

Revista

Ordem

Médicos

n.º 180
Junho | 2017
Mensal | 2€

Assembleia de Representantes
**Decisão unânime na defesa
do ato médico** pág. 34

**Health Parliament
Portugal**

Pensar, participar
e mudar a Saúde pág. 20

Entrevista ao bastonário da OM

**Falta coragem política
para avançar com as reformas
necessárias** pág. 13

**A REVISTA da ORDEM dos MÉDICOS
vai passar a ser enviada
em formato digital
- pág. 7**



Revista da
Ordem dos Médicos
Ano 33 - N.º 180
JUNHO 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

Diretor:
Miguel Guimarães

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

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

Redatora Principal:
Paula Fortunato

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

Capa:
2aocubo

Redação, 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 redação:

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.



**HEALTH PARLIAMENT
PORTUGAL**

EDITORIAL

- 04 Decisões polémicas
- 08 Breve revista de Imprensa

INFORMAÇÃO

- 10 Centros de Responsabilidade Integrada: uma proposta inaceitável
- 12 Em defesa dos doentes
- 12 Ordem dos Médicos na zona da catástrofe: médicos mobilizam-se para apoiar populações afetadas

ENTREVISTA

- 13 Miguel Guimarães
Falta coragem política para avançar com as reformas necessárias

ATUALIDADE

**HEALTH PARLIAMENT
PORTUGAL**

- 20 Pensar, participar e mudar a Saúde
- 26 Comissão de Economia do conhecimento
Conhecimento e inovação na área da Saúde em Portugal: diagnóstico e oportunidades
- 27 Comissão de ética em Saúde
Informação de Saúde – que caminho queremos seguir?
- 28 Comissão de tecnologias de informação em Saúde
“Medicina 2.0: Revolução Digital sem Reféns”
- 29 Comissão o doente no centro da decisão
Centralização nas necessidades e prioridades dos cidadãos
- 30 Comissão de Saúde Mental
Saúde mental: de parente pobre a investimento com retorno
- 31 Comissão de barreiras aos cuidados de Saúde
Medir barreiras, definir soluções
- 32 ENTREVISTA: Ana Ferreira Castro
Acreditamos que tudo é possível e, às vezes, é mesmo...

- 34 Assembleia de Representantes: Decisão unânime na defesa do ato médico
- 38 40 anos do Hospital Pediátrico de Coimbra
Dedicação e profissionalismo em prol das crianças e dos adolescentes
- 41 Estilos de vida e cancro
- 42 Envelhecimento ativo: uma prioridade para Portugal
- 44 Cortes de 35% nos gastos com a contratação externa
Com esta medida, sem alternativa, estamos a afundar a capacidade do SNS
- 46 VIII Congresso da CMLP
Raízes, realidade e solidariedade foram tema central de encontro lusófono
- 49 Prémio Miller Guerra 2017
- 50 1001 cartas para Mosul
Medicina, humanismo e esperança
- 52 “O maior desafio da Saúde nos próximos anos está relacionado com o seu financiamento”
- 55 “Reforma da Saúde Pública – Que caminhos?”
- 58 Comemoração do Dia Mundial do Médico de Família
- 60 Sessão de abertura IX Jornadas Internato Medicina Geral e Familiar do Centro: “O Internato do Futuro” como tema central de debate
- 61 4 Perguntas a... ..Marta Fraga
- 62 “USF e UCSP – que modelos e que desafios?”
- 64 Hospital Oriental de Lisboa – miragem ou realidade
- 66 As Olimpíadas da Medicina
- 67 Atendimento em Lisboa vai mudar para o n.º 145

OPINIÃO

- 68 Segurança do doente
- 71 Relação médico-paciente
distinguir a doença do doente
- 73 A acreditação dos Serviços
- 74 Dia Mundial da Saúde,
depressão e benzodiazepinas
- 75 Departamento internacional
A liderança clínica
- 76 A tecnologia e a Saúde:
desafios, oportunidades e riscos
- 79 Uma nova perspectiva na prática médica

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
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: Nuno Monteiro Pereira

Acta Médica Portuguesa: Junho/2017

PERSPECTIVA

Governação de saúde e gestão de proximidade: a necessidade de autonomia de gestão nos agrupamentos de centros de saúde

João FIRMINO-MACHADO, Inês MAGALHÃES, João RODRIGUES, Victor RAMOS, Sofia BAPTISTA, Bernardo VILAS-BOAS

ARTIGO ORIGINAL

Rastreio da diabetes em doentes com doença macrovascular coronária: as novas *guidelines* europeias são um retrocesso?

Andreia RIBEIRO, Sérgio Bravo BAPTISTA, Mariana FAUSTINO, Paulo ALVES, Pedro Farto e ABREU, Victor Machado GIL, Carlos MORAIS

Leishmaniose visceral em doentes com infeção VIH: o desafio da recaída e falência terapêutica

Patrícia CIPRIANO, Ana Cláudia MIRANDA, Isabel ANTUNES, Kamal MANSINHO

Análise retrospectiva sobre a utilização em contexto real do ranibizumab em doentes com degenerescência macular da idade exsudativa em Portugal

Rufino SILVA, Carla GONCALVES, Angelina MEIRELES, Carla TEIXEIRA, Paulo ROSA, Manuel MONTEIRO-GRILLO, Joaquim CANELAS, Ângela CARNEIRO, Rita FLORES

Doença invasiva pneumocócica pediátrica antes da vacinação universal: 1995 - 2015

Muriel FERREIRA, Henrique OLIVEIRA, Nuno Costa e SILVA, Luís JANUÁRIO, Fernanda RODRIGUES

Dificuldades funcionais, sensoriais, de mobilidade e de comunicação nos muito idosos (80+) portugueses

Daniela BRANDÃO, Óscar RIBEIRO, Constança PAÚL

Punção aspirativa de nódulos da tiroide: vale a Pena Repetir?

Vera FERNANDES, Tânia PEREIRA, Catarina ELOY

Apresentação pélvica: parto vaginal versus cesariana, qual a melhor intervenção?

Andreia FONSECA, Rita SILVA, Inês RATO, Ana Raquel NEVES, Carla PEIXOTO, Zita FERRAZ, Inês RAMALHO, Ana CAROCHA, Nina FÉLIX, Sandra VALDOLEIROS, Ana GALVÃO, Daniela GONÇALVES, Joana CURADO, Maria João PALMA, Isabel Lobo ANTUNES, Nuno CLODE, Luís Mendes GRAÇA

A homeostase fosfo-cálcica na doença renal crónica: da epidemiologia clínica à fisiopatologia

Ana PIRES, Luís SOBRINHO, Hugo Gil FERREIRA

CASO CLÍNICO

Hipertensão arterial sistémica secundária: incertezas do diagnóstico

Paulo Gomes DINIS, Maria Carmo CACHULO, Andreia FERNANDES, Luís PAIVA, Lino GONÇALVES

Klebsiella pneumoniae do serotipo K1 e do clone hipervirulento ST23: primeiro caso documentado em Portugal

Aida PEREIRA, Tiago PETRUCCI, Maria João SIMÕES

IMAGENS MÉDICAS

Target Sign: sinal endoscópio de perfuração

Juliana Moura COSTA, João Bruno SOARES

Hemoptise fatal

Cristina Gonçalves COSTA, Céline GAMA

NORMAS ORIENTAÇÃO

Investigação de etiologia genética nas ataxias neurodegenerativas: recomendações do Grupo de Neurogenética do Centro Hospitalar São João, Portugal

Tiago GOMES, Joana GUIMARÃES, Miguel LEÃO, em nome do Grupo de Neurogenética do Centro Hospitalar São João
Colaboradores e membros do Grupo de Neurogenética do Centro Hospitalar São João (listados por ordem alfabética): Carla MOURA, Carolina GARRETT, Elsa AZEVEDO, João MASSANO, João Paulo OLIVEIRA, Pedro CASTRO

A revista científica da Ordem dos Médicos em <http://www.actamedicaportuguesa.com>



ACTA MÉDICA PORTUGUESA
STUDENT

ACTA MÉDICA
PORTUGUESA



Decisões polêmicas



As últimas semanas foram desastrosas para o ministério da Saúde (MS) e suas dependências. Uma péssima gestão de dossiers mal estruturados ou avaliados. Nunca, em tão pouco tempo, existiram tantas explicações, desmentidos ou reviravoltas.

O Jornal de Notícias avançou com uma notícia sobre **administração de vacinas do Plano Nacional de Vacinação (PNV) nas farmácias**. Após as reações da Ordem dos Médicos (OM) e de alguns partidos políticos, defendendo a manutenção do programa geral do PNV, afinal o MS não tinha conhecimento de nada e é contra. A sério? Será que as estruturas dependentes do MS estão a negociar matéria tão séria e sensível sem o MS saber? Será que uma das melhores jornalistas do país se enganou? Sabemos que não. Se existisse qualquer dúvida as gravações seriam esclarecedoras.

A **polémica da completa rejeição das vacinas e do PNV pela associação portuguesa de homeopatia** ainda não terminou. O representante da referida associação é membro do Conselho Consultivo das TNC, que funciona no seio da DGS. E continua por lá a fazer a defesa das suas teorias, apesar dos alertas da Ordem dos Médicos ao Diretor-Geral de Saúde. Nem uma resposta aos nossos ofícios. Matéria que terá que ter um tratamento adequado de acordo com as regras em vigor. Uma vergonha desnecessária, lamentável e geradora de muitas dúvidas.

A polémica da **intenção de integrar o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) na Universidade Nova de Lisboa**. Dizem do MS que é tudo mentira, apesar dos testemunhos de pessoas diretamente envolvidas. E nesta matéria o Diretor-Geral de Saúde, mais uma vez, não sai nada bem na fotografia. Uma vergonha que me escuso de aqui comentar de forma mais extensa por respeito a terceiros.

A questão da **Agência Europeia do Medicamento (EMA)**: primeiro a decisão de candidatar Lisboa, sem ouvir outros potenciais candidatos. Depois o debate público, inspirador de divisões e acesa polémica descentralizadora. A defesa pouco sustentada da candidatura assumida pelo Governo, com argumentos trémulos e variáveis de dia para dia, deixaram a nu a fragilidade e amadorismo de todo o processo. Disparate atrás de disparate e sem a solidez que a situação exigia. E, depois de muita pressão pública, o Governo reabre a candidatura à EMA ao Porto. Assim, sem mais explicações.

Esta é uma questão que demonstra de forma clara e inequívoca a nossa dificuldade em lidar com coisas sérias. O Governo deveria ter feito tudo ao contrário. Deveria ter promovido a discussão interna, longe dos holofotes da comunicação social. Deveria ter convidado as cidades interessadas, com potencial para albergar a referida EMA, para apresentarem e fundamentarem a sua candidatura. Deveria ter avaliado de forma séria, serena e tranquila as várias propostas, e pedido pareceres a instituições que considerasse relevantes. Deveria ouvir o Presidente da República e a Assembleia da República. E depois decidir pela cidade que melhor pudesse representar Portugal nesta candidatura. Sem atropelos, sem conflitos de interesses, sem informações ocultas.

Finalmente, **o anúncio público da candidatura deveria ser mobilizador das diferentes vontades, constituindo um objectivo nacional**. Envolvendo o Governo, a Assembleia da República e o Presidente da República, numa candidatura nacional capaz de mobilizar todos os portugueses. Tal como tem acontecido, nos tempos mais recentes, com a seleção nacional. E a vitória

de Portugal ficava mais próxima. Podíamos perder, mas seria sempre com honra e a consciência do dever cumprido. De resto, e ainda a propósito da mesma matéria, falou-se muito de descentralização. A descentralização nada tem a ver especificamente com a EMA. Está relacionada com o nosso dia a dia. **Se o Governo quer pôr em prática a descentralização, deve e pode começar pelo próprio Governo**. Um ministério em Braga, outro em Setúbal. Uma Secretaria de Estado no Algarve outra no Porto. Uma Direcção-Geral em Vila Real outra em Coimbra. Uma Agência nacional na Guarda outra em Beja. E por aí fora.

Haja querer, coragem e boa vontade. Será que querem mesmo ou é tudo demagogia? É como reduzir o número de deputados da AR. Ou introduzir os sempre polémicos círculos eleitorais uninominais.

Mais uma questão polémica: **a medida de execução orçamental do Estado para 2017, publicada no Decreto-Lei 55/2017, que obriga os hospitais e centros de saúde a cortar pelo menos 35% nos gastos com a contratação**

externa de médicos e enfermeiros. A face visível da contrapartida da reposição do pagamento de horas extraordinárias a apenas 75% aos profissionais de saúde, que já está em vigor e que tem efeitos retroativos a 1 de abril. Medida implementada pelo ministro das Finanças e assumida pelo ministro da Saúde. Pelo menos inicialmente. Depois, após a posição crítica da OM e dos médicos, foi o que se viu.

O MS começou por dizer que a verba resultante deste corte, afinal seria para investir em contratação de profissionais de saúde para os quadros do SNS. Onde é que vão contratar os médicos adicionais em falta? Ao sector privado oferecendo melhores condições de trabalho? Resgatar os médicos portugueses que emigraram através de condições altamente concorrenciais? Falso como é fácil de constatar.

De resto, de acordo com o normativo publicado, os ministérios das Finanças e da Saúde vão criar uma comissão conjunta que, a cada trimestre, verificará se os gestores dos hospitais e dos centros de saúde estão a fazer os cortes. Na verdade implementa-se um policiamento para cumprir a execução orçamental a todo o custo. Sem qualquer preocupação com os doentes.

E quando o MS refere que vai abrir concursos para con-

A descentralização nada tem a ver especificamente com a EMA. Está relacionada com o nosso dia a dia. Se o Governo quer pôr em prática a descentralização, deve e pode começar pelo próprio Governo.

A Ordem dos Médicos não vai pactuar com este estado de desinvestimento e deterioração do nosso maior factor de coesão social: o SNS. E não vai hesitar em denunciar e responsabilizar os ministérios das Finanças e da Saúde, a todos os níveis, pelas consequências negativas que esta medida, somada ao desinvestimento no sector público da saúde, pode acarretar para a saúde dos doentes, nomeadamente em contexto dos serviços de urgência.

tratar mais médicos, não vai contratar médicos “de novo”: vai contratar basicamente os jovens especialistas que já trabalham no SNS, repondo os médicos que foram saindo do sistema.

Em alternativa, e como segunda opção pública numa fase mais avançada, foi anunciado pelo MS que afinal o corte não era igual para todos as unidades de saúde. Naquelas que tivessem mesmo dificuldades, a medida não se aplicava. Ora, assim está bem!

Mas, e citando a legislação publicada, «os atos de gestão que violem estas diretivas são nulos e passíveis de punição civil, financeira e disciplinar». “Cereja no topo do bolo”: **coação psicológica sobre os Conselhos de Administração**, que assim terão que assumir todas as responsabilidades! Perante a sociedade civil, pelos doentes que possam ser prejudicados. Perante o Governo, se não cumprirem as referidas diretivas. Uma “engenhoca” bem montada! Que o MS pode despenalizar em função das circunstâncias.

Ou seja, **uma coisa é a legislação, outra é a prática que o MS simpaticamente vai transmitindo para a comunidade social**. Consoante a direção e a força dos ventos circundantes.

Com este tipo de decisões (-35%) aumenta-se a pressão num SNS onde os seus profissionais estão em estado de exaustão e sem as condições de trabalho para exercerem as suas competências em pleno.

Uma vergonha nacional, num SNS depauperado, proposta pelo ministério das Finanças e aceite pelo MS. Sem qualquer preocupação com os doentes e com as pessoas que trabalham diariamente, em condições difíceis, para manter o SNS acima da “linha de água”.

Todos sabemos que faltam milhares de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde no SNS. É factual. Na teoria e na prática. Na teoria, a comparação entre os números da ACSS, dos padrões, das necessidades e das existências, é assustadora. Só no caso dos médicos faltam uns milhares. Na prática, todos os portugueses já o sabem.

Por exemplo, no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Amadora Sintra) faltam quase 100 médicos de várias especialidades. E o ministro da Saúde sabe disso. O ministro das Finanças

não sei. Está demasiado concentrado nos números e na execução orçamental. E não conhece os problemas das pessoas! Será que o MS ainda não entendeu que não é possível ter um SNS para todos os portugueses (mantendo o seu código genético consagrado na Constituição da República Portuguesa) tendo nos seus quadros cerca de 28000 médicos (dos quais 10000 são médicos em formação - internos do ano comum ou internos da especialidade)?

Será que ainda não entendeu que acabar com as empresas prestadoras de serviços médicos (medida positiva, urgente e sempre defendida pela OM) e os médicos tarefeiros (contratados diretamente) significa contratar para os quadros os médicos em falta no SNS?

Para quando a solução adequada para corrigir as graves insuficiências que existem actualmente em capital humano, estruturas físicas, equipamentos, dispositivos, materiais e medicamentos?

Até quando se vai continuar a permitir a degradação do Estado social como base estruturante da nossa democracia? Até quando vamos continuar todos a sofrer, doentes e profissionais de Saúde?

A Ordem dos Médicos não vai pactuar com este estado de desinvestimento e deterioração do nosso maior factor de coesão social: o SNS. E não vai hesitar em denunciar e responsabilizar os ministérios das Finanças e da Saúde, a todos os níveis, pelas consequências negativas que esta medida, somada ao desinvestimento no sector público da saúde, pode acarretar para a saúde dos doentes, nomeadamente em contexto dos serviços de urgência.

Miguel Guimarães

Já atualizou o seu email para receber a ROM digital?

Será a partir de agosto de 2017 que a revista passará a ser disponibilizada apenas através de um *link* enviado por *email*, para *download* no novo portal interactivo ou através de aplicação informática disponibilizada nos ambientes habituais. Recordamos que é essencial que os colegas mantenham os dados atualizados. **Atualize os seus dados, nomeadamente o endereço eletrónico, no formulário disponibilizado para esse efeito através do site nacional** (www.ordemdosmedicos.pt).

Quer receber a ROM em papel?

Os médicos que desejarem receber a revista em papel - **e que ainda não tenham respondido a esta solicitação** - têm que 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 - n.º 151, 1749 – 084 Lisboa

Ou por *email* para: 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"



Breve revista de Imprensa

Saúde Bastonário Miguel Guimarães diz que o sistema é válvula de escape de

Ordem vai propor que todos os médicos possam aderir à ADSE

Jornal Notícias

da Sofia Luz
carlaluz@ipj.pt

► A Ordem dos Médicos vai apresentar um "pedido formal" ao Ministério da Saúde, para que todos os clínicos possam aderir à ADSE. O sistema de proteção na doença dos funcionários públicos e reformados do Estado passou a ser um instituto público e prevê-se que, a partir deste verão, possa acolher novos beneficiários. O bastonário Miguel Guimarães quer que o instituto se abra a todos os médicos, mesmo aqueles que só trabalham no setor privado.



Diário de Notícias

Diário de Notícias

Mais de 166 mil escolheram o hospital para ter consulta

Libre acesso. Liberdade de escolha no SNS está a funcionar desde junho de 2016. Utentes estão a escolher unidades fora da área da residência nas especialidades com mais espera



Médicos pedem dos atestados para carta de

Jornal de Notícias

24 horas a enganar o cansaço e a tentar evitar o erro médico



Projeto "24 H de Saúde" decorre este fim de semana na Universidade do Minho.

COMPETIÇÃO Cerca de 80 profissionais de saúde, a maioria médicos e enfermeiros, vão ser submetidos a vários desafios, durante 24 horas, num exercício formativo que pretende reduzir o erro médico e também avaliar o impacto do stress e da exaustão em longas jornadas de trabalho. O projeto "24 H de Saúde", pioneiro no país, está a decorrer este fim de semana na Escola de Medicina da Universidade do Minho. Entre as 20 equipas há dirigentes das ordens dos Médicos, dos Enfermeiros, dos Nutricionistas de Hospitalar e de Medicina de Emergência e de Medicina de Família e Comunitária. Os participantes vão passar por situações de stress, de comunicação e de trabalho em equipa. O objetivo é avaliar o impacto do stress e da exaustão em longas jornadas de trabalho. O projeto "24 H de Saúde", pioneiro no país, está a decorrer este fim de semana na Escola de Medicina da Universidade do Minho.

CORREIO da manhã

DISCURSO DIRETO

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, sobre site Medicamento Certo

"PODE AFASTAR DOENTES DA CONSULTA MÉDICA"

CM - O site Medicamento Certo identifica cerca de 66 situações clínicas e prescreve medicamentos não sujeitos a receita médica. Não é perverso com



ca e não o princípio ativo. Não é aceitável. - A Ordem foi consultada? - Que eu saiba não, mas vou fazer a audiência com os criadores do site. Além disso, há

CORREIO da manhã

SAÚDE

Site inaceitável para consumo de remédios

O bastonário Miguel Guimarães, critica o site português Medicamento Certo e avisa que "vai afastar muito doentes da consulta médica". O site identifica 66 situações clínicas e, após o utilizador assinalar as queixas, prescreve remédios não sujeitos a receita médica. O bastonário considera que o site "precisa de ser testado porque quando diz 'medicamento não sujeito a receita médica' [fig. 51]"

Jornal de Notícias

Hospitais

NORTE O presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, António Araújo, afirmou que há "alguns hospitais da região que não têm dinheiro para comprar medicamentos". António Araújo não quis identificar as unidades de saúde em dificuldades de verbas desta forma. Araújo afirmou que há "alguns hospitais da região que não têm dinheiro para comprar medicamentos". António Araújo não quis identificar as unidades de saúde em dificuldades de verbas desta forma. Araújo afirmou que há "alguns hospitais da região que não têm dinheiro para comprar medicamentos". António Araújo não quis identificar as unidades de saúde em dificuldades de verbas desta forma.

Correio dos Açores

Atestados para cartas de condução passam a ser electrónicos

Médicos afirmam que vai ser difícil cumprir os requisitos legais nos centros de saúde

A partir de agora e desde ontem, os atestados médicos para as cartas de condução passam a ser emitidos por via electrónica, mas muitos médicos afirmam que vai ser difícil cumprir os requisitos legais nos centros de saúde. O Governo adiou de Abril para, 15 de Maio, a obrigatoriedade de emissão dos atestados médicos para as cartas de condução, adiando a validação das aplicações informáticas no sector privado e social, bem como para a criação de novos centros de avaliação de condutores. A Ordem dos Médicos tinha desafiado em Abril o Ministério da Saúde para que se criassem gabinetes onde se pode encontrar o equipamento médico" referido na orientação da Direcção-Geral da saúde como necessário para efectuar exames com vista ao atestado para a carta de condução. Martelo de reflexos, escala de astigmatismo e testes de visão.



Diário do Alentejo

Dia Mundial do Alzheimer comemora-se

Vinte e cinco milhões de famílias não têm a espera

Hoje, dia 19 de maio, comemora-se o Dia Mundial do Alzheimer. A Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar este ano assina a data na Madeira, sob o tema "Vencer o Alzheimer, adotar a esperança".



P os procurados. Mas as suas incapacidades para consideradas insuficientes para efeitos de reforma

“Até prova em contrário as juntas médicas funcionam correctamente”

Entrevista

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, admite que o Conselho Superior do Ministério Público – que ameaça impugnar judicialmente decisões de juntas médicas sobre o estado de saúde de procuradores – tenha razão num ou noutro caso. Contudo, lembra: “O Conselho Superior do Ministério Público pode e deve emitir uma opinião sobre a capacidade do magistrado para o exercício das suas funções, mas a verdade é que o atestado de incapacidade é passado por um médico. Ainda assim, diz que vai procurar a melhor como estão as coisas.”

Não há doentes de primeira e segunda categoria. Todas as profissões podem causar prejuízos à vida de outrem – os médicos, por exemplo, lidam com a vida das pessoas. Enfermeiros, arquitetos, engenheiros... todos podem colocar os outros em risco. Respeito ao que diz o Conselho Superior do Ministério Público, mas cada profissão tem a sua responsabilidade.

Os médicos respondem pelo que fazem em termos de responsabilidade civil, criminal e disciplinar. O Conselho Superior

do Ministério Público pode deve emitir uma opinião sobre a capacidade do magistrado para o exercício das suas funções. A verdade é que o atestado de incapacidade é passado por um médico.

Todos nós temos ao longo dos últimos anos notícias de professores obrigados a aulas, apesar de sofrerem de problemas cancerígenos, alguns dos quais em fase terminal. Não há nada de especial para resolver a situação das juntas médicas?

Vou informar-me sobre como estão a funcionar para perceber melhor o que se está a acontecer. Nem que seja só erro, é sempre o erro que condena em tribunal. Isso que as juntas médicas, que usamos para avaliar os médicos, e que têm competências especiais na área. Há doentes e podem causar prejuízos à vida de outrem. Há pessoas que não têm direito a um atestado de incapacidade assim.

“Não há doentes de primeira e segunda categoria. Todas as profissões podem causar prejuízos à vida de outrem”

Miguel Guimarães
Bastonário dos Médicos

de Notícias

NOVAS REGRAS

MÉDICOS
O Conselho Superior do Serviço Nacional de Saúde e o Conselho Superior do Ministério Público podem emitir o atestado de incapacidade para o exercício das funções dos médicos. Esse sistema transmissível automaticamente o relatório médico para o IMS, que viabiliza a emissão da carta.

CONDUTORES
Quem quiser tirar a carta, ou fazer a sua reavaliação, deve dirigir-se a um clínico – pode ser médico de família, particular ou aos centros de avaliação médica e psicológica. Um processo idêntico ao que se passava até agora.

podem adiamento dos eletrónicos de condução

sem verba para fármacos, diz Ordem

oito médicos em Beja

Medico de Familia hoje, sexta-feira

António Araújo denuncia dificuldades

Mobilidade em Beja, sem verba para fármacos, diz Ordem

António Araújo denuncia dificuldades

Mobilidade em Beja, sem verba para fármacos, diz Ordem

Diário de Notícias

Ordem investiga queixas ao serviço de otorrinolaringologia do Hospital de Santa Maria

MAGAZINE

António Araújo denuncia dificuldades

Mobilidade em Beja, sem verba para fármacos, diz Ordem

António Araújo denuncia dificuldades

Mobilidade em Beja, sem verba para fármacos, diz Ordem



CORREIO DA SAÚDE
Miguel Guimarães
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Condução desastrosa

A emissão de atestado para a carta de condução por via eletrónica é um exemplo de gestão inábil de quem tem o poder de decidir.

O ministério da Saúde (MS) reconheceu publicamente a necessidade de criar os Centros de Avaliação Médica e Psicológica (CAMP) e adiou a entrada em vigor da obrigatoriedade da emissão do referido atestado por via eletrónica.

Aceitou como válidas as propostas apresentadas. Assumiu que os médicos de família não deveriam ser os juizes dos seus próprios utentes. Que não faz parte do seu conteúdo funcional

É UM EXEMPLO INÁBIL DE QUEM TEM O PODER DE DECIDIR

o exercício de autoridade que pode destruir a relação de confiança médico-doente. Que as instalações e os equipamentos de que dispõem não são os adequados. Que o acesso aos pareceres necessários é complexo e demorado.

No dia em que os referidos atestados se tornaram obrigatórios por via eletrónica, os CAMP continuavam guardados na gaveta.

Mais uma situação lamentável que o MS deveria ter gerido de forma diferente. E que nos permite indicar aos nossos utentes o caminho dos CAMP através do MS. Uma vergonha evitável que demonstra a incapacidade do MS em respeitar as pessoas e as suas próprias instituições. E a “dificuldade” em assumir compromissos.



CORREIO DA SAÚDE
Miguel Guimarães
BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Saúde.35

Faltam milhares de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde no SNS. A medida de execução orçamental do Estado para 2017 que obriga os hospitais e centros de saúde a cortar pelo menos 35% nos gastos com a contratação externa de médicos e enfermeiros vai aumentar a pressão num SNS onde os seus profissionais estão em estado de exaustão e sem as condições de trabalho para exercerem as suas competências em pleno. Uma vergonha nacional. Sem qualquer preocupação com os doentes e pessoas que trabalham diariamente, em condições difíceis, para

ATÉ QUANDO SE VAI PERMITIR A DEGRADAÇÃO DO ESTADO SOCIAL?

manter o SNS acima da “linha de água”.

Para quando a solução adequada para corrigir as graves insuficiências que existem atualmente em capital humano, estruturas físicas, equipamentos, dispositivos, materiais e medicamentos? Será que o Ministério da Saúde ainda não entendeu que não é possível ter um SNS para todos os portugueses tendo nos seus quadros cerca de 27 000 médicos (sendo 9500 internos em formação)? Até quando se vai continuar a permitir a degradação do estado social? A Ordem dos Médicos não vai pactuar com este estado de desinvestimento do nosso maior fator de coesão social, o SNS. E vai defender os doentes no limite das suas competências. ●

Centros de Responsabilidade Integrada: uma proposta inaceitável

Divulgamos a posição que a Ordem dos Médicos transmitiu à ACSS sobre a proposta de Portaria relativa aos Centros de Responsabilidade Integrada, em que a qualifica como “inaceitável” apontando diversas insuficiências.

“Exma. Senhora Presidente do Conselho Diretivo da ACSS

Assunto: Análise da proposta de portaria sobre CRI’s.

Acusamos a recepção da proposta de portaria que define o regulamento interno dos serviços clínicos que se organizem em Centros de Responsabilidade Integrada no Serviço Nacional de Saúde, e cujo conteúdo mereceu a nossa melhor atenção.

Naturalmente que a análise desta proposta carece de ser enquadrada pelo respetivo regime jurídico ao qual, de resto, e nos termos do disposto no artigo 112º da Constituição da República Portuguesa, deve obediência.

Assim, e nos termos do recém-publicado Decreto-lei 18/2017, de 10 de fevereiro, que estabelece os princípios e as regras aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com natureza de entidade pública empresarial,

encontra-se estabelecido que, um dos objetivos da política de saúde ao nível organizativo, passa pela “...possibilidade de serem criados Centros de Responsabilidade Integrada com vista a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados” – cfr. preâmbulo do citado diploma.

Estes centros foram inicialmente criados como centros de responsabilidade e de custo de atividades homogêneas ou afins (cfr. Decreto-lei 19/88, de 21 de janeiro, regulamentado pelo Decreto Regulamentar 3/88, de 22 de janeiro) e só, posteriormente, evoluíram para centros de responsabilidade integrada (cfr. Decreto-lei 374/99, de 18 de setembro, e Lei 27/2002, de 8 de novembro), tendo como objetivo a melhoria da “...acessibilidade, a qualidade, a produtividade a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos respetivos recursos” – cfr. 3º do DL 374/99.

Deste modo, os Centros de Responsabilidade Integrada não constituem, e ao contrário do que uma leitura mais detentada do DL 18/2017 poderia inculcar, uma novidade organizativa.

De salientar que o DL 374/99 veio a ser revogado apenas em 2003, pelo artigo 42º n.º 1 do Decreto-lei 188/2003, que, no entanto, salvaguardou no seu n.º 2, a manutenção das estruturas criadas pelo DL 374/99 e que, por falta de dis-

posições legais que, entretanto, tenham sido publicadas, se continuou a considerar aplicável a tais estruturas.

O recém publicado Decreto-lei 18/2017 dedica apenas quatro artigos aos Centros de Responsabilidade Integrada, começando por definir o que são (artigo 9º), passando depois à sua organização interna (artigo 10º), funcionamento e princípios (artigo 11º), terminando com uma disposição relativa ao seu financiamento (artigo 12º), pelo que a maior parte das disposições necessárias ao funcionamento dos centros de responsabilidade integrada são agora e de acordo com a proposta de portaria, relegados para o nível regulamentar.

Sem prejuízo do que antecede e tendo em consideração o quadro normativo supracitado, cabe-nos, no entanto, dar nota de algumas das insuficiências da proposta de portaria submetida à consulta da Ordem dos Médicos e que, no nosso entender, a tornam, a todos os títulos inaceitável:

1 O desaparecimento do termo clínico e a ausência de qualquer referência aos conceitos de gestão ou governação clínica é inaceitável;

2 enquanto que o DL 374/99 previa a figura de Diretor (obrigatoriamente profissional médico e só, excepcionalmente, não médico – cfr. artigo 6º n.º 1 e artigo 8º DL 374/99) e um conselho consultivo, agora passa a prever-se um conselho de gestão constituído por um diretor, por um gestor/administrador e

por um qualquer outro profissional de saúde, sendo que o diretor não tem que ser médico, apesar de, manifestamente, exercer competências na área clínica; esta solução não pode ser por nós aceite, até porque os diplomas que regulam a carreira médica determinam que, no caso de equipas multidisciplinares, é ao médico que cabe a sua coordenação.

3 no domínio dos recursos financeiros, desaparece a referência à possibilidade dos Centros de Responsabilidade Integrada gerarem receitas próprias, como também desaparece a referência ao modelo de atribuição de custos; deixa de estar especificado o modelo de dotações orçamentais e é suprimida qualquer referência ao modo de afetação de desvios positivos; para além de uma parca referência constante do artigo 18.º da proposta, desaparece a referência a sistemas de incentivos, bem como qual o sistema remuneratório a aplicar;

4 É aplicado o regime de exclusividade de funções aos elementos da equipa multidisciplinar, mas a proposta de portaria abre a possibilidade de 20% dos elementos de cada grupo não a terem, solução esta que se releva complexa e potenciadora de focos de conflitos entre profissionais; acresce que, para aqueles elementos a quem não seja dada a possibilidade de acumulação de funções, não se encontra prevista qualquer forma de compensação remuneratória;

5 Relativamente ao artigo 6.º, importa atentar na redação dada à alínea g), de acordo com a qual compete ao conselho de gestão do CRI garantir a qualidade dos registos e da comunicação relativa às diversas facetas da atividade do serviço e em particular ao processo clínico.

6 Ora, em conformidade com o artigo 5.º, n.º 2 da Lei 12/2005, entende-se por «processo clínico» qualquer registo, informatizado ou não, que contenha informação de saúde sobre doentes ou seus familiares.

7 Atenta a definição legal de processo clínico considera-se que esta alínea g) carece de clarificação.

8 Acresce que, de acordo com o n.º 5 deste mesmo artigo 5.º da Lei 12/2005

“O processo clínico só pode ser consultado por médico incumbido da realização de prestações de saúde a favor da pessoa a que respeita ou, sob a supervisão daquele, por outro profissional de saúde obrigado a sigilo e na medida do estritamente necessário à realização das mesmas, sem prejuízo da investigação epidemiológica, clínica ou genética que possa ser feita sobre os mesmos, ressalvando-se o que fica definido no artigo 16.º”.

9 Ou seja, parece-nos que, se o que se pretende é garantir a qualidade dos registos clínicos no processo clínico, será sempre necessário ter em atenção que o acesso ao processo clínico por parte do conselho de gestão com intuítos meramente avaliadores da sua qualidade, poderá violar a indicada Lei, já que nenhuma exceção consta do Decreto-Lei 18/2017 sobre esta matéria.

10 Caso neste regulamento se entenda que o processo clínico tem um significado diferente daquele que a lei lhe atribui, então será de usar uma expressão distinta e que não seja suscetível de confusão.

11 No que concerne ao artigo 7.º as reservas que temos são, em tudo idênticas às que vêm de ser expressas sobre o artigo 6.º; estatuidando-se que compete ao diretor do conselho de gestão do Centro de Responsabilidade Integrada responsabilizar-se pela qualidade do processo clínico, em todas as situações em que aquele seja um profissional não médico, dificilmente se poderá aceitar que a qualidade de um processo clínico seja avaliada por quem não o é;

12 Relativamente ao artigo 8.º, consideramos igualmente inaceitável que, na alínea h)-i. não seja efetuada qualquer menção à observância das normas clínicas da Ordem dos Médicos;

13 Quanto ao artigo 12.º deverá prever-se expressamente que o gozo de licença parental, em qualquer das suas modalidades, permite a substituição do elemento da equipa por outro profissional (e, sendo necessário, a celebração de contrato a termo resolutivo);

14 Por outro lado, assinala-se que em nenhum lado está prevista a forma de acordo com a qual os profissionais in-

tegram estes centros, sendo que deverá estabelecer-se um processo de seleção que respeite os princípios da igualdade e transparência;

15 O artigo 13.º deverá determinar que a coordenação das equipas multidisciplinares cabe a um médico, sem prejuízo da coordenação e supervisão que cabe ao conselho de gestão;

16 Quanto ao artigo 15.º dever-se-á prever que a exclusão de um elemento da equipa apenas é possível após um processo no qual seja garantido o direito de audiência e de defesa do elemento a excluir;

17 Por último importa dizer que embora as entidades públicas empresariais sejam, maioritariamente, hospitais, a verdade é que também existem unidades locais de saúde que revestem aquela natureza jurídica. Consequentemente, os Centros de Responsabilidade Integrada podem ser criados em qualquer destas entidades, nada obstando a que se apliquem a “centros de saúde” integrados nas ULSs. Deste modo, consideramos que devem ser excluídas do regulamento todas as menções que estão feitas a hospitais.”

Em defesa dos doentes

Em face da polémica causada pelas declarações públicas do médico Manuel Pinto Coelho (MPC) a vários órgãos de comunicação social e à revolta e desconforto que se instalou na comunidade médica, o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos entendeu esclarecer a sociedade civil com a nota que se segue.

1. A prática da Medicina obedece a princípios e valores sustentados no conhecimento científico, que devem respeitar as boas práticas médicas (muitas vezes designadas por estado da arte).
2. Os médicos, no exercício da sua profissão, têm o dever de respeitar o código deontológico e a ética médica nas suas múltiplas dimensões.
3. A Medicina sem evidência científica constitui um perigo para os doentes e para a saúde pública.
4. A publicidade enganosa constitui uma prática condenável e motivo para sanções disciplinares por parte dos órgãos competentes.
5. O Dr. MPC nas suas intervenções na comunicação social fez afirmações potencialmente graves para a saúde dos doentes e para a saúde pública.
6. O Prof. António Vaz Carneiro, em resposta às afirmações abusivas e cientificamente incorrectas do Dr. MPC, fez a defesa da qualidade da Medicina com base na ciência clínica experimental (estudos científicos), dando um enorme contributo público para a defesa da saúde das pessoas.
7. A Ordem dos Médicos já remeteu, quer agora quer no passado, para avaliação disciplinar as várias afirmações e comportamentos polémicos produzidas pelo Dr. MPC em diferentes contextos.
8. A Ordem dos Médicos discorda frontalmente com várias das afirmações produzidas pelo Dr. MPC, que podem constituir um atentado à saúde dos doentes e da comunidade.
9. A Ordem dos Médicos, em colaboração com as várias Sociedades Médicas Científicas, irá publicar, a curto prazo, os esclarecimentos técnicos essenciais no sentido de informar e esclarecer a população em geral.

O Conselho Nacional da Ordem dos Médicos

O Bastonário da Ordem dos Médicos

Lisboa, 7 de Junho de 2017

Ordem dos Médicos na zona da catástrofe: médicos mobilizam-se para apoiar populações afetadas

Na sequência do incêndio em Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos e Castanheira de Pêra, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, deslocou-se, no dia 19 de junho, ao Comando Operacional da Autoridade Nacional da Proteção Civil e aos centros de saúde da região do Pinhal Interior, das zonas mais afetadas por esta catástrofe, para transmitir uma mensagem de solidariedade à população e de incentivo, admiração e apoio aos profissionais de saúde que se encontram no terreno. Com esta visita, na qual o bastonário foi acompanhado pelo presidente do Conselho Regional do Centro, Carlos Cortes, e pelo presidente da Sub-Região de Leiria, Rui Passadouro, os dirigentes da Ordem dos Médicos (OM) quiseram avaliar de perto as condições em que está a ser desenvolvido o trabalho dos colegas e perceber as necessidades e dificuldades que sentem na sua tentativa de melhor servir a população. Em face dos acontecimentos dramáticos ocorridos, a OM colocou todos os seus meios à disposição para apoiar e ajudar o Governo e restantes entidades oficiais no que for necessário. "A OM apresenta as suas sentidas condolências às famílias das vítimas do incêndio e manifesta a sua total solidariedade neste momento de profunda dor. Este é o momento de unir a sociedade civil em torno de um objetivo nacional: resgatar a vida das pessoas e salvaguardar a dignidade e humanidade de todos aqueles que estão em sofrimento". Sublinhando que, 24 horas depois de ter feito um apelo aos colegas, além dos profissionais que se encontram no terreno, já são mais de uma centena os médicos que demonstraram total disponibilidade para colaborar numa missão complexa de solidariedade nacional, Miguel Guimarães deixou palavras de agradecimento a todos os profissionais, de diferentes áreas, que prontamente acorreram para ajudar a minorar o sofrimento das populações afetadas: "A todos aqueles que já deram o seu contributo a diferentes níveis o nosso muito obrigado."

ENTREVISTA

Miguel Guimarães

Bastonário da Ordem dos Médicos

Texto e fotos: Paula Fortunato

Falta coragem política para avançar com as reformas necessárias

Numa visão pessimista quanto a um presente em que o SNS está a ser descaracterizado pela falta de investimento e de reformas consequentes e pela desumanização da relação médico-doente, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, garante que a Ordem está atenta e que tudo fará para impedir que os doentes fiquem completamente desprotegidos, os médicos exaustos e desmotivados e que os mais qualificados continuem a emigrar. Afirmando que “a política de saúde dos sucessivos governos tem sido desastrosa”, Miguel Guimarães não encontra diferenças num Ministério que parece ter “duas velocidades e duas intenções”, não sendo nenhuma delas a de garantir a segurança clínica de doentes e médicos ou a qualidade dos cuidados e da formação. O representante máximo da Ordem dos médicos não tem dúvidas: é urgente uma mudança nas políticas de saúde – “o que parece cada vez mais difícil com este Ministério” – ou poderemos hipotecar irremediavelmente a qualidade da Medicina que praticamos. Para um futuro em que possamos percorrer um caminho positivo, o bastonário da Ordem dos Médicos acredita que é preciso valorizar o trabalho dos mais jovens e que o *Health Parliament Portugal* (HPP) é um bom exemplo e “um sinal de esperança”. A OM vai convidar os médicos do HPP a colaborar num gabinete de estudos sobre ‘o presente e o futuro dos jovens médicos’, com a intenção de produzir recomendações práticas.



José Miguel Ribeiro de Castro Guimarães, licenciou-se em Medicina e Cirurgia na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em 1987. Iniciou o Internato Complementar de Urologia em 1990, no Hospital de São João, obtendo o título de especialista em 1997, com 19,1 valores no exame final. Nesse mesmo ano classificou-se em 1º lugar no concurso para Assistente Hospitalar de Urologia do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo. Dois anos depois, foi promovido a Director de Serviço do HSL, função que exerceu até 2005. Regressou ao HSJ, após ter sido primeiro classificado num concurso público, sendo nesta instituição que exerce a sua principal actividade clínica, como Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Urologia. Integra a equipa de transplantação do HSJ desde 1994. Organizou dezenas de reuniões científicas e profissionais. Tem diversos trabalhos científicos publicados e apresentados que foram alvo de distinções e prémios. Foi investigador principal e co-investigador em mais de 25 estudos de investigação clínica nas áreas da hiperplasia benigna da próstata, bexiga hiperactiva, disfunção eréctil e carcinoma da próstata. Obteve a Competência em Gestão dos Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos em 2005. Foi vice-presidente da Associação de Estudantes da FMUP, membro fundador e vice-presidente da Associação Nacional de Jovens Médicos e presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Miguel Guimarães é o atual bastonário da Ordem dos Médicos.

Ministério da Saúde. SNS. Reformas.

Revista da Ordem dos Médicos - Com um médico como Ministro da Saúde esperava ter que estar a discutir questões básicas da relação médico/doente como, por exemplo, a definição de tempos padrão para as consultas?

Miguel Guimarães - Não obstante entender que o Ministro da Saúde, médico ou não médico, deve ser o responsável por todos os profissionais de saúde, seja no sector público, privado ou social, a verdade é que sendo médico tinha a obrigação de conhecer melhor a essência da Medicina e as suas atuais limitações e dificuldades. O que não parece ser o caso. A relação médico-doente é um bom exemplo: é inaceitável que se continue a

promover a deterioração desta relação, seja através da excessiva informatização disfuncional seja através das variadas manobras utilizadas para sobrecarregar os médicos nos hospitais e centros de saúde. A burocratização alarmante, a vários níveis, do trabalho médico, está a contribuir para prejudicar de forma clara a relação médico-doente com prejuízo para os doentes e para os médicos. De facto, é inaceitável que as consultas estejam a ser marcadas em tempos muito reduzidos. Por isso, e porque o Ministro da Saúde não parece motivado para devolver aos doentes e aos médicos a dignidade do ato médico, a Ordem dos Médicos (OM), tal como já anunciado, vai avançar com a definição dos tempos padrão para as consultas, estabelecendo por especialidade os tempos adequados (mínimos) de marcação das mesmas. A regulação das boas práticas médicas – que começam na relação médico-doente – é uma função da Ordem. Deixe-me também acrescentar que não consigo entender a atitude do Ministro relativamente ao enquadramento legal e respeito pelo ato médico. É absurdo que o principal responsável político pela Saúde em Portugal continue a deixar os doentes completamente desprotegidos, não tendo qualquer preocupação pela usurpação de funções, pela publicidade enganosa e pela promoção de práticas sem evidência científica. De resto, e para encerrar esta questão, não posso deixar de afirmar que se os nossos governantes tivessem o mesmo nível de preparação que têm os médicos especialistas, na sua respetiva área, o país estaria seguramente muito melhor.

ROM - Existe real abertura por parte do Ministério da Saúde para o diálogo?

MG - Abertura para o diálogo tem existido, mas tem sido in-consequente. A sensação que tenho neste momento é que o Ministério funciona a duas velocidades e com duas intenções diferentes. Infelizmente, a OM terá que se precaver na relação com o Ministério da Saúde e terá que promover também outro tipo de caminhos.

O tempo, tal como na relação médico-doente, vai-se esgotando.

ROM - **Com um subfinanciamento que tem vários anos, acha que a decadência do SNS pode tornar-se irreversível?**

MG - O subfinanciamento crónico da Saúde (através do Orçamento de Estado) está a descaracterizar o código genético do SNS e a promover uma diminuição da qualidade em todo o sistema nacional de saúde. A consequência direta deste subfinanciamento, associado à falta de planeamento e organização, está à vista de todos: a Saúde está cada vez mais concentrada nos grandes hospitais públicos e privados, as regiões e áreas mais desfavorecidas estão cada vez mais carenciadas e o número de médicos que opta por trabalhar apenas no sector privado ou emigrar é cada vez maior. E esta situação está a descaracterizar o SNS, com perda muito significativa da capacidade de inovação e de acompanhar o desenvolvimento da nova medicina. O SNS está cada vez mais envelhecido e com uma deficiência marcada de capital humano e está cada vez mais perto de ficar gravemente descaracterizado.

ROM - **Enquanto isso, nos hospitais, e especificamente nos serviços de urgência, mas também nos cuidados de saúde primários, as reformas não avançam...**

MG - Basicamente as reformas não avançam por três razões: falta de ideias inovadoras e agregadoras que permitam um debate sério e abrangente, falta de coragem política para avançar com as reformas necessárias e falta de financiamento para avançar ou continuar (no caso dos cuidados de saúde primários) um plano de reformas estruturais e funcionais. Não é possível reformar em benefício dos doentes sem investimento.

...Se os nossos governantes tivessem o mesmo nível de preparação que têm os médicos especialistas, na sua respetiva área, o país estaria seguramente muito melhor.

ROM - **O ano passado foram gastos 400 milhões de euros em exames contratualizados fora do SNS por falta de capacidade interna para os fazer. Como é que se podem reduzir tempos de espera nos meios complementares de diagnóstico se o SNS continua a ter equipamentos obsoletos e uma generalizada falta de recursos humanos?**

MG - A resposta à sua pergunta é óbvia: não é possível. A redução dos tempos de espera para MCDT, internalizando os mesmos no SNS, só é possível investindo em equipamentos, dispositivos médicos e materiais clínicos, e contratando os milhares de profissionais em falta no SNS. A

alternativa que o Ministério propôs, assumindo que não tem capacidade económica para resolver as graves deficiências e insuficiências do SNS, foi gastar uma parte dos cerca de 400 milhões de euros em programas de produção acrescida na área das consultas e MCDT, de forma semelhante à produção acrescida que já existe há vários anos para as cirurgias. É uma opção que poderá transitoriamente resolver alguns problemas em áreas mais carenciadas, mas não resolve o problema de base. De resto, esta medida poderá ter efeitos perversos e inesperados no sistema nacional de saúde.

Relação médico-doente. Humanização. Burnout.

ROM - **Sabendo que o burnout na profissão médica é uma realidade alarmante e sabendo que o cansaço e o esgotamento potenciam o erro, o facto do Ministério da Saúde propor pagar um pouco mais aos médicos que aceitem fazer (mais) horas extraordinárias será um comportamento ético ou estará a pôr em risco a segurança dos doentes?**

MG - Boa questão! A solução, como todos os estudos nacionais e internacionais apontam, consiste em tratar as pessoas com respeito e dignidade, remunerar os médicos de acordo com o nível de responsabilidade que têm na sociedade civil e contratar o capital humano necessário ao normal funcionamento do SNS, reduzindo drasticamente a necessidade de horas extraordinárias. Desta forma, aumentamos a segurança clínica de doentes e médicos, reduzindo consequentemente a probabilidade de erro e os sinais e sintomas de *burnout*.

ROM - **A tutela propôs pagar aos médicos pelas consultas extra entre 12 e 19 euros. O princípio é positivo mas o valor é irrisório. Já a Linha Saúde 24, por cada chamada atendida com base num algoritmo, pagará cerca de 16 euros à empresa que explora este serviço. Que comentários lhe suscita esta comparação?**

MG - Mais uma vez voltamos ao mesmo. Desvalorizar a relação médico-doente atribuindo-lhe um papel secundário no núcleo central da Saúde. Por outro lado, valoriza de forma significativa um serviço à distância (que nem sequer é feito por médicos) que servirá apenas para orientar os potenciais doentes. Uma matéria que demonstra os interesses do Ministério da Saúde, em completa rotura com a humanização dos cuidados de saúde e os interesses dos doentes. Uma questão a merecer da parte da Ordem dos Médicos uma atenção redobrada.

ROM - **A visão da tutela centra a Saúde nas finanças ou coloca "o doente no centro da decisão"?**

MG - Tal como no mandato do anterior Ministro, a tutela

continua a centrar a Saúde nas finanças e não no doente como deveria ser. Centrar a Saúde no doente significa dar informação fidedigna e auditável ao doente para que possa ter capacidade de decisão sobre o seu percurso na Saúde. E, para isso, é essencial que todas as unidades de saúde (públicas, privadas ou sociais) divulguem regularmente as suas capacidades em capital humano, técnicas, equipamentos, dispositivos e materiais, as suas insuficiências e deficiências, os seus resultados em termos de eficácia de diagnóstico, tratamento e complicações, e, adicionalmente, é também importante que o doente partilhe a sua decisão com o seu médico. De resto, a figura do gestor do doente deve ser centrada no médico de família e/ou no médico de medicina interna (conforme as circunstâncias).

ROM - O que é que falta na relação médico/doente?

MG - Falta tempo e comunicação: sem tempo é difícil manter uma comunicação eficaz. É preciso tempo para olhar e escutar o doente, para fazer a história clínica e o exame físico, para utilizar o sistema e as aplicações informáticas, esclarecer dúvidas quando existem, partilhar com o doente a nossa avaliação e explicar-lhe devidamente o que lhe vamos ou não fazer. Em suma temos a obrigação de defender a humanização da relação médico-doente.

ROM - O que é que está a faltar para que as tecnologias de informação estejam de facto ao serviço do sistema de saúde, dos profissionais e, sobretudo, dos melhores interesses do doente?

MG - As tecnologias de informação deveriam ser desenvolvidas e aplicadas para melhorar e facilitar a relação médico-doente e aumentar a segurança clínica a todos os níveis. Infelizmente, o excesso de procedimentos informáticos e burocráticos por um lado e a falta de integração das múltiplas aplicações informáticas por outro, têm conduzido a verdadeiras “dores de cabeça” para os médicos e para os doentes, com prejuízo evidente da essência do ato médico. É verdade que a existência de informação armazenada nos ficheiros clínicos informáticos dos doentes constituiu uma mais valia para o exercício da Medicina. Mas também é verdade que o tempo excessivo que é necessário para navegar entre as várias aplicações informáticas, com disfuncionalidades frequentes, computadores e sistemas obsoletos, não contribui para melhorar a qualidade do ato médico. Adicionalmente, no que diz respeito à proteção de dados pessoais, a estrutura e funcionamento atuais dos sistemas informáticos não garantem a confidencialidade e segurança das informações clínicas, o que tem implicações éticas e deontológicas no exercício da nossa profissão. Pelos motivos expostos, a Ordem dos Médicos vai fazer um relatório, com uma avaliação global dos sistemas informáticos e respectivas aplicações, que irá ser apresentado ao Ministro da Saúde, à Comissão Nacional de Proteção de Dados e divulgado publicamente.

Qualidade e formação. Política de Saúde. Investimento.

ROM - Como analisa o papel da OM na defesa da qualidade?

MG - A OM defende a qualidade da medicina através da qualidade da formação médica (nomeadamente a formação médica especializada) e zelando pelas boas práticas médicas no respeito pela ética e deontologia da profissão. Nesta medida o papel da Ordem tem contribuído para formar especialistas de elevada qualidade (que são disputados a nível internacional) e para condenar as más práticas e violações da ética e deontologia. Por outro lado, a Ordem, em colaboração com as sociedades e associações científicas, tem participado na elaboração de recomendações clínicas, e vai iniciar o processo de implementação e monitorização da formação médica contínua integrada com a Carreira Médica. Adicionalmente, vamos implementar processos e procedimentos de auditoria e acreditação de serviços e eventos científicos.

No entanto, a defesa da qualidade tem agora outras dimensões: a dimensão iminente da usurpação de funções, da publicidade enganosa e das terapêuticas sem evidência científica. Uma matéria mais abrangente, na qual a Ordem deve ter um papel ativo na denúncia às autoridades competentes (Ministério Público, Ministério da Saúde, IGAS e ERS) e na denúncia pública.

ROM - Não seria lógico enquadrar a análise da formação em Medicina em termos de economia do conhecimento e de escassez de recursos, planeando melhor o número de vagas e, conseqüentemente, os recursos humanos futuros?

MG - O planeamento e a organização constituem pedras basilares na construção do edifício da qualidade da forma-

“É essencial que todas as unidades de saúde (públicas, privadas ou sociais) divulguem regularmente as suas capacidades (...), as suas insuficiências e deficiências, os seus resultados em termos de eficácia de diagnóstico, tratamento e complicações.



O SNS está cada vez mais envelhecido e com uma deficiência marcada de capital humano e está cada vez mais perto de ficar gravemente descaracterizado.

ção e das necessidades previsionais de médicos. Todos os estudos universitários realizados até ao momento indicam que Portugal necessita de formar entre 1200 e 1300 médicos por ano. As nossas capacidades formativas pré e pós-graduadas permitem ir mais além (cerca de 1400 a 1500 médicos por ano). As escolas médicas portuguesas estão a formar cerca de 1800 estudantes de medicina por ano, um número que não respeita a qualidade da formação clínica pré-graduada. A que acresce um número variável de médicos formados fora do país e que regressam a Portugal para fazerem a especialidade. Isto significa que neste momento estamos claramente a formar médicos a mais, e que alguns dos médicos não vão conseguir prosseguir para a formação especializada. Esta situação está a criar um contingente de médicos sem especialidade (indiferenciados) que vai crescendo de ano para ano. Uma situação que é urgente inverter, centrando a formação pré-graduada na qualidade clínica. Infelizmente, o Governo ainda não entendeu que esta matéria pode ser uma caixa de pandora e ter consequências negativas para todas as pessoas envolvidas e para o país.

ROM - Sabendo que o Estado paga por cada estudante cerca de 14 mil euros/ano, valor ao qual acresce o investimento das famílias em propinas e material de estudo, e tendo em conta que em 2016 houve um aumento de 30% nos pedidos de “certificados de good standing”, essenciais para os médicos que querem emigrar, como analisa a política de saúde dos sucessivos governos?

MG - Nesta matéria a política de saúde dos sucessivos governos tem sido desastrosa. Diria até que não tem existido uma verdadeira política de saúde, mas sim um política eleitoralista. É lamentável investir milhões de euros em formação altamente diferenciada para depois a desperdiçar de forma ingloria e patética. É uma característica típica dos países latinos - a falta de organização e planeamento -, a que acresce em Portugal a falta de capacidade concorrencial. É bonito estar na Europa de portas abertas, sem fronteiras, com a mesma moeda, partilhando os mesmos princípios e valores, usufruindo das novas tecnologias e meios (*internet*, redes sociais, língua inglesa, viagens *low cost*...), mas é preciso ter “pedalada” para concorrer. Caso contrário perdem-se os nossos melhores valores e a capacidade de inovação, determinantes para acompanhar o desenvolvimento da nova Medicina.

ROM - Se essa “política eleitoralista” não mudar, concorda que o SNS vai perder os melhores profissionais e que iremos ver agravar-se a assimetria na medicina que se pratica no litoral e nas zonas mais periféricas?

MG - Já está a acontecer... Nos últimos anos, milhares de médicos optaram por trabalhar apenas no sector privado ou por emigrar. E quase sempre pelos mesmos motivos: mais respeito e dignidade e melhores condições de trabalho. E as zonas mais periféricas acompanham esta tendência, estando cada vez mais carenciadas. É urgente uma mudança nas políticas de saúde, o que parece cada vez mais difícil com este Ministério...

ROM - Excesso de estudantes de medicina para as vagas formativas de que dispomos, previsão de aumento do número de médicos indiferenciados, dificuldade em fixar os jovens especialistas nos locais e instituições mais carenciados, desrespeito pelas carreiras com subvalorização dos especialistas mais qualificados, diminuição do número de tutores no SNS... Estaremos a hipotecar o futuro e a qualidade da medicina em Portugal?

MG - A sua pergunta tem em si mesmo a resposta. Uma boa resposta. Estamos a hipotecar o futuro e a qualidade da medicina num círculo vicioso, em que temos cada vez mais médicos e menos capacidade de formação (faltam milhares de especialistas no SNS). Considerando todo o SNS temos neste momento uma relação de dois especialistas por cada interno. É preciso quebrar com este círculo vicioso. Caso contrário o nosso SNS, como disse anteriormente, perde definitivamente as suas características genéticas.

É urgente uma mudança nas políticas de saúde, o que parece cada vez mais difícil com este Ministério...

ROM - De que forma é que a tutela poderia garantir que os prestadores privados contribuíssem mais para a formação de internos?

MG - Boa pergunta para colocar ao Ministro da Saúde. De facto, os hospitais privados estão cada vez melhor preparados para poderem a sua participação na formação de internos. Alguns hospitais já dispõem de corpo clínico próprio organizado em serviços e capacitados para formar médicos especialistas. É essencial criar as condições necessárias para estender a Carreira Médica à medicina privada. A tutela, se quer contribuir para aumentar as capacidades formativas, tem que participar de forma diferente e investir no processo.

ROM - Fomentar um clima propício à investigação clínica – reduzindo, por exemplo, a burocracia dos processos – pode ser gerador de valor para a economia, quer reduzindo custos, quer criando oportunidades de negócio. Porque razão o investimento em Saúde, nomeadamente na investigação, continua a ser encarado como um custo?

MG - Porque para o nosso Governo o investimento é sempre considerado um custo. A visão neste campo é sempre imediata e redutora, nunca a médio ou longo prazo. Por isso é que é difícil fazer verdadeiras reformas. O investimento em investigação deveria ser obrigatório a vários níveis: incluindo tempo real para investigação durante a formação e na atividade clínica assistencial, facilitando o acesso a investigação clínica, promovendo programas para formação de investigadores, desenvolvendo as condições necessárias para ser o próprio Estado a criar linhas de investigação ao mais alto nível, potencialmente geradoras de resultados com impacto significativo na prática clínica.

Eutanásia. Testamento vital. Saúde Mental.

ROM - A sociedade civil e política estão a discutir a questão da eventual legalização da eutanásia. Não concorda que há questões fundamentais que deviam ser resolvidas antes sequer de pensar nessa matéria, nomeadamente a redução de barreiras a determinado tipo de cuidados?

MG -Essa tem sido a posição que tenho defendido. A eutanásia é um tema complexo e fraturante que se encontra

legalizada em poucos países. Para além disso não é considerada um ato médico. De qualquer forma, os doentes, e concretamente aqueles que estão em fim de vida, têm a possibilidade de decidir o que querem fazer, através do consentimento informado. E deveriam ter acesso a cuidados paliativos de qualidade (que neste momento só estão disponíveis para cerca de 15% dos casos). Além disso, existe o testamento vital como um conjunto de diretivas antecipadas de vontade, que permitem a qualquer pessoa poder decidir aquilo que não quer, se não se encontrar em condições de poder tomar a decisão. Finalmente, a Ordem dos Médicos vai empenhar-se em promover iniciativas e recomendações que permitam combater a distanásia.

ROM - Eutanásia e suicídio assistido também são questões fraturantes para a classe médica... Qual a resposta da Ordem a quem defende que a ética médica deve evoluir?

MG - A eutanásia e o suicídio assistido entram em conflito com o código deontológico da OM e com todas as recomendações éticas existentes a nível nacional e internacional. A despenalização da eutanásia não obriga a OM a alterar os seus princípios éticos e deontológicos. O que acontece é que no caso de um médico praticar a eutanásia fica despenalizado disciplinarmente. A evolução da ética médica irá acompanhar a evolução da Nova Medicina mas não a das novas tendências políticas.

ROM - Falta formação nas diretivas antecipadas de vontade (testamento vital). Acha que a falta de adesão se deve ao desconhecimento?

MG - Claramente ao desconhecimento e a “falta de tempo”. O testamento vital constituiu uma conquista importante da “carta” dos nossos direitos, liberdades e garantias, mas poucas pessoas aderiram às diretivas antecipadas de vontade. De facto, é fundamental desenvolver uma campanha educativa sobre o testamento vital para que as pessoas o possam conhecer e em consciência decidir se o querem fazer.

Health Parliament Portugal. Os jovens.

ROM – Sendo a única área especificamente abordada por uma comissão do HPP, a Saúde Mental é muitas vezes negligenciada. No entanto, a depressão é a primeira causa de incapacidade nos países desenvolvidos...

MG - Estou inteiramente de acordo consigo. Na realidade a Saúde Mental tem sido uma área esquecida nas políticas de saúde. Só lembrada em circunstâncias especiais. O Governo não tem tido a arte nem o engenho de apostar fortemente numa reforma da Saúde Mental que permita

preparar as pessoas para o grande desafio do presente e, sobretudo, dos anos vindouros.

ROM - Considera que o Health Parliament Portugal pode contribuir para uma reflexão que se traduza em medidas práticas para a melhoria do sistema de saúde português?

MG - Tenho a certeza que a qualidade elevada e a diversidade das pessoas que constituem o Health Parliament Portugal, garante um conjunto de documentos que irão servir de base a uma reflexão profunda sobre algumas medidas que possam introduzir um factor de melhoria no nosso sistema de saúde. E do que fui tendo conhecimento existe um conjunto de medidas práticas importantes.

ROM - Em que medida é que os médicos mais jovens podem contar com a Ordem dos Médicos?

MG - Os médicos mais jovens podem contar sempre com o apoio da Ordem dos Médicos para se fazerem ouvir, tal como já aconteceu em diversas circunstâncias. Permita-me, no entanto, lembrar que a grande maioria dos jovens que constituem o HPP não são médicos. Os médicos que participaram nesta nobre iniciativa vão ser convidados pelo bastonário da OM para participarem num grupo de debate alargado centrado num gabinete de estudos sobre "o presente e o futuro dos jovens médicos". Com a intenção de produzir fortes recomendações ao poder político.

ROM - Uma mensagem para esses jovens que escolheram dedicar parte do seu tempo a procurar melhores caminhos para a Saúde em Portugal...

MG - Muito obrigado por terem aceite um desafio de dimensão nacional num momento crítico em que Portugal está a perder uma parte significativa da sua capacidade de inovação e de enfrentar o futuro com optimismo. A emigração em massa de jovens valores constitui a ameaça maior à nossa capacidade de resposta num momento de crise. A vossa participação e interesse coloca um novo desafio aos responsáveis políticos, o de encontrar um caminho positivo para a reconstrução de uma nova vida para o país, de base independente, crítica e informada. Um sinal de esperança em que todos temos que acreditar, com os nossos melhores valores, os jovens.

A emigração em massa de jovens valores constitui a ameaça maior à nossa capacidade de resposta num momento de crise.



HEALTH PARLIAMENT
PORTUGAL

Pensar, participar e mudar a Saúde

A Saúde pensa-se cedo – foi com esse mote que nasceu o Health Parliament Portugal, um parlamento totalmente dedicado a essa área fundamental que reúne 60 jovens, entre os 21 e os 40 anos, com a ambição de promover mudanças e (re)desenhar o futuro da Saúde no nosso país. O doente no centro da decisão, questões éticas, Saúde Mental, barreiras aos cuidados de saúde, tecnologias de informação em Saúde e economia do conhecimento foram os temas alvo de intervenção neste parlamento. As recomendações dos seis grupos de trabalho já foram apresentadas realçando-se alguns consensos transversais a todas as comissões: Portugal não é, neste momento, um ecossistema favorável nem à eficiência, nem à inovação, nem ao investimento. É preciso criar condições para a melhoria da literacia e da capacitação a vários níveis, mas também da tecnologia e sistemas de informação, com sistemas mais integrados, processos menos burocráticos, maior investimento público e maior captação de investimento privado, com análise e divulgação de resultados baseados no valor para o doente.

A iniciativa original de um parlamento inteiramente dedicado às questões de Saúde surgiu no âmbito do Parlamento Europeu, em novembro de 2014, com a criação do European Health Parliament. Seguiu-se o Reino Unido com a primeira sessão plenária do Youth Health Parliament a acontecer em Março de 2016 e apresentação das respetivas recomendações em

dezembro passado. Em Portugal, esta iniciativa - realizada em parceria entre a Janssen, companhia farmacêutica do grupo Johnson&Johnson, o jornal Expresso, a Microsoft e a Universidade Nova de Lisboa – começou a ser desenhada em 2016, com a abertura de candidaturas e o primeiro plenário aconteceu no dia 28 de janeiro deste ano.

Seis temas foram objeto de análise do Health Parliament Portugal:

- O doente no centro da decisão: que impacto sobre os profissionais e cuidados de saúde?
- Ética: o que espera a sociedade dos cuidados de Saúde?
- Saúde Mental: de parente pobre a investimento com retorno?
- Barreiras aos cuidados de Saúde: que desafios demográficos, realidades locais e futuras respostas?
- Tecnologias de informação em Saúde: que promessa tecnológica e desafios sociais?
- Economia do conhecimento: como potenciar o impacto da I&D na economia?

O projeto tem sido acompanhado por um conselho consultivo composto por deputados de todos os quadrantes políticos e por académicos, além de curadores que têm marcado presença nos plenários e que prestaram apoio às comissões. A Revista da Ordem dos Médicos acompanhou o terceiro plenário que se realizou no dia 6 de maio, onde as propostas de recomendações foram apresentadas e votadas, com vista à preparação de uma publicação académica mas também com o objetivo de serem apresentadas aos decisores políticos pois a iniciativa pretende “pensar, participar e mudar” a política de Saúde. Nesta reportagem, resumimos o debate que antecedeu a votação das propostas das seis comissões, no qual se apresentaram argumentos e discutiram algumas das melhorias potenciais se as mudanças propostas vierem a ser implementadas.

É preciso ter em conta o equilíbrio necessário entre bem individual e bem social

A Comissão de **Ética em Saúde**, presidida pela médica Inês Campos Costa e composta pelos deputados Ana Marta Cunha (finanças), Bruno Macedo (farmacêutico), Bruno Noronha Gomes (enfermeiro), Elsa Picão (economia), João Pedro Lopes (relações internacionais), João Pedro Vieira (médico), Mara de Sousa Freitas (bioética), Pedro Antas (biologia), Rafael de Souza-Falcão (biologia) teve como mentores Jorge Soares (presidente Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida) e Ricardo Batista Leite (deputado da AR). No trabalho preparatório das suas recomendações esta comissão analisou as iniquidades e assimetrias, que se fundam na informação que (não) temos, concluindo que “os dados em Saúde já são partilhados mas não de forma integrada”, isto é, sem que se tornem uma verdadeira mais valia, resultando em dificuldades quer na prestação de cuidados, quer na investigação clínica, quer na preparação de políticas de Saúde. “É preciso ter em conta o equilíbrio necessário entre bem individual e bem social”. A comissão apresentou ao Health Parliament Portugal os fundamentos e desafios éticos das suas propostas, entre os quais, a justiça, como virtude primordial das instituições, o princípio do respeito pela autonomia, com garantia de respeito pelo consentimento informado, recordando o valor social e científico inerente à partilha e disponibilização de informação de Saúde. Em seguida, enquadraram a legitimidade do tratamento de dados pessoais, referindo as vantagens e desvantagens dos sistemas de *opt out* e de *opt in*, quanto ao respetivo contributo para o progresso da Medicina. Trazendo exemplos de *opt out*, referiram a experiência de países como o Reino Unido e a Estónia em que há um trabalho contínuo “no sentido de garantir a confiança dos doentes na disponibilização de dados para criação de valor para a sua saúde”. O tema foi amplamente debatido pelos deputados das restantes comissões, sendo questionada, por exemplo, a atribuição eventual de um valor comercial

aos dados em Saúde, enquanto bens transacionáveis, debatendo-se a eventual “necessidade de regulamentar o valor económico e social que tem a informação em Saúde” e a necessidade de transparência, por um lado, e de um compromisso ético por parte de quem requer o acesso, por outro. Ricardo Baptista Leite, um dos mentores desta comissão, falou da necessidade de “termos acesso a dados, por exemplo, sobre a recidiva das doenças” e de “conhecermos a evolução e percurso de Saúde de cada doente”, considerando que está na altura de “ultrapassarmos as barreiras ideológicas que possam impedir que as empresas privadas contribuam para o financiamento”. Apesar da possibilidade de implementação de um sistema de *opt out* gerar controvérsia, e apesar de ser contrário à tendência europeia, Jorge Soares, um dos mentores da Comissão de Ética, recordou que na área dos transplantes se não tivesse sido esse o regime escolhido, ainda estaríamos muito atrasados.

É preciso uma arquitetura comum que garanta que estas ferramentas comunicam entre si

A Comissão sobre **Tecnologias de Informação em Saúde**, presidida pela médica Sofia Couto da Rocha, contou com a participação dos deputados Andreia Garcia (comunicação), Nelson Pinho (tecnologias de informação), Mário Amorim (economia), João Moreira



Ana Marta Cunha, Mara de Sousa Freitas e Pedro Antas

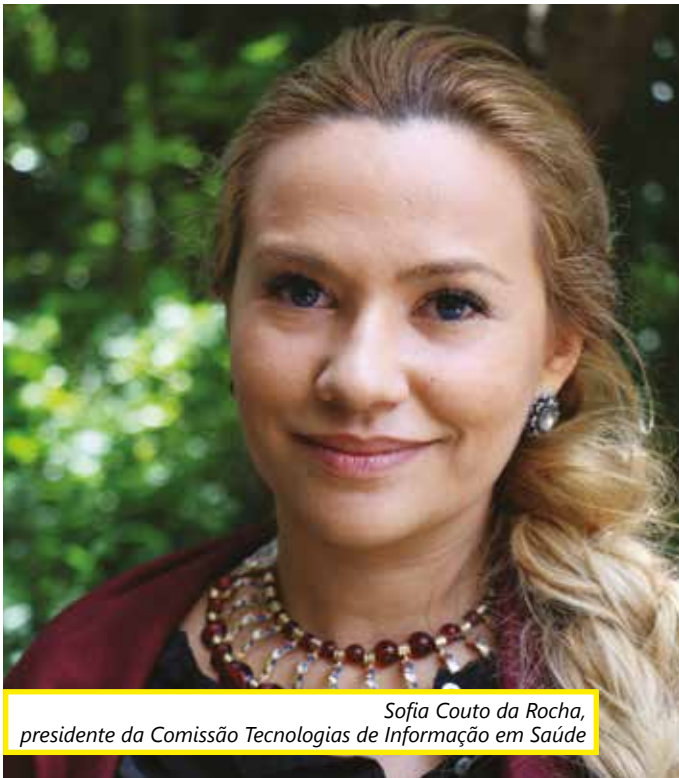


Alguns elementos da Comissão de Ética: Bruno Macedo, João Pedro Vieira e Inês Campos Costa



Jorge Soares, um dos mentores da Comissão de Ética

Pinto (médico), André Peralta (médico), Guida Jesus (economia), Rita Veloso (psicologia social), Elisabete Durão (economia), João Gregório (tecnologias de informação em saúde) e Lourenço Jardim Oliveira (ciência política) e teve como mentores Henrique Martins (presidente da SPMS) e Moisés Ferreira (deputado AR). Na terceira sessão plenária, esta comissão defendeu propostas muito concretas como o desenvolvimento uma rede de educadores para o tema da literacia digital, com intervenção das universidades seniores e juntas de freguesia. No enquadramento às suas quase duas dezenas de propos-



Sofia Couto da Rocha,
presidente da Comissão Tecnologias de Informação em Saúde



João Moreira Pinto,
um dos jovens médicos desta comissão



André Peralta Santos, Mário Amorim Lopes e João Gregório

tas, a comissão de tecnologia, também comentou a falta de interoperabilidade, isto é, a inexistência de um enquadramento técnico e legal, “uma arquitetura comum que garanta que estas ferramentas comunicam entre si”. Os desafios futuros incluem a essencialidade da lei de proteção de dados reconhecer as necessidades específicas da inteligência artificial e da robótica, permitindo “que se gere valor na informação”; Igualmente relevante serão os incentivos ao empreendedorismo, nessas mesmas áreas, considerando esta comissão que Portugal pode vir a ser um jogador importante neste mercado. Tendo em conta as limitações da utilização da *internet*, quanto à qualidade e fiabilidade da informação disponibilizada, confidencialidade, privacidade e segurança, ao que acresce um acesso desigual e dificultado por desafios de navegação que se podem dever, por exemplo a desorganização, linguagem técnica, falta de permanência, etc., esta comissão deseja um futuro em que existam condições e regulamentação nomeadamente para: encriptação da informação, transparência, descentralização dos dados (“com acesso centralizado mas soluções descentralizadas”), que impeçam a adulteração de dados sem que os utilizadores se apercebam, programas de

formação obrigatórios para os profissionais envolvidos nos processos de sistemas de informação em Saúde, promoção de interoperabilidade nacional mas também transfronteiriça, “criação de ferramentas de financiamento apropriadas para assegurar a conversão do conhecimento e investigação em produtos de mercado com a capacidade de melhorar a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados de Saúde”, etc. Esta comissão fez um questionário, obtendo resposta de mais de 3 mil utentes do SNS, com o objetivo de estudar a literacia digital em saúde da população portuguesa e preparar recomendações para melhorar a informação sobre saúde disponibilizada na internet.

Não temos profundidade e estratificação adequadas para analisar as necessidades em Saúde

A Comissão sobre as **Barreiras aos cuidados de Saúde**, presidida pelo farmacêutico António Teixeira Rodrigues, contou com os contributos dos deputados Alfredo Miguel Fernandes (enfermeiro), Ana Ferreira Castro (médica on-

cologista), Carla de Carvalho Magalhães (farmacêutica), Christian Taveira (farmacêutico), Diogo Serpa Viana (farmacêutico), Mafalda Ruas Gonçalves (engenharia biomédica), Rita Carmo Ferreira (gestão), Rui Palhais (engenharia mecânica e biomédica) e dos mentores Marta Temido (presidente da ACSS) e Ângela Guerra (deputada AR). Os trabalhos desta comissão incidiram essencialmente sobre questões de equidade no contexto das necessidades em Saúde não correspondidas (procura), da oferta do sistema (produção em Saúde) e dos resultados obtidos. No plenário foi explicado que esta é uma área onde já existem diversas publicações mas com a informação dispersa, sem regularidade na publicação e com apresentação de indicadores que não são avaliados num único índice, razão pela qual, uma das propostas da Comissão de barreiras aos cuidados de Saúde foi precisamente a criação de um índice de acesso a esses mesmos cuidados (inSNS) o qual “deverá ser incluído na tomada de decisão política e no relatório anual de acesso”. Como foi referido por António Teixei-



Alfredo Miguel Fernandes, Rita Carmo Ferreira e Diogo Serpa Viana



António Teixeira Rodrigues



Marta Temido troca ideias com os deputados da Comissão de Barreiras aos cuidados de Saúde



Marta Temido, Ricardo Baptista Leite e Henrique Martins

ra Rodrigues – já durante o debate das propostas, altura em que se salientou a importância de ter em conta indicadores como a satisfação do doente – o que Portugal não tem é “profundidade e estratificação adequadas para analisar as necessidades em Saúde”, daí resultando a importância fundamental da criação do referido índice. Repensar as métricas que se usam na avaliação do sistema de Saúde é essencial e já não bastam os indicadores de volume e produção, considerando os elementos da comissão que é essencial que se escolham indicadores que permitam maior foco no doente e nos ganhos efetivos em saúde.

Avaliar continuamente, integrar e melhorar a qualidade assistencial e o financiamento, foram os elementos chave da análise produzida por esta comissão.

Saúde Mental: quanto mais precoces forem as intervenções melhores resultados teremos

Comissão presidida pela médica Teresa Reis, a reflexão sobre **Saúde Mental** contou igualmente com os contributos de Carla Barbosa (direito), Diogo Lima (reabilitação psicomotora), Diogo No-

gueira Leite (finanças), Eleonora Gonçalves (psicologia clínica), Gonçalo Vilaça (economia), Maria Cano (comunicação), Maria Costa (serviço social) e Tiago Casaleiro (enfermeiro), tendo como mentores Álvaro Carvalho (diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental) e Luísa Salgueiro (deputada AR). As pessoas com doença mental têm taxas de emprego baixas, o que, naturalmente, fez com que a empregabilidade fosse um dos temas centrais das preocupações desta comissão, quer na vertente do apoio à qualificação profissional quer através do emprego apoiado em mercado aberto. Os elementos desta comissão – que não esqueceram a importância do papel da sociedade civil e do voluntariado – realçaram a necessidade de se fazerem campanhas de sensibilização para evitar que – por se sentirem mais seguras – as pessoas com doença mental desistam da integração, escolhendo ficar em casa com a sua prestação social, quando poderiam ser cidadãos contributivos e mais realizados. As propostas da comissão tiveram como objetivo essencial a simplificação de procedimentos para uma simplificação dos desafios que se colocam às pessoas que sofrem de doença mental. Um dos objetivos traçados para o futuro foi a prevenção pois “quanto mais precoces forem as intervenções melhores resultados se irão obter”, tanto na redução da doença como no aumento da integração e da produtividade. O combate à depressão e o acompanha-

gueira Leite (finanças), Eleonora Gonçalves (psicologia clínica), Gonçalo Vilaça (economia), Maria Cano (comunicação), Maria Costa (serviço social) e Tiago Casaleiro (enfermeiro), tendo como mentores Álvaro Carvalho (diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental) e Luísa Salgueiro (deputada AR). As pessoas com doença mental têm taxas de emprego baixas, o que, naturalmente, fez com que a empregabilidade fosse um dos temas centrais das preocupações desta comissão, quer na vertente do apoio à qualificação profissional quer através do emprego apoiado em mercado aberto. Os elementos desta comissão – que não esqueceram a importância do papel da sociedade civil e do voluntariado – realçaram a necessidade de se fazerem campanhas de sensibilização para evitar que – por se sentirem mais seguras – as pessoas com doença mental desistam da integração, escolhendo ficar em casa com a sua prestação social, quando poderiam ser cidadãos contributivos e mais realizados. As propostas da comissão tiveram como objetivo essencial a simplificação de procedimentos para uma simplificação dos desafios que se colocam às pessoas que sofrem de doença mental. Um dos objetivos traçados para o futuro foi a prevenção pois “quanto mais precoces forem as intervenções melhores resultados se irão obter”, tanto na redução da doença como no aumento da integração e da produtividade. O combate à depressão e o acompanha-



Gonçalo Vasconcelos Vilaça, Eleonora Gonçalves e Diogo Nogueira Leite



Comissão de Saúde Mental



Teresa Reis e Luísa Salgueiro

sende (biologia) e Ricardo Ramos (economia), tendo como mentores Joaquim Cunha (diretor executivo do Health Cluster Portugal) e Maria Antónia Almeida Santos (deputada AR). Apresentadas duas propostas concretas, uma envolvendo o investimento em investigação clínica e inovação e outra para a definição de métricas que demonstrem o retorno, os elementos da comissão explicaram a necessidade de

esquecida a importância de garantir a qualidade e uma boa relação de custo/eficácia. Reconhecendo que “a inovação validada é pouco adotada e pouco disseminada” no nosso país, a comissão definiu a difusão transparente de resultados (após demonstração e avaliação) como um dos procedimentos essenciais nos processos de implementação de inovação e medição do seu valor. Sem melhorar os procedimentos não conse-

mento infantil foram outras duas áreas onde foram apresentados projetos, esta última com base no projeto que estudaram no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (projeto Semente) e que por reconhecerem o mérito querem ampliar e replicar: um projeto feito para as crianças, filhos de doentes psiquiátricos, para um acompanhamento e apoio através de equipas multidisciplinares inseridas na comunidade.



Joaquim Cunha, mentor da Comissão de Economia do conhecimento

Precisamos de investir com foco e de um ecossistema de demonstração ágil

A Comissão de **Economia do conhecimento**, presidida por Afonso Duarte, investigador na área de biologia e bioquímica, contou com os contributos de Ana Lúcia Silva (nutrição), Eduardo Freire Rodrigues (médico), Gonçalo Faria (engenharia eletrotécnica), Ivo Oliveira (economia), Joana Anjo (farmacêutica), Marisa Miraldo (economia), Pedro Re-

medimos em que áreas Portugal pode ser competitivo. É necessário perceber o retorno em parâmetros como a evolução do conhecimento, a capacitação, o apoio à tomada de decisão, o impacto para a saúde ou para a economia, tendo sido referido o exemplo da medição do impacto das *guidelines* quanto às determinantes da Saúde, não podendo ser



Eduardo Rodrigues e Joana Anjo



Ana Lúcia Silva, Marisa Miraldo e Eduardo Rodrigues

guiremos combater a fuga de inovadores, melhorar a atratividade do mercado nacional e do investimento e evitar a perda de eficiência. Uma das áreas que a comissão considera que tem que ser alvo de atenção é precisamente a tecnologia pois “há perda de eficiência sempre que usamos tecnologia obsoleta”. Lamentando que, atualmente, em Portugal não se consiga fazer um piloto de 10 doentes o que “empurra” os nossos investigadores e os potenciais investidores para países como os EUA onde a burocracia é muito menor, a comissão apresentou as propostas, defendendo a necessidade de “investimento com foco” e de “um ecossistema de demonstração ágil” de resultados, de inovação e da consequente criação de valor pois “um dos grandes défices em Portugal é operacional”. Este défice traduz-se não só na falta de análise de resultados mas também no excesso de burocracia “que dificulta a captação de investimento”. “Temos que criar uma cultura organizacional de teste da inovação e medida do respetivo valor”.

Só com doentes mais capacitados poderemos aumentar a eficiência

A Comissão **O doente no centro da decisão** é presidida pelo economista João Marques Gomes e contou com os contributos de Ana de Sousa Martins (psicologia clínica), Guilherme Silva Bernardo (médico), Luís Castelo Branco (médico), Marta Salavisa (comunicação), Patrícia Gouveia (farmacêutica), Sara Leitão (médica veterinária), Sofia Aureliano (jornalismo político) e Vanessa dos Reis Ferreira (ciências biomédicas), tendo como mentores Elsa Frazão Mateus (coordenadora EUPATI



Marta Salavisa, Luís Castelo Branco e João Marques Gomes

Portugal) e Isabel Galriça Neto (deputada AR). Esta comissão iniciou a sua apresentação defendendo a necessidade de melhorar a literacia, afirmando perentoriamente que “só com doentes mais capacitados poderemos aumentar a eficiência do sistema de Saúde”. Para essa capacitação é necessária mais e melhor informação, nomeadamente tornar claro o percurso do cidadão no sistema de Saúde. A capacitação das associações de doentes, como parte da mobilização da sociedade civil, para funcionarem como parceiras na transmissão de informação é igualmente essencial. Uma das medidas defendidas por este grupo de trabalho foi incluir a satisfação dos doentes nos *outcomes*, baseando-os em valor para o doente, “nem que seja numa ponderação com um peso de 5% no financiamento da unidade, consideramos que pode estimular o enfoque da organização de forma a que integrem de facto a satisfação do utente nas avaliações”. Sobre as necessidades em termos de formação (incluindo *soft skills*), a comissão O doente no centro da decisão alertou que a evolução formativa não acompanhou a evolução do papel dos vários intervenientes no sistema de Saúde e que é necessário rever currículos e “reforçar a formação dos profissionais de Saúde no pré e pós graduado em: comunicação, liderança e competências humanas”,



Sofia Aureliano, Ana de Sousa Martins e Patrícia Gouveia

gestão e economia da saúde, formação em tecnologia, etc. A importância da comunicação prende-se não só com a relação médico-doente mas também com a necessidade de encontrar uma linguagem comum, baseada na empatia, entre membros de equipas cada vez mais multidisciplinares, em prol do doente. Para informação complementar consultar os artigos que incluímos nas próximas páginas e o site: <http://healthparliament.pt/> onde as recomendações das seis comissões são publicadas integralmente. Os cerca de 60 jovens pensaram, participaram, trabalharam e apresentaram as suas propostas. Agora querem (ajudar a) mudar e melhorar a Saúde. O plenário que encerra este ciclo de trabalho acontece no dia 30 de junho de 2017.

HEALTH PARLIAMENT
PORTUGAL

Comissão de Economia do conhecimento

Conhecimento e inovação na área da Saúde em Portugal: diagnóstico e oportunidades

Joana Anjo, Ana Lúcia Silva,
Marisa Miraldo,
Pedro Resende,
Ivo Oliveira, Gonçalo Faria,
Eduardo Rodrigues,
Ricardo Ramos e Afonso Duarte

A inovação no sector da Saúde desempenha um papel fulcral no crescimento económico e bem-estar social. No contexto de recursos escassos, decisões estratégicas de investimento são imperativas, e torna-se fundamental a identificação de inovações que se traduzam em valor acrescentado para sociedade e para a economia. A medição do seu valor e impacto das inovações é uma pré-condição para uma alocação de recursos eficiente nos sistemas de Saúde, permitindo ao decisor político tomar decisões baseadas em evidência empírica que irão melhorar a qualidade de vida e Saúde da população.

No contexto económico, a medição de valor da inovação permite ainda a identificação de áreas estratégicas para investimento estrangeiro em Portugal, assim como agilizar a implementação e difusão generalizada de inovação de valor. A dificuldade na implementação de inovações nos sistemas de Saúde europeus está associada a lacunas significativas sobre o valor da inovação e na falta de um enquadramento institucional, simplificado e transparente, que sirva de porta de entrada a inovações em diversas áreas tais



como "care pathways" e saúde digital. A investigação de translação é essencial à difusão de inovação passível de contribuir para a melhoria dos sistemas de saúde, possibilitando a criação de valor acrescentado para a economia, tanto pela diminuição de custos, como pela criação de oportunidades de negócio.

Atualmente, os indicadores de qualidade e produção associados às diferentes vertentes da área da Saúde em Portugal apresentam diversas lacunas. Além de não serem analisados de uma forma holística, os indicadores e as métricas são sobretudo de natureza bibliométrica, sendo por isso reducionistas e não capturando da melhor forma o retorno do investimento efetuado.

Após identificação destas necessidades, a Comissão para Economia do conheci-

mento do Health Parliament Portugal iniciou um processo consultivo que culminou com a elaboração de duas propostas que se enquadram no plano estratégico do Governo, contemplado na Resolução de Conselho de Ministros 22/2016, e que visam a criação de um enquadramento que fomente a demonstração do valor de inovação:

- A criação de um demonstrador de inovação no SNS através do investimento político e financeiro na Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica como entidade propulsora da adoção e inovação;

- O desenvolvimento de métricas e indicadores na área da Saúde e o recurso a estas para o desenho de uma estratégia de especialização inteligente.

Comissão de ética em Saúde

Informação de Saúde – que caminho queremos seguir?



Inês Campos Costa,
Médica
Presidente da Comissão de ética
em Saúde

No passado dia 12 de maio, cerca de 100 países começaram o dia com um cenário de invasão e quebra de (ciber)segurança. Entre os alvos estavam vários hospitais do Reino Unido. Em Portugal foram tomadas medidas preventivas para proteger os cidadãos. A ameaça virtual, quando entra pelo conforto da nossa casa, parece-nos abstrata e leva-nos a questionar sobre que tipo de interesse poderá haver na nossa informação pessoal.

A dúvida persiste, o receio escala e a insegurança toma proporções que despertam o instinto mais natural do ser humano: o de se proteger. Este desejo de proteção alicerça-se de forma tão firme que muitas vezes nos tolda a visão, impedindo-nos de ver outros ângulos da questão, ou de procurar olhar de forma holística para um tema que não diz respeito apenas a cada um, mas a todos, de forma transversal e intergeracional.

Os dados de Saúde que cada um de nós gera, na sua existência e interação com os outros e com o mundo, têm um valor

social e científico, podendo salvar vidas. Mas a sua relevância depende da escala, já que a sua real valia está na possibilidade de se agregarem a muitos outros dados, de diferentes fontes, para assim criarem conhecimento e potenciarem progressos científicos.

Naturalmente, a esta disponibilização de dados associa-se um receio inerente à natureza humana quanto à salvaguarda da identidade. Aí está o busilis da questão: encontrar um equilíbrio que concilie os incontestáveis benefícios que advirão de um tratamento de dados agregados, com o irrenunciável direito de respeito pela identidade pessoal e proteção legal contra quaisquer formas de discriminação. Para tal, há que reconhecer primei-

ro o valor legal da informação de Saúde, atribuir competências a uma instituição para a centralização dos dados de Saúde provenientes dos cidadãos e conferir responsabilidades a uma entidade que regule o valor dessa informação, promova as boas práticas, supervisione e fiscalize os processos para, *à posteriori*, se poder retirar um benefício coletivo, de forma transparente e que gere confiança.

É sobre este tema que a Comissão de ética em Saúde do Health Parliament Portugal se tem debruçado. Um tema em que cada pessoa está no centro da discussão, enquanto variável decisiva, contribuindo para e beneficiando dos potenciais avanços tecnológicos que, para terem lugar, devem ver garantidas a interoperabilidade digital e segurança das plataformas. Uma premissa fundamental para a investigação e criação de conhecimento que levam a que se ultrapassassem barreiras de acesso aos cuidados. Um tema que requer abrangência transdisciplinar e envolvimento de todos. Informação de Saúde é um tema onde cidadãos e profissionais de saúde devem ser voz ativa.

Informação de Saúde é um tema onde cidadãos e profissionais de Saúde devem ser voz ativa.

HEALTH PARLIAMENT
PORTUGAL

Comissão de tecnologias de informação em Saúde

“Medicina 2.0: Revolução Digital sem Reféns”

Sofia Couto da Rocha, Andreia Garcia, Nelson Pinho, Mário Amorim, João Moreira Pinto, André Peralta, Guida Jesus, Rita Veloso, Elisabete Durão, João Gregório e Lourenço Jardim Oliveira (na foto com o mentor Henrique Martins)

A transformação digital já não é uma escolha na sociedade de hoje em dia, a forma como a encarmos é que será fator determinante. Na Saúde, esta transformação elimina redundâncias, promove a segurança do doente e desenvolve novos meios de prestação (*telesaúde*), sendo portanto impulsionadora na melhoria dos cuidados à população. Como qualquer realidade faz-se acompanhar de alguns desafios como a *cybersegurança*, a difusão da qualidade de informação ou a capacidade de acompanhamento da inovação.

Médicos e utentes enfrentam hoje o desafio da literacia e capacitação digitais. Acreditamos que para usufruir dos aspetos positivos da tecnologia e promover a relação médico-doente deverá haver um reforço na formação multilateralmente.

Aos Médicos, como atores indispensáveis em qualquer sistema de saúde, cabe um papel de tremenda relevância na revolução digital



Com o “Dr. Google” a proliferar acreditamos ser essencial certificar os conteúdos para dar segurança ao cidadão que usa as “Apps” da Saúde e que com elas interage. Com este objetivo, sugerimos “selos de garantia”, ou seja, criar um código de conduta semelhante ao selo da Fundação Health On the Net (HON) que certifique os sites e aplicações com informação de saúde verificada por instituições competentes.

A um nível do desenho de sistemas, a Comissão de tecnologias de informação em Saúde, defende que se torne obrigatório a adoção de normas *standard*, utilizadas por qualquer sistema de informação público ou privado que comunique ou integre o SNS. Arquiteturas e desenhos diferentes entre instituições implicam não só a dificuldade de migrar dados como também um menor estímulo para mudar de aplicativos. Com esta espécie de linguagem comum, obrigatória a qualquer sistema, seria possível não só as instituições terem liberdade para não ficarem “reféns” dos atuais fornecedores, mas também melhorar o acesso do profissio-

nal e do cidadão à informação clínica.

Ao refletir sobre a privacidade e *cybersegurança* dos dados, propomos uma medida mais arrojada: a possibilidade de usar a *blockchain* para o Registo de Saúde Eletrónico. Esta tecnologia permitiria a validação, certificação e registo de todas as transações efetuadas de forma imutável e inviolável, funcionando como um livro de registos onde cada transação é um “bloco” dentro de uma “corrente” de blocos, ajudando na questão da interoperabilidade (colocar os programas a “falar” uns com os outros) dos sistemas de saúde e permitindo qualquer registo ser acedido ou consultado por diferentes sistemas de informação clínicos.

Aos Médicos, como atores indispensáveis em qualquer sistema de saúde, cabe um papel de tremenda relevância na revolução digital, fazendo o melhor uso das novas possibilidades que nascem com o avanço tecnológicos e sabendo colocá-las, da melhor forma, ao serviço do Cidadão.

Comissão o doente no centro da decisão

Centralização nas necessidades e prioridades dos cidadãos



Luís Castelo-Branco
Médico Interno de Oncologia Médica,
Centro Hospitalar do Algarve;
Estudante de Doutoramento, Escola Nacional
de Saúde Pública; Membro da Comissão
"O Doente no Centro da Decisão".

É consensual que os cuidados de saúde modernos devem estar mais centrados no cidadão, suas necessidades em saúde e bem-estar. Contudo existem diversos desafios para conseguir melhorar este objectivo central e que deve mobilizar políticos, gestores, profissionais de saúde e sociedade civil.

Melhorar a organização para facilitar a circulação dos cidadãos no sistema de saúde, e capacitar a população portuguesa para que consiga decidir de forma mais esclarecida sobre a sua saúde, são dois desafios que na comissão do Health Parliament Portugal (HPP) "O Doente no Centro da Decisão", encaramos como prioritários.

Foi partindo destas premissas que considerámos relevante trabalhar recomendações em cinco áreas: percurso do cidadão no Sistema de

Além da pesquisa e procura de bibliografia relevante que nos indicasse as principais Boas Práticas nestas temáticas, procurámos também reunir e escutar atentamente a opinião de diversos peritos nacionais, incluindo doentes ou seus representantes, de forma a procurarmos algumas medidas principais, úteis no contexto português.

Foram 19 as recomendações que vimos aprovadas em Assembleia do HPP, 3 das quais por unanimidade, e que estão já publicadas no site da organização. Entre essas recomendações encontram-se a integração da satisfação dos doentes, devidamente validada, na avaliação e financiamento das unidades de Saúde. Por exemplo, 5% de financiamento variável em função da satisfação dos doentes pode ser um incentivo para que

Saúde, literacia em Saúde & Marketing social, o futuro da formação em Saúde, *Outcomes* assentes no valor que os cuidados de saúde produzem para o doente, e melhorar a capacitação das associações de doentes.

as organizações de saúde e todos os seus profissionais, possam estar mais centradas nas prioridades e satisfação dos cidadãos.

Outra recomendação aprovada, e por unanimidade, foi a criação do registo único do doente, por permissão do mesmo, com os devidos mecanismos de segurança garantidos e com permissão de acesso diferenciada para diferentes profissionais de saúde, onde estará integrada toda a informação relevante de Saúde, que possa ser útil no seu contacto com as diferentes unidades e profissionais de Saúde. cremos que, o consentimento esclarecido do doente, sobre os diversos níveis de acesso aos seus dados de Saúde por diferentes intervenientes, pode viabilizar uma ideia amplamente discutida no passado recente, mas que ainda não foi possível concretizar. Esperamos que as nossas recomendações possam ser implementadas, e desse modo contribuirmos um pouco para que os cuidados de Saúde em Portugal possam evoluir para uma maior centralização nas necessidades e prioridades dos cidadãos.

HEALTH PARLIAMENT
PORTUGAL

Comissão de Saúde Mental

Saúde mental: de parente pobre a investimento com retorno

Teresa Reis
Médica interna de Psiquiatria
Presidente da Comissão de Saúde Mental

O *Health Parliament Portugal* selecionou o tema da saúde mental como a única área a ser especificamente discutida por uma das 6 comissões parlamentares desta iniciativa. O mote escolhido para esta Comissão foi *Saúde Mental: de parente pobre a investimento com retorno*, dando portanto como ponto de partida aos seus membros a preocupação de evidenciar para a saúde mental, área tantas vezes esquecida e adiada em Portugal, não só a sua importância mas também a sua efetividade e mais-valia em termos económicos.

Os 9 membros da Comissão de Saúde Mental (Carla Barbosa, Diogo Leite, Diogo Lima, Eleonora Gonçalves, Maria Costa, Maria Cano, Gonçalo Vilaça, Tiago Casaleiro e Teresa Reis), provenientes de diferentes áreas da sociedade como o direito, a economia e a saúde, empenham-se desde Janeiro de 2017 para o desenvolvimento de medidas em políticas de Saúde em 4 áreas específicas: emprego; medidas *simplex*; financiamento; e inovação – propondo para esta área o primeiro Título de impacto Social em Saúde em Portugal.

Quando se pensa em Saúde, não será suposto esperar que o investimento implique retorno económico, sendo de tal exemplo os cuidados paliativos, que felizmente nos últimos anos têm vindo a ser considerados uma área prioritária e alvo de alargamento da sua rede de resposta. Não sendo suposto, existem no entanto estudos que demonstram que um euro investido em saúde mental implica ganhos a longo prazo de quatro euros, o que torna ainda menos compreensível ou aceitável o sub-investimento crónico nesta área.

Particularmente quanto às medidas de financiamento, foi dada especial atenção às necessidades de diagnóstico e tratamento da depressão. A escolha desta entre tantas outras perturbações pareceu-nos lógica: segundo o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, Portugal tem das prevalências mais elevadas em comparação com outros países europeus; o mesmo estudo revelou a existência de um atraso de 4 anos para o início do seu tratamento adequado (seria esse atraso aceitável se se tratassem de diagnósticos como hipertensão arterial ou diabetes *mellitus*?).

Acreditamos que as medidas proposta pela Comissão de Saúde Mental, constituída por membros da sociedade civil, com interesse genuíno em contribuir para a construção de novas políticas e formas de atuação em saúde mental em Portugal, poderão ser não só ouvidas como efetivamente implementadas, considerando que apenas nesse momento a missão por nós assumida estará cumprida.

Comissão de barreiras aos cuidados de Saúde

Medir barreiras, definir soluções



Ana Castro (médica), António Teixeira Rodrigues (presidente da comissão), Carla Magalhães, Christian Taveira, Diogo Serpa Viana, Mafalda Ruas Gonçalves, Miguel Fernandes, Rita Carmo Ferreira e Rui Pedro Palhais da Silva
(também na foto a mentora Marta Temido)

Assegurar o direito à proteção da saúde é um dever do Estado realizado através de um Serviço Nacional de Saúde que se definiu como universal, geral e tendencialmente gratuito. Este direito exige uma reflexão holística sobre todo o sistema – cidadão, prestador e unidades de Saúde – que garanta o efetivo cumprimento do desígnio assumido.

Durante 6 meses, a Comissão esteve dedicada à avaliação do nível e da qualidade de acesso do cidadão aos cuidados de Saúde, reflexão da qual emergiu a primeira, e transversal, recomendação: o inSNS. Este índice, que se define como um modelo multidisciplinar de avaliação das barreiras aos cuidados de Saúde, contemplando a procura (*unmet needs*) e oferta (produção) de cuidados, assumir-se-á como matéria de fundamentação das políticas de Saúde, essencial para um

planeamento mais eficaz na diminuição das barreiras aos cuidados.

Mimetizando o percurso no sistema de Saúde, a Comissão focou grande parte do seu trabalho subsequente no aprofundamento da forma como o cidadão navega e interage com o SNS, definindo três eixos principais de intervenção:

- O primeiro, focado na valorização dos cuidados de saúde de proximidade, pretende aumentar a capacidade resolutiva dos Cuidados de Saúde Primários através de estratégias que melhorem a literacia do cidadão e que aproximem os profissionais dos diferentes níveis de cuidados.

- O segundo, já no âmbito hospitalar, centra-se no desenho de um novo modelo de prestação de cuidados que se foque, em primeira linha, nos resultados em Saúde para o doente, fator que deverá ser devidamente ponderado

em matéria de financiamento, e que permite maximizar os ganhos em Saúde e reduzir as assimetrias evidenciadas no território.

O terceiro é dedicado aos cuidados continuados: a evidente assimetria de recursos e as necessidades não correspondidas neste nível de prestação levaram a Comissão a aprofundar um novo modelo de cuidados que deverá, por um lado, melhorar a integração e interligação entre os diferentes prestadores e, por outro, otimizar a rede existente através do aumento da oferta e da literacia e formação do cuidador.

Assim, a reflexão da Comissão, estruturada na revisão da evidência e na opinião de inúmeros protagonistas do sistema de Saúde, avança agora para uma fase de implementação, em parte já materializada na colaboração com o projeto *SNS + Proximidade*, do Ministério da Saúde, com o objetivo último de melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de Saúde em Portugal.

HEALTH PARLIAMENT
PORTUGAL

Ana Ferreira Castro é licenciada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (2004) e especialista em Oncologia Médica (2012); aluna do Programa Doutoral em Investigação Clínica e em Serviços de Saúde da FMUP (desde 2009); Estágios na Unidade de Cabeça e Pescoço do Serviço de Oncologia do Mount Sinai Hospital, Nova Iorque, EUA (2011), no Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Antuérpia, Bélgica (2011); Curso Clinical Statistics for Non Statisticians, EORTC, Bruxelas (2011); Já trabalhou como Medical Manager de Oncologia e Hematologia na indústria farmacêutica; é fundadora e presidente da direção do Grupo de Estudos de Cancro de Cabeça e Pescoço; Membro do *board* do grupo EORTC Cabeça e Pescoço, e *chair* de uma das sessões da ASCO 2017 (Cabeça e Pescoço); Membro da direção da EUROPACOLON (desde 2012); Participou como co-investigadora em vários ensaios clínicos internacionais (2006 - 2012) e é autora e coautora de publicações em revistas nacionais e internacionais da área de especialidade; preside ao Health Parliament Portugal onde é também membro da comissão "Barreiras de acesso aos cuidados de Saúde". Em 2017 a sua nomeação para o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos foi aprovada por maioria absoluta em Assembleia de Representantes.



ENTREVISTA

Ana Ferreira Castro
Presidente do Health
Parliament Portugal

Acreditamos que tudo é possível e, às vezes, é mesmo...

Em vez de escolher o conforto de simplesmente criticar o que está a acontecer na Saúde, Ana Ferreira Castro viu no Health Parliament Portugal (HPP) a oportunidade de contribuir para a mudança que quer que se concretize: integração eficaz de níveis de cuidados, financiamento adequado e avaliação de medidas implementadas e resultados obtidos – três passos que, em sua opinião, são essenciais para garantir qualidade, acesso e sustentabilidade. Além de ser uma das participantes na comissão "Barreiras (de acesso) aos cuidados de Saúde", esta jovem oncologista foi eleita presidente do HPP. Acredita na possibilidade de mudança e, após seis meses de trabalho, já identifica sinais de que o seu otimismo tem reflexo na realidade: além de "recomendações extraordinárias" que surgiram da diversidade de pensamento representada no HPP, o Ministério da Saúde dirigiu-lhes convites para integrar alguns grupos de trabalho. E, porque, com dedicação tudo é possível, tal como explicou à ROM, Ana Ferreira Castro acredita que o HPP está a enriquecer o sistema de Saúde português com a sua abordagem multidisciplinar.

Revista da Ordem dos Médicos - **O que a motivou a participar no Health Parliament Portugal e a candidatar-se a presidente?**

Ana Ferreira Castro - Quando soube do projeto do HPP senti-me motivada a participar pela possibilidade de deixar de estar no sofá a comentar o que de bom e mau se faz na Saúde no nosso país, e passar a ter um papel, uma voz ativa e tentar mudar o que entendia que podia ser melhorado. Quanto à presidência, candidatei-me porque achei que podia ajudar o grupo a alcançar o nosso grande objetivo que era produzir recomendações passíveis de serem integradas na prática.

ROM - **Em que é que o HPP pode contribuir para a melhoria da Saúde em Portugal?**

AFC - Pode trazer uma visão multidisciplinar de quem está dentro e fora do sistema, dando a perspetiva do utilizador e daqueles que trabalham na Saúde, nos seus diversos sectores.

ROM - **E acredita que vão acontecer mudanças em resultado do vosso trabalho?**

AFC - Sim, até porque já sentimos a mudança começar a acontecer com a comissão "Barreiras de acesso aos cuidados de Saúde" a ser convidada pelo Ministério da Saúde para integrar grupos de trabalho como o SNS+ proximidade, estando já a desenvolver um dos seus projetos piloto. Essa comissão foi igualmente convidada a desenvolver um livro digital acerca do percurso do doente no SNS. Com apenas 6 meses de atividade do HPP, estes são já bons exemplos da consequência efetiva do nosso trabalho.

ROM - **É esse acreditar que a fez participar no projeto...**

AFC - Sim, foi o meu objetivo desde o início: sinto que o trabalho já está a ser reconhecido e que podemos fazer a diferença na vida dos portugueses.

ROM - **Questões como o financiamento e sustentabilidade foram tidas em conta nas propostas das várias comissões?**

AFC - Temos recomendações diversas, umas mais práticas e já em implementação, outras mais teóricas. Mas há problemas que são transversais na saúde e que têm implicações nos diferentes níveis. Exemplificando: o financiamento pode ser uma barreira de acesso aos cuidados mas pode também interferir com a capacidade de colocarmos o doente no centro das decisões.

ROM - **Especificamente sobre a comissão em que participa, em que medida incorporou a sua experiência profissional nas recomendações elaboradas?**

AFC - Estive mais ligada ao desenvolvimento das recomendações a nível dos cuidados continuados e da integração dos cuidados de saúde primários e hospitalares. Julgo que a minha vivência enquanto oncologista e assistente hospitalar permitiu transmitir aos colegas as dificuldades e as lacunas que poderíamos tentar trabalhar.

ROM - **Quais considera serem as três medidas essenciais para tornar o sistema de Saúde realmente acessível e sustentável?**

AFC - Integração de cuidados, melhor financiamento e capacidade de avaliar as dificuldades e as melhorias conseguidas com as medidas implementadas.

ROM - **Em que medida o envolvimento dos profissionais mais jovens pode trazer mudança ao sistema de Saúde?**

AFC - Pode trazer uma visão diferente, com ideias mais arrojadas porque, quando somos mais jovens, não conhecemos as impossibilidades nem temos a descrença no sistema que vamos adquirindo com os anos. Por isso, acreditamos que tudo é possível e, às vezes, é mesmo...



ROM - **O facto do HPP ser composto por profissionais de diversas áreas é uma mais valia?**

AFC - Sim porque todos nós temos formas diferentes de abordar os mesmos problemas e da diversidade de pensamento saem recomendações extraordinárias.

ROM - **Até onde pretendem levar as vossas recomendações?**

AFC - Queremos, em última análise, que elas possam ser incorporadas nas medidas que venham a ser tomadas pelo Ministério e por todas as instituições envolvidas no setor da Saúde.



Assembleia de Representantes: Decisão unânime na defesa do ato médico



Realizou-se no dia 30 de maio, na sede do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, mais uma reunião da Assembleia de Representantes da OM, durante a qual, além da aprovação de diversos documentos fundamentais, dezenas de médicos votaram, por unanimidade, o “apoio ao Conselho Nacional na defesa intransigente do ato médico em Saúde”, numa votação de grande significado institucional, que reforça a legitimidade das decisões do CN nesta matéria que todos consideraram essencial para a defesa e o respeito pelos doentes, pelos médicos e pela Medicina.

Esta Assembleia de Representantes, presidida por José Santos e que teve quórum deliberativo, representa um momento importante da história da Ordem dos Médicos: em resultado do novo estatuto e da legislação a que a instituição tem que dar cumprimento, este foi o primeiro ano em que se apresentaram contas unificadas

da Ordem dos Médicos, ou seja, reconhecendo a entidade como única e indivisível. “A Ordem é composta por cinco unidades orgânicas mas é apenas uma e tem um representante único que é o bastonário. É com a OM e com o bastonário que o Estado se relaciona”, sublinhou o tesoureiro do Conselho Nacional, Francisco Sampaio na explicação prévia que fez aos membros da Assembleia. Apesar da Ordem dos Médicos ter, como é natural, um número de contribuinte único, no passado as contas das secções eram apresentadas em separado, não sendo aprovadas no antigo Plenário dos Conselhos Regionais (órgão que foi substituído pela atual Assembleia de Representantes). A partir deste ano, as contas do Conselho Nacional, dos três Conselhos Regionais e do Fundo de Solidariedade (FS) passam a integrar as “Contas da Ordem dos Médicos” sendo esse documento sujeito à análise e aprovação da Assembleia de Representantes e devidamente sujeito à ‘jurisdição’ do Tribunal de Contas e da Assembleia da República. Foi a necessidade de alterar profundamente a forma como se apresentavam as contas que originou algum atraso na sua apresentação. “A minha opinião é que as finanças são instrumentais para a persecução dos objetivos da Ordem, não são um fim em si mesmas e é necessário, por exemplo, que o bas-

tonário tenha condições para exercer a sua atividade como representante da Ordem”, elucidou Francisco Sampaio. Algumas diferenças orçamentais como um aumento significativo da despesa no orçamento do Fundo de Solidariedade, em termos da despesa de 2016, foi igualmente explicado pelo tesoureiro do Conselho Nacional e resultou da realização do estudo sobre *burnout*, mantendo-se ainda assim o resultado líquido positivo. Também Alberto Pinto Hespanhol, presidente do Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos, explicou o enquadramento em que esse estudo – por ser relativo à saúde dos

médicos – teve cabimento no estatuto e funções a que se destina o FS. Explicou ainda algumas medidas que estão a ser estudadas para garantir a segurança dos ativos deste Fundo. Foram igualmente explicados à Assembleia alguns valores elevados em termos de despesa do Conselho Na-



António Araújo e Augusto Magalhães



Alexandre Valentim Lourenço



Alberto Pinto Hespanhol



Carlos Cortes



Francisco Sampaio



Joana Louro



José Santos



Jorge Seabra

cional – como os custos com a organização do congresso nacional, despesa com o departamento jurídico e com a impressão e envio postal da ROM – tendo o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, explicado as medidas a que se

comprometeu na sua campanha eleitoral e que já estão a ser agilizadas para reduzir a despesa substancial da revista nacional e tendo referenciado que “independentemente dos resultados, a Ordem dos Médicos não tem dívidas externas e tem aumentado o seu património”. Além de enquadrar as poupanças previstas já para este ano, Miguel Guimarães explicou que não se pretende uma política orçamental de austeridade mas antes um redirecionamento de verbas para áreas fundamentais na persecução dos princípios e deveres da Ordem: “Com a revista, já este ano, esperamos poupar quase 100 mil euros. No entanto, no orçamento da Ordem dos

A Ordem é composta por cinco unidades orgânicas mas é apenas uma e tem um representante único que é o bastonário

– Francisco Sampaio, tesoureiro do Conselho Nacional



Miguel Guimarães

Médicos para 2017 aumentámos o valor destinado aos Colégios da Especialidade, porque são uma área essencial para a OM”, duas medidas que foram elogiadas por alguns dos representantes, nomeadamente por Teresa Varela, da Sub-região de Grande Lisboa, que aproveitou para questionar a despesa relativa às cédulas profissionais. Miguel Guimarães explicou que os custos inerentes a esse processo são muito elevados, de facto, mas que o *chip* permite a inclusão de algo essencial à segurança da prescrição: a assinatura digital qualificada. “Esta é uma despesa variável e que pode sempre ser ligeiramente superior ou inferior. Pretendemos encontrar um novo patrocinador que nos permita manter a cédula com estas valências essenciais”. Perante a proposta de se aumentar a validade das cédulas, Alexandre Valentim Lourenço, presidente do Conselho Regional do Sul, explicou que o sistema escolhido implica que a validade esteja pré-definida para 4 anos porque só neste sistema é que os médicos podem prescrever com o mesmo certificado em vários computadores. Se fosse feito de outra forma, implicaria custos ainda mais elevados pois, por cada computador, o médico teria que possuir um certificado. Alexandre Lourenço também recordou que a OM não aumenta as quotas há sete anos e que é a Ordem profissional com valores mais baixos. “Não pretendemos onerar os médicos”. Com uma dependência de cerca de 93% da receita proveniente das quotas, a OM pretende procurar novas formas de financiamento. “Estamos a mudar a cultura da Ordem dos Médicos, o que é difícil”, explicou, apelando ao apoio de todos. Também o bastonário, Miguel Guimarães, apelou à pro-atividade dos colegas e ao seu envolvimento, tendo referenciado áreas em que considera que a OM tem espaço para melhorar muito: “Analisem quanto se gasta em revistas, assessorias de comunicação, etc. Só quando somamos tudo é que se pode ter a noção da dimensão das despesas. Vale a pena refletir pois, provavelmente, temos



Jorge Espírito Santo

Com a revista, já este ano, esperamos poupar quase 100 mil euros. No entanto, no orçamento para 2017 aumentámos o valor destinado aos Colégios da Especialidade, porque são uma área essencial para a OM

– Miguel Guimarães,
bastonário da Ordem dos Médicos

serviços duplicados que podiam ser integrados com poupança de recursos financeiros". Sobre as quotas, o bastonário recordou que o seu pagamento é um dever dos médicos, nomeadamente porque, quando alguns não cumprem, esse comportamento é injusto para com todos os colegas que pagam atempadamente.

Os novos dirigentes da Ordem dos Médicos explicaram o seu compromisso de não fazer a suborçamentação que se verificou em anos anteriores, para pôr fim aos "resultados negativos crónicos" que se têm acumulado e os desvios orçamentais que se têm verificado. Francisco Sampaio explicou que, em sua opinião, compete às Secções Regionais suportar os valores diferenciais sempre que o Conselho Nacional tenha um resultado negativo, assim como considera que, em caso de resultado positivo, esse valor diferencial deverá ser redistribuído pelas Secções, procedimentos que a Revisora Oficial de Contas da OM explicou serem legais pois "o Tribunal de Contas não interfere na forma como a Ordem financia as suas unidades orgânicas". Alguns dos elementos da Assembleia manifestaram-se no mesmo sentido, tendo, por exemplo, Jorge Seabra, da Região Centro, referido a importância de se fazerem orçamentos realistas pois o orçamento é da Ordem como um todo o que faz com que "esta discussão seja uma mera análise interna: se há resultado negativo do CN é porque houve má orçamentação e uma errada previsão de custos que se resolve com orçamentos corretos".

Na sequência da apreciação e discussão, foram aprovados documentos fundamentais para o trabalho da Ordem dos Médicos, como sejam o Relatório de Atividades do Conselho Nacional do ano de 2016 e respetivas contas, as contas do Fundo de Solidariedade do ano de 2016, as contas da Ordem dos Médicos do ano de 2016. Seguiu-se ainda a apreciação e aprovação do plano de atividades do Conselho Nacional, do FS e da Ordem dos Médicos (com um todo) para o ano de 2017 e respetivos orçamentos.

Separar as profissões autorreguladas de "terapêuticas" que não têm validade científica

Apresentado para análise, o Regimento da Assembleia de Representantes foi alvo de diversas sugestões, nomeadamente o aumento do número de reuniões anuais para que seja possível a discussão de temas fundamentais da profissão médica, além da necessária análise dos documentos essenciais para a atividade da OM, como foi sublinhado por Joana Louro, da Sub-região do Oeste. Por proposta do presidente do Conselho Regional do Centro, Carlos Cortes, foi decidido que, na próxima Assembleia de Representantes serão analisadas e votadas as propostas de alteração ao Regimento deste órgão.

Já em fase final, no ponto da ordem de trabalhos relativo, precisamente, a informações e outros assuntos de interesse para os médicos, Miguel Guimarães agradeceu o trabalho do Conselho Nacional para a Pós-Graduação pelo intenso e dedicado trabalho que conduziu ao mapa de vagas para 2018. O bastonário explicou ainda o que se está a passar com a proposta de lei do Governo para os Atos em Saúde que – apesar de ter sido anteriormente aprovada pelas Ordens da Saúde – foi agora rejeitada pelo Conselho Nacional da OM por não referenciar, por exemplo, que a coordenação de equipas multidisciplinares deve competir aos médicos e porque "não traduz, na prática, o exercício das várias profissões". "Esta lei tem que servir para proteger os doentes de usurpação de funções, publicidade enganosa, más práticas, etc." e para "separar a atividade de profissões autorreguladas das que são reguladas diretamente pelo Estado e de "terapêuticas" que não têm validade científica como as TNC e – como foi formulada

na sua fase atual - não está a cumprir essa função. Este é, precisamente, um exemplo dos assuntos que a Assembleia de Representantes quer analisar, e foi o que aconteceu em seguida, sob proposta do bastonário, Miguel Guimarães, tendo este órgão colegial da Ordem dos Médicos, numa votação histórica, aprovado por unanimidade uma moção de "apoio ao Conselho Nacional na defesa intransigente do Ato em Saúde em respeito pela clarificação dos atos próprios de cada profissão e pela coordenação médica das equipas multidisciplinares", reforçando com essa decisão a legitimidade das tomadas de posição que o Conselho Nacional possa vir a ter nesta matéria essencial para a defesa e o respeito pelos doentes, pelos médicos e pela Medicina. A este propósito, houve várias intervenções, entre as quais a de Jorge Espírito Santo, da Região Sul, que lembrou que a chefia das equipas multidisciplinares compete aos médicos por imperativo legal, frisando que "não podemos abrir mão dessa prerrogativa". "Se os outros profissionais quiserem fazer os mesmos atos em Saúde que nós, os médicos, vão fazer um curso de Medicina pois nós também só exercemos a profissão para a qual adquirimos as devidas competências". Também Carlos Cortes, presidente do Conselho Regional do Centro, alertou para a tentativa de "invasão das competências médicas" por técnicos, exemplificando com as clínicas de Fisioterapia. "Esta direção tem que estar muito atenta e defender os doentes" das consequências da usurpação de funções médicas.

A próxima reunião da Assembleia de Representantes ficou marcada para o dia 26 de junho.

Não pretendemos onerar os médicos

– Alexandre Lourenço, presidente do Conselho Regional do Sul

Textos de:
Paula Carmo
e Paula Fortunato

40 anos do Hospital Pediátrico de Coimbra

Dedicação e profissionalismo em prol das crianças e dos adolescentes

O Hospital Pediátrico de Coimbra celebrou no dia 1 de junho quatro décadas de existência, numa “infinita dedicação a cuidar das crianças e dos adolescentes”.

A sessão comemorativa contou com a presença de centenas de pessoas, tendo os diversos convidados sublinhado a excelência deste hospital tanto em termos assistenciais como de ensino e investigação e o contributo efetivo que deu para a melhoria dos indicadores de Saúde nacionais.

A esse propósito, entrevistámos Jorge M. Saraiva, diretor do Departamento Pediátrico, Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, e Inês Balacó, presidente da direção da Associação de Saúde Infantil de Coimbra.



Na cerimónia comemorativa do encerramento das comemorações dos 100 anos de ensino universitário de Pediatria, de 4 décadas de existência do Hospital Pediátrico em Coimbra e cinco anos do seu novo edifício, Jorge M. Saraiva, diretor do departamento pediátrico dessa unidade fez uma intervenção (que pode ser lida integralmente em www.ordemdosmedicos.pt na área de história da Medicina) onde relatou o percurso dos hospitais pediátricos em Portugal, desde o momento em que o Rei D. Pedro V acedeu ao pedido da Rainha D^a Estefânia para a criação de um hospital pediátrico “destinado para tratamento de crianças pobres enfermas” até ao momento em que, foi aprovada em 1971 a adaptação dos sanatórios feminino e infantil de Celas para o futuro Hospital Pediátrico de Coimbra. Jorge M. Saraiva apresentou igualmente com natural orgulho, os resultados destes 40 anos de atividade e todas as distinções que a instituição já obteve. Num discurso marcado pelo pragmatismo de quem sabe que a obra feita tem valor, o diretor do departamento pediátrico concluiu com três reflexões: “não

tenham medo de decidir. Nunca esqueçam que a memória dos outros será seletiva, que serão muitas mais vezes recordados pelas poucas decisões de que os outros discordaram do que pelas muitas que mereceram o seu aplauso, mas mesmo assim não tenham medo de decidir; Não tenham medo de ser felizes. Felizes por vós e pelos que vos rodeiam, porque só assim poderão responder com qualidade a todas as solicitações profissionais. Nós mudamos, os outros mudam e o que eles esperam de nós também. Mas sejam felizes antes, durante e depois da evolução que continuará a acontecer de forma cada vez mais célere; Não tenham medo da renovação. A renovação é necessária, deve ser preparada atempadamente e acontecer antes de ser imprescindível. Preparemos pois a renovação e tenhamos a coragem de a implementar”.



Entrevista a...

Jorge M. Saraiva

Diretor do Departamento Pediátrico e do Serviço de Genética Médica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Professor catedrático convidado da Fac. Medicina da Universidade de Coimbra

Revista da Ordem dos Médicos - **No Dia Mundial da Criança, encerraram as comemorações dos 100 anos de ensino universitário autónomo de pediatria, 40 anos de Hospital Pediátrico em Coimbra e cinco anos do novo edifício do atual hospital pediátrico. Todas as datas num dia só, porquê?**

Jorge M. Saraiva - Pretendemos dar a ideia de continuidade. Parte da vocação deste hospital prende-se com os cuidados hospitalares aos menores de 18 anos mas também participa no ensino universitário e na formação pré e pós graduada de médicos e de outros profissionais de saúde. Foi agora anunciada a publicação do renovado manual 'Lições de Pediatria', da autoria de 40 médicos deste hospital, com edição da Imprensa da Universidade de Coimbra. O objetivo do ensino pré-graduado de pediatria é capacitar todos os médicos para a prestação de cuidados de saúde de qualidade a menores de 18 anos. Este manual é um texto equilibrado e útil não apenas para os alunos de Medicina mas também para os médicos independentemente da sua especialidade. Mas um ensino de qualidade pressupõe a realização de investigação científica. Tenho orgulho em divulgar que, nos últimos dois anos, os médicos deste hospital foram autores de 96 artigos em publicações indexadas no Journal Citation Reports com fator de impacto acumulado de 124,467 de acordo com as regras estabelecidas pela ACSS para este efeito.

ROM - **O Hospital Pediátrico de Coimbra aposta agora no serviço de atendimento e internamento domiciliário. Porquê esta valência?**

JMS - O Hospital Pediátrico, desde o início, sempre se articulou com os cuidados de saúde primários já nessa filosofia de proximidade de cuidados e, também, sempre em articulação com todos os serviços de pediatria da Administração Regional de Saúde do Centro. Com a possibilidade de maior sobrevivência das crianças com doença crónica complexa e do impacto dessas situações nos cuidadores, o que se pretende é assegurar a mesma qualidade de cuidados o mais próximo possível da residência da criança.

ROM - **Outro momento alto destas comemorações foi a homenagem aos ex-diretores do Hospital Pediátrico. Há uma 'marca' de continuidade...**

JMS - Estamos a olhar para o passado projetando o futuro. As atuais instalações já permitiram a realização da hemodiálise pediátrica, dos transplantes renais e hepáticos e, mais recentemente, o internamento de pedopsiquiatria e têm capacidade para continuar a responder às necessidades locais e regionais dos próximos anos. A galeria de fotos dos seis ex-diretores clínicos: Professor Carmona da Mota, Professor Torrado da Silva, Dr^a Maria de Lourdes Chieira, Dr. Luís Januário, Dr. António Capelo, Dr. Rui Batista e o grupo escultórico de Cabral Antunes, já presente no antigo edifício e agora inaugurado neste espaço, sinalizam a continuidade da instituição.

ROM - **Desde maio 2010, o Professor Jorge Seabra é o diretor do Hospital Pediátrico. Nesta linha de continuidade, o que gostaria de deixar como legado?**

JMS - A renovação e a capacidade de continuar a melhorar.

ROM - **Desde 2010, os indicadores de crescimento são visíveis...**

JMS - O maior crescimento ocorreu na consulta, como é desejável. Comparando com 2010 - que foi o último ano de cuidados no antigo edifício - as 120 mil consultas realizadas em 2016 representam um aumento de mais de dois terços. Com um número ligeiramente superior de profissionais, atualmente de 650, foi possível alargar os cuidados prestados ao grupo etário dos 12 até aos 18 anos. Para além da avaliação quantitativa, há o reconhecimento da qualidade por entidades nacionais e internacionais.



"Não tenham medo de ser felizes. (...) Nós mudamos, os outros mudam e o que eles esperam de nós também. Mas sejam felizes antes, durante e depois da evolução que continuará a acontecer de forma cada vez mais célere"

Entrevista a...

Inês Balacó

Presidente da Associação de Saúde Infantil de Coimbra
 Membro da direção do Colégio da Especialidade de Ortopedia da OM e da direção da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Pediátrica
 Chair do Tumors Study Group da European Pediatric Orthopedic Society



ROM - A Associação de Saúde Infantil de Coimbra (ASIC) promoveu, a par da Fundação Luso, a colocação do grupo escultórico "A Maternidade" junto à portaria principal do atual Hospital Pediátrico de Coimbra e que estava anteriormente nas antigas instalações. Que significado atribui à recuperação desta peça artística do escultor Cabral Antunes?

Inês Balacó - A recuperação da estátua "A Maternidade" simboliza a continuidade do antigo Hospital no novo. Diria mesmo que é a "última pedra" da construção do novo Hospital. "A Maternidade" foi construída na década de 60, foi oferecida ao Hospital em 1993 e foi, desde sempre, o ícone do Hospital. Infelizmente, sofreu com o tempo e apresentava-se partida, especialmente na ligação da mãe às crianças que tem ao colo. Com a transferência para o novo Hospital ficou ainda mais danificada, e todo o tempo de espera pelo restauro agravou o seu estado de conservação. O projeto da recuperação foi iniciado pela Direção anterior da ASIC com o apoio da Fundação Águas do Luso. Este ano foi importante o apoio da Administração do Pediátrico e fundamental o do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, quer em termos financeiros quer na agilização de toda a logística final. O efeito final ficou melhor do que o esperado e resultou numa beleza acrescida. Sinto que fica honrada a memória de todos e preservada a identidade do Pediátrico.

ROM - A ASIC foi parceira ativa nas comemorações do Dia Mundial da Criança, no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Que outros momentos destaca deste dia de festa com as crianças e famílias?

IB - Apesar da inauguração da estátua ter todo o significado e simbolismo atrás descritos, foi também importante termos promovido a inauguração da Galeria de fotografia dos antigos Diretores Clínicos do Hospital Pediátrico. Colaborámos ainda ativamente com a Comissão Organizadora das Comemorações na organização do jantar dos 40 anos para todos os funcionários, respetivas famílias e amigos, e na animação musical que se seguiu com a fadista Mariana Oliveira e com o grupo "Os Quatro e Meia". Mas também gostaria de destacar o trabalho desenvolvido pelas Educadoras do Hospital Pediátrico que organizaram múltiplas atividades durante todo o dia para todos os meninos internados, com direito a visita à estátua, e foram recebidos pela Quantunna, permitindo-lhes também ter um dia Mundial da Criança especial.

No final ficou a sensação agradável de "missão cumprida e reconhecida". Volto a agradecer a todos os que ajudaram e viveram este momento connosco. Abrimos as portas à cidade e a todos os ex-funcionários. Partilhamos a alegria e o orgulho da nossa dedicação ao trabalho conjunto pelo bem comum e superior de tratar crianças e adolescentes de todo País num nível de excelência. Termino com a nossa máxima que "a ASIC somos todos nós", e eu acrescento "o Pediátrico também".



Estilos de vida e cancro

Texto de:

Jorge Espírito Santo

Chefe de Serviço

da Carreira Médica Hospitalar



No decurso das ações integradas no programa da Semana da Saúde, organizada pela Escola Secundária de Bocage, em Setúbal, que decorreu entre os dias 8 e 11 de maio, fui convidado a participar num debate cujo tema foi o efeito dos vários estilos de vida no aumento da incidência do cancro.

O debate em que participei aconteceu no dia 10 e contou com a presença de cerca de 75 alunos, de várias idades e áreas de formação. O objetivo da sessão foi tentar demonstrar aos jovens presentes que as escolhas que fizerem, em termos da adoção de um determinado estilo de vida, vão influenciar em definitivo a probabilidade de desenvolverem um cancro durante as suas vidas.

Os jovens presentes foram alertados para a natureza da doença e para o facto da sua incidência aumentar de forma rápida acima dos 60 anos, sabendo-se que

a esperança média de vida desta geração será superior a 80 anos e que neste contexto serão certamente confrontados com o aumento desta doença e com os seus efeitos.

Sendo o consumo do tabaco e do álcool os principais condicionantes do aumento do número de casos de cancro, foi explicado o seu efeito e chamada à atenção para a importância do abandono ou redução do seu consumo.

Foi também salientada a necessidade de combate à obesidade e ao sedentarismo e explicada a vantagem da dieta mediterrânica como meio de prevenção primária para vários tipos de cancro. Assim como foram exortados a abandonar alguns comportamentos de risco que possibilitam a transmissão de infeções por vários agentes como por exemplo o vírus da Hepatite B e C e o HIV.

Foi explicada a necessidade dos jovens

adquirirem um conjunto de conhecimentos que lhes permitam atingir um nível adequado de literacia em Saúde, desenvolvendo o conceito da responsabilização individual pela manutenção da Saúde.

Houve interesse dos jovens presentes, traduzido pela sua grande participação através de múltiplas intervenções durante as quais colocaram um conjunto de questões muito pertinentes.

Foi com muito prazer que participei nesta sessão debate sobre um tema de grande relevância para a sociedade e em especial para os jovens. Entendo também que este tipo de iniciativas é de grande importância para que os seus destinatários possam desenvolver não só as capacidades e conhecimentos pessoais mas também uma cidadania consciente e activa.



Bullying em debate na Semana da Saúde

Reconhecendo a importância da medicina preventiva e da promoção de estilos de vida saudáveis, este encontro realiza-se há vários anos, graças à iniciativa da professora Sofia Abreu e ao apoio do Instituto Português do Desporto e Juventude, nomeadamente de Mária do Rosário Nunes, que todos os anos desafiam pessoas de várias áreas para – em atividades desportivas, educacionais, artísticas, etc. –, num encontro de vontades multidisciplinar, despertarem os jovens para as questões de saúde. No dia 11 de maio, por exemplo, um dos debates abordou o *bullying* e os seus efeitos nefastos na saúde mental dos envolvidos. Neste encontro participaram do psicólogo clínico Miguel Nery e o árbitro João Capela. Cerca de 90 jovens dialogaram com estes dois palestrantes partilhando as suas experiências no que se refere, por exemplo, à pressão do grupo. “Os grupos de pares, especialmente na adolescência, adquirem uma importância enorme no desenvolvimento dos jovens. São neles que se testam posições e opiniões, se vive a rivalidade lado a lado com a cooperação, se ensaia a vida com os outros... A imagem que o adolescente faz de si é fortemente influenciada pelo grupo de pares. Este pode ser um importante elemento de transição da família para no futuro saber estar só. O *bullying* consiste no abuso sistemático entre pares, dando-se os comportamentos maioritariamente no seio de um grupo. É um comportamento antissocial com consequências para os envolvidos. A vitimização persistente amputa assim uma vivência da adolescência plena e deixa marcas para o futuro”, resume Miguel Nery.



ENVELHECIMENTO ATIVO

Uma prioridade para Portugal

O Conselho Estratégico Nacional da Saúde da CIP – Confederação Empresarial de Portugal, organizou, no dia 7 de junho, a conferência “Envelhecimento Ativo – Uma Prioridade para Portugal”. No contexto da longevidade e da qualidade de vida, duas conquistas inseparáveis, este encontro abordou a importância de reduzir a doença crónica e melhorar a qualidade de vida, bem como as intervenções possíveis para que a população idosa possa ser contributiva, ativa e mais saudável.

O Conselho Estratégico Nacional da Saúde da CIP – Confederação Empresarial de Portugal considera que a qualidade de vida deve ser decorrente do aumento da longevidade. Em consequência do avanço da ciência e da tecnologia a esperança de vida tem vindo a aumentar. No entanto, Portugal vive em contraciclo em relação à Europa no que se refere ao indicador “esperança de vida saudável”. Segundo o Eurostat, os portugueses perderam cerca de três anos de esperança de vida saudável em 2014 face ao ano anterior. Portugal é um dos países em que uma maior percentagem da população adulta reporta limitações à sua atividade, o que significa que se trata de uma população que envelhece com baixa qualidade de vida, acarretando maior pressão para o



Sistema de Saúde. A população vive mais tempo, mas, lamentavelmente, com menos Saúde. A CIP considera, por isso, essencial analisar e compreender estas tendências, tendo em vista a promoção do envelhecimento ativo e com dignidade. A conferência “Envelhecimento Ativo – Uma Prioridade para Portugal” visou, precisamente, discutir as principais tendências demográficas, e suas consequências, e possíveis políticas de fomento do envelhecimento saudável tendo contado com a intervenção de António Saraiva (presidente da CIP), Pedro Santana Lopes (provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa), Ana João Sepúlveda (socióloga e *managing partner* da 40+Lab), Eugénio Fonseca (presidente da Cáritas Portuguesa), José Carreira (presidente da Alzheimer Portugal), Mário Pinto (assessor do Presidente da República para a área da Saúde), Miguel Guimarães (bastonário da Ordem dos Médicos), Óscar Gaspar (presidente da Associação Portuguesa da Hospitalização Privada) e comentários finais de José Pereira Miguel (coordenador da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - ENEAS).

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, fez uma breve intervenção no painel de discussão sobre a evolução demográfica e o envelhecimen-

to saudável, no contexto do alinhamento com a OCDE, na qual lamentou que Portugal seja um dos países com maior carga de doença crónica e salientou que a variável “qualidade de vida” é fator essencial para a análise do envelhecimento da população, sendo esta uma área em que “o investimento público tem ficado muito aquém do que seria desejável”. Reconhecendo a necessidade de todos contribuímos para o envelhecimento ativo e saudável, Miguel Guimarães explicou que na Ordem dos Médicos esse é um assunto que tem sido alvo de análise, nomeadamente no que se refere especificamente ao envelhecimento da população médica pois, alguns médicos, depois de uma vida stressante e de grandes volumes de trabalho e pressão assistencial, quando se reformam, nem sempre sabem o que fazer com o tempo livre. Quando existem essas dificuldades de gestão é preciso estar atento e desenvolver interesses e atividades que salientem as vantagens da reforma como por exemplo o tempo disponível para atividades culturais e lazer, a possibilidade de realizar trabalho de voluntariado, etc. Nesse contexto, tal como foi referido por Miguel Guimarães, o Fundo de Solidariedade da Ordem dos Médicos criou um projeto de acompanhamento do processo de reforma com

o objetivo principal de promover uma reforma ativa e saudável. Recordou também o papel fundamental da família como núcleo agregador e motivador de um envelhecimento ativo saudável e a

população não ativa, foi salientado. A Cáritas tem repensado o conceito de envelhecimento ativo com projetos tipo “bolsa de necessidades, capacidades e desejos”, proposta que rejeita a infanti-

lização dos idosos, promovendo atividades que utilizam como recurso o potencial de saberes adquiridos por parte dos mais velhos. A plataforma de emprego destinada a pessoas com 40 ou mais anos, onde é possível a partilha de competências

na área da qualidade de vida e envelhecimento ativo e saudável na Europa e do projeto *Smart Silver Economy* desenvolvido no âmbito da Comissão Europeia precisamente para potenciar estratégias de crescimento e qualidade de vida para a sociedade fazendo face ao desafio do envelhecimento. O coordenador da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável considerou que do debate se pode inferir que existe sintonia de valores e princípios, devendo todos ser estimulados à participação no desenvolvimento de estratégias para o envelhecimento ativo, considerando possível e desejável o delinear de uma estratégia nacional.

A sessão de encerramento desta conferência, que teve lugar no Centro Cultural de Belém, ficou a cargo de João Almeida Lopes (presidente do Conselho Estratégico Nacional da Saúde/CIP) e Maria do Céu Machado (presidente do INFARMED). João Almeida Lopes referiu a importância do investimento, defendendo o desenvolvimento de “uma lei de meios para a Saúde” pois essa definição contribuiria para a consistência dos programas e o conseqüente envelhecimento mais ativo e saudável. “O mundo mudou”, nomeadamente em termos demográficos e etários, “por isso temos que ir de encontro a essa mudança”.

Maria do Céu Machado, que esteve presente em representação do Ministro da Saúde, salientou a importância da educação para a saúde para que, de facto, consigamos que a maior parte da população possa ter um envelhecimento não só ativo mas também, e principalmente, saudável. “É muito importante que o próprio doente tenha o conhecimento necessário para gerir a sua doença crónica” e concluiu defendendo que a perceção quanto ao envelhecimento tem muito de cultural/social: “enquanto nos EUA os reformados jogam golfe, ténis, etc., na Europa sentam-se a ler e a ver TV”; Já no Brasil, exemplo com que Maria do Céu Machado encerrou a sua intervenção, para promoção do envelhecimento saudável e ativo, nos cuidados de saúde primários foram feitos cursos/aulas de forró (dança típica da região Nordeste do Brasil) para a população mais idosa, com resultados muito positivos.



Fernando Pádua



Maria do Céu Machado



João Almeida Lopes



Pereira Miguel



Isabel de Santiago defendeu a importância da proatividade

importância da promoção da criação de hábitos saudáveis. O presidente da Associação Portuguesa da Hospitalização Privada, Óscar Gaspar, realçou durante este encontro um fator essencial a ter em conta: “muitas pessoas recorrem aos serviços de saúde não por estarem doentes fisicamente mas por questões sociais”, ou seja, porque se sentem sozinhas e desamparadas, fator que deve ser tido em conta, segundo este orador, na formulação de “políticas de saúde e sociais”. O envelhecimento ativo da população prolonga a sua participação no mercado de trabalho, contribuindo para uma diminuição do índice de dependência da

por parte de quem está desempregado ou reformado com possíveis empregadores, é outro projeto desta instituição. Eugénio Fonseca, presidente da Cáritas Portuguesa, salientou durante o encontro promovido pela CIP que todos podemos e devemos contribuir com projetos para melhorar a sociedade mas, recordou, “sem que o Estado se demita do seu dever” também social.

Nos comentários finais, Pereira Miguel falou do potencial do turismo sénior, da necessidade de equacionar soluções de forma transversal, com políticas integradas. Sobre exemplos de boas práticas, falou da iniciativa EIT – Health, que promove o empreendedorismo e inovação



Cortes de 35% nos gastos com a contratação externa Com esta medida, sem alternativa, estamos a afundar a capacidade do SNS

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, esteve no programa Opinião Pública da SIC, onde comentou a medida anunciada pelo Governo de reduzir em 35% a contratação externa de profissionais de Saúde, explicando que se os gastos com a contratação externa são elevados é por dois motivos: porque o Ministério aceitou os preços e contratos que agora apelida de “exorbitantes” e de “leoninos” mas, essencialmente, porque há uma grande falta de recursos humanos no SNS e, sem recorrer a essa contratação, muitas unidades de Saúde não conseguem assegurar a prestação de cuidados às populações, especialmente nos serviços de urgência.

A execução orçamental para este ano determina que os hospitais têm de cortar pelo menos 35% nos gastos com a contratação de médicos tarefas, ou seja, profissionais externos ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e que são colocados diretamente ou através de empresas para suprir as carências dos serviços.

A medida, que é apelidada pela oposição de “austeridade encapotada com repercussões negativas na Saúde dos portugueses” é alvo de fortes críticas por parte da Ordem dos Médicos pois, conforme explicou Miguel Guimarães em direto na SIC, “serão as

unidades periféricas que, mais uma vez, irão sentir mais este corte”, exemplificando com o caso de Vila Real que “difícilmente conseguirá assegurar todos os blocos operatórios” por falta de anesthesiologistas. A referência à medida do Governo relativamente à reposição parcial do valor da hora extraordinária não é de forma alguma uma solução pois não significa mais horas extraordinárias, apenas se traduzindo no facto de “os médicos serem um pouco menos prejudicados em termos financeiros quando fazem essas horas”. Definindo a Saúde como “um setor essencial para a coesão so-

cial”, Miguel Guimarães não tem dúvidas que vai haver rutura em vários serviços porque “há falta de médicos no SNS e estão mal distribuídos”. “Com estas medidas, estamos cada vez mais a afundar a capacidade do SNS corresponder às necessidades dos portugueses”. Em 2016 o Ministério da Saúde gastou cerca de 100 milhões de euros com contratação externa de médicos e enfermeiros, o que quer dizer que há “pelo menos, um défice de 100 milhões de euros anuais de capital humano”, explicou o bastonário da Ordem dos Médicos a vários órgãos de comunicação social. Miguel Guimarães falou dos desafios principais do Ministério e que passam pela atenção ao envelhecimento da população em geral e da profissão médica em particular, com necessidade de não só planear bem os recursos para renovação dos médicos nos serviços mas também as questões relacionadas com o envelhecimento ativo e saudável, e o desafio de fixar os jovens médicos, no SNS e, em última análise, no país.

Ao telefone, várias intervenções demonstraram que a população portuguesa concorda com a Ordem dos Médicos:

- "Um país com um SNS sem meios não tem futuro" (enfermeira reformada);

- "Para acompanhar a evolução da medicina tem que haver mais investimento; os nossos impostos estão mal entregues: vão para a banca, e agora para a EDP, em vez de irem para a Saúde" (reformado, 67 anos);

- "O SNS devia fazer contratos diretos com os médicos pois as empresas – que levam fortunas ao MS – exploram-nos: os médicos recebem uma pequena parte do que é pago e ainda têm que fazer descontos; Não é justo." (médica no ativo)

- "Para resolver os problemas do SNS a solução passa por pagar bem aos médicos e pô-los em exclusividade. Mas a intenção do Governo é outra..." (54 anos, Cascais)

- "A intenção é reduzir as situações precárias para gradualmente passarmos a ter profissionais dedicados e contratados para os quadros sem a intervenção das empresas" (ARS Algarve)

- "há uma grande degradação dos serviços que os utentes já se aperceberam: falta material, há uma grande pressão para os profissionais verem demasiados doentes num curto espaço de tempo, etc." (funcionária pública, 47 anos).

Miguel Guimarães concorda que – planeado de forma correta e não pondo em causa o funcionamento de

nenhuma unidade de Saúde - a solução é de facto "contratar os médicos que fazem falta para os quadros do SNS", salientando a sua perplexidade por o Ministério da Saúde estar agora a contestar os contratos, mas ter continuado a contratar através de empresas de recursos humanos quando os médicos são efetivamente necessários para os quadros dos serviços. Perante o anúncio dos cortes de 35%, Miguel Guimarães lamentou que se esteja a aplicar na Saúde mais "uma medida de mera execução orçamental" e "que se continue a desinvestir na Saúde, quando esse é o principal motor da nossa economia".

Sobre a eventual contratação de médicos para o SNS – supostamente em substituição dos 35% que o Governo quer deixar de contratar em prestação de serviços – Miguel Guimarães recorda que essa é mais uma medida estética pois não se traduz em real contratação de mais médicos para o SNS, simplesmente porque os médicos

que se irão contratar são os médicos que terminaram a sua formação e, portanto, "já trabalham e muito para o SNS". "Se eu fosse administrador de um Hospital, perante as consequências desta decisão de não contratação, eu não a cumpriria", concluiu, manifestando a sua preocupação com a possibilidade de haver serviços de urgência e blocos operatórios que vão perder a capacidade de resposta por falta de médicos e enfermeiros.



INFORMAÇÃO

Alteração à remuneração do trabalho extraordinário

No dia 5 de Junho de 2017 foi publicado o diploma legal que altera os montantes devidos pela realização de trabalho extraordinário no SNS e nos Serviços Regionais de Saúde dos Açores e Madeira. De acordo com esta alteração legislativa, a partir do passado dia 1 de Abril e até 30 de Novembro, os valores serão aumentados em 50% face ao valor vigente até 31 de Março, e a partir do dia 1 de Dezembro de 2017 retomarão as percentagens previstas na tabela a que se refere o n.º 2 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março. Passa a estar contemplado também o trabalho extraordinário prestado "noutras atividades dos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde também essenciais para a adequada prestação de cuidados de saúde aos seus utentes e com o mesmo acréscimo de penosidade que constitui o fundamento para a atribuição dos referidos acréscimos remuneratórios". Para mais pormenores, consulte o diploma na área de legislação do site nacional da OM, correspondente ao dia 5 de junho. A remuneração de trabalho extraordinário foi precisamente uma das questões que o Fórum Médico, onde estão representadas a Ordem dos Médicos, os sindicatos médicos e outras associações representativas destes profissionais, debateu antes da greve do início de maio. O pagamento do trabalho extraordinário havia sofrido um corte para metade desde 2012.

VIII Congresso da CMLP

Raízes, realidade e solidariedade

Foram tema central de encontro lusófono



Brasília foi palco, no passado dia 4 e 5 de maio, do VIII Congresso da CMLP - Comunidade Médica de Língua Portuguesa, que representa cerca de 500 mil profissionais. O encontro, organizado pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira, onde se debateram os desafios globais, desde a formação à bioética, teve o apoio da Ordem dos Médicos de Portugal.

Raízes, realidades e solidariedade foram o mote para reflexão no VIII Encontro da CMLP onde se debateram temas como os desafios globais em Saúde da CMLP, bioética dos países lusófonos, Saúde em todas as políticas e educação e formação médica. O compromisso ético no desempenho da Medicina e as diferenças dos sistemas de saúde dos países lusófonos marcaram a primeira conferência do VIII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa. O presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Carlos Vital, apresentou um panorama sobre os indicadores de saúde dos nove países de língua portuguesa: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Macau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe, e Timor Leste. “No momento, em que se discutem as bases de uma nova ordem global, com impactos na economia, educação e relações sociais, entre outros as-

petos, surge uma oportunidade para que possamos, juntos, inspirados pelas nossas heranças e vocações, planear estratégias para superação de desafios e obstáculos, oferecendo as nossas contribuições para a construção de um mundo mais justo, ético e igualitário”, salientou, comparando os principais indicadores dos países de língua portuguesa, alertando para a existência de desigualdades acentuadas na prestação de cuidados de Saúde. Conforme foi referido pelo presidente do CFM, apesar de ser classificado como uma das maiores economias do mundo, no Brasil a participação do Estado na despesa total com a Saúde é de, apenas, 48%. “Trata-se de um baixo percentual, posto que, nos sistemas públicos de saúde, torna-se recomendável que este índice seja pelo menos de 70%”, defendeu. O presidente do CFM conclui a sua intervenção enaltecendo o médico para além do técnico, como um cuidador

do homem e da comunidade, devendo agir “em defesa das causas públicas”. O antropólogo e membro da Academia Nacional de Medicina, Aníbal Gil Lopes, falou sobre o desafio cultural em países onde não faltam riquezas para dar dignidade e uma saúde adequada às populações, recordando que falta na nossa sociedade a noção de que “primeiro é preciso ser e não ter”.

Ensino: não devemos nos pautar pela quantidade mas antes pela qualidade

Fazendo também referência ao baixo financiamento do Estado brasileiro na Saúde, o presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Florentino Cardoso, alertou para os problemas de Saúde Pública do país, destacando o encerramento em cinco anos de 24,5 mil camas hospitalares ligadas ao SUS - Sistema Único de Saúde. Referenciou igualmente a importância da qualificação das escolas médicas. “No Brasil já são quase 300 escolas que formam aproximadamente 22 mil médicos por ano. Em pouco tempo chegaremos a quase um milhão de profissionais. Não devemos pautar o nosso horizonte pela quantidade mas sim pela qualidade”.



A preocupação com a formação médica também foi abordada pelo secretário-permanente da CMLP e representante da Ordem dos Médicos de Portugal, José Manuel Pavão, que considerou que “os nossos desafios se refletem na formação, sobretudo na formação especializada”, tendo explicado que em Portugal mobilidade e acesso são duas vertentes que colocam importantes desafios. O médico português Francisco Pavão apresentou uma sugestão de criação de um observatório lusófono de sistemas de políticas de saúde por considerar essencial a partilha de dados com base na análise da realidade de cada país e do comportamento dos sistemas de saúde.

Países da CMLP defendem o fortalecimento do sistema público

Os representantes do Brasil, Moçambique e Portugal conduziram uma sessão sobre os desafios globais da Saúde nos países que compõem a CMLP, na qual foram abordadas as infeções emergentes e re-emergentes, as doenças crónicas, as emergências em Saúde Pública e as tecnologias de informação.

O médico especialista em Infeciologia e Alergia e Imunologia, Dirceu Greco, referiu a necessidade de, perante as ameaças de epidemias globais, informação e educação para a Saúde, além do reforço dos sistemas de saúde públicos. O professor da Faculdade de Medicina da USP, Milton de Arruda Martins, defendeu que os países têm que identificar e quantificar o peso de cada doença – muito além dos tradicionais padrões de incidência, prevalência e mortalidade – para traçarem processos de



decisão e planeamento em Saúde, referindo como exemplo de boa prática o grupo multinacional Global Burden of Disease. O vice-presidente do CFM, Mauro Luiz de Britto Ribeiro, referiu na sua intervenção a falta de interligação dos vários níveis de cuidados e as muitas lacunas que acabam por sobrecarregar os hospitais.

Daniela Seixas, professora da Universidade do Porto, falou sobre a necessidade de melhorar a formação em comunicação em Saúde. As ferramentas de comunicação podem ser usadas como “instrumentos para potencializar sinergias da Comunidade Médica de Língua Portuguesa”, oferecendo um ambiente colaborativo, de interação e troca de experiências. Participaram ainda nesta mesa, como presidente e secretária da mesa, o bastonário da Ordem dos Médicos de Moçambique, António Eugénio Zacarias, e a diretora da Associação dos Médicos de Língua Portuguesa de Macau, Filomena Maria Alves Ribeiro Laia McGuire.

Impacto dos serviços de saúde na qualidade de vida da população

No segundo dia deste Congresso o debate incidiu sobre o impacto dos serviços de saúde na qualidade de vida. “Todos estamos de acordo que as más condições sanitárias interferem negativamente nas

condições de vida sociais”, assinalou Daniel Silves Ferreira, representante da Ordem dos Médicos de Cabo Verde. Seguiu-se a intervenção do secretário de Saúde do Ceará, Jurandi Frutuoso, que lamentou a existência de uma grande diferença entre o discurso e a prática: “O SUS, por exemplo, carrega, desde seu surgimento, uma contradição: está calcado num ideal social, mas com um financiamento frágil”. Para este gestor, o sistema público de Saúde brasileiro tem falta de recursos, problemas de gestão e na divisão de responsabilidades. Este orador propôs que a CMLP aprovasse duas cartas, uma destinada aos governantes e outra aos médicos, defendendo a necessidade de se promover a saúde e não a doença.

É preciso financiar adequadamente a Saúde

O conferencista seguinte foi Roberto del Aguilla, coordenador técnico da Unidade de Doenças Crónicas Não Transmissíveis da OPAS/OMS Brasil. Para a OPAS, o maior desafio do século XXI é reduzir a pobreza e a iniquidade. Para alcançar este objetivo, propõem a melhoria das condições de vida da população, com a implementação de políticas de pleno emprego e de sistemas de saúde universais; a luta contra a distribuição desigual do poder, do dinheiro e dos recursos, o que inclui o finan-

Celebração do 10º Aniversário do Doutoramento em Bioética FMUP/CFM



Na Cerimónia de Abertura do VIII Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa realizou-se a celebração do 10º Aniversário do Programa Doutoramento em Bioética promovido pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e pelo Conselho Federal de Medicina do Brasil. Neste evento foram também entregues os certificados do curso de

doutoramento a cerca de 30 estudantes brasileiros do Programa Doutoramento em Bioética que concluíram este ano o curso com êxito.

Estiveram presentes José Manuel Pavão, em representação do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, Fátima Marinho, vice-reitora Universidade do Porto, a diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Amélia Ferreira, e o diretor do Programa Doutoramento em Bioética, Rui Nunes. Participaram também na cerimónia o presidente do CFM, Carlos Vital, o diretor do CFM, José Gallo, o presidente Associação Médica Brasileira, Florentino Cardoso, e o fundador da Cátedra de Bioética da UNESCO, Amnon Carmi (Israel).

A Faculdade de Medicina da Universidade do Porto efetuou um protocolo em 2007 com o Conselho Federal de Medicina, entidade que tutela cerca de 450 mil médicos brasileiros, com o objetivo de desenvolver um programa de intercâmbio técnico e científico na área da Bioética. Este programa encontra-se já na sua 7ª edição e conta com cerca de 200 estudantes de doutoramento inscritos. O evento foi por considerado histórico pelo presidente do Conselho Federal de Medicina, pois é absolutamente decisivo para a implementação da bioética nos países da lusofonia. Dada a relevância e atualidade deste programa, foi publicamente apresentada por Amnon Carmi a criação do Departamento dos Países de Língua Portuguesa da Cátedra de Bioética da UNESCO (*Portuguese Language Countries Division of the UNESCO Chair in Bioethics*) cujo coordenador será Rui Nunes.



ciamento público da saúde; e a medição, análise e avaliação do impacto das intervenções. “Precisamos priorizar a questão da saúde, financiá-la adequadamente e ter sistemas de avaliação fortes para averiguar os resultados”, argumentou.

A necessidade de melhorar a comunicação médico/doente e interpares foi o tema da conferência do pesquisador e professor da faculdade de medicina da Universidade de Brasília Simônedes Bacelar enfatizou a necessidade da utilização dos termos corretos nas publicações científicas.

A avaliação externa dos cursos de medicina é fundamental

A qualidade do ensino médico nos diversos países lusófonos foi o tema da última mesa, que contou com a intervenção do professor da Universidade de São Paulo, Milton Arruda Martins, sobre o Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (Sae-me) oferecido pelo CFM e pela Associação Brasileira de Educação Médica. “A avaliação externa dos cursos de medicina é uma componente fundamental para aferir qualidade e desenvolver excelência na oferta de ensino”. Arruda Martins explicou que, para ser acreditada, a instituição tem que cumprir uma série etapas que incluem o preenchimento de um questionário online, visitas in loco, envolvendo dirigentes, docentes, estudantes e técnicos da escola, representantes da comunidade, da rede de saúde local e a equipa de avaliadores.

A qualidade do ensino médico também foi alvo de análise da Associação Médica de Moçambique, representada por Milton Tatia, que fez uma reflexão sobre o estado da formação médica referindo que, no ano 2000, o país contava com apenas uma escola de medicina e 50 profissionais. Hoje, Moçambique tem sete escolas e 200 médicos, um aumento que “deveria ser um ganho para a população” mas que está a causar constrangimentos por não ser possível atestar a qualidade dos alunos, dos estágios e dos professores, conforme referiu este.

Fonte: <https://portal.cfm.org.br/>

Prémio Miller Guerra 2017

Distingue Médico de Família



A Ordem dos Médicos e a Fundação Merck Sharp & Dohme voltam a juntar-se para atribuir, pela terceira vez, o Prémio Miller Guerra de Carreira Médica. Nesta edição, que distinguirá um médico de família, volta a ser atribuído o prémio de 50 mil euros. As candidaturas arrancaram a 12 de dezembro e decorreram até 17 de Abril de 2017.

O Prémio Miller Guerra volta em 2017 com a finalidade de premiar a vertente humanista da medicina, homenageando também a memória do Prof. Miller Guerra. Na sua primeira edição, em 2013, dedicada à Carreira de Medicina Geral e Familiar, foi galardoado Mário Moura, decano da especialidade. Em 2015, numa distinção à Carreira Hospitalar, o prémio foi atribuído ao cirurgião pediátrico António Gentil Martins. Em 2017, o Prémio volta a distinguir a Medicina Geral e Familiar e pretende galardoar um médico de família (especialista de Medicina Geral e Familiar ou Clínico Geral) com uma carreira exemplar dedicada ao serviço dos doentes e ao progresso da assistência médica em Portugal, com uma atitude humanista na prática clínica, como era apanágio do Prof. Miller Guerra.

As carreiras médicas dos candidatos deverão caracterizar-se pelo exemplo humanitário, sólidos conhecimentos técnicos e científicos, uma enorme dedicação aos princípios do juramento de Hipócrates, bem como por uma aptidão para a liderança. A capacidade de atração e formação de seguidores e um impacto positivo na instituição em que trabalham, na sociedade médica e na sociedade em geral serão também critérios a considerar.

O Júri é composto por um Presidente, sendo este o Presidente da Ordem dos Médicos, por um Vice-Presidente - o Presidente da Fundação Merck Sharp & Dohme, os três Presidentes das Secções Regionais da Ordem dos Médicos, um representante da Direcção da Fundação Merck Sharp & Dohme, um representante da sociedade civil designado pela Fundação Merck Sharp & Dohme, um membro médico da comunidade académica a designar pelo Conselho de Reitores, o Presidente da Associação dos Médicos de Carreira Hospitalar, o Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e um Secretário a designar pela Ordem dos Médicos.

Com o valor pecuniário de 50 mil euros, o Prémio mantém a sua periodicidade, sendo atribuído de dois em dois anos.

João Pedro Miller Guerra (1912-1993) foi responsável pelo célebre Relatório das Carreiras Médicas, publicado em 1961, e que esteve na génese das atuais carreiras médicas tendo contribuído para um progresso decisivo na formação técnico-científica dos médicos e na qualidade dos cuidados de saúde em Portugal.

A data da cerimónia de entrega do Prémio Miller Guerra 2017 será anunciada no início do mês de Setembro.



1001 cartas para Mosul

Medicina, humanismo e esperança



Realizou-se no dia 27 de maio o lançamento do livro “1001 cartas para Mosul” do médico Gustavo Carona, uma obra onde se reúnem mensagens de portugueses, traduzidas para inglês e árabe, que o autor levou consigo para a sacrificada cidade de Mosul. É precisamente em Mosul que está, neste mês de junho, Gustavo Carona, dando o melhor de si, como médico e como ser humano porque acredita que “todos podemos fazer alguma coisa”, mesmo que tenhamos medo.



Em vésperas de partir para nova missão humanitária, o médico Gustavo Carona apresentou a sua obra “1001 cartas para Mosul” com as centenas de pessoas que encheram o auditório do Hospital Pedro Hispano. Este livro, que foi apresentado por Alexandre

Quintanilha, reúne um conjunto de mensagens (escritas em português, inglês e traduzidas para árabe) que o autor se propôs fazer chegar ao povo de Mosul, onde há vários meses se vive num cenário de guerra. Foi precisamente com a leitura de excertos do livro que Alexandre Quintanilha transmitiu o que significa esta obra e se comoveu, comovendo igualmente a plateia. Victor Herdeiro, o presidente do conselho de administração da ULS Matosinhos/Hospital Pedro Hispano, unidade em que trabalha o autor das “1001 cartas para Mosul”, interveio na cerimónia para enaltecer o espírito humanitário de Gustavo Carona, referindo o orgulho da ULS em poder associar-se ao lançamento de um livro escrito por um “médico extraordinário” e, mais do que isso, um ser humano pleno de humanidade e “compaixão no seu verdadeiro sentido: o de aliviar os sofrimentos de outros”.

O medo nunca poderá ser superior à vontade de ajudar

Gustavo Carona de Magalhães, autor deste projeto, é médico anestesista e intensivista no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano. Partiu em 2009, pelos Médicos do Mundo, para a sua primeira missão humanitária, em Moçambique. Depois, pelos Médicos Sem Fronteiras trabalhou em cinco missões humanitárias em diferentes países, todas em cenário de guerra: República Democrática do Congo (2009), Paquistão (2011), Afeganistão (2012), Síria (2013), e República Centro Africana (2016). Neste preciso momento está em missão humanitária em Mosul, no norte do Iraque. Já perdeu a conta às bombas que já ouviu cair perto de si, mas não se considera particularmente corajoso. Acredita, isso sim, que “o medo nunca poderá ser superior à vontade de ajudar estas pessoas” porque não podemos ficar indiferentes aos trágicos acontecimentos da atualidade e todos devíamos estar mais atentos ao que se passa no mundo.



Para Victor Herdeiro, Gustavo Carona define-se como “um verdadeiro orgulho para toda a classe médica e para a Unidade Local de Saúde de Matosinhos”, mas também “seguramente para os todos os cidadãos que não se deixam vencer pela indiferença para com quem sofre”. Em representação do bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos Mota Cardoso enalteceu igualmente o autor e a obra como marcas do humanismo subjacente à Medicina, numa intervenção também ela de grande humanidade e profundidade filosófica, que foi seguida atentamente por uma plateia que ocupava todo o auditório do Hospital Pedro Hispano, espalhando-se também pelas escadas.

Foram, aliás, diversas as reações e comentários, quer durante a cerimónia de apresentação quer na sequência da mesma. Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, após iniciar a leitura das 1001 cartas afirmou ser este “um livro de uma grande dimensão e profundidade”, salientando do autor Gustavo Carona o seu espírito de sacrifício e humanismo e “a coragem em contribuir para ajudar um povo que tem sido massacrado pelas hostilidades cruzadas que imperam naquela região do globo”.

Partindo em junho para o Iraque (Mosul) para trabalhar mais uma vez com os Médicos Sem Fronteiras, Gustavo Carona considera-se “apenas uma peça que faz a máquina funcionar”, naquela que se percebe das suas palavras – e ações – “ser a grande solução para um mundo melhor”: a so-

lidariedade e a disponibilidade para dar de si em prol do outro. “Parto em missão porque gosto de ser médico, porque acredito que se não for parte da solução, serei parte do problema, mas também porque adoro viajar, compreender o mundo com os meus olhos, nomeadamente alguns dos acontecimentos mais relevantes da nossa história contemporânea. Gosto também da pessoa que encontro em mim quando estou ‘lá’. Acho que é a mais bonita das minhas facetas e, por isso, tento alimentá-la”, explicou, na sua intervenção, com a honestidade intelectual que o caracteriza e que faz questão de também cultivar. “Tentarei fazer o que sei - salvar vidas - num dos locais mais necessitados dos dias de hoje. Mas, para além disso gostava de levar comigo mensagens de quem acredita que não podemos ficar indiferentes a alguns dos acontecimentos mais trágicos da actualidade, como tem sido esta guerra por Mosul”, escreveu alguns dias antes desta apresentação, explicando como nasceu este livro. “1001 cartas para Mosul” resulta dos apelos de Gustavo Carona – através das redes sociais – para que se enviassem mensagens ao povo de Mosul, cidade ocupada pelos terroristas do Daesh desde 2014 e confrontos constantes entre estes e o exército do Iraque que os combate tentando recuperar a cidade, causando grande sofrimento aos habitantes desta localidade e destruindo as estruturas básicas.

O valor da venda deste livro vai reverter, na totalidade, a favor dos Médicos



Carlos Mota Cardoso representou a OM neste lançamento

Sem Fronteiras e para a Plataforma de Apoio aos Refugiados (contacto da editora: editoraomega@editoraomega.com | <https://www.editoraomega.com/>).

NEWS FARMA

Entrevista ao presidente do CRN

“O maior desafio da Saúde nos próximos anos está relacionado com o seu financiamento”

António Araújo, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, acredita que o setor da Saúde atravessa “tempos muito difíceis”. Motivos para este descontentamento e preocupação são muitos, a começar pelo número excessivo de alunos nos cursos de Medicina, passando pelo desinvestimento dos sucessivos Governos no Sistema Nacional de Saúde (SNS), que provoca o êxodo dos recém-formados, pelo trabalho excessivo, ou o envelhecimento de pessoas e máquinas. Razões mais do que suficientes para a greve realizada nos dias 10 e 11 de maio. O grande desafio, contudo, está “no financiamento” a prazo. Por isso, em entrevista à News Farma, defende uma reforma cuidada do SNS, que envolva o poder político, os profissionais de Saúde e a população.

News Farma (NF) | Como avalia o estado do sector da Saúde?

António Araújo (AA) | Ao contrário da ideia que alguns têm tentado passar, o sector da Saúde está a atravessar tempos muito difíceis. Para isto têm contribuído problemas que existem há vários anos e para a resolução dos quais muito pouca coragem política se tem tido. Por exemplo, o excessivo número de alunos nos cursos de Medicina, que ultrapassa as capacidades formativas das faculdades no pré-graduado e as dos serviços clínicos no pós-graduado, levando à emigração forçada e ao aparecimento de médicos indiferenciados. Ou o desinvestimento no SNS a que se tem assistido nos últimos anos, que tem conduzido às más condições de

trabalho que se verificam atualmente, ao trabalho excessivo, ao surgimento num número alarmante de profissionais de saúde de situações de “burnout”, ao envelhecimento acentuado da maquinaria pesada, como TAC’s e RMN’s. Temos assistido às dificuldades crescentes das unidades de Saúde em substituir ou em investir nesse material, criando problemas importantes na resposta que conseguem dar às solicitações, e recorrendo cada vez mais ao “outsourcing”. Temos verificado a sobrelotação dos serviços, fundamentalmente de Medicina Interna, que conduz a situações de internamentos em áreas do serviço de urgência ou em locais provisórios, com o conseqüente aumento nos tempos de internamento e pos-

sibilidade de comprometimento dos melhores cuidados de Saúde. Não esquecendo também a falta de camas disponíveis a nível da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e dos cuidados paliativos.

Ao nível dos cuidados de Saúde primários, continuamos a verificar a não existência de uma verdadeira reforma no que concerne à sua centralidade na prestação dos cuidados de Saúde, o excessivo número de utentes por médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), o peso desmesurado dos sistemas informáticos na prática clínica diária, a deficiente articulação entre os serviços de atendimento permanente e os serviços de urgência hospitalar, e o mesmo se pode aplicar entre os médicos de MGF e os médicos hospitalares no trabalho quotidiano. Falta, também, uma verdadeira reforma da Saúde pública, com a definição clara dos objetivos que esta área deverá abranger. Por fim, mas não de menor importância, a revitalização das carreiras médicas e a sua extensão aos sectores social e privado, assuntos que terão que ser trabalhados em conjunto com os sindicatos.

NF | Qual (quais) o(s) grande(s) desafio(s) para os próximos anos?

AA | Penso que o maior desafio que a Saúde vai enfrentar nos próximos anos estará relacionado com o seu financiamento. A população portuguesa está a envelhecer, pelo que necessitará obrigatoriamente de mais

cuidados de Saúde, o que condicionará a necessidade de mais médicos, um aumento do número de internamentos, e de internamentos cada vez mais complicados, o crescimento da utilização de medicamentos inovadores e de cirurgias menos invasivas. É claro que, mais tarde ou mais cedo, terá que haver um repensar do tipo de cuidados de Saúde que o SNS deverá ou poderá assegurar mas, antes disso, devemos discutir e implementar uma reforma cuidadosa do SNS, responsabilizando a tutela, as unidades de Saúde e envolvendo ativamente os cidadãos.

NF | O que espera das negociações que vão decorrer até setembro com o Ministério da Saúde e, mais concretamente, da reunião marcada para o dia 20 de junho?

AA | Espero que se consiga chegar a bom termo no que respeita aos dossiers que estão a ser negociados. Isto traduzir-se-ia num período de melhoria das condições de formação e de trabalho dos médicos, e num incremento da qualidade da relação médico-doente. No fundo, o que se espera alcançar é a salvaguarda da dignidade e da segurança dos doentes e dos profissionais de saúde, ou seja, valorizar o Ato Médico.

NF | Analisemos as principais reivindicações dos médicos: de que forma é possível reduzir de 200 para 150 horas anuais o tempo de trabalho extraordinário? E de 18 para 12 horas nas urgências? E a redução da lista de utentes por médico de família (de 1900 para 1500

utentes)?

AA | Em primeiro lugar, não tenho qualquer dúvida de que todas estas reivindicações vão ser conseguidas, pois trata-se de um elemento sentido de justiça. Com a exceção de um ordenado baixo e do profissional querer complementar esse parco vencimento com o que ganha em horas extra, alguém gosta de fazer semanalmente e de uma forma programada horas extra? É lógico ter serviços que funcionam exigindo aos seus médicos que realizem horas extra até à exaustão? Não seria mais lógico contratar os profissionais que os serviços realmente necessitam e que se obste à realização de horas extra? Não ficará isso mais barato para o Estado? O mesmo se passa no que diz respeito à lista de utentes por médico de família. Temos de proteger a relação médico-doente e de dar tempo a que se consiga estabelecer a empatia tão necessária a essa relação. Com o excesso de utentes por médico de família apenas se consegue deteriorar a relação entre os interlocutores, despender mais dinheiro em exames e medicamentos quantas vezes não necessários apenas por-

que não se teve tempo para avaliar corretamente o caso clínico.

Evidentemente que estes desideratos deverão ser atingidos progressivamente e, conforme forem entrando mais médicos para o SNS, deverão ser reduzidos aqueles números, de forma a não perturbar o grau de assistência clínica de que hoje se dispõe. Espero, sinceramente, que este ministério cumpra o que prometeu e que até ao fim desta legislatura este assunto esteja regularizado. E, neste sentido, sendo este ministro da Saúde também um médico, as suas responsabilidades são acrescidas nesta decisão, até porque conhece bem a realidade.

NF | Face às reivindicações de reposição do pagamento das horas extraordinárias, como analisa o argumento do Ministério da Saúde de que os médicos terão esse pagamento a 100% até final do ano?

AA | A medida de redução do pagamento das horas extraordinárias foi introduzida no seguimento das restrições financeiras impostas pela troika e prometido que seria apenas enquanto esse plano de ajuda finan-

The screenshot shows the News Farma website interface. At the top, there is a navigation menu with links for 'Notícias', 'Tome Nota', 'Artigos', 'Plannings', 'Publicações', 'Fotogalerias', and 'News Farma.TV'. Below the menu, the breadcrumb 'Início > Artigos' is visible. The main content area features a circular profile picture of Prof. Doutor António Araújo on the left. To the right of the photo is the article title: "O maior desafio da Saúde nos próximos anos está relacionado com o seu financiamento". Below the title is a short introductory paragraph: "O Prof. Doutor António Araújo, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, acredita que o setor da Saúde atravessa 'tempos muito difíceis'. Motivos para este descontentamento e preocupação são muitos, a começar pelo número excessivo de alunos nos cursos de Medicina, passando pelo desinvestimento dos sucessivos Governos no Sistema Nacional de Saúde (SNS), que provoca o êxodo dos recém-formados, pelo trabalho excessivo, ou o envelhecimento de pessoas e máquinas. Razões mais do que suficientes para a greve realizada nos dias 10 e 11 de maio. O grande desafio, contudo, está 'no financiamento' a prazo. Por isso, em entrevista à News Farma, defende uma reforma cuidada do SNS, que envolva o poder político, os profissionais de Saúde e a população."

ceira estivesse em vigor. Entretanto, e após a conclusão da ajuda externa, o Governo foi repondo esses e outros cortes nas várias categorias de profissionais atingidas e isso ainda não aconteceu com os médicos. Assim, a minha opinião é a de que o valor das horas extraordinárias deveria ter sido reposto, na sua totalidade, desde abril deste ano.

NF | Quais as medidas que, na sua opinião, deviam ser aplicadas para contrariar a falta de médicos no SNS, sendo que muitos optam por emigrar?

AA | É forçoso dar melhores condições de trabalho e perspectivas de carreira. Só se emigra quando não se consegue obter trabalho, este é mal pago ou se apresenta com más condições para a sua execução, ou não se consegue imaginar um futuro no seu país. Com os médicos acontece a mesma coisa. É forçoso criar conjunturas que conciliem o acesso ao trabalho, abrindo os concursos de colocação dos médicos logo após concluírem a especialidade, boas condi-

ções de trabalho, uma remuneração justa e uma visão de evolução na sua carreira profissional. É importante serem criadas condições que privilegiem a fixação de médicos no interior do país e que reforcem o apelo para a carreira de MGF.

NF | Quanto à progressão na carreira, de que forma podem ser viáveis os lançamentos de concursos para as posições de assistente graduado sénior e assistente graduado?

AA| Não se trata de uma questão de viabilidade, mas sim de um assunto de justiça moral. Os quadros médicos estão muito desprovidos de hierarquias reconhecidas e providas. Por outro lado, como se aguardam muitos anos antes que sejam abertos concursos para os níveis superiores da carreira, há colegas que aguardam desproporcionalmente muitos anos até que tal aconteça e quando ocorre existe um número muito grande de colegas para concorrer, o que torna os concursos muito difíceis para uma correta avaliação dos candidatos e de grande injustiça para aqueles que

aguardaram mais anos.

NF | Que mensagem gostaria de deixar aos futuros médicos, face ao atual cenário do SNS?

AA | Em primeiro lugar, não percam a esperança no vosso país e sejam resilientes. Litem para que vos sejam fornecidas condições que vos permitam ficar cá. Sejam exigentes nas condições de trabalho que vos são oferecidas e não pactuem com situações menos condignas. Privilegiem e dignifiquem sempre a relação médico-doente, até porque o grau de confiança e exigência que os doentes depositam nos seus médicos é muito elevado, e tenham orgulho em todos os atos médicos que pratiquem. Mantenham-se próximos, participativos e reivindicativos junto das associações de classe que vos representam, de forma a, todos juntos, termos mais força nas exigências que temos vindo a fazer e a que temos direito. Lembrem-se, sempre, que existimos para zelar pela Saúde dos nossos cidadãos, mas que também somos, nós mesmos, cidadãos e profissionais com direitos inalienáveis.

CULTURA

Termografia

Coordenação de: Joaquim Gabriel, Catarina Aguiar Branco, Afonso Pinhão Ferreira, Clara Ramalhão, Ricardo Vardasca e Miguel Pais Clemente

Termografia - Imagem Médica e Síndromes Dolorosas é uma obra que dá a conhecer a termografia como modalidade de imagem médica disponível para utilização clínica, com aplicações em diversas áreas ilustradas ao longo deste livro, nomeadamente no diagnóstico e acompanhamento de síndromes dolorosas.

É fruto da experiência adquirida ao longo de 10 anos de trabalho sobre esta temática, baseada em referências científicas e protocolos *standard* de captura e análise das imagens de termografia.

Esta obra, escrita por médicos, médicos dentistas e engenheiros, apresenta uma abordagem multidisciplinar alargada, incluindo casos clínicos com aplicações da termografia em diversas áreas da Saúde.

Para uma melhor compreensão dos conteúdos e ajuda à interpretação das imagens térmicas, incluíram-se noções de anatomia e fisiopatologia da dor, para além de noções sobre os fenómenos fisiológicos associados às alterações da temperatura periférica e ainda os princípios da física e procedimentos para a captação de imagens térmicas.

É, assim, um livro de grande interesse para diversas áreas da saúde, nomeadamente Medicina Física e de Reabilitação, Estomatologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Cirurgia Plástica, entre outras.

Uma edição LIDEL.



“Reforma da Saúde Pública – Que caminhos?”

No dia 30 de maio, promovido pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos e pelo Sindicato dos Médicos do Norte, realizou-se na SRNOM um debate sob o tema “Reforma da Saúde Pública – Que caminhos?”. O evento foi presidido por António Araújo, presidente do CRNOM, e Arnaldo Araújo, representante do Sindicato dos Médicos do Norte e especialista em Saúde Pública e moderado por Rui Capucho, vogal do CRNOM e especialista em Saúde Pública. Alcindo Maciel, especialista em Saúde Pública, Constantino Sakellarides, doutorado em saúde pública, e Sobrinho Simões, médico e cientista, foram os palestrantes convidados para o evento que contou com cerca de uma centena de participantes.

No dia 19 de setembro de 2016 foi publicado em Diário da República o Despacho nº 11232/2016, assinado pelo Ministro da Saúde, que determinou a criação de uma Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional, presidida pelo Director-Geral da Saúde, Francisco George, e constituída por representantes do Ministério da Saúde, bem como das Administrações Regionais de Saúde, das Ordens Profissionais e dos sindicatos da área da saúde. Mais de um ano depois, o debate que se realizou na Sala Braga da SRNOM serviu para fazer um balanço dos trabalhos da Comissão destacada para a reforma e, essencialmente, para tentar procurar soluções para a melhoria da Saúde Pública junto dos médicos.

Arnaldo Araújo, especialista em Saúde Pública, apresentou os motivos que levaram à organização do debate e as dificuldades sentidas, mesmo após a criação da Comissão para a Reforma da Saúde Pública em Portugal: “Juntamente com a SRNOM, entendemos que era a altura de debater o que pretendemos da Saúde Pública. Embora a Comissão continue a trabalhar, não sabemos como, para quê e porquê”, afirmou o médico. Apesar de ter sido membro da Comissão indicado pela tutela, Arnaldo Araújo teceu duras críticas à mesma, garantindo que duvida que “qualquer instituição tenha capacidade de se auto-renovar”, após sublinhar a falta de concordância entre as instituições sindicais e médicas e a tutela.

Alcindo Maciel começou por explicar que há pouca informação sobre a Comissão e o que se pretende para esta reforma da Saúde Pública, alegando que “esta área da saúde devia estar presente nos Cuidados de Saúde Primários”. Por outro lado, o médico acredita que a qualidade da Saúde Pública tem evoluído, sendo, neste momento, o problema da contratualização o maior entrave à reforma da mesma: “É preciso garantir os cuidados de saúde necessários a toda a população”. O médico acrescentou ainda que “sendo a Saúde Pública uma especialidade com especiais necessidades de planeamento, é necessário medir os impactos desse mesmo planeamento na população”. “Não estamos a atingir as necessidades – as crianças cumprem um plano que existe desde 1970 que está na altura de mudar – 99% das crianças cumprem os requisitos e continuam a ter excesso de peso, vemos as crianças a ficar doentes e não fazemos nada”, lamentou.

A solução apresentada pelo especialista em Saúde Pública foi a promoção de uma “contratualização gradual integrada, com médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde”. Constantino Sakellarides já havia abordado, na SRNOM, a importância do planeamento para o bom funcionamento dos Cuidados de Saúde

É necessário valorizar os Cuidados de Saúde Primários e temos agora uma excelente oportunidade para introduzir a Saúde Pública nesta área de prevenção - Sobrinho Simões

Primários em Portugal, destacando a prevenção como o principal foco para a melhoria da saúde pública. No debate, o médico e professor destacou a necessidade de serem criados planos diferenciados relativamente a cada tipo de pessoa, tendo em conta o sexo, a idade, o emprego e outros factores “de extrema importância para avaliar as necessidades da população”. Actualmente, Sakellarides acredita que “sobrevvalorizamos o papel dos planos de saúde (desactualizados) e desvalorizamos a importância das pessoas que fazem a Saúde Pública”. Com uma intervenção que foi ao encontro da protagonizada por Alcindo Maciel, Constantino Sakellarides reforçou que “é necessário um bom plano de saúde e uma boa equipa”. Quanto à actual Reforma da Saúde Pública referiu que esta “não começou bem, é altamente complexa e há a necessidade de reco-

meçar”, informando que vai coordenar um movimento que começa no Norte do país, apoiado pela tutela, e que visa o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde, literacia e autocuidados, como forma de prevenção de doenças: “É uma boa oportunidade para recomeçar”, afirmou. O debate continuou com uma apresentação de Sobrinho Simões que considerou que Portugal vive um momento em

que “é necessário valorizar os Cuidados de Saúde Primários e temos agora uma excelente oportunidade para introduzir a Saúde Pública nesta área de prevenção”. “Temos estruturas académicas que permitem englobar a Saúde Pública nos CSP”, salientou Sobrinho Simões. O médico e cientista explicou que é necessário e importante valorizar a investigação, nomeadamente na Saúde Pública, estudar a população e adequar a Reforma às necessidades de prevenção da população. “Tenho sentido que Portugal discute sempre muito as parcerias público-privado (...) é necessário investir na formação e juntar as academias, por exemplo, com o Ministério da Saúde”, concluiu.

O debate terminou com uma sessão aberta ao público onde ficou patente a necessidade de recomeçar a Reforma da Saúde Pública e investir nas áreas da formação, sempre a pensar na prevenção em saúde e no bem-estar da população.





TEMPO MEDICINA ONLINE

Notícias | Dossier | Saúde | Eventos | Pesquisa

Hospitais do Norte sem verba para fármacos

Jun 06 '17 | 11.02.2017

Presidente do CRN da OM lança alerta

O presidente do Conselho Regional do Norte (CRN) da Ordem dos Médicos (OM), António Araújo, afirmou nesta terça-feira, que «há alguns hospitais da região que não têm dinheiro para comprar medicamentos».

Sem identificar as unidades ou o tipo de medicamentos, o responsável sublinhou igualmente, em declarações aos jornalistas à margem do debate sobre a reforma da Saúde Pública, que decorreu na sede do CRN, que «todo o Serviço Nacional de Saúde está a viver um momento muito difícil».

«Há unidades hospitalares que têm graves dificuldades para comprar medicamentos por falta de verba», alertou António Araújo, respondendo às declarações proferidas ontem pelo líder do PSD, Pedro Passos Coelho, no Algarve, sobre a falta de investimento na área da Saúde.

«A Saúde está subfinanciada de uma forma crónica. A verba para a Saúde aumentou quase nada este António Araújo denuncia dificuldades ano e isto tem vindo a agravar-se», afirmou o presidente do CRN, notando que os hospitais do Norte, tradicionalmente mais rigorosos nas contas, têm sido mais afetados pelos cortes aplicados no setor.

O presidente do Conselho Regional do Norte (CRN) da Ordem dos Médicos (OM), António Araújo, afirmou nesta terça-feira, que «há alguns hospitais da região que não têm dinheiro para comprar medicamentos»

O responsável acrescentou ainda que um resultado estral deste subfinanciamento é o aumento significativo das dívidas do Serviço Nacional de Saúde aos fornecedores.

TEMPO MEDICINA ONLINE EDIÇÃO DIGITAL

Jornal de Notícias

Hospitais sem verba para fármacos, diz Ordem

NORTE O presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, António Araújo, afirmou ontem que há "alguns hospitais da região que não têm dinheiro para comprar medicamentos". António Araújo não quis identificar as unidades de saúde em dificuldades nem o tipo de medicamentos em causa.

Em declarações aos jornalistas, à margem de um debate sobre a reforma da Saúde Pública, que decorreu ontem à noite, no Porto, na sede da Ordem dos Médicos do Norte, António Araújo referiu que "todo o Serviço Nacional de Saúde está a viver um momento muito difícil. Há unidades hospitalares que têm graves dificuldades para comprar medicamentos por falta de verba". O médico respondeu desta forma às declarações proferidas ontem pelo líder do PSD, Pedro Passos Coelho, no Algarve, sobre a falta de investimento na área da Saúde (ler mais na página 12) da Saúde (ler mais na página 12).

"A Saúde está subfinanciada de uma forma crónica. A verba para a Saúde aumentou quase nada este ano e isto tem vindo a agravar-se", disse António Araújo, notando que os hospitais do Norte, tradicionalmente mais rigorosos nas contas, têm sido mais afetados pelos cortes aplicados no setor. O resultado visível deste subfinanciamento é o aumento significativo das dívidas do Serviço Nacional de Saúde aos fornecedores.

De acordo com os últimos dados disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSSS), em março de 2017, os pagamentos em atraso nos hospitais empresa do Serviço Nacional de Saúde totalizavam 701 milhões de euros, mais 27% do que no mesmo período do ano anterior. A dívida vencida seguiu no mesmo mês com um acréscimo de 214 milhões de euros face ao mesmo período de 2016, num total de 1,1 mil milhões de euros.

O financiamento das unidades de Saúde do Norte é um tema que a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos vai colocar a debate em breve. **na semana**

António Araújo denuncia dificuldades

Comemoração do Dia Mundial do Médico de Família

Dia de alerta, homenagem e alegria

“Para mim, o Médico de Família é...: “...O melhor confidente, a pessoa em quem confio os meus problemas, a minha saúde...um amigo”; “...muito atento. É espetacular”.

Estas são algumas das frases afixadas no hall de entrada da Unidade de Saúde Familiar Águeda+Saúde, cujos impressos foram entregues pela assistente técnica aos utentes que acolheram este desafio no Dia Mundial do Médico de Família que se comemora a 19 de maio. Foi precisamente neste dia e nesta unidade de saúde que o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, se inteirou das dificuldades relacionadas com a desmaterialização da emissão das cartas de condução.

Para assinalar esta efeméride e enaltecendo esta especialidade médica basilar e com especial proximidade com os utentes, à noite, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos levou a cabo uma sentida homenagem a dois médicos de família: José Cabeças (a título póstumo) e Isabel Jacob. Para ambos homenageados, foram produzidos dois vídeos de tributo, em que são destacadas sobretudo as qualidades humanas e o contributo inestimável para a Medicina destes dois médicos



Coro OM



Isabel Jacob (homenageada)



Maria dos Prazeres Francisco, Salvador e Ricardo Cabeças (homenagem a título póstumo ao Dr. José Cabeças)



Concurso fotografia SRCOM



Inês Mesquita e Ivo Reis

formados na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O sarau comemorativo do Dia Mundial do Médico de Família, com a apre-



Inês Rosendo - SRCOM



João Rodrigues (USF-AN)



Inês Mesquita e Maria dos Prazeres Francisco



Miguel Pereira (APMGF)



Anaquim

sentação de Inês Mesquita (vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos) e de Ivo Reis (Coordenador do Gabinete de Informação e Tecnologia do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos), teve início com os 'artistas' da casa: o Coro da Ordem dos Médicos, cujas vozes ecoaram no Conservatório de Música de Coimbra sob a condução do maestro Virgílio Caseiro.

Momento cativante, este, a que se seguiram, por ordem de intervenção, os alertas e o reconhecimento do papel do Médico de Família por parte do representante da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Miguel Pereira, do presidente da Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar, João Rodrigues, e da vogal do

Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Inês Rosendo. O representante da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, ao traçar o retrato desta especialidade, referiu que "atualmente, apenas oito por cento da população não tem médico de família, o que corresponde a mais ou menos 800 mil portugueses, e desses, 600 mil são na região Lisboa e Vale do Tejo. Rapidamente, todos os portugueses podem ter médicos de família". Miguel Pereira não deixou de assinalar algumas das dificuldades destes profissionais, nos centros de saúde sem as adequadas condições de trabalho (falta de limpeza, trabalho em temperaturas extremas, entre outros). Por seu turno, João Rodrigues enalteceu o empenho e a dedicação da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos na evocação desta efeméride e sublinhou o papel incomensurável dos médicos de família cujo trabalho está focado e "centrado na pessoa, na família e na comunidade".

Por último, antes das homenagens já referidas, Inês Rosendo, depois de enaltecer a comissão organizadora e

os funcionários da Ordem dos Médicos envolvidos neste evento, referiu o facto de quão marcante é ser médico de família e "ser a pessoa que faz a diferença" na vida dos utentes. Recordou, aliás, o agradecimento especial de uma utente que, neste dia, fez questão de agradecer o facto de ter consulta mesmo estando a médica já fora do seu horário. "Fui-me inspirando, ao longo do dia, para o que iria dizer aqui. Foi uma manhã caótica, devido aos problemas informáticos, pedidos de mais consultas, (...) mas, ao final, ainda sem almoçar, uma utente extra horário agradeceu de uma forma especial o facto de ser a sua médica de família".

Depois desta intervenção, que mereceu forte ovação, foi o momento de assistir à projeção do vídeo "Um dia com o seu médico de família".

Um dos momentos mais emotivos deste sarau incluiu a projeção de dois vídeos, produzidos pela CentroTV: à Dr^a Isabel Jacob, pelo trabalho notável e inspirador; ao Dr. José Cabeças, que deixou um enorme legado para os médicos vindouros da zona Centro. Quem recebeu o emblema da Ordem dos Médicos foram os filhos Salvador Cabeças e Ricardo Cabeças. Aliás, estes vídeos, partilhado nas redes sociais, já têm milhares de visualizações. Seguiram-se as distinções pela participação no concurso de fotografia que teve como tema genérico "A vida do médico de família para além do consultório". Todas as fotografias ficaram patentes, no dia seguinte, no Clube Médico.

Era, pois, chegado o momento de escutar cinco fabulosos músicos de Coimbra: os Anaquim! E foi ao som de canções como "Tenho o Amor guardado numa caixa", "De vez em quando", "Caros Amigos" que os espectadores responderam com sorrisos e muitos aplausos. Noite memorável no Conservatório de Música de Coimbra!

Sessão de abertura IX Jornadas Internato Medicina Geral e Familiar do Centro:

“O Internato do Futuro” como tema central de debate

Refletir sobre o Internato no futuro: eis o principal propósito das IX Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar (MGF) do Centro que decorreram, nos dias 23 a 24 de maio de 2017, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.



Na sessão de abertura, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, aplaudiu a organização deste evento que conta com o Alto Patrocínio da Ordem dos Médicos, mercê da sua qualidade científica deste evento. “A Medicina Geral e Familiar está neste caminho da exigência. Tenho de elogiar o papel insubstituível dos orientadores de formação, que é essencial na formação de todos os médicos e fazem um esforço tremendo para se desdobrarem para dar uma boa formação aos seus internos. O papel milenar que cumprem na cadeia de transmissão de conhecimentos é absolutamente essencial na Medicina. Ser médico é transmitir os nossos conhecimentos aos mais novos”. Carlos Cortes lançou o desafio para que os médicos internos façam chegar à Ordem dos Médicos os seus problemas. “Temos tido relatos de internos de MGF que têm de assegurar urgências durante a noite nos serviços hospitalares quando os especialistas estão a dormir. Alertem a Ordem dos Médicos para que se possa questionar e resolver este problema.

Chamo-vos a atenção para a gravidade desta situação, denunciem à Ordem dos Médicos”, alertou.

Para o médico patologista clínico, “hoje, o Internato está melhor” e exortou todos os jovens a trilhar “o caminho da exigência”. “Vocês têm o direito de receber formação de todos os vossos colegas especialistas”, sublinhou o presidente da SRCOM. Carlos Cortes lembrou ainda os seus alertas que foram amplamente divulgados a 19 de maio, Dia Mundial do Médico de Família, na sequência das visitas que efetuou às unidades de cuidados de saúde primários em Águeda e S. Martinho do Bispo. Tudo por causa da desmaterialização dos atestados médicos (para a emissão de cartas de condução, por exemplo), que estão a causar problemas aos médicos de família.

O presidente da SRCOM não deixou de aludir aos principais problemas que tem encontrado nos centros de saúde. “Temos de saber exigir qualidade [à tutela], para poder dar a este país os especialistas que necessitamos. Nunca abdicando da qualidade”.



Momentos antes, e na mesma cerimónia de abertura conduzida pela médica interna Marta Fraga, o presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar lembrou que um dos temas em reflexão nestas jornadas é “a constituição de comunidades formativas, em vez de ter internos ‘colados’ a um orientador”.

Rui Nogueira, que é também coordenador do Internato da Região Centro, abordou algumas das dificuldades a enfrentar. Citamos algumas, a título de exemplo: as avaliações formativas ao longo do Internato; o número excessivo de internos que causa problemas nos estágios hospitalares; o exame final.

A Comissão Organizadora incluiu uma novidade na edição deste ano: a sessão de encerramento, assim como a entrega de prémios, será realizada no jantar de gala no segundo e último dia das jornadas. No final das jornadas, Marta Fraga respondeu às perguntas da nossa revista.

4 perguntas a... ...Marta Fraga

Médica Interna Medicina Geral e Familiar – USF Araceti

1 – As IX Jornadas do Internato de MGF do Centro decorreram sob o tema genérico “O Internato no Futuro”. O que mais vos preocupa?

Este ano, o lema do 34º Encontro Nacional de MGF foi “Acolher o Futuro”. Foram discutidos aspetos inerentes à prática clínica e também à formação. Como tal, nas IX Jornadas do Internato de MGF propusemo-nos a continuar neste fio condutor e debater questões do internato que poderiam ainda estar pouco esclarecidas para os internos. Saímos um pouco dos temas puramente clínicos, para dar espaço à formação interna no âmbito da abordagem dos trabalhos para currículo, com o intuito de capacitar os internos de conhecimentos que pareciam estar pouco aprofundados, nomeadamente de como realizar corretamente projetos de investigação, revisões sistemáticas e posters. Foram sessões de grande importância para aquisição de ferramentas que irão permitir a realização de trabalhos com mais qualidade e de nível científico adequado para futura publicação. Por outro lado, foi importante discutir ideias novas de internato médico no sentido de melhorar o internato de MGF.

2 – Face aos constrangimentos sentidos, é ainda possível efetuar trabalhos de investigação durante o Internato?

A formação do internato médico é para todos os internos um período de grande trabalho, estudo e dedicação. Grande parte da produção científica em Portugal é realizada por médicos

internos, e os internos de Medicina Geral e Familiar não são exceção. Cada vez mais somos incentivados à realização de trabalhos investigação com qualidade e repercussão na sociedade científica.

Exemplo disso é o número crescente de médicos de família doutorados que se tem vindo a verificar, o que demonstra o interesse pela investigação. No entanto, é unânime a opinião de que é preferível realizar trabalhos com qualidade e impacto científico, que sejam reveladores de conhecimento, inovação e utilidade. Contudo, este trabalho requer tempo e disponibilidade, o que muitas vezes se torna difícil de conciliar com as restantes exigências do internato.

3 – Como encaram os colegas a possibilidade de realizar o Internato no âmbito de uma comunidade formativa?

A ideia das comunidades formativas ou formadoras, é uma ideia inovadora que pretende criar uma rede de conhecimentos, para permitir maior interação dos internos com outras realidades e outros modelos de formação. Pretende proporcionar ao interno um maior leque de oportunidades de aprendizagem e ampliar o modelo vigente “Binómio Orientador/Interno”. O objetivo primário é permitir colmatar algumas limitações sentidas em determinadas áreas da formação, assim como melhorar o processo de avaliação do interno. Para isso será necessária uma mudança organizacional, com a existência de 2 ou mais orientadores para partilhar estas responsabilidades. Creio que para os internos é uma



mudança positiva, na medida em que irá permitir diversificar o seu processo de formação e beneficiar de uma forma mais específica do apoio de outras colegas.

4 – O que mais preocupa os futuros especialistas de Medicina Geral e Familiar?

Enquanto formação específica, a maioria dos internos de MGF está satisfeito com o seu internato, nomeadamente na relação que estabelecem com o seu orientador e na sua duração. Relativamente aos estágios hospitalares existem algumas preocupações, tais como o número elevado de internos e pouco tempo nas valências que condiciona uma redução nas atividades formativas.

Como futuros especialistas, preocupamos bastante a falta de vagas para colocação num local de trabalho próximo da área de residência ou da família, o número excessivo de lista de utentes, o excesso de trabalho burocrático em MGF e ficar colocado num local com falta de recursos e que não permita corresponder às necessidades da população.

“USF e UCSP - que modelos e que desafios?”



A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) promoveu, no dia 25 de maio, o debate “USF e UCSP: que modelos e que desafios?”. Muitas foram as questões abordadas por um painel que contou com a intervenção do Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes; Coordenador Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários, Henrique Botelho; do Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Rui Nogueira; do Presidente da (Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar | USF - AN), João Rodrigues; da Médica da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados S. Tiago (Unidade Local de Saúde de Castelo Branco), Susete Simões; da Médica da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Tábua, Carla Correia; da Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Fernando Namora, Ana Paula Cordeiro (que começou há 25 anos a trabalhar num centro de saúde em Tábua e já trabalhou na UCSP em Soure); e da Médica Interna do 4º ano Medicina Geral e Familiar USF Fernando Namora, Ana Peixoto.

“Faz sentido existirem apenas Unidades de Saúde Familiar? Qual a ligação entre Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e as Unidades de Saúde Familiar? Como trabalhar em conjunto? Qual o futuro dos Cuidados de Saúde Primários?” foram algumas das questões levantadas.

Na Sala Miguel Torga da SRCOM, Carlos Cortes, ao dar início à moderação do debate, reportou que nas visitas que efetua “os colegas reportam-me diferenças”. No entanto, aludiu, “no trabalho que desenvolvem são iguais”. Estava dado o mote para a intensa e profícua reflexão que cativou os participantes do primeiro ao último minuto desta sessão.

“Gostaria de terminar, daqui a um ano e meio, o mandato com as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados extintas”, declarou o coordenador nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos cuidados de saúde primários, Henrique Botelho, que admitiu ser “muito difícil” cumprir com esse desejo. Na Sala Miguel Torga, logo na primeira ronda de intervenções, o presidente das Unidades de Saúde Familiar - Associação Nacional (USF-AN), João

Rodrigues, sublinhou que as UCSP seguem um modelo hierárquico, mas que USF e UCSP “têm a mesma carteira de serviços” e o “mesmo processo de avaliação”. Sublinhou o médico de família que trabalha na vila da Lousã: “eu não quero USF de tabuleta. Quero USF que tenham a marca e para isso são necessários requisitos mínimos”, frisando, aliás, alguns problemas na região centro devido “à ausência de investimento”, “falta de supervisão” e “falta de liderança”, apontando as críticas para a administração regional de saúde.

Ora Rui Nogueira considerou de antemão que a discussão “não se pode transformar num campeonato”. “Estamos na era infantil da governação clínica das nossas unidades de saúde e ACES [Agrupamentos de Centros de Saúde]”, alertou o presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, sublinhando que também tem de ser aproveitada uma “oportunidade única nos próximos anos”, em que o país vai formar “dois mil médicos de família” em três anos. Carla Correia, da UCSP de Tábua, frisou que “é tempo de ultrapassarmos a ideia de a UCSP é o parente pobre

da reforma”, uma vez que também trabalha por objetivos, consegue ter autonomia técnica, tendo sido um processo natural a reorganização que transformou o centro de saúde em UCSP. “As coisas foram muito naturais, sem imposição”, confessou. E Ana Peixoto, interna do 4º ano de Medicina Geral e Familiar e atualmente na USF Fernando Namora (Condeixa-a-Nova), partilhou a sua visão dos vários modelos, uma vez que também já trabalhou numa UCSP. Falou dos níveis de exigência, da preocupação com os indicadores, mas reportou como fundamental o facto do médico de família ter a possibilidade de trabalhar com um ficheiro com menos de 1900 utentes. “Com um país tão pequeno e com tantas diferenças ao nível das unidades de cuidados de saúde primários? Isto faz algum sentido? Se eu fizesse a pergunta a mim própria onde gostaria de trabalhar, numa

UCSP ou numa USF, o que responderia?”, questionou a jovem médica, na sua intervenção. De pronto, disse: “Em nenhuma das duas tendo em conta os moldes atuais”. Para além de poder ter um ficheiro com menos 1900 utentes, Ana Peixoto elencou alguns itens que poderiam contribuir para o modelo ideal: ter autonomia para gerir o horário de prestação de serviços, ter a ajuda de outras especialidades (psiquiatria, dermatologia, etc). E, so-

bretudo, trabalhar num local onde a preocupação com a saúde dos profissionais fosse como a preocupação com a saúde dos utentes.

A participação dos colegas neste debate foi de tal forma revelador do interesse neste tema que o mesmo voltará à agenda das sessões da Secção Regional do Centro.

Com um país tão pequeno e com tantas diferenças ao nível das unidades de cuidados de saúde primários? Isto faz algum sentido? - Ana Peixoto

Lançamento do livro “Alexandrino” do médico Carlos Maia Teixeira



Alberto Pêssimo, Adélia Fernandes, António Augusto, Carlos Cortes, Carlos Maia Teixeira e José Queiroga

A Sala Miguel Torga foi pequena para receber familiares, colegas e amigos do médico Carlos Maia Teixeira que lançou, na sede da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, o conto intitulado “Alexandrino” e cuja obra deu o mote à exposição coletiva de pintura nele inspirada (patente no Clube Médico, em Coimbra). Nesta sessão, coube à docente e artista plástica Adélia Fernandes fazer a apresentação do conto e ao ator José Queiroga fazer a leitura do livro. Os dois eventos foram organizados pela associação sem fins lucrativos Editorial Moura Pinto (Coja /Arganil) e Atelier 26. “Este espaço é de todos aqueles que partilham os nossos princípios humanistas para com os doentes e com a sociedade em geral. Para divulgar os valores da solidariedade e do humanismo estamos abertos a utilizar todas as plataformas, nesta casa que é de todos”, declarou o presidente da SRCOM destacando a beleza do objeto literário criado pelo médico de família Carlos Maia Teixeira.





Foto de: Rodrigo Cabrita

Jorge Penedo

Vice-presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos

Hospital Oriental de Lisboa – miragem ou realidade

Uma história iniciada com a construção do Hospital de Todos os Santos no longínquo 1492 e mais tarde no Hospital Real de S. José em 1775. Os HCL (1913-2015) fazem também parte desta história.

Teve vários nomes. Em 1910 um decreto determinou os estudos para a criação do Hospital Central de Lisboa. Foi criado um grupo de trabalho para o seu desenho e nada aconteceu. Durante anos caiu no esquecimento.

Em 1934 o regime determinou a construção do Hospital de Santa Maria e a tarefa entregue a Francisco Gentil, ilustre clínico da época. Quase 20 anos depois foi este inaugurado em 1953. E nele instalada a Faculdade de Medicina de Lisboa.

Em 1979 os governos de Portugal e Suécia assinaram um acordo no campo da Saúde, especialmente no que se referia aos planos de saúde para as Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto. A proposta prevista para a Área Metropolitana de Lisboa incluía a construção de dois novos hospitais. O Hospital Oriental e o Ocidental. Estes trabalhos iniciados em 1982 foram entregues ao Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde do Ministério dos Assuntos Sociais, chefiado então pelo Dr. Baptista Pereira e tinha como consultor o Dr. Correia de Campos, economista da Saúde. Os trabalhos produziram um estudo do plano diretor que, no entanto, nunca se traduziram em qualquer hospital. Apesar dos belos desenhos que ilustram o estudo.

Nos anos 80 e 90 alguns documentos mantêm a chama acesa para a construção de novo hospital. A ver a luz do dia só o Hospital de S. Francisco Xavier, inaugurado em 1987, e que surge na

sequência e adaptação da já existente Clínica do Restelo. Mais uma vez o Hospital Oriental ficou pelo caminho.

Os anos seguintes deram origem a 3 novos hospitais na Área Metropolitana de Lisboa: os Hospitais Garcia de Orta (1991), Fernando Fonseca (1995) e Dr. José de Almeida (2010).

Em 2003 surge no âmbito da ARSLVT a Estratégia de Reestruturação da Oferta Hospitalar no Concelho de Lisboa que define como prioritário o Hospital Oriental de Lisboa / Hospital de Todos

os Santos. Uma opção confirmada pelo estudo liderado pelo Prof. Daniel Bessa e realizado pela Escola de Gestão do Porto, apresentado em 2006, e que coloca o Hospital de Todos os Santos na primeira de 10 prioridades para a construção de novos hospitais.

Em 2008 avança de novo o projeto do Hospital de Todos os Santos, que passa pelas várias fases, chegando mesmo a estar escolhido o parceiro para este projeto que decorria em parceria público-privada. Fruto de conflitos existentes



O Hospital de Todos os Santos

no Governo Sócrates, das duas assinaturas ministeriais necessárias para ele avançar, uma fica por ser feita. Todos os Santos mais uma vez não avançou. Terreno comprado, plano funcional escrito, projeto finalizado, parceiro escolhido. Desta vez com tudo finalizado, falhou por uma assinatura.

Entre 2011 e 2015 o processo foi revisito, revisto, reponderado, criados novos grupos de trabalho. Revisto o programa funcional. Com a permanente resistência passiva do Ministério das Finanças e de alguns elementos de alguns gabinetes ministeriais. Sempre com os fantasmas da crise e da má imagem das PPP. Quem conhece o processo afirma que tudo podia estar terminado a tempo das eleições. Uma decisão que não foi tomada.

Com o atual Governo foi de novo reafirmada a vontade de avançar com a construção do Hospital Oriental de Lisboa. Adalberto Campos Fernandes têm-no reafirmado repetidamente. Novos grupos de trabalho. Novo programa funcional. Mais um terreno de 4 hectares adquiridos a juntarem-se aos 12 já existentes e mais um edifício previsto a juntar-se aos 2 vindos de trás.

Em recente entrevista, marca o ano de 2024 como a data da sua abertura. O que, se ponderar o calendário eleitoral, parece muito plausível. Em outubro de 2017 há eleições autárquicas e o concurso pode ser lançado durante o mês de julho. O que implicará cerca de 1 a 1,5 anos de concurso. O que levará o início da construção para 2019. Ano de eleições legislativas. Um calendário perfeito. E que talvez seja o motor necessário para fazer este projeto ver a luz do dia. Se assim tiver que ser assim o seja.

Mais relevante que todas estas considerações é o facto de que um Centro com 6 hospitais é de total irracionalidade e de impossível gestão. Todos os estudos afirmam a impossibilidade de evitar um elevadíssimo nível de ineficiência. Os recursos humanos necessários são totalmente desajustados à dimensão global do hospital no que respeita ao número de camas que detém. Vários estudos já afirmaram que o facto de



Hospital de S. José (foto: Jorge Penedo)



Uma das muitas imagens que antecipam o futuro

não existir este novo hospital implica um desperdício tal que o pagaria num prazo de 3 a 5 anos.

Apesar do notável esforço dos médicos e restantes profissionais de saúde que trabalham nos velhos 6 hospitais que deverão dar origem ao Hospital Oriental de Lisboa, os resultados são permanentemente agredidos pelas velhas paredes e a distância redundante entre todos eles.

Para os doentes a construção do novo hospital será uma conquista assinalável. Circuitos coerentes, proximidades óbvias, renovação de recursos e de tecnologia. Acesso melhorado. Os ganhos são de tal dimensão que ninguém entende como é possível o adiar permanente deste projeto.

A terminar dois temas obrigatórios intimamente ligados a este hospital. A sua construção permitirá, passados mais de 40 anos, à Faculdade de Ciências Médicas / Nova Medical School da Universidade Nova de Lisboa ter um hospital âncora. Um facto estratégico que Jaime Branco e Pita Barros soube-

ram bem relevar em recente artigo do Expresso.

Um segundo tema decorre da opção anunciada pelo atual Ministro da Saúde: o de manter o Hospital de S. José como um hospital de proximidade. E aqui importa perguntar o que é um hospital de proximidade? Qual a sua missão? Qual a população que vai servir? Num debate que decorreu na Assembleia Municipal de Lisboa ficou bem claro qual a população das freguesias servidas diretamente pelo Hospital de S. José. Uma população que não atinge os 20.000 habitantes. Qual o sentido de manter um hospital de retaguarda, ou de proximidade, no meio da capital do Império.

Em 1492 a opção foi concentrar e criar um novo hospital.

Construir o Hospital Oriental de Lisboa é uma obrigação de qualquer governo, de qualquer partido, de qualquer ideologia. É uma obrigação de cidadania, um ato de inteligência, uma opção de quem acredita que o Estado deve estar ao serviço dos cidadãos.



Foto de: Rodrigo Cabrita

Este ano foram surgindo várias notícias que vaticinavam o número de médicos que ficariam sem hipóteses de escolherem uma vaga de formação específica. Tudo foi tratado como uma mera questão matemática: número de candidatos – número de vagas = candidatos sem vaga. Seriam cerca de 700.

Mas este tratamento aritmético de uma questão tão complexa não só origina interpretações que moldam a opinião pública de uma forma errada como é um desrespeito para com uma Ordem dos Médicos que tem tratado este problema de uma forma séria e sobretudo criteriosa.

Neste momento os candidatos consistem, na sua maioria, em: médicos que terminaram o curso de Medicina em Portugal (cerca de 1800 este ano), médicos que terminaram o curso de Medicina no estrangeiro, médicos internos que pretendem mudar de especialidade e, naturalmente, médicos

Edson Oliveira

Vogal do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos
Presidente do Conselho Nacional do Médico Interno

As Olimpíadas da Medicina

que não obtiveram vaga nos concursos anteriores.

Assim, anualmente, temos vindo a aumentar o número de candidatos à custa dos finalistas das Faculdades de Medicina em Portugal e dos candidatos que não conseguem uma vaga em concursos prévios, apesar do aumento de capacidades formativas que se tem verificado nos mapas de vagas (tendo este ano atingido o máximo histórico de 1758).

Não podemos ocultar que alguns dos candidatos não escolhem uma vaga por decisão pessoal, quando no momento da seleção decidem não exercer o seu direito de escolha devido às opções disponíveis. Este é o reflexo da elevada competição que este processo de excesso de candidatos originou: médicos que preferem repetir o exame na legítima esperança de alcançar uma melhor posição na seriação, ficando um ano numa situação precária sem a certeza de melhoria no processo seguinte. O panorama é tão avassalador como os números indicam: este ano existiram 6 candidatos com 100% e 235 acima dos 90%. Assim, ao longo do concurso muitos vão desistindo por opção, sendo o número final de candidatos sem hipótese de escolha muito inferior à simples análise aritmética da questão (este ano 370). Mas não deixa de ser uma situação preocupante!

Fazer a Prova Nacional de Seriação tornou-se uma competição olímpica. Claro que poderão dizer que esta competição é salutar, na medida em que selecionará os melhores e mais bem preparados para uma nova fase que é muito exigente. Mas será isso verdade? Será que um candidato que conseguiu atingir 80% de respostas corretas não tem elevados conhecimentos de Medicina? O que esta pressão de candidatos

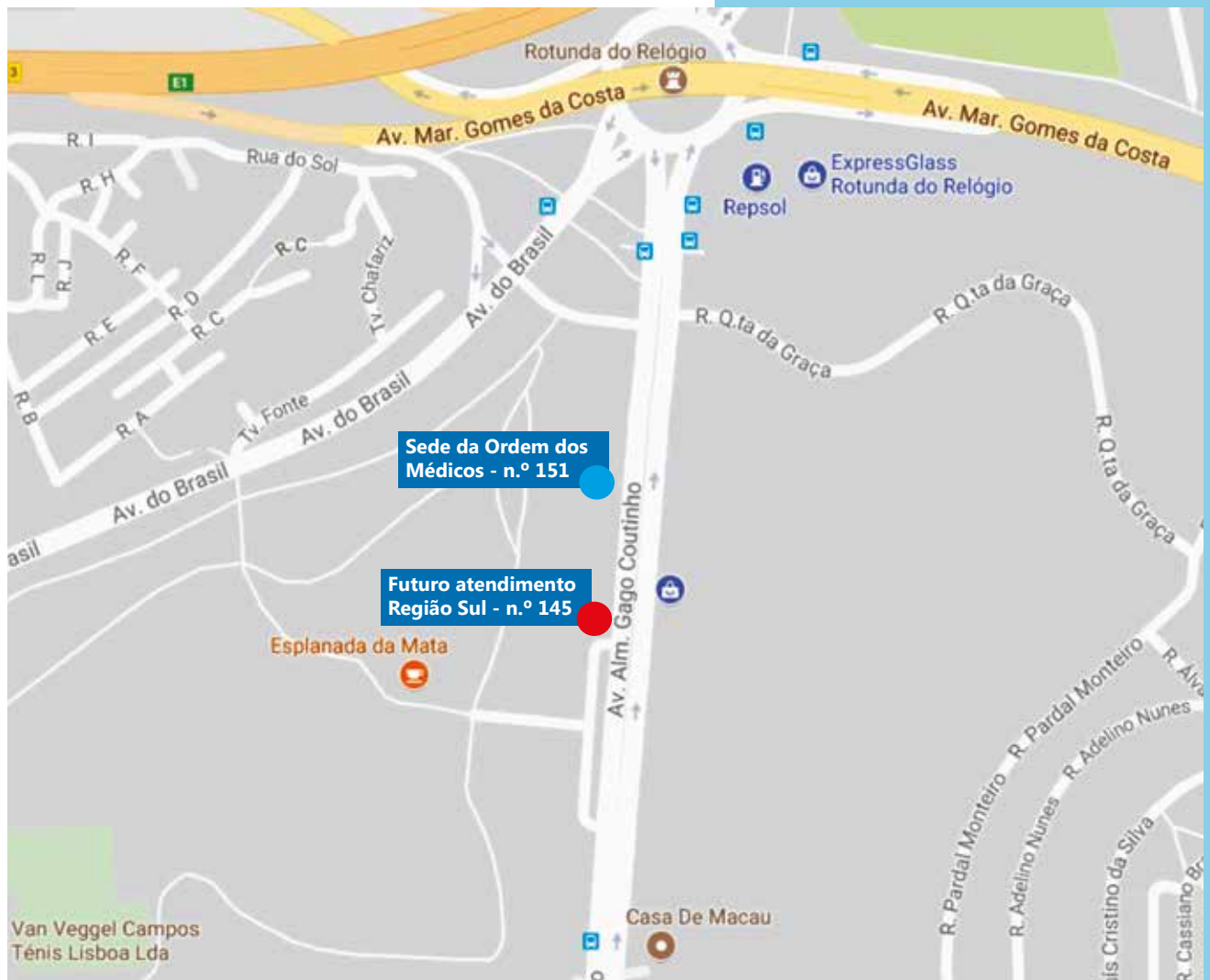
originou foi um sistema perverso em que o pretendido não é avaliar a preparação do futuro interno no exercício da Medicina mas sim a sua capacidade de memorizar, o que poderia ser feito com o Livro de Pantagruel, que também contém pormenores que podem ser diferenciadores.

Urgem medidas que normalizem novamente este processo. A nova Prova Nacional de Avaliação e Seriação, que finalmente irá avançar, poderá ser um passo importante na medida em que o raciocínio clínico é valorizado em detrimento da capacidade de memorização, a média do curso passará a ser ponderada na nota final (deixando de ser apenas um critério de desempate) e as valências avaliadas são aquelas que os alunos contactam ao longo do 6º ano. Mas isso não chega enquanto não houver a coragem política para diminuir os *numerus clausus*. Nesta questão não estou apenas a falar do problema relacionado com a falta de capacidades formativas pós-graduadas. Atualmente as Faculdades de Medicina não conseguem manter um rácio aluno-tutor adequado a uma formação com qualidade nos anos clínicos, atingindo um rácio médio de 7,5.

Portanto, em todo este processo, está também em causa a qualidade de formação dos próprios alunos das Escolas Médicas nacionais e consequentemente a sua preparação para o exercício da Medicina.

O curso de Medicina sempre foi competitivo pelo perfil dos alunos que ingressam nas suas Faculdades, hoje em dia tornou-se aflitivo pelo ambiente de pressão devido ao futuro cada vez mais incerto. Deixemos o desporto olímpico e voltemos à essência que é o desporto escolar.

Atendimento em Lisboa vai mudar para o n.º 145 da Gago Coutinho



A partir do dia 3 de julho de 2017 o serviço de atendimento da Região do Sul da Ordem dos Médicos vai passar para o número 145 da Avenida Almirante Gago Coutinho. Os médicos serão informados no *site* www.omsul.pt sobre os pormenores desta mudança. O edifício do n.º 145 da Avenida situa-se a apenas 100 metros, no sentido descendente, da sede da Ordem dos Médicos, como se pode ver no mapa, e permite disponibilizar estacionamento para os médicos que recorram aos nossos serviços.



Maria Gracinda Junqueira

Interna de formação específica em Saúde Pública, 2º Ano

Segurança do doente

“Medicine was used to be simple, ineffective and relatively safe. Now, it is complex, effective, but potentially dangerous”
(Cyril Chantler quoted in Proqualis).

Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2013). *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Brasília: Anvisa.
- Costa, M. F. (2014). *Cultura de Segurança do Doente num Hospital da Região Centro, Perceção dos Profissionais*. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Cruz, F. O. (2014). *Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Doente*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 1400-A/2015, Diário da República, 2.ª série — N.º 28 (10 de fevereiro de 2015).
- Despacho n.º 5613/2015, Diário da República, 2.ª série — N.º 102 (27 de maio de 2015).
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*.
- Faria, P. L., & Cordeiro, J. V. (2015). Patient Safety. Em *Public Health Law. Routledge Handbook of Medical Law and Ethics* (pp. 374-376). Routledge.
- Faria, Paula Lobato. (2010). *Perspectivas do Direito da Saúde em Segurança do Doente com base na experiência norte-americana*.
- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol *Temat(10)*, pp. 11-16.
- Observatório do Direito do Consumo. (Fevereiro de 2015), p. Ficha formativa 2.
- Silva, J. M. (2016). A Ordem dos Médicos e a Provedoria do Doente. *Xancer Patient Advocacy*, pp. 16-21.
- Soares, J. (2016). Prefácio. *Cancer Patient Advocacy*.
- Uva, A. S. (2010). Patient safety beyond the medical or clinical error. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 1-2.

A segurança do doente é atualmente considerada um indicador estrutural da qualidade em saúde e tema de interesse crescente entre profissionais do setor, gestores, juristas e decisores políticos. O desenvolvimento tecnológico, a par com a progressiva complexidade dos cuidados em saúde (principalmente nos hospitais), bem como o contexto de estrangimento orçamental, vieram criar riscos adicionais para a saúde humana e incrementar a possibilidade de dano ao doente.

Os prejuízos na estrutura ou funções do corpo do doente (dano), resultantes dos cuidados que lhe são prestados (eventos adversos), são hoje considerados um problema global de saúde pública e constituem um verdadeiro desafio para a qualidade, eficiência, e até sustentabilidade, dos modernos sistemas de saúde. Os eventos adversos em saúde, particularmente os que causam dano, para além dos custos diretos e indiretos que trazem para o doente e seus familiares, afetam também os profissionais. Fragilizam a sua dignidade pessoal e profissional, e conduzem-nos, de quando em vez, à barra do tribunal.

Estudos realizados em vários países (Austrália, Inglaterra, Canadá, Nova Zelândia, Dinamarca, França, Portugal, Turquia, Espanha, Suécia, Holanda e Brasil) concluíram que, em média, 10% dos doentes sofrem algum tipo de evento adverso durante o internamento e destes, 50% seriam preveníveis (Cruz, 2014) (Uva, 2010). Se é um facto que o erro faz parte da natureza humana e que o “evento iatrogénico é inevitável em medicina” (Faria, Paula Lobato, 2010), não é menos certo que reconhecê-lo e desenvolver esforços para o prevenir é um imperativo ético, profissional e legal. É nesta linha de pensamento que a Cultura de Segurança e prevenção dos riscos em saúde tem vindo a assumir um papel de destaque nas políticas de saúde a nível mundial. Apesar dos estudos de avaliação da Cultura de Segurança nas instituições de saúde serem escassos, acredita-se que as organizações com forte Cultura de Segurança têm melhores padrões de eficiência, de qualidade e ganham maior confiança dos doentes nos seus serviços.

Este artigo apresenta uma breve reflexão sobre a importância da Cultura de Segurança na redução dos riscos evitáveis em saúde e do dano ao doente. Num primeiro ponto faz-se uma abordagem da segurança do doente na perspetiva legal do direito à saúde e aos cuidados seguros e de qualidade. Num segundo ponto, é explorada a regulamentação que, em Portugal, tem vindo a ser produzida neste âmbito.

A Saúde no Direito e o direito à Saúde

O direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa: “Todos têm direito à proteção da saúde ...” (n.º 1 do Artº 64). A leitura da Constituição permite também verificar que cabe ao Estado o dever de “disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina ... por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, “adequados padrões de eficiência e de qualidade” (alínea d) do n.º 3 do Artº 64).

O doente tem ainda o “direito à proteção da saúde e da segurança física”, regulado pela Lei n.º 24/96, de 31 de Julho, que consagra a proibição do “fornecimento de bens ou a prestação de serviços que ... impliquem riscos incompatíveis com a sua utilização, não aceitáveis de acordo com um nível elevado de proteção da saúde e da segurança física das pessoas” (n.º 1 do Artº 5). Destacam-se, assim, dois pontos fundamentais: em primeiro lugar, a saúde é um direito de todos os portugueses; em segundo lugar, qualquer cidadão tem a legitimidade para exigir cuidados seguros e de qualidade. Como diz Soares (2016): “longe vão os tempos em que se considerava o doente como um recetor passivo de cuidados de saúde, em que o sistema (instituição, profissionais) pensava, organizava e executava as ações que os pacientes necessitavam”. Hoje em dia, quer os doentes/utentes, quer os seus familiares têm cada vez mais poder reivindicativo face ao dano médico, fruto do aumento da literacia em saúde e da mediatização dos casos que envolvem eventos adversos danosos. Este propósito, Faria (2010) refere que em “Portugal não há uma tradição nem um número significativo de casos de responsabilidade civil e penal por danos causados por atos de cuidados de saúde que sejam conduzidos a tribunal, assim como são raras as condenações de profissionais de saúde”. Porém, de acordo com dados recentemente divulgados pelo ex-bastonário da Ordem dos Médicos, nos últimos 3 anos, praticaram-se, em Portugal, cerca de 225 milhões de atos médicos dos quais decorreram apenas 2141 queixas contra os médicos. Destas, metade foram de alegados erros médicos ou má prática. Num total de 104 processos, resultaram 35 penalizações de clínicos, 18 advertências, 10 procedimentos de censura, 6 suspensões temporárias e 1 expulsão, mas por motivos comportamentais (Silva, 2016). Não estão acessíveis dados estatísticos sobre o número total de ações em tribunal contra profissionais/instituições de saúde. De qualquer forma, importa aqui destacar que todos os doentes têm o direito que sejam desenvolvidos os esforços necessários para garantir a sua segurança enquanto utilizadores de qualquer serviço de saúde.

Cultura de segurança: qual a sua importância no âmbito dos cuidados ao doente

De acordo com a Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, a cultura de segurança pode ser definida como “o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, e modelos de comportamento que determi-

nam o compromisso com a gestão da saúde e segurança de uma organização e o seu estilo e proficiência”. Trata-se de um modelo organizacional que “procura continuamente minimizar o dano ao doente que pode resultar dos processos de prestação de cuidados” (Direção Geral de Saúde, 2011).

Trabalhos realizados nesta área têm mostrado que as unidades de saúde que descumram a cultura interna de segurança e o investimento em boas práticas clínicas têm um risco aumentado de ocorrência de incidentes de segurança, que pode ser até 10 vezes superior. “A causa destes incidentes raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas antes relacionada a modelos organizacionais, de coordenação ou de comunicação, com baixa cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos” (Despacho n.º 1400-A/2015, 10 de fevereiro de 2015). Por conseguinte, os problemas de (in)segurança do doente não devem ser olhados numa perspetiva individual e de punição perante os erros, mas antes numa perspetiva de compromisso organizacional na busca contínua de práticas cada vez mais seguras. Para isso, é essencial reconhecer o elevado risco inerente à prestação de cuidados de saúde e identificar, comunicar e resolver as dificuldades que vão surgindo, num ambiente livre de culpabilização. A redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (segurança do doente), deve ser um trabalho conjunto, multidisciplinar e de colaboração entre todos os profissionais e níveis da organização. O dano associado aos Cuidados de Saúde, entendido como aquele que resulta ou está “associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não de uma doença ou lesão subjacente”, pode ser físico, social ou psicológico e implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte (Direção Geral de Saúde, 2011).

De acordo com a literatura especializada nesta temática, os principais eventos adversos evitáveis em saúde estão relacionados com as infeções associadas aos cuidados de saúde; as complicações cirúrgicas e/ou anestésicas; as falhas ou atrasos no diagnóstico/tratamento; as úlceras de pressão; as complicações decorrentes de punção venosa; as quedas e as falhas no uso de medicamentos (Mendes *et al.*, 2013). Neste sentido, devem ser encetados todos os esforços possíveis, materiais, humanos e legais, para garantir as melhores práticas nestas áreas.

Segurança do doente: o que já fez Portugal?

As questões da Segurança do Doente e da necessidade de prevenir e controlar o risco para minimizar os eventos adversos em saúde, ganharam especial relevância e pertinência a partir da publicação, em 1999, do relatório do Institute of Medicine (IOM) “*To Err is Human: Building a Safer Health System*”. Este relatório veio alertar para a magnitude da mortalidade atribuída aos eventos adversos evitáveis, revelando que 44 a 98 mil óbitos por ano nos EUA eram devidos a eventos adversos (EA).

Constituíam, à data, a 8ª causa de morte nos EUA, superando os óbitos por acidentes rodoviários, cancro da mama e Sida (Faria & Cordeiro, 2015), com prejuízos económicos estimados entre 17 a 29 biliões de dólares/ano. Esta evidência despoletou a consciência coletiva da necessidade de melhorar a segurança do doente, colocando este tema na pauta da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das políticas de saúde de diversos países. A questão foi priorizada no âmbito da Saúde internacional e a OMS passou a definir normas e padrões globais de apoio dos Estados Membros no desenvolvimento de políticas e práticas de segurança do doente e foram definidas metas no sentido de prevenir e mitigar eventuais falhas de segurança no cuidados aos doentes.

Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, instituída através do Despacho n.º 14223/2009, publicado a 24 de junho, no Diário da República n.º 120, Série II, veio refletir e reforçar, por parte do Estado Português, o movimento mundial de assunção da obrigação de proteger os utentes dos danos decorrentes dos cuidados em saúde e de promover o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade. Esta Estratégia é coordenada pela Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, criado em 2009 (Portaria n.º155/2009, de 10 de Fevereiro).

A implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade veio trazer vários avanços nacionais na área da qualidade e segurança dos doentes. Entre eles destacam-se a elaboração e divulgação de normas clínicas, com realização de respetivas auditorias clínicas; o lançamento nacional do projeto da Organização Mundial de Saúde “Cirurgia Segura Salva Vidas”; a implementação do “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos” (assente numa filosofia não punitiva) e do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos; a definição de regras para a identificação inequívoca dos doentes em ambiente hospitalar; e para a adequada contenção física ou química dos doentes e a implementação do modelo de acreditação de unidades de saúde do Ministério da Saúde.

Na sequência dos avanços alcançados na qualidade e segurança do doente em Portugal, através do Despacho n.º 5613/2015 em 27 de maio, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde foi alargada a 2020, reforçando assim as ações da Estratégia 2009-2014 ao nível da melhoria da segurança dos cuidados de saúde, com a criação de um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, que dela faz parte integrante. A prioridade dada pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, à segurança dos doentes, com a definição do Plano Nacional para a Segurança dos doentes, veio alinhar-se e respeitar a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, que preconiza uma “política pública de luta contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde” (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio de 2015). Portanto, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, inscreve-se assim, no

quadro de uma política pública contra os fatores de risco para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde. “Visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos doentes utilizadores do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais” (Despacho n.º 1400-A/2015, 10 de fevereiro de 2015). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é o objetivo estratégico número 1 consignado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. De acordo com o mesmo documento, “a avaliação da cultura de segurança dos doentes, em Portugal, irá decorrer anualmente, em anos alternados, para os hospitais e para os agrupamentos de centros de saúde”. De acordo com o relatório preliminar da avaliação da cultura de segurança dos doentes nas instituições hospitalares, verifica-se que em Portugal, as 5 dimensões com maior potencial de melhoria a curto prazo são: o apoio à segurança do doente pela gestão; a frequência da Notificação; o trabalho entre unidades; a dotação de profissionais e a resposta ao erro não punitiva.

Conclusão

Abordar a questão da cultura de segurança em unidades de saúde é falar de direitos fundamentais da pessoa humana enquanto doente/utente: o direito à vida e o direito à integridade física e mental da pessoa. A ocorrência de eventos adversos resulta de fragilidades no sistema de prestação de cuidados ao doente e envolve pesados custos sociais e económicos, podendo implicar danos irreversíveis ao doente e sua família. O investimento em medidas de segurança do doente e prevenção do risco associado aos cuidados de saúde conduz a poupanças no tratamento dos doentes expostos a eventos adversos, permite uma utilização melhorada dos recursos financeiros e evita despesas associadas a queixas e pedidos de indemnização. Investir na Cultura de Segurança do doente é hoje uma pedra basilar da governança em saúde e prioridade nacional reconhecida na lei através da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 e do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Um próximo passo nesta área passará, na minha perspetiva, por avaliar a efetividade das medidas definidas e perceber a realidade fora do SNS, uma vez que o setor privado da saúde já tem uma representatividade significativa no setor em Portugal!

Sílvia Camões

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar do 4º ano da USF Espaço Saúde do ACeS Porto Ocidental

Ana Ramos

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar do 3º ano da USF Espaço Saúde do ACeS Porto Ocidental



Um grande domínio de intervenção da bioética é o das relações entre os profissionais de saúde e as pessoas doentes. Desde o Código de Hipócrates que se encontra estabelecida a obrigatoriedade do médico fazer o bem pelo seu doente, concentrando-se no princípio ético

da beneficência. Numa relação tradicional o doente adota uma atitude passiva, de entrega total ao médico o qual se relaciona com os seus doentes de forma paternal, estabelecendo-se uma relação desigual que não é problemática dada a passividade tranquila e serena do doente. Este panorama começa a alterar-se, no início do século XIX, com o desenvolvimento científico que estabelece novas condições para o exercício da medicina, porque o doente se torna no principal objeto de estudo clínico. A tradição da arte de cuidar dissipa-se e instala-se uma ciência de curar. A quantidade crescente de técnicas e aparelhos cria condições para um distanciamento inevitável e cada vez maior; todavia o doente mantém a sua passividade, só que esta, agora, não tem como base uma confiança cega pelo médico, mas sim um medo de abandono, um medo pelo desconhecido. A relação torna-se ainda mais assimétrica com o poder centrado no profissional de saúde e o doente imobilizado e esquecido na sua identidade, reduzido à sua doença.

Com a obra *The Patient as Person*, publicada por Paul Ramsey em 1970, surge um ponto de viragem que aclama a necessidade do doente ser reconhecido como pessoa, ou seja, como uma unidade integral em que nenhuma parte pode ser considerada isoladamente, em que a doença está integrada no doente e não o contrário. Ao reconhecer a mesma dignidade no paciente e no profissional de saúde a relação entre estes torna-se, agora, simétrica, com os profissionais de saúde a salvaguardar a dignidade do doente. Nesse sentido, a Associação Médica Mundial elaborou em 1984 a “Declaração sobre os Direitos do Doente” ou “Declaração de Lisboa” e, posteriormente, os direitos do doente foram desenvolvidos e explicitados no quadro legislativo da saúde (por exemplo na Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto). O doente perde, assim, a passividade e tor-

Relação médico-paciente distinguir a doença do doente

na-se cada vez mais capaz de afirmar a sua identidade. É neste contexto que o princípio ético da autonomia ganha expressão, podendo, até, sobrepor-se ao princípio da beneficência. A ação médica, além de atuar em prol do bem da pessoa doente, tem que articular essa beneficência com o consentimento informado do doente, que tem o direito de exprimir a sua opinião podendo aceitar ou rejeitar todas as propostas terapêuticas.

Como agora o doente ganha “força”, a relação corre o risco de voltar a tornar-se assimétrica, mas no sentido inverso em que os profissionais da saúde se convertem em servidores. O doente ao adquirir um papel ativo, além do direito à informação da sua situação clínica e posterior decisão esclarecida tem também o dever de se envolver e de se comprometer no processo terapêutico, o que parece ser benéfico para o sucesso deste. Assim, os profissionais de saúde e os pacientes tornam-se parceiros na obtenção de um objetivo que é a restauração do bem-estar do doente, consolidando-se o seu relacionamento simétrico.

O motivo de escolha do tema prende-se com o facto de nos últimos anos se observar uma deterioração desta simetria. Como Internas de Medicina Geral e Familiar, e num futuro próximo, como Médicas de Família, é pertinente pensar nesta relação, sobretudo considerando a proximidade dos Cuidados de Saúde Primários com a população.

A verdade é que, atualmente, a relação de confiança pretendida e idealizada é difícil, com inúmeras dificuldades no seu estabelecimento. Em Portugal, com o Serviço Nacional de Saúde, os problemas são inúmeros: os alicerces financeiros estão a desvanecer, muitas instalações estão a deteriorar-se e os profissionais de saúde estão cada vez mais desmotivados. Onde a relação Médico-Paciente tem mais possibilidade de vingar é na Medicina Geral e Familiar, mas, com o elevado número de utentes ins-

critos em cada lista médica, agudizado pela falta de condições das instalações e por uma pressão crescente para que os médicos efetuem as consultas em menos tempo, torna-se muito difícil estabelecer a tal relação de confiança mútua, de respeito e até de amizade, que são os pilares fundamentais da Medicina Geral e Familiar.

Que solução dar a estas dificuldades? Na opinião do estimado Professor Doutor Daniel Serrão a melhor solução seria “refundar o Serviço Nacional de Saúde”, com a sua total informatização eliminando toda a burocracia, preparando o médico para as estruturas informatizadas e, ao mesmo tempo, conferindo ao Médico de Família mais liberdade no estabelecimento do seu consultório.

Na opinião das autoras esta também seria a solução ideal e embora a informatização esteja em crescendo na área da Saúde, em concreto na nossa prática clínica, a verdade é que os profissionais não são devidamente preparados para as suas constantes alterações e atualizações o que faz com que, conseqüentemente, e contrariamente ao objetivo inicial, sejam impedidos de realizar uma consulta que privilegia a relação médico-paciente. Em vez disso, a atenção dos profissionais de saúde acaba, muitas vezes, por estar mais concentrada na burocracia e no registo de dados inerentes à prática clínica, em detrimento da relação humana.

Consideramos que todos os esforços devam ser feitos para

contrariarmos esta realidade se não queremos perder a essência do que é ser Médico de Família, não aceitando passivamente tudo o que nos impõe. Desta forma acreditamos que é necessário que se mantenha um debate consciente e com fundamentação ética acerca do tema e que haja bom senso por parte das entidades responsáveis.

Citando o Professor Doutor Daniel Serrão, as autoras consideram este pequeno excerto o que melhor reflete a essência da relação Médico-Paciente:

“o médico não pode ser uma pessoa medíocre com dificuldade de comunicação com a pessoa doente, incapaz de estabelecer com ela uma relação de empatia profunda que deve brotar, naturalmente, da sua personalidade e do seu carácter. Para merecer e receber a confiança da pessoa doente no quadro de uma relação que deve ser de amizade, não basta ao médico ser tecnicamente competente. Ao lado da competência científica e profissional e ao serviço dela, devem estar virtudes humanas como a simpatia, a honestidade, a disponibilidade, a prudência e a coragem nas decisões, o desinteresse de valores materiais, o otimismo moderado e a compaixão.”

Referências:

- Osswald W.; Patrão Neves M. (2007), *Bioética Simples*, Editorial Verbo, Lisboa.

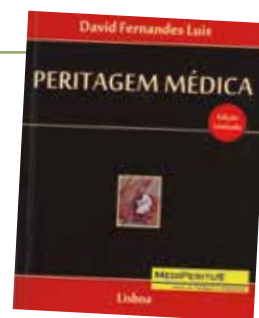
CULTURA

Peritagem médica de David Fernandes Luís

Trabalho publicado recentemente pelo médico David Fernandes Luís (especialista em medicina do trabalho com as competências de avaliação do dano corporal e peritagem médica da segurança social), *Peritagem Médica* é um guia prático destinado a todos os médicos envolvidos em perícias com implicação médico-legal, nomeadamente especialistas em medicina legal, especialistas em medicina do trabalho, médicos especialistas em avaliação do dano corporal pós-traumático, médicos especialistas em peritagem médica da segurança social, todos os médicos dos serviços de verificação de incapacidades temporárias e permanentes dos SVIT e SVIP, todos os médicos envolvidos em juntas médicas de verificação de doença e incapacidades do INMLCF, Segurança Social, ADSE, CGA, forças armadas PSP e GNR, a todos os médicos das companhias de seguros envolvidos em peritagem médica, médicos em formação pós-graduada nas especialidades acima referidas e de uma forma geral a todos os médicos chamados a dar pareceres com implicância médico-legal. E ainda para advogados, juristas e magistrados com incumbências nas áreas do direito civil (sinistralidade automóvel), direito do trabalho (acidentes de trabalho) e do direito penal (acidentes de viação e ofensas à integridade física), gestores de sinistros nas áreas automóvel e de trabalho de todas as seguradoras.

De uma forma prática são explanados os princípios que regem a metodologia de avaliação de incapacidades temporárias e permanentes, bem como das deficiências daí resultantes com rebate na vida diária, familiar, social e profissional na sua interação com o meio envolvente.

Este trabalho procura fazer uma sistematização integrativa de uma matéria tão complexa e dispersa que liga o direito à medicina mas em que a principal vítima é sempre a pessoa que sofreu um evento traumático acidental, súbito e inesperado, ou que pela doença crónica incapacitante de que padece, com os seus handicaps, já não consegue auferir réditos para o seu sustento e da sua família. É a estas pessoas, marcadas pelo mero azar de estar no lugar errado na altura errada, que o autor dedica este trabalho, “porque elas merecem a nossa solidariedade profissional de, pelo menos, aliviar o seu sofrimento mais não seja contribuindo para que a justiça seja mais justamente realizada”. O livro está a ser distribuído em exclusivo pela Bisturi Livros Técnicos Lda., em Lisboa, (bisturi.sede@bisturi.net) e teve uma tiragem limitada de apenas 150 exemplares, numerada e assinada pelo autor.



Carlos Costa Almeida

Director do Serviço de Cirurgia C, CHUC-Hospital Geral; Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra



Em 2010 estava em curso a acreditação do Hospital Geral (Covões) e dos seus Serviços, a qual viria a ser interrompida e abandonada após a fusão do CHC com os HUC, dando origem ao CHUC. Neste, teve início agora a acreditação dos Serviços que servem de suporte aos onze Centros de Referência entretanto nele criados, entre eles o nosso.

Esta acreditação, obrigatória em todo o país, dos serviços “pivot” dos vários centros de referência, tem como objectivo, naturalmente, assegurar a sua qualidade e está entregue à Direcção Geral de Saúde (DGS), através do Departamento da Qualidade na Saúde, que controla o seu progresso, com a colaboração dos Gabinetes da Qualidade dos respectivos hospitais. Os diversos Serviços serão finalmente acreditados pelo modelo andaluz da ACSA Internacional (em inglês *Andalusian Agency for Healthcare Quality*).

A acreditação dum Serviço é um processo que tem como coordenador o seu director, com a responsabilidade de o levar a cabo, assumindo também essa responsabilidade o presidente do conselho de administração, como órgão máximo da instituição. Nas palavras da DGS, “apesar de não constituir um fim em si mesmo, o processo de acreditação promove o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão, ajudando a consolidar, mais rapidamente, a cultura da qualidade integral no interior dos serviços. Promover e garantir a qualidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde é um imperativo de todos os que dedicam a sua vida profissional ao serviço público dos cidadãos que os procuram, para receberem os cuidados globais, integrados e seguros de que necessitam e aos quais têm direito. Por outro lado, o reconhecimento oficial e público da qualidade e das melhorias conseguidas nos serviços prestadores de cuidados acreditados confere aos cidadãos maior confiança no sistema de saúde”.

O processo de acreditação evolui por quatro fases: a candidatura, a autoavaliação, a auditoria externa e o reconhecimento (neste caso pela ACSA). A candidatura já foi aceite, agora estamos na fase de autoavaliação. Sendo um

A acreditação dos Serviços

Serviço clínico, poder-se-ia pensar que o que é avaliado é essa componente, desde logo os resultados clínicos, e o modo como os doentes são estudados, a eficácia dos exames auxiliares de diagnóstico (os mesmos resultados com menos exames), o atraso na execução dos exames necessários, a possível implicação desse atraso em resultados menos bons, se são disponibilizados atempadamente todos os meios para o tratamento preciso, as complicações, os reinternamentos. Ou, mais simples e prosaicamente, se cada doente tem uma história clínica bem feita, as notas clínicas adequadas, um processo clínico escrito devidamente estruturado e arquivado.

Mas não é assim. O processo é sobretudo administrativo, penosamente burocratizado, incidindo em procedimentos administrativos, dos quais se realça a necessidade, não de os executar, mas de os ter protocolizados por escrito, ao mais pequeno pormenor. Quer dizer, para a acreditação, mais importantes que os procedimentos clínicos são os administrativos, e mais do que a execução destes, a existência dos respectivos protocolos regulamentadores. Havendo protocolos e planos escritos nessa área, o processo está vivo e em marcha.

O processo irá sendo auditado, periodicamente, ao longo de anos, mas não por pessoal clínico. Porque o enfoque não é esse e porque os auditores têm de ser de fora do grupo que trata doentes nos Serviços. Parece estranho, mas entende-se que não se queira que algum deles possa ter opinião pessoal e por experiência própria sobre a importância ou necessidade ou não de alguns dos protocolos e normas que servem de base à acreditação no modelo utilizado. Basta que todos verifiquem se são cumpridos ou não.

A lógica deste processo de acreditação é esta. Poderia ser

doutra maneira, mas é desta. Tendo sido adaptado à realidade portuguesa pela DGS, “baseia-se no Modelo de Acreditação de Unidades de Saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (Modelo ACSA Internacional), assim definido como modelo oficial de acreditação de unidades de saúde do Sistema de Saúde português”. Neste modelo, parte-se dum perfil administrativo estabelecido como sendo de qualidade, e a partir dele estabelece-se “um processo de certificação através do qual se verifica e analisa de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos estão de acordo com esses padrões definidos, tendo como objetivo identificar e impulsionar a melhoria contínua da qualidade nas instituições do Sistema de Saúde português ajudando-as a aproximar-se dos níveis da excelência organizacional”. Esta certificação é, pois, uma exigência do Departamento

da Qualidade na Saúde, em alinhamento com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, e fundamental para que os Centros de Referência que se candidataram a tal e foram reconhecidos, o continuem a ser. Com a tónica posta num conjunto de procedimentos administrativos integrando um determinado perfil, com cumprimento programadamente verificável. E há que aceitar que ela possa ser verdadeiramente um modo de avaliar a qualidade dos Serviços, nos aspectos considerados. E que estes a possam também reflectir nos outros, nomeadamente nos clínicos.

Vamos todos, pois, aplicar-nos na sua implementação, embora o esforço maior passe apenas por alguns, na elaboração dos protocolos respectivos. Porque, pelo menos no nosso caso, a prática de todos nós já é essa, mesmo sem eles. Há apenas que o demonstrar perante os auditores.



Ana Matos Pires
Especialista em Psiquiatria

Assinalou-se a 7 de abril o Dia Mundial da Saúde, este ano dedicado à depressão. Na sequência dessa efeméride foi muito falada nos órgãos de comunicação social a problemática (preocupante) do elevado consumo de benzodiazepinas (BZDs) em Portugal, assunto muito complexo e que deverá ser tratado com imensa responsabilidade e cautela sob pena de se cometerem injustiças e imprudências que em nada beneficiarão os doentes.

São factos inquestionáveis que o consumo de BZDs é um problema de Saúde Pública em Portugal, que ao contrário do que acontece na maioria dos outros países da Europa o aumento da prescrição e consumo de antidepressivos não fez diminuir os de BZDs e que alguma coisa é preciso fazer para alterar esta realidade.

Dia Mundial da Saúde, depressão e benzodiazepinas

Disparar para o lado e apontar o dedo aos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) não me parece ser uma alternativa. Aliás, se eu fosse médica de MGF (e irresponsável) parava abruptamente as prescrições de BZDs e entupia as urgências psiquiátricas com síndromes de abstinência. Ou talvez não porque há sempre a venda sem prescrição - acabei de fazer, eu própria, o que critiquei mais acima, disparei para o lado e aponte o dedo às farmácias.

Importa, portanto, falar do problema e de alternativas sérias para o resolver. É mandatário, do meu ponto de vista, (1) não diabolizar as BZDs porque são medicamentos necessários, úteis e eficazes, (2) desenvolver estratégias de intervenção para evitar o uso incorreto destes medicamentos, nomeadamente junto dos Cuidados Primários e das farmácias comunitárias, dirigidas ao uso “de novo” e (3) Usar estratégias mais minimalistas, dirigidas à prevenção da manutenção do uso errado e não, com demagogia, propor uma alternativa radical, perigosa e errada direccionada à interrupção abrupta de quem já está a consumir há muito tempo - neste particular podem ser desenvolvidos programas de desabitação em contexto comunitário, com propósitos muito modestos e sabendo que não darão frutos significativos no imediato.

Nunca, mas mesmo nunca esquecer que as BZDs são medicamentos úteis e necessários e que o seu uso tem múltiplas indicações.

João de Deus
 Presidente da AEMH
 (Associação Europeia dos Médicos Hospitalares)
 Membro do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos



Departamento internacional

A liderança clínica

Constituindo esta temática, hoje em dia, objeto de profundo debate e reflexão em Portugal, e em particular na Ordem dos Médicos, importa também enquadrá-la no contexto europeu. A AEMH (Associação Europeia dos Médicos Hospitalares) tem vindo a desenvolver diversas iniciativas sobre liderança clínica realizando várias conferências e constituindo um grupo de trabalho permanente com o objetivo de envolver cada vez mais os médicos europeus na aquisição de competências próprias nesta área.

Gostaria de expressar neste artigo algumas das ideias fundamentais desse trabalho que temos realizado e a sua implementação a nível europeu porque a liderança clínica é essencial nos sistemas de saúde.

Compete aos líderes clínicos apoiar e desafiar os outros elementos da equipa para alcançar objetivos profissionais e pessoais e criar ambientes envolventes, ouvir bem e incentivar uma troca aberta de informações e ideias, facilitar a colaboração e cooperação entre os diversos grupos perspetivando uma aprendizagem que conduza a melhorias no funcionamento dos serviços.

Os líderes clínicos devem agir de forma coerente com os valores organizacionais para produzir um serviço eficaz e eficiente centrado no paciente para proporcionar excelência e eficiência no atendimento.

Eles devem identificar, estabelecer e comunicar expectativas claras e significativas, medir e avaliar os resultados e corrigir o rumo, quando necessário.

Os líderes clínicos devem questionar e desafiar o status quo, identificar situações problemáticas, resolvê-las, projetar e implementar processos eficazes entre o sistema e as partes interessadas, criar um clima de melhoria contínua e criatividade voltada para a mudança sistémica, analisar o ambiente para ideias, melhores práticas e tendências emergentes que moldarão o sistema e contribuirão ativamente para a mudança de processos que melhorem os serviços e o desempenho organizacional. Esta necessidade de mudança sairá muito beneficiada com o aumento de competências em liderança clínica tornando-os mais capazes de trazer as melhorias necessárias. Os médicos ocupam um papel central na gestão diária do sis-

tema de saúde. Assim, o envolvimento dos médicos na gestão hospitalar é vital. Evidências mostram que essa gestão exercida por médicos melhora os resultados clínicos, a satisfação dos doentes e os resultados financeiros.

Os médicos são já, por natureza, líderes naturais porque o próprio exercício da profissão os obriga a tomar decisões céleres e a intervir em curto espaço de tempo, individualmente ou coordenando equipas. Essas decisões constituem muitas vezes a diferença entre a vida e a morte.

Muitos médicos são, e bem, chamados a ocupar lugares de direção e coordenação aos mais diversos níveis no sistema de saúde e espera-se que atuem como líderes. Não questionamos, obviamente, os médicos como líderes mas essas capacidades de liderança necessárias podem e devem ser desenvolvidas.

Existem já, a nível europeu, diferentes Faculdades de Medicina que englobam esta unidade curricular assim como cursos de pós-graduação para médicos.

Neste contexto decidiu a AEMH implementar uma certificação europeia em liderança clínica à semelhança das já existentes para as diferentes especialidades médicas desenvolvida pela UEMS (União Europeia dos Médicos Especialistas) e apoiar as Associações Médicas Nacionais nos seus esforços para desenvolver capacidades de liderança clínica entre os médicos.

Tal iniciativa a ser, como esperamos, bem sucedida representará uma mais-valia para os médicos e poderá contribuir para um melhor desempenho dos diferentes sistemas de saúde europeus.



Tiago Barros Oliveira

Especialista em Medicina Geral e Familiar - USF Ajuda

A tecnologia e a Saúde: desafios, oportunidades e riscos

O que são os Sistemas de Informação em Saúde?

A resposta mais frequente será: “um conjunto de aplicações informáticas”. Talvez devesse ser: “os profissionais de saúde, profissionais estes que por acaso utilizam um suporte digital para registar e desenvolver algumas das suas atividades assistenciais”. Tanto a recolha, como o registo da informação são da responsabilidade destes. O desenvolvimento de aplicações deveria ser adaptado aos profissionais e não a imposição do oposto.

Vou ouvindo que “a classe médica é das mais resistentes à mudança”, e que “pelo facto de os médicos não terem cartão de cidadão a implementação das receitas eletrónicas esteve sujeita a múltiplos atrasos”. A culpa será “quase sempre” da classe médica.

Talvez a classe médica se sinta desapojada e frequentemente tenha que tentar resolver problemas que não são do seu âmbito profissional. Sou apologista da modernização e da informatização da saúde. Mas não me agrada a forma como é imposta a necessidade da implementação imediata de novas funcionalidades sem muitas vezes existir o apoio e o cuidado de formar, ou mesmo de testar em ambiente controlado o seu funcionamento. Os problemas com a utilização das plataformas digitais são mais frequentes do que deveriam ser, e consequentemente é frequente termos transtornos na prática clínica devido a problemas com esta implementação.

Deveria existir um manual de apoio, interativo e único, atualizado com as novas funcionalidades que vão sendo implementadas. Poderia incluir os primeiros passos para a resolução de problemas que vão sendo reportados pelas diversas unidades funcionais, possibilitando a tentativa de resolução de problemas de uma forma mais ágil.

Deveria estar disponível formação nestas plataformas, para quem o desejasse, ou mesmo disponibilizar cursos *elearning* para o efeito.

Tecnologia ao serviço dos profissionais de saúde

Estaremos a caminhar para a total desmaterialização e integração de registos no SNS. Enalteço, em primeiro lugar, o esforço e as conquistas efetuadas pelas equipas dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). Não posso, contudo, deixar de referir que as indisponibilidades frequentes das diversas plataformas utilizadas na prática clínica tornam o dia-a-dia do médico muito desgastante.

A desmaterialização traz alguns desafios e riscos sendo a segurança dos dados talvez o mais importante.

Devemos, como sociedade discutir quais os dados de saúde que deverão ser acessíveis para os profissionais de saúde em qualquer circunstância, por poderem permitir salvar uma vida. Para os restantes dados poderia ser dada essa possibilidade de escolha ao utente, havendo múltiplas opções para implementação de sistemas que permitam desbloquear numa consulta essa informação. Esta escolha individual que poderá levar a outros desafios como por exemplo ser considerada útil para o utente obter “uma segunda opinião isenta” ou repetir um exame.

Os prestadores que realizam exames complementares de diagnóstico convencionados deveriam dispor de uma plataforma desenvolvida pela SPMS e distribuída de forma gratuita que importasse de forma automática os resultados analíticos e relatórios diretamente para as aplicações médicas, à semelhança do que acontece noutros países europeus. Deveria talvez ser obrigatório e seria um ganho para todos os intervenientes.

De qualquer forma, gostaria de poder dizer que o desperdício de recursos, por exemplo na transcrição e na repetição de exames, ou mesmo na apresentação de exames em formato CD ou DVD, que por vezes não se conseguem ler, tem os dias contados.

Todos os intervenientes em saúde deveriam aceder a uma plataforma única para adicionar dados clínicos dos utentes, desde exames até à substituição de um determinado fármaco por outro. Existe hoje tecnologia que permite o acesso seguro e a introdução de dados por todos os intervenientes. Um dos exemplos de implementação poderia ser a tecnologia *blockchain*, estando neste momento uma *startup* americana a desenvolver uma plataforma para integrar a globalidade dos dados clínicos nesta plataforma (<https://patientory.com>). Acabavam-se as ameaças de *malware*, as indisponibilidades e os longos tempos de espera, porque múltiplos computadores estão constantemente disponíveis por

fornecer a informação. Seguramente que a SPMS poderia desenvolver uma solução semelhante.

Aproveitando o facto de as prescrições serem eletrónicas poderíamos ver implementado um aviso de possíveis interações medicamentosas. Poderíamos também ser alertados para as prescrições que tenham ocorrido por outros profissionais de saúde entre as nossas consultas (por exemplo: se o utente depois da minha consulta se dirigiu a um cardiologista que lhe prescreveu um medicamento novo, poderia ser notificado sobre outras prescrições que tivessem sido efetuadas entre os dois acessos à PEM).

Poderíamos desenvolver módulos para efetuar cálculos de custos integrados para os cuidados de cada utente, juntando os gastos dos cuidados primários e secundários. Desta forma poderiam, por exemplo, ser efetuados cálculos de custo-efetividade de fármacos na “população real”.

Poderia também efetuar-se uma medição dos cuidados de saúde baseado em valor, tal como a que se encontra no relato da conferência ICHOM, publicado na Revista Ordem do Médicos nº 176. Ou mesmo correlacionar os atuais indicadores contratualizados com a morbilidade ou mortalidade naquela população.

Defender a desmaterialização dos exames complementares de diagnóstico é tão só e apenas a implementação de um sistema que permita que as requisições estejam acessíveis para os prestadores sem a necessidade de recurso a papel! Não deve ser confundido com a solicitação de exames por telefone.

Tecnologia ao serviço do cidadão

Existe uma elevada taxa de utilização dos *smartphones* e estes são um veículo rápido e económico para a transmissão de informação.

Fará sentido desenvolver aplicações que aproveitem o facto de este ser um recurso disponível para a maioria da população. Penso, contudo, que tal como a generalidade a população a App Store® e a Google Play® estão repletas de

Gostaria de poder dizer que o desperdício de recursos, por exemplo na transcrição e na repetição de exames, ou mesmo na apresentação de exames em formato CD ou DVD, que por vezes não se conseguem ler, tem os dias contados.

aplicações que até posso instalar mas que não vou utilizar. Só utilizamos as aplicações quando consideramos que nos são úteis. O objetivo de desenvolvimento de aplicações para o SNS deveria ser alcançar “o ponto em que quando o cidadão se lembrasse de um tema em saúde” procurasse em primeiro lugar nessa aplicação por considerar uma referência que agregasse uma grande quantidade de temas.

A app mySNS é um primeiro esboço da tecnologia ao serviço da saúde do cidadão. É possível nesta aplicação consultar guias de tratamento. Contém também notícias do SNS, contudo, estas não parecem ter sido selecionadas nem escritas para os utentes. Mas a potencialidade destes meios não se deve esgotar aqui. Gostaria de ver implementada a possibilidade de existirem nesta aplicação alarmes para a toma de medicamentos (com horário importados através da PEM). Poderia existir uma secção que permitisse que através do código de barras se identificasse um medicamento. Para além da identificação poderiam estar acessíveis fotografias e informações sobre início de terapêutica ou mesmo advertências sobre utilização prolongada.

Para além da App MySNS foram lançadas a App MySNS Tempos e MySNS Carteira. A App MySNS Tempos que mostra em tempo real os tempos de espera nos Serviços de Urgência dos Hospitais é o exemplo de uma aplicação que poderá não ter o efeito pretendido e até ser prejudicial. Poderemos, em vez de, tentarmos sensibilizar a população estar a estimular a corrida de situações menos urgentes para Hospitais que apresentem menor tempo de espera.

Novas fronteiras da saúde digital

Poderíamos aumentar a literacia em saúde? E se... se desenvolvesse uma App para divulgar informação de saúde credível?

Se incluíssemos nessa app sinais e sintomas comuns, estaríamos a descongestionar o Serviço de Urgência e a permitir a prestação de melhores cuidados de saúde às situações realmente urgentes? Seria muito mais económico e talvez eficaz que a Linha Saúde 24?

Se incluíssemos também outros módulos, não apenas para tratar doenças, mas também para promover a saúde

(com informação sobre nutrição ou exercício físico, com estabelecimento de planos personalizados).

Uma outra fronteira, que considero particularmente interessante, é a capacidade de motivarmos os utentes para a mudança de comportamento. Estudos da área de neuro marketing têm apontado para a potencialidade das redes sociais e dos novos dispositivos móveis na mudança de comportamento. Estes estudos têm sido desenvolvidos para perceber como se podem potenciar vendas e alterar tendências de consumo, mas estaríamos a fazer algo de errado se quiséssemos a mesma estratégia para os estilos de vida saudáveis? Supondo que o SNS decidia no futuro efetuar parcerias com locais onde se pratica exercício físico. Embora não se consiga saber com exatidão a adesão a esta medida antes de a implementar, poderia esta ser desenvolvida e otimizada por estas ciências que tipicamente estão distantes do campo da Medicina?

Motivação

Considero que a tecnologia se corretamente implementada na área da saúde poderá trazer mais-valias.

Vejo-me, no entanto, forçado a mencionar o óbvio. Com a implementação de suportes digitais, terão que existir equipas que dêem resposta no terreno, em tempo útil, aos problemas que forem surgindo com a utilização das mesmas. Pois também me deparo frequentemente com problemas nos suportes digitais e, por vezes, o tempo de resolução é demasiado longo.

Considero que a discussão deste tema permite a otimização do desenvolvimento e uma reflexão sobre a necessidade de reforço das equipas informáticas de manutenção e de suporte.

Referências:

<http://pns.dgs.pt/files/2010/07/TIC-A31.pdf>

<http://www.nybooks.com/articles/2017/04/20/kahneman-tversky-invisible-mind-manipulators>

Eyal, N., & Hoover, R. (2014). Hooked: How to build habit-forming products.

Kahneman, Daniel (2013). Pensar, Depressa e Devagar (4ª edição – Tradução Portuguesa). Círculo de Leitores.

Antonieta Dias

Doutorada em Medicina; Especialista de Medicina Geral e Familiar; Especialista em Medicina Desportiva



A Ciência é uma obra construída pelos homens. É única, é suprema, é a história da investigação. Retornar aos tempos históricos, de que forma? Um retrocesso na prestação dos cuidados médicos em Portugal poderá ser uma meta a atingir para recuperar a economia. Se pensarmos que o processo histórico da Medicina se iniciou no período paleolítico, data marcada pela emergência da cultura, entenderemos rapidamente que a situação que é proposta para o sector da saúde é inaceitável.

Recordando um pouco da história, constatamos que foi na época do Paleolítico, em que a Paleopatologia (estudo das enfermidades que podem ser demonstradas em restos humanos procedentes de épocas remotas), iniciou o registo de doença e de tratamento destas doenças (medicina primitiva pré-histórica), com a trepanação craniana. Existem ainda, documentos da Mesopotâmia e do Egipto, registos da evolução da medicina arcaica, baseada na magia e no empirismo.

Todavia, a Medicina como ciência, baseada na interpretação natural da doença surgiu apenas no século V a.C. com Hipócrates (c. 460-375 a.C.).

Pela sua importância e relevo, a Medicina despertou a atenção do próprio Heródoto e de Hipócrates, sendo pois, a história da Medicina a reconstituição do passado da ciência médica. É tão antiga quanto as artes de Asclépio, Deus da Medicina, e de Clio, musa da História. As suas origens remontam ao século de Péricles (século A.C.).

Consta numa das obras científicas do período pré-socrático "na arte médica é fundamental o princípio de

Uma nova perspectiva na prática médica

que as conquistas, que constituem o património passado, devem servir de base às investigações do presente."

É Hipócrates que critica o racionalismo a priori, propõe seu método e traça a origem e evolução da Medicina.

A crítica é dirigida contra aqueles que, partindo inicialmente de uma hipótese, derivam dela uma causa única para todas as doenças.

Da mesma forma que os filósofos pré-socráticos procuravam explicar a diversidade do mundo através de reduzidos elementos conhecidos, também alguns médicos do século V a.C. procuraram fundar a arte da Medicina sobre um ou dois princípios.

Ainda no tempo de Hipócrates surgiu o desenvolvimento da culinária adaptada aos diferentes tipos de doença, em que a Medicina primitiva seria, uma espécie de culinária personalizada.

Se pensarmos em Darwin na Origem das Espécies: "a herança é a lei", não podemos fazer tábua rasa do conhecimento científico que tem sido adquirido ao longo de todos estes anos de investigação médica.

Se recordarmos o século XIX, em que a Medicina antiga e a prática médica se baseiam na ligação e união dos conhecimentos médicos à filosofia, à ciência e à técnica.

Porém, não nos podemos esquecer de que a Medicina baseada nas ciências naturais era uma prática da ciência moderna no século XVII.

Importa referir que na era atual a Medicina baseada em evidências é inquestionável, pois as boas práticas exigem que todo o ato médico se sustente na aplicação do método científico (evidências, significam provas científicas).

A Medicina baseada em evidências adota as técnicas oriundas da ciência, da estatística e da engenharia em que as meta-revisões (conhecidas como meta-análises), análises de risco

benefício, ensaios clínicos aleatorizados e controlados, etc. etc.. É através deste conhecimento que os médicos fazem “uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência atual” quando fazem o raciocínio médico destinado ao tratamento individualizado dos doentes.

Em suma, a Medicina baseada em evidências, é a aplicação de um método estatístico adequado aos resultados de incidência de doenças.

Nenhum médico poderá ter um procedimento adequado na sua prática clínica, que não seja fundamentado em estudos científicos.

Eis que surge agora um método inovador e revolucionário para praticar uma Medicina que exclui a Medicina baseada em evidências e propõe uma solução única, isto é um novo método personalizado, adaptado à dívida existente em Portugal.

Porém, em pleno século XXI assistimos a uma revolução na prestação dos cuidados de saúde, que irá resolver de forma simples a dita insustentabilidade do SNS, mas não contribuirá certamente para a resolução das necessidades básicas dos doentes.

Assim, assistimos ao desmoronar da ciência médica, ao banalizar do ato médico, ao transformar a ciência e arte da Medicina, numa mera redução dos números e dos custos. Como profissionais de Saúde e defensores dos doentes, não podemos de forma nenhuma ficar serenos perante uma situação desadequada, que pretende apenas resolver a todo o custo e a qualquer preço o problema da saúde e do orçamento do Estado português.

Nenhum de nós imaginaria que em pleno século XXI, alguns hospitais ficariam privados de medicamentos, de meios complementares de diagnósticos, de recursos humanos e financeiros imprescindíveis ao tratamento das doenças.

Constrangedor é verificar que o resultado desta carência resulta de uma gestão política pouco sensível ao sofrimento humano

Porém, em pleno século XXI assistimos a uma revolução na prestação dos cuidados de saúde, que irá resolver de forma simples a dita insustentabilidade do SNS, mas não contribuirá certamente para a resolução das necessidades básicas dos doentes.

vivenciado pelos doentes ao longo destes últimos anos.

Contudo nenhum país pode ser insensível ao conhecimento científico, nem desincentivar a investigação médica ignorando que é uma prioridade de qualquer país civilizado.

Naturalmente que apostar neste projeto exige um investimento económico avultado para a sua manutenção, porém o resultado final será a conquista e a obtenção de métodos terapêuticos cuja aplicabilidade se transformará num sucesso para os doentes e para Portugal.

Impensável será admitir que perante um doente que se encontra entre a vida e a morte, em que a decisão clínica tem que ser imediata, pois um minuto de atraso pode determinar a sobrevivência do doente, o profissional de Saúde constata com a falta da matéria-prima (medicamentos, exames complementares de diagnósticos, recursos técnicos e recursos humanos) que o irão impedir de cuidar adequadamente o doente por falta destes recursos.

Apesar da excelente preparação técnica científica dos profissionais de Saúde, da história clínica, do exame objetivo, da utilização dos meios pessoais adquiridos pelos profissionais (ex. estetoscópio ou outros) a era da Medicina atual não é básica nem pré-histórica.

Desumano e injusto será naturalmente o incumprimento do tratamento por défice de recursos, colocando em perigo de vida o doente.

Será que vai ser esta a nossa realidade? Será que Portugal passará a ser um país onde os doentes serão tratados como números, onde morrer ou viver, passar fome ou não, não é relevante porque o que se exige é apenas reduzir a dívida pública?

Tudo aponta, que iremos retroceder a uma prática da Medicina que provavelmente se baseará na magia e no empirismo ainda mais rudimentar que na época do Paleolítico.