



Revista da Ordem dos Médicos

196 Março 2019
Mensal 2€

Ordem dos Médicos no

36.º Encontro Nacional de MGF

- pág. 14

Não basta falar:

é preciso garantir a segurança clínica - pág. 42

#UNIDOSPELABEIRA

Médicos respondem a apelo da Ordem - pág. 28

APOIO A PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO NA ÁREA DA DOR

Candidaturas até 30 de abril de 2019.

A Fundação Grünenthal, no âmbito do seu programa de atividade de apoio à investigação realizada em Portugal na área da dor, informa que nesta data abre um concurso para o apoio de até dois projetos de investigação, clínica ou experimental, na área da dor, dotados de 10.000 a 12.000 euros cada um.

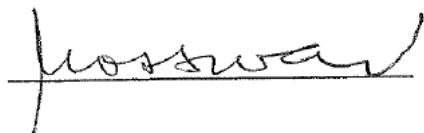
Podem candidatar-se investigadores nesta área, a trabalhar em instituições académicas ou outras, devendo cada candidatura conter:

- A** | Descrição resumida do projeto (até 5000 palavras)
- B** | CV do investigador principal
- C** | Indicação de outras fontes de financiamento
- D** | Orçamento

As candidaturas deverão ser enviadas exclusivamente por via informática e com recibo de receção para fundacaogrunenthal.pt@grunenthal.com

Serão aceites candidaturas até ao dia 30 de abril de 2019, cabendo a decisão ao Conselho de Administração da Fundação Grünenthal, que poderá recorrer a pareceres de especialistas no campo da investigação. A comunicação dos projetos selecionados será feita até ao dia 14 de junho de 2019.

Pela Fundação Grünenthal,



Professor Doutor Walter Osswald



36.º Encontro Nacional de MGF:

"É na linha da frente que os médicos de família estão e devem estar"

- pág.16



Sistemas de Apoio à Decisão Clínica

- pág.22



#UNIDOSPELABEIRA:

Médicos respondem a apelo da Ordem

- pág.28



Lei de Bases da Saúde

- pág.36



Homenagem a Barros Veloso

- pág.38



Não basta falar:

é preciso garantir a segurança clínica

- pág.42



Médicos e advogados debatem direito à privacidade e sigilo profissional

- pág.46

Acta Médica Portuguesa

Março/2019

data de publicação online: 29 de março



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





**Revista da
Ordem dos Médicos**
Ano 35 - N.º 196
MARÇO 2019

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@ordemdosmedicos.pt

Redação:
**Paula Fortunato
Filipe Pardal**

Dep. Comercial:
rom@ordemdosmedicos.pt

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:
Lidergraf - Sustainable Printing

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

Circulação total: **50.000 exemplares**
(10 números anuais)

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

Nota da redação:

Os artigos assinados são da inteira
responsabilidade dos autores;
os artigos inseridos nas páginas
identificadas das Seções 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.

sumário



editorial

04 **O ato médico e as más políticas
de saúde**

08 **breve revista de Imprensa**

informação

10 Consulta pública: projeto de regulamento
que define o ato médico

12 Médicos discriminados pela ministra
da Saúde

12 Ministra da Saúde empurra médicos de
família para fora do SNS

13 Urgência pediátrica do Hospital Garcia de
Orta em sério risco

atualidade

14 36º Encontro Nacional de MGF
Stand da Ordem dos Médicos

16 "É na linha da frente que os médicos
de família estão e devem estar"

22 Portugal eHealth Summit
Sistemas de Apoio à Decisão Clínica

28 #UNIDOSPELUBEIRA
Médicos respondem a apelo da Ordem

36 Lei de Bases da Saúde
"Temos de ser fazedores para alguma coisa
de positivo acontecer"

38 Homenagem a Barros Veloso
Sabedoria, bom senso, vocação,
sensibilidade e ética

42 Não basta falar:
é preciso garantir a segurança clínica

44 19ª Jornadas Nacionais de Urologia
em Medicina Familiar
Um livro e uma homenagem

46 Médicos e advogados debatem direito
à privacidade e sigilo profissional

entrevista

49 Hugo Cadavez:
"Sem condições de trabalho não
há qualidade"

Região Norte

- 52 Pela qualidade da formação
- 54 Ciclo de Conferências
Pela partilha de conhecimento

Região Centro

- 58 Colóquio – "Cuidadores (in)formais:
proteger quem cuida":
"É fundamental legislar o estatuto do
cuidador informal"
- 60 Assembleia da República debate problemas
do Hospital de Leiria
"É dever deontológico da Ordem dos
Médicos alertar para os problemas",
assume Carlos Cortes
- 63 Formações com chancela da SRCOM

Região Sul

- 64 Imperícia, imprudência e negligência
- 66 Sociedades médicas preservam valores
da Medicina
- 67 Relação médico-doente vai perdurar
- 68 O Ciclo Vicioso da Política de Saúde

opinião

- 70 Ser médica em Cabo Verde
- 72 Ainda há lugar para "Joões Semana"?
Medicina Geral e Familiar no séc. XXI
nas aldeias de Portugal
- 73 Estamos realmente atentos
à depressão pós-parto?
- 74 Utentes esporádicos nas Unidades
de Saúde
- 76 Bioética médica
"a grande e generosa utopia do século XXI"
- 78 Médico, desespero e ódio
- 79 Portugal vai cuidar dos idosos e dos
seus cuidadores
- 80 Os contadores de histórias



Miguel Guimarães
Bastonário da Ordem dos Médicos

O ato médico e as más políticas de saúde

A Ordem colocou em consulta pública, por um prazo de 30 dias, o projeto de regulamento que define o ato médico. Passamos das palavras e da reflexão à ação, porque os atos próprios dos médicos têm que ser preservados e as nossas competências respeitadas. O texto completo do projeto pode ser consultado nesta edição da revista (e no site nacional da Ordem dos Médicos). Esperamos que os colegas enviem contributos para enriquecer, melhorar e corrigir o projeto em debate, para consultapublica@ordemdosmedicos.pt.

Esta matéria é de fundamental importância: determinar em legislação, ainda que na forma de regulamento a ser publicado no DR, o conceito de ato médico é sinónimo de defender o interesse público pois o que está em causa é a proteção da vida e saúde dos cidadãos. A medicina só deve ser exerci-

da por quem tem a habilitação, o conhecimento e as competências próprias para o fazer, decorrente de um processo longo de formação pré-graduada (curso de medicina) e uma formação pós-graduada mais ou menos extensa, que garante a qualidade da própria medicina.

Em nome do direito à proteção da saúde temos que criar mecanismos legais que definam fronteiras e que possam servir de base a denúncias de situações que coloquem em risco a segurança clínica dos doentes. É nossa obrigação – assim como é obrigação do Ministério da Saúde e da DGS – defender a saúde pública, proteger os doentes do exercício ilegal da medicina e da publicidade enganosa. Perante essas questões de qualidade e de segurança clínica, sentimos que ao avançar com este projeto estamos a contribuir ativamente para a defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes.

É precisamente pela segurança clínica que também não podemos continuar a ser responsabilizados por aceitar os riscos de trabalhar sem as condições adequadas...

As visitas que fazemos às unidades de saúde têm exposto situações incomportáveis, com os médicos a trabalhar à beira da exaustão, ultrapassando o número de horas semanais que devem ser feitas, e de todos eles ouvimos relatos de problemas relacionados com a falta de recursos humanos, urgências sobrecarregadas e uma enorme pressão sobre médicos internos para que trabalhem para além das suas competências específicas, em equipas cuja composição nem sempre respeita as normas técnicas, a fazerem mais horas, mais turnos consecutivos e, em muitas situações, a trabalharem sem o apoio necessário, muitas vezes em condições inaceitáveis para a prática clínica, com um aumento inevitável do risco para os doentes e para os próprios médicos.

São situações que aumentam a insegurança no exercício da medicina e, consequentemente, a insegurança dos cuidados prestados.

Este estado de coisas não pode continuar. Já alertámos inúmeras vezes a tutela para a premência de resolver a enorme falta de recursos humanos que se verifica no SNS. Sem que seja corrigida a falta de capital humano, mas também de equipamentos e materiais clínicos, é muito difícil conseguir prestar cuidados com a qualidade a que as pessoas têm direito. O tempo não é suficiente e a pressão é excessivamente elevada. O acesso dos doentes a cuidados de saúde é cada vez mais demorado, com maiores tempos de espera para consultas e cirurgias e a cobertura em termos de cuidados de saúde primários está ainda longe do ideal (e das promessas políticas de atribuir a todos os cidadãos

médico de família e reduzir o número de utentes por médico de família), embora seja do conhecimento geral que cuidados primários de qualidade e acessíveis são a base de uma verdadeira cobertura universal.

Com os médicos a trabalhar para além do limite, e o aumento do risco, se acontece alguma situação negativa em consequência dessas deficiências do sistema, quem têm sido sempre os responsáveis e alvo das críticas? Os médicos! Mesmo depois de denunciarem as situações e mesmo depois de fazerem propostas de solução. Não podemos continuar a aceitar que assim seja. O Ministério da Saúde e os detentores da pasta da saúde têm que ser responsabilizados. E este é o momento, de união em torno de objetivos essenciais, de atuar em conjunto, de concentrar os nossos recursos jurídicos na defesa dos doentes, dos médicos e da qualidade da medicina. De responsabilizar diretamente a ministra da Saúde pelos potenciais eventos adversos resultantes de falências do sistema.

Como já disse anteriormente: não se pode querer uma medicina de hoje com equipamentos de ontem. Assim como não conseguimos enfrentar os desafios de hoje sem mais recursos e maior investimento: em formação, investigação, inovação e na valorização das pessoas.

Essas são, também, condições essenciais para que os profissionais optem por permanecer a trabalhar no SNS.

Para o Dia Mundial da Saúde, celebrado a 7 de abril, a Organização Mundial de Saúde escolheu a cobertura universal como o tema para o ano de 2019. É preciso assegurar que todos têm acesso aos cuidados de saúde de que necessitam, quando necessitam, onde necessitam, sem terem constrangimentos financeiros que os obriguem a escolher entre os cuidados de saúde e outras despesas diárias como sejam a comida ou o vestuário, por exemplo. Mas, em Portugal, sabemos que há doentes que não compram os medicamentos que lhes são prescritos, devido a carências financeiras (quase 9% segundo o último relatório da OCDE).

O objetivo da OMS aplica-se a nível mundial, incluindo Portugal. A saúde é um direito universal de todos os seres humanos e isso inclui tanto a prestação de cuidados médicos quanto a informação de qualidade em saúde que permita aos cidadãos e suas famílias serem parte ativa do seu percurso em saúde.

Mas quando os cuidados que estamos a prestar podem não ter a qualidade devida ou quando o acesso é dificultado por uma clara falta de recursos humanos, estaremos a cumprir esse objetivo? Cuidados prestados sem a devida segurança clínica implicam maiores custos, razão pela qual, se o bom senso não bastasse, a OMS alerta para a necessidade de fazermos mais e melhor para aumentar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde a nível global.

“a primeira missão de um médico é de ordem... política: a luta contra a doença deve começar pela guerra contra as más políticas”, hoje temos sinais inequívocos de más políticas de saúde contra as quais temos que lutar.

É tempo de termos uma saúde de qualidade para todos e, para isso, necessitamos de acesso garantido a serviços de saúde de qualidade, educação para a saúde, profissionais altamente qualificados, nomeadamente médicos especialistas, que prestam cuidados diferenciados e centrados no doente. Mas também precisamos de gestores e “fazedores” de políticas empenhados em investir. É isso mesmo que nos é dito pela Organização Mundial de Saúde, ao definir que o investimento na saúde é uma escolha política.

Sem reformas de fundo, para as quais é preciso investir, o SNS está a perder qualidade a cada dia que passa. É certo que fomos tendo um serviço público de saúde com uma relação qualidade/custo muito boa, mas se não investirmos, aquela que é a maior conquista dos médicos na democracia começa a definhar e a recuperação será obviamente mais dispendiosa.

Já tivemos ministros da Saúde com discursos simpáticos que colocavam – no plano teórico - em primeiro lugar os doentes e os profissionais. Mas,

na prática, era tudo muito diferente. Com a ministra Marta Temido nem no plano discursivo - e muito menos na prática - estamos a ter qualquer melhoria na saúde ou qualquer *feedback* positivo. A cada reunião sentimos que a ministra não tem um rumo próprio e quer implementar a política de “outros” contra os médicos. Despreza os médicos e os doentes. À sua volta reina um vazio. Um vazio de quem não vai (ou não quer) fazer nada para ajudar as pessoas. Os hospitais e centros de saúde

continuam com os mesmos problemas ou, pior ainda, com mais problemas. Quem está todos os dias no SNS a ver doentes, sabe que estamos a chegar a um momento limite, em que a linha vermelha já foi ultrapassada em muitos casos.

Seria mais fácil não agirmos, esperarmos que uma situação mais grave expusesse publicamente a irresponsabilidade do Ministério da Saúde. Mas a nossa responsabilidade

perante os doentes e a sociedade civil, não nos permite ficar calados. Da mesma forma que umas centenas de colegas se voluntariaram para auxiliar Moçambique (#UNIDOSPELABEIRA), após a catástrofe natural que destruiu os equipamentos de saúde, a quem deixo mais uma vez o nosso muito obrigado, temos todos o dever de traduzir na prática aquilo que foi a nossa escolha, ser médico e ser um defensor da ética e dos doentes. Seria mais fácil ficar calado. Mas não foi para ter medo que escolhemos a missão de ser médico e muito menos que aceitámos ser dirigentes desta digna instituição que representa os médicos.

E tal como escreveu Michael Foucault, filósofo e pensador francês, na sua obra “O nascimento da clínica” de 1963, “a primeira missão de um médico é de ordem... política: a luta contra a doença deve começar pela guerra contra as más políticas”, hoje temos sinais inequívocos de más políticas de saúde contra as quais temos que lutar.

Porque a saúde é um direito universal. Também em Portugal.



www.bmcar.bmw.pt

Breve revista de imprensa

Em Saúde, quando fazer mais pode ser demais

Guilherme Ferreira dos Santos, Miguel Bigotte Vieira, António Vaz Carneiro e Miguel Guimarães

base nesta premissa que surgiu nos Estados Unidos da América, em 2012, o programa Choosing Wisely, pela mão do American Board of Internal Medicine, programa este que foi posteriormente adaptado e implementado em mais de 20 países, incluindo Austrália, Canadá, Dinamarca, Holanda, Itália, Japão, Nova Zelândia, Reino Unido e Suíça.

Este programa global de educação para a saúde tem como principal objectivo promover escolhas em saúde baseadas na

s médicos são treinados para dar respostas concretas, para não cessarem esforços até descobrirem a causa última do que faz um doente ficar doente. São conselhos para

DESPORTO PAÍS MUNDO POLÍTICA ECONOMIA CULTURA

Ordem dos Médicos quer reunião urgente com ministra após "nível de desprezo" inédito

Lusa

19 Mar, 2019, 11:41 / atualizado em 12:00

Médicos acusam Governo de desprezo

JUSTIFICAÇÃO Clínicos sentem-se "agredidos" pelas declarações de Marta Temido sobre salários
RESPOSTA Ordem avançou com um pedido de reunião urgente. Sindicatos ponderam fazer greve

FRANCISCA GENÍSIO
Os médicos portugueses estão revoltados com o Governo e acusam-no de "desprezo" e "agressão".
"Desde que a ministra da Saúde [Marta Temido] tomou posse que os médicos se sentem agredidos e desprezados. Recebi centenas de queixas de clínicos sobre o assunto", refere ao CM Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos (OM), que acusa o Governo de falta de respeito pela classe profissional.
Em comunicado, a OM diz que a ministra da Saúde "tem sido uma pessoa que não tem respeito pela classe profissional".



OUVR EMISSÃO

NOTICIÁRIOS POLÍTICA SOCIEDADE ECONOMIA DESPORTO INTERNACIONAL VÍDEOS HUMOR PROGRAMAS SONS DA HISTÓRIA

Viajar é sonhar e o sonho começa aqui!

CICLONE IDAI

Ordem dos Médicos está a recrutar cinco clínicos para apoiar vítimas do ciclone Idai

21 DE MARÇO DE 2019 - 11:47

Mais de 13 mil médicos em exclusivo no privado

Irlanda oferece mais de 11 Bastonário acusa Governo

Ana Gaspar agenciamento.pt

Express

ÚLTIMAS OPINIÃO ECONOMIA EX

O SNS está a perder médicos: "Em exclusivo, no setor privado, já trabalham mais de 13 mil"

02.03.2019 às 16h57

Miguel Guimarães, bastonário da OM, diz que os médicos portugueses do SNS recebem salários mais baixos do que os da Europa Ocidental. São precisamente os valores mais baixos que estão a fazer com que os médicos em início de carreira, surgido a informação, que a Irlanda está a contratar profissionais por 120 euros por mês.

"Os 11 mil euros são os valores mais baixos que os médicos em início de carreira, surgido a informação, que a Irlanda está a contratar profissionais por 120 euros por mês.

Jornal de Notícias

22-03-2019

Médicos culpam tutela por vagas não preenchidas

Ordem diz que Ministério empurra profissionais para fora do SNS. ENAM sublinha que são duplamente penalizados

Assinar



Perdão e jejum Pascal

Miguel Guimarães Seguir

16/3/2019, 1:02 5.000 15

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

f t in

Partilhar

MIGUEL GUIMARÃES

"MÉDICOS SÃO OBRIGADOS A HORÁRIOS DESUMANOS"

Diz Bastonário da Ordem dos Médicos, que recusa f sobre o uso de donativos públicos para financiar gr

PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO SINDICAL PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

QUE "VIVE MELHOR ENFERMEIRO SEM MÉDICO DO QUE O CONTRÁRIO". TEM RAZÃO?

Quarta do Serviço Nacional de Saúde (SNS) são os seus profissionais. São eles que, mesmo em condições ideais, perdem um serviço de qualidade independentemente da situação. Não existe um único profissional que não tenha sofrido para estar descontente com a base do respeito mútuo, defesa e valorização das condições de trabalho que, devemos lutar.

IN IN Direto Nacional Local Justiça Mundo Economia Desporto Pessoas

Tempos de consulta: Sindicato apoia Ordem dos Médicos

sns
Tempos de consulta: Sindicato apoia Médicos

Bastonário dos médicos muito preocupado com o desaparecimento de medicamentos
Miguel Guimarães critica a postura da ministra da Saúde, que classificou o desaparecimento dos medicamentos como "coincidências".

OIÇA AQUI



Há 40 vagas para médicos de família por preencher



Há 40 vagas para médicos de família por preencher

Ficaram por preencher 40 vagas para médicos de família em centros de saúde. É na região de Lisboa e Vale do Tejo que acabaram por ficar mais lugares vazios, precisamente as zonas onde há mais utentes sem médico de família.

VIDEO AQUI



Expresso

Ordem dos Médicos contra consultas por telemóvel



CORREIO da manhã

19-03-2019

DISCURSO DIRETO
Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos sobre a contratação de profissionais

"O QUE ESTÁ A ACONTECER NA SAÚDE É ESTRANHO"

CM - O que pensa a Ordem dos Médicos do despacho de substituição de profissionais de Saúde?

Miguel Guimarães: O facto de as administrações hospitalares terem autonomia para substituir profissionais de Saúde, parece muito bom, mas não é o que acontece no despacho. No fundo, desaparece o obstáculo do aval das Finanças, mas o do Ministério da Saúde mantém-se. O que está a acontecer na Saúde é



zados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, em 2018, foi feita por médicos, o que significa que há falta de clínicos. Perante isto, como é que o despacho nos deixa de fora? Os médicos também adoecem, as médicas engravidam, etc.

- O que vai fazer a Ordem relativamente ao despacho?

- A Ordem dos Médicos já solicitou uma reunião de urgência ao Ministério da Saúde de que tem que ver com um conjunto de declarações da

Alfaria Temido, nos

CORREIO da manhã

07-03-2019

CORREIO DA SAÚDE

Miguel Guimarães



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

De malas aviadas

Ao longo das últimas semanas somaram-se notícias de novas propostas para contratação de médicos portugueses. Galiza, Irlanda e Arábia Saudita são três dos exemplos citados. Essas mesmas notícias relatavam preocupação com o surgimento destes recrutamentos, pelos ordenados anunciados e pelo impacto que a saída de mais médicos pode ter para o SNS.

No entanto, estes anúncios devem ser encarados precisamente ao contrário. A procura de médicos portugueses representa o reconhecimento da qualidade da nossa formação e da

A POLÍTICA DE CONTRATAÇÃO ESTÁ OBSOLETA, NÃO SERVE O PAÍS

nossa Medicina - motivo de orgulho e pelo qual a Ordem dos Médicos não abdica de investir nestas duas vertentes. O que o país e o Governo em particular devem questionar são as razões que levam médicos de grande qualidade e com família estabelecida em Portugal a sentirem que o seu percurso profissional passa pelo estrangeiro (ou mesmo pelo setor privado) e não pelo SNS. A resposta é simples: a política de contratação de recursos humanos está obsoleta, não serve o país e todos os concursos têm atrasos inexplicáveis. Falha a carreira e o respeito pelos profissionais. Enquanto a tutela escamotear isto não conseguirá evitar que mais médicos estejam de malas aviadas. Infelizmente. ■

CORREIO da manhã

21-03-2019

CORREIO DA SAÚDE

Miguel Guimarães



BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Médico não adocece

Nos últimos tempos têm sido várias as declarações públicas do Ministério da Saúde que comprovam o desprezo que a tutela tem pelos médicos. Esta semana conhecemos um novo patamar, passando-se para uma verdadeira discriminação, com o Ministério a deixar os médicos de fora de um despacho que permite substituir mais facilmente profissionais que adoecem ou engravidem. Em primeiro lugar, esta devolução de autonomia aos hospitais só é parcialmente verdade. Termina a incompreensível necessidade de uma assinatura do Ministério das

PARA A TUTELA OS MÉDICOS NÃO PODEM ADOECER OU ENGRAVIDAR

Finanças, mas mantém-se a necessidade de luz verde do Ministério da Saúde. Ou seja, os conselhos de administração continuam a não poder tomar a básica decisão de substituir alguém doente ou em licença de parentalidade prolongada. Mas o mais chocante é a decisão de excluir os médicos desta solução, argumentando-se que existem concursos próprios - mas sem referir que esses mesmos concursos não preveem substituições. Ficamos desta forma a saber que para a tutela os médicos não podem adoecer ou engravidar - e que caso o façam são os restantes colegas que devem ficar sobrecarregados e os doentes com um atendimento dificultado, num SNS cada vez mais na linha vermelha. ■

Consulta pública: projeto de regulamento que define o ato médico

A definição do ato médico é uma questão que a Ordem dos Médicos defende para proteção da segurança e defesa dos doentes de situações de usurpação de funções, publicidade enganosa, etc.. Por deliberação do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos e nos termos do n.º 2 do artigo 9.º do Estatuto da Ordem dos Médicos, colocou-se em consulta pública, por um prazo de 30 dias, o projeto de regulamento que define o ato médico (atos próprios dos médicos). A Ordem dos Médicos divulgou o documento no seu site e enviou um email a todos os colegas, apelando ao envio de contribuições diretamente para o endereço consultapublica@ordemdosmedicos.pt. Do documento que resultar dessa consulta, seguir-se-á uma análise e votação em Assembleia de Representantes.

"Projeto de Regulamento que define o ato médico (atos próprios dos médicos)

A Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90, de 21 de agosto determina, na sua Base XXXII, que o conceito de ato médico é definido na lei. Por seu turno, os Decretos-Lei n.º 176/2009 e 177/2009 - diplomas que regulam as carreiras médicas -, nos seus artigos 9.º, determinam que o médico é o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde, e apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde. Estabelecem, também, os mencionados preceitos legais, que o médico exerce a sua atividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, através do exercício correto das funções assumidas, coopera com outros profissionais cuja ação seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas.

Encontra-se, pois, definido o conceito funcional de médico enquanto profissional integrado no Serviço Nacional de Saúde. Importa, contudo, e numa perspetiva mais ampla, determinar o conceito de ato médico, porquanto sendo a atividade médica altamente regulamentada por razões de interesse público, já que está em causa a defesa da vida e saúde dos cidadãos, é necessário especificar expressamente o conteúdo intrínseco dos atos dos médicos.

Interessa ainda afirmar que está em causa o interesse público de não se permitir a todos os prestadores de serviços de saúde uma intromissão em atos exclusivos para os quais só os médicos estão cabal e integralmente habilitados.

Desta forma concretiza-se a atribuição legal consagrada na alínea b) do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Médicos, de contribuir para a defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes.

A definição dos atos próprios dos médicos concorre também para um reforço da relação médico doente na medida em que os cidadãos ficam com uma informação mais clara do âmbito de intervenção exclusiva do médico.

Os limites do ato médico podem ser variáveis no tempo, no momento concreto e nas circunstâncias sociais e culturais em que são praticados, pelo que as formulações adotadas têm a flexibilidade ajustada a esta realidade (...)

Regulamento que Define o Ato Médico (atos próprios dos médicos)

Artigo 1.º – Objeto

O presente regulamento define os atos profissionais próprios dos médicos, a sua responsabilidade, autonomia e limites, no âmbito do respetivo desempenho.

Artigo 2.º – Habilitação

1 - Os médicos possuidores de inscrição em vigor na Ordem dos Médicos são os únicos

profissionais que podem praticar os atos próprios dos médicos, nos termos do Estatuto da Ordem dos Médicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de julho, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 117/2015, de 31 de agosto e do presente regulamento.

2 - O médico é o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças e outros problemas de saúde, e apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde.

Artigo 3.º – Responsabilidade e autonomia

1 - O médico exerce a sua atividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica.

2 - O médico deve cooperar com outros profissionais cuja ação seja complementar à sua e coordenar as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas.

Artigo 4.º – Qualificação e competências

1 - O médico deve respeitar as suas qualificações e aptidões que forem reconhecidas pela Ordem dos Médicos. O médico deve abster-se de praticar atos para os quais não esteja tecnicamente preparado, exceto nos casos de emergência e na impossibilidade de intervenção de um médico mais habilitado.

2 - O médico não deve incumbir outros profissionais de saúde da realização de atos próprios dos médicos, nomeadamente de diagnóstico, prescrição ou gestão clínica autónoma de doentes.

3 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, o médico pode delegar noutros profissionais de saúde a prática de ações técnicas integráveis no conceito de ato médico, conquanto tal prática decorra sob a orientação do prescritor ou de outro médico devidamente habilitado para o efeito.

Artigo 5.º – Ato médico em geral

1 - O ato médico consiste na atividade diagnóstica, prognóstica, de investigação, de perícias médico-legais, de prescrição e execução de medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, e de técnicas médicas, cirúrgicas e de reabilitação relativas à saúde e à doença física, mental, social

das pessoas, grupos ou comunidades, no respeito pelos valores deontológicos da profissão médica.

2 - Constituem ainda atos médicos as atividades técnico-científicas de ensino e formação, de assessoria, governação e gestão clínicas, e de educação e organização para a promoção da saúde e prevenção da doença, quando praticadas por médicos.

Artigo 6.º – Ato de diagnóstico

A determinação de uma doença pelo estudo dos seus sinais e sintomas e análise dos exames efetuados constitui um procedimento base em saúde que deve ser realizado por médico e, em cada área específica, por médico especialista e visa determinar a instituição da melhor terapêutica preventiva, cirúrgica, farmacológica ou de reabilitação.

Artigo 7.º – Ato de prescrição

A prescrição de medicamentos, incluindo medicamentos manipulados e medicamentos contendo estupefacientes e psicotrópicos, e de outras tecnologias de saúde, incluindo meios auxiliares de diagnóstico, obedece ao estipulado na lei e consiste na determinação realizada por médico de medicamentos e tecnologias de saúde.

Artigo 8.º – Liberdade de exercício

Os médicos gozam de plena liberdade para praticar os atos próprios da profissão, nos termos da lei e da deontologia médica, podendo para tanto solicitar, se necessário recorrendo à cooperação de entidades públicas ou privadas, que lhe sejam disponibilizados os meios materiais adequados para a execução dos mesmos, sempre que isso se revele indispensável.

Artigo 9.º – Vigência

O presente regulamento entra em vigor no primeiro dia útil do mês seguinte ao da sua publicação.

18 de março de 2019

O Bastonário da Ordem dos Médicos,
José Miguel Ribeiro Castro Guimarães"

Médicos discriminados pela ministra da Saúde

O Ministério da Saúde anunciou hoje um despacho que visa dispensar da autorização prévia do Ministério das Finanças as substituições de recursos humanos nos hospitais públicos. O documento em causa, embora possa ter aspetos positivos, na verdade induz na opinião pública a existência de uma falsa autonomia e flexibilidade de gestão ao nível dos hospitais (o que não acontece de todo) e discrimina negativamente os médicos, que ficam impedidos de serem substituídos caso estejam ausentes mais de 120 dias.

Esta medida não resolve as carências estruturais do sistema, e continua a impedir que os hospitais possam fazer uma substituição apenas com a assinatura de quem legitimamente os dirige: o conselho de administração.

O anúncio não dispensa só a assinatura de Mário Centeno, dispensa também a inclusão dos médicos na aplicação do despacho, com o falso argumento de que estes têm um “regime próprio” de contratação, numa referência ao modelo de concurso nacional que não se replica nas restantes profissões da saúde e que, inclusive, já foi em sede própria criticado pelos médicos. Importa clarificar que esse regime não prevê substituições.

Ou seja, numa medida que procura responder a necessidade pontuais de recrutamento – designadamente a situações de substituição de pessoal, de aposentação ou de saída do quadro – o Ministério da Saúde entende que os médicos devem ser colocados de parte, porventura porque não adoecem, não precisam de licença de parentalidade ou não se reformam. Não deixando de reconhecer o impacto positivo desta agilização parcial, a Ordem dos Médicos não pode deixar de lamentar o caráter discriminatório e casuístico, ao deixar os médicos de fora.

Neste âmbito, importa salientar que os médicos são uma profissão nuclear do SNS, sobre a qual impende um nível incomparável de responsabilidade e exigência, claramente manifesta nas obrigações de trabalho suplementar a que são sujeitos. De resto, os dados oficiais do Ministério da Saúde confirmam que das mais de cinco milhões de horas extraordinárias realizadas no SNS, cerca de 48% são realizadas por médicos, representando essa componente 25% do seu salário. Acresce a esse facto que cerca de 70% de todos os médicos realizam trabalho extraordinário.

O grau de compromisso dos médicos com os serviços, com os doentes e com a comunidade é inequívoco, o que não invalida que precisem, como todos os outros profissionais, de se ausentar. Ainda assim, a taxa de absentismo dos médicos é de 9,6%, abaixo da média global de todo o SNS, de 10,9%.

Consideramos, assim, que qualquer iniciativa que visa a agilização dos processos de contratação de profissionais de saúde para o serviço público deve incluir obrigatoriamente os médicos.

Se o Ministério da Saúde quer resolver as graves carências que existem ao nível do capital humano no SNS deve contratar todos os profissionais que são necessários através de uma política de contratação diferente daquele que tem sido utilizada, reformulando os concursos públicos e dando autonomia aos hospitais. Tudo o resto é a espuma dos dias, com que o Governo nos vem entretenendo nos últimos tempos.

A Ordem dos Médicos não vai permitir que este tipo de situações continue a acontecer e vai brevemente interpelar o Governo sobre um conjunto de matérias que preocupam fortemente os profissionais de saúde e os doentes.

Lisboa, 18 de março de 2019

Ministra da Saúde empurra médicos de família para fora do SNS

No último procedimento concursal para reforçar os cuidados de saúde primários com mais especialistas em Medicina Geral e Familiar, apenas 73 das 113 vagas foram preenchidas. A região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a mais carenciada de todo o país, foi a que menos médicos de família conseguiu atrair. “Este deserto histórico em termos de número de candidatos é um reflexo da atitude que a ministra da Saúde tem demonstrado. Ao invés de acarinhar os profissionais de saúde, a tutela tem escamoteado os graves problemas do Serviço Nacional de Saúde e ameaçado com retenções obrigatórias de médicos que em nada contribuem para que tenham vontade de trabalhar no sistema público de saúde”, afirma o bastonário da Ordem dos Médicos.

Para Miguel Guimarães, “este concurso é mais uma prova de que a atual política de contratação de recursos humanos não serve nem o país nem o SNS e a prova de que também nada de eficaz está a ser feito para conseguir atrair médicos para zonas carenciadas”.

“Há vagas que ficam sistematicamente por preencher em algumas zonas de Lisboa e também do Alentejo e Algarve. Isso obriga a uma reflexão e a uma atitude séria por parte do Ministério da Saúde”, reforça o bastonário, que lamenta que “uma vez mais os doentes sejam prejudicados pelo poder político”, com a ministra da Saúde a empurrar os médicos para fora do SNS.

Lisboa, 21 de março de 2019

Urgência pediátrica do Hospital Garcia de Orta em sério risco

Jornal

PORTUGAL

DINHEIRO

MUNDO

TECNOLOGIA

Serviço de pediatria no Hospital Garcia de Orta em "sério risco", denuncia Ordem dos Médicos

Diário de Notícias

Ordem dos Médicos alerta: Urgência do Hospital Garcia de Orta em risco de ficar sem pediatras em abril

informação

Apesar do alerta lançado há dois meses pela Ordem dos Médicos e da insistência feita pelo Sindicato Independente dos Médicos (SIM), a falta de pediatras no Hospital Garcia de Orta agravou-se. Desta forma, em abril a escala da urgência pediátrica pode deixar de estar assegurada pelo que o serviço corre o risco de ser encerrado alguns dias ou em alguns períodos.

"Quando fizemos um alerta para a grave situação que estava a ser vivida no Hospital Garcia de Orta a ministra da Saúde apressou-se a negar os factos, em vez de ter investido todos os esforços no sentido de reforçar o quadro de pediatras. Chegámos assim a uma situação limite e inevitável", afirma o bastonário da Ordem dos Médicos.

"Não é possível ter uma urgência pediátrica aberta sem pediatras. Não é sério e, sobretudo, não é seguro para os mais de 130 doentes que ali acorrem todos os dias", reforça Miguel Guimarães, avançando que desde fevereiro já saiu mais um pediatra do hospital, prevendo-se a saída de mais um até ao final de abril. Há também uma pediatra que entrou em licença de maternidade e outra que está grávida.

A situação motivou também uma tomada de posição por parte do SIM, que enviou uma carta ao conselho de administração do Hospital Garcia de Orta. "Lamentamos a inação do conselho de administração e o desrespeito que isto demonstra pelos profissionais, pelos pais e pelas crianças", defende o secretário-geral do SIM. Jorge Roque da Cunha destaca que "esta tem sido, aliás, a postura do Ministério da Saúde nos vários assuntos, num desaproveitamento da abertura negocial das estruturas sindicais, que se traduziu em resultados quase nulos. Este tema estará na base de uma cimeira que o SIM e a FNAM vão realizar já neste dia 27 de março".

"Como facilmente se percebe o cenário é muito grave e não deixa de ser irónico que o hospital não possa substituir estas pessoas, já que ainda este mês a ministra da Saúde publicou um Despacho que facilita a substituição de

profissionais ausentes por doença ou por licença de parentalidade, mas que deixa de fora os médicos", acrescenta o bastonário.

Em fevereiro a Ordem dos Médicos, após uma visita ao Hospital Garcia de Orta, já tinha alertado que o número de pediatras nos quadros naquela unidade de Almada era insuficiente e comprometia a qualidade e segurança dos serviços prestados às crianças. A urgência funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, quase sempre com um único pediatra, pelo que Ordem avançava que a solução para continuar a garantir as escalas poderia passar pelo encerramento durante a noite.

A gravidade da situação levou a que os chefes de equipa entregassem um pedido de isenção de responsabilidade. O número de chefes de equipa que não cobre sequer as sete noites da semana e que obriga a que façam um número incomportável de horas suplementares.

Muitas vezes o chefe de equipa é o único pediatra na urgência, o que se torna ainda mais incompreensível dado que os mesmos médicos que asseguram esta urgência, quando estão escalados, dão apoio à unidade de internamento de curta duração e à urgência interna dos doentes da enfermaria de pediatria. Ao fim-de-semana, a mesma equipa dá também apoio ao berçário. Na urgência pediátrica as equipas deviam ter, pelo menos, dois assistentes hospitalares de pediatria ou um assistente hospitalar e um interno dos últimos anos da Formação Específica, mas nem isso está a ser assegurado.

Lisboa, 28 de março de 2019



Stand da Ordem dos Médicos

Maior proximidade e contacto com os médicos foram as premissas que levaram a Ordem dos Médicos (OM) a aceitar o convite da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) para estar presente no 36.º Encontro Nacional de MGF, realizado em Braga de 13 a 16 de março. A participação da OM foi concretizada através de um stand onde se produziram contactos, divulgação de projetos e onde se construiu mais uma ponte para que os associados contem com a ajuda da instituição de forma mais próxima e eficiente.

Texto e fotos: Filipe Pardal, redator da Revista da Ordem dos Médicos

Ler as edições mais recentes da ROM - Revista da Ordem dos Médicos -, analisar o documento em consulta pública sobre os Tempos Padrão para as Consultas Médicas, saber mais acerca do projeto Choosing Wisely Portugal – Escolhas Criteriosas em Saúde, proceder a uma alteração de morada, denunciar falhas, deficiências e insuficiências do SNS ou de qualquer local de trabalho em defesa da qualidade da medicina, levar um livro com o documento histórico das Carreiras Médicas ou apenas beber um café enquanto confraterniza com os colegas foram algumas das principais atividades possíveis no stand da Ordem dos Médicos no 36.º Encontro Nacional de MGF.

Com presenças assíduas de membros da direção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar - Paulo Santos, Gonçalo Envia, Joana Monteiro, António Foz Romão, Victor Ramos e a presidente Isabel Pereira dos Santos - muitos foram os que aproveitaram para esclarecer algumas dúvidas, nomeadamente acerca da proposta de tempos padrão para as consultas médicas das várias especialidades, com particular atenção para as propostas de MGF. A presidente do Colégio esteve no stand antes de participar na mesa "Conversas com o Colégio – Idoneidade Formativa: um novo discurso ou um novo paradigma?", uma sessão que se organizou em torno de duas exposições e de duas reflexões críticas. Coube a Isabel Pereira dos Santos apresentar o novo modelo de avaliação de idoneidades de indi-

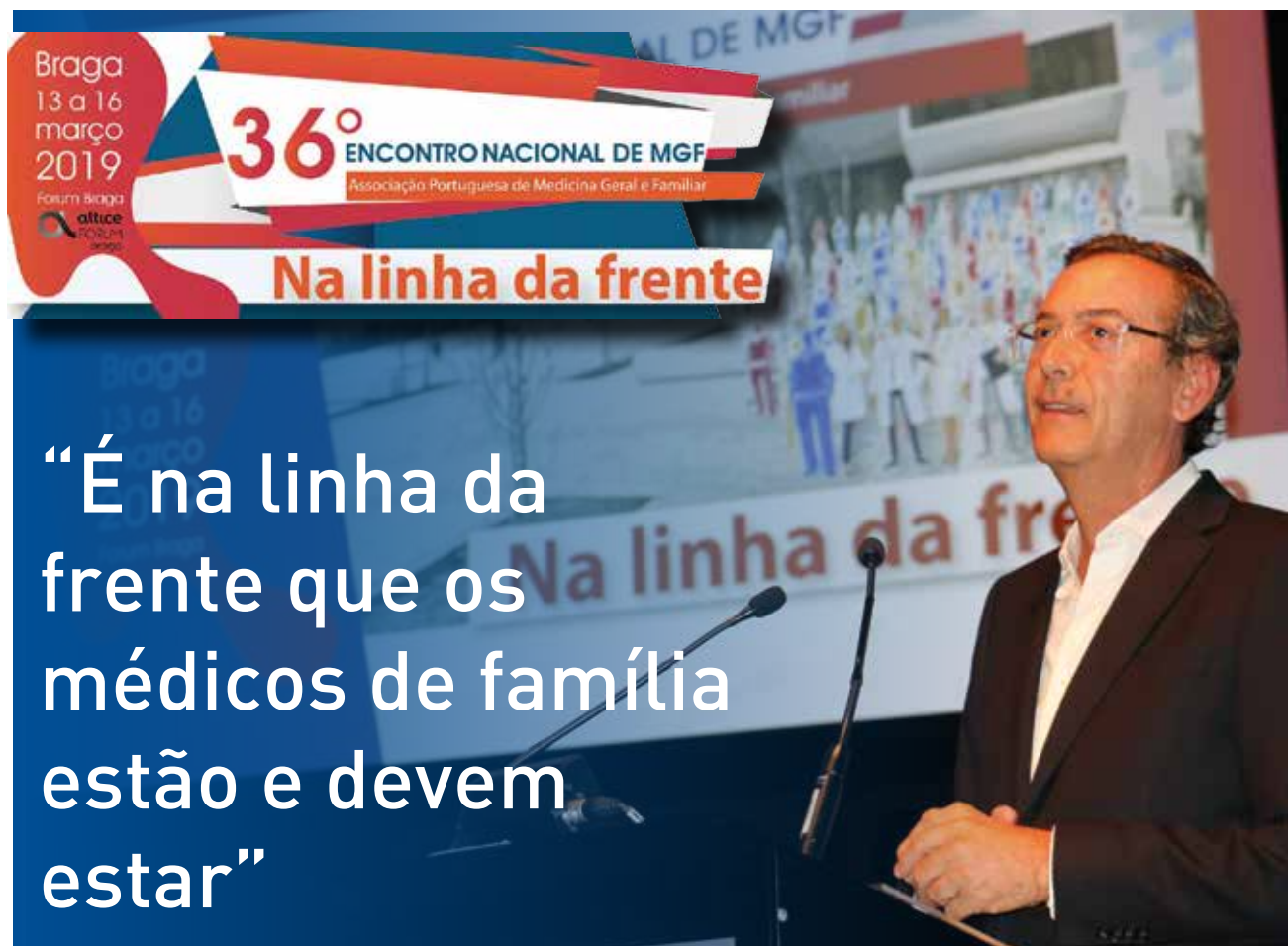
cadores direcionais aos diferentes componentes e processo formativo. "As minhas expetativas é que se possa encetar um debate alargado sobre o modelo sistémico agora proposto e sobre os indicadores de idoneidades respeitantes a três áreas: organização e funcionamento do internato, orientação e planeamento da formação e desenvolvimento e aplicação do programa e avaliação", afirmou. Quem também nos visitou foi Rui Nogueira, presidente da APMGF, que se mostrou "muito feliz" com a proximidade que a OM dedicou a esta iniciativa que "cumpru todos os objetivos a que se propôs". Além disso, Rui Nogueira recomendava a todos que por lá passavam que levassem o "Relatório sobre as Carreiras Médicas", uma reedição da OM, datada de 2007, de um documento histórico "muito importante para todos nós", considerou.

Durante os 4 dias de trabalho, centenas de pessoas mostraram o seu contentamento por se sentirem "acompanhadas" pela sua Ordem. Visitas que culminaram com a presença do diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência e presidente do Conselho Nacional para a Formação Profissional Contínua, António Vaz Carneiro, da Secretária de Estado da Saúde Raquel Duarte e do bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, entre muitas outras ilustres presenças.

Veja de seguida a reportagem fotográfica com alguns dos melhores momentos.







A cerimónia de encerramento da 36ª edição do Encontro Nacional de Medicina Geral e Familiar (MGF) juntou o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, ao presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), Rui Nogueira, e à secretária de Estado da Saúde, Raquel Duarte. A moderação dos discursos ficou a cargo de Nina Monteiro, da Comissão Organizadora e Científica do evento. Antes tinha sido a vez de José Luís Biscaia, ex-subdiretor Geral da Saúde e atualmente membro da Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, protagonizar a conferência de encerramento. O papel dos médicos de família no desenvolvimento e integração dos cuidados, novos projetos e desafios para o futuro da especialidade e, ainda, algumas solicitações à tutela no que diz respeito a melhores condições de trabalho, foram os principais ângulos de abordagem no culminar de um evento que juntou largas centenas de médicos em Braga, entre os dias 13 e 16 de março.

Texto e fotos: Filipe Pardal, redator da Revista da Ordem dos Médicos

O futuro da MGF na linha da frente dos cuidados de saúde foi o tema da conferência proferida por José Luís Biscaia, onde foram enunciadas várias pistas sobre como poderão os médicos de família e as equipas de saúde multiprofissionais em que estes se

integram, fazer a diferença no SNS, aproveitando o seu posicionamento único no sistema. “É importante entender o que estamos a fazer hoje para operacionalizar uma visão de futuro para a especialidade e para os cuidados de saúde primários”, considerou,

salientando que para permanecer na linha da frente é necessário ter os olhos postos no futuro, criando as condições adequadas para continuar a evoluir. O dirigente da Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e médico de família na USF S. Julião da Figueira, na Figueira da Foz, falou do trabalho que se tem feito, nomeadamente no novo modelo de atribuição da idoneidade formativa e na avaliação da satisfação do cidadão com a consulta, sendo esta última um instrumento qualitativo ainda em fase de validação.

A gestão do conhecimento, com mais literacia, capacitação e inclusão, a gestão dos percursos, centrado nas pessoas, orientado pelo processo de cuidados, e as organizações “aprendentes”, com capacidade de avaliar para melhorar, são uma tríplce aliança defendida por José Luís Biscaia antes de ressaltar que “ainda há muito para fazer”. Num discurso onde enalteceu as capacidades dos especialistas de MGF, o conferencista não desperdiçou a oportunidade de elogiar a iniciativa que “tem sabido reinventar-se ao longo de todos estes anos” contribuindo com “boas experiências e vivências, importantes para a minha vida profissional e para a própria especialidade”, garantiu. Um encontro rico ao nível técnico-científico, mas também no desenvolvimento social e na partilha de experiências

inter pares. Foi assim que Nina Monteiro descreveu sumariamente a 36ª edição do Encontro Nacional de MGF, antes de apresentar Rui Nogueira, presidente da APMGF, que se manifestou desde logo satisfeito com todas as participações e contributos expostos ao longo dos 4 dias de trabalho. “Os cuidados de saúde primários são a base do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Sem a MGF e sem os 5,600 médicos de família nas 850 unidades que temos espalhadas pelo país não seria possível manter o SNS”, asseverou. Rui Nogueira lamentou, no entanto, que a APMGF esteja

a sentir “dificuldades em transmitir as suas preocupações à senhora ministra da Saúde”. Falando diretamente para a secretária de Estado, Raquel Duarte, o presidente do Encontro declarou que a associação que lidera “precisa de mais espaço para levar as suas ideias de desenvolvimento da especialidade e dos cuidados de saúde primários” à tutela. Uma dessas ideias é o Projeto Beta. Um projeto “ambicioso e dedicado à criação de novas unidades”. “Necessitamos de dar um salto em frente para criarmos condições que possam permitir a instalação de novas USF”, uma vez que a grande maioria dos internos

que está agora a terminar a sua formação específica completou-a nas melhores unidades do país”, sendo, por isso, necessário descobrir formas de reter esses médicos altamente qualificados com instalações modernas que sustentem o elevado grau de exigência e excelência da formação. “O Projeto Beta está em marcha, vamos fazer chegar uma primeira proposta ao ministério para que seja possível desenvolver as ideias e contribuirmos para o acolhimento dos novos colegas”, anunciou por fim. Antes de iniciar a sua intervenção, Miguel Guimarães pediu a toda a audiência um minuto de silêncio pelas vítimas do atentado que ocorreu em Christchurch, na Nova Zelândia, no dia

15 de março, de onde resultaram meia centena de vítimas mortais e outras largas dezenas de feridos. Respeitado o período de silêncio, o bastonário da Ordem dos Médicos cumprimentou toda a mesa e plateia, enaltecendo que “os médicos de família já têm a liderança naquilo que é a sua organização interna e na forma como fazem formação, tanto a dos internos, como a dos orientadores”, algo que define como “um exemplo a seguir”. “É na linha da frente que os médicos de família estão e devem estar”, assegura. No entanto, o responsável máxi-



Nina Monteiro



José Luís Biscaia



Rui Nogueira



Raquel Duarte



mo dos médicos não perdeu a oportunidade de declarar a incongruência do discurso do Primeiro-Ministro, António Costa, que apesar de também partilhar publicamente essa ideia e de defender a existência de um médico de família para todos os portugueses, “não tem feito muito para que isso aconteça”. Miguel Guimarães questionou “porque é que o poder político ainda não conseguiu uma integração eficiente entre os diferentes níveis de cuidados” ou mesmo “colocar o médico de família como verdadeiro gestor do percurso do cidadão no SNS”, lamentando, também, o desinteresse do Governo no desenvolvimento das USF, “não há motivo nenhum para que a passagem de uma USF a modelo B” tenha a “necessidade de um aval por parte do Ministério das Finanças”. Frase que motivou um forte aplauso da audiência que mostrava um grande entusiasmo com as ideias transmitidas. O reconhecimento do público que assistia à sessão foi ratificado quando o bastonário declarou veemente que “são falsas as declarações do chefe de Governo quando diz que as atuais greves na saúde são motivadas por medidas do Governo anterior”, uma vez que, no seu entender, “as atuais greves e protestos no setor são motivadas por aquilo que este Governo prometeu concretizar no seu programa eleitoral e que, passados 4 anos, ainda não fez!”.

Depois das considerações políticas, Miguel Guimarães não deixou de focar a partilha de experiências e de conhecimentos, bem como a integração dos mais jovens na carreira. Ter mais tempo para a investigação e mais tempo para avaliar os próprios resultados de forma a ter menos complicações e melhorar qualitativamente são dois aspetos cruciais na prática de qualquer profissional de saúde, não apenas dos médicos. O bastonário deu destaque ao “trabalho de equipa” como uma das grandes vantagens inerentes ao SNS. “Ter uma equipa, ter serviços organizados em que as pessoas partilham as suas experiências, aprendem umas com as outras, em que podem ser cada vez melhores e estarem cada vez mais atualizadas”, é também por todos estes fatores que é imprescindível “dar condições para que os jovens queiram ser integrados na carreira e no serviço público”, considerou.

O “magnífico trabalho” que o Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar está a realizar durante este mandato não foi descurado. “É um Colégio que tem muito trabalho e, por isso, não é nada fácil o que conseguem fazer”, atentou Miguel Guimarães que louvou as centenas de visitas realizadas, o sistema formulado de indicadores para as idoneidades e todo o trabalho que torna possível que “os nossos médicos sejam os melhores” com “uma formação de excelência”, muito devido “ao SNS, ao trabalho da Ordem dos Médicos e dos seus Colégios”. Por fim, foi lançado um grande desafio ao auditório: gestão da informação. Algo que só será possível com a “articulação entre as ideias e projetos dos mais jovens e a experiência dos mais velhos”. “É fundamental que os nossos jovens tenham melhores condições de trabalho, porque são estes jovens que vão mudar a saúde em Portugal, são estes jovens que nos vão ajudar a continuar a ter uma medicina de grande qualidade”, concluiu o bastonário antes de passar a palavra à secretária de Estado da Saúde. Raquel Duarte caracterizou o médico de família como um “médico especial”, uma vez que “são as pessoas que acompanham o indivíduo desde o nascimento, durante a altura em que está saudável e quando está doente”. Algo que faz parte do ADN deste especialista e que é singular em relação a qualquer outra profissão ou especialidade. Em resposta ao bastonário da Ordem dos Médicos, a secretária de Estado afirmou considerar que o sistema de integração existe, mas admite que “não é extraordinário” e que “não é fácil a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares”. No entanto, Raquel Duarte garante que a equipa ministerial está a “tentar melhorar essa integração” e apelou para que “trabalhemos todos juntos para que isso aconteça realmente”. Na consciência de que é preciso mais tempo para ver os

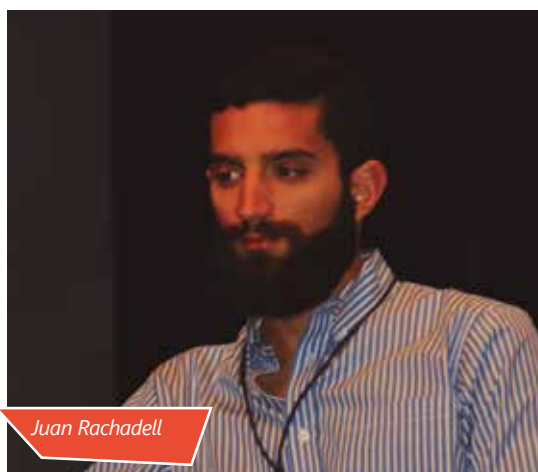
doentes e para fazer a avaliação daquilo que se faz no dia-a-dia, Raquel Duarte – que também é médica – concorda em absoluto com o bastonário. A sua intervenção culminou com o “desafio demográfico do país” que, com o constante envelhecimento ao longo das últimas décadas, “precisa cada vez mais dos médicos de família” e de “melhorar a literacia da população” e “dos próprios profissionais de saúde”, de modo a garantir uma capacidade de resposta rápida e adequada à sociedade atual e vindoura.

10 evidências clínicas de 2018 relevantes para os cuidados primários

Juan Rachadell, Raquel Vareda e António Vaz Carneiro apresentaram, em nome do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, as 10 evidências clínicas de 2018 mais relevantes para o auditório repleto de médicos de família e internos de MGF. O principal objetivo desta apresentação – a última an-



Raquel Vareda



Juan Rachadell



António Vaz Carneiro

tes da sessão de encerramento do 36º Encontro Nacional de MGF – foi o de alertar o médico de família para os avanços que existiram mais recentemente e que estejam relacionados com a sua prática clínica, quer seja na Medicina Interna, Cirurgia, Pediatria ou Saúde Mental, entre outras. Os critérios de seleção

dos estudos prendem-se com o facto de serem baseadas em evidência de boa qualidade, tratem-se de publicações recentes, aplicáveis na prática clínica e com uma avaliação crítica detalhada dos resultados. Confira no quadro abaixo, as evidências destacadas na apresentação:

Referência	Notas
Gupta A and ASCOT investigators. Adverse events associated with unblinded, but not with blinded, statin therapy in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid-Lowering Arm (ASCOT-LLA): a randomised double-blind placebo-controlled trial and its non-randomised non-blind extension phase. <i>Lancet</i> 2017;389:2473–81	Os sintomas musculares das Estatinas têm um componente importante de efeito placebo. Na segunda fase do estudo, verificou-se uma taxa de eventos musculares inferior à primeira fase, ainda que superior com a atorvastatina quando comparado com o placebo.
Zuchinali P, Souza GC, Pimentel M, et al. Short-term effects of high-dose caffeine on cardiac arrhythmias in patients with heart failure: a randomized clinical trial. <i>JAMA Intern Med</i> 2016;176:1752–9. doi:10.1001/jamainternmed.2016.6374	A ingestão aguda de cafeína em altas doses não induz arritmias em doentes com insuficiência cardíaca de alto risco, mesmo em condições de exercício físico.
Barry E, Roberts S, Oke J, et al. Efficacy and effectiveness of screen and treat policies in prevention of type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of screening tests and interventions. <i>BMJ</i> 2017;356:i6538. doi: 10.1136/bmj.i6538	A HbA1c não é nem sensível, nem específica para o rastreio de pré-diabetes e a glicémia em jejum é específica, mas não é sensível. As intervenções farmacológicas e nos estilos de vida parecem ter alguma eficácia na prevenção ou atraso do aparecimento da diabetes mellitus em doentes de alto risco.
Weiss J, Freeman M, Low A, et al. Benefits and harms of intensive blood pressure treatment in adults aged 60 years or older: a systematic review and meta-analysis. <i>Ann Intern Med</i> 2017;166:419–429. doi: 10.7326/M16-1754	Existe evidência de alta qualidade para suportar o alvo de <150/90 mmHg. Menos consistente, com o alvo de <120 mmHg em doentes de alto risco.
Little P, Stuart B, Smith S et al. Antibiotic prescription strategies and adverse outcome for uncomplicated lower respiratory tract infections: prospective cough complication cohort (3C) study. <i>BMJ</i> 2017;357:j2148. doi: 10.1136/bmj.j2148	Uma percentagem elevada de casos, as infeções respiratórias são virais e não necessitam de antibióticos. Não se verificou redução da admissão hospitalar e taxa de mortalidade com a administração imediata de antibióticos.
Theingi A, Jim H, Daan K, et al. Associations of Omega-3 Fatty Acid Supplement Use With Cardiovascular Disease Risks - Meta-analysis of 10 Trials Involving 77 917 Individuals. <i>JAMA Cardiol.</i> 2018;3(3):225-234. doi:10.1001/jamacardio.2017.5205	A suplementação com ácidos gordos omega-3 não se associam significativamente à prevenção secundária da doença cardíaca coronária fatal ou não-fatal ou de qualquer evento vascular major em doentes de alto risco.
Bhatia RS, Bouck Z, Ivers NM, et al. Electrocardiograms in low-risk patients undergoing an annual health examination. <i>JAMA Intern Med</i> 2017;177:1326–33. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.2649	É comum que indivíduos de baixo risco e sem sintomatologia façam um eletrocardiograma em repouso. Estes indivíduos estão em risco de receber mais exames CV ou de ter uma consulta com um cardiologista, sem que daí advinha um benefício na mortalidade.
Luymes CH, Poortvliet RKE, van Geloven N, et al. Deprescribing preventive cardiovascular medication in patients with predicted low cardiovascular disease risk in general practice - the ECSTATIC study: a cluster randomised non-inferiority trial. <i>BMC Med.</i> 2018;16(1):5. doi: 10.1186/s12916-017-0988-018	A suspensão da farmacoterapia de prevenção da doença cardiovascular em doentes de risco baixo a moderado, nos quais esta já não está recomendada é segura a curto prazo desde que os valores da TA e os níveis de colesterol sejam monitorizados no seguimento. Suspenda os medicamentos que não sejam necessários.
O'Neill, Dara, et al. Association of longitudinal alcohol consumption trajectories with coronary heart disease: a meta-analysis of six cohort studies using individual participant data. <i>BMC Medicine</i> , vol. 16, no. 1, 2018 doi:10.1186/s12916-018-1123-6.	O risco de eventos cardíacos coronários (fatais e não-fatais) parece ser superior em antigos consumidores e não-consumidores consistentes de álcool em comparação com os consumidores moderados. A variação no consumo de álcool ao longo do tempo parece aumentar o risco de eventos cardiovasculares globais, mas pouco.
Zhao J, Zeng X, Wang J, et al. Association between calcium or vitamin D supplementation and fracture incidence in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. <i>JAMA</i> 2017;318:2466–82. doi:10.1001/jama.2017.19344	Use com cuidado a vitamina D. A suplementação com cálcio, vitamina D ou ambos, não demonstrou reduzir o risco de fraturas em adultos com mais de 50 anos em ambulatório.



COMEMORAÇÕES

DO HEMICENTENÁRIO DA FUNDAÇÃO DA SOPEAM E DO CENTENÁRIO DO NASCIMENTO DE FERNANDO NAMORA

30 de abril a 8 de maio

Auto-Club Médico Português

Exposição de Artes Plásticas e fotografia, com trabalhos de artistas médicos.
Tema (preferencial): a relação médico doente

11 maio

Casa da Baía, em Setúbal, em colaboração com a LASA

10.00 – António Trabulo – *Relação médico doente na obra de Fernando Namora*

10.40 – Maria José Leal – *Fernando Namora - Itinerâncias*

18 maio

Anfiteatro da Ordem dos Médicos, em Lisboa

– Sessão de homenagem aos fundadores da SOPEAM

12.00 – *Atuação do Coro Aesculapides*

15.00 – *Painel “A História da SOPEM/SOPEAM”*

– Presidentes eméritos da SOPEAM: Carlos Vieira Reis, Luís Lourenço, Baltazar Caeiro.

15.45 - José Simões Fernandes: *Conferência sobre Fernando Namora*

16.30 - Comunicações curtas (até 15m)

Graça Barahona - *Recordações do meu pai*

António Barbedo - *A Reunião da SOPEM de 30 de abril de 1974*

José Manuel Mendes (Presidente da APE) – *Recordando Fernando Namora*

Maria José Leal (Vice-presidente da UMEM) – *A Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos (SOPEAM) na toponímia de Lisboa*

António Trabulo (Presidente da SOPEAM) - *Relação médico doente na Literatura Portuguesa*

10 a 14 setembro – Vila Real de Trás-os-Montes

– 63º Congresso Internacional da UMEM. Temas: Literatura, Medicina, Migrações.



SOPEAM
Sociedade Portuguesa
de Escritores
e Artistas Médicos

Concursos
Literários e Artísticos



Sistemas de Apoio à Decisão Clínica

Inovação e qualidade são as palavras-chave da cimeira de tecnologia de saúde realizada em Portugal e também são dois focos importantes da atuação da Ordem dos Médicos. Como tal, o bastonário Miguel Guimarães e o diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, António Vaz Carneiro, foram convidados para aquela que foi a 3ª edição do evento, realizado no Altice Arena, no dia 20 de março, em Lisboa. Com a moderação de Paulo Morgado – presidente da ARS Algarve – os dois oradores debateram a pertinência da utilização de sistemas de apoio à decisão clínica numa medicina em constante evolução (sobretudo) tecnológica, algo que motivou a Ordem, em 2018, a avançar com a proposta um projeto inovador a nível internacional, que foi aceite pelo ministro da Saúde Adalberto Campos Fernandes.

Texto e fotos: Filipe Pardal, redator da Revista da Ordem dos Médicos

“É muito difícil continuar a ter uma medicina de qualidade sem apoio na decisão clínica”, quem o afirma é o bastonário da Ordem dos Médicos que considera ser fundamental acompanhar a evolução da informação tecnológica, que possibilita o acesso à melhor evidência científica em tempo real “extremamente útil” para os médicos tomarem as melhores opções perante determinado caso clínico. Essa apropriação benéfica das potencialidades da tecnologia é algo que Miguel Guimarães considera “um desafio”, especialmente na questão da humanização, “os algoritmos não substituem de forma nenhuma aquilo que é o contacto entre as pessoas”, assegura. No entanto, é com otimismo que se declara convicto que a própria evolução tecnológica vai conceder mais espaço à relação médico-doente, ao mesmo tempo que outorgará uma maior segurança nas decisões que todos os dias os médicos têm de executar. Neste sentido, foi apresentada ao auditório a proposta do projeto da Ordem dos Médicos aprovada pelo anterior Ministério da Saúde, que irá permitir o acesso gratuito a todos os médicos a 4 plataformas de apoio à decisão clínica e formação contínua, ao mesmo tempo que dará acesso a todos os cidadãos portugueses a informação traduzida em português, com uma linguagem acessível, para que se vincule numa fonte fidedigna e cientificamente

autenticada para pesquisa de artigos e outros conteúdos sobre saúde.

Ainda sem data oficial para o acesso efetivo às plataformas, da parte da Ordem dos Médicos tudo foi agilizado dentro dos prazos, ainda em 2018, para que no dia 1 de janeiro deste ano tivesse sido possível aceder gratuitamente ao BMJ Best Practice, Cochrane Library, DynaMed Plus e ao UpToDate, plataformas que “são as melhores disponíveis no mercado”, afirma António Vaz Carneiro, uma vez que apresentam elevados padrões de qualidade e características complementares entre si. “Todos os sistemas nacionais de saúde têm necessidades. Uma das mais importantes é a da informação clínica de alta qualidade, que suporte a decisão clínica, que suporte a decisão de gestão, as decisões políticas e a literacia dos doentes. Com este projeto esses problemas ficam resolvidos”, assentou. Esta é uma necessidade proveniente da proliferação de estudos científicos, mas também do combate às pseudociências e à iliteracia. De acordo com António Vaz Carneiro, existem cerca de 50 milhões de artigos em bases de dados e publica-se um artigo a cada 30 segundos, sem contar com as cerca de 7 mil publicações que são relevantes cientificamente. “Há um problema de dimensão” e existe a “necessidade de filtrar as informações de alta qualidade no meio de tanto ruído”, considerou, antes de explanar os critérios metodológicos que fazem das 4 plataformas referidas anteriormente as melhores opções. “Têm de ser baseadas na melhor evidência disponível e têm de cobrir uma grande área clínica, além disso existe a questão de disponibilidade, têm de estar disponíveis 24 horas, 7 dias por semana, sem ser necessário credenciais de acesso”. O objetivo passará por um acesso por endereço de IP – Internet Protocol – que possibilitará a entrada livre a todos os utilizadores que se encontrem em Portugal. O projeto dos Sistemas de Apoio à Decisão Clínica tem uma liderança técnico-científica da Ordem dos Médicos, a primeira fase está pensada para um período de 3 anos (renováveis) e fará do nosso país um estudo de caso acerca do impacto que estas podem vir a ter nos cuidados prestados e na literacia dos cidadãos.



“Este projeto serve os objetivos da educação e da literacia em saúde, ao mesmo tempo que fornece ferramentas importantes para o desenvolvimento profissional contínuo dos médicos e dos restantes profissionais de saúde”, assegura o bastonário, respondendo à questão que lhe chegou da plateia acerca dos propósitos da iniciativa da Ordem. Miguel Guimarães não tem dúvidas que este é um passo crucial para aquilo que é a liberdade de escolha do próprio doente, protegendo-o também do “Dr. Google”. “Esta educação na área da saúde é absolutamente essencial para termos um país mais desenvolvido, para termos cidadãos mais informados, para termos naturalmente cidadãos mais exigentes, mas que compreendem melhor aquilo que lhes é proposto pelos seus médicos”, considerou. O Portugal eHealth Summit reuniu, entre os dias 19 a 22 de março, algumas das maiores empresas de Saúde em Portugal, startups, stakeholders, entidades públicas e privadas, bem como muitos oradores prestigiados.

Plataformas:

porque não foram disponibilizadas em janeiro?

Recorde-se que o protocolo que permite a aplicação deste projeto inovador foi assinado pela Ordem dos Médicos com o Ministério da Saúde, através da representação da ACSS, no dia 4 de setembro de 2018, cerimónia em que esteve presente Miguel Guimarães e Adalberto Campos Fernandes, tendo sido definida a data de arranque da implementação para o início de 2019. Esse era o compromisso do então ministro da Saúde, refletido no protocolo assinado e testemunhado publicamente. O ex-Ministro da Saúde nunca teve dúvidas de que este acordo “é uma ideia que honrará o país e que trará, do ponto de vista internacional, aquilo que é talvez uma das relações historicamente mais importantes naquilo que é o evoluir da sociedade, que é a relação entre o médico e o doente”. Adalberto Campos Fernandes, no dia da assinatura do protocolo dizia também aos jornalistas que esta “é uma oportunidade, acima de tudo para darmos um passo importante na batalha do conhecimento contra a ignorância, daquilo que é a realizar científica contra a informação desvirtuada (...), que é um perigo para a saúde pública, um perigo para a comunidade”. Apesar da Ordem ter realizado todos os trabalhos preparatórios e negociações prévias necessários para que as plataformas pudessem ser adquiridas como protocolado, a sua disponibilização acabou por não se confirmar, na data prevista, “devido à mudança da equipa ministerial”, conforme explicou Miguel Guimarães neste encontro, referindo ainda que a Ordem cumpriu todos os pressupostos do acordo em tempo útil, nomeadamente a definição dos aspetos técnicos, estando agora nas mãos da tutela a conclusão do processo negocial. O concurso internacional foi lançado segundo o caderno de especificações técnicas definido com a ajuda de António Vaz Carneiro, presidente do Conselho Nacional para a Formação Profissional Contínua da Ordem dos Médicos, as propostas foram apresentadas, a reunião do júri agendada. Agora restará, da parte da tutela, o cumprimento do protocolo, procedendo à aquisição das plataformas e à sua disponibilização gratuita. Publicamos em seguida o protocolo assinado pelas duas partes no dia 4 de setembro de 2018.

PROTOCOLO DE COLABORAÇÃO

ENTRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE E A ORDEM DOS MÉDICOS

Uma parceria para o apoio à decisão clínica, formação profissional contínua e literacia em saúde

Entre:

O MINISTÉRIO DA SAÚDE, neste ato representado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, pessoa coletiva n.º 508 188 423, com sede no Parque de Saúde de Lisboa, Edifício n.º 16, Avenida do Brasil, 53, 1700-063, em Lisboa, através do seu Presidente do Conselho Diretivo, Dr. José Carlos Caiado; e

A ORDEM DOS MÉDICOS, pessoa coletiva n.º 500 984 492, com sede na Avenida Almirante Gago Coutinho, n.º 151, em Lisboa, neste ato representada pelo Bastonário Dr. Miguel Guimarães.

Considerando que:

- A. O Programa do XXI Governo Constitucional proclama o conhecimento como uma condição determinante para a promoção do desenvolvimento e do bem-estar, considerando o acesso à sua fruição um direito inalienável de todos os portugueses.
- B. O conhecimento científico constitui um bem de maior grandeza, um bem público, pertença de todos, acessível a todos e que a todos deve beneficiar, devendo ter um papel central nas políticas públicas.
- C. O Ministério da Saúde tem em curso um ambicioso programa de modernização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que valoriza a integração de cuidados e a promoção da literacia em saúde, criando as condições para que o SNS esteja cada vez mais próximo e centrado nas pessoas, mais qualificado e com maior capacidade de resolução.
- D. O Ministério da Saúde, no âmbito da sua política de promoção da transparência e de aproximação aos cidadãos, desenvolveu a Área do Cidadão no Portal SNS, onde se encontra já disponível o acesso a uma Biblioteca de Literacia em Saúde e a Livros Digitais (www.biblioteca.sns.gov.pt), assim como a planos individuais de cuidados que permitem ao cidadão, em conjunto com a sua equipa de saúde, criar um plano com metas bem definidas, tendo como finalidade a promoção da saúde, a prevenção da doença e uma melhoria da qualidade de vida.

E. Encontram-se disponíveis diversas estruturas dedicadas à investigação científica no SNS, nomeadamente os Centros Académicos Clínicos, que são estruturas integradas de assistência, ensino e investigação médica que têm como principal objetivo o avanço e a aplicação do conhecimento e da evidência científica para a melhoria da saúde, e os Centros de Referência, que são reconhecidos como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, sendo capazes de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas;

F. Os avanços constantes da medicina aumentam a complexidade da decisão clínica, assim como criam dificuldades acrescidas na gestão de informação técnico-científica que diariamente é produzida e publicada;

G. A utilização da melhor evidência científica na prática clínica constitui um imperativo ético e deontológico, existindo prova de que os dados científicos melhoram os resultados em saúde, permitindo uma prática racional e custo efetiva;

H. Existem atualmente vários sistemas de apoio à decisão clínica e à formação profissional contínua, internacionalmente reconhecidos como estando baseados na melhor e mais relevante evidência científica e que foram testados quanto à sua eficácia e impacto na melhoria da qualidade e nas rotinas clínicas;

I. O principal objetivo desse tipo de plataformas é fornecer, de forma célere e eficaz, informação aos profissionais de saúde, nomeadamente aos médicos, que permita uma tomada de decisão clínica o mais informada possível e baseada na melhor evidência científica disponível, melhorando a qualidade dos cuidados, diminuindo os custos em saúde e aumentando a segurança dos cidadãos;

J. Os sistemas de informação devem também servir de base à decisão em gestão e administração da saúde, assim como de suporte à decisão política em saúde;

K. A disponibilização desta informação pode servir para aumentar consideravelmente e de modo sustentado a literacia de cidadãos, dos doentes e dos seus familiares;

L. A educação médica é de primordial importância nas carreiras profissionais, sendo que os instrumentos de apoio à decisão clínica são cruciais para apoiar estas medidas de desenvolvimento profissional;

M. A elaboração e implementação de Normas de Orientação Clínica constituem uma das prioridades no âmbito da qualidade em saúde;

N. O acesso a informação de base científica de alta qualidade poderá permitir aos meios de comunicação social o conhecimento, a veiculação e a discussão racional e informada de notícias sobre saúde;

E uma vez que:

1. Compete ao Ministério da Saúde conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados, assegurar as ações necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política nacional de saúde, exercer, em relação ao SNS, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção, atribuições estas que incluem, conforme o programa do XXI Governo Constitucional, o dever de:

a) Dotar o SNS de capacidade para responder melhor e mais depressa às necessidades dos cidadãos;

b) Reforçar a capacidade do SNS através da alocação de recursos técnicos adequados, para alcançar objetivos concretos no acesso aos cuidados de saúde assegurando intervenções de qualidade, com segurança e em tempo útil;

c) Implementar medidas de disseminação das boas práticas e de garantia da segurança do doente.

2. Compete à Ordem dos Médicos, designadamente, contribuir para a defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes e colaborar com as demais entidades da Administração Pública nas questões de interesse público relacionadas com a profissão médica, a qualidade da medicina e as boas práticas médicas.

3. Compete à Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), entre outras atribuições, a de assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do SNS e a de prover o SNS com os adequados sistemas de informação e comunicação e com os mecanismos de racionalização de compras, recorrendo para o efeito à entidade pública prestadora de serviços partilhados ao SNS.

4. A Ordem dos Médicos dispõe de conhecimento especializado, técnico e científico para apoiar a tomada de decisão sobre a disponibilização dos melhores sistemas de apoio à decisão clínica e formação profissional contínua, assim como à informação dos diversos atores da sociedade portuguesa (médicos e outros profissionais de saúde, gestores/administradores, decisores políticos, investigadores, jornalistas, doentes e familiares, e cidadãos em geral).

5. O Ministério da Saúde, a ACSS e a Ordem dos Médicos identificaram a existência de diversos programas de apoio à decisão clínica e à partilha de conhecimento em saúde.

As partes, livremente e de boa-fé, estabelecem o seguinte protocolo de colaboração, que se rege nos termos das cláusulas seguintes:

CLÁUSULA 1.^a

1. O Ministério da Saúde realizará a subscrição de sistemas de apoio à decisão clínica, por um prazo inicial de três anos, contados a partir de 1 de janeiro de 2019, os quais serão disponibilizados a todos os médicos, e à sociedade em geral.

2. Esta subscrição pode ser renovada regularmente por igual período de tempo, após concordância devidamente fundamentada entre as partes.

3. A Ordem dos Médicos apoia o Ministério da Saúde na seleção dos sistemas de apoio à decisão clínica referidos no número anterior, através de emissão de um parecer técnico sustentado sobre a seleção, designadamente, dos seguintes sistemas:

- a) BMJ Best Practice (<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/welcome.html>);
- b) Cochrane Library (<http://www.cochrane.org>);
- c) DynaMed Plus (<http://www.dynamed.com/home>);
- d) UpToDate (<http://www.uptodate.com/home>).

4. Os sistemas de apoio a decisão clínica identificados no número anterior podem ser revistos e alterados caso as partes avaliem mutuamente que tal se justifique.

CLÁUSULA 2.^a

1. O Ministério da Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), que recorrerá para este efeito aos serviços da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, concordando com a relevância dos referidos sistemas de apoio à decisão clínica e formação profissional contínua, e com a sua importância para o aumento da segurança dos doentes, compromete-se a desencadear os procedimentos com vista à disponibilização referida na Cláusula anterior, cujo processo é desenvolvido em estreita colaboração com a Ordem dos Médicos.

2. Juntamente com a disponibilização *online* dos sistemas de apoio à decisão clínica e formação profissional contínua, o Ministério da Saúde, com o apoio técnico da Ordem dos Médicos, compromete-se ainda durante a vigência deste protocolo a:

- a) Implementar uma campanha permanente de divulgação mediática para a população e profissionais de saúde sobre a existência e utilidade destas plataformas, em moldes a definir posteriormente
- b) Lançar concurso para estudos de impacto, quer a nível da melhoria dos cuidados clínicos, quer a nível do aumento da literacia em saúde dos cidadãos

c) Coorganizar com a Ordem dos Médicos ou outros parceiros académicos cursos práticos de utilização dos referidos sistemas

d) Integrar – quando possível – estes sistemas nos processos clínicos eletrónicos disponíveis, de maneira a facilitar a sua utilização prática pelos profissionais de saúde.

CLÁUSULA 3.^a

O Ministério da Saúde, através da ACSS, e a Ordem dos Médicos comprometem-se a concretizar o processo definido no presente protocolo de colaboração, tendente à implementação global dos sistemas de apoio à decisão clínica a partir de 1 de janeiro de 2019.

CLÁUSULA 4.^a

O Ministério da Saúde, através da ACSS, compromete-se ainda a planear tecnicamente o processo de disponibilização dessas ferramentas, ao nível do Serviço Nacional de Saúde.

CLÁUSULA 5.^a

As partes designam o Senhor Professor António Vaz Carneiro, Presidente do Conselho Nacional para a Formação Contínua da Ordem dos Médicos, responsável pela liderança técnica e científica do presente projeto, competindo-lhe articular com as estruturas do Ministério da Saúde a sua operacionalização.

CLÁUSULA 6.^a

As partes comprometem-se mutuamente a, anualmente e sempre que solicitado, prestar informação acerca do estado de implementação do processo e o cumprimento do presente protocolo.

CLÁUSULA 7.^a

No momento da subscrição dos sistemas supra identificados, as partes comprometem-se a celebrar um protocolo complementar e de desenvolvimento do presente protocolo, caso seja necessário à sua implementação e observância, ou para atualizações técnico/científico/profissionais que, entretanto, se considerem necessárias.

Lisboa, 4 de setembro de 2018

A Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

A Ordem dos Médicos



PROMO FNAC

6 A 20 MAIO



ATÉ
—

30%



SELEÇÃO
LIVROS DE MEDICINA

TÍTULOS DA EDITORA LIDEL E ORDEM DOS MÉDICOS



Campanha válida de 6 a 20 maio 2019, nas lojas FNAC e em FNAC.pt, nos livros assinalados.
Não acumula com descontos para aderentes ou outras promoções. Limitado ao stock existente.

#UNIDOSPELABEIRA

Médicos respondem a apelo da Ordem



A Ordem dos Médicos (OM) não poderia ficar indiferente à situação de catástrofe que atingiu Moçambique, razão pela qual, Miguel Guimarães, bastonário da OM, manifestou imediato e total apoio institucional, promoveu o movimento #UNIDOSPELBEIRA em estrita colaboração com a Health4Moz e apelou aos colegas que se voluntariassem para as equipas de apoio humanitário. A resposta não se fez esperar: em poucos dias, mais de duas centenas de médicos manifestaram junto da sua Ordem o desejo e disponibilidade para integrar as equipas rotativas que estão a ser organizadas. A revista da OM entrevistou alguns dos médicos que responderam prontamente ao desafio lançado pelo bastonário.

Texto e fotos: Paula Fortunato, diretora executiva da revista da OM

A passagem do ciclone Idai deixou um rasto de destruição e várias populações em situação de calamidade em Moçambique, país mais atingido pela tragédia. Dados da UNICEF indicam que esta tempestade tropical afetou mais de 1,6 milhões de pessoas, metade das quais estima-se que sejam crianças.

A atualização das estatísticas da mortalidade dá-se à medida que o nível das águas baixa e permite o acesso a novos locais. O ciclone provocou ventos que atingiram 150 km/hora, chuvas e inundações no país, além de atingir também países vizinhos, como Madagáscar, Malaui, Zimbábue e África do Sul.

Mais de 90% da cidade da Beira, capital da província moçambicana de Sofala, ficou destruída, existindo lamentavelmente a previsão do agravamento das cheias causadas pela tempestade. Um agravamento que já se está a fazer sentir, à medida que as águas vão baixando, evidenciando os efeitos da inundação dos poços na disseminação de doenças. A principal preocupação é o alastrar de doenças como a cólera e a malária, que já estão a propagar-se rapidamente em resultado da presença de águas contaminadas. É essencial e urgente o socorro à população, e Portugal esteve e está, como seria natural, na linha da frente desse apoio humanitário. Mas esta é uma missão que terá que se prolongar

no tempo pois, infelizmente, os problemas não se irão resolver num mês ou dois...

Em face do sofrimento dos moçambicanos, a Ordem dos Médicos apelou de imediato aos colegas que se disponibilizassem para prestar auxílio humanitário em equipas de permanência rotativa mensal. Para isso deveriam inscrever-se no formulário que foi disponibilizado para esse efeito. Em pouco mais de 24 horas, a Ordem recebeu centenas de candidaturas, motivo de grande orgulho para todos.

Esta ação na área da saúde foi desenvolvida no âmbito do movimento #UNIDOSPELBEIRA que envolve a Health4MOZ, a Ordem dos Médicos, a Câmara Municipal do Porto (cidade geminada com a Beira) e tem o apoio do Instituto Camões, do Ministério da Saúde - DGS, do Ministério dos Negócios Estrangeiros (cooperação), da CAETSU e do Consulado Geral de Moçambique no Porto.

"Numa situação de catástrofe desta dimensão a urgência no socorro deve ser uma prioridade absoluta. Temos que intervir o mais rápido possível", sublinhava Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, em declarações aos jornalistas, na sequência do apelo que dirigiu por escrito aos colegas.

Consciente dessa urgência, o movimento #UNIDOSPELBEIRA começou de imediato a preparar a primeira equipa de médicos voluntários (e enfermeiros) para prestar auxílio à população moçambicana, selecionando, entre quase três centenas de candidaturas, os colegas que, pelo seu perfil, se enquadravam melhor nas especialidades consideradas essenciais e na necessária experiência anterior em missões de idêntica natureza, para que, dessa forma, se potenciase a segurança dos médicos a deslocar para a Beira onde, apenas a título de exemplo, cerca de 80% da infraestrutura elétrica de Dondo, a 30 quilómetros da cidade, foi danificada.

Após a pré-seleção que destacou duas dezenas de médicos que melhor se enquadravam no perfil solicitado, foram realizadas, no final de março, sessões de entrevistas em Lisboa e no Porto, conduzidas pelos médicos Carla Rêgo e António Marques (da Health4Moz) e Nuno Gaibino (vogal do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos) e Dalila Veiga (vogal do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos), das quais resultou a identificação dos médicos considerados especialmente habilitados para a intervenção na Beira, no âmbito da primeira missão. Para o acompanhamento do projeto por parte da OM, o bastonário Miguel Guimarães designou a especialista em MGF, Ana Cor-



reia, médica que coordenou a marcação das entrevistas e consequentes contactos. Recordamos que o movimento #UNIDOSPELBEIRA

está projetado para várias missões, com equipas rotativas, nas quais serão, naturalmente, incorporados outros colegas e outras especialidades, consoante as necessidades que se identifiquem, a cada momento, no terreno. Este movimento também pretende angariar e fornecer medicamentos, consumíveis médicos e fundos para a recuperação de estruturas fulcrais para o funcionamento da cidade, nomeadamente ligadas à prestação de cuidados de saúde (como é o caso do hospital central da Beira) e apoiar a população com géneros e roupa. Quanto à forma e meios para contribuir pode ser consultado o site do movimento em: <https://unidospelabeira.pt/>

OM e Comunidade Médica de Língua Portuguesa demonstram solidariedade

Além do apelo do bastonário e do movimento que a OM desenvolve com a Health4Moz, em solidariedade com o povo moçambicano, também a Comunidade Médica de Língua Portuguesa¹ (CMLP), manifestou a



sua fraternidade numa mensagem que o secretário-permanente da CMLP, José Manuel Pavão, enviou ao povo de moçambicano referindo: "É nos momentos difíceis que a amizade se põe à prova e a fraternidade que nos une se torna mais sólida quais pilares dum já muito longo passado comum a atestar que afinal temos os nossos destinos cruzados". José Manuel Pavão lembrou ainda que a gigantesca tragédia que se abateu sobre Moçambique na sequência dum violento desastre natural, tem vindo a mobilizar o apoio internacional na ajuda urgente às populações atingidas que agora enfrentam

o vazio e a "falta de quase tudo" como nos dizia angustiado Eugénio Zacarias, bastonário da Ordem dos Médicos daquele país irmão. "A CMLP não podia ficar indiferente ao trágico acontecimento, nem reduzir o seu sentimento

a uma mensagem sentida e sincera de solidariedade. Iremos, sim, e de imediato juntar os nossos esforços à iniciativa da Ordem dos Médicos de Portugal e demais entidades e associações para fazer chegar, tão breve quanto possível, a nossa ajuda a quem e quantos dela mais precisam".



Ser médico é, também, ser solidário

Quisemos conhecer as motivações de quem se voluntariou e descobrir se a solidariedade é de facto uma característica inerente à personalidade dos médicos. Não sendo viável conversar com as quase três centenas de candidatos a voluntários, apresentamos o resultado de 9 breves entrevistas – efetuadas antes da definição de quais os espe-

¹ Foi em 2005, em Lisboa, na sede da Ordem dos Médicos, que, considerando as ligações históricas, culturais e linguísticas, que unem os respetivos povos e a crescente circulação de médicos entre uns países e outros, conscientes das diferenças existentes em termos de formação profissional médica e procurando consolidar as relações de amizade e solidariedade de cada um dos povos, a Ordem dos Médicos decidiu, em consonância com as restantes associações representantes de médicos lusófonos, estabelecer o protocolo geral de cooperação através do qual se constituiu a Comunidade Médica de Língua Portuguesa.

cialistas que iriam integrar a equipa – e nas quais pudemos perceber como o sentido de missão, o desejo de cuidar do outro e o respeito pelo próximo se misturam neste “ser médico” que é feito de conhecimentos técnicos e científicos, mas também de sentimento. A prová-lo, a emoção que sentimos no tremer da voz de vários candidatos que nos deixaram mensagens para o povo da Beira.

**Fernanda Santos,
especialista em Saúde Pública**

**Ser médico é uma missão
e uma opção**

“Perante esta calamidade não podemos ficar indiferentes”, explica a especialista em Saúde Pública do litoral alentejano, justificando a sua candidatura como voluntária. Com ligações afetivas a África, decorrentes do facto de ter nascido nesse continente e das missões que fez na Guiné e em Angola, Fernanda Santos está certa que, se vier a ser selecionada, no terreno irá encontrar “um cenário idêntico a outros que já vivenciei em contexto de guerra e catástrofe: uma grande desorganização, necessidades básicas que não estão garantidas, falta de saneamento básico, más condições higieno-sanitárias”. “As águas estão a ficar paradas e os mosquitos vão começar a aparecer e com eles vai surgir a malária, a cólera e as doenças gastrointestinais”. Questionada sobre o que será mais necessário refere “educação para a saúde, é fundamental explicar às pessoas o que devem fazer, como purificar a água, que tipo de água devem beber”, e outras questões como o saneamento básico, além da óbvia prestação de cuidados básicos de saúde. Define “ser médico” como “uma missão e uma opção: nunca quis ser outra coisa que não médica de Saúde Pública”, referindo a vocação como elemento essencial. Para a Beira deixa uma mensagem simples: “Portugal está lá”.



**Marta Ferreira,
pediatra com a subespecialidade
de Neonatologia**

**É minha obrigação contribuir
como puder**

Depois de ter acabado de fazer um banco, a assistente hospitalar de Pediatria veio diretamente para a Ordem dos Médicos para se voluntariar para integrar uma das equipas médicas de apoio humanitário que irão a Moçambique, país onde viveu até aos 18 anos; “só regresssei a Portugal para ir para a universidade e acho que é minha obrigação contribuir como puder”. Considerando que é uma obrigação dos médicos “estarem disponíveis”, Marta Ferreira compreende quem não tenha esse perfil. “Mas é para isso que se exerce medicina: ajudar o outro”. Esta não é, aliás, a primeira vez que se voluntaria pois já colaborou com o Instituto Marquês de Valle Flor em missões médicas em São Tomé e Príncipe, estando habituada a situações em que, tal como na Beira, faltam infraestruturas e material. “Em moçambique há uma expressão que se usa muito e que dizemos entre nós: ‘estamos juntos’. É isso que sinto: estou com eles e sofro com eles. É por isso que quero ajudar”.



**Manuel Emilio Moralez,
especialista em Cirurgia Geral**

Honar o Juramento de Hipócrates



Com experiência prévia em missões humanitárias em Angola e em São Tomé e Príncipe, Manuel Emilio Moralez refere como não poderia deixar de se voluntariar perante uma “situação de crise humanitária em que há necessidade de cuidados de saúde”, porque considera que estar dispo-



nível nestas situações “faz parte do Juramento de Hipócrates que todos os médicos realizam”, nomeadamente na promessa solene de “consagrar a vida ao serviço da Humanidade”, como se pode ler no JH. Com um número crescente de casos de cólera e malária diagnosticados, este especialista refere a importância fundamental da “prevenção de epidemias”, deixando palavras de conforto: “os médicos portugueses estão sensibilizados com esta terrível situação; podem contar com o nosso apoio”.

Clara Abadesso,
pediatra com a subespecialidade
de Cuidados Intensivos Pediátricos

Todos os médicos têm espírito de missão

O facto de ter diferenciação numa das áreas pedidas explica a rápida resposta desta médica: “quando vi no e-mail da Ordem que precisavam de pediatras intensivistas achei que tinha que me voluntariar, até porque já tenho experiência



anterior: estive em 2001 em Timor a trabalhar com os Médicos do Mundo, no hospital, clínicas móveis e centros de saúde”. Assumindo ter o que definiu como “espírito de missão”, característica que considera que é marca de todos os médicos, mesmo aceitando que nem todas as pessoas “têm coragem de dar esse salto para se dedicarem a missões mais desafiantes, difíceis e desconfortáveis”. Porque “qualquer médico trabalha para o bem da saúde e das pessoas”. Salientando que a destruição das infraestruturas, associada ao aumento da afluência de doentes devido a surtos, vai sobrecarregar os meios (in)existentes, “o que torna muito mais desafiante uma resposta em termos médicos e terapêuticos”, Clara Abadesso incita os moçambicanos a “ter muita força e coragem, que as coisas vão melhorar”.

Rui Capucho,
especialista em Saúde Pública

Mitigar a propagação de doenças transmissíveis

Este médico exerce além da atividade clínica, funções na Ordem dos Médicos, como membro do Conselho Regional Norte. Juntando ainda o cargo de vogal do Conselho Clínico no ACES Alto Tâmega e Barroso, os dias são naturalmente muito ocupados. Mas nada disso o impediu de querer voluntariar-se por achar que pode fazer a diferença na sua área de especialização num país que mesmo “em condições normais, tem um sistema de saúde frágil, com uma resposta escassa aos problemas de saúde da população. As infraestruturas sanitárias (água, saneamento básico) pré-catástrofe, eram já deficitárias e com a passagem do ciclone colapsaram”, explica, enquadrando as principais necessidades: “a população da região da Beira está com dificuldades em responder às necessidades de saúde. Uma intervenção em Saúde Pública nas doenças transmissíveis terá como objetivo cortar ou mitigar a propagação dessas doenças, estancando a montante a necessidade de cuidados de saúde”, mas além de cuidados defende que é essencial intervir em termos de planeamento. “A destruturação dos sistemas de saúde e a feliz avalanche de ajuda humanitária obriga a um planeamento cuidado em saúde, identificando as necessidades e distribuindo os recursos existentes para onde possam ser mais úteis à saúde da população”. Questionado sobre se disponibilidade para participar neste tipo de ação humanitária é, para si, parte do que é “ser médico”, Rui Capucho foi perentório: “a quantidade de colegas que se ofereceram para esta missão responde a essa pergunta”.

Sobre o impacto com a realidade, salienta que “sair da zona de conforto e irmos para uma zona atingida por uma catástrofe natural traz sempre alguns riscos, mitigados pela preparação prévia, mas onde saberemos que não podemos contar com as amenidades que damos como certas cá, como eletricidade permanente, necessidade de cuidados acrescidos na água que ingerimos e que usamos para cozinhar, etc.” Para o povo da



Beira, garante: “queremos contribuir para a resolução desta catástrofe que os assolou, trabalhando com eles, ombro a ombro”.

Raquel Abreu,
especialista em Cirurgia Geral
Ser médico é ajudar o outro, todos os dias

Apercebendo-se do estado de grande necessidade em Moçambique e porque esta é “uma iniciativa inteiramente médica, em que a nossa perspectiva de poder ajudar de forma mais completa é maior” a cirurgiã explica-nos que já tinha estado nesse país, como voluntária, em 2001, ainda estudante, mas que por causa da falta de experiência “gostava de ter feito mais”, considerando que “esta é uma segunda oportunidade para fazer mais e melhor”. Apesar de reconhecer a resiliência do povo da Beira, Raquel Abreu refere como a elevada densidade populacional será com certeza uma sobrecarga para as equipas de saúde, razão pela qual é preciso mais equipas para ajudar. Para esta especialista em cirurgia, “ser médico é ajudar o outro todos os dias”, mas, neste “contexto de sofrimento”, com “muita carência nutricional, desidratação, doenças infecciosas, carência de material e equipamento médico”, é ainda mais relevante essa ajuda. “Além da carência de cuidados adequados, falta muita matéria para refazerem as suas vidas”. “É difícil deixar uma mensagem quando nunca estive numa situação de tanta carência... O importante é que o povo da Beira saiba que há muitas pessoas que os querem ajudar”.



**Dora Vaz,
especialista em
Saúde Pública**

**Quando recebi
a mensagem da
OM, não pensei
em mais nada**

Com experiência prévia em missões em surto de ébola, cólera, meningites e malária, em países como a Guiné Bissau ou Moçambique, Dora Vaz explicou-nos as razões técnicas e afetivas que a levaram a voluntariar-se: "sou médica de Saúde Pública, epidemiologista, e tenho alguma experiência em situações de emergência; além disso sou moçambicana, nasci e vivi lá, nomeadamente na fase da guerra. Numa fase tão complexa e difícil do meu país, o meu coração ficou despedaçado. Pensei de imediato: tenho que ir. Sabia desde o primeiro dia que a cólera iria surgir. Quando recebi a mensagem da Ordem dos Médicos, não havia outra coisa que pudesse fazer. Nem pensei em mais nada. Sinto que tenho um contributo que posso dar". "Moçambique está devastado; é um país pobre e, agora, as infraestruturas foram destruídas; é fundamental planear e gerir os meios existentes". Sobre o contributo de um médico, explica-nos que vai muito além dos cuidados de saúde... "O facto de falar com um médico dá muita segurança às pessoas; Nas aldeias há duas personagens importantes: os professores e os médicos. O médico simboliza a saúde e muitas vezes é chamado para responder a questões de educação ou até a questões legais; Não são a nossa área, mas contam com o nosso bom senso", refere, considerando que as populações, em situações de calamidade, "precisam de orientação e recorrem às figuras que representam a saúde e o conhecimento", facto que "temos que aproveitar para usar essa confiança e todas as mais-valias para daí tirar o maior proveito em benefício da saúde das pessoas". "Espero que este povo da Beira – que bem merece – tenha os líderes necessários para que neste momento de dificuldades consigam, com todas as ajudas que



têm, fazer um bom planeamento para desenvolver um projeto para uma vida saudável, sustentável e com qualidade".

**Ana Paula Correia,
especialista em Saúde Pública**

**Há necessidade de organizar
respostas no terre**



"O motivo principal de me oferecer foi o facto de ter nascido em Moçambique e, portanto, ter mantido laços afetivos com o país durante todos estes anos. Acresce que tenho disponibilidade para me ausentar pois estou aposentada", começa por explicar Ana Paula Correia. A especialista evidencia a necessidade de gerir os poucos recursos disponíveis de forma a potenciar

os melhores resultados em saúde possíveis. "Tenho alguma experiência em termos de planeamento de serviços e organização de respostas. Não foi em situação de emergência, mas já o fiz em São Tomé e Príncipe como voluntária. Em Moçambique é preciso o mesmo: a situação mais urgente poderá estar a ser ultrapassada pelas primeiras equipas de socorro, mas, agora, há necessidade de organizar respostas no terreno". E porque "ser médico é dar-se aos outros", Ana Paula Correia conclui: "Estamos convosco"

**Catarina de Oliveira
Paulo,
especialista em
Doenças Infecciosas**

**Sinto-me
privilegiada
pela confiança que
as pessoas
depositam em nós**



Quando perguntamos a esta jovem especialista a razão de se ter voluntariado, a res-



As entrevistas de seleção foram conduzidas por Dalila Veiga, António Marques, Carla Rêgo e Nuno Gaibino

juntos e de tudo faremos para contribuir para minimizar a dor emocional e física, dentro das nossas competências humanas e profissionais”.

Nota da redação:

esta reportagem foi realizada antes da conclusão do processo de seleção da primeira equipa a ser integrada nesta ação humanitária.

posta é simples: foi pelos mesmos motivos que a levaram a querer ser médica: “Todo o meu percurso até hoje foi influenciado pela procura da aquisição de competências para melhor servir o próximo, nomeadamente nestas circunstâncias excecionais. As necessidades que surgiram neste pós catástrofe natural impulsionaram a criação deste projeto missionário e senti de imediato que gostaria de fazer parte dele, podendo contribuir com o conhecimento e experiência que fui adquirindo ao longo destes últimos anos”, refere enquadrando o seu interesse na medicina humanitária e de catástrofe.

“Ser médico permite-nos uma proximidade com as pessoas no seu estado mais cru e vulnerável, e essa proximidade acarreta um sentido de responsabilidade maior. Apre(e)ndemos técnicas e ferramentas que nos permitem curar ou minimizar problemas”, sublinha, concluindo: “penso que deveria ser a nossa obrigação utilizá-las para um bem maior. Sinto-me uma privilegiada pela profissão que tenho, pela confiança que as pessoas depositam em nós”. Apesar deste entusiasmo, Catarina de Oliveira Paulo sabe que irá ter algumas dificuldades especialmente pelo “peso emocional que virá com o contacto direto com as pessoas desalojadas, que perderam familiares e amigos, o acesso dificultado a água potável e alimentos”. Para a população da Beira, a especialista deixa uma mensagem de apoio. “Estamos



OBRIGADO!





Lei de Bases da Saúde

“Temos de ser fazedores para alguma coisa de positivo acontecer”

Com a sala principal completa e salas de apoio a acolherem os restantes participantes, a Sessão de Abertura foi presidida por Marcelo Rebelo de Sousa. O Presidente da República, com a ministra da Saúde a seu lado, deixou vários recados sobre a forma como o processo da nova Lei de Bases da Saúde está a ser gerido. “O caminho mais próximo entre dois pontos é uma reta, exceto na política, num caminho sinuoso. Prefiro a reta a essas encruzilhadas e atalhos. Mas às vezes há atalhos. O que importa é que a sociedade não se perca no que é uma tentação, que é a de cada qual, quando chega ao exercício do poder, deixar um traço de criatividade”, afirmou Marcelo Rebelo de Sousa, apelando ainda a “serenidade, racionalidade e liberdade” no debate em torno de uma matéria que é decisiva para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), para a Saúde e para os portugueses.

O bastonário da Ordem dos Médicos começou a sua intervenção de forma original, lendo um excerto de um texto que só depois relevou do que se tratava. Miguel Guimarães citou o Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa para demonstrar como “a principal lei do país já diz que é preciso haver consensos”, pese embora a linguagem mais antiquada em que o faz. “A Constituição da República Portuguesa não fala em literacia mas diz que se tem de informar as pessoas para

As grandes decisões em Saúde, pelo impacto que têm para todo o país, exigem amplos consensos. Foi com base nesta premissa que decorreu a 23 de março, no Porto, a conferência “O Sistema de Saúde para o Cidadão”. A Reitoria da Universidade do Porto foi o palco escolhido para este encontro, organizado pela Universidade do Porto, em parceria com a Convenção Nacional da Saúde e com os subscritores dos Princípios Orientadores para uma Lei de Bases da Saúde. O painel “Lei de Bases da Saúde: O Consenso Indispensável” contou com o bastonário da Ordem dos Médicos e *chairman* da Convenção Nacional da Saúde, Miguel Guimarães, como *keynote speaker*.

Texto: Romana Borja-Santos, assessora de comunicação da Ordem dos Médicos

elas poderem participar nas decisões, e releva a importância do serviço público de saúde e a complementaridade do serviço privado”, exemplificou.

O *chairman* da Convenção defendeu, depois, que o Estado não tem só responsabilidade sobre o SNS, sendo essencial exercer e desenvolver planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção para todo o sistema. “Não temos duas medicinas em Portugal, temos apenas uma. Promover a qualidade do serviço público é fundamental, mas também é fundamental que o que acontece no setor privado ou social tenha a mesma qualidade e essa situação deve estar devidamente acautelada numa Lei de Bases da Saúde”, insistiu.

“O SNS tem de ser a política pública maior, como dizia Constantino Sakellarides, e é onde temos de investir os nossos recursos, não há dúvida”, disse Miguel Guimarães, para depois mencionar a importância da formação



que é feita no setor público e que tem permitido que Portugal conte com “um conjunto de profissionais extraordinários que são cobijados em qualquer parte do mundo”. Ainda assim, o bastonário sublinhou que não podemos negar a importância da complementaridade que existe com o setor privado e social. “Cerca de 40% dos portugueses têm um seguro privado de saúde. Os serviços do SNS conseguem assegurar apenas cerca de 55% das necessidades globais em saúde. Não temos capacidade instalada dentro do SNS para servir todos os portugueses”, alertou.

Para Miguel Guimarães medicina à distância e inteligência artificial são dois exemplos de áreas que marcarão o futuro da saúde e sobre as quais falta regulação. “A integração de cuidados também deve ser consagrada,

síveis com evidência científica – numa referência à importância de combater a pseudociência e a publicidade enganosa. A intervenção terminou com um apelo a que passemos rapidamente do “diagnóstico” para o “tratamento”: “Temos de passar das ideias, dos planos e dos debates para a concretização. Temos de ser fazedores para alguma coisa de positivo acontecer”.

A conferência contou com outros painéis, sempre sucedidos de debates com várias personalidades da área. O Alto-Comissário da Convenção Nacional da Saúde, Manuel Pizarro, como orador no painel “O Sistema de Saúde para o Cidadão”, lembrou que Portugal tem ainda muitas pessoas a viver abaixo do limiar de pobreza e com uma qualidade de vida acima dos 65 anos bastante inferior a outros países, o que acaba por ter impacto



assim como o trabalho em equipa”, acrescentou, mencionando depois a importância que a figura do cuidador informal terá numa sociedade com grande peso de doença crónica e que terá cada vez mais doença mental.

No entanto, o bastonário defendeu que não é uma nova lei que resolverá os problemas estruturais e que resultam da falta de uma estratégia orçamental. “Não podemos continuar a ter um financiamento de 4,8% do PIB, o mais baixo da Europa Ocidental”, lamentou Miguel Guimarães, que aproveitou o momento para alertar que os profissionais de saúde estão no limite da suas capacidades e que precisam urgentemente de meios humanos e financeiros para concretizarem o seu trabalho em plena qualidade – o que passa também por consagrar a importância da carreira e da formação. As escassas verbas investidas em promoção da saúde e prevenção da doença, em literacia e em envelhecimento ativo foram outras das tónicas do discurso do bastonário, que no final lembrou que os excelentes resultados que a Medicina alcançou só foram pos-

no sistema de saúde. Manuel Pizarro considera, por isso, que precisamos de soluções transversais a vários setores e de uma aposta séria na promoção da saúde e prevenção da doença.

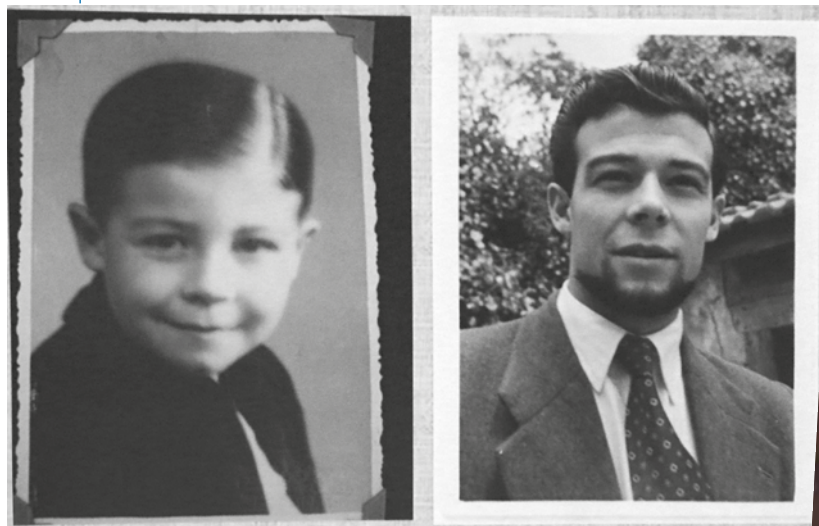
A presidente do Conselho Estratégico Nacional das Finanças Públicas, Teodora Cardoso, foi a palestrante do painel sobre “Novos Modelos de Financiamento para a Sustentabilidade”. Na sua apresentação, a economista utilizou a metáfora da “navegação à vista” para ilustrar a forma como é planeado e gerido o orçamento da saúde e reiterou que a saúde deve ser vista numa perspetiva de longo prazo, o que implica utilizar uma maior parcela de impostos para esse fim.



Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, criticou o timing em que a Lei de Bases da Saúde foi discutida. Esta urgência “só desvia atenções dos problemas no SNS”, considera.

VIDEO AQUI





Homenagem a **Barros Veloso**

Sabedoria, bom senso, vocação, sensibilidade e ética

Dia 21 de março realizou-se na Torre do Tombo o lançamento do livro da autoria de Álvaro Carvalho, "Doenças Doentes e Médicos" editado pela By the Book, seguido de uma homenagem a António Barros Veloso, numa sessão presidida pelo bastonário da Ordem dos Médicos, em que a plateia teve o prazer de presenciar a renovada distinção de uma pessoa que é muito mais do que um médico: Barros Veloso é, como dele já foi dito, a personificação da vocação, cultura e ética que se deseja encontrar em todas as pessoas mas, especialmente, em todos os médicos. Por tudo isso - mas especialmente por tudo o que não cabe nas palavras, mas que se leu no sentimento dos intervenientes desta cerimónia - António Barros Veloso recebeu esta justa homenagem, uma iniciativa da Fundação Álvaro Carvalho à qual se associaram dezenas de entidades e várias centenas de pessoas.

Texto e fotos: Paula Fortunato, diretora executiva da Revista da Ordem dos Médicos

Perante uma plateia com várias centenas de pessoas, Álvaro Carvalho, médico especialista em Medicina Interna, escritor e presidente da Fundação Álvaro Carvalho, apresentou o seu mais recente livro que, numa escrita autobiográfica, recorda experiências de vida enquanto médico e no qual partilha reflexões sobre apontamentos da história da medicina. Margarida Oliveira, da editora, sublinhou o "papel decisivo da medicina na sociedade", algo que esta obra contribui para divulgar. Germano de Sousa, ex-bastonário da Ordem dos Médicos, foi o apresentador deste livro, tendo definido Álvaro Carvalho como "um brilhante internista com uma constante preocupação com o doente", tendo referido como, com a criação da Fundação Álvaro Carvalho, "tem contribuído para prestar cuidados de

saúde aos doentes mais carenciados", mitigando assim "a crónica iniquidade do SNS", frisou, enaltecendo o lado humanista do autor. Sobre "Doenças Doentes e Médicos" especifica: "é uma escrita sem rodiguinhos (...) tal como todos os seus livros lê-se com prazer", vinda de um médico que exerceu a sua profissão "com verticalidade e dignidade", mantendo sempre "a capacidade de olhar o mundo", apontando paulatinamente as falhas da gestão da saúde, salientando a necessidade de rigor. "É um privilégio ser teu amigo", concluiu, manifestando a sua admiração por Álvaro Carvalho. O autor explica porque razão surge, neste preciso momento, este livro que aborda vários temas da medicina, nomeadamente as questões de gestão e de sustentabilidade do SNS. "Houve uma evolução vertiginosa

do conhecimento médico”, das próteses aos cuidados intensivos, da genética à biologia molecular. Mas essa evolução está a transformar os médicos em “especialistas de técnicas e não de áreas do conhecimento médico” facto que, se em excesso, poderá ser negativo. Álvaro Carvalho explica à plateia que na sua forma de exercer medicina “não bastava olhar para uma parte” do doente e que em tudo o que escreve haverá sempre uma “preocupação com a defesa do SNS, (...) joia da coroa, (...) que está num perigoso plano inclinado”, lamenta, apontando o dedo à “irracionalidade da gestão”, e apelando a toda a redução de desperdício na saúde, “com os gestores de topo a dar o exemplo”, para que possamos ter “uma medicina de qualidade, humanizada e ao mais baixo custo possível”. O livro apresentado traz-nos um retrato da evolução da medicina nas últimas décadas e tem como objetivo a melhor compreensão do seu estado atual.

Barros Veloso: um segundo pai para os seus alunos

Seguiu-se a homenagem ao médico António Barros Veloso que começou com a leitura de uma mensagem do Presidente da República, em que o referia como “um dos vultos contemporâneos da medicina e da cultura”. De facto, Barros Veloso é conhecido por uma carreira distinta na área da medicina com uma forte componente formativa, mas também em tantas outras vertentes como o facto de ser uma figura notável no mundo do jazz, um conhecedor profundo da azulejaria, ou escritor, todas elas formas de dar largas à curiosidade que define a sua personalidade, mas também a um intenso desejo de partilha, outra marca relevante da natureza do homenageado.

Na mesa, várias personalidades juntaram-se para esta homenagem, Álvaro Carvalho, Henrique Leitão, Bernardo Moreira, Damas Mora, Feliciano David e o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, que presidiu à sessão, e que não hesitaria em considerar António Barros Veloso como uma das figuras mais proeminentes da medicina portuguesa do século XX. Álvaro Carvalho destacou a capacidade e entusiasmo de Barros Veloso em transmitir conhecimento de “forma magistral”, fazendo com que “só não aprendesse quem não quisesse”. “Com o Dr. Barros Veloso e sua equipa aprendi a ciência, a técnica e arte clínica. Sem o conhecer, não sei se teria escolhido a especialidade de Medicina Interna”. “Era um encanto vê-lo fazer um exame neurológico”, referiu, recordando o muito que aprendia com o homenageado, confessando que desse convívio



Álvaro Carvalho e Miguel Guimarães com o homenageado



profissional e, posteriormente, da amizade, Barros Veloso “formatou” a “atividade clínica, mas também a componente humana e cultural” de Álvaro Carvalho. “O que eu estou aqui a dizer poderia ser dito por outros colegas: António Barros Veloso foi como um segundo pai para os seus alunos”. “Queremos que mantenha o espírito jovem que sempre teve e a atitude otimista que sempre o definiu”, e “com a sua sabedoria e bom senso” que Barros Veloso nos ajude a “reanimar este moribundo que é o SNS”, concluiu. Henrique Leitão salientou como o homenageado tem “uma massa de conhecimento incomum”, referindo a título de exemplo o seu interesse pelo “desaparecimento” de um astrónomo dinamarquês o que viria a dar origem a um interessante livro “Tycho Brahe: um astrónomo fabuloso no reino da Dinamarca”, da autoria de Barros Veloso. “Apenas” mais uma demonstração do brilhantismo do homenageado e de como a sua profunda curiosidade pelo mundo, as pessoas, a cultura e a história, marca e define o percurso dos seus 89 anos. Bernardo Moreira, presidente do Hot Clube de Portugal, não poderia deixar de estar presente em mais uma merecida homenagem àquele que foi o seu médico “toda a vida”, embora a aproximação entre ambos tenha sido essencialmente porque Barros Veloso além de médico é um talentoso pianista de jazz e juntos participaram em várias “jam sessions” frenéticas nos anos 60”. Bernardo Moreira salientou “a extraordinária acuidade auditiva” deste músico “amador”, porque, de facto, ama a música: “pianista incontornável” e “de muitas virtudes”, que no meio do jazz é conhecido “com simpatia, ternura, respeito e até reverência, simplesmente como o Doutor. Apenas assim”. Porque o respeito e admiração, não precisam de nome, conclui.

Na sua intervenção, Feliciano David explica-nos como o azulejo era visto como uma arte menor, realidade que é alterada graças aos livros de Barros Veloso nomeadamente sobre o espólio azulejar dos Hospitais Cívicos de Lisboa. O homenageado tem editados nesta temática em coautoria: “Azulejaria de Fachada em Lisboa” (1989), “Azulejaria de Exterior em Portugal” (1991), “Hospitais Cívicos de Lisboa. História e Azulejos” (1996) e “O Azulejo Português e a Arte Nova” (2000).

Seguiu-se uma brilhante intervenção de Damas Mora na qual, de forma despretensiosa e cativante, deixou clara a sua “amizade e admiração” pelo

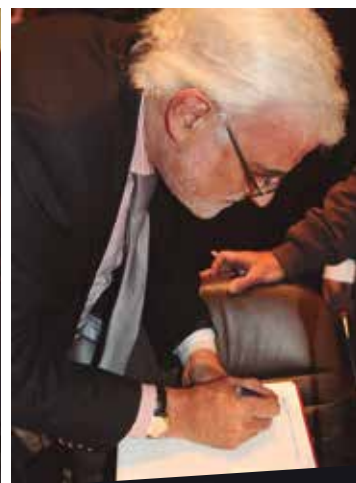
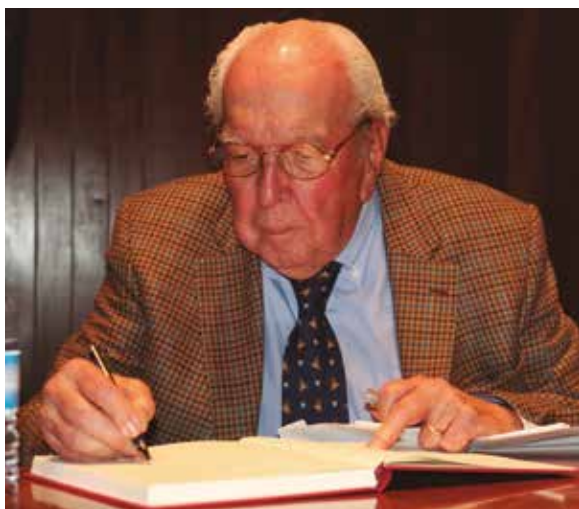
homenageado, “um clínico competente e admirado pelos doentes e interpares, o que não é fácil”, referiu. Se dúvidas houvesse quanto à elevação de caráter que Damas Mora reconhece no homenageado, dissipar-se-iam no que referiu em seguida: “há pessoas que pensam e nada fazem. São os técnicos (...). Há os que fazem, mas não pensam e que são perigosíssimos; (...) ‘Não há nada mais ameaçador do que um estúpido ativo’, dizia-nos Goethe. (...) O Dr. Barros Veloso, pensa e faz. Não se limita a ler, escreve e publica. (...) Não se limita a ouvir música, estuda, escreve e toca”. Considerando que “escrevemos para nos eternizar”, Damas Mora garante ao homenageado que “tem garantida a eternidade”, graças à obra profícua que produziu em tão diversas áreas e salienta o “rigor intelectual” de Barros Veloso, mas também a sua “preocupação em não magoar” os seus interlocutores. A terminar, e porque, como referiu com humor, “as pessoas que envelhecem começam a citar provérbios”, “aqui vai um: ao lado de um grande homem há sempre uma grande mulher”, ditou, aludindo especificamente à médica Isabel Almasqué, companheira na vida e na arte de António Barros Veloso, que “usando da justa dimensão da palavra” o ia “criticando e não o colocando num pedestal”, o que tornou todas as obras realizadas ainda melhores.

“Que prazer! Vivi intensamente”

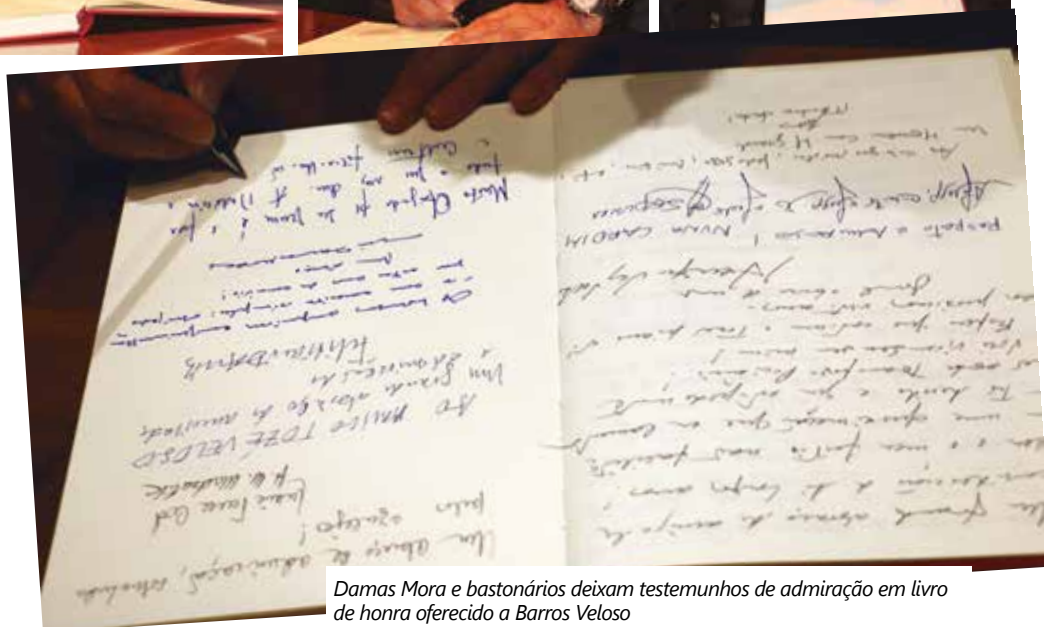
Usando da palavra, Miguel Guimarães elogiou os dois médicos que protagonizaram este encontro: Álvaro Carvalho, pela “grande frontalidade” e pela qualidade da sua escrita que também no livro “Doenças, Doentes e Médicos” transparece, e Barros Veloso, que definiu como “um senhor da medicina e da arte, um príncipe com uma personalidade multidimensional, de vários talentos, e que encarna bem os vários desafios com que se depara a medicina. É a imagem do humanismo, alguém que idealiza e concretiza, que tem prazer em ensinar e a capacidade clínica apurada de tomar decisões. Homenageá-lo é homenagear a Medicina Interna portuguesa”. Miguel Guimarães, concluiu realçando a paixão que se sente em Barros Veloso pela medicina e pelo jazz que respira a cada momento, agradecendo o enorme contributo que nos tem dado a todos, muito especialmente nas di-

mensões do conhecimento, do ensino e da formação. Tomou então a palavra, Barros Veloso, que estava visivelmente emocionado. Demonstrando a sua gratidão pelo reconhecimento do seu trabalho e dedicação, referiu: “Esta homenagem é uma prova de amizade. Não a esperava, fiquei surpreendido, mas obviamente muito satisfeito. Aceito isto como um prémio de carreira, que já vai longa, e como uma dádiva da medicina, de quem nunca me separei e pela qual sempre vivi fascinado”. Numa intervenção permeada pelo humor e natural inteligência, explicou o processo de construção do seu discurso de agradecimento, fazendo sorrir, as várias centenas de pessoas que se quiseram associar a esta homenagem, marcando presença na Torre do Tombo, ao explicar todos os conselhos que recebera dos amigos: “tens que agradecer”, “refere os teus pontos fracos”, “não seas piroso”, “puxa ao sentimento”, etc. “Fui desajeitado algumas vezes”, confessou o homenageado, lamentando as vezes em que essa falta de jeito possa ter dificultado

toda a minha vida”, explicou. Uma curiosidade feita “da força da interrogação dispersa”; “Sou um homem disperso, percorro caminhos divergentes... Fui sempre assim”. Uma dispersão que nos trouxe – aos seus admiradores – o prazer de o ver brilhar em várias áreas. E por prazer, não podemos deixar de referir as palavras do homenageado. “Que prazer! Vivi intensamente. Gravei e toquei com grandes músicos”, conta sobre a sua “pulsão pela música”. Sobre a medicina, paixão maior, explica a carga de dúvida e angústia que afeta quem quer dar sempre o seu melhor: “será que fiz o diagnóstico certo?”, exemplifica, lamentando os mestres esquecidos. Em conclusão, Barros Veloso manifestou a sua profunda alegria e gratidão por presenciar a marcha da história e agradeceu, com um abraço virtual, a todos os que se juntaram a esta homenagem. “Obrigado. Muito obrigado”.



as relações interpessoais. “Sem dúvida, o primeiro aspeto que sempre me definiu foi a curiosidade. Querer saber e aprender mais. Foi assim na medicina, mas também na música e na azulejaria. Depois, a necessidade de partilha com os outros. O ensino foi sempre uma vocação e foi isso que marcou



Damas Mora e bastonários deixam testemunhos de admiração em livro de honra oferecido a Barros Veloso



Não basta falar: é preciso garantir a segurança clínica

Os dias sucedem-se, os detentores da pasta da Saúde também, mas as mudanças não se sentem e as queixas repetem-se: com um Serviço Nacional de Saúde com o diagnóstico feito, a Ordem dos Médicos não pode continuar à espera que aconteçam as falhas para atuar: com a segurança clínica posta em causa em algumas unidade de saúde, os médicos a trabalharem sem condições adequadas e a saúde dos portugueses desvalorizada pela tutela, é preciso agir. Foi isso mesmo que, após mais uma reunião infrutífera com a ministra da Saúde, Marta Temido, foi explicado aos jornalistas pelo bastonário da OM, Miguel Guimarães: a Ordem vai passar a responsabilizar diretamente o Ministério da Saúde pelas deficiências e insuficiências do sistema que diminuem a segurança clínica.

Texto: Paula Fortunato, diretora executiva da Revista da Ordem dos Médicos
Fotos: Paula Carmo, consultora de comunicação (SRCOM)

Não basta falar, é preciso agir. Esta é a mensagem que Miguel Guimarães transmitiu à saída da reunião que teve dia 2 de abril com a detentora da pasta da Saúde: a Ordem não pode continuar à espera, os médicos não podem continuar à espera e, acima de tudo, os doentes não podem continuar à espera! À espera que exista um médico de família para todos, à espera de consulta da especialidade atempada nos hospitais, à espera para realizar exames de diagnóstico ou cirurgias...

A própria Ordem dos Médicos, que havia solicitado, a meio de março, uma reunião com caráter

de urgência à ministra da Saúde, na sequência de atitudes e declarações da tutela que a instituição considera que “revelam uma total falta de respeito” e um “nível de desprezo nunca antes alcançado”, esperou até dia 2 de abril. Na reunião agora realizada entre a Ordem dos Médicos e o Ministério da Saúde, o bastonário salientou que a segurança clínica e dos profissionais de saúde está a ser posta em causa pela tutela, o que é extremamente preocupante. Miguel Guimarães explicou que o

ónus das consequências dessa insegurança não pode recair sobre profissionais de saúde que estão em sofrimento ético, burnout e/ou a trabalhar sem as condições adequadas, razão pela qual a Ordem vai passar a responsabilizar diretamente o Ministério da Saúde. É “preciso tomar uma atitude diferente neste





domínio”, porque é ao Estado que compete a “garantia da segurança dos doentes” e do “tempo recomendado para a relação médico-doente”, para que seja possível construir uma história clínica adequada e benéfica para o percurso em saúde. Miguel Guimarães considera que este é o momento de sermos “mais exigentes naquilo são os direitos dos doentes e dos médicos”.

Caso não se mudem as estratégias e não se invista mais e melhor em recursos humanos, mas também em melhores condições físicas de trabalho, em equipamentos e dispositivos, o prognóstico para o Serviço Nacional de Saúde é muito negativo: claramente degradado, a perder capacidade de resposta, e com profissionais exaustos e desmotivados, a exercer em condições muito longe de serem as adequadas às boas práticas, o SNS está numa rampa descendente.

Resta à Ordem, como foi referido pelo bastonário da Ordem dos Médicos, ter uma atitude mais assertiva e

forte na defesa dos doentes e da qualidade dos cuidados de saúde que estão a ser prestados e imputar quaisquer consequências negativas da falta de condições para o exercício da medicina a quem tem o dever de assegurar as condições técnicas e logísticas para que os doentes sejam tratados de acordo com a *leges artis*: o Ministério da Saúde.

Uma das matérias que a Ordem quer negociar com o Ministério da Saúde, o ato médico, tem inclusivamente um projeto em discussão pública e que pode ser consultado no site nacional da OM (https://ordemdosmedicos.pt/regulamento-consulta-publica-definicao_ato_medico/).

Após esta reunião no ministério, o bastonário voltou a recordar que “a principal mais-valia do Serviço Nacional de Saúde são as pessoas: são os profissionais de saúde que constroem a saúde todos os dias, para que os portugueses possam ter melhor qualidade de vida”, algo que, tantas vezes, parece ser esquecido pela tutela, que mantém uma distância pouco saudável dos profissionais que estão no terreno e que parece insistir em analisar a saúde dos portugueses, nos gabinetes, atrás de ecrãs de computador, apenas com base em tabelas de excel, gráficos e estatísticas, esquecendo que as pessoas não são apenas números.

i **Ordem lamenta tentativa de denegrir médicos da SESARAM**

informação

Na sequência das notícias vindas a público, a Ordem dos Médicos lamenta a propagação de declarações falsas atribuídas à Ordem dos Médicos e esclarece que nunca deu informações sobre uma suposta suspensão do médico Rafael Macedo. As decisões disciplinares são, aliás, da competência dos Conselhos Disciplinares respetivos, e em cuja atividade o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos não tem nem pode ter qualquer tipo de ingerência.

A Ordem dos Médicos condena as manobras mediáticas que têm sido levadas a cabo nos últimos tempos com o objetivo de denegrir e desacreditar o Serviço de

Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) e a credibilidade e competência dos profissionais, em concreto dos médicos, que ajudaram a construir e prestigiar esse mesmo serviço e todos os dias ajudam a salvar vidas.

Perante as declarações públicas agressivas, graves e não fundamentadas proferidas pelo médico Rafael Macedo, a Ordem dos Médicos vai enviar toda a nova documentação para juntar ao que já existe nos processos que estão a decorrer no Conselho Disciplinar Regional do Sul para avaliação e decisão. Importa, nesta fase, repor a confiança e a estabilidade no serviço de saúde público da Madeira, em nome do superior interesse dos cidadãos, que veem a sua relação com o sistema gravemente afetada.

Lisboa, 21 de março de 2019



19^{as} Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar

Um livro e uma homenagem

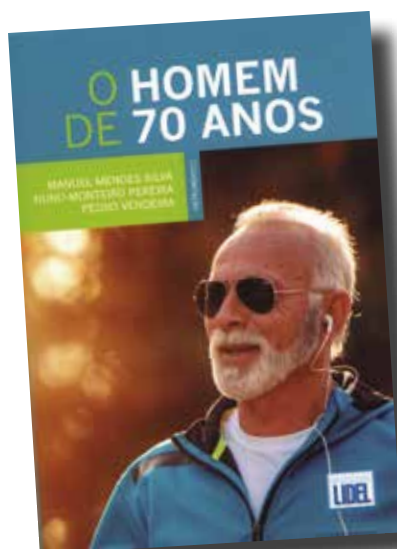


A sessão de abertura das 19^{as} Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar, que decorreram em Lisboa nos dias 21 e 22 de março, foi marcada pela homenagem ao especialista Victor Ramos, pioneiro na Medicina Geral e Familiar (MGF). Seguiu-se o lançamento do livro “O Homem de 70 anos”, coordenado por Manuel Mendes Silva, Nuno Monteiro Pereira e Pedro Vendeira, uma obra que promove o envelhecimento ativo.

Fotos: Esfera das Ideias

Na sessão de abertura, o presidente das XIX Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar, Manuel Mendes Silva, deixou bem claros os objetivos do encontro: “divulgação e discussão dos problemas urológicos junto dos cuidados primários” e “aprofundamento do diálogo e da colaboração entre urologistas e médicos de família”, uma relação fundamental num contexto em que “os problemas urológicos contribuem com cerca de 10 a 15% das consultas de Medicina Geral e Familiar e têm tendência a aumentar, na medida em que são problemas muito prevalentes na população que vai envelhecendo, que é, felizmente, cada vez mais numerosa”. Sobre o homenageado, a quem “presta-

mos simples testemunho de gratidão e tributo”, salientou como Victor Ramos é um dos construtores “dos alicerces da especialidade de Medicina Geral e Familiar” e “precursor do atual modelo das USF”. Recordamos que Victor Ramos esteve envolvido no projeto-piloto que inspirou a criação das atuais Unidades de Saúde Familiar e, com 40 anos de dedicação aos doentes, possui grande experiência na administração e gestão em saúde, tendo integrado várias missões internacionais da União Europeia e da Organização Mundial de Saúde e já havia sido distinguido pela Ordem dos Médicos com a atribuição do Prémio Miller Guerra em 2017.



“O Homem de 70 anos”

Título do livro apresentado, que alerta como “a promoção dum envelhecimento ativo e saudável deve ser realizada prioritariamente pelos próprios indivíduos, prevenindo situações, doenças e acidentes, preparando circunstâncias, reformas e assistências. Mas também deve ser realizada pela sociedade e

pelas suas organizações, instituições de saúde ou sociais, Estado, autarquias, misericórdias, empresas, seguros, associações humanitárias, voluntariado”, um desígnio para o qual autores e coordenadores esperam contribuir com esta edição composta por 27 capítulos “escritos por personalidades independentes e reconhecidamente idóneas,



experientes e competentes nas respetivas áreas”. À semelhança de outras iniciativas em que Manuel Mendes Silva participa, e de todos os livros editados por este especialista em Urologia, a totalidade dos direitos de todos os autores reverte para a ACREDITAR, Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro.

Notícia

Médica portuguesa recebe condecoração do Governo de Macau

A médica especialista em Medicina Interna, Paula Pimenta, membro da Associação dos Médicos de Língua Portuguesa de Macau (AMLPM), foi recentemente condecorada pelo Governo de Macau, tendo-lhe sido atribuída a Medalha de Mérito Profissional, uma condecoração que traduz simultaneamente um incentivo e um reconhecimento pela dedicação e trabalho dos médicos portugueses, atualmente a desempenhar funções em Macau, e o seu impacto junto da comunidade local.

Esta distinção da médica Paula Pimenta demonstra como a tutela em Macau avalia muito positivamente o trabalho desenvolvido. O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães já felicitou a Colega e a AMLPM, a quem dirigiu uma mensagem na qual sublinha que “esta distinção constitui um justo reconhecimento do excelente trabalho que a colega e os restantes membros da AMLPM têm desenvolvido naquela Região Administrativa Especial, e que prestigia a Medicina portuguesa e lusófona”.

Paula Pimenta iniciou funções em Macau no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Conde de S. Januário no dia 16 de maio de 1995. Desenvolveu a sua actividade no internamento e consulta externa e na formação de internos do internato geral e complementar. Desde 2002 que exerce funções no Serviço de Urgência tendo sido responsável por esse Serviço de 1 de outubro de 2002 a 31 de outubro de 2005. Neste período iniciou-se a especialidade de Medicina de Urgência no Centro Hospitalar Conde S. Januário e desde então tem participado activamente na formação de internos do ano comum e internos das especialidades.

De destacar o trabalho desenvolvido no ano de 2013, ano em que ocorreu a SARS, e que, apesar das circunstâncias extremamente exigentes ligadas à epidemia, não houve disrupção do Serviço de Urgência na prestação de cuidados urgentes à população de Macau. Maria Paula de Matos Pimenta Simões, natural de Arazede, Montemor-o-Velho já havia sido distinguida pelo Governo português com a Medalha de Mérito das Comunidades em maio de 2015.





A Ordem dos Médicos e a firma internacional de advogados Cuatrecasas uniram esforços na organização de uma conferência intitulada “Defesa de Valores e Compressão de Direitos. Novos Desafios.”, que se propôs debater questões vinculadas ao direito à privacidade, crime de devassa e sigilo profissional. O evento contou com as participações dos bastonários da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, e da Ordem dos Advogados, Guilherme Figueiredo, bem como dos líderes das associações europeias de ambas as ordens e do coordenador da área Penal e das Contraordenações da Cuatrecasas.

Texto e fotos: Filipe Pardal, redator da Revista da Ordem dos Médicos

Médicos e advogados debatem direito à privacidade e sigilo profissional

“Numa sociedade onde o imediatismo impera, é fundamental criar momentos que nos permitam refletir sobre práticas com as quais nos acostumámos a viver, mas que não estão respaldadas em termos jurídicos ou mesmo éticos e deontológicos”, referia Miguel Guimarães acerca da pertinência da conferência realizada no dia 2 de abril, na sede do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, em Lisboa. Com a responsabilidade de estrear a sessão de abertura, o bastonário começou por agradecer a todos os envolvidos na organização e aos presentes na audiência, salientando a importância do tema, caracterizando-o como atual, na sociedade dos nossos dias, e com repercussões diretas até na prática clínica. “Na era do big data em que vivemos, com capacidade de armazenamento de dados em crescimento, serão cada mais os desafios que se colocam a profissionais e cidadãos”. Esses de-

safios, garante, podem ser ultrapassados com o aproveitamento da intelectualidade e das ideias dos grandes profissionais de áreas estratégicas, como é o caso da medicina e da advocacia. É, aliás, também por isso, que se demonstrou disponível para “mais iniciativas” que envolvam as duas ordens. Esse desejo foi lesta-mente ratificado por Guilherme Figueiredo: “é com muita satisfação que vejo estas duas grandes ordens unidas na criação de valor”, salientou, com a garantia de que “a experiência será para repetir”. O bastonário da Ordem dos Advogados concretizou uma analogia entre a compressão de direitos e a síndrome do canal cárpico, dois processos, afirmou, que “causam adormecimento”. Esse é, de acordo com o orador, um dos problemas do contrato social uma vez que o estado liberal “está manifestamente em crise” e, na sua forma atual, “não existe” devido à compressão que a liber-

dade sofre em função de outros interesses de natureza pública, mas também por causa da “transmissão de poderes do Estado para outras entidades, sejam elas estruturas supranacionais ou entidades públicas e privadas internas”. A questão de defesa de valores e compressão de direitos levanta prolemas no âmbito do direito transfronteiriço, uma vez que estamos perante Estados que cederam parcelas de poder. “Hoje a legislação e regulamentação estão evidentemente transpostas para entidades públicas, privadas, e por vezes até fora do território nacional”, assegurou Guilherme Figueiredo, chegando ao ponto em que falou da existência de uma fragmentação das fontes de direito que levam a novos desafios, exponenciados quando falamos de direitos pensados para a esfera pessoal e que “muitas vezes conflituam, desde logo, naquilo que é, por exemplo, a relação do médico com o paciente”. A sessão de abertura terminou com a ideia de que o conceito de responsabilidade inclui a perceção do utente, algo que o bastonário da Ordem dos Advogados afirma ser “uma compressão de direitos em nome dos direitos”, salientando a existência de duas éticas constantes: uma será a “ética finalística da defesa da eficácia” e, outra, a “ética do interesse público”.

Depois da introdução, o coordenador da área Penal e das Contraordenações da Cuatrecasas, Paulo Sá e Cunha, explorou o painel “Os segredos e a devassa”. E foi no conceito de devassa que concentrou o seu discurso, afirmando desde logo que é um conservador nessa matéria. “A devassa é aquilo a que se assiste nos dias de hoje” quando vemos violações do segredo de justiça e usurpações criminosas de privacidade em prol de interesse público. “Não há oráculos do interesse público”, atestou. A nova era marcada de temas mediáticos como os casos WikiLeaks, FootballLeaks, Cambridge Analytica, Panamá Papers, etc., é baseada na revelação pública de factos que eram desconhecidos sobre diversas áreas. “Isto é bom?”, questiona o advogado dirigindo-se ao auditório. “Pode ser, mas não é de todo conclusivo”, argumenta. A tendência pode sistematizar-se em denunciante que o fazem em prol do que consideram um interesse público, mas este é um novo desafio que nos coloca em marcha para uma “sociedade de denunciante”, colocando maiores problemas criados por leis que mitigam o sigilo profissional do advogado. Antes de se concentrar nos casos específicos dos médicos e dos advogados, Paulo Sá e Cunha esclarece que há

dois tipos de denunciante que se definem pelo acesso. O acesso lícito, ou seja, quando um denunciante tem acesso à informação criminosa, mas de forma lícita, sem cometer nenhum crime para conseguir provar os factos denunciados e o acesso ilícito, recorrendo a usurpações e a outros métodos menos claros que constituem em si mesmo um crime, “são provas imprestáveis para o Código Penal”. Em relação ao sigilo, o orador identifica uma grande diferença entre a medicina e a advocacia: enquanto no sigilo médico existindo consentimento informado do doente o dever de sigilo do médico cessa, no direito, por estar em causa, mais do que a reserva de vida privada, o interesse público da administração da justiça, nem o consentimento, nem mesmo a vontade do cliente assume a mesma relevância, nem exonaram o advogado desse dever, afirma.

“O titular do direito ao sigilo”, foi o tema abordado por José de Freitas, presidente do Conselho Europeu das Ordens de Advogados. A sua intervenção marcou desde logo um diferendo em relação à anterior. Nomeadamente no que concerne ao fundamento do segredo do médico e do advogado. Para José de Freitas, “ambos têm o mesmo fundamento e ambos servem razões de interesse público”, na medida em que protegem o cliente ou o doente para prestar todas as informações que possibilitem o exercício das funções. “Ninguém pode ser proibido de tornar público o seu próprio segredo”, ressalva, antes de garantir que, apesar de tudo, o sigilo profissional “não pode servir para ocultar casos e informações que resultem da relação profissional” e que não sejam estritamente correlacionados com a prática. Na área da compressão de direitos, José de Freitas acredita que os direitos mais fáceis de comprimir são aqueles que “não merecem o cumprimento” dos próprios, aludindo, como exemplo, às imposições da União Europeia aos seus Estados-membros. Algo que parece resultar numa tensão entre os vários direitos, a todos os níveis, quer seja o direito a informar, o direito à privacidade, o dever de sigilo e até mesmo a liberdade de imprensa e na fronteira ténue entre o que é um crime e o que é sigilo profissional.

José Santos, presidente do Conselho Europeu das Ordens dos Médicos (CEOM), analisou os novos desafios da confidencialidade médica e as suas exceções, numa perspetiva deontológica. Para contextualizar, começou por definir aquelas que são as *guidelines* europeias no que diz respeito ao sigilo profissional,

tais como a garantia que o médico tem de conceder ao seu paciente relativamente a toda a informação que é recolhida, uma confidencialidade que alcança tudo aquilo que o médico fica a saber no exercício da sua profissão, ou seja, não só aquilo que lhe é confiado, mas também aquilo que observa, ouve ou compreende. José Santos tentou suprimir um dos grandes mitos que muitas vezes é

veiculado pela comunicação social: “o sigilo médico não é abolido após a morte do paciente”, assevera. Em maio de 2018, o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) começou a ser aplicado na União Europeia. Este documento afeta todas as entidades que lidem com dados pessoais no decorrer das suas atividades e, uma vez que “os médicos têm acesso a dados pessoais e médicos no dia-a-dia”, este RGPD vai afetar toda a atividade. O líder da CEOM não tem dúvidas: “o médico é o principal confidente do doente. Não podemos mitigar essa relação de confiança”. E é dessa

forma que os novos desafios devem ser respondidos, colocando sempre o doente em primeiro lugar. Como em tudo, há exceções e foi com elas que o também presidente da Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos terminou a sua elucidativa intervenção. São exceções à confidencialidade médica sob o ponto de vista deontológico. Neste prisma são consideradas: saúde mental, ameaça terrorista, abuso de menores, violência doméstica, compressão religiosa, tráfico de órgãos, ameaças à saúde pública e, no futuro, questões ligadas à inteligência artificial. José Santos não tem dúvidas que “se é certo que já existem muitos desafios para lidar no presente, dentro de muito pouco tempo vamos ter ainda mais, provenientes da evolução tecnológica galopante que, naturalmente, acarreta mais responsabilidades e panoramas legais para resolver”.

Posteriormente às apresentações, foi iniciado um debate aberto às questões do público. As várias perguntas focaram, sobretudo, os desafios que se colo-

cam aos médicos, principalmente no armazenamento digital e proteção de dados, e os inerentes riscos dessa informação poder ser acedida ilegalmente por terceiros. Muitas questões transpareciam também relatos de pressões exercidas por seguradoras tendo como objetivo aceder a informação clínica de doentes que já faleceram. José Santos foi perentório



Guilherme Figueiredo



José de Freitas



Miguel Guimarães



José Santos



Paulo de Sá e Cunha

na resposta aos colegas de profissão “não somos obrigados, nem devemos nunca facultar informações dos nossos doentes, quer estejam vivos, ou não, pois são as seguradoras, com os seus meios próprios e na altura da celebração do contrato com os seus clientes que devem tomar as devidas diligências”. Paulo Sá Cunha acrescentou, que nem as próprias entidades empregadoras têm permissão para usar informação médica tendo em vista um processo de recrutamento. No fim da sessão, ficou a certeza de que as cerca de meia centena de pessoas presentes ficaram mais esclarecidas e mais interessadas em continuar a investigar sobre um tema que, cada vez mais, vai estar na ordem do dia, ao mesmo ritmo que a tecnologia coloca desafios incessantes aos nossos direitos, nomeadamente ao direito à privacidade.





Sem condições de trabalho não há qualidade

Hugo Cadavez

Hugo Cadavez é médico de família em Ermesinde; Além da especialidade em Medicina Geral e Familiar possui a Competência em Gestão dos Serviços de Saúde e é membro do Secretariado Regional do Norte e Secretariado Nacional do SIM – Sindicato Independente dos Médicos

É a certeza de que, sem condições de trabalho - como o respeito pelos descansos compensatórios, limites à prestação de trabalho suplementar ou as “simples” pausas no horário de trabalho, entre muitas outras – não pode haver qualidade, que motiva o especialista em Medicina Geral e Familiar, Hugo Cadavez, a desdobrar o seu tempo entre a atividade clínica e a atividade sindical. A reversão das 18 horas dedicadas ao Serviço de Urgência dentro do horário semanal de 40 horas e a reversão da medida transitória (que perdura há sete anos) de aumento da lista dos médicos de família para 1.900 utentes, são apenas algumas das medidas que defende como essenciais. Em termos gerais, para o SNS, Hugo Cadavez deseja essencialmente que se interrompa o círculo vicioso de degradação e que se consiga o devido aumento do investimento em equipamento e em recursos humanos, assim como o aumento da capacidade de atração e de fixação de médicos. A ROM foi conhecer as motivações e as preocupações deste jovem médico.

Texto e foto: Paula Fortunato, diretora executiva da revista da OM

Revista da Ordem dos Médicos - **Ainda é um médico jovem, mas tem uma postura muito intervencionista quanto à defesa da medicina e dos médicos. Qual considera ser a sua motivação?**

Hugo Cadavez - A motivação para esta atividade tem origem no facto de não ser possível o exercício de medicina de qualidade sem condições de trabalho adequadas. Não será exagero dizer que a maioria dos médicos se veem confrontados com atropelos à legislação laboral desde o primeiro dia em que iniciam a sua atividade

profissional. O interesse no conhecimento dos direitos dos médicos plasmados quer na legislação laboral quer, mais recentemente, nos acordos coletivos de trabalho acaba por surgir como consequência dos vários problemas existentes nos vários locais de trabalho. O conhecimento destes diplomas é fundamental para evitar que os médicos sejam vítimas de abuso e, pior ainda, que o sejam sem o saberem.

ROM – **Quais as condições básicas de trabalho?**

HC - A defesa das condições de trabalho passa por uma multiplicidade de fatores, em que se incluem horários, descansos compensatórios, limites e condições da prestação de trabalho suplementar, tempo para a formação de médicos internos, pausas no horário de trabalho, instalações, equipamentos e, necessariamente, condições remuneratórias compatíveis com a formação e o nível de responsabilidade dos médicos.

ROM - Nos últimos anos passou de delegado sindical a dirigente do Sindicato Independente dos Médicos...

HC - A atividade dos últimos anos no SIM fica a dever-se à abertura dos dirigentes de então, e atuais dirigentes, aos colegas interessados, motivados e disponíveis para este tipo de atividade. É de referir que muito do trabalho dos dirigentes sindicais é um trabalho invisível. Torna-se visível, por exemplo, com a publicação de acordos. Ou seja, é um trabalho que, com persistência, dá resultados em defesa dos médicos e, por essa via, em defesa dos doentes e frequentemente do SNS.

ROM - Condições de trabalho, vencimentos, segurança clínica... Quais as questões que o preocupam mais enquanto dirigente sindical? Quais são as que estão pior no nosso país?

HC - Há vários assuntos cuja resolução é importantíssima para a melhoria das condições de trabalho, melhoria dos cuidados de saúde prestados aos doentes e garantia de subsistência do Serviço Nacional de Saúde. Há, no entanto, alguns que têm sido considerados prioritários para o SIM.

A nível hospitalar é desde logo necessário reverter a existência de 18 horas dedicadas ao Serviço de Urgência dentro do horário semanal de 40 horas, regressando ao máximo de 12 horas semanais dedicadas ao SU. Isto permitirá libertar 6 horas para atividade programada, nomeadamente cirurgias e consultas, garantindo assim a

diminuição dos tempos de espera para cirurgia e consulta. Ao mesmo tempo, para garantir equipas estáveis no Serviço de Urgência, é fundamental permitir que existam equipas dedicadas, ou seja, médicos hospitalares que, voluntariamente e por ciclos de três meses, possam estar exclusivamente afetos a essa atividade, à semelhança do que foi negociado e está em vigor com a PPP do Hospital de Cascais.

Na Medicina Geral e Familiar é fundamental a reversão da medida transitória implementada em 2012 que estabeleceu o aumento de 1.500 para 1.900 utentes por Médico de Família. Com os atuais 1.900 utentes por Médico de Família é impossível garantir a acessibilidade à consulta de que os doentes precisam. Um bom exemplo vem de Espanha, onde o Ministério da Saúde espanhol propôs listas de no máximo 1.500 doentes para os Médicos de Família, ou seja, exatamente o limite máximo defendido pelos sindicatos médicos em Portugal.

Não esquecendo a importância das normas particulares de organização e disciplina do trabalho médico e dos concursos regulares para progressão na carreira, a medida mais importante será a revisão das grelhas salariais dos médicos do SNS. Só esta medida poderá inverter a degradação progressiva do SNS estancando a fuga de médicos para o setor privado e emigração, como bem alertou a Comissão Europeia em 2018 num documento elaborado em colaboração com a OCDE e com o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.

ROM - Considera que as redes sociais são incontornáveis para as instituições modernas? Qual considera ser a rede social do "futuro"?

HC - Não sendo um especialista em redes sociais, diria que será facilmente reconhecido o papel fundamental que têm tido na divulgação de informação que de outra forma mais dificilmente chegaria aos destinatários. Cabe também às organizações médicas produzir e divulgar informação fidedigna e útil, algo que têm vindo a fazer.

Seria um exercício muito difícil e, provavelmente, com pouco sucesso tentar prever qual será ou como será a rede social do futuro. O mais importante será manter um acompanhamento próximo e responsivo aos perfis de utilização dos vários meios tecnológicos que em cada momento estão disponíveis.

ROM - Esta é uma realidade relativamente nova. Acha que a

A defesa das condições de trabalho passa por uma multiplicidade de fatores, em que se incluem horários, descansos compensatórios, limites e condições da prestação de trabalho suplementar, tempo para a formação de médicos internos, pausas no horário de trabalho, instalações, equipamentos e, necessariamente, condições remuneratórias compatíveis com a formação e o nível de responsabilidade dos médicos.

maior parte dos médicos está preparado para estar “profissionalmente” nas redes?

HC - A grande maioria dos médicos não está profissionalmente nas redes sociais. E provavelmente não terá necessidade de estar. Não estar profissionalmente nas redes sociais é uma forma de manter a desejável separação entre o tempo de trabalho e os necessários períodos de descanso.

ROM - Há muitas questões éticas a acautelar quando usamos esses novos meios de comunicação com o mundo...

HC - Há muitas questões éticas e legais. A introdução de novos meios de comunicação deve ser sempre sujeita à avaliação por parte dos médicos no que se refere à adequação à prestação dos melhores cuidados de saúde, nomeadamente com segurança.

ROM - Como especialista em MGF, quais os principais obstáculos que identifica diariamente, em consulta, na relação médico/doente?

HC - O principal obstáculo é o tempo. É assim de enorme importância a iniciativa em curso da Ordem dos Médicos de determinar a aplicação de tempos padrão para as consultas de acordo com recomendações técnicas dos respetivos Colégios. No âmbito das normas particulares de organização e disciplina do trabalho médico, ou seja, no âmbito laboral esses tempos deverão estar também definidos, de forma idêntica ao que já acontece na Região Autónoma da Madeira e na PPP de Vila Franca de Xira.

ROM - Porque razão será tão complexo para a tutela perceber que a tipologia de doença (e outras características da lista) devem contar para a distribuição do número de utentes por médico de família?

HC - É incompreensível a demora da tutela em aceitar a proposta de implementação de um índice de complexidade para as listas de utentes e ainda mais quando esse índice foi desenvolvido pela ACSS. Não sendo a única solução necessária, permitirá uma redistribuição mais adequada dos utentes pelos Médicos de Família, adequando a dimensão da lista à carga de trabalho que a mesma gera.

ROM - Que medidas simples lhe parecem fundamentais para resolver os problemas de acesso que ainda

existem em Portugal? Pode deixar-nos três desejos para o SNS?

HC - A resolução dos problemas de acessibilidade a cuidados de saúde passa necessariamente criação de condições que atraiam e fixem médicos no SNS. Tal só ocorrerá quando as condições de trabalho melhorarem, sendo para tal fundamental o aumento o investimento público na Saúde. A existência de condições remuneratórias que permitam competir com as propostas do setor privado e dos Governos de outros países europeus será um dos pontos centrais desse processo.

Para o SNS os três desejos são assim o aumento do investimento, quer em equipamentos quer em recursos humanos, a capacidade de atrair e fixar médicos e a garantia de que continuará a funcionar como um fator de coesão social.

ROM- O jornal El Mundo publicou no verão passado uma fotografia que tirou. A fotografia é um dos seus hobbies?

HC - Não consideraria a fotografia um hobby. Diria que o que diferencia a forma como estou nessa atividade, que desenvolvo de forma esporádica, é o facto de publicar numa plataforma com licença Creative Commons de Atribuição. Ou seja, qualquer pessoa ou entidade poderá usar as fotografias sem qualquer restrição incluindo copiar, redistribuir, adaptar ou transformar. Várias fotografias têm sido utilizadas em vários artigos sobre os mais diversos temas. Curiosamente a fotografia acaba por existir de forma idêntica à atividade sindical, ou seja, é um trabalho de que outros podem beneficiar e cuja retribuição para mim é precisamente que isso possa acontecer.



Foto da Praia Fluvial do Azibo da autoria de Hugo Cadavez, publicada no El Mundo de 13 de agosto de 2018

Pela qualidade da formação



A sede do Conselho Sub-Regional de Viana do Castelo da Ordem dos Médicos recebeu mais uma Receção aos Médicos Internos de Formação Geral e do 1º Ano de Formação Específica. A iniciar uma nova fase da sua formação, os jovens viram todas as suas dúvidas esclarecidas e receberam um apoio total da Ordem dos Médicos. A sessão aconteceu no dia 21 de fevereiro e contou com as intervenções de António Araújo e Miguel Guimarães.



Ordem seja mais forte". Depois de convidar os jovens médicos internos a participar ativamente nas atividades dinamizadas pela Ordem dos Médicos, salientou o contributo de cada um no serviço à comunidade. Para este discurso, preparou uma carta, dirigida aos internos, centrada no valor da relação médico-doente. "A relação médico-doente é a linguagem que permite um entendimento adequado entre os dois. Uma relação singular, que tem por base o sigilo. O exercício da medicina é o exercício da compreensão e não do julgamento. Uma boa comunicação torna o médico mais eficiente e aumenta o grau de satisfação do consultante. A medicina deve ser baseada numa relação técnico-científica humanizada e personalizada. Deve existir simpatia, compreensão, confiança, humildade e sensatez", foram algumas das frases proferidas por Nelson Rodrigues.

Comunicação e empatia

Também o vice-presidente do Conselho da Sub-Região de Viana do Castelo, Alberto Midões, preparou uma apresentação sobre "como comunicar más notícias", uma reflexão baseada na sua experiência pessoal, em que revelou alguns episódios que viveu ao longo da carreira médica. "Antes não se dizia quase nada e só se tratavam os doentes. A medicina evoluiu, os direitos mudaram e o panorama da cultura médica modificou-se. Os médicos partilham a informação que têm, não de uma forma igual para todos, mas com sinceridade, por imperativos éticos e legais, passamos a ter a responsabilidade de discutir a forma de tratamento com o doente. O modelo é mais centrado no doente e nos seus direitos", explicou o diretor do serviço de Cirurgia Geral do Hospital

de Santa Luzia. Considerando que “dizer a verdade” pode ser controverso e colocar dúvidas sobre o efeito no doente, Alberto Midões abordou os medos e receios do médico. “Tentamos sempre falar de vida e não de morte, porque a esperança de vida é uma determinante fundamental. Devemos comunicar de forma realista, objetiva, esclarecedora, transmitindo esperança.

Perceber o que os doentes querem saber, adequando a notícia”, sugeriu, indicando ainda algumas ferramentas que devem ser utilizadas neste processo. O cirurgião terminou a sua intervenção a atestar o apoio da Ordem dos Médicos no internato, para garantir a qualidade da formação médica, lembrando que também o interno “tem responsabilidade na busca da formação, conhecimento, capacidade criativa e disponibilidade”. Nelson Rodrigues comentou o tema, aconselhando o “bom senso” na comunicação de más notícias. Já Helena Ramalho, representante do Sindicato Independente dos Médicos (SIM) afirmou que “devemos perder tempo com o doente e nem sempre temos essa oportunidade e capacidade”. Seguiu-se um momento de discussão e reflexão, em que os médicos presentes alertaram para a importância da empatia, da comunicação e “de ouvir o doente” na relação médico-doente. Estabelecer uma relação de proximidade com a direção clínica e outros órgãos de representação dos internos foi outro dos conselhos deixados aos jovens.

“Vão começar a vossa carreira profissional. Devem estar preparados para enfrentar várias situações complicadas. Tem que ter muita persistência, resiliência, paciência e ser exigentes na vossa formação e profissão para serem realmente bons na vossa área ou especialidade”, começou por declarar António Araújo. O presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) iniciou a sua intervenção com palavras de incentivo, numa altura em que “vivemos tempos conturbados no Serviço Nacional de Saúde”, pedindo maior exigência aos internos, que devem contar também com os dirigentes associativos. Garantiu o apoio e a defesa da Ordem dos Médicos, que zela pela qualidade do

ato médico e da formação, e explicou a importância de participarem nas atividades para a construção de uma “Ordem forte”. “Preservem o espírito de serem médicos, só assim vão conseguir vencer na vossa profissão. Vocês são o futuro da Medicina e é para vocês que a Ordem existe”, reiterou António Araújo.

Apoio da Ordem dos Médicos

O discurso de encerramento foi proferido por Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, que deixou algumas mensagens positivas aos jovens internos. A profissão médica, que “continua a ser a mais respeitada e aquela em que as pessoas mais confiam” e a relação médico-doente, que é “a essência da medicina” e o “ato médico por excelência” foram temas centrais na sua intervenção. Apesar de todas as dificuldades que se tem sentido no que diz respeito aos problemas informáticos, Miguel Guimarães acredita que esta é uma “fase de transição” na integração da nova tecnologia que irá mudar. Neste sentido, assegurou que a Ordem dos Médicos irá intervir e tomar medidas, nesta e noutras questões, como a Lei de Bases da Saúde. O bastonário destacou o apoio que os médicos e os profissionais de saúde devem ter no exercício da atividade. “O nosso SNS tem os melhores profissionais de saúde do mundo, que devem ser valorizados pela vontade, dedicação e paixão em ensinar”, concluiu. Alguns internos partilharam as suas principais preocupações e colocaram questões que consideram importantes nesta fase. Os tempos de consulta, a contratação de médicos através de empresas de contratação de serviços, a falta de médicos no SNS, o exame de acesso à especialidade, os investimentos na saúde e no serviço público, o ato médico, a qualidade de formação e a carreira médica foram os tópicos mais abordados.





Ciclo de Conferências

Pela partilha de conhecimento

Depois da sessão inaugural em 14 de setembro, a nova iniciativa da SRNOM, o ciclo de conferências “Às Sextas na Ordem”, que pretende levar a debate temas atuais e promover o diálogo e a partilha de conhecimento entre médicos, recebeu mais três encontros ao longo do último trimestre de 2018: “Obesidade: Verdades e Mitos”, “Envelhecimento e qual o efeito na vida” e “Da doença fatal à doença crónica: Cancro e Sida, dois exemplos de sucesso” foram os assuntos abordados.



A uma sexta-feira, uma vez por mês, há “Às Sextas na Ordem”, uma nova iniciativa do CRNOM que tem como objetivo abordar, numa perspetiva de atualização, temas de índole médica. Depois da sessão inaugural em 14 de setembro (“A Medicina face ao Transhumanismo”), o ciclo de conferências “Às Sextas na Ordem” conheceu mais três encontros ao longo do último trimestre de 2018: “Obesidade: Verdades e Mitos”, “Envelhecimento e qual o efeito na vida” e “Da doença fatal à doença crónica: Cancro e Sida, dois exemplos de sucesso” foram os temas das palestras.

19 OUTUBRO

Obesidade: Verdades e Mitos

Prof. Doutor Nuno Borges

O orador convidado da segunda sessão do ciclo “Às Sextas na Ordem”, a 19 de Outubro, teve como orador convidado Nuno Borges. Licenciado em Ciências da Nutrição pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP) e doutorado em Biologia Humana pela Faculdade de Medicina da mesma universidade, o palestrante começou por agradecer a oportunidade concedida pela comissão organizadora para

abordar este tema. “Obesidade: Verdades e Mitos” foi a proposta e “vou tentar responder a algumas questões que a ciência hoje consegue explicar. Primeiro, o impacto da obesidade na nossa saúde e porque não se consegue resolver esta epidemia”, adiantou Nuno Borges. Na sua opinião, o conceito de obesidade é muito vago, uma vez que, sendo definida como um “excesso ou acumulação anormal de gordura suscetível de prejudicar a saúde”, torna necessária a existência de instrumentos que permitam quantificar esse excesso, para além do Índice de Massa Corporal (IMC). “A obesidade é um problema cada vez mais relevante. Em 195 países, nos últimos 25 anos, a prevalência tem aumentado substancialmente tanto nas crianças como nos adultos. Nos países mais ricos, a prevalência subiu muito e agora está a estabilizar. Em países como África do Sul, Egito, Arábia Saudita e algumas ilhas do Pacífico temos uma enorme prevalência, que continua a crescer. Isto mostra que existe muito mais para além do que podíamos imaginar que fosse a genética dos povos de cada país, tem muito que ver com políticas locais”, defendeu. Ao longo da sua intervenção, Nuno Borges apresentou dados de estudos realizados sobre a temática em diferentes países, tendo em conta o género, grupo etário e até o grau de formação, destacando que o excesso de peso e/ou obesidade é responsável por quatro milhões de mortes por ano em todo o mundo, sendo que 70% deve-se a doença cardiovascular. O professor da FCNAUP abordou ainda o impacto da obesidade na diabetes, doença renal e cancro, salientando a complexidade da questão. “O nosso mundo, o nosso sistema está a deturpar e a sobrepor-se aos nossos mecanismos de homeostasia energética. Isso é que provoca a epidemia e temos que ir mais fundo na questão para descobrir como a travar”. “Em resumo, a obesidade continua a aumentar de prevalência em países menos desenvolvidos, encontra-se indubitavelmente associada a maior risco

de doença e morte, a origem é multifatorial e tem várias influências, e o tratamento é difícil. (...) A manutenção de um peso saudável ao longo da vida é a melhor garantia de termos o menor risco possível, sendo especialmente importante a manutenção do peso normal das primeiras décadas”, concluiu Nuno Borges. O vice-presidente do CRNOM, António Sarmento, abriu então um momento de debate, em que a plateia foi convidada a comentar e a questionar. O palestrante deu algumas explicações sobre o papel da genética, que disse ter uma responsabilidade de 60 a 70% nesta epidemia que atinge valores cada vez mais elevados em Portugal. Refira-se que um estudo do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge recentemente publicado mostra que, em 2015, 38,9% da população adulta (25-74 anos) tinha excesso de peso e 28,7% sofria de obesidade.

9 NOVEMBRO

Envelhecimento e qual o efeito na vida

Prof. Doutor Pedro Von Hafe

A terceira sessão do ciclo “Às Sextas na Ordem” foi subordinada ao tema “Envelhecimento e qual o efeito na vida”. Pedro Von Hafe, especialista em Medicina Interna e doutorado em Medicina pela FMUP foi o palestrante convidado. Pedro Von Hafe começou por tecer considerações sobre a definição de envelhecimento, explicando que “não é uma doença, apenas se vê o risco de doença ser aumentado”, precisou. Contrariando a ideia de que temos “prazo de validade”, o especialista considerou que “a idade não é um fator



na determinação da eficácia de uma intervenção em particular". "Desde 1900, há um aumento em mais de 30 anos na esperança média de vida e isso deve-se naturalmente à melhoria das condições de vida". Com base em alguns estudos, Pedro Von Hafe deixou depois projeções sobre o envelhecimento global por países e a influência do género nesta temática, mostrando que, entre 2000 e 2030, "o número de velhos aumentará substancialmente". Entrando nos mecanismos do envelhecimento, Pedro Von Hafe recordou que "ao longo do tempo, estamos sujeitos a várias agressões, e com a idade elas acumulam-se e podem levar ou não à doença". "Temos uma relação entre a manutenção celular e algumas doenças associadas à idade, nomeadamente a demência, a diabetes, a doença cardiovascular e ainda o cancro", elucidou. Ao longo da sua intervenção, Pedro Von Hafe abordou especificamente a importância dos telómeros como indicadores de idade celular – o comprimento dos telómeros parece ser um bom indicador do estado atual da célula no que diz respeito à atividade mitótica e as evidências sugerem que o seu encurtamento ou alongamento são uma das consequências do envelhecimento celular. Depois abordou o impacto do

envelhecimento a diferentes níveis, desde os efeitos na pele, às alterações renais, musculoesqueléticas, a nível da cognição, a síndrome metabólica, o envelhecimento cardiovascular e a função respiratória, para concluir relevando a importância da atividade física e das mudanças de estilo de vida. No espaço reservado ao debate, foi abordada a diferença entre homens e mulheres, a questão específica da degeneração neuronal e cardíaca e a importância de os idosos terem um adequado suporte social, que garanta estilos de vida saudáveis, com prática de exercício físico e uma boa alimentação. No final da sessão todos concordaram ser necessário que "a sociedade se reorganize para a velhice".

21 DEZEMBRO

Da doença fatal à doença crónica: Cancro e Sida, dois exemplos de sucesso

Prof. Doutor Venceslau Hespagnol / Prof. Doutor António Sarmento

A última sessão de 2018 do ciclo "Às Sextas na Ordem" foi subdividida em dois temas, abordados por dois convidados distintos. Venceslau Hespagnol e António

Sarmiento partilharam o palco da sala de conferências do Centro de Cultura e Congressos da SRNOM para apresentar dois dos principais flagelos que afetam a sociedade: o cancro do pulmão e a sida, respetivamente. Coube a Ana Correia de Oliveira, membro do CRNOM, dar nota do carácter sui generis desta sessão e apresentar os palestrantes: o Prof. António Sarmento, vice-Presidente do CRNOM, especialista em Medicina Intensiva e em Doenças



Infecciosas, diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar Universitário São João e professor catedrático (Departamento de Medicina) da FMUP; e o Prof. Venceslau Hespanhol, chefe de serviço de Pneumologia no mesmo Centro Hospitalar, professor associado com agregação da FMUP e presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

“Quase um quarto das mortes por cancro no mundo são causadas pelo cancro do pulmão, que é também aquele que mais anos de vida útil rouba aos portugueses. É a grande doença”, começou por enquadrar Venceslau Hespanhol, que abordou a sua epidemiologia, com as diferenças por género, a morbilidade e mortalidade, o impacto na sociedade e a evolução do tratamento da doença nos últimos 30 anos. “A grande revolução deu-se quando se tentou perceber como os tumores funcionam. Começou a surgir a tal ‘medicina de precisão’, individualizada, em que cada caso é um caso”, acrescentou o professor da FMUP, enquanto apresentou alguns casos práticos para exemplificar formas de identificar mutações genéticas nas células tumorais. Com essas mutações, “as células rapidamente evoluem, o que constitui uma guerra em que não temos todas as estratégias afinadas”, admitiu. Venceslau Hespanhol destacou ainda o impacto do aparecimento dos testes de biologia molecular (“diagnóstico molecular”), em especial a “sequenciação de nova geração” – que permite, num único teste, sequenciar um gene, vários genes (painel) ou o exoma completo – tecnologia que proporcionou um avanço significativo na capacidade de diagnóstico genético ao encurtar prazos e diminuir custos. A terminar, o especialista mostrou-se confiante nos resultados da nova ferramenta de rastreio desenvolvida no âmbito do ensaio clínico europeu NELSON. “Esta ferramenta representa uma esperança na redução do índice de mortalidade do cancro do pulmão”. “Até agora não era possível um rastreio eficiente, devido ao facto de os sintomas da doença surgirem num estágio avançado. O ensaio clínico NELSON veio tornar possível identificar a patologia sem exames invasivos e de uma forma simples e reprodutível, com base num algoritmo e através de uma avaliação volumétrica da TAC”, explicou.

António Sarmiento recordou alguns marcos históricos relativos à descoberta do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e do síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e abordou o curso da doença –

destacando a invulgar aptidão do vírus para lesar o sistema imune dos doentes infectados, comprometendo a imunidade celular, em particular a devida aos linfócitos –, a evolução em termos de diagnóstico e as principais diferenças nos tratamentos. Por fim, apresentou números sobre a mortalidade e abordou o que será o futuro da sida. “É uma doença crónica, mesmo assim continua a matar e se for diagnosticada tardiamente, nunca mais se consegue uma recuperação imunológica. Cerca de 20% dos nossos doentes continua a aparecer pela primeira vez muito tarde e acabam por falecer ou não recuperar. Já o doente que vem atempadamente, que começou a terapêutica e a cumpre, consegue esquecer a doença durante anos, apesar de envelhecer mais cedo e nunca estar ‘curado’”, resumiu o especialista em doenças infecciosas. O debate final centrou-se na possibilidade do uso da imunoterapia (anticorpos do tipo monoclonal) no combate ao vírus da sida, uma possibilidade aberta por ensaios clínicos recentes, com resultados promissores, e que permitira libertar os doentes da obrigatória toma dos cocktails de medicamentos antirretrovirais.

O ciclo de conferências “Às Sextas na Ordem” continua em 2019 com mais temas que interessam a todos os médicos. Fique atento ao programa e participe!



Colóquio

"Cuidadores (in)formais: proteger quem cuida":

"É fundamental legislar o estatuto do cuidador informal"



Enquanto se aguarda pelo debate final sobre o estatuto de cuidador informal na Assembleia da República, a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), em colaboração com a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), juntaram cuidadores, escutaram médicos e uma jurista num evento que lotou a Sala Miguel Torga da SRCOM. Objetivo: Compreender e sentir o pulso a uma realidade que altera a vida a milhares de pessoas em Portugal.

Na sessão de abertura, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, assumiu o papel crucial dos cuidadores informais a quem as equipas de saúde devem estar particularmente atentas de modo a ajudar a minimizar o sofrimento de quem cuida. "O nosso país tem a maior taxa de cuidadores informais" da Europa e, se juntarmos o factor predominante na sociedade portuguesa do aumento progressivo da taxa de envelhecimento da população e do aumento da prevalência de doenças crónicas incapacitantes, a realidade fica ainda mais complicada. Segundo dados da União Europeia (UE), citados, 80 por cento dos cuidados prestados a pessoas dependentes são por protagonizados por pessoas não profissionais e não remuneradas. "Na UE há 125 milhões de cuidadores informais, o que representa 300 mil milhões de

euros em termos de valor económico". Pese embora o facto de não existir um registo nacional, estimam-se que em Portugal existam 800 mil cuidadores informais. "Serão quatro mil milhões de euros anuais, o equivalente a metade do orçamento para a Saúde em Portugal", sublinhou Carlos Cortes, acrescentando que é fundamental legislar o estatuto de cuidador informal, para reconhecer e valorizar o que fazem.

Recorde-se que, no dia 8 de março, os oito diplomas, do Governo, CDS/PP, PSD e PAN baixaram sem votação à Comissão parlamentar do Trabalho e Segurança Social. Recorde-se que os requerimentos de baixa à comissão, por mês e meio (45 dias), foram aprovados por unanimidade pelos deputados reunidos em plenário da Assembleia da República. A seguir, tentar-se-á obter consensos, antes da leis regressarem ao plenário para votação, que é feita em conjunto (i.e. generalidade, especialidade e final global).

Os projetos estão centrados na criação do estatuto e de benefícios fiscais e sociais, articulação com equipas de saúde, regimes laborais especiais e direito a descanso, entre outros.

Urge tomar medidas para promover o bem-estar físico e psicológico dos cuidadores que enfrentam os proble-

mas de saúde e sociais relacionados com os seus familiares em situação de dependência. Ser cuidador é viver em estado permanente de alerta, é viver em exaustão, é ter dificuldade em conciliar vida própria. Em Portugal, os cuidadores informais estão muito desprotegidos. Este evento, enquadrado nas comemorações dos 50 anos da APPACDM, visou pois chamar a atenção para um trabalho invisível mas extremamente



Carlos Cortes, Helena Albuquerque e Carla Ribeiro



Rita Joana Maia



Filomena Girão



Manuel Teixeira Veríssimo



Mesa redonda "Testemunhos Eu Cuidador"



João Pedroso de Lima

valioso, incluindo do ponto de vista afetivo. Aquando da apresentação deste evento, em conferência de imprensa, Helena Albuquerque, presidente da APPACDM Coimbra, lembrou aliás a necessidade de que, mais do que pagar aos cuidadores informais, urge investir em centros de dia e lares. Aliás, Carla Ribeiro, coordenadora dos lares da APPACDM, destacou o verdadeiro empenho e dedicação da fabulosa equipa que trabalha diariamente nesta valência da associação. Entre muitos outros participantes deste colóquio, estiveram o presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, Manuel Teixeira Veríssimo, e o diretor da Unidade Intermédia de Gestão de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, João Pedroso de Lima, e principal rosto da implementação do projeto H2 - Humanizar os Cuidados naquela unidade hospitalar, e a jurista Filomena Girão, e, ainda, da Associação

Nacional de Cuidadores, Rita Joana Maia. Neste colóquio, refira-se, foi também possível escutar testemunhos de quem cuida. Juntos, todos ajudaram a fazer a reflexão sobre a necessidade de dar meios a quem cuida. Só quando o cuidador tem uma rede de ajuda é que ele poderá cuidar. Foram ainda abordados os problemas jurídicos decorrentes do quem protagoniza a função cuidadora.

O tema voltará à Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos que, com o Centro de Estudos e Desenvolvimento de Cuidados Continuados e Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, levam a cabo o debate "Os Cuidadores Informais na Sociedade Portuguesa - Das Necessidades às Respostas", a 23 de abril, pelas 18h00, no mesmo local (Sala Miguel Torga).

Assembleia da República debate problemas do Hospital de Leiria

“É dever deontológico da Ordem dos Médicos alertar para os problemas”, assume Carlos Cortes

Ordem dos Médicos, Administração do Centro Hospitalar de Leiria (CHL) e a atual titular da pasta da Saúde foram ouvidos na Comissão parlamentar de Saúde.

Texto e fotos: Paula Carmo



Têm sido semanas intensas, desde que todos os chefes de equipa de Medicina Interna do Hospital de Santo André (Leiria) apresentaram a demissão. Ordem dos Médicos do Centro organizou reunião plenária, com sindicatos médicos, que contou também com a presença do bastonário da Ordem dos Médicos. Antes da ida ao Parlamento, o presidente da SRCOM esteve reunido com o Conselho de Administração do CHL, no Hospital de Santo André, tendo as duas entidades encetado esforços para a criação de um grupo de trabalho, a fim de identificar e resolver os principais problemas desta unidade hospitalar.

Tem sido longo, aliás, o caminho já percorrido. A Ordem dos Médicos já enviou mais de 45 ofícios a várias entidades em cujos documentos vai reportando as “profundas e dramáticas” dificuldades do hospital de Leiria. Disso mesmo deu conta o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, na Comissão Parlamentar de Saúde, onde esteve -a requerimento do Partido Socialista- para responder aos deputados sobre a situação do Centro Hospitalar de Leiria e cuja sessão parlamentar teve es-

pecial enfoque na urgência. Recorde-se que o pedido de demissão de chefes de equipa de urgência resultou, entre outros problemas, da dificuldade em constituir equipas para o transporte de doentes, falta de recursos para cumprir a escala de urgência, entre muitos outros. Detalhes que todos conhecem, tendo em conta as declarações de responsabilidade que os colegas da Medicina Interna foram enviando quer para a Administração do CHL quer para a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM).

Após uma tomada de posição pública no início de fevereiro, em nota à imprensa, onde inclusivamente dá conta da “calamidade” no serviço de urgência, Carlos Cortes endereça, dias depois, uma missiva à atual titular da pasta da Saúde onde denuncia as condições do hospital de Santo André e exorta a governante a ter particular atenção para com este hospital. É que, desde abril de 2018, já saíram 12 internistas deste hospital. Até ao fim do mês de fevereiro muitas outras iniciativas apontaram os holofotes para Leiria: Os deputados do Bloco de Esquerda, Heitor de Sousa (eleito pelo círculo de Leiria) e Moisés Ferreira (da área da Saúde)

Sofremos até já não aguentarmos mais. Os profissionais estão completamente exaustos, com um grande sofrimento de frustração e de indignação por não conseguirem atender às necessidades mais básicas dos doentes

lizada na sede da Ordem dos Médicos em Leiria uma reunião geral de médicos, na noite de 6 de março, com a presença do Bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, do presidente da



Declarações Reunião Geral - OM Leiria



visitaram o Hospital, assim como a líder do CDS/PP, Assunção Cristas, já em meados de março. A audição parlamentar requerida pelos deputados do PSD - Adão Silva, Ricardo Baptista Leite, Margarida Balseiro Lopes e José António Silva - visa ouvir a ministra da Saúde, Marta Temido. Já no final de fevereiro, duas outras notícias tornam públicas as



Declarações jornalistas após reunião CA CHL

dificuldades deste hospital. Por um lado, 20 diretores de serviço da área clínica do CHL anunciam que estão solidários com os colegas do serviço de urgência; por outro lado, o presidente do Conselho de Administração do CHL anuncia a intenção de se demitir do cargo de presidente do Conselho de Administração (notícia que só chega ao domínio público no início de março). Para o presidente da Secção Regional do Centro, o pedido de demissão deve ser encarado como "um sinal de alarme" e, para discutir todos estes problemas, foi rea-



Reunião Geral na OM Leiria

Secção Regional do Centro, Carlos Cortes, do presidente da Sub-Região de Leiria, Rui Passadouro da Fonseca, do Secretário Regional do Sindicato Independente dos Médicos do Centro, José Carlos Almeida, e do presidente do Sindicato dos Médicos da Zona Centro, Noel Carrilho. Também o Secretário-Geral do SIM, Roque da Cunha, esteve nesta reunião amplamente participada. Retomamos, agora, a reunião na Comissão de Saúde onde para além de Carlos Cortes esteve também na comitiva da Ordem dos Médicos, o médico ortopedista Rui Gameiro, da Sub-Região de Leiria. Nesta sessão forma escarpelizadas escarpelizados várias problemas, na sequência das perguntas dos deputados. A finalizar essa semana, na mesma comissão parlamentar, foi a vez dos membros que compõem o Conselho de Administração do CHL e da ministra da Saúde (a pedido do PSD) explicarem a sua versão dos problemas. Aos



Comissão parlamentar de Saúde

deputados, Carlos Cortes esclareceu, antes de mais, que a tomada de posição pública da Ordem dos Médicos não é extemporânea uma vez que há muito tempo tem vindo a fazer alertas, desde logo através dos já citados mais de 45 ofícios a várias entidades sobre as “dramáticas” dificuldades do hospital de Leiria. Todos, porém, até aquele dia, sem qualquer resposta do Ministério da Saúde. Documentos, esses, que são também do conhecimento da Administração Regional de Saúde do Centro e do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Leiria, uma vez que os ofícios são sempre remetidos para estas entidades. Por outro lado, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos afirmou ainda que foram endereçadas à OM mais de 200 declarações de responsabilidade de médicos do Centro Hospitalar de Leiria, nas quais os colegas descrevem, com detalhe, as dificuldades e constrangimentos que sentem na sua prática clínica. A título de exemplo das dificuldades sentidas pelos clínicos na urgência, Carlos Cortes citou o relato de um médico que indica ter chegado a um turno onde lhe foram passados mais de 100 doentes do turno anterior.

“O papel da OM não é político-partidário. Já conheci quatro ministros da Saúde”, recorda, Carlos Cortes, explicando, pois, que é seu dever deontológico agir perante os alertas que lhe vão chegando, através dos médicos que trabalham no hospital de Leiria, sobretudo os que estão no serviço de urgência. Na mesma audição, Rui

Gameiro, da Sub-Região de Leiria da Ordem dos Médicos e médico daquela unidade hospitalar, explicitou a cronologia das condições clínicas daquele hospital, destacando o aumento do número de cirurgias, por exemplo. Também o Secretário-geral do SIM, Roque da Cunha, falou sobre as condições laborais neste hospital, assim como o médico internista Miguel Pires, este último, fazendo o retrato pormenorizado do que se vive diariamente na urgência. Para além de corroborar todas as críticas alertas da Ordem e dos sindicatos, Miguel Pires foi ainda mais longe uma vez que considera que “o que se passa na urgência é muito pior” do que se tem relatado e divulgado na comunicação social. “Sofremos até já não aguentarmos mais. Os profissionais estão completamente exaustos, com um grande sofrimento de frustração e de indignação por não conseguirem atender às necessidades mais básicas dos doentes”, assumiu.

Todos destacaram o empenho e o trabalho abnegado dos médicos do Hospital Santo André (Leiria) e de todos os profissionais que enfrentam tantas dificuldades. Recorde-se que o sub-dimensionamento do investimento e dos profissionais são problemas do Centro Hospitalar de Leiria que serve, atualmente, uma população de 402 mil habitantes (concelhos de Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere, Ourém, e parte dos concelhos de Alcobaça e Soure).

A titular da pasta da Saúde, Marta Temido, acabou por reconhecer aos deputados que a urgência do Hospital de Leiria tem problemas, manifestando-se bastante preocupada com os relatos dos profissionais. A governante admitiu, aliás, que o reforço de recursos humanos nos últimos anos pode não ter sido consentâneo com o aumento da área de influência deste centro hospitalar.

NR: As imagens foram captadas na Assembleia da República; No momento das declarações aos jornalistas, no âmbito da reunião Geral que decorreu na sede da Ordem dos Médicos em Leiria; e, também, após a reunião entre os responsáveis da Ordem dos Médicos do Centro com o Conselho de Administração do CHL.

Formações com chancela da SRCOM

A qualidade da prática médica bem como a formação dos médicos são preocupações fulcrais da Ordem dos Médicos. Algumas das necessidades, a este nível, são sentidas pelos colegas em várias fases da sua formação e prática clínica.

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) continua a levar a cabo um projeto que inclui colaboração com os gabinetes desta secção, os colégios de especialidade, delegações distritais, universidades e diversas entidades no sentido de proporcionar cursos especialmente vocacionados para as áreas mais solicitadas pelos colegas.

No site da Secção Regional do Centro (www.omcentro.com) podem ser consultadas todas as Ações de Formação previstas, o detalhe de cada Ação de Formação, fazer a inscrição ou fazer download da documentação fornecida. Informações que são também fornecidas através das nossas redes sociais, facebook e Twitter.

Atualmente, estão abertas inscrições para os seguintes eventos formativos:

- **Comunicação Eficaz em equipas de saúde**
- 27 de Abril | SRCOM, Coimbra
- **Workshop Orientação Parental na Consulta de Saúde**
- 28 de Junho | SRCOM, Coimbra
- **Curso de Coaching para Médicos**
- 17/18 de maio | SRCOM, Coimbra

Comunicação Eficaz em Equipas de Saúde

27 abril

Coaching para Médicos

17/18 maio · SRCOM · Sala Miguel Torga

- Objetivos
1. Conhecer a fundamentação teórica e prática do coaching.
 2. Desenvolver as competências do médico-coach.
 3. Otimizar os processos de tratamento através do recurso aos procedimentos de coaching na saúde.

Formador: Dr.º Jacinto Jardim (Pós doutorado em Ciências da Educação).

Destinatários: Médicos

Valor Inscrição: 95 euros

Inscrições até ao dia 30 de abril, através do seguinte link:
<https://goo.gl/forms/eufOxvyyGwLH7D3>

www.omcentro.com

f [secocentroordemmedicos](https://www.facebook.com/secocentroordemmedicos)

OM_SRC

SRCOMCOIMBRA

Avenida Alonso Henriques, N.º 39, Coimbra

Aconselhamento Parental na Saúde

28 junho · SRCOM · Sala Miguel Torga

Objetivos

- Identificar as necessidades de informação e de apoio dos pais e familiares dos doentes.
- Desenvolver as competências de comunicação e de aconselhamento parental.
- Aplicar as técnicas de aconselhamento parental.
- Avaliar a eficácia do aconselhamento parental.
- Promover a melhoria da qualidade do atendimento ao doente e da satisfação dos pais e familiares.

Formador: Dr.º Jacinto Jardim (Pós doutorado em Ciências da Educação).

Destinatários: Médicos

Valor Inscrição: 95 euros

Inscrições até ao dia 30 de abril, através do seguinte link:
<https://goo.gl/forms/eufOxvyyGwLH7D3>

www.omcentro.com

f [secocentroordemmedicos](https://www.facebook.com/secocentroordemmedicos)

OM_SRC

SRCOMCOIMBRA

Avenida Alonso Henriques, N.º 39, Coimbra



Imperícia, imprudência e negligência

O Presidente do Conselho Regional do Sul lamentou que não se atribuisse ao que designou como erro político a relevância que se dá ao chamado erro médico, cujos fatores mais importantes são a imperícia, a imprudência e a negligência. Foi na sessão de receção aos internos da Sub-região de Setúbal, que se realizou num hotel da cidade, no dia 22 de março.

Alexandre Valentim Lourenço começou por se referir à repercussão que têm normalmente os temas relacionados com o erro médico: “Os médicos conhecem, com rigor, e discutem entre eles, sempre que podem e nas mais diversas circunstâncias, os seus atos, procurando minimizar os riscos daquilo a que se chama genericamente erro médico, tema que enche páginas de jornais e programas de televisão sempre que se vislumbra uma ainda que ténue suspeita”.

O dirigente, que encerrou as intervenções na sessão – falou depois de Jorge Mata, advogado do Sindicato dos Médicos da Zonal Sul, e de Daniel Travancinha, Presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal da Ordem dos Médicos – aproveitou um dos diapositivos das intervenções anteriores projetados para considerar que “em quase todas as abordagens que se fazem na discussão sobre os riscos de erro médico se apontam três fatores particularmente decisivos neste contexto: a imperícia, a imprudência e a negligência”.

Nesse contexto, o Presidente do Conselho Regional do Sul apontou um outro tipo de erro que lhe parece mais comum: “o erro político, recorrente e que influencia a vida das pessoas e que não é tratado com a importância que merece”. Na verdade, disse, “fala-se muito de erro médico, mas é preciso falar também de erro político,

dos erros que os políticos cometem sem assim serem definidos”.

Alexandre Valentim Lourenço deu então o exemplo:

“Temos uma nova ministra, e as suas mais recentes palavras sobre médicos é de que haveria necessidade de os obrigar a ficar a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde – como se se tratasse de um regime forçado próprio de nações que se autodestruíram na teia das exigências ditatoriais – ou a ir trabalhar para algum sítio em concreto, mesmo ganhando mais, o que se enquadra no mesmo espírito de tirania regimental”.

O Presidente do CRS considerou que é “uma ideia peregrina, a necessidade de fixar médicos onde eles são precisos é um discurso recorrente, que também atrai, por exemplo, o anterior ministro”.

Na verdade, a Ordem dos Médicos reagiu imediatamente, contestando a ideia, considerando que, para além de todos os comentários que se possam tecer relacionados com direitos e liberdades, é uma solução que não serve o Serviço Nacional de Saúde, onde se assiste à maior fuga de médicos de que há memória. Esta medida, segundo Alexandre Valentim Lourenço “não carece de um gabinete ministerial a refletir sobre ela, e muito menos precisa de ser referida, a não ser que esteja em causa algum teste típico da política”.



O dirigente recordou que, na altura, imediatamente após a reação da Ordem, a ministra da Saúde veio assegurar que não era isso que pretendia dizer e que tal medida não estava no horizonte da ação política pensada até ao final do mandato.

Tendo isso em conta, perguntou então: “Se está no horizonte até final da legislatura por que razão falou a senhora ministra no assunto? E por que terá então referido o final da legislatura?”.



“Acho bem que a senhora ministra diga o que pensa, porque sabendo nós o que pensa a senhora ministra também saberemos como reagir”, considerou o Presidente do CRS, que sublinhou ser importante ouvir as ideias do Governo com clareza. “O Governo e ministra da Saúde deveriam ser claros e revelar o que pensam com desassombro”, disse.

Alexandre Valentim Lourenço garantiu aos médicos presentes que “a Ordem dos Médicos, e seguramente também os sindicatos, face a estas tentativas de tornar o trabalho médico numa espécie de escravatura, terá sempre, com calma e ponderação – e não no tempo rápido que caracteriza as redes e a disseminação online de posições e de testes à opinião pública – uma resposta adequada em benefício da Medicina e por conseguinte dos doentes”.

Voltando aos fatores que já tinha enumerado que se integram entre as causas de erro médico – imperícia, imprudência e negligência –, o dirigente referiu que “este erro da senhora ministra tem também a particularidade” de os reunir.

Explicando melhor, o Presidente do CRS considerou que “a senhora ministra tem revelado até agora imperícia e também imprudência”, admitindo que possa ainda revelar “negligência”, o que mereceria uma resposta à altura por parte dos médicos e da Ordem.

A sessão de receção aos internos reuniu centena e meia de jovens médicos, que começaram por ouvir uma intervenção de Jorge Espírito Santo, dirigente da Sub-região de Setúbal da Ordem dos Médicos, que traçou o histórico da criação das Carreiras Médicas e da sua importância para o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde. Depois coube a Jorge Mata referir-se aos aspetos legais do erro médico. Daniel Travancinha, por seu turno, abordou o erro na perspetiva médica.



Jorge Mata, advogado do SMZC, Jorge Espírito Santo, membro da Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos, e Daniel Travancinha, Presidente do Conselho Sub-regional de Setúbal, na receção aos internos da Sub-região

Sociedades médicas preservam valores da Medicina

No encontro com o tema «Revisitas científicas portuguesas – unir para melhorar internacionalmente», em que fez a intervenção inicial, Alexandre Valentim Lourenço, reputou a “união” das sociedades médicas, “em paralelo e concertada”, quer na área da formação quer na área organizativa e da ação científica, como “essencial” para que “a Medicina portuguesa possa continuar na senda que a tem caracterizado nos últimos anos”.



Filipa Lança, Vogal do Conselho Regional do Sul, e o Presidente, Alexandre Valentim Lourenço, no Encontro da Federação Portuguesa das Sociedades Científicas Médicas

O evento decorreu no dia 13 de março, na Fundação Calouste Gulbenkian, e o Presidente do Conselho Regional do Sul, que representou o Bastonário da Ordem dos Médicos na sessão de abertura, recordou que “da parte das sociedades científicas e da Ordem dos Médicos há valores a preservar” e entre eles, apontou os da ciência, da investigação e das publicações, que “não se prendem com o imediatismo dos dias de hoje na comunicação social”.

A preservação desses valores, uma obrigação conjunta da Ordem e das sociedades científicas médicas, “requer tempo, ponderação e requer critérios específicos” e é com esse objetivo que se junta a instituição que representa às organizações reunidas no projeto da Federação Portuguesa das Sociedades Científicas Médicas (FPSCM). Segundo o dirigente, “é muito importante ter as sociedades agrupadas e que as sociedades científicas colaborem em grupo e unidas na defesa dos valores que cada uma por si defende, porque na pressão constante que vivemos este tipo de união aumenta exponencialmente o valor da ciência”.

Alexandre Valentim Lourenço recordou que “num tempo em que os nossos internos e os nossos médicos cada vez mais têm que responder ao imediato do dia a dia e no número de consultas, cada vez menos há tempo para fazer melhor ciência e publicar melhores resultados”, lamentando que haja “uma pressão para publicar muitos resultados e muitas vezes o que se vê

é uma mera lista de apresentações e de pósteres, cuja qualidade pode ser posta em causa, caso não haja tempo e não haja método”.

A sessão de abertura contou ainda com a intervenção de Luís Miranda Cunha, o primeiro presidente da FPS-CM, de que foram fundadoras 23 sociedades científicas e associações. A Vogal do Conselho Regional do Sul Filipa Lança esteve também presente e seguiu os trabalhos do evento ao longo do dia.

No 1.º Encontro da Federação Portuguesa de Sociedades Científicas Médicas discutiram-se os diversos aspetos da edição e circulação das revistas científicas médicas, no que foi a primeira grande ação promovida por esta organização, que no final do dia reuniu a sua Assembleia Geral.

Esta federação foi criada em 2018 e tem como objetivo principal “encontrar denominadores comuns, partilhar os problemas e encontrar soluções, quer a nível político quer a nível científico que possam melhorar a atividade das sociedades médicas portuguesas, a qualificação científica dos médicos e a melhoria da sua atividade”. A FPSCM considera também que é “complementar e parceira da Ordem dos Médicos” e que nesse sentido “deverá ter com esta estreitas ligações apesar da autonomia imprescindível”. A Ordem tem um estatuto de “observadora convidada e participante de todas as reuniões e atividades que assim entenda”, segundo a direção da federação.

Relação médico-doente vai perdurar

A importância da relação médico-doente foi um dos temas relevantes de que o Presidente do Conselho Regional do Sul falou aos médicos internos da Sub-região do Ribatejo, que no dia 13 de março tiveram uma sessão de receção no Salão Nobre dos Paços do Concelho de Santarém.

Alexandre Valentim Lourenço dirigiu-se aos médicos colocados no Ribatejo para fazerem o seu internato, dizendo que na relação médico-doente se encontram os fundamentos da profissão e aquilo que nunca irá mudar apesar de todas alterações que a Medicina vai sofrer no futuro.

“O médico vai ter sempre que ter tempo para falar com o doente e mostrar-lhe as opções”, disse o Presidente do CRS na sua intervenção, que advertiu os jovens internos que “os médicos serão sempre os principais culpados se os doentes acharem que devem encontrar alternativas à Medicina”.

O dirigente explicou que por isso mesmo a Ordem dos Médicos está apostada, num projeto conjunto com a sua congénere espanhola, em tornar a relação médico-doente em património imaterial da Humanidade.

As mudanças que as tecnologias vão trazer à Medicina rapidamente não devem, segundo Alexandre Valentim Lourenço, impedir os médicos de manter os seus grandes princípios. “A Medicina vai ser muito mais tecnológica”, mas é importante a garantia de que o momento da consulta seja preservado e assim o médico possa continuar a ser quem “mostra as várias opções ao doente”, disse.

A sessão decorreu no Salão Nobre da Câmara Municipal

de Santarém ao final da tarde, altura quem o anfitrião, o vereador com o pelouro da Saúde, Ricardo Rato, recebeu os jovens médicos e os dirigentes da Ordem.

A Presidente do Conselho Sub-regional do Ribatejo, Paula Pinheiro, falou também aos internos, a quem deu as boas-vindas à Sub-região e agradeceu à Câmara Municipal pela receção.

Paula Pinheiro sublinhou aos jovens médicos que a partir de agora enfrentavam “um desafio com grandes dificuldades, mas que se ultrapassarão com gosto” e recordou-os de que a Sub-região do Ribatejo é a “casa de todos”, onde se têm desenvolvido ações de formação e outras que visam “proporcionar a relação entre todos”, uma vez que a atividade dos médicos “é muito exigente” e condiciona o tempo que têm para conversar e conhecer os outros.

A dirigente lamentou que os médicos se conheçam muitas vezes da sua relação em meios informáticos, mas não tenham oportunidades para se conhecer pessoalmente. Segundo Paula Pinheiro, para além da importância da relação dos médicos com os doentes, é essencial que “se fale também da relação entre pares, que tem sido tão atirada para os últimos lugares” em detrimento de “todos os desafios que se vivem nos hospitais e nos centros de saúde”.



Sessão de receção aos novos internos da Sub-região do Ribatejo

O vereador da Saúde da Câmara Municipal de Santarém manifestou regozijo pela escolha dos que vão agora fazer o internato na cidade ou na região e ofereceu presentes a todos.

A sessão de receção aos internos da Sub-região do Ribatejo teve ainda um pequeno passeio cultural pela cidade de Santarém e um jantar que reuniu os dirigentes e os novos internos, quer do ano de formação geral, quer os que entram agora na formação especializada.



Edson Oliveira

Vogal do Conselho
Regional do Sul

O Ciclo Vicioso da Política de Saúde

Vivemos tempos em que a informação circula de uma forma tão rápida e com um volume tão elevado que passámos a ter uma memória muito mais curta.

Se assim não fosse não haveria justificação para repetirmos sempre os mesmos argumentos, constando na ordem do dia sempre as mesmas questões e, depois de uma catarse, ficar tudo na mesma. Passado algum tempo repete-se um novo ciclo com a máxima “água mole em pedra dura...”.

Recentemente voltámos a depararmo-nos com o seguinte *soundbite* “os médicos deveriam ser obrigados a retribuir ao SNS o custo da sua formação”.

Já o referi anteriormente mas voltarei a insistir nesta verdade insofismável. Os médicos internos não são estagiários! São acima de tudo médicos. Autónomos, responsáveis e elementos essenciais ao funcionamento regular da maior parte dos Serviços onde estão integrados.

“Sim, são médicos que estão a aprender. Mas não são estudantes! Os médicos internos trabalham arduamente nos Serviços em que estão integrados, enquanto vão aprendendo as vicissitudes da sua especialidade e estudam muito, desenvolvem trabalho científico e alguns até se aventuram a iniciar programas de doutoramento, levando o bom nome do nosso SNS aos Congressos e Conferências por esse Mundo fora. E no final do dia, faustosamente remunerados a 8€/hora, chegam a casa e tentam sentir a vida dita normal.

Sim, são médicos que estão a aprender. Mas não são estudantes! Os médicos internos trabalham arduamente nos Serviços em que estão integrados, enquanto vão aprendendo as vicissitudes da sua especialidade e estudam muito, desenvolvem trabalho científico e alguns até se aventuram a iniciar programas de doutoramento, levando o bom nome do nosso SNS aos Congressos e Conferências por esse Mundo fora.

E no final do dia, faustosamente remunerados a 8€/hora, chegam a casa e tentam sentir a vida dita normal.

Será que no final destas contas os médicos internos devem alguma coisa ao SNS? Antes de insinuarem quem deve a quem, verifiquem os pontos eletrónicos e as bolsas de horas. Talvez o Ministério da Saúde tenha uma surpresa e deva começar a fazer contas de

modo a compensar o excesso de trabalho (grande parte não remunerado) e o *burnout*.

Se no final da formação esses médicos saem, não olhem para eles como se fossem os ingratos que apenas "usaram" o SNS e que no final o traíram por 30 moedas de prata. Temos de refletir o que o SNS tem a oferecer para quem fica após um internato médico que pareceu um longo período de recruta. O que o desinvestimento no SNS oferece a um jovem especialista? A ausência de perspetiva de progressão na carreira médica, incapacidade de resposta à infindável lista de espera e em que ao ser formulada a pergunta "doutor quando é que vou ser operado?" se responde "quando receber o vale cirúrgico", períodos de consulta com doentes marcados a cada 5 minutos, urgências sobrelotadas, dificuldade em implementar inovação técnica e tecnológica pois o orçamento não o permite e no final de tudo isto apenas impera um sentimento: frustração! E ninguém aguenta muito tempo a fazer omeletes sem ovos.

Não obstante esta investida cíclica que é facilmente desmontada por alguém que conheça o meio, ouvi também recentemente uma comentadora criticar o facto de um dos problemas da falta de médicos é devido a serem os próprios médicos a definirem o internato médico, sugerindo remeter a formação médica para o controlo de uma entidade externa. Mas do que estamos nós a falar? Quem define as

linhas e orientações que

conferem o estatuto de especialista numa determinada área? Uma qualquer consultora multinacional? A Ordem dos Advogados? O Grémio Literário? Mas afinal quem pratica a arte da Medicina? Quem sabe quais são os requisitos mínimos para definir um médico especialista com as especificidades que cada área tem? Os médicos em formação têm avaliações anuais que culminam numa avaliação final para obter o grau de especialista, após o cumprimento de um programa de formação determinado (e bem!) pela Ordem dos Médicos. E o cumprimento desse programa é o garante da qualidade formativa e sobretudo da qualidade da Medicina praticada em Portugal, por especialistas bem preparados.

Ao longo deste processo formativo, que pode ir de 4 a 6 anos (conforme a especialidade), têm de cumprir um número mínimo de requisitos (cirurgias, consultas, contacto com determinadas patologias, etc.) para no final submeterem-se à avaliação onde poderão adquirir o grau de especialista. E a falta de vagas para as diferentes especialidades não se resolve diminuindo os requisitos mínimos, diminuindo a qualidade da formação, pois isso terá uma repercussão direta nos cuidados prestados aos doentes no futuro. Mais uma vez resolve-se investindo no SNS de modo a serem criadas condições para que os especialistas já formados não saiam, pois estes são o garante da continuidade do ensino médico.

Sim, por incrível que pareça, quem ensina os médicos são outros médicos e isso também não pode ser delegado numa qualquer entidade externa. Portanto não tentem encontrar soluções meramente matemáticas para as pessoas que constituem o SNS. Encontrem soluções humanizadas onde as pessoas se sintam motivadas e isso passa por não olharem à volta para o desmoronar de algo que demorou 40 anos a construir e está a ser destruído de uma forma provavelmente irreversível.

Este artigo de opinião foi publicado na página online do Observador no dia 31 de março





Gisela Marcelino Santos

Interna de Formação Específica do 3º ano de Medicina Geral e Familiar na USF Nova Via

Ser médica em Cabo Verde

Com este artigo de opinião, a autora pretende dar a conhecer o estágio que realizou, em junho de 2018, em Cuidados de Saúde Primários em Cabo Verde, comparando a organização do sistema de saúde cabo-verdiano com a realidade portuguesa, dando uma visão global da sua experiência pessoal e profissional e salientando as diferenças socioculturais que influenciam os cuidados de saúde naquele país.

Não é fácil ser médico num país insular, pequeno e com poucos recursos financeiros. O carácter montanhoso das ilhas cabo-verdianas, a exiguidade da população e a dispersão das comunidades rurais em localidades isoladas, acrescida da inadequação dos meios de transporte públicos, aumentam as dificuldades na procura de soluções para os problemas de saúde. Contudo, os dados indicam que, na África Ocidental, Cabo Verde encontra-se entre os países com melhores indicadores de saúde. Isto surge graças a um esforço perseverante desde a independência, com a criação de infraestruturas, formação de profissionais (maioritariamente no Brasil, Cuba e Portugal), organização de serviços, disponibilização criteriosa de recursos e implementação de uma legislação que suporta a institucionalização do sistema de saúde. Ainda assim, foi um choque o meu primeiro contacto com a saúde em Cabo Verde. À chegada ao aeroporto, o taxista desabafou que os cânceres do colo do útero, mama e próstata são os que mais matam, que a maior parte da população morre sem o diagnóstico e que só uma minoria consegue prosseguir com os tratamentos, pois os recursos no hospital público são escassos e a generalidade não tem acesso aos proto-

colos com o estrangeiro em tempo útil.

No Centro de Saúde (CS) de Tira-Chapéu, na Cidade da Praia, ilha de Santiago, onde realizei um estágio de 15 dias em Cuidados de Saúde Primários (CSP), apercebi-me da baixa acessibilidade aos cuidados (falta de recursos humanos e horário de funcionamento reduzido, das 8 às 15 horas, apenas em dias úteis) e da escassa organização, sem calendarização de consultas. No entanto, surpreendentemente, o apoio semanal de médicos especialistas e outros profissionais na prestação de cuidados mais diferenciados nos CS é exemplar, uma vez que estão disponíveis consultas de Ginecologia, Pediatria, Dermatologia, Estomatologia, Psicologia, Fisioterapia e Nutrição, com listas de espera inferiores a um mês. É de louvar a resiliência destes médicos, que deixam o seu país para se licenciarem, regressando depois a “casa”, onde ficam a exercer clínica geral durante anos, enquanto aguardam pela permissão do seu governo para poderem integrar, no estrangeiro, a formação na especialidade que ambicionam.

Em Cabo Verde, o sistema de saúde tem como base os hospitais centrais e as delegacias de saúde, dotados de autonomia administrativa, financeira e patri-

monial. A delegacia de saúde é constituída por uma equipa técnica diversificada, por instalações de saúde de diferentes níveis e por meios logísticos que variam consoante a dimensão e o grau de desenvolvimento local, sendo dirigida por um médico. Inclui: a) unidades sanitárias de base – sob a responsabilidade de um agente sanitário, que desenvolve atividades de primeiros socorros e de seguimento de doentes em tratamento prolongado; b) postos sanitários – a cargo de um enfermeiro, que atua na promoção da saúde e prevenção da doença e presta cuidados curativos de enfermagem ambulatoria e comunitária; c) CS – dirigidos por um médico, que faz a prestação de cuidados de saúde e implementa os programas de CSP; d) hospitais regionais – CS integrados em que a unidade de internamento se diferenciou, prestando cuidados especializados em diferentes áreas.

Os cinco CS da Cidade da Praia têm infraestruturas superiores às nossas, com gabinetes amplos com casa de banho privada, salas de radiografia, ecografia, fisioterapia e farmácia, que disponibiliza medicação gratuita aos utentes portadores de atestado de pobreza. O de Tira-Chapéu tem uma cobertura de 25.000 habitantes para cinco clínicos gerais! É fácil perceber que reina uma autêntica azáfama de João Semana, pois foi definido cada médico atender pelo menos 20 doentes por manhã. A população ainda não interiorizou os conceitos de consulta programada, vigilância periódica de grupos de risco e adesão terapêutica; consequentemente, as consultas de demanda espontânea (as nossas consultas abertas) ocupam a maior parte da agenda. Um dos médicos de Tira-Chapéu comentou que “antigamente havia mais tempo para a prevenção e educação da comunidade, íamos porta a porta alertar para os cuidados de higiene e necessidade de vacinação, lutávamos contra a malária e o dengue, sensibilizávamos para o cancro, discutíamos diabetes e hipertensão arterial. Agora há pouca disponibilidade para isso”. Pessoalmente, a verdadeira vivência de educação para a saúde, tão enriquecedora como desafiante, teve lugar na comunidade! No meio de bairros, com gente dos 8 aos 80 anos, de pé descalço e muita vontade de nos ouvir. Perguntam tudo, sem pudor. É um confronto com a pobreza extrema: iliteracia, desemprego, tabagismo, alcoolismo, prostituição e HIV são problemas graves,

há falta de saneamento básico e de abastecimento de água potável, o lixo acumula-se nas ruas, os quartos são partilhados por três gerações, uma cachupa (prato tradicional de Cabo Verde) ao pequeno-almoço é a única refeição do dia de um agregado familiar de 10 pessoas. Os fármacos e os meios complementares de diagnóstico básicos escasseiam e as crianças com escabiose e tinea do couro cabeludo, patologias muito prevalentes neste contexto, fazem fila para terem acesso à medicação oferecida nas ruas e escolas. A saúde materno-infantil tem evoluído muito, mas é visível o caminho que ainda há a percorrer. A gravidez na adolescência é um flagelo! As meninas abandonam a escola, o planeamento familiar é culturalmente negligenciado e não é raro encontrar jovens de 30 anos já avós. O número de consultas pré-natais e do pós-parto é baixo relativamente ao esperado, dado que, apesar de informadas, as mulheres desvalorizam a importância de um seguimento gestacional adequado e da avaliação no puerpério. Pode constatar que a citologia do colo do útero é desconhecida para a maioria das mulheres e que não existe um programa local de rastreio oncológico organizado. Esta experiência levou-me a colocar Portugal em perspetiva e a valorizar o nosso melhor bem comum: o Serviço Nacional de Saúde e a sua acessibilidade, o sistema educativo, a proteção social e a igualdade de oportunidades.

É preciso educar em todos os contactos! Aos poucos a medicina curativa vai dando lugar à medicina preventiva, a esperança de vida aumenta, as taxas de mortalidade infantil já não disparam anualmente. Há que continuar a lutar, sensibilizando, formando, capacitando, implementando estilos de vida saudáveis, melhorando os recursos tecnológicos, unindo esforços nacionais e internacionais para que este país continue a dar o salto.

Este foi um projeto extraordinário, de uma profunda aprendizagem, que me alargou horizontes, desafiou e engrateceu como pessoa e como médica. Os cabo-verdianos são um povo de afetos, de proximidade, humildade e hospitalidade, que olha a vida como uma festa inquieta, fala alto e com uma expressividade a que não estamos habituados. *Morabeza* é como descrevem a magia das suas terras, que me cativou e me faz querer voltar em breve!



Andrea Marques

Assistente em MGF na UCSP Águeda II,
ACeS Baixo Vouga,
Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental
pela Universidade do Porto

Ainda há lugar para “Joões Semana”?

Medicina Geral e Familiar no séc. XXI nas aldeias de Portugal

Como a grande maioria dos recém-especialistas de MGF, após terminar o internato fiz uma pequena peregrinação por diversas unidades de saúde até ficar definitivamente colocada no meu local de trabalho atual. Durante pouco mais de 6 meses estive a trabalhar em 4 unidades, 2 USF modelo B, no caso a que fiz o internato e outra, numa UCSP e no meu atual local de trabalho, uma extensão de saúde de uma aldeia. Poderia falar da minha experiência nos diversos locais de trabalho e tecer comentários às diversas formas de organização, mas vou-me abster deste tema e focar numa questão em que penso muitas vezes: pode um médico, com base na medicina atual, trabalhar sozinho? Será que compensa manter médicos/equipas de saúde em extensões de saúde?

A MGF é por definição uma medicina voltada para a comunidade, uma medicina holística e pessoal e, sem dúvida, nada melhor do que trabalhar num meio pequeno para conhecer a realidade dos nossos utentes, a dificuldade que nos relatam de deslocação para as consultas hospitalares, da solidão dos idosos, da falta de opções para os jovens e também do reconhecimento que demonstram por nós. E não, não estou a falar das couves ou galinhas (aliás não recebi nenhuma!) estou a falar de algo que nunca tinha ouvido: os utentes perguntarem se estou a gostar de lá trabalhar! Não acho que seja uma médica excecional, portanto o que depreendo é que aquelas pessoas realmente precisam de um médico com fácil acesso, e não um médico na “cidade”.

Apesar do papel do médico da aldeia, e o “João Semana” ter uma conotação muito romanceada, a verdade é que para mim foi um choque trabalhar sem outros colegas à beira. Nunca me considerei insegura no meu local de trabalho, mas o receio de não ter uma segun-

da opinião, alguém mais experiente para “pôr ordem” no serviço ou simplesmente para desabafar na hora do café, não foi algo com que contasse ou desejasse. Posso estar enganada, mas penso que este será também o sentimento dos meus colegas.

Claro, que as condições de transporte, informação e culturais não são comparáveis às do séc. XIX, ou seja, facilmente contactamos os nossos doentes por telefone ou internet, a maioria das famílias possui veículo próprio e compreende as instruções que lhes são dadas, o que permitiria com mais facilidade a centralização das unidades de saúde nas cidades. Contudo, também ao contrário do séc. XIX, temos um número grande de idosos que vivem sozinhos, que são analfabetos, que têm várias comorbilidades e que estão, ou voltaram, para as suas aldeias.

Hoje, três meses após iniciar esta jornada, estou de volta à “sede” da UCSP, não porque a extensão de saúde foi extinta, mas porque não há administrativos suficientes para cumprirem o horário da administrativa que está de férias. Pois, esqueci-me deste pormenor, temos que gozar as férias em simultâneo para não haver falta de pessoal.

Enfim, tenho pena que não hajam incentivos reais para os profissionais se estabelecerem nestes meios, já não falo em incentivos financeiros que é quase impossível, falo em investimento em recursos humanos, manutenção das instalações, formação, ajuda de custo com transportes, pequenos “privilégios” que fariam a diferença na hora de escolhermos ou não trabalhar numa extensão de saúde. Penso que se não houver um plano concreto para estas unidades o mais certo é fecharem as portas ou prestarem um serviço de qualidade inferior aos utentes que moram nas aldeias de Portugal.



Joana Gomes Rodrigues

Interna de Formação Específica em
Medicina Geral e Familiar,
USF Ageduto

Estamos realmente atentos à depressão pós-parto?

A depressão pós-parto corresponde à perturbação depressiva que ocorre nos primeiros doze meses após o parto, estimando-se que atinja uma em cada sete mulheres. Alguns fatores de risco identificados são o medo do parto, gravidez não desejada, ser mãe solteira, ansiedade e a história anterior de depressão, sendo este último, o fator de risco mais importante. Quando falamos de depressão pós-parto é importante fazer a distinção do conceito de *blues* pós-parto, estadio que ocorre geralmente nos primeiros dias após o parto e que desaparece espontaneamente ao fim de 10-14 dias, apresentando uma prevalência que pode chegar aos 80%, sendo autolimitada.

Nos últimos anos tem havido um maior enfoque relativamente às questões da saúde mental na gravidez e pós-parto entre as várias sociedades médicas. Também o mais recente Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, da Direção-Geral da Saúde (DGS), refere que “a gravidez e o puerpério constituem um período crítico e vulnerável para a saúde mental da mãe”, abordando a necessidade de maior atenção neste âmbito. Existem até vários questionários de rastreio validados, sendo a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, o exemplo recomendado pela DGS, não substituindo, naturalmente, a avaliação clínica.

Os Médicos de Família estão numa posição vital para identificar as doentes com depressão pós-parto, uma vez que acompanham a mãe e o recém-nascido ao longo do tempo, conhecendo o seu contexto familiar e estabelecendo cuidados de proximidade com os mesmos. No entanto, enquanto médicos, será que estamos realmente atentos aos sinais desta patologia?

As consultas de vigilância dos recém-nascidos e lactentes ao longo do primeiro ano de vida deverão ser entendidas como oportunidades de alerta diagnóstico. Nestas consultas é fundamental observar a interação da mãe com o bebé, as dúvidas colocadas, os cuidados

prestados e avaliar sinais de tristeza, desespero, choro fácil, ambivalência e insegurança. No entanto, sabemos que o tempo de consulta é, muitas vezes, reduzido para a quantidade de temas a abordar. É necessário realizar uma colheita adequada da história clínica do bebé, um exame físico completo e prestar os vários aconselhamentos de alimentação, vacinação, prevenção de acidentes, higiene diária, higiene do sono. Logo, o tempo dedicado à avaliação da mãe, do seu bem-estar físico e psicológico é, muitas vezes, reduzido. Mas se o tempo dedicado à mãe resume-se então a poucos minutos da consulta, será que as consultas de vigilância de saúde infantil são suficientes para identificar precocemente as mulheres com depressão pós-parto? Naturalmente, alguns sinais podem ajudar o médico, mas serão suficientes? Não seria importante divulgar e alertar adequadamente a sociedade para esta problemática? Ou eventualmente criar uma consulta dedicada apenas à avaliação da mãe e do seu bem-estar, para além da consulta de revisão do puerpério (que ocorre num período precoce do pós-parto)? Na minha opinião, é urgente alertar a comunidade sobre esta problemática, desmistificando os pré-conceitos sobre a depressão do pós-parto. Depois, é necessário que estes temas sejam abordados no consultório, mostrando disponibilidade, tempo e uma consulta dedicada apenas à mulher (sem a azáfama da consulta de saúde infantil). Só assim poderá haver abertura e ambiente para abordar estas questões.

Referências bibliográficas:

- Direção-Geral da Saúde, Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa. 2015
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Perinatal Depression Screening: Tolls for Obstetrician-Gynecologists. 2008
- Committee Opinion American College of Obstetricians and Gynecologists, Screening for Perinatal Depression. 2015
- Langan RC, Goodbred AJ. Identificação e tratamento da depressão na gravidez e pós-parto. Postgraduate Medicine – Edição Portuguesa. Volume 45.2016



Daniela Coelho

Médica interna de Medicina Geral e Familiar, UCSP Santa Maria – Unidade Local de Saúde do Nordeste

Diogo Costa

Médico interno de Medicina Geral e Familiar, USF Santa Clara – ACeS Grande Porto IV - Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Helena Almeida

Secretária clínica, USF Santa Clara – ACeS Grande Porto IV - Póvoa de Varzim/Vila do Conde

Utentes esporádicos nas unidades de saúde

A temática relativa aos utentes esporádicos surge como motivo de reflexão por parte dos autores, quando deparados com a falta de equidade na abordagem dos mesmos, nas suas diferentes unidades de saúde. A inexistência de linhas orientadoras para o quotidiano do Médico de Família e outros profissionais de saúde, dificulta a abordagem e gestão de forma uniforme a estes utentes.

As unidades de saúde são responsáveis pela prestação de cuidados assistenciais a todos os cidadãos que deles necessitem. Conforme as diretrizes da política de saúde estabelecidas na Base II da Lei de Bases da Saúde, “é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”. [1]

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, as unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde – ACeS (Unidades de Saúde Familiar – USF – e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP) garantem cuidados a utentes inscritos e com médico de família (MF), porém uma minoria requer igualmente cuidados de saúde, mas não possui médico de família ou encontra-se temporariamente longe da sua unidade de saúde. Entre estes, incluem-se emigrantes, cidadãos em férias ou em residência temporária por motivos laborais e utentes sem médico de família em território nacional. Sazonalmente, sobretudo nos meses de Verão, existe perceção de uma maior afluência deste tipo de utentes aos cuidados de saúde, apesar de ocorrer transversalmente durante todo o ano. De acordo com o Despacho n.º 1774-A/2017, o utente esporádico diz respeito àquele com uma “inscrição primária ou temporária numa unidade funcional do ACeS, que contacte ocasionalmente com outra unidade

de funcional do mesmo ou de outro ACeS” a necessitar de cuidados médicos e/ou de enfermagem. [2] Porém, este tipo de cuidados não se encontra objetivamente legislado e o recurso à consulta por utentes não inscritos nas unidades funcionais pauta-se frequentemente por inconformidades e utilização desordenada dos serviços, com evidente sobrecarga assistencial. Entre esses casos, registam-se situações de pedido de consulta noutra unidade por maior facilidade de acesso comparativamente à unidade em que se encontram inscritos, pedidos de informação clínica e relatórios médicos por conveniência de deslocação, doença não aguda ou sem critérios de urgência.

Face à inexistência de enquadramento legal explícito sobre a atividade assistencial a utentes esporádicos, cada unidade funcional tem estabelecido os seus próprios procedimentos de forma a minimizar áreas cinzentas e evitar potenciais conflitos. Por exemplo, o Centro de Saúde de Celorico de Basto considera utente esporádico aquele que “não estando inscrito no Centro de Saúde recorre aos respetivos serviços num contexto de doença aguda; independentemente de doença aguda, porque coabita temporariamente com familiares com Médico de Família nesse Centro de Saúde”. [3] No Centro de Saúde da Lousã, o utente esporádico é “todo o cidadão, utente do SNS, que se encontre transitoriamente a mais de 30 km da sua USF ou UCSP em que esteja inscrito e que tenha um pro-

blema de saúde que não caia no âmbito da urgência/emergência médica, mas que requeira cuidados inadiáveis". É ainda considerada "inscrição esporádica de familiares diretos (pais, filhos) que temporariamente (não superior a um mês) residam com utentes inscritos numa das duas USF (...) nos médicos e enfermeiros de família das respetivas famílias". [4]

Na perspetiva da continuidade longitudinal dos cuidados prestados pelo médico de família, a realização da consulta ao utente esporádico torna-se um desafio, principalmente quando os cuidados a prestar não constituem carácter urgente. O mesmo se aplica aos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, restringindo-se essencialmente a procedimentos curativos que não possam aguardar pelo retorno à unidade de saúde de origem.

Também no secretariado clínico os desafios são constantes, representando o primeiro contacto com a unidade de saúde. Sendo que por vezes, existe informação deficiente dos serviços aos utentes esporádicos e encaminhamento dos mesmos, levando a deslocações erradas às unidades. No momento da admissão do utente, esta problemática acarreta algumas dificuldades para o secretariado clínico quanto à classificação de utente esporádico. Por exemplo, utentes que residem na área de abrangência da USF/UCSP que nunca regularizaram a sua transferência, mas que recorrem, por conveniência de distância, são consumidores habituais como esporádicos. Outro exemplo são os utentes que residem habitualmente no domicílio de uma família inscrita com MF na USF/UCSP: tendo em conta a diretiva da ARS Norte referindo que podem recorrer a essa unidade de saúde, desvirtua-se o conceito de esporádico uma vez que este utente, na realidade, não deve ser considerado como tal. Outro caso são utentes inscritos com MF numa unidade de saúde pertencente ao ACeS/ULS que, por conveniência, recorrem à unidade mais próxima, ou que estão sem médico por opção, mas continuam a usufruir dos serviços por conveniência.

Todos estes constrangimentos acarretam encargos com excesso de trabalho e desgaste de todos os profissionais, a fim de garantir o atendimento, quer aos utentes inscritos com MF, quer a utentes que "indiscriminadamente" possam solicitar atendimento na USF/UCSP.

Torna-se difícil definir critérios inequívocos de acesso à consulta não programada por estes utentes por parte das unidades de saúde, a título individual, e que não sejam reproduzíveis noutras unidades. Por exemplo, definir que condição clínica pode ou não aguardar pelo retorno à unidade de saúde de origem; a partir de que distância se exclui o direito de acesso atendendo à proximidade da sua unidade de saúde, tendo em conta o enquadramento geográfico; de que forma se pode priorizar atendimento a determinados cidadãos em detrimento de outros (e.g. familiares de utentes inscritos na unidade, grávidas, crianças, idosos, migrantes, refugiados, membros de comunidades terapêuticas, sem-abrigo), independentemente do cumprimento de outros critérios.

Atendendo ao uso desordenado da consulta não programada por este tipo de utentes, sem regulamentação legislativa, considera-se premente a criação de suporte legal na tentativa de prestar atendimento mais uniformizado e de forma coordenada entre todos os profissionais de saúde. Respeitando o circuito do utente, é importante que todos os profissionais de saúde da unidade atuem de forma articulada e segundo as mesmas regras para que situações de inconformidade sejam menos frequentes e, em última instância, a saúde e bem-estar dos utentes seja preservada. Apesar disso, a carga assistencial associada a este tipo de prestação de cuidados não pode ser negligenciada, face à pressão crescente para assistir todo o tipo de cidadãos que requerem cuidados além daqueles habitualmente assegurados pela sua equipa de saúde (médico, enfermeiro e secretário clínico).

A regulamentação do atendimento de utentes esporádicos serviria também para proporcionar uma linguagem comum a todas as unidades de saúde do país, permitindo o desenvolvimento de uma política de saúde transversal a nível nacional e minimizando potenciais desigualdades.

Referências bibliográficas:

1. "Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Diário da República nº 195/1990 - I Série."
2. "Despacho nº 1774-A/2017 de 24 de Fevereiro. Diário da República nº 40/2017 - II Série."
3. "Guia de acolhimento da Consulta de Recurso/Aberta. Centro de Saúde de Celorico de Basto, ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega. Dezembro de 2013."
4. "Inscrição de Utentes Esporádicos. Centro de Saúde da Lousã, 2017. Disponível em: <http://www.usf-serradalousa.com/wp-content/uploads/2016/12/Esporádicos-InformaçãoGeral-CSL-2017-VF.pdf> (consultado a 05.10.2018)".



Celeste Malpique

Psiquiatra / psicanalista

Bioética médica

“a grande e generosa utopia do século XXI”

Circunscrever a bioética médica às funções puramente descritiva e prescritiva e dela excluir a função deliberativa, é entrar em contradição com o estado atual da medicina que é predominantemente deliberativa e, portanto, interventiva.

Vai ainda contradizer a mudança que se tem verificado na relação médico-doente e na definição do ato médico. Esta mudança levou a partir da Declaração de Genebra 2017, a uma adaptação do texto do Juramento de Hipócrates que continua a ser usado como ritual iniciático na admissão dos novos médicos na Ordem dos Médicos. Essa adaptação salienta a necessidade do respeito pela autonomia e direito à autodeterminação do doente. Não se fica pela enumeração dos deveres do médico, respeitando o doente na sua dignidade, sem discriminação de qualquer espécie, respeitando a confidencialidade, para além das normas deontológicas para com os colegas. Era um Juramento que sobrecarregava o médico e parecia esquecer que o paciente também tem voz e autonomia e que o ato médico é, cada vez mais, uma tarefa pluridisciplinar e, portanto, com responsabilidade partilhada.

Com efeito o utente atual nem sempre é doente, é um cidadão muito mais informado, e pode apenas pedir aconselhamento preventivo. Se é doente apresenta-se muitas vezes com uma hipótese de diagnóstico, pode pedir uma certa medicação e exames e até se dispõe a incriminar o médico por negligên-

cia ou incompetência. O médico tem vindo a perder poder e influência.

Corremos assim o risco de tornar a bioética médica uma “generosa utopia do séc. XXI” como lhe chamou talvez ironicamente o Prof. Daniel Serrão (2011) figura incontornável pois criou a disciplina de bioética na Faculdade de Medicina do Porto (1990) e as Comissões de Ética nos Hospitais Centrais.

Se bem entendi as palavras e os escritos de Daniel Serrão, que além de meu professor (1953), me deu a honra de ser meu amigo cibernauta e ofereceu um espaço de liberdade para expressar as minhas opiniões, que nem sempre coincidiam com as dele, a bioética médica deve evitar ser deliberativa para não se deixar contaminar por fatores externos (políticos, financeiros, científicos ou morais e religiosos), que pudessem comprometer a pureza de princípios e generosidade do ato médico. Ou seja, respeito pela vida, respeito pela dignidade e direitos humanos do doente.

Esta independência e transdisciplinaridade, conduzem, inevitavelmente a bioética a uma dimensão utópica, ainda que generosa e saudável. Há, portanto, que recorrer a um controlo jurídico para não

resvalar para excessos, clandestinidade e posições tendenciosas, mesmo na defesa de princípios concordamos que é uma posição ambígua. A simples recomendação é vaga e presta-se a interpretações individuais. Já há alguma legislação que controla a investigação científica clínica com ensaio de fármacos, sobre a IVG a partir do referendo de 2007, sobre doação de órgãos, mudança de género, PMA, barrigas de aluguer etc., mas parecem-nos escassas as medidas para as preparar, vigiar e assegurar uma eficaz e justa execução. Sobretudo de carácter psicossocial e assistencial, no SNS.

Os avanços da investigação e da tecnologia aplicados à medicina têm sido de tal modo acelerados e espetaculares, que quase nos fazem temer o perigo do Homem se considerar *imortal* ou pelo menos *capaz de se gerar a si mesmo*. A bioética médica intervém justamente para controlar ou vigiar esta *omnipotência do Homem moderno*! Forma de preservar a sua condição e especificidade humana, naturalmente com fragilidades e limites. Por isso também terá a bioética de ser deliberativa, ou seja, menos utópica e mais relativizada pelas condições de vida de cada homem e pelas leis vigentes. Tornarmo-nos responsáveis pelo nosso destino e não ficarmos à mercê da sorte, do acaso. E isto abrange todos, o doente mas também o médico e a equipa terapêutica. Vamos todos no mesmo barco.

Aliás as recomendações (prescrições), não vinculativas muitas vezes são ignoradas e assumem, não raramente, um carácter moralizador e culpabilizante, quer para o paciente quer para o técnico, e nomeadamente para o médico. Sabemos que o médico tem o recurso à objeção de consciência, mas em termos estritamente médicos, consideramos que tal opção corresponde, muitas vezes, ao abandono do paciente.

Entre a prescrição e a decisão, deve haver um período de escuta e diálogo, em que a equipa terapêutica deve intervir no sentido de melhor analisar e compreender o pedido do paciente (eutanásia, IVG, mudança de género, por exemplo) e poder mobilizar os recursos efetivos (científicos e sociais) para lhe dar uma resposta (que pode ser ou não, uma recusa). Referimo-nos nestes casos, por exemplo, a cuidados paliativos, psicoterapia, apoios sociais a mães soltei-

ras, ativação de uma adoção precoce, etc.

Falamos em equipa terapêutica e não apenas no médico, porque embora este possa liderar a equipa, não será o elemento mais ativo nem o único responsável da decisão em cada caso. Aliás nem o aborto nem a eutanásia são verdadeiros atos médicos. Haverá todavia em certas circunstâncias devidamente fundamentadas, motivo para satisfazer o pedido do utente (lúcido e responsável). Em casos extremos e dramáticos poderão inclusivamente ser considerados atos de compaixão, mas volto a dizê-lo, não são atos médicos. A gravidez não é doença; o moribundo com prognóstico fatal é cadáver adiado, que ato médico poderá ser feito?!

Sabemos que a bioética médica não aceita este relativismo da decisão em função da análise de cada caso pela equipa terapêutica. Mas contradiz a pluralidade de propostas que a medicina de hoje pode oferecer (transplante de órgãos, implantes endovasculares, próteses, PMA, novos fármacos, cuidados paliativos, etc.) Se o médico oferece hoje tantas propostas de manutenção da vida com qualidade (quantas vezes perigosas, dolorosas, falíveis...), porquê tantas reservas a pôr fim à própria vida, se esta "não tem sentido", se é "puramente vegetativa" ou se o sofrimento é intolerável? Todo o médico relativiza e pondera dados para chegar a um diagnóstico, a um tratamento, a um prognóstico e raramente é incriminado por não curar o doente. Se não é obrigado a curar, porque será obrigado a manter-lhe a vida?

Deixemos de lado esse estigma culpabilizante de "matar" ou de "salvar" porque o médico não tem esse poder, e a equipa terapêutica saberá os seus limites e terá a humildade de reconhecer que nem sempre pode curar e que o homem tem a morte certa, a hora é incerta, mas porque adiar o sofrimento?

O médico não deve abandonar o seu doente em qualquer circunstância.



Hernâni Caniço

Médico, desespero e ódio

Sou médico há 41 anos. Considero-me pessoa equilibrada, com muita experiência profissional, lecionação como professor e acção humanitária pelo mundo, em condições nem sempre fáceis.

Aderi às novas tecnologias com motivação, sou in-foincluído com satisfação. Mas há situações que me perturbam.

A constante lentidão do computador que me domina e os bloqueios sucessivos dos múltiplos programas informáticos que tenho de gerir na minha consulta, levam-me a 2 estados de espírito.

Tais estados condicionam a concentração que necessito para seguir os passos da consulta (subjectivo, objectivo, avaliação e plano). Consequentemente, reduzem a qualidade do atendimento seja na relação médico-doente, seja no processo de decisão clínica que envolve diagnóstico e terapêutica.

O primeiro estado é de desespero, com verdadeiro sofrimento e sensação de impotência, sentindo-me perdido no que pretendo fazer, incapaz de raciocinar, agitado sem poder desabafar.

De facto, não posso atirar o computador pela janela, espezinhar o écran, atirar o rato ou outra peça do monstro mais pesada à cabeça de alguém, pelo que fico tentando esfriar, lamentando a espera do meu doente, pensando no atraso daquela consulta e das muitas que vêm a seguir e às quais não sei se consigo dar resposta, desejando a libertação daquela tortura através da aposentação no imediato.

Não estou a escriturar, a tergiversar, a figurar estilo literário ou propagandístico, estou a sofrer, a entristecer, a provocar doença em mim e a ter a incapacidade de ajudar quem me procura, confiando no conhecimento médico adquirido e não numa máquina infernal carregada de virtudes técnicas e vícios tecnológicos pelos

quais alguém é responsável.

O segundo estado é de ódio. Palavra dura, que não é bonita, e que eu consideraria inapropriada, se conseguisse manter a racionalidade que me apraz e julgo fazer parte de mim.

Mas, de facto, a revolta do escravo que a tudo se sujeita, ao ser questionado sobre indicadores, produtividade, acessibilidade e economia da saúde, surge em crescendo perante a sua frustração de saber e não poder fazer, de querer e não lhe ser permitido, de ser desprezado o seu estado de espírito, de não serem valorizadas as consequências para o médico e o doente. O ódio leva-me a invectivar o equipamento, a incomodar o doente, a perturbar o serviço, a desgastar-me na saúde física e mental, a renegar a minha opção em ser médico, mesmo a odiar alguns decisores autocratas, espécimes agentes da burocracia, do controleirismo e da estimulação do seu próprio ego.

Respiro fundo, tento ser pragmático, afinal trata-se apenas de uma máquina, uns quantos fornecedores de negócios e outros bajuladores de pacotilha. Há ainda sempre alguém que resiste, defende o livre pensamento e a competência do conhecimento, em detrimento do oportunismo, do vanguardismo interesseiro e do complexo de superioridade em bazófias e esterilidade primária.

Quem vencerá? A razão ou a irritação? A relação médico-doente ou o computador? A mais-valia da informática ou a incompetência dos serventuários? A utilidade e a modernidade ou os negócios de algibeira? Não sei. Mas (ainda) não desisti.



Alberto Costa

Presidente Conselho Nacional dos Cuidados Continuados

Portugal vai cuidar dos idosos e dos seus cuidadores

Em 2011, o Conselho Nacional dos Cuidados Continuados, da Ordem dos Médicos apresentou ao Conselho Nacional Executivo, para aprovar e incorporar na posição da OM nesta área da Saúde, a implementação da figura do "cuidador informal".

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, recomendava a criação de "cuidadores informais", para a prestação de cuidados e gestão de algumas situações. Cuidar de um doente no domicílio, implica uma correta avaliação das capacidades físicas, psíquicas e emocionais da família. O cuidador não deverá só por si substituir-se aos agentes de saúde indicados para o acompanhamento e/ou tratamento da situação clínico-funcional do doente, mas como importante elemento de preservação dos ganhos funcionais obtidos pela intervenção dos agentes de saúde.

Em 18 de Julho de 2016, a Assembleia da República, aprova a Resolução da Assembleia da República nº130/2016, recomendando ao Governo medidas de apoio aos cuidadores informais e a aprovação do seu Estatuto.

Recomenda que se reconheça: direitos e deveres em sede de Estatuto, a possibilidade de deduções fiscais, a criação de mecanismos de apoio adicional, promover o acesso a informação e formação aumentando a sua capacitação na prestação de cuidados a pessoas dependentes, melhorar a articulação entre os cuidados de saúde Primários e a Rede Nacional de Cuidados Continuados.

A Resolução da Assembleia da República nº 130/2016 tal como foi apresentado na nossa proposta, foi mais além e recomenda que se aprovelem medidas de alargamento temporal de licenças para assistência a familiar dependente, condições favoráveis de acesso à pré-reforma com aquele fundamento, possibilidade de gozo

de horários reduzidos, flexíveis, promoção de teletrabalho entre outras e não esquecendo a recomendação para ser avaliada, tal como constava da nossa proposta, a possibilidade de apoios diretos, considerando a poupança que geram ao evitar a institucionalização dos dependentes.

Recentemente, com a aprovação do orçamento de Estado 2019, foi aprovado que os serviços competentes dos ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde devem desenvolver um projeto-piloto com o objetivo de estudar e implementar uma rede pública de apoio dirigida aos cuidadores informais principais e às pessoas cuidadas.

Este projeto-piloto irá ser desenvolvido no essencial apoiado nos serviços públicos e vão incluir apoio domiciliário, aconselhamento, a capacitação dos intervenientes e apoio psicossocial dos cuidadores informais. As previsões indicam que a esperança média de vida vai continuar a aumentar, podendo em Portugal ultrapassar a barreira dos 77,6 anos para os homens e dos 88,3 para as mulheres. Segundo estudo governamental presume-se que existam 800 mil pessoas a tratar em exclusividade de familiares mais velhos e que este trabalho informal equivale a 333 milhões de euros mensais.

Mas sem dúvida o maior e mais relevante serviço prestado, não será tanto à sociedade, mas sim ao indivíduo dependente, ao permitirem a manutenção dos seus familiares ou amigos no seu ambiente familiar.

Pensamos que é de enaltecer o reconhecimento agora concretizado e que a nossa Ordem dos Médicos deve assumir com orgulho e reconhecimento público ao ver assumido no OE 2019 a sua proposta para o reconhecimento do estatuto do cuidador informal.



Isabel Cunha Melo

Interna de Medicina Geral e Familiar na
USF Anta, AceSEspinho/Gaia

Os contadores de histórias

Numa época em que vivemos assoberbados pela burocracia e informatização do sistema nacional de saúde, cada vez mais pressionados com a gestão de tempo, qual será a importância de ouvirmos os nossos utentes?

Exercer medicina não se limita a estabelecer diagnósticos e instituir terapêuticas, muito menos quando falamos na Medicina Geral e Familiar. O médico de família tem um papel primordial na avaliação do doente no seu contexto biopsicossocial, o que permite uma adequação das suas intervenções e dos recursos disponíveis.^{1,2} Para tal, e transversalmente à prática clínica, a relação-médico doente é o pilar fundamental na eficiência desta prática.^{2,3}

Exercer medicina é ter empatia com o doente, saber ouvir, saber entender o seu ponto de vista, compreender o que ele sente...^{2,3} No fundo, ouvir a história que o doente tem para contar. E essa história pode ser tão simples como o motivo que o levou à consulta e, quem sabe, culminar num acontecimento recente ou até mesmo na sua história de vida.

E lembro-me do Sr. "Manuel", que com um brilho no olhar me reconta as aventuras que viveu em África. Recorda as suas aventuras na caça à onça, ensinando-me as melhores técnicas e estratégias utilizados. Relembra um dos seus aniversários, que decidiu comemorar com mais uma caça, dessa vez durante a noite, recordando o medo que sentiu com a possibilidade de não voltar a casa. E eu imagino-o, aquele rosto hoje carregado, envelhecido pelo tempo, outrora mais jovem, cheio de energia e coragem a entrar pela selva e a voltar com uma onça no tejadilho do jipe. Hoje já não me recordo da técnica mais eficaz para matar uma onça, mas não me esqueço do olhar do Sr. "Manuel", e da forma carinhosa como me tentava ensinar. Ou o Sr. "Joaquim", outrora um grande empresário

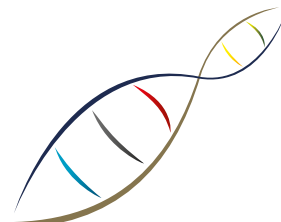
num país sul-americano, com uma vida repleta de amigos e luxúria, retornado agora ao país de origem, mais velho e cansado. Fala das dificuldades económicas atuais. Com tristeza no olhar, relembra o número de chamadas de boas festas na época natalícia durante os seus tempos de glória, e a única chamada nos dias de hoje, de um dos seus antigos funcionários.

Numa altura em que vivemos engolidos pela burocracia, sincronizados com todos os procedimentos informáticos e pressionados diariamente com as imposições ao nível do agendamento e do tempo de consultas, estou cada vez mais certa da importância de, por vezes, nos deixarmos levar pelos doentes, ouvirmos as suas histórias. A escuta empática é por isso fundamental na relação médico-doente e pode mesmo revelar-se uma importante arma diagnóstica e terapêutica numa perspectiva de integração das narrativas do doente nos seus problemas de saúde e de alívio do sofrimento global, tendo como foco a sua abordagem biopsicossocial. O confronto com o percurso e a realidade humana, aproxima-nos desta humanidade e nos tempos de hoje, quem sabe, poderá ser mais importante ainda para o próprio profissional.

Referências bibliográficas:

1. European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT). A definição europeia de medicina geral e familiar. Versão reduzida. EURACT 2005.
2. Mendes, Nuno J. Comunicação em Contexto Clínico. Lisboa. Bayer. 2010.
3. Ramos V. A consulta em sete passos. Lisboa. Fundação Astra Zeneca. 2008.

Bial AWARD



IN BIOMEDICINE 2019

BIAL Award in Biomedicine 2019 - €300.000

Visa galardoar uma obra publicada a partir de 1 de janeiro de 2010, de índole biomédica, com tema livre, que represente um trabalho com resultados de grande qualidade e relevância científica.

Só podem ser candidatas as obras propostas pelos membros do Júri, pelos membros do Conselho Científico da Fundação BIAL, por anteriores premiados do Prémio BIAL e por Sociedades Científicas.

O Júri poderá convidar outras instituições científicas a apresentarem propostas.

As propostas devem ser enviadas até 30 de junho de 2019 para fundacao@bial.com

Regulamento e formulário disponíveis em www.fundacaobial.com

Júri

Presidente

Fernando Lopes da Silva

Vogais

European Research Council

Paola Bovolenta

Eva Kondorosi

Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas

Maria do Carmo Fonseca

Arsélio Pato de Carvalho

European Medical Association

Vincenzo Costigliola

Manuel Pais-Clemente

Conselho Científico da Fundação BIAL

Niels Birbaumer

Menno Witter

Anteriores vencedores do Prémio BIAL

Vladimir Hachinski

Peter St. George-Hyslop

Revistas científicas

Howard Bauchner - JAMA

Richard Horton - The Lancet

FUNDAÇÃO

Bial

Instituição de utilidade pública

COM O ALTO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELÊNCIA



O Presidente da República





ageas seguros saúde **exclusive**

ordens profissionais

Há um serviço pessoal de saúde para cada um de nós.

Um seguro de saúde cheio de vantagens para os membros das **Ordens e Associações Profissionais e suas famílias** com quem a Ageas Seguros tem protocolo.

Em destaque:

- cobertura de estomatologia, próteses e ortóteses com capitais elevados;
 - reembolsamos até 80% as despesas com medicamentos, prescritos por um médico, sejam ou não comparticipadas pelo Serviço Nacional de Saúde.
- (coberturas disponíveis nas opções 2, 3 e 4)

Mais proteção para si e para quem lhe é especial.

Saiba mais em www.ageas.pt/medicos

**Novo
Seguro
de saúde**

Contacte-nos:



Mediador Ageas Seguros



linhas exclusivas a Médicos

217 943 027 | 226 081 527

dias úteis, das 8h30 às 19h00



www.ageas.pt/medicos

medicos@ageas.pt

PUB. (10/2018). Não dispensa a consulta da informação pré-contratual e contratual legalmente exigida.
As condições apresentadas estão sujeitas a confirmação pela Ageas Portugal e são de exclusiva utilização na Rede Médicos.

Cosseguradores

Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A.

Sede: Rua Gonçalo Sampaio, 39, Apart. 4076, 4002-001 Porto. Tel. 22 608 1100
Matrícula / Pessoa Coletiva N.º 503 454 109. Conservatória de Registo Comercial do Porto.
Capital Social 36.970.805 Euros

Médias - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A.

Sede: Av. Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo.
Pessoa Coletiva n.º 503 496 944, matriculada sob esse número na Conservatória
do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de € 12.000.000,00



www.coloradd.net

www.ageas.pt

Ageas Seguros | siga-nos em

