911, esta sufragista, natural da Guarda, exerceu o seu direito de voto na freguesia de S. Jorge de

## O desafio é valorizar as diferenças nas equipas médicas, destacar as diferenças nas formas de pensar, unir as complementaridades de saberes e sensibilidades.- Carlos Cortes



Carlos Cortes

Arroios, em Lisboa, contra a vontade do Poder Republicano. Foi a primeira mulher a ousar, pensar e defender que os princípios milenares da Medicina hipocrática ultrapassavam as barreiras artificiais que separavam os homens das mulheres. Hoje, passados 105 anos, a Medicina vive um tempo muito diferente mas este reencontro com a História continua a ser intemporal e ter atualidade. Volvidos mais de cem anos, na classe médica, e de acordo com os mais recentes dados estatísticos, há mais mulheres a exercer esta profissão. Ainda há poucos anos, a Medicina era uma profissão viril e passou a ser mais feminina.”.

O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos citou números: “Em 1991, as mulheres representavam 40,2 % de todos os médicos em atividade. Em 2015, 53,6% são mulheres. Se olharmos, por exemplo, para os números de médicos até aos 35 anos, dois terços são mulheres. A mesma tendência nas faculdades de Medicina”. Acrescentou Carlos Cortes: “O desafio é valorizar as diferenças nas equipas médicas, des-



Dulce Diogo

tacar as diferenças nas formas de pensar, unir as complementaridades de saberes e sensibilidades. Infelizmente, as lideranças na Saúde não traduzem estes números. Estou confiante que a qualidade técnica e a qualidade de liderança sejam reconhecidas, independentemente do géne-

ro. Estou esperançoso que esta tendência irá aumentar nos próximos anos porque independentemente do médico ser homem ou mulher, terá de ser o mérito de cada um a ter reconhecimento.

Provavelmente, daqui a alguns anos, Carolina Beatriz Ângelo não será símbolo de luta e afirmação só das mulheres na Medicina e na Sociedade mas será o símbolo para todos os que lutam pelos ideais da Igualdade, contra os sinais de discriminação”. Lucinda Dâmaso assumiu, aliás, que a igualdade de género é desafio para muitas décadas.

Por seu turno, Manuel Machado, presidente da Câmara Municipal de Coimbra, ao abordar as questões de igualdade de



Rui Nunes

género, destacou o papel de Carolina Beatriz Ângelo e exortou que é preciso continuar a defender exemplos como o dela. O autarca citou até Nelson Mandela “A Igualdade social é a única base da felicidade humana”.

Coube ao Presidente da República agradecer aos duplos anfitriões, e assinalou, na pessoa do presidente da SRCOM, Carlos Cortes, o facto de a Ordem dos Médicos, instituição antiga, estar cada vez mais jovem na “pessoa do presidente do Conselho Regional”. Aludindo ao facto de estar em Coimbra, destacou: “Coimbra alia - e sabe a Ordem dos Médicos isso muito bem - alia de uma forma singular o ser capital da Saúde, o ser alma mater



Lucinda Dâmaso



Carlos Silva

Belém, visitou a exposição “Escutando o Mondego” da artista plástica portuense Isabel Saraiva, cuja mostra esteve patente na Sala Elísio de Moura até ao dia 11 de março.

“A Igualdade de Género na Política e no Media” e a “A Igualdade de Género no Direito Português” estiveram em debate nesta conferência e trouxeram à Ordem dos Médicos, em Coimbra, inúmeros especialistas da área da Comunicação, do Direito, do Ensino, da Psicologia e da Medicina cujas prestações foram bastante aplaudidas. Recorde-se que este ciclo de conferências teve início em novembro, no Porto, e terminará no mês de outubro em Lisboa.



Teresa Anjinho



Odete Isabel



Manuel Machado

da Universidade, o ser expoente cultural, o ter uma posição privilegiada até no lidar com a Língua Portuguesa e no falar a Língua Portuguesa e no viver a Língua Portuguesa”.

Na tarde do dia 18, a presença do Presidente da República Portuguesa nesta terceira conferência no âmbito do ciclo “Igualdade de Género - Um Desafio para a Década”, é justificada pelo próprio Professor Marcelo Rebelo de Sousa: “é o apoio a uma boa causa. Levar até à UNESCO uma Declaração Universal da Igualdade de Género e conta com o apoio do Presidente da República”. E foi na pessoa da Professora Graça de Carvalho, ali presente, que quis agradecer e dar testemunho encomiástico. “Ela é uma dessas mulheres que marcam cá dentro e lá fora [do País]”. Marcelo Rebelo de Sousa, antes de regressar ao Palácio de



## Venda de quadros de “A Viagem que Ninguém Deseja!”

reverte para o Conselho Português para os Refugiados



A exposição de pintura “A Viagem que Ninguém Deseja!” das artistas plásticas Odete Silva e Sofia Ottone é mais um momento marcante na agenda cultural do Clube Médico, em Coimbra. Sustentando a importância do papel da arte na sociedade, Catarina Matias, Vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, destacou a intervenção das duas pintoras num dos temas que, desde a II Guerra Mundial, não colocava à prova o continente europeu de forma tão intensamente trágica: a crise migratória em consequência da fuga desesperada de milhares de pessoas que tentam encontrar no ‘velho’ Continente o seu porto seguro e terra firme de Paz.

Odete Silva e Sofia Ottone convocam-nos, pois, para uma reflexão sobre a crise migratória que tem assolado nos últimos anos o mundo moderno. “(...) Tentámos transmitir através da mensagem plástica a emoção que estas situações nos têm tocado. Pelo significado e por aquilo que representa, a Ordem dos Médicos seria o local mais indicado para apresentar esta mostra”, assumiu Odete Silva que tem ali patente 13 quadros da sua autoria. Por seu turno, na sessão inaugural da exposição, Sofia Ottone explicou: “Temos feito exposições coletivas. Decidimos partir para um novo projeto e estava na altura de termos uma temática comum, embora tenhamos percursos diferentes de pintura. No fim, foi interessante verificar que as nossas linguagens se tocaram, com uma conexão violenta, pelo mar, pela água”. Sofia Ottone trouxe a Coimbra 10 obras.

A mostra pode ser visitada no Clube Médico, de segunda a sábado, das 11.00 às 21h00, até 21 de abril. Por decisão das autoras, cinquenta por cento da venda dos quadros reverte para o Conselho Português para os Refugiados.

# Grandes deficiências estruturais dificultam trabalho dos profissionais de saúde no Hospital de Barcelos

No dia 13 de Março, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, e o presidente do CR-NOM, António Araújo, visitaram também as instalações do Hospital de Santa Maria Maior, em Barcelos. Acompanhados pelo seu director clínico, Rui Guimarães, os dirigentes procuraram perceber as maiores carências e dificuldades deste hospital. No final da visita, e após ouvirem a opinião da maioria dos clínicos, os dirigentes garantiram que Barcelos precisa mesmo é de um novo hospital.



A visita ao Hospital de Barcelos foi o cumprir de uma promessa de campanha de Miguel Guimarães e de António Araújo, e esta foi a primeira unidade hospitalar que os dirigentes visitaram. “Temos excelentes profissionais neste hospital, temos pessoas que trabalham em condições que não são as melhores (...), mas estes profissionais têm uma motivação extra para trabalhar cá”, começou por explicar o bastonário da OM durante um balanço que fez no final da visita.

Apesar de ter excelentes indicadores no que toca ao número de consultas e cirurgias, o hospital de Santa Maria Maior, em Barcelos, tem “muitas deficiências”. Miguel Guimarães garantiu que a população de cerca de 150 mil habitantes “precisa claramente de um novo hospital, e merece um novo hospital”, ressaltando que faltam também “médicos em algumas especialidades”, nomeadamente radiologistas.



António Araújo, presidente do CRNOM, em sintonia com o bastonário da OM, salientou a “falta de material” e as “graves deficiências estruturais” desta unidade de saúde. O dirigente lamentou ainda o “défice de profissionais que alguns serviços têm, e que é comum a muitos dos hospitais”. Embora reconheça que Barcelos precisa “de forma urgente” de um novo hospital, António Araújo confessou-se satisfeito com o companheirismo e espírito de entajuda que sentiu entre os colegas, bem reflectido “na vontade de trabalhar e de ultrapassar as dificuldades do dia-a-dia”. “Percebemos a cumplicidade que há entre a direcção clínica e os colegas no terreno. O Dr. Rui Guimarães é para nós um exemplo do que deve ser um director clínico e do papel que um director clínico deve ter na motivação dos médicos da sua unidade de saúde”, sublinhou.



Embora novas instalações hospitalares sejam urgentes na cidade de Barcelos, Rui Guimarães, director clínico do hospital de Santa Maria Maior, salientou algumas mudanças que podem colmatar as dificuldades sentidas pelos médicos, nomeadamente mais gabinetes, mais equipamentos e mais especialistas: “É preciso adequar o esforço dos médicos às instalações que temos. (...) Os nossos gabinetes praticamente atingiram já o limite da sua ocupação (...). Por outro lado, vivemos aqui um ciclo difícil de quebrar, não havendo mais condições é difícil também atrair novos profissionais”, concluiu o director clínico.

Segundo Rui Guimarães, o equipamento de TAC que chegará em breve ao Hospital de Barcelos, anunciado no início do ano pela tutela, será uma importante “mais-valia” para as condições de atendimento do hospital e permitirá a contratação de um radiologista, uma medida que irá minorar os custos do hospital com a contratação de serviços ao exterior e melhorar a prestação de cuidados de saúde à população

## Falta de jovens médicos pode condicionar cuidados de saúde dentro de poucos anos

O Hospital Distrital de Bragança recebeu a visita do bastonário e do presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, bem como de alguns outros membros da SRNOM. A visita aconteceu no dia 13 de Março, dia da tomada de posse dos corpos gerentes da sub-região para o triénio 2017-19, e permitiu perceber a enorme falta de recursos humanos no hospital, principalmente de médicos mais jovens. O envelhecimento crescente da população de Bragança, inclusive dos seus médicos, preocupa a Ordem dos Médicos e pode trazer graves consequências ao distrito.



Domingos Fernandes, director clínico do Hospital Distrital de Bragança, reuniu com os dirigentes da Ordem dos Médicos e com o presidente do Conselho Sub-Regional de Bragança, António Andrade, e apresentou as dificuldades da região. “A realidade de Bragança é uma realidade em que a dispersão geográfica predomina, o envelhecimento da população existe e o índice de envelhecimento é o dobro da região Norte”, começou por destacar Domingos Fernandes. Além do envelhecimento da população e dos seus médicos, as dificuldades de Bragança passam pela necessidade de prestar bons cuidados de saúde “numa área muito extensa”. Seguindo o exposto pelo director clínico, António Andrade, especialista em Ortopedia, falou da sua experiência e mostrou a sua preocupação em relação à idade mé-

dia da idade dos pacientes do Serviço de Ortopedia – 83 anos.

O envelhecimento da população médica foi apontado por Domingos Fernandes como um dos principais problemas de Bragança: “Há um envelhecimento muito grande da população médica. Por exemplo, nos Cuidados de Saúde Primários, a média de idade dos médicos está acima dos 55 e dos 60 anos, o que constitui um problema muito grande se pensarmos no curto prazo”, reiterou.

Para tentar minorar os efeitos do envelhecimento médico, Miguel Guimarães disse ir defender perante a tutela, durante o seu mandato de bastonário, uma divisão da formação específica entre hospitais centrais – os mais escolhidos pelos jovens médicos – e os hospitais mais carenciados, para que aqueles possam “conhecer novas realidades”, e assim aumentar o número de jovens nos hospitais do interior do país. De acordo com o balanço da visita feito por António Araújo, recém-eleito presidente do CRNOM, à revista Nortemédico, ficaram bem patentes as dificuldades da sub-região, principalmente no que toca a “meios humanos”. “Bragança, como distrito, tem particularidades, nomeadamente a idade da população e a dispersão da mesma pelo território, e isso condiciona uma série de adaptações das unidades que compõem a ULS do Nordeste”, referiu o dirigente, salientando os custos acrescidos e a necessidade de chegar a todos os utentes.

O dirigente garantiu ainda que “se não forem tomadas medidas preventivas, nomeadamente na fixação de médicos mais jovens”, dentro de poucos anos haverá um “problema muito sério na prestação de cuidados de saúde primários à população”.

# “Avizinham-se tempos difíceis, mas vamos conseguir”



Depois de dois anos à frente da Sub-Região de Bragança, Marcelino Silva, actual presidente da Mesa da Assembleia Sub-regional, decidiu “entregar a pasta a um colega hospitalar”: “Ele é e será o melhor representante da nossa classe”, salientou, referindo-se a António Andrade.

O presidente da Mesa da Assembleia lamentou, por outro lado: “Cada vez teremos mais problemas e desafios, a nível das carreiras médicas, entre outros”. “São tempos difíceis para os médicos mais jovens”, explicou, o que pode dificultar a fixação de médicos mais jovens no interior do país, um dos maiores problemas de Bragança.

Marcelino Silva garantiu estar totalmente disponível para ajudar António Andrade

No dia 14 de Março, após uma visita do presidente do CRNOM e do bastonário da OM ao Hospital Distrital de Bragança e ao Centro de Saúde de Bragança I, tomaram posse no auditório do Conservatório Municipal de Bragança os novos corpos gerentes da Sub-Região de Bragança da Ordem dos Médicos, liderados por António Andrade.



e colaborar com a Ordem dos Médicos:

“O que eu puder dar, darei, pode não ser muito, mas acho que pode ajudar durante algum tempo”, reiterou.

António Andrade, recém-eleito presidente da Sub-Região de Bragança, mostrou-se optimista, “apesar dos tempos difíceis”. O dirigente acredita que os médicos têm uma “enorme capacidade de resolver os problemas” porque são, provavelmente, “a última classe profissional romântica”, afirmou.

O novo dirigente máximo da Ordem dos Médicos em Bragança quis terminar com uma mensagem de esperança dedicada aos colegas: “Avizinham-se tempos difíceis, mas vamos conseguir”. António Araújo, presidente do CRNOM, fez um balanço das visitas realizadas durante o dia e alertou para a falta de meios humanos. No entanto, o dirigente apontou para “a vontade de trabalhar dos médicos”, observada nas visitas ao hospital de Bragança e ao Centro

de Saúde: “Isto não se vê em mais profissão nenhuma”, garantiu. Por seu turno, o bastonário da Ordem dos Médicos sublinhou o trabalho desenvolvido pelo cessante presidente da OM de Bragança, Marcelino Silva,

mostrando a sua confiança no novo dirigente da sub-região. “Podem contar com o apoio da Ordem dos Médicos, nomeadamente do CRNOM. Deixa-me tranquilo saber que estão representados pelo Prof. António Araújo e sua equipa”, sublinhou.

Para minorar as dificuldades observadas em Bragança, Miguel Guimarães garantiu que irá trabalhar “em proximidade” com as sub-regiões e salientou a importância do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos que “dará todo o apoio” às zonas mais carenciadas. Positivo com a atitude dos dirigentes de Bragança e dos seus médicos, o bastonário garantiu que há ferramentas para que, “em conjunto”, possam superar todas as dificuldades e fixar mais capital humano na região, de forma a continuar a responder de forma positiva às necessidades dos doentes, “com tem sido feito até aqui”, concluiu.



## Região do Norte

Texto: Maria Martins



## “É importante passar o testemunho a pessoas mais jovens”

No dia 15 de Fevereiro, tomaram posse os corpos gerentes da Sub-região de Viana do Castelo da Ordem dos Médicos. Viana do Castelo teve uma das maiores participações eleitorais a nível nacional e a maior do Norte, com 35,5% dos médicos inscritos na Sub-região afluírem às urnas. A cerimónia contou com a presença dos também recém-eleitos presidente do CRNOM, António Araújo, e bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães.

**V**eiga Torres, eleito presidente da Mesa da Assembleia Sub-regional de Viana do Castelo, deu posse aos colegas e abriu a sessão com rasgados elogios ao presidente do CRNOM e ao novo bastonário que, na sua opinião, muito se têm empenhado “para o bem da classe médica, dos doentes e do SNS”.

O presidente Conselho Sub-regional, Nélson Rodrigues, especialista em Medicina Geral e Familiar, começou por agradecer a votação dos colegas, confessando que sente uma maior responsabilidade por representar uma das sub-regiões “com maior votação percentual”.

O dirigente sublinhou ainda a importância de “passar o testemunho a pessoas mais jovens”, de forma a representar todas as faixas etárias da classe. “A participação dos colegas, nomeadamente dos mais jovens, é muito importante para a defesa dos ideais da Ordem dos Médicos”, garantiu Nélson Rodrigues. Viana do Castelo é uma sub-região empenhada e tem dado uma grande colaboração ao CRNOM, destacou António Araújo. Com um grande número de realizações, entre actividades lúdicas e científicas, é, para o presidente do CRNOM, “um exemplo”. Ainda assim,



António Araújo reforçou a importância de “estretar os laços” entre a SRNOM e as sub-regiões, sublinhando que, durante este triénio, vai promover mais actividades nesta e noutras sub-regiões, bem como “reservar um espaço na Nortemédico” para que as sub-regiões possam publicar artigos e promover actividades.

O bastonário da Ordem dos Médicos asseverou que “a principal arma da Ordem dos Médicos são as sub-regiões”, considerando-as o principal elo de proximidade entre os médicos e a OM. Miguel Guimarães falou do “Relatório Branco” da Saúde que irá ser realizado durante o seu mandato para perceber as dificuldades das regiões e sub-regiões.



A par do mesmo, o dirigente irá “propor alterações directamente ao Ministério da Saúde, ao nível de recursos humanos e de recursos materiais”.

Detentor de uma experiência de cerca de sete anos de trabalho em Viana do Castelo, Miguel Guimarães sublinhou as qualidades do distrito, destacando a ética e a deontologia dos médicos da sub-região. O bastonário lançou ainda dois desafios: a preservação da relação médico-doente, “onde tudo começa”, e da qualidade da formação médica, garantindo que “tudo o resto vem depois”. A cerimónia terminou com um espectáculo de Paulo Maciel e Armando Gonzales, ao piano e violino, respectivamente.

# Falta de capital humano é o principal problema da Sub-Região



Margarida Faria, eleita mais uma vez presidente da Sub-Região de Vila Real, começou por destacar as dificuldades e carências do distrito, nomeadamente a falta de médicos: “É uma situação complicada e que se vai manter durante anos”, lamentou.

Já com alguns anos de experiência na liderança do Conselho Sub-regional, Margarida Faria garantiu que a equipa que lidera estará muito atenta à situação da falta de médicos, e a outros problemas como as condições de formação dos internos e a necessidade de promover a formação contínua.

“Se não dermos boas condições aos internos e aos médicos que aqui trabalham, vamos ter ainda mais dificuldade em fixar médicos”, explicou a dirigente.

Numa chamada de atenção ao Ministério da Saúde e às administrações dos hospitais, Margarida Faria afirmou que é “com muita preocupação” que observa o facto de os médicos “não se sentirem valorizados”. Por este motivo, Vila Real “vai continuar a receber de braços abertos” as pessoas que venham fazer formação na sub-região, sublinhou a dirigente.

António Araújo começou por alertar os colegas de Vila Real para uma possível situação “ainda mais dramática”: “Nós na Ordem dos Médicos vamos ter uma tare-



fa extremamente complicada, porque se aproximam tempos muito complexos ao nível da legislação que tem saído”, referiu. O dirigente do Norte asseverou que “o CRNOM actual pretende manter o grau de proximidade com a Sub-Região de Vila Real, visitar e ouvir os médicos periodicamente”, tal como trabalhar “em parceria com o bastonário” para garantir a “dignificação da profissão”.

“A minha intenção é andar pelo país todo e não ficar só em Lisboa”, iniciou Miguel Guimarães, afirmando que vai continuar a visitar as instalações de Vila Real para

Tomaram posse a 16 de Fevereiro os corpos gerentes da Sub-Região de Vila Real da Ordem dos Médicos. A sessão contou com a presença do presidente do CRNOM, António Araújo, e do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães. Na cerimónia foram debatidas as dificuldades da sub-região e a importância de fixar médicos jovens nas equipas médicas de Vila Real.

ajudar a resolver as dificuldades. O bastonário destacou o trabalho feito ao longo dos anos pela sub-região “ao nível dos cuidados de saúde prestados aos doentes”: “A vossa dinâmica foi-se mantendo e foi melhorando”, elogiou. Apesar dos bons cuidados de saúde que vão sendo prestados aos doentes, Miguel Guimarães não quis deixar de referir que Vila Real é a região do país “com maior deficiência ao nível do capital humano”, além dos problemas com “equipamentos ultrapassados”, temas que garantiu lançar, em breve, na comunicação social, de forma a tentar mobilizar a tutela. Antes de terminar a sessão, Miguel Guimarães garantiu que estará “ao lado” da sub-região e que fará tudo o que estiver ao seu alcance para ajudar a criar condições para fixar mais médicos jovens e melhorar as condições de saúde, em prol dos doentes.



## Região do Norte

Texto: Maria Martins



No dia 21 de Fevereiro, na sede da Sub-região de Braga da Ordem dos Médicos, realizou-se a Tomada de Posse dos elementos eleitos para a Mesa da Assembleia Sub-regional e o Conselho Sub-regional. A Lista A – lista única candidata – obteve 29,4% de votantes, com 743 votos a favor no caso da Assembleia Sub-regional e 672 no Conselho Sub-regional.

A cerimónia de Tomada de Posse, presidida pelo presidente da Assembleia Sub-regional de Braga, António Mesquita Rodrigues, contou com a presença dos dirigentes empossados, de António Araújo, presidente do CRNOM, Lurdes Gandra, secretária do CRNOM, e Alberto Pinto Hespagnol, tesoureiro do CRNOM. Estiveram ainda presentes Veiga Torres e Nelson Rodrigues, presidentes da Assembleia Sub-regional e do Conselho Sub-regional de Viana do Castelo, respectivamente.

António Mesquita Rodrigues aproveitou a cerimónia para mostrar a sua satisfação com o número crescente de médicos jovens “que se vão interessando” pelas questões políticas da OM: “Já há alguma juventude que começa a aparecer, o que é muito positivo, vir mais gente e, principalmente, mais gente jovem”, assinalou.

Os discursos do presidente do Conselho Sub-regional de Braga, Pratas

## Tomada de Posse

– Órgãos sub-regionais de Braga da Ordem dos Médicos

## Nova sede para a Sub-Região é o principal objectivo para o triénio de 2017/19



Balhou, e de António Araújo, presidente do CRNOM, incidiram essencialmente na criação de uma nova sede para a sub-região, uma vez que Braga abrange 14 concelhos e quase três mil médicos, sendo o quarto distrito português com maior representatividade.

Pratas Balhou explicou que “gostava de ter uma sede para pelo menos trinta ou quarenta médicos poderem debater”; as actividades lúdicas e científicas “têm-se feito noutros locais, o que torna a organização complicada”. “Gostava de chamar mais médicos a uma nova sede”, reiterou Pratas Balhou.

O presidente do CRNOM começou por salientar a importância da Sub-região de

Braga para a Ordem dos Médicos e, nomeadamente, para o Conselho Regional Norte. Garantiu que um dos projectos para o triénio será efectivamente criar “uma sede condigna para Braga, face ao seu elevado número de médicos”.

O presidente do CRNOM destacou ainda a importância de a Sub-região de Braga tomar posições, pois considera que as Sub-regiões devem ser as principais influenciadoras da Ordem dos Médicos.

A nova legislação que “proíbe a formação contínua no SNS apoiada pela Indústria Farmacêutica” pode, segundo António Araújo, “prejudicar a formação pós-graduada dos médicos”, e foi um dos principais problemas apontados pelo presidente do CRNOM, que acredita que se deve “continuar a lutar pela dignidade dos médicos, pelo acto médico e pela qualidade da formação”.

A terminar o seu discurso, António Araújo apelou à união da Sub-região com o CRNOM e garantiu o apoio em todos os problemas, quer do Conselho Regional do Norte, quer do bastonário da OM, Miguel Guimarães, que não podendo estar presente na sessão enviava uma mensagem de esperança e de “sinceros parabéns”, transmitiu o presidente do CRNOM.

O Presidente do Conselho Regional do Sul participou nas várias sessões de tomada de posse dos órgãos das Regiões Autónomas e dos órgãos sub-regionais. Nas diversas intervenções que fez abordou assuntos como a mudança nos modelos de trabalho com os novos dirigentes eleitos, o propósito de reforçar a proximidade, a formação, a necessidade de fixação de jovens médicos em regiões carenciadas e os aspetos estruturais da Ordem.

## Região Autónoma dos Açores

# Muitas centenas de quilómetros não impedirão a proximidade

O Presidente do Conselho Regional do Sul (CRS) sublinhou, na sua intervenção na tomada de posse dos órgãos da Região Autónoma dos Açores, no dia 20 de fevereiro, que “as muitas centenas de quilómetros” que separam os Açores do continente não impedirão que se trabalhe “como se estivéssemos do outro lado da rua”. E garantiu que os novos dirigentes da Região do Sul estão apostados na mudança das estruturas, dos sistemas informáticos, das formas de relacionamento e dos programas de ação.

Alexandre Valentim Lourenço manifestou o propósito de manter uma estreita relação com o Conselho Médico da Região Autónoma dos Açores, particularmente no que respeita à atenção às atividades formativas. Neste contexto, disse: “Sabemos que neste momento muitos médicos estão em formação nas faculdades de medicina e nos internatos. Vamo-nos deparar, a nível nacional, com um problema de excesso de médicos com boa formação para trabalhar face às atuais circunstâncias do sistema. Isso é para os Açores uma oportunidade. É uma oportunidade de mostrar a sua capacidade de atração e fixação de médicos com elevada qualidade nesta região.

Não é por acaso que, num inquérito recente que a Ordem dos Médicos fez a todos os internos, os Açores e a Madeira apresentavam o maior grau de satisfação entre os internos, malgrado a distância, a tecnologia e a incapacidade de estar muitas vezes com a sua família de origem. Aqui são tratados como verdadeiros médicos, a quem são dadas oportunidades de progredir na sua carreira. E é nesse sentido que se deve continuar a trabalhar, quer a nível do Governo Regional quer da Ordem, de capacitar a Região com formas de atração suplementares, muitas vezes mais onerosas, mas que permitam atrair médicos de elevado potencial, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde para esta Região. Eles são bons, poderão ser melhores, mas têm que haver luta, engenho e muita arte para se poder suplantar a distância, o mau tempo, o mar.

Para isso a Ordem dos Médicos está a mudar. Está a mudar a nível nacional e regional. Estamos a modificar a nossa capacidade de atuação. Estamos a modificar as nossas estruturas, os nossos sistemas informáticos, as nossas formas de relacionamento e os nossos programas de ação. Aqui irá acontecer



o mesmo, terá que haver uma maior proximidade e utilizarmos as nossas tecnologias para trabalharmos, apesar do mar e das centenas de quilómetros que nos separam, como se estivéssemos do outro lado da rua.

Para isso, estamos a fazer um esforço financeiro e de organização muito grande na Ordem dos Médicos, para conseguirmos trabalhar *on line* com todas as nossas sub-regiões. E esta Região de uma forma mais importante porque esta tem médicos em ilhas diferentes, tem realidades diferentes de ilha para ilha. Venho aqui várias vezes por ano e percebo as necessidades que esta Região tem, mas também percebo as condições ímpares. O bloco operativo central do hospital aqui de Ponta Delgada é incomensuravelmente melhor que o meu, tem melhores condições técnicas, melhores equipamentos, melhor capacidade de atrair. Falta, em termos de organização, atrair mais profissionais.”

## Região Autónoma da Madeira

# Formação médica será um dos alvos do mandato

Na tomada de posse dos órgãos sociais da Região Autónoma da Madeira, no dia 20 de fevereiro, o Presidente do Conselho Regional do Sul sublinhou que a questão da formação médica foi uma das razões mais fortes para a sua candidatura. “A formação médica é a razão de ser da maior parte de nós, é a razão de ser pela qual nós nos candidatámos porque achamos que os desafios que se colocam nos próximos anos serão muito importantes. Tivemos sempre altos e baixos na formação médica”, disse Alexandre Valentim Lourenço. O dirigente advertiu que se adivinham “tempos difíceis” nesta área, que será “um dos alvos principais nos próximos três anos de mandato”. E continuou dizendo: “É preciso deixar bastante claro que da qualidade da formação médica advém a qualidade da medicina e, da qualidade da medicina, advém grande parte da qualidade da nossa saúde, da saúde dos portugueses. Por isso é importante perceber o papel da Ordem na defesa da qualidade da formação como base estruturante da nossa profissão.”

No caso concreto da Madeira, o Presidente do CRS abordou as dificuldades e as oportunidades: “Há situações difíceis para a condição médica, mas também há oportunidades ímpares para realizar essa qualidade da formação”. E sublinhou as necessidades e as capacidades: “Se há possibilidade de atrairmos médicos para as Regiões Autónomas, elas têm de ser iniciadas no programa de formação dos internatos. Por isso, teremos sempre de apoiar todas as iniciativas locais para melhorar a qualidade de formação e assim atrairmos mais internos e mais colegas. A Madeira tem esses meios, eu que muitas vezes estive presente no bloco operatório aqui do Hospital



do Funchal, com vários colegas, sei que existem meios aqui, a tecnologia está instalada e não é pior que no resto do país”.

Ainda assim, Alexandre Valentim Lourenço advertiu que, “em termos de organização, compete ao Governo Regional proporcionar mais meios”. Para o dirigente, na verdade, o que “poderá faltar apenas será a massa crítica para algumas patologias e para algumas doenças”. No fundo, “a Madeira é uma grande região, tem a capacidade de atrair muita tecnologia e muita patologia, ficando porventura algumas doenças e algumas patologias com necessidade de recorrer a apoio exterior”.

Contudo, o Presidente do CRS insiste que se “deve proporcionar – quer na formação quer na capacidade do local de atuação perante a doença, perante os doentes e perante a melhoria da saúde – melhores condições para que o Hospital do Funchal, juntamente com as unidades locais de saúde, tenha uma equiparação a qualquer hospital central na área de Lisboa,

Porto ou Coimbra”.

Alexandre Valentim Lourenço referiu-se também a aspetos das idoneidades formativas na Madeira: “O conceito de idoneidade total ou parcial está em desuso. Nós próprios achamos que os hospitais, na maior parte das vezes, não têm a idoneidade total. Mesmo os grandes centros não podem prestar formação às vezes em áreas muito específicas que são mais frequentes ocorrerem na periferia das grandes cidades. Por isso, já têm sido feitas algumas dessas experiências e implementadas nos programas de formação, fazendo com que nenhum hospital tenha a idoneidade total. Esse é um dos caminhos a avaliar para todas as especialidades, garantindo que os internos possam passar a sua formação onde a capacidade científica e a tecnologia possa ser mais aprimorada, podendo recorrer a outras regiões, sempre em formação suplementar, para melhorar e ter um outro tipo de vivência da medicina, próxima das comunidades locais”.

## Sub-região de Faro

# Autarca desafiado a apoiar fixação de médicos

O poder local pode ter uma intervenção decisiva na fixação de médicos no Algarve, defende o Presidente do Conselho Regional do Sul, que, na tomada de posse dos órgãos sub-regionais, no dia 24 de fevereiro, aproveitou a presença do Presidente da Câmara de Faro para o desafiar a criar condições que ajudem os médicos a fixar-se.

Na sua intervenção, o Presidente do CRS começou por agradecer a presença do autarca, que considerou “importante” e reveladora da “vontade e capacidade de poder intervir para os desafios médicos neste momento e nesta região particularmente debilitada nessa situação”.

O dirigente, que tomou posse do cargo a 9 de fevereiro, em Lisboa, recordou que a Presidente cessante da Assembleia Distrital, Assunção Martinez, se tinha referido, um pouco antes, na sua intervenção, a “momentos difíceis”, o que corroborou: “Esses momentos difíceis não foram, continuam a ser, e é importante perceber que, num período economicamente conturbado, fazem com que o engenho tenha que ser aguçado por parte de todos nós”.

Para Alexandre Lourenço, “o principal assunto que preocupa o Algarve é a fixação de médicos, porque sem médicos não se pode fazer medicina”. Se não houver esse recurso, “não importa fazermos investimentos tecnológicos em parques de saúde, em equipamentos, porque se nós não conseguimos fixar médicos com capacidade e qualidade no Algarve, a medicina auto perpetuar-se-á numa degradação permanente”.

“Não conseguimos fixar médicos aos 40, aos 50 anos, quando a sua carreira profissional já vai a meio, quando têm



famílias e outros desafios para cumprir nessa altura”, referiu, apontando como “um dos polos de atração” a Faculdade de Medicina do Algarve, “que representa uma capacidade de fixação de alguns médicos numa fase inicial e de poder fazê-lo através de pós-graduações”. Nesse contexto, disse, “muitas coisas terão de ser feitas para ajudar a Faculdade de Medicina do Algarve a aproximar-se em requisitos das outras faculdades de medicina, de maneira a ser mais capaz de fixar que outras”.

Alexandre Valentim Lourenço deu o exemplo da Madeira e dos Açores, onde os internos revelam satisfação superior aos do continente: “Não nos podemos alhear de um aspeto, é que na Madeira e nos Açores quase 25% do orçamento da região autónoma é dedicado à saúde e esse valor, em Portugal, no seu conjunto, incluindo as regiões autónomas, não chega a 6%”.

Dirigiu-se então ao Presidente da Câmara de Faro, para lhe dizer que este problema precisa de “contar com o poder local”, pois “se é preciso fixar médicos temos de, para além das condições profissionais, ajudar na

sua deslocação”. E explicou melhor, dando um exemplo próximo: “Temos de garantir que quem aqui vem não tem um acréscimo em estágios que muitas vezes são de seis meses ou um ano. Tenho uma interna no meu serviço que esteve seis meses em Portimão. No estágio, em obstetria, há um período realizado fora dos hospitais centrais e ela escolheu o Algarve. Ela tinha a possibilidade de ter aqui apoio local. Muitos médicos, provavelmente, não escolhem o Algarve para o fazer porque não podem ter um encargo de uma renda de casa e água e luz, em Lisboa, ou na Amadora ou em Vila Franca, e acumular aqui esse mesmo encargo”.

“Fixar médicos aqui não significa apenas dar-lhes casa ou dinheiro, significa ter também projetos aliciantes profissionais”, sublinhou o Presidente do CRS, que vê “na liderança dos serviços e das unidades de saúde” e na capacidade de os médicos liderarem e haver “possibilidade de executar algo que satisfaça e dê paixão, o fator para fixar pessoas”.

## Sub-região de Setúbal

## Ordem não tem por agora

## “uma máquina e uma estrutura capaz”

**N**a sua ronda por todas as estruturas sub-regionais da Região, o Presidente do Conselho Regional do Sul deixou expressa, em Setúbal, a vontade de “proporcionar a todas as sub-regiões a capacidade de serem braços locais da Ordem”, abordou também os problemas de falta de médicos de família na área e advertiu que a Ordem não tem neste momento “uma máquina e uma estrutura capaz de resolver todos os problemas de uma forma inequivocamente forte”.

Alexandre Valentim Lourenço, na tomada de posse dos órgãos sub-regionais, que decorreu a 16 de fevereiro, assinalou os tempos difíceis que se avizinham e advertiu: “A nossa estrutura mudou de estatutos e tem de mudar a forma de atuar. Uma das coisas mais importantes para nós é perceber que vamos passar a ter sub-regiões, com um estatuto diferente, apesar de quando o lermos parecer muito semelhante. Nós, independentemente dos estatutos, queremos proporcionar a todas as sub-regiões uma capacidade de serem braços locais da Ordem. E colaborar de uma forma ativa, não passiva, na certificação das unidades das suas áreas, na avaliação das idoneidades, na elaboração de programas e na resolução de problemas locais. Não queremos ser nós a voz que vai falar dos problemas daqui, queremos ter sempre a possibilidade de ter um apoio nas sub-regiões e que as sub-regiões nos peçam sempre que precisarem da nossa ajuda para resolver problemas locais”.

O Presidente do CRS manifestou o propósito de procurar “formas de trabalhar diferentes e implementar em todas as sub-regiões o que já está nos estatutos: elaboração de planos de atividades concretos e anuais,

orçamentos próprios e também dar poder e autonomia a cada sub-região para poder fazer, com alguma capacidade de intervenção local, o seu plano e orçamento. Existem algumas regras que já herdámos que têm a ver com a distribuição equitativa dos meios, de acordo com as várias regiões, para permitir que uma região que seja muito pequena tenha um meio proporcional quer à sua vontade e atividade mas também ao número de médicos que representa”.

Setúbal é uma das sub-regiões com maior número de médicos, recordou Alexandre Lourenço, o que justifica ter “meios e capacidade” para continuar “a manifestar a atividade e a dinâmica que a caracteriza”. Para tanto, compromete-se a prestar ajuda e incentivar, “também com algumas iniciativas em conjunto, a fim de se poder alargar o âmbito de ação”.

Dirigindo-se ao Presidente do Conselho Sub-regional, Alexandre Lourenço referiu que iriam realizar-se reuniões periódicas, a primeira das quais para abordar “formas de entendimento e cooperação comuns, num tempo que é

de ação, mas também de reflexão e de planificação em conjunto”.

“Todas as regiões são diferentes, todas as sub-regiões têm particularidades”, disse também o Presidente do CRS, que, contudo, considerou: “Mas os problemas que nós temos aqui são os problemas que eu sinto da mesma maneira que em Lisboa, não há separação. Nós não estamos longe e devemos trabalhar da mesma maneira. Por isso, alertamos já que todos as nossas reuniões do Conselho Regional, independentemente do tema, estão abertas aos membros das distritais”.

“A Ordem é muito grande, tem muitos desafios e não tem, neste momento, uma máquina e uma estrutura capaz de resolver todos de uma forma inequivocamente forte. Só pode fazer isso se todos nós participarmos, todos os órgãos a funcionar com capacidade de motivar outros colegas que estejam fora da Ordem para começar a colaborar. É preciso sermos inclusivos, alargarmos e aumentarmos a nossa capacidade de influência”, sublinhou Alexandre Lourenço.



# Conselho Regional do Sul aposta na Qualidade

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 reforça a necessidade de expansão da acreditação de instituições e unidades prestadoras de cuidados de saúde e da continuidade no investimento, até agora feito, na melhoria da qualidade clínica e da qualidade organizacional. A melhoria contínua só é possível com o aumento da responsabilização pela qualidade de todos os patamares do sistema e com o aumento do envolvimento de todos os profissionais e das suas lideranças.

O Conselho Regional do Sul acredita que, neste processo, os médicos têm um papel primordial na garantia dos objetivos, e que a Ordem dos Médicos, como representante máxima de todos os médicos, deve assumir um papel incontestável de liderança. A OMRS sendo um dos patamares do sistema de saúde orienta igualmente a sua estratégia, objetivos e ações para a melhoria contínua da prestação de serviços quer aos seus Membros quer à Sociedade.

Assim, e dando continuidade ao projeto recentemente iniciado no anterior mandato, pretendemos definir uma política de qualidade e implementar um Sistema de Gestão da Qualidade, a nível do funcionamento interno, com o objetivo principal de aumentar a satisfação dos membros da Ordem, no mais estrito cumprimento dos Estatutos da Ordem dos Médicos e do Regulamento de Deontologia Médica, bem como dos doentes que aí recorrem.

Este projeto, que já se iniciou, será desenvolvido ao longo de mais 12 meses, com o Instituto Politécnico de Setúbal, baseado em consultoria ativa, com diagnóstico e formulação de soluções construídas em conjunto com os órgãos dirigentes e com os colaboradores da OMRS.

O objetivo final será a certificação da OMSul pela norma internacional ISO

9001:2015, seguindo-se o exemplo da Ordem dos Médicos do Centro que, no ano passado, foi certificada com a atribuição da norma ISO 9001:2008 e da Ordem dos Médicos do Norte que está a percorrer o mesmo caminho.

Temos plena consciência de que este é um desafio complexo. Implica reorganização, mudança de mentalidades, alteração de zonas de conforto, desburocratização.

As pessoas são o ativo mais importante de qualquer organização e apenas o investimento contínuo no seu capital intelectual a torna capaz de enfrentar as constantes exigências de inovação, renovação, flexibilidade e complexidade.

Queremos que a OMSul seja uma organização capaz de, em simultâneo, tirar partido das suas capacidades atuais ao mesmo tempo que explora, decisivamente, novas competências e oportunidades. Por outras palavras, que apresente simultaneamente adaptabilidade e alinhamento.

A certificação de uma organização, de acordo com uma norma de gestão, constitui muitas vezes o impulso necessário para vencer a inércia latente de quem não conhece os seus benefícios reais. Quase todas as mudanças geram stress, muitas vezes por medo do desconhecido, o que dificulta ou adia a decisão de implementar um sistema de gestão. Mas como temos uma equipa,



**Filipa Lança**  
Vogal do CRS  
Gestora de Qualidade do CRS

constituída por dirigentes e colaboradores da OMSul, extremamente motivada e com o envolvimento de todas as sub-regiões, acreditamos ser possível, a breve prazo, a centralização deste sistema de gestão de qualidade nos processos existentes e na sua gestão de modo a originarem, de forma sistemática, resultados eficazes e eficientes, na transparência, que em consequência gerarão confiança e credibilidade crescentes.

**Estamos certos que vamos, com este processo de qualidade, garantir uma melhor Ordem dos Médicos, para melhor servir médicos e doentes.**

**Queremos que a OMSul seja uma organização capaz de, em simultâneo, tirar partido das suas capacidades atuais ao mesmo tempo que explora, decisivamente, novas competências e oportunidades. Por outras palavras, que apresente simultaneamente adaptabilidade e alinhamento.**



Região do Sul



**Nuno Gaibino**  
Vogal do CRS

# Bem-vindos à vossa casa!

À imagem do ano anterior, este ano o novo Conselho Regional do Sul promoveu, no dia 23 de março, uma receção condigna aos novos internos da formação específica da área de Lisboa, Sub-regiões de Lisboa Cidade e Grande Lisboa.

Este evento é para nós marcante e uma das nossas prioridades, sobretudo para mostrar que os nossos colegas podem contar com o Conselho Regional do Sul e que as portas da sua nova casa, que vai ser a casa de sempre, estão abertas.

São mais de 600 os médicos que nesta área estão em formação específica e seria para nós uma grande honra poder receber todos neste acto simbólico e solene.

Os colegas que puderam aceitar o nosso convite foram recebidos pelo Conselho Regional do Sul e pelos Conselhos Sub-regionais da área em que trabalham e tiveram um *dinatoire* de convívio que se prolongou por umas horas.

Assim, quisemos, em primeiro lugar, demonstrar a nossa preocupação com o seu início de carreira e também saudar a preferência por trabalharem nesta área de Lisboa. Em segundo lugar, a particular preocupação que o CRS tem com os jovens médicos, que são o futuro, e precisam de contar com uma Ordem dos Médicos aberta, e não só para os mais jovens, mas para todos os médicos.

Os problemas que os internos da área de Lisboa vão enfrentar são praticamente os mesmos que ocorrem em todo o país – um futuro incerto para um conjunto de

peçoas que acabaram de escolher a sua especialidade e fazer os próximos anos de internato aqui na região. Mas todos conhecemos os atuais problemas do Serviço Nacional de Saúde e as questões da formação.

O número de vagas para estes colegas já não é um problema, mas temos que continuar a pugnar pela qualidade da formação e garantir que estas vagas que foram efetivamente escolhidas estejam de acordo com as capacidades que foram equacionadas, assegurando, portanto, a excelência da formação e essencialmente que todos os pressupostos dos programas de formação sejam também cumpridos.

A Ordem dos Médicos é um auditor, é quem verifica e certifica a qualidade e o nível da formação que é praticada. A mensagem mais importante a transmitir aos colegas é que a formação é sinónimo de Ordem dos Médicos e, portanto, a qualidade parte desta relação que significa que quanto melhor é a qualidade da formação melhor é a qualidade da Medicina praticada em Portugal, nos hospitais, nos centros de saúde, nas unidades de saúde familiar. Sendo esta uma das nossas maiores preocupações, podemos garantir aos jovens médicos que estaremos sempre presentes, não só agora com este ato simbólico da receção, mas também em todo o período do internato podem contar com a nossa presença. Para tanto,

contamos também com a colaboração dos internos, cujo *feedback* e presença é fundamental para a Ordem dos Médicos e para a proximidade que pretendemos. Só assim poderemos, evolutivamente e de forma dinâmica, ir identificando problemas.

Conhecemos um grande problema que vai surgir nos próximos dias, que é a aferição da aplicabilidade do regulamento do serviço de urgência durante o internato. O Conselho Regional está atento, tal como a Ordem no geral, e quer que os colegas deem algum *feedback* em relação ao seu cumprimento.

O serviço de urgência é indispensável para a formação de qualquer médico, mas esta formação deve ser adequada, tutorada, devendo ter um especialista que o acompanhe numa fase inicial do internato.

A formação deve seguir os pressupostos que estão definidos pela Ordem dos Médicos e, portanto, é com muito interesse, com muita cautela e cuidado que vamos acompanhar esta situação. E queremos, desde já, dizer aos colegas que podem contar connosco na defesa dos seus interesses, na defesa da melhor formação e na defesa de um internato de qualidade, que é aquilo que a Ordem dos Médicos pretende.

Ana Bernardo (Azeitão); António Lourenço Marques (Fundão); Catarina Amorim (Lisboa); Cristina Galvão (Beja); Edna Gonçalves (Porto); Hugo Domingos (Lisboa); Isabel Duque (Castelo Branco); Isabel Galriça Neto (Lisboa); José Eduardo Oliveira (Porto); Licínia Araújo (Funchal); Rita Abril (Lisboa); Rosário Vidal (Ponta Delgada); Rui Carneiro (Porto); Vilma Passos (Funchal)  
Médicos de Medicina Paliativa

Ciclicamente, quase sempre em torno do debate da eutanásia, assistimos a declarações públicas por parte de pessoas com suposta responsabilidade profissional e cívica, sobre a prática dos Cuidados Paliativos e sobre a realização da sedação paliativa. Lamentamos que se lancem afirmações que são falsas, facilmente rebatíveis pela evidência científica e pela prática. Lamentamos, sobretudo, que se queira assim confundir e desinformar os portugueses. Não é sério e não vale tudo em nome da luta política.

Diz-se que a sedação paliativa é o mesmo que eutanásia, diz-se que ela apressa a morte e é irreversível, diz-se que a maioria dos doentes nos Cuidados Paliativos morre obnubilado, “zombie”.

Falará agora quem conhece de perto e trabalha na realidade dos Cuidados Paliativos há muitos anos, com milhares de doentes tratados e acompanhados, dentro e fora do SNS.

A sedação paliativa (chamá-la de terminal é errado!) é uma intervenção bem fundamentada e estudada, com indicações médicas precisas e procedimentos recomendados. Não é uma medida universal, é aplicada nos sintomas que não cedem às medidas terapêuticas de primeira linha. Faz-se recorrendo a sedativos e não à morfina. Deverá ser realizada por quem tem competência e treino para tal, nunca com a intenção de tirar a vida. Não deve ser confundida com más práticas de fim de vida (doses indevidas de morfina, por exemplo), que não cumpram as recomendações rigorosas para esta intervenção. A sedação não se aplica à larga maioria dos doentes que recebem Cuidados Paliativos de qualidade (realiza-se a menos de 15% dos doentes) e são vários os estudos científicos credíveis que desmistificam a ideia errada que a sedação paliativa antecipa a morte do doente. E porque é de ciência e não de opinião que se trata, convirá a esse respeito estudar e ler, por exemplo, Maltoni M, Scarpib E, Nannib O; Palliative sedation for intolerable suffering; Curr Opin Oncol 2014; 26:389–394.

## Medicina Paliativa e sedação: mais formação, precisa-se!

O que se lamenta mais é o profundo desconhecimento técnico e científico da realidade, do processo de morrer e da realidade dos Cuidados Paliativos, prestados sempre por profissionais qualificados e com a devida competência para tal (não falamos de *sucedâneos*). É bastante grave, para não dizer mais, pelo desconhecimento que revela e pela irresponsabilidade que comporta, a forma infeliz e enganosa como se sugere que os Cuidados Paliativos “arrastam para um estado vegetativo” e deixam as pessoas “num estado obnubilado ou zombie”.

Somos médicos/as, trabalhamos com Ciência e Evidência, e o tema dos Cuidados Paliativos não é uma questão de fé ou crença, como por vezes se sugere. É de cuidados de saúde que falamos, uma intervenção técnica global no sofrimento dos doentes graves e em fim de vida, que não pode ser distorcida em nome do “vale tudo”, e um tema do maior interesse para a sociedade, até porque a maioria dos portugueses continua a não ter acesso a eles.

Exige-se mais responsabilidade e verdade nas afirmações que se difundem quando se pretende emitir opinião. É preciso conhecer bem a realidade que se comenta e, sobretudo, ter mais respeito pelos doentes tratados em Cuidados Paliativos, pelas suas famílias e, já agora, pelos profissionais que efectivamente os acompanham.

Carlos Martins da Rocha  
presidente da Associação dos Médicos Católicos Portugueses

## Posição da Associação dos Médicos Católicos Portugueses no debate sobre a eutanásia

Foi anunciada, para breve, a apresentação na Assembleia da República de dois projectos de lei que visam legalizar a prática da Eutanásia.

No último Conselho Nacional, a AMCP aprovou, por unanimidade, um texto sobre a Eutanásia, o valor da vida humana, o papel do médico e da medicina.

Prevendo-se que esteja próximo o debate e votação na AR, a AMCP vem de novo reafirmar a sua absoluta oposição à prática da Eutanásia.

São várias as razões que justificam a nossa atitude.

1 – Somos médicos. Queremos honrar e cumprir o nosso código deontológico, que entendemos como garante do respeito pela vida humana desde a concepção até à morte natural.

2 – Os princípios da medicina excluem a prática da eutanásia, da distanásia e do suicídio assistido. Não se pode instrumentalizar a medicina com objectivos que são alheios à sua actividade, à sua prática, à sua Ética e à Lei Fundamental.

3 – É função da medicina e do médico minorar o sofrimento do doente. Fá-lo com a sua competência técnica. Fá-lo com a sua humanidade, que se faz presença solícita junto de quem sofre.

4 – Não é possível ser médico sem passar pelo confronto com o sofrimento e com a morte. Não somos donos da vida dos nossos doentes, como não somos donos da sua morte.

5 – É possível aliviar a dor física intensa e a angústia. Os medicamentos hoje disponíveis tornam possível o bem estar, sem dor. O sofrimento intolerável é uma referência subjectiva que não pode justificar a morte, seja de quem for. Não pode justificar a morte a pedido. Seria a morte da própria medicina ou do acto de cuidar.

6 – Opomo-nos à obstinação terapêutica – distanásia. A boa prática da medicina inclui a renúncia a intervenções médicas não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar. Esta renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana perante a morte.

7 – Nem sempre é fácil estabelecer uma linha clara entre intervenção terapêutica adequada e a obstinação terapêutica. Os médicos precisam de ter mais formação a este respeito e tra-

balhar em equipa para melhor poder fundamentar decisões.

8 – O debate público a que assistimos tem introduzido ideias como as da autodeterminação, da liberdade, da dignidade e da compaixão. É preciso ser claro. O uso destes termos pretende confundir e manipular a

opinião pública. A vida é um direito inviolável e irrenunciável. Ninguém deverá ter, seja em que circunstâncias for, o direito a ser morto. A pretensão de querer eliminar o sofrimento é compreensível. Mas não se elimina o sofrimento com a morte: com a morte elimina-se a pessoa que sofre.

9 – A AMCP defende o alargamento das redes de cuidados continuados e de cuidados paliativos. Esse é o esforço que uma sociedade mais humana deve promover. Muitos dos membros da associação trabalham nestas áreas. Os seus testemunhos e a sua presença no seio da classe médica e da sociedade portuguesa têm sido fundamentais no esclarecimento e no debate público. É preciso aprofundar as questões relativas ao fim de vida, aos idosos, à solidão. São necessárias políticas públicas que promovam a coesão social e a protecção dos mais frágeis. Quem se sente acompanhado, não desespere perante a morte e não pede a morte como solução.

10 – Acreditamos que a vida é um valor. Somos confrontados com uma cultura e uma sociedade que pretende redefinir princípios relativos ao respeito pela vida humana. Com uma sociedade que se arroga no direito de querer redefinir critérios de dignidade humana. E com a difusão da ideia de que a dignidade varia ou se perde, de acordo com as circunstâncias.

Reafirmamos, pois, com convicção e fortaleza, que toda a vida merece acolhimento, respeito e protecção. Que toda a vida tem dignidade. Que nenhuma circunstância a tornará indigna. Muito menos a doença ou o sofrimento.

Nós - médicos e católicos - queremos estar ao serviço da vida e dos nossos doentes. Sabemos a importância da confiança na relação médico-doente e no sistema de saúde. A possibilidade da Eutanásia fere de morte esta confiança. Manifestamos, pois, a nossa veemente oposição à legalização da Eutanásia e à violação ou alteração do Código Deontológico.

Defendemos que a Eutanásia não é um acto médico. A AMCP, através dos seus membros, está disponível para o debate alargado que urge fazer.

18 de março de 2017

Marta Faria Ferreira

## Cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários. Uma realidade?

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biênio 2017-2018, ainda aberto a discussão pública, destacou a integração dos Cuidados de Saúde Primários na implementação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Esta é uma das vertentes da atividade de médico de família que pode passar despercebida para muitos, mesmo na classe médica. O acompanhamento longitudinal, desde o nascimento até à morte, não é uma mera definição, acontece no terreno. Temos doentes com doenças crónicas, incuráveis e em fase terminal. Este acompanhamento não se cinge ao doente, integra sempre a sua família, e é prestado a diversos níveis: médico, psicológico e espiritual. Apoio médico para controlar os sintomas que surgem nesta fase: a dor grave, a confusão, o estertor – sintomas com que lidamos diariamente mas que se revestem de características particulares e ganham outra dimensão. Apoio psicológico, ao doente e à família, na maioria dos casos feito pelo próprio médico. O apoio espiritual, parte integrante deste acompanhamento, pressupõe estar presente, disponível, sentado ao lado do doente para esclarecer as dúvidas, às vezes só para as ouvir. De facto, a exigência e dificuldade na gestão do doente e da sua família são inegáveis e surgem a diversos níveis.

Os cuidados paliativos generalistas, nível de cuidados que devem existir nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), representam uma parte integrante da atividade assistencial do médico de família, que nos orgulha enquanto profissionais de saúde, mas que envolve uma elevada carga formativa, horária e mesmo emocional. Na realidade estes cuidados, ou as chamadas “ações paliativas”, são prestados dentro ou fora do horário de trabalho do médico, consoante a necessidade do doente e da família, porque quando falamos de doentes em cuidados paliativos muitas vezes as visitas não têm hora marcada.

Mas será que todos aqueles que necessitam têm acesso a cuidados paliativos?

Estima-se que em Portugal continental o número de doentes com necessidades paliativas se encontre entre os 71 500 e 85 000. Longe das 66 a 101 equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) esperados para Portugal continental estão as 20 equipas existentes.<sup>1</sup> Esta escassez de recursos não pode ser ignorada, mas outros fatores concorrem para o hiato entre a necessidade dos cuidados e a sua obtenção.

Temos um substrato formativo que nos apoie nas tomadas de decisão necessárias em todo este processo?

A formação pré-graduada em cuidados paliativos é escassa para a dimensão do problema atual. Mesmo a nível pós-graduado existe um elevado défice formativo. É certo que nem todos os

profissionais necessitam do mesmo nível de formação, e o recente Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biênio 2017-2018 sublinha esse mesmo tópico, estratificando o grau de formação em 3 níveis. Propõe, contudo, que todos os profissionais de saúde tenham uma formação básica em cuidados paliativos que, no caso dos cuidados de saúde primários, deverá ser já intermédia (atividades de formação com duração entre 90 e 180 horas), de forma a possibilitar a implementação de uma abordagem paliativa generalista.

A realidade é que, mesmo que muitas vezes sem formação específica, todos os médicos de família são conduzidos, inevitavelmente, à necessidade de implementação de medidas paliativas pelas características próprias da sua atividade – ao fim ao cabo o conceito de “alta” não existe na medicina geral e familiar e num universo de cerca de 2000 utentes por médico muitos serão aqueles a necessitar de cuidados paliativos. Para além disso o modelo colaborativo e integrado que se pretende ser a base da Rede Nacional de Cuidados Continuados prevê que os doentes de complexidade baixa a intermédia sejam acompanhados pelo seu médico e enfermeiro de família ou pelas equipas da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Por isso mesmo, a formação transversal dos profissionais dos cuidados de saúde primários, não só médicos como enfermeiros, deve ser encarada com um objetivo a cumprir com vista a uniformização e à prestação de cuidados de excelência.

Existe uma outra questão que não pode ser ignorada e que se prende com o tempo que deve ser despendido para a prática de cuidados paliativos de qualidade. Num momento em que as equipas que trabalham diariamente nos CSP, e mais concretamente os médicos de família, se encontram assoberbados com a carga de trabalho assistencial e não assistencial que lhe é exigida, um apoio de retaguarda efetivo prestado pelas equipas/unidades de cuidados paliativos especializados, deve ser assegurado. Assim, a proximidade e estreita comunicação interprofissionais e “inter-cuidados” são fundamentais para o rápido esclarecimento de questões, referências céleres e gestão adequada do doente e sua família.

### Referências Bibliográficas

1 Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2016



Osvaldo dos Santos Francês  
Assistente Graduado de Cirurgia Geral (aposentado)

## Médicos “novos” médicos “velhos”

Nos primórdios da minha carreira médica em 1978, um dia fui chamado para atender o telefone no serviço de urgência.

Alguém desejava falar com o chefe de equipa, mas como este não podia na altura, pediram-me para fazer esse favor.

- Boa tarde. Faça o favor de dizer.

- Muito boa tarde. É o chefe de equipa com quem estou a falar?

- Não minha senhora. Neste momento o senhor doutor está ocupado a operar um doente e não pode atendê-la. Mas faça o favor de dizer o que pretende.

- Queria saber se está aí o doutor António?

- Não minha senhora. O doutor António não está cá hoje.

- E o doutor José está?

- O doutor José também não está.

- Então que médicos é que estão aí? Eu queria que fosse um médico dos mais antigos a observar uma senhora minha amiga que lhe “deu uma coisa” que me parece ser muito grave, mas não queria que fosse um médico dos novos a ver esta doente.

- Minha senhora, se a doente lhe parece estar mal o melhor será chamar já uma ambulância e trazê-la ao hospital sem demora, antes que fique pior. O médico designado para observar a doente poderá ser novo ou mais antigo conforme o que estiver disponível.

- Então não posso escolher o médico para observar esta senhora?

- Minha senhora, este estabelecimento é um hospital público, para servir todas as pessoas que aqui acorrem de igual modo e serem atendidas pelo médico que estiver disponível. Nos casos em que for possível atender ao desejo do doente ou do familiar com certeza será visto pelo médico da sua preferência.

- Boa tarde e obrigada.

- Boa tarde.

Em 1978 ainda era este o sentimento em relação aos jovens médicos fora dos grandes centros urbanos.

Fernando Namora escreve em *Retalhos da vida de um médico* como se manifestou esta desconfiança em relação ao jovem clínico, na primeira vez que foi chamado para dar assistência a uma grávida em trabalho de parto há várias horas, depois das “comadres” terem esgotado toda a sua “sapiência obstétrica” sem que a parturiente desse à luz a criança que parecia não querer nascer.

Bem preparado este jovem médico assistiu ao parto de tal maneira bem que a comadre mais influente disse que nunca houvera visto uma coisa assim e até onde ela chegasse chegaria com ela a fama do senhor doutor.

Por vezes esta desconfiança dos médicos novos também era alimentada por alguns médicos residentes menos honestos, temendo que a concorrência da juventude lhes pusesse em causa a sobrevivência económica, faziam a “habilidade” de visitar o doente que acabara de ser observado e medicado por um jovem clínico, suspender a medicação instituída e voltar a receitar os mesmos fármacos, mas com outros nomes.

Mesmo assim continuavam a ser muito procurados para visitas domiciliárias e mesmo no atendimento no hospital por pessoas que não tinham confiança nestes “médicos novos”.

Hoje em dia, em tempo de “excesso” de médicos recém-formados e especializados, as preferências da população em geral não parecem ser como antigamente, em que se dizia que os médicos “novos” não sabiam nada, os “velhos” é que eram bons e de confiança.

Felizmente que essa mentalidade foi desaparecendo com o tempo sendo hoje a forma de pensar bem diversa de outrora.

A partir de 1975, ano em que começou o *Serviço Médico à Periferia*, os hospitais distritais e concelhios passaram a ter equipas de urgência constituídas por médicos de várias gerações, vindo por isso aliviar os colegas “residentes” da sobrecarga de trabalho a que estavam submetidos por serem poucos para muita solicitação.

Presentemente, "juventude" na arte médica é sinal de inovação e modernidade, resultado da investigação, origem de novas técnicas e procedimentos mais eficazes no tratamento de doenças.

No entanto têm o inconveniente de por vezes serem "excessivamente especializados" com "lacunas" na formação destes jovens médicos, deixando de ter uma visão "abrange" ou seja, ver o paciente como um todo.

No início de qualquer carreira médica o desconhecimento da realidade nua e crua de certas situações clínicas é causa de inseguranças de qualquer novel colega.

Não se deve "castigar" mas, ao contrário, acarinhar os colegas mais novos, sempre com uma atitude pedagógica, apanágio dos mais antigos.

Por exemplo internos com um currículo operatório maio-

ritariamente em laparoscopia por certo terão dificuldade em praticar cirurgia "aberta" em caso de conversão.

Aqui a experiência dos mais velhos é uma mais-valia que pode e deve complementar os conhecimentos e atitudes, em suma, a formação dos mais novos.

Há muitos aspectos da arte médica que só se aprendem na prática clínica, com os médicos "velhos", pois não vêm referidos nos tratados de medicina e cirurgia.

A Medicina foi, é e será sempre, *um saber de experiências feito*.

Necessário será criar condições para que possam haver equipas que, para além de serem multidisciplinares, sejam também multigeracionais, com decisões diagnósticas e terapêuticas discutidas e tomadas em conjunto.

Todos ficariam a ganhar: médicos e doentes.

## CULTURA

### Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde

Edição coordenada por Mercedes Gomes da Silva

A presente obra, sustentada em vários textos de referência, pretende com abordagens diferentes e diferenciadas cobrir vários aspectos da Gestão da Qualidade em Unidades de Saúde. Elaborado para proporcionar aos decisores políticos e aos *stakeholders* nos serviços de saúde um entendimento claro das questões, iniciativas e organizações que estão activamente a tentar melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Também aborda uma melhor compreensão e clareza para tomarem melhores decisões políticas - que em última instância trarão benefícios a todos os cidadãos europeus. É traçada uma panorâmica geral da garantia da qualidade na saúde situando o que afecta a qualidade na saúde. Fornece o enquadramento de apoio aos hospitais no sentido destes comunicarem, monitorizarem e melhorarem continuamente todos os aspectos dos cuidados de saúde. Faz um levantamento dos instrumentos de gestão da qualidade em Saúde, sendo finalmente apresentada uma proposta de metodologia de melhoria da qualidade numa unidade de saúde.



### Asma

Coordenação Ana Todo Bom

A publicação deste livro, dedicado à asma brônquica, vem colmatar uma lacuna na bibliografia disponível sobre esta patologia em língua portuguesa. Conta com os contributos de especialistas em Imunoalergologia ou em Pneumologia, provenientes de diferentes escolas do país.

A obra está organizada em duas partes, sendo a primeira destinada a conceitos mais clássicos e a segunda a situações particulares de asma isolada ou associada a outras patologias, revelando o carácter inovador deste livro. O modelo apresentado, com capítulos sintéticos e atualizados, foi pensado para oferecer uma oportunidade de visitar a asma brônquica e aprofundar ou rever os conhecimentos nesta patologia quer a estudantes e médicos internos de especialidade, quer ainda a especialistas de Alergologia, Pneumologia, Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar.

### Manual de ecocardiografia (2ª Edição)

Coordenação Carlos Sequeira

O ecocardiograma é o exame de imagem de primeira linha para avaliação do doente com patologia cardiovascular. O rigor na aquisição e na interpretação das imagens é fundamental para um diagnóstico correto, mas a multiplicidade de parâmetros passíveis de serem medidos e avaliados obriga, frequentemente, ao recurso a tabelas e a algoritmos dispersos pela literatura e pelas normas em vigor.

O Manual de Ecocardiografia surgiu da necessidade de facilitar esta tarefa, reunindo os valores de referência das principais medições, dos parâmetros hemodinâmicos e das fórmulas de uso corrente. A consulta fácil e a utilização rápida e intuitiva deste manual permitem a implementação do rigor técnico, facilitando o trabalho do médico e do técnico dedicados ao doente cardiológico.





Margarida Albuquerque, médica,  
interna de psiquiatria

Francisco Pavão, médico, interno de  
saúde pública

Paulo Salgado, administrador hospitalar

## Espaços Comuns III

*“Somos e temos de ser uma plataforma entre culturas, civilizações e continentes, espalhados pelo mundo...”,*  
quem o diz é o Senhor Presidente da República na mensagem de Ano Novo.

Nota: o resumo da primeira reunião da cooperação médica em Portugal pode ser consultado nesta edição da ROM.

Ora, foi também com esta finalidade que no passado dia 19 de Dezembro, teve lugar no Porto, a primeira reunião da cooperação médica em Portugal. Este encontro teve lugar após a realização do VII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa (CMLP), que para além do importante reforço da proximidade e união entre as Ordens e Associações Médicas desta Comunidade, alertou para a necessidade e oportunidade de conhecer e reunir os muitos agentes que promovem cooperação médica em Portugal. Nem a hora pouco convidativa, nem os bonitos dias do mês de Dezembro desmobilizaram o grande número, diga-se pouco expectável, de colegas que estiveram presentes na medicoteca da Secção Regional Norte. De facto a solidariedade, o voluntarismo, o sentido de ajuda e de formação, o sentimento de partilha, a proximidade cultural e relações históricas foram determinantes para o sucesso deste primeiro encontro. Os objetivos propostos foram debatidos, e ainda que não totalmente atingidos, serão agora mais facilmente cumpridos após as importantes e experientes opiniões deixadas pelos colegas. Para que conste, foram variadas as participações desde representantes de instituições, organizações e associações, bem como presenças a nível individual, testemunho da pertinência na criação de uma plataforma conjunta de divulgação e registo do que melhor se faz na cooperação médica. A CMLP, tanto quanto lhe respeita, está empenhada em servir como agente facilitador e promotor na conquista de uma Saúde Lusófona, a bem da melhoria da saúde das populações e das oportunidades entre a Comunidade. Esta conquista deve basear-se no reconhecimento, na reciprocidade, na sensibilidade e na consideração social.

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



Julgo ser opinião não controversa afirmar que cada um de nós ao chegar a um determinado período da sua vida olha o tempo que já viveu como tendo sido, prioritariamente, um tempo de aprendizagem. E o que espera viver, embora ainda como de aprendizagem continuada, também e talvez principalmente como tempo de partilha.

Mas é singular que nos curtíssimos, ou nem por isso, 2,5 biliões de segundos que tem uma vida raramente conseguimos ter “certezas certas” nem quanto ao mérito do que aprendemos, ou seja, quanto ao valor social de uma prática profissional que na grande maioria dos casos pretende fazer bem, nem quanto à utilidade da partilha que temos como dever quando esse tempo se aproxima do final. Dever porque estamos vivos e continuamos a querer fazer bem.

Vem isto a propósito desta reflexão que venho propor sobre o direito, o dever e o valor do trabalho. A qual continua outras sobre o desperdício na prática médica e o absentismo de responsabilidade médica que as páginas desta Revista da Ordem acolheram. O valor relativo desta partilha é incerto porque por mais agradados que possamos estar com o percurso profissional que fizemos não temos o direito, não podemos ter o direito, de o propor como exemplar. Não só porque as circunstâncias políticas se alteraram, sendo a experiência dos mais velhos mais histórica que objectiva, mas também porque a forma de se querer ser Médico e de o ser de facto se foi alterando. Comparando o tempo de hoje com o meu inicial a mudança é óbvia em termos de consciência individual e dos valores relativos, da arte médica, da ciência médica, da relação médico-doente, da própria relação inter-pares e da, importantíssima, nova relação com as hierarquias de gestão não clínica.

Para já não falar na comunicação com e na valorização-utilização dos progressos biomecânicos e afins que implicam inevitavelmente uma percepção diferente da minha sobre o que é, ou o que deve ser, o “bom” da realidade assistencial.

Nada disto tem de ser considerado como negativo. É apenas mudança. Tal como muito mudou entre o tempo de início dos que somos velhos hoje e o tempo de início dos que eram velhos quando nós... éramos novos (sim, os velhos de hoje já foram novos há alguns anos atrás).

A mudança não é um anormal mesmo que alguns a lamentem por parecer “mostrar que o seu antigo tempo de estar a fazer bem” não fazia tanto bem quanto julgavam. É óbvio que não é assim. O que se fez no passado é o alicerce sobre que se constroem todos os presentes. Que por sua vez também serão pas-

## O direito ao trabalho e o dever de trabalhar

sado e, num tempo que corre mais que nós, bastante mais cedo do que possam imaginar os novos de hoje.

É neste complexo paradoxo de o que é bom agora poder deixar de o ser no momento seguinte, “sem que isso tenha de ser visto como irregular ou anormal”, que continuo a encontrar justificação para opinar sobre o que aprendi e o que me formou. Sempre com a convicção, ou o preconceito presunçoso se preferirem, de estar a participar na defesa do que de melhor se construiu em termos sociais na sociedade democrática que, felizmente, temos hoje: o Sistema Nacional de Saúde e o Estado Social onde o que vale é o cidadão e o colectivo onde se integra.

E não me refiro apenas às medidas organizativas e de gestão clínica que tornam menos “sensitivos” e mais orientados os pedidos de estudos complementares ou a planificação da investigação clínica. Há outras áreas da nossa prática com igual impacto

### Errata

Na edição nº 176 da ROM, repetimos, por mero lapso, uma versão incompleta do artigo “Em defesa da indústria farmacêutica” da autoria do internista M. M. Camilo Sequeira (texto publicado em dezembro de 2016, numa versão correta), quando deveríamos ter publicado um novo texto do mesmo autor. Publicamos nesta edição o artigo que estava em espera, intitulado “O direito ao trabalho e o dever de trabalhar”.

Na mesma ROM, no artigo “O monólogo apologético da eutanásia sem réplica autorizada”, que publicámos a páginas 79/80, da autoria de José Manuel Jara, médico psiquiatra, referimos incorretamente a especialidade.

Pelos lapsos, e por qualquer incómodo causado, apresentamos as nossas desculpas aos autores.



social, ilusoriamente vistas como secundárias, que nos dão informações que não podem deixar de ser discutidas com o outro.

## Tempo de serviço

O tempo de serviço, ou seja, o tempo em que se trabalha no interesse do colectivo para que este nos proteja quando já o não conseguirmos fazer, é uma destas áreas. Onde os Médicos têm de participar, sejam quais forem as suas reacções, e admito que algumas serão muito negativas, às reflexões e propostas que a discussão implica.

O direito social a uma pensão quando se termina o ciclo de trabalho tem diferentes formas de estruturação. No nosso país justifica-se pelo tempo de vida laboral, a chamada antiguidade, e pela idade em que se determinou convencionalmente que o dever de trabalhar já não existe.

Esta idade convencional é questão complexa como o prova o facto de não haver coincidência de norma entre países com propósitos sociais aparentemente semelhantes. Cabendo aos Sindicatos, que temos de apoiar, parte da responsabilidade desta diferença. A qual resulta, também, das capacidades destas organizações para a encurtarem, para fazerem dela mais benefício que penalização e para afirmarem e defenderem que após ser vantagem adquirida não pode ser anulada.

Este último princípio é particularmente responsabilizante porque numa sociedade desigual são sempre os mais fracos quem sofre quando se alteram normas que pareciam definitivamente adquiridas. E o esforço sindical para se tentar desviar para os possidentes as penalizações que cada circunstância política imagina dificulta-lhes a luta para tomar os benefícios obtidos mais estáveis, potencialmente mais justos e mais aptos a serem integrados noutros interesses que, por simpatia, os protejam.

Hoje fala-se abertamente na incapacidade dos sistemas de segurança social serem futuro dos que agora são jovens, fala-se sem autoridade (criando um facto) da impossibilidade de haver pensões ou de, se existirem, serem desadequadas ao esforço laboral dos pensionistas, argumentando-se com o aumento da esperança média de vida e a redução do número de trabalhadores efectivos quando comparado com o número de pensionistas. Fala-se e torna a falar-se porque se for dito muitas vezes serão cada vez mais os coitados que nisso acreditarão.

Mas quem é que sugere alterações socialmente defensáveis que permitam adequar o tempo que vivemos aos direitos que conquistámos? Em boa verdade ninguém. Uns porque não acreditam que existam soluções, outros porque pura e simplesmente não as querem “porque o mercado, a competitividade, o empreendedorismo seleccionará os que as merecem dos outros” e alguns outros por receio de ao sugerirem mudanças estarem a dar ao adversário sinais que o ajudem a promover medidas contrárias ao interesse de quem vive trabalhando e tem no trabalho o seu único suporte de vida.

E, no entanto, é necessário ter coragem para correr este risco e procurar medidas que não deixem exclusivamente nas mãos dos poderosos a implementação e defesa dessas alterações que neste tempo de ruído ou ganga informativa, verdadeiros poluidores da discussão, parecem inevitáveis. **Para defesa dos mais fracos.**

Em meu entender uma das medidas mais necessárias e mais fáceis de implementar é a defesa do valor trabalho mostrando respeito por ele. Como? - Procurando unir todos os que trabalham num objectivo prioritário de defesa do direito, de todos, a trabalhar, com um discurso repetitivo e insistente na “valorização do trabalho que é, efectivamente, realizado”. O que obriga a ultrapassar o preconceito, real mas relativo, de só ver o trabalhar como um serviço para enriquecer o rico. Que o é, de facto, mas não é só isso. Numa sociedade que parece organizada para ser desigual, o trabalho, ou melhor, o trabalhar tem de ser percebido pelo trabalhador como forma de afirmação da sua identidade, como exercício de reflexão sobre a função social de cada um, como base da consciencialização da importância individual nos processos produtivos, como promotor do abstracto colectivo e do concreto do valor relativo de cada pessoa que pensa em relação à máquina que reproduz.

Para que este ganho de respeitabilidade cívica seja integrado nos modelos de desenvolvimento que hoje dominam o mundo da produção é condição necessária e indispensável que o trabalho seja percebido pelo trabalhador não como um castigo mas como um direito. E dos maiores. O que o obriga a fazer todos os esforços para estar a trabalhar, de facto, com os seus pares, em todo o tempo em que o puder fazer.

## Tempo de trabalho

A Lei portuguesa, nalguns contextos, já valoriza de forma diferenciada os tempos de trabalho que contam para a obtenção de certos benefícios. Com ou sem trabalho feito.

Nas contagens de tempo de serviço para se aceder a concursos para progressão nas carreiras, ou para se avaliarem as condições para promoção, já há actividades onde não se conta o período de anos, meses e dias que se têm de vinculação ao emprego mas antes e como parece justo o tempo em que efectivamente se trabalhou. Ou seja, quaisquer faltas acumuladas durante o período de vinculação são tempo ignorado por aquelas contagens “porque não são tempo de trabalho real”.

O Legislador racionalizou os termos de comparação das prestações laborais penalizando o trabalhador que faltou, seja qual for o motivo, e valorizando o que o não fez.

E seja qual for o motivo para se evitar a criação de excepções. Estas, demasiadas vezes, suportam ou apoiam a corrupção por amiguismo, compaixão, por vezes por “falsíssima solidariedade” ao se oferecer individualmente o que é de todos. Ou por outra qualquer forma de ultrapassar as regras.

E nem a doença deve ser excepção porque o que se tem de valorizar é o número de dias em que se trabalhou, de facto e realmente. Ora a doença é um dramático de vida que não permite que esta condição seja satisfeita. Por isso o tempo da mesma não pode ser contado como tempo de trabalho. A doença mantém o direito ao salário, que não deve ser fracturado, mas não pode dar, seja qual for a vontade do trabalhador, tempo de trabalho realizado.

É óbvio que o dramático da doença é sempre dramático. E é um dramático que tem de ser protegido. Por isso temos de defender o direito a estar doente sem qualquer perda salarial. Mas se

queremos defender o direito ao trabalho temos de o fazer sem confundir lutas.

Porque é absolutamente essencial evitar que os mandantes possam interpretar a falta ao trabalho como uma habilidade do trabalhador contra o sistema que o explora e o não valoriza. Mas para combater esta sua verdade não é possível apoiarmos medidas que o mandante possa usar como arma de arremesso contra o combatente. E pretender contar a ausência ao trabalho como tempo de trabalho realizado é um exemplo, e pesado, dessa arma.

A cooperação do trabalhador neste propósito obriga-o a mudar o paradigma da sua relação com o estar doente e com os benefícios sociais associados. Tem de saber mudar o dizer “Sr. Dr. tem de me continuar a dar baixa porque ainda não estou a 100%” para estoutro dizer “Sr. Dr. já estou razoavelmente recuperado pelo que devo ter alta para não ser prejudicado no emprego (e para não sobrecarregar os colegas que estão a fazer o trabalho deles e o meu)”.

Todos os Médicos sabem que este novo dizer está de acordo com o actual objectivo de tratar. Se hoje ainda se ouve falar em “estar a 100%” tal só acontece porque a pedagogia do viver em sociedade não cumpriu o seu dever de ensinar ao ser humano que desde que nasce todas as percentagens do ser-se se reduzem. Não havendo (pelo menos ainda) qualquer possibilidade de as recuperar o que nos impõe a obrigação de o saber dar a conhecer ao doente sem o agredirmos e sem iludirmos as suas expectativas de bem-estar. O possível.

### Tempo de responsabilidade

O trabalhar tem de continuar a ser um direito do cidadão e um dever quer deste cidadão quer da sociedade onde se integra. Mesmo que o trabalhar possa ser sentido como uma obrigação agressiva para alguns. Ou, para outros, como forma de integração social pouco compensadora. Pode ser. Mas qual é a alternativa a este modo de se ganhar autonomia que permita, no mínimo, ter a intenção de ganhar dignidade bastante para ser agente gerador e beneficiário da construção do futuro?

Tal como já se reconheceu que o tempo de trabalho pode ser diferente do “chamado” tempo de serviço nalguns contextos e sendo reconhecido que esta diferença é justificada pelo indesejável facto de serem a experiência e a formação os critérios de aprendizagem para se poder ganhar diferenciação profissional também me parece ter todo o sentido e ser justo, que a contagem de tempo para se obter uma pensão também tenha em consideração apenas o tempo de trabalho efectivamente realizado.

Porque o direito a uma pensão de aposentação foi sempre pensado como uma compensação pelo tempo de trabalho e nunca como um benefício por se ter uma vinculação mantida durante muitos anos a uma entidade empregadora quer se trabalhasse ou não. Por mais cínico que pareça este comentário.

Acredito que as vitórias sociais dependem das circunstâncias políticas e que para se acrescentarem novas vitórias às que já se possuem se torna necessário, ocasionalmente, dar o que parecem um, dois, três passos atrás. Que interpreto como suporte dos

impulsos que permitirão obter novos avanços amanhã. Muito mais penalizador em termos colectivos do que estes pretendidos recuos será manter-se obstinadamente a defesa do que fragiliza a luta permanente entre o que faz e o que manda fazer ou mais beneficia com o que se faz.

Nesta fase da vida colectiva, não só portuguesa, em que verdadeiramente o que se pretende, os descabeçados mercados e seus agentes, é anular a segurança do trabalhar creio que defender como tempo de serviço o que efectivamente é tempo de trabalho é uma das formas de retirar a esses descabeçados uma razão que têm como definitivamente segura.

Quero deixar claro que reconheço que estas questões são complexas, que a razão de cada opinião tem dificuldade em se afirmar sem gerar controvérsia e que o futuro será o que destas controvérsias se obtiver como razoável e adequado a cada tempo desse futuro.

Por isso afirmo convictamente que não pretendo endeusar o trabalho. Mas também assumo que pretendo defender que a sua demonização é um disparate e que as consequências sociais do amanhã relacionadas com o trabalho, como direito como dever, têm de fazer parte das preocupações dos Médicos.

Somos nós e admito que continuaremos a sê-lo nos anos próximos que temos de defender o trabalhador que adocece. Mas a nossa obrigação é fazê-lo sem nos esquecermos que a vida decorre numa sociedade que nem sempre é saudável. Fazê-lo sabendo e decidindo em função desse saber que nas sociedades complexas de hoje a classe média, que julgo ser o motor do progresso, se constrói e sobrevive com e pelo trabalho.

E é por acreditar que o progresso, seja lá isto o que for, é um objectivo do todo de que fazemos parte que entendo que a protecção e a promoção do crescimento desta classe social, que afirmo ser o marcador mais humano do mesmo, são obrigações que se nos impõem para defendermos o trabalhar como direito, como dever e também como valor.

Por mais controverso que o que defendermos possa parecer.

A doença mantém o direito ao salário (...) mas não pode dar (...) tempo de trabalho realizado. É óbvio que o dramático da doença é sempre dramático. E é um dramático que tem de ser protegido. Por isso temos de defender o direito a estar doente sem qualquer perda salarial.



Pedro Serrano  
Especialista em saúde pública

## Excessivo, sem dúvida

*Do not choose a coward's  
explanation  
that hides behind the  
cause and the effect*

Leonard Cohen

Se tivesse de decidir sobre o que de pior tem a especialidade que pratiquei ao longo de mais de trinta anos, apontaria a permeabilidade com que a política se permite contaminá-la, a palavra aqui usada não na acepção legítima de 'política de saúde' mas antes no sentido malabarista, aquele que tira da cartola 'factos alternativos' para mascarar a realidade.

Não sendo tão fácil moldar evidências na cardiologia ou na neurocirurgia ou, com o mesmo sucesso, trocar um gás por outro em anesthesiologia, em saúde pública o terreno pode revelar-se movediço. Esta contaminação, como tudo na vida, é multifactorial e resulta não só de Saúde Pública (SP) ser uma designação largo espectro – abrangendo quer uma área do conhecimento quer as instituições do Serviço Nacional de Saúde, ou o estado global de saúde da população de um país – como, também, em termos do exercício profissional, dizer respeito a terreno onde se cruzam domínios tão diversos como a medicina, a epidemiologia, a estatística, a economia da saúde ou as ciências sociais.

Vem esta espécie de introdução a propósito de um *mail* (datado de Fevereiro de 2017), rapidamente tornado viral pela inconfidência electrónica, em que um alto dirigente da saúde do país oferece os seus préstimos a um ainda mais alto dirigente da saúde para que a expressão técnica *excesso de mortalidade* passe a ser substituída por "concentração de mortalidade". A proposta medra à sombra do nervosismo que sistematicamente contagia dirigentes do Ministério da Saúde quando o frio, o calor ou a gripe cobram a sua quota parte na mortalidade da população. Este fenómeno de as temperaturas extremas, ou as doenças epidémicas, aumentarem o número de mortes é antigo e universal e, por si só, não deveria ser motivo para uma tal angústia de gabinete, mas talvez que o excesso de óbitos caseiros não se explique somente pelo envelhecimento da população lusa ou pela agressividade dos agentes, pois se comparado com países ainda mais frios e quase igualmente tão velhos, os desfechos mortais portugueses destacam cronicamente nas estatísticas internacionais.

Mas, em vez de olhar os factos com tranquilidade e procurar extrair deles ensinamentos práticos (há muitos anos, ao verificar o efeito do frio sobre a mortalidade, o governo inglês estabeleceu um subsídio para aquecimento da habitação dos mais velhos e desfavorecidos pela sorte), em vez de virar pelo caminho prático, dizia, por cá opta-se por usar o reverso do

tapete como cemitério de incómodos ou, quando isso se torna mais complicado, martela-se 'cientificamente' uma designação que supúnhamos quase exclusiva da indústria da polpa de tomate, ou da demografia quando quer referir uma aglomeração da população no espaço geográfico. É claro que a nova palavra enxertada (concentração) não é inocente, resulta até de escolha malandramente inteligente: qual é o jornalista que arrebatará orelhas perante a deixa "concentração da mortalidade"? Mas o mesmo não acontecerá se o alto ou o altíssimo dirigente pronunciar "excesso de mortalidade", e a manhã seguinte poder-se-á transformar em pesadelo quando caracteres em tamanho 70 anunciarem um excesso de milhares de mortes, por exemplo por gripe, e os telefones desatarem a tocar nos gabinetes...

Numa lista de conceitos para uso em emergências em saúde, a Organização Mundial de Saúde define *excesso de mortalidade* como uma "mortalidade acima do que seria de esperar, tomando como referência a taxa de mortalidade da população em causa numa situação de não-criese. Uma mortalidade excessiva é assim uma mortalidade atribuível a uma situação de crise e pode ser expressa pela diferença entre a taxa de mortalidade observada no período de crise e aquela que se esperaria se não tivesse ocorrido essa situação"<sup>(1)</sup>. Este conceito de mortalidade excessiva a que se consegue, sem grande esforço, traçar antecedentes que remontam até 1885 e a um senhor chamado William Farr<sup>(2)</sup>, alguém que deixou marca na história da Epidemiologia. Farr foi, para além de pai das estatísticas vitais aplicadas à Saúde, um dos personagens decisivos na explicação da génese e desfecho da epidemia de cólera de Londres, em Agosto de 1854, onde se notabilizou junto com o médico John Snow<sup>(3)</sup>.

Em síntese, breve e básica, gostaria de sublinhar que o cômputo do *excesso de mortalidade* tem aplicação nos limitados períodos (dias, semanas) em que os fenómenos em causa surgem e se mantêm (o período de *crise* da definição) e assim as variações na mortalidade que desencadeiam devem ser medidas e comparadas segundo esta bitola temporal, não devendo ser elasticamente esticadas ao longo de um período de tempo mais longo, estático, e até politicamente conveniente, como seja o ano civil, isto é o ano do calendário. Aliás, se a perspectiva burocrática da medição do tempo se pudesse sobrepor ao tempo real em que os fenómenos vitais ocorrem dificilmente se justificaria o interesse em implementar sistemas de medição da mortalidade em tempo real como o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) ou a *electronic mortality surveillance* (e-MV).

Este conceito *excesso de mortalidade* e sua translação operacional, designadamente o percurso metodológico para o seu uso, tornou-se um referencial de rotina, sendo descrito em livros de texto para uso de profissionais e estudantes<sup>(4)</sup> e foi já invocado em situações epidemiológicas concretas como é o caso, para referir apenas o nosso país, do exce-

## O que se pretende, afinal, é que a evidência técnico-científica baseie as decisões políticas

lente manual sobre gripe pandémica que a Direcção-Geral da Saúde editou em 2007<sup>(5)</sup>. Estudos foram também publicados em torno dos aspectos metodológicos que fundamentam o uso desta ferramenta, sendo um deles da autoria de investigadores portugueses<sup>(6)</sup>.

Finalmente, e numa época em que um novo apetite pela área e um crescente número de médicos a sair das Universidades levam a que a SP seja cobiçada por muitos candidatos à especialidade, resta aconselhar os jovens colegas a que prefiram as sendas pedregosas aos atalhos, o barco a remos à gôndola e que usem ao longo do trajecto a bússola que é apanágio de uma área técnica como a Medicina: o rigor e a fidelidade à evidência suportada por factos como único meio para um exercício profissional reconhecido e respeitado por pares e conterrâneos. Outros atalhos, de mérito instantâneo, podem, indiferenciadamente, ser praticados por qualquer um, seja ele um técnico ou um político navegando à vista. E o que se pretende, afinal, é que a evidência técnico-científica baseie as decisões políticas, pois a crónica do inverso deixa a desejar, seja em termos de saúde das populações seja em termos de uma nota no rodapé da História.

### Referências

- (1) World Health Organization (WHO). Definitions: emergencies. WHO; 2017. Disponível em: <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/> (acedido em 23 fevereiro 2017).
- (2) Farr, William. Vital Statistics: a memorial volume of selections from the reports and writings of William Farr (1885). Cornell: Cornell University Press; 2009.
- (3) Johnson, Steven. The ghost map. London: Penguin; 2006.
- (4) Aschengrau, Ann; Seage, George R. Essentials of epidemiology in public health. 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett; 2008.
- (5) Rascoa C, Valente PM, Freitas G. Enquadramento epidemiológico. In: Pandemia de gripe: plano de contingência nacional do sector da saúde para a pandemia de gripe. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2007. pp. 29-52.
- (6) Nunes B, Natário I, Carvalho ML. Time series methods for obtaining excess mortality attributable to influenza epidemics. Statistical Methods in Medical Research 2011; 20(4):331-345.



Vânia Guedes

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar,  
USF Faria Guimarães, Porto

## O cadáver: o primeiro paciente do futuro médico

De acordo com Aziz, 2002,<sup>1</sup> a Medicina é a ciência e a arte de diagnosticar doenças, compreender a sua etiopatogenia e introduzir os cuidados terapêuticos mais adequados. Deste modo, é necessária a aquisição de conhecimentos e de competências que possibilitem a melhor prática desta atividade.

O recurso ao cadáver/dador para o ensino da Anatomia Humana nas Faculdades de Medicina continua a ser um dos métodos de aprendizagem mais utilizados, sendo que existem diversas razões que fundamentam esta preferência. Entre elas, podemos destacar a compreensão multidimensional do corpo, a aquisição de competências visuais de diagnóstico e de uma linguagem médica básica, a perceção da variabilidade anatómica e o desenvolvimento de uma postura mais humanista, moral e ética nos cuidados ao paciente.<sup>1</sup> Mais importante ainda, o contacto com o cadáver precede e organiza a relação que os futuros médicos irão desenvolver com os pacientes.<sup>2</sup>

### Construção da relação médico-paciente

Durante a relação com o cadáver, o estudante de medicina experimenta diversos sentimentos antagónicos, tais como a compaixão e a sensibilidade por um lado, e a frieza e o distanciamento por outro.<sup>2</sup> A procura de um equilíbrio entre estes sentimentos é necessária, de modo a poder transpô-los para a futura relação médico-paciente.<sup>2,3</sup> No contacto com o cadáver, surge necessariamente uma outra relação: a relação estudante-docente. Esta relação também apresenta uma grande relevância no processo de aprendizagem do estudante de medicina, dado que os docentes são vistos como modelos.<sup>4</sup> Deste modo, os docentes poderão inculcar nos estudantes valores como a compaixão, o respeito, a responsabilidade e a empatia, essenciais para a construção da relação médico-paciente.<sup>4,5</sup> O ensino da Anatomia humana através do cadáver não é, portanto, um exercício meramente técnico e objetivo, sendo também o momento ideal para explorar as questões mais humanistas que surgem do contacto com o cadáver.<sup>3,5</sup> A doação do corpo para o ensino da Medicina revela-se assim fundamental para o treino dos futuros médicos, tendo profundos reflexos na qualidade dos atos médicos e cirúrgicos.<sup>6</sup> O contacto com o cadáver permitirá, em última análise, que no estudante se desenvolva um processo educativo no âmbito de valores, de atitudes e de comportamentos essenciais, para que o futuro profissional de saúde assuma na plenitude a sua missão, contribuindo para a promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos e da sociedade em geral.<sup>6</sup>

Todos os cidadãos poderão doar o seu corpo para fins de estudo

anatômico. As Faculdades de Medicina ou de Ciências da Saúde das Universidades públicas têm um programa de doação cadavérica e utilizam cadáveres para fins de ensino médico pré e pós-graduado, de acordo com o preceituado no Decreto-Lei nº 274/99.<sup>6</sup>

### Considerações finais

O recurso ao cadáver para o ensino da Anatomia Humana oferece uma oportunidade única para o desenvolvimento de competências e de atitudes nos futuros médicos. De facto, esta interação estudante-cadáver permite explorar o lado mais humano da Medicina, minimizando a tendência negativa para uma postura desumanizada do médico e para a despersonalização do paciente. Através desta relação é possível, portanto, integrar a visão científica de um corpo humano como um objeto, com uma visão mais holística do paciente como uma pessoa, assim como adquirir uma postura de responsabilidade e de compaixão para com os doentes vivos. Daqui resulta um tributo importante para a construção de uma adequada relação médico-paciente, baseada na confiança e numa aliança de trabalho. Este tipo de relação contribui fortemente para a adesão dos doentes à terapêutica e para a melhoria da sua satisfação e qualidade de vida, gerando ganhos em saúde.<sup>7-8</sup>

A doação cadavérica é um assunto melindroso e, por isso, é necessário um forte empenhamento de todos os que possam interferir na sua divulgação. Dada a sua importância, os colegas médicos dele não se podem alhear e, sempre que possível, devem fazer passar a mensagem no exercício da sua profissão e nos círculos sociais que frequentam.

## Todos os cidadãos poderão doar o seu corpo para fins de estudo anatômico

### Referências bibliográficas

1. Aziz MA, Mckenzie JC, Wilson JS, Cowie RJ, Ayeni SA, Dun BK. The Human Cadaver in the Age of Biomedical Informatics. *The Anatomical Record (New Anat.)* 2002. 269:20-32.
2. Bastos LAM, Proença MA. A prática anatômica e a formação médica. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2000. 7(6): 395-402.
3. Segal DA. A patient so dead: American medical students and their cadavers. *Anthropol. Quart.* 1987. 60:17-25.
4. Weeks SE, Harris EE, Kinzey WG. Human Gross Anatomy: A Crucial Time to Encourage Respect and Compassion in Students. *Clinical Anatomy* 1995. 8:69-79.
5. Pellegrino ED. Educating The Humanist Physician (An Ancient Ideal Reconsidered). *JAMA*. 1974. 227(11): 1288-94.
6. Decreto-Lei nº 274/99 de 22 de Julho
7. Bennett JK, Fuertes JN, Keitel M, Phillips R. The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient Educ Couns*. 2011. 85(1):53-9.
8. Fuertes JN, Mislouack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, Boylan LS. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns*. 2007. 66(1):29-36.

### CULTURA

## Evolução da ressuscitação / reanimação cardiorrespiratória

A obra, recentemente editada, da autoria do anestesiológista Joaquim Figueiredo Lima produz uma síntese dos vários métodos utilizados desde a antiguidade até à atualidade, representativos da imaginação e do esforço dos seres humanos para salvar a vida dos seus pares. Ao longo dos séculos geraram-se novas e diversas expectativas face à morte por paragem cardiorrespiratória. Importante foi transferir para os cidadãos e para as sociedades as competências básicas que permitem salvar vidas. Tratou-se de um fenómeno de grande relevância cultural, cada vez mais incentivado em todo o planeta. Neste livro Joaquim Figueiredo Lima refere a evolução dos elos da cadeia de sobrevivência, do transporte de doentes e aspetos da ética médica aplicáveis em reanimação cardiorrespiratória.





Carla Costa

Interna de formação específica em medicina geral e familiar, 4º ano

# Pensamentos de uma médica

É interessante pensar na introspeção que a escrita permite...

Sempre me reconfortou escrever. Tanto que numa fase de ainda indefinição de rumo académico, ponderei a área das humanísticas. Isto antes de enveredar nesta luta que é a Medicina, esta Arte disfarçada de Ciência.

Acalma-me esta sensação de plenitude de colocar em frases, tão estruturadas, tão isentas de subterfúgios, os pensamentos desorganizados da azáfama diária.

E é nesta tentativa de organização interna que aqui deixo esta reflexão:

"Com que pesos e medidas é lícito definir a fatia de nós, enquanto indivíduos, que pode ser incluída no todo de nós, enquanto médicos? Será a Medicina apenas uma profissão? Acredito que não, que é uma vocação, um estado de espírito, uma forma de vida. Que nos envolve e personifica, até sermos médicos em todas as facetas da vida.

E assumindo esta sensação como um facto, acredito ser verosímil encarar as outras facetas da nossa vida como não apenas integrantes mas mais que tudo, contributivas para o nosso todo médico.

Passo a explicar: sou mulher, filha, irmã, esposa e amiga. Mas acima de tudo, sou mãe. Orgulhosa... mas sou também interna de formação específica, nesta atualidade de

incerteza profissional e de empregabilidade que vivemos. Mas dirão os incautos: "então ser médico não é um estado de espírito? Não é mais que uma profissão?". Res-

pondo: sem dúvida; mas é no trabalho que aprendemos, que encontramos as falhas, que colmatamos erros. É no trabalho e com o trabalho, que evoluímos. Na era informatizada atual, discutem-se os indicadores de qualidade, retirando espaço de discussão a casos clínicos que a todos enriquecem. Quem senão os doentes para nos ensinarem?

Ensinarem-nos as nossas fraquezas, as suas doenças e dolências, ensinarem-nos que é tão importante conseguirem finalmente brincar com os netos, quanto o diagnóstico de um tumor raro que veremos uma vez na vida...porque os doentes são o seu próprio mundo, e cada um com uma importância máxima, para si e para nós.

E acrescento, sou interna de Medicina Geral e Familiar. Uma especialidade que prima pela comunicação, pela empatia. Que engloba todas as áreas do saber médico, que encerra em si o João Semana e o Dr. House. E não seria expectável então, ser uma mais-valia a máxima escrita na parede do meu saudoso ICBAS "quem só sabe de Medicina nem de Medicina sabe?". Não sei. O que sei é que o "nós" que é o nosso, que apenas com quem connosco convive e trabalha conhece, não é importante na hora da escolha. Ou por ora, não é devidamente mensurável, não pode competir com o peso esmagador do currículo, de uma prova de conhecimentos que, essa sim, mais uma Arte que uma Ciência.

Espero um dia poder finalmente dizer, orgulhosa e abertamente: sou mãe, esposa, filha, irmã e amiga. E sou médica, de profissão e de vocação. E ser valorizada por isso... porque quem só sabe de Medicina, nem de Medicina sabe."

# O Museu de Anestesiologia do Dr. Avelino Espinheira

O Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos organizou um seminário a propósito do “Museu de Anestesiologia do Dr. Avelino Espinheira: estudos e testemunhos”, no dia 26 de Novembro de 2016, na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos. A moderação deste seminário ficou a cargo de Joaquim J. Figueiredo Lima que também proferiu uma palestra sobre o homenageado. Eduarda Espinheira e Luís Pina foram os restantes oradores.

Publicamos em seguida os resumos das três intervenções.

## **Homenagear um Homem de excepção e divulgar o Museu Português de Anestesiologia - Joaquim J. Figueiredo Lima**



Eduarda Espinheira e, em fundo, o homenageado

“O Dr. Avelino Fortes Espinheira (1921-2006) licenciou-se em Medicina, em 1948, pela Faculdade de Medicina de Lisboa. Desenvolveu a sua actividade profissional, após formação em Anestesiologia, nos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Integrou uma geração magnífica de médicos anestesiológicos que, em meados do século XX, introduziram profundas renovações na Anestesiologia portuguesa: emancipação da especialidade médica, participação nos primeiros

Serviços de Anestesiologia, autónomos e com gestão e quadros próprios, dinamização de formação pedagógica e clínica e estímulos para a investigação científica.

Avelino Espinheira foi um personagem carismático, que se impunha pelo respeito profissional que adquiriu, pela forma como sabia intervir nas reuniões técnicas e científicas em que participava e, sobretudo, pela atitude cultural que revelava no seio da classe!

Foi eleito Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Anestesia (1977-1980), numa fase em que esta estrutura adquiria extraordinária relevância na promoção de critérios pedagógicos da formação e divulgação científica da especialidade.

Ao longo dos anos, o Dr. Avelino Espinheira foi colecionando peças e equipamentos utilizados em Anestesia, que lhe eram oferecidos ou por ele adquiridos. Deste modo, conseguiu reunir um volumoso e diversificado acervo. Trata-se de várias dezenas de peças utilizadas ao longo da História da Anestesia e de outras tantas dezenas de Documentos.

Este excelente património motivou a formação do Museu Português de



Anestesiologia. Sediado no espaço da sua propriedade em Galamares (Sintra), o Museu foi inaugurado em 1996, com a devida pompa, na presença de personalidades sociais e políticas do país. Ruy de Oliveira pronunciou um longo discurso, no qual foi salientado o papel

da Anestesia na sociedade e o papel cultural deste acervo museológico. Por razões que ultrapassaram o criador, o Museu não assumiu a expectante relevância prevista pela comunidade!

Vinte anos depois, por diligência da Família de Avelino Espinheira, foram assumidas iniciativas destinadas a salvar este Museu (que alguns consideraram ser dos mais relevantes da Europa!). O Museu da Saúde absorveu este espólio em Abril de 2016!

Este Seminário, promovido pelo Núcleo de História da Medicina da OM tem, portanto, dois objetivos fundamentais: homenagear este Homem de excepção e divulgar o Museu Português de Anestesiologia, agora integrante do Museu da Saúde”.

Como profissional foram referidas as suas qualidades técnicas, o seu dinamismo e a sua criatividade intuitiva, assim como a índole colecionadora que levaram à formação do Museu de Anestesia.

### Uma coleção ímpar de instrumentos, documentos e livros - Eduarda Espinheira

“O nosso pai foi uma pessoa multifacetada e empenhada, que toda a vida lutou pelo profissionalismo e solidariedade, quer na sua vida pessoal como profissional.

Nascido em Espanha, veio ainda criança para Lisboa onde estudou e se formou em Medicina. Enveredou pela Anestesia tendo sido um dos primeiros assistentes de Anestesia em Portugal e contribuindo activamente para a imposição da afirmação e independência desta especialidade.

Colecionador nato, desde cedo se interessou pela História da Medicina e da

Anestesia em particular, tendo recolhido ao longo da vida uma coleção ímpar de instrumentos, documentos e livros, e tendo criado em 1996 o Museu Português de Anestesiologia Dr. Avelino Espinheira.

Com a sua morte e após vários anos de

tentativas goradas, a família teve agora a possibilidade de integrar este espólio único no Museu da Saúde, acreditando que será devidamente preservado e divulgado de forma profissional à Comunidade Científica e a toda a Sociedade.”

Como amigo foram realçadas as suas características mais evidenciadas da sua personalidade: Lealdade, liderança, simplicidade.

“É desenvolvido o tema do privilégio que foi privar com o Dr. Espinheira como familiar, amigo e profissional. Alguns apontamentos da sua vida familiar, nomeadamente nas suas quintas de Galamares e da Galiza onde gostava de juntar toda a família.

Por último foi feita uma referência à última etapa da vida do Dr. Espinheira como causadora de grande consternação a toda a família.”

### Homenagem ao Dr. Espinheira - Luís Pina

“É desenvolvido o tema do privilégio que foi privar com o Dr. Espinheira como familiar, amigo e profissional.

Alguns apontamentos da sua vida familiar, nomeadamente nas suas quintas de Galamares e da Galiza onde gostava de juntar toda a família.

Como amigo foram realçadas as suas características mais evidenciadas da sua personalidade: Lealdade, liderança, simplicidade.



### Seminário

O Museu de Anestesiologia do Dr. Avelino Espinheira: Estudos e Testemunhos

#### Moderação

Joaquim J. Figueiredo Lima

#### Intervenções

Joaquim J. Figueiredo Lima

Eduarda Espinheira

Luís Pina

26 de Novembro - Sábado às 14:30  
na Biblioteca Histórica da Ordem dos Médicos  
Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - Lisboa

NÚCLEO DE HISTÓRIA DA MEDICINA  
DA ORDEM DOS MÉDICOS



Luís Pina



Joaquim Figueiredo Lima