



REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.ordemosmedicos.pt

222

MARÇO 2022

ALMIRANTE GOUVEIA E MELO

"Assuntos de saúde podem deitar abaixo uma sociedade"



GUERRA NA UCRÂNIA

O apelo da Ordem dos Médicos à solidariedade
e defesa dos Direitos Humanos

seguro

saúde⁺ exclusive

**Proteção exclusiva para
si e para a sua família.**

Seguro de saúde com Médico Online,
disponível onde e quando quiser,
sem ter de sair de casa.



Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A.
Sede: Rua Gonçalo Sampaio, 39, Apart. 4076, 4002-001 Porto. Tel. 22 608 1100. Matricula / Pessoa Coletiva n.º 503 454 109.
Conservatória do Registo Comercial do Porto. Capital Social 7.500.000 Euros.

Médis - 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.



um mundo para
proteger o seu

SUMÁRIO

ROM 222 - MARÇO 2022

	EDITORIAL
04	Guerra e pandemia. Segurança Nacional e Saúde.
06	BREVES
08	ENTREVISTA - Almirante Henrique Gouveia e Melo: o perfil de um líder O que a pandemia nos ensinou é que os assuntos de saúde podem deitar abaixo uma sociedade
18	TEMA DE CAPA Guerra na Ucrânia: o apelo da Ordem dos Médicos à solidariedade e defesa dos Direitos Humanos
26	ENTREVISTA - Pedro Serrano Saída de especialistas do SNS é "rombo incalculável" na organização dos serviços!
34	ATUALIDADE Bastonário reforça o contributo notável e decisivo dos médicos no combate à pandemia
35	Aumento de atividade pandémica continua a pôr em risco os mais frágeis
36	Um ACES, 25 médicos em idade de aposentação
37	Vigília pela paz na Ucrânia
38	Dia Europeu da Sensibilização para a violência contra os médicos e outros profissionais de saúde
40	A bioética é um espaço de diálogo mesmo quando não há consenso
42	Tomada de posse do "novo" executivo SNS precisa que reformas avancem!



Revista da Ordem dos Médicos: Ano 38 - N° 222 - MARÇO 2022

Propriedade: Conselho Nacional da Ordem dos Médicos | **Sede:** Av. Almirante Gago Coutinho, 151-1749-084 Lisboa - Tel.: geral da OM: 211 517 100

Diretor: Miguel Guimarães - Bastonário da Ordem dos Médicos | **Diretores Adjuntos:** António Araújo, Carlos Diogo Cortes, Alexandre Valentim Lourenço

Diretora Executiva: Paula Fortunato - paula.fortunato@ordemdosmedicos.pt | **Redação:** Paula Fortunato, Filipe Pardal | **Dep. Comercial:** rom@ordemdosmedicos.pt

Design gráfico e paginação: Rita Albuquerque Teixeira | **Redação, Produção e Serviços de Publicidade:** Av. Almirante Gago Coutinho, 151 - 1749-084 Lisboa

Impressão: Lidergraf - Sustainable Printing | **Depósito Legal:** 7421/85 **ISSN:** 2183-9409 | **Periodicidade:** Mensal | **Circulação total:** 50 000 exemplares (10 números anuais)

Nota da redação:

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

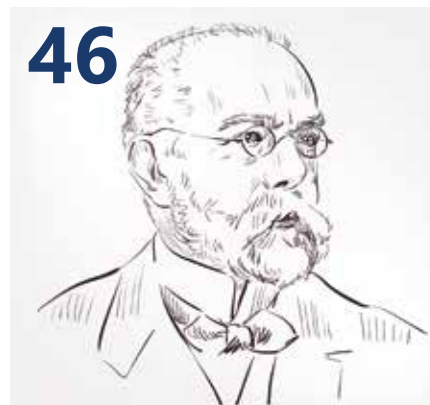
Relativamente ao acordo ortográfico a ROM escolheu respeitar a opção dos autores. Sendo assim poderão apresentar-se artigos escritos segundo os dois acordos.

SUMÁRIO

ROM 222 - MARÇO 2022

44	FORA DE ORDEM "Sou ucraniano e tive de gerir a diabetes em plena guerra"
46	BAÚ DE MEMÓRIAS 140 anos: Descoberta da causa da tuberculose
49	5 PERGUNTAS AOS COLÉGIOS Imunoalergologia
50	LEGES ARTIS Técnica não invasiva para caracterizar cancro do pulmão
52	ALTOS E BAIXOS
54	PROVA DOS FACTOS
56	CULTURA Orquestra Médica Ibérica – "Mostrar que a música está viva entre os médicos."
58	OPINIÃO Especialidade de medicina de urgência porquê o impasse?
60	Recuperação da articulação: Prótese ou não, se exequível...
62	A Saúde que desejamos
63	INFORMAÇÃO Informação SRC
69	Informação SRS
75	Informação SRN

46



50



56



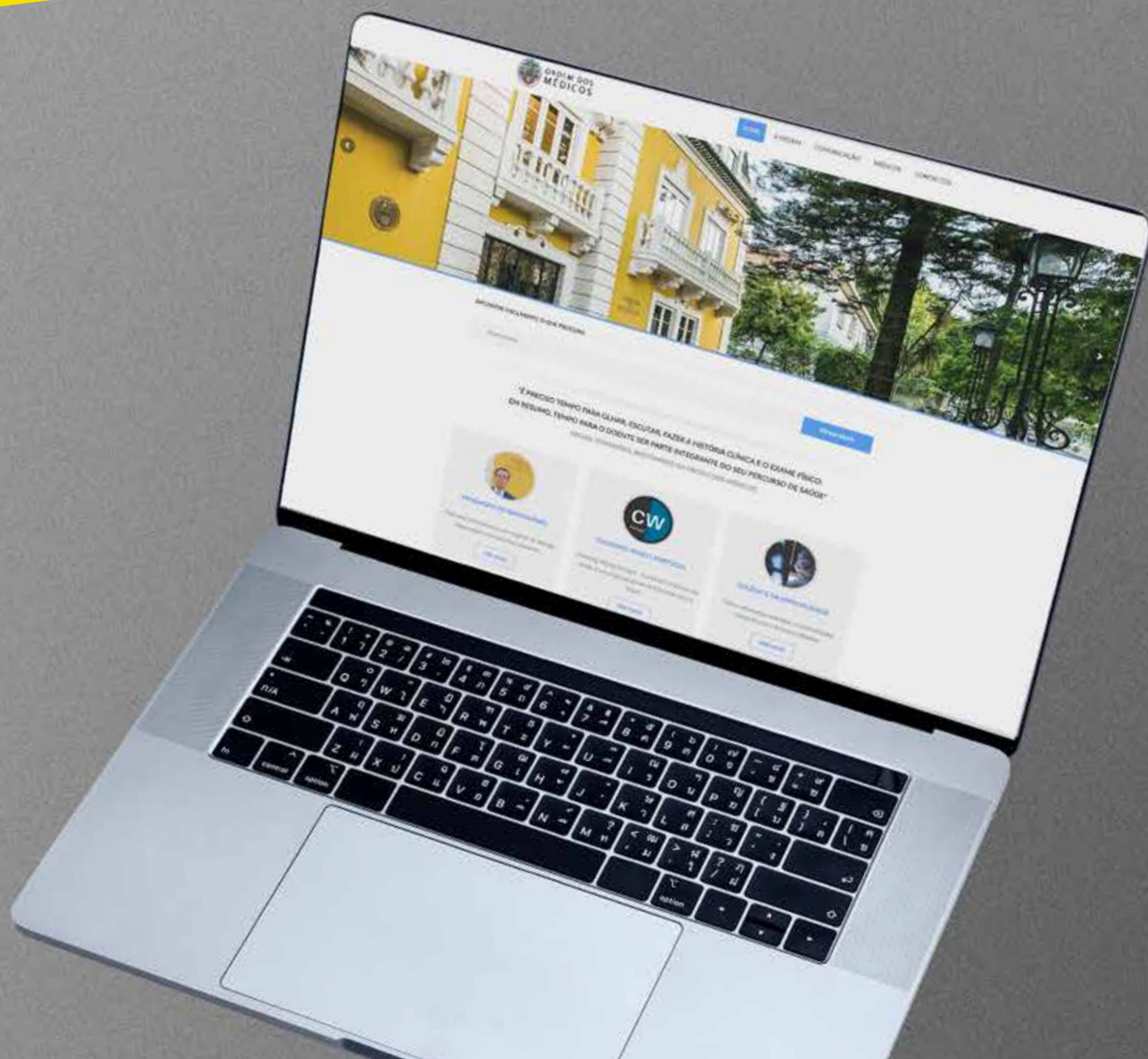


ORDEM DOS MÉDICOS



Descubra mais aqui.

www.ordemdosmedicos.pt/



Guerra e pandemia. Segurança Nacional e Saúde.



MIGUEL GUIMARÃES

Bastonário da Ordem dos Médicos

A pandemia ainda não terminou, e já temos uma guerra totalmente injustificada e inaceitável em território europeu. São tempos difíceis que exigem de nós, enquanto sociedade, medidas ágeis, dinâmicas e estruturais. A violência e a brutalidade da guerra travada em território ucraniano violam os valores da liberdade e da democracia. A desconsideração demonstrada pelo princípio da neutralidade dos serviços de saúde, com múltiplos ataques consumados a hospitais e outras unidades que resultaram em mortes de pessoas inocentes, deve-nos revoltar a todos, enquanto humanidade. Os horrores da guerra lembram-nos, da pior forma possível, que sem saúde não há mais nada. Sem vida não há países. Não há mundo. É preciso agir.

É cada vez mais urgente e importante considerar a Saúde como parte integrante da Segurança Nacional. Não podemos perder mais tempo. Portugal já devia estar a preparar estruturas capazes de responder a situações emergentes em articulação com a União Europeia. Nesta medida, parece-me que é

fundamental exigir uma reserva estratégica na área da Saúde, garantindo um estado de preparação e prontidão capaz de responder aos desafios do quotidiano, mas também aos desafios imprevisíveis que possam surgir – pandemias, guerras, catástrofes naturais, entre outros. Porque a pandemia por SARS-CoV-2 não veio isolada, podemos ter a certeza disso, mesmo que ignoremos o rosto do próximo inimigo. Sabemos que o efeito da globalização eliminou as fronteiras da segurança e impõe uma abordagem articulada e multidisciplinar em diferentes domínios das sociedades modernas. O setor da Saúde estava a ficar para trás, até vir uma pandemia que nos alertou para o erro crasso que estávamos a perpetrar. Como afirmou o Almirante Henrique Gouveia e Melo, em entrevista publicada nesta edição da revista da Ordem dos Médicos, a pandemia ensinou-nos que um acontecimento de determinada magnitude “é muito difícil de combater com as ferramentas normais”. Tal como também asseverou que “os assuntos de saúde podem deitar abaixo uma sociedade”. Ambas as afir-

mações não poderiam ser mais certas.

A gestão de crises de grande magnitude exige estruturas de coordenação eficientes para sustentar as próprias tomadas de decisão. Abílio Gomes (2012)¹, definiu bem a abordagem à segurança sanitária, considerando que a última fronteira da ameaça, da instabilidade, da violência e da destruição é a Saúde e a vida das pessoas. Está, então, clara a ligação entre Saúde e a Segurança Nacional. Paradoxalmente, em Portugal, estas são as duas áreas que mais estão descapitalizadas num contexto de crise sanitária que agora também é bélica. Urge, primeiro de tudo, valorizar os profissionais. As pessoas são a joia da coroa de qualquer organização, empresa ou país.

Sobre a pandemia falta-nos fazer uma avaliação séria da mesma. Realçando aspetos positivos, negativos e lições a extrair para o futuro, preparando o SNS e o sistema de saúde para responder a outros desafios inesperados e súbitos. Se os responsáveis políticos já o tivessem feito, provavelmente teria sido mais ágil o processo de receber e integrar os refugiados ucranianos que escolheram o nosso país enquanto porto de abrigo.

Falta-nos treinar a nossa capacidade de decisão e de antecipação dos problemas. Essa incapacidade reflete-se no próprio SNS e na transformação que o mesmo necessita para se tornar competitivo e não continuar a funcionar como há 40 anos. Não podemos ter memória curta nem esquecer que, durante o primeiro ano de pandemia, Portugal foi o segundo país da União Europeia que deixou mais doentes para trás, ou seja, que deixou mais população com necessidades em saúde por satisfazer. Os dados são do Eurofound e expõem que só a Hungria esteve pior do que nós nesta matéria. Faltou à tutela um plano, diferente dos habituais, para não deixar ninguém desprotegido. E, posteriormente, continuou a faltar um plano para recuperar os doentes que ficaram para trás. Não existiu um plano em rede, nomeadamente na área dos rastreios oncológicos, para podermos identificar quem nunca sequer chegou a entrar no sistema de saúde. Até quando vamos permitir que fique igual tudo o que está mal?

Sobre a guerra resta-me reforçar a solidariedade para com todos os colegas, tanto os ucranianos que exercem no seu país e que têm um papel fundamental na recuperação e resistência da Ucrânia, como

os portugueses, que já demonstraram total empenho e dedicação para receber e conferir os melhores cuidados de saúde a todos os refugiados que cheguem. Tenho, de facto, um orgulho imenso em ser médico. Orgulho em partilhar convosco os valores que apreendemos desde a nossa formação e que nos acompanham durante toda a nossa progressão pessoal e profissional. Ser médico é estar na linha da frente, na liderança, em prol dos outros, em tempo de paz e de guerra. Existimos para servir os nossos doentes. E os nossos doentes não têm idioma. A dor não tem idioma. A vida humana não tem idioma. Falamos todos a mesma linguagem através do olhar das crianças que choram ou do ranger determinado dos dentes de quem tudo faz para salvar a sua família em busca de um porto seguro.

Ninguém ganha com esta guerra. Estamos todos a perder. E cada minuto conta. Contem também com a Ordem dos Médicos para, dentro da sua área de atuação, e com o contributo do recém-formado Gabinete de Apoio Humanitário, tudo fazer para mitigar o sofrimento daqueles que chegam e também daqueles que ficam.

“(...) é fundamental exigir uma reserva estratégica na área da Saúde, garantindo um estado de preparação e prontidão capaz de responder aos desafios do quotidiano, mas também aos desafios imprevisíveis que possam surgir – pandemias, guerras, catástrofes naturais, entre outros”

¹ Gomes, Abílio (2012), “Segurança Sanitária”, em Contributos para um Conceito Estratégico de Defesa Nacional, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda, pp. 15-26

DECLARAÇÃO DE PREOCUPAÇÃO PELA SAÚDE INFANTIL NO ATUAL CONTEXTO DE GUERRA

A Associação Europeia de Pediatras (European Association of Paediatricians - www.eapaediatrics.eu) emitiu uma declaração pública de preocupação pela saúde infantil e pelo risco para as crianças decorrente do atual conflito russo-ucraniano. Divulgamos esse apelo - que tem o reconhecimento do Colégio da Especialidade de Pediatria da OM como sendo eticamente irrepreensível e merecedor de indiscutível apoio na divulgação. O apelo abrange também um pedido de apoio solidário para ajudar as crianças ucranianas. "Como pediatras, sabemos que um ambiente de paz é crítico para o desenvolvimento saudável das crianças", podemos ler nesse comunicado que foi publicado na página da Associação.



European Academy of Paediatrics
Paediatric Section of U.E.M.S



ORDEM DOS MÉDICOS APOIA MISSÃO HUMANITÁRIA NA POLÓNIA

O Gabinete de Apoio Humanitário da Ordem dos Médicos (GAHOM), criado no início do mês de março pelo bastonário, enviou no dia 15 desse mesmo mês, uma comitiva de quatro elementos médicos para a cidade polaca de Cracóvia. A missão humanitária destes médicos deu apoio a uma iniciativa organizada pela sociedade civil, com o nome "Missão Ucrânia", que está a atuar na Polónia com o objetivo de acolher cerca de 400 refugiados em Portugal. Ver reportagem sobre a intervenção humanitária da OM neste contexto na página 22.



DIA NACIONAL DO DADOR DE SANGUE: QUE DESAFIOS ENFRENTA PORTUGAL?

Para assinalar o Dia Nacional do Dador de Sangue que se celebra a 27 de março, a Ordem dos Médicos foi ouvir Maria Antónia Escoval, diretora do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), Cristina Ferreira, responsável pela promoção da dádiva, e Cristiana Fagulha, responsável do Planeamento e Programação de Colheitas e Promoção do Posto Fixo. A diretora do IPST explicou as dificuldades sentidas nos últimos dois anos numa entrevista que pode ler-se no site nacional da OM.



PORTUGAL COM PIOR RESULTADO NO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

(Portugueses com piores resultados em estudo sobre envelhecimento saudável de cinco países europeus)



<https://www.publico.pt/2022/03/26/sociedade/noticia/portugal-pior-resultado-envelhecimento-saudavel-estudo-cinco-paises-europeus-2000256>

SER MÉDICO É UM DESAFIO. SER MÉDICA É UM DESAFIO AINDA MAIOR

(Ordem dos Médicos assinala o Dia Internacional da Mulher)



<https://ordemdosmedicos.pt/ser-medico-e-um-desafio-ser-medica-e-um-desafio-ainda-maior/>

MULHERES NA CIÊNCIA DISTINGUE TRABALHOS SOBRE CANCRO, CÉREBRO E AVES AQUÁTICAS

(Foram distinguidas Carina Soares Cunha, Sandra Tavares, Edna Correia e Sara Carvalhal)



<https://www.publico.pt/2022/03/23/ciencia/noticia/premio-mulheres-ciencia-distingue-trabalhos-cancro-cerebro-aves-aquaticas-1999689>

PROJETOS VENCEDORES DO BI AWARD FOR INNOVATION IN HEALTHCARE ESTÃO A GANHAR FORMA

Assinalou-se, no dia 16 de março, um ano desde a realização do *BI Award for Innovation in Healthcare*, iniciativa da Boehringer Ingelheim Portugal, com o apoio da Ordem dos Médicos, que premiou projetos diferenciadores para apoio à retoma dos cuidados de Saúde em Portugal na sequência das fortes perturbações provocadas pela pandemia (ver reportagem na edição 214 da revista da OM). Em 2021 foram selecionados projetos em áreas como a medicina personalizada, a telemedicina, a triagem, a referência de doentes e os sistemas de informação. A equipa vencedora (originária do Centro Hospitalar Universitário do Porto) destacou-se precisamente com um projeto sobre telemedicina na área de neurocirurgia com o objetivo de potencializar os cuidados prestados e os recursos económicos e temporais de todos (profissionais e doentes). O projeto já foi apresentado ao hospital de referência onde se pretende implementar e a dez centros de saúde e está, neste momento, em fase de pesquisa de um parceiro tecnológico para dar continuidade ao desenvolvimento. Mais informação sobre os restantes projetos no site nacional da OM.



CONSULTAS À DISTÂNCIA SÓ COM INVESTIMENTO NA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL

A pandemia de COVID-19 obrigou a várias mudanças no Serviço Nacional de Saúde, entre elas, o grande aumento do número de consultas não presenciais. Um estudo publicado pela revista científica da Ordem dos Médicos, a *Acta Médica Portuguesa*, indica que, dos mais de 2 mil médicos inquiridos, 85,2% não efetuavam consultas não presenciais antes da pandemia, no entanto, de uma forma geral, os profissionais gostariam de continuar a utilizar este método no pós-pandemia. Para que estas consultas possam continuar a existir e, mais importante, a evoluir, é crucial que venham acompanhadas de uma estrutura mais segura, correta e eficaz. “Os hospitais e os centros de saúde já deviam estar preparados [para a transformação digital], para se conseguir uma resposta mais abrangente, seguindo sempre os princípios fundamentais daquilo que é a relação médico-doente”, reiterou a propósito deste tema, Miguel Guimarães.

UEMS APROVA POR UNANIMIDADE DOCUMENTO DA AUTORIA DE MÉDICO PORTUGUÊS

A União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS) aprovou por unanimidade um documento que procura harmonizar a formação em Cirurgia Vascular na Europa e que contém as primeiras *guidelines* relativas ao treino dos cirurgiões vasculares, documento da autoria de Armando Mansilha, professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, presidente da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular e secretário-geral da Section and Board of Vascular Surgery da UEMS. Este médico foi recentemente eleito presidente da União Internacional de Angiologia, um cargo que assumirá de 2024 a 2026. Sobre o documento agora aprovado pela UEMS, Armando Mansilha frisa que “esta é a primeira vez que os representantes dos vários países europeus assumem um compromisso total em relação às condições necessárias para o exercício da Cirurgia Vascular”.

MISSÃO HUMANITÁRIA JÁ CHEGOU À UCRÂNIA

(Médicos portugueses já estão a dar apoio a ucranianos na fronteira)



<https://cnnportugal.iol.pt/videos/medicos-da-missao-humanitaria-portuguesa-ja-estao-a-dar-apoio-a-ucranianos-na-fronteira/6231c46d0cf2cc58e7e8d503>

DECLARAÇÃO DE PREOCUPAÇÃO PELA SAÚDE INFANTIL NO CONTEXTO DE GUERRA

(Associação europeia e Colégio de Pediatria expressam preocupação: ambiente de paz é crítico para o desenvolvimento saudável das crianças)



<https://ordemdosmedicos.pt/declaracao-de-preocupacao-pela-saude-infantil-no-atual-contexto-de-guerra-associacao-europeia-de-pediatras/>

SUBIDA LIGEIRA NA MORTALIDADE ATRASA “LIBERTAÇÃO TOTAL”

(Para acabar com o uso obrigatório de máscara, Portugal terá que baixar para o limiar dos 20 óbitos por milhão de habitantes, mas mantém-se acima, com 25 óbitos)



<https://eco.sapo.pt/2022/03/25/subida-ligeira-na-mortalidade-atrasa-libertacao-total-das-restricoes/>

Almirante Henrique Gouveia e Melo: o perfil de um líder

“O que a pandemia nos ensinou é que os assuntos de saúde podem deitar abaixo uma sociedade”

ENTREVISTA: FILIPE PARDAL

FOTOS: MÁRCIA MENDONÇA

Foi o “rosto” da vacinação contra a COVID-19 em Portugal e tem a certeza que o nosso país “é tão bom ou melhor que os outros.” Henrique Gouveia e Melo entrou na task-force, enquanto coordenador, no dia 3 de fevereiro de 2021 e a forma como o país lidou com a pandemia mudou. Assente nas virtudes de uma liderança clarividente e de uma organização pensada ao pormenor, mas com flexibilidade suficiente para reagir ao que era imprevisível, Gouveia e Melo lembrou a sociedade - através das suas atitudes e decisões - a importância de sabermos para onde vamos e não apenas como vamos. “Dar ordens é fácil... dar a ordem certa no tempo certo e conseguir congregiar as vontades das pessoas é que é difícil e isso é que é liderança”, disse-nos. O (agora) Almirante e chefe do Estado-Maior da Armada recebeu-nos nas instalações da Marinha Portuguesa para uma conversa com o objetivo de conhecer melhor os meandros da sua liderança durante os tempos de coordenação da task-force, bem como para nos contar o planeamento e a linha organizacional que permitiu que Portugal superasse, com sucesso, uma das maiores e mais abrangentes campanhas de logística que alguma vez tivemos de colocar em marcha em tão pouco tempo.

> No dia 3 de fevereiro de 2021, quando foi nomeado formalmente coordenador da task-force para a vacinação contra a Covid-19, quais foram os seus primeiros passos?

A minha principal preocupação no dia em que fui nomeado era ter controle sobre o processo de vacinação como um todo. Ou seja, descobrir como é que iria recolher indicadores seguros para poder decidir e sobre que áreas e matérias é que deveria ser eu a decidir. Foi importante determinar quais eram as prioridades e a velocidade com que as teria de colocar em prática. Foi-me permitido usar o grupo de militares que faziam parte do Estado-Maior da Força de Reação Imediata que me ajudaram.

> Estamos a falar de uma equipa de quantos militares?

Cerca de 30.

> Um número considerável para organizar num espaço curto de tempo... Como estruturou a dinâmica de trabalho?

A nossa primeira preocupação mais óbvia foi pensar no espaço físico das operações: um edifício da saúde ou um espaço militar? Acabei por decidir estar num espaço militar para ter alguma independência e alguma capacidade de controlo do próprio espaço. Depois, faltava decidir o que cada um desses 30 militares iria fazer, em que secções os iríamos distribuir. Basicamente pensei que tinha de ter uma secção que se preocupasse com os planos futuros e, outra, com os planos a decorrer. Chamamos a isso as divisões dos planos futuros e das operações correntes. Um pouco mais tarde surgiu a necessidade de ter uma divisão de comunicação estratégica, porque a comunicação era um fator essencial quer para o público interno, quer para o exterior. Em relação às interações institucionais, havia um quadro normativo que requeria ter alguém especiali-

zado nesse campo, interligado com a DGS e com o Infarmed. Criei então uma secção normativa com a única preocupação de acompanhar as normas de vacinação para perceber de que forma é que essas normas refletiam depois as capacidades logísticas, ou não. Era essencial haver coerência entre o que era a capacidade logística e o que estava a ser exigido... Imagine que alguém dizia, por extremo, que tínhamos de vacinar 10 milhões de pessoas em cinco dias. Não haveria capacidade logística para o fazer. Basicamente eram estas as quatro divisões, com o apoio direto de um chefe de gabinete e de uma secretária, e também com o trabalho da logística, os transportes e os meus militares. Esta era a minha estrutura.

> Quanto tempo demorou a montar essa estrutura?

Entre receber a task-force e ter a estrutura a funcionar a 100% passaram cerca de 6 dias. No primeiro dia fiz um briefing onde dividi e estruturei o grupo nestas funções, juntamente com a criação de um *layout* na nossa sala de operações, com duas alas que de alguma forma mimetizassem esta organização.

> Uma espécie de estrutura hierárquica?

Sim, mas que ao mesmo tempo tivesse computadores, redes, base de dados e ligação aos próprios sistemas de informação da saúde. Todos os dias de manhã, mal chegava ao serviço, fazíamos uma reunião,

Dar ordens é fácil...
dar a ordem certa no
tempo certo e con-
seguir congregar as
vontades das pes-
soas é que é difícil e
isso é que é liderança.



Isto [organização do processo de vacinação] resolveu-se com matrizes, com matemática pura e esse foi o grande segredo da logística.

estabelecíamos o que tinha acontecido nos dias anteriores, definia as prioridades para os dias seguintes e íamos interagindo conforme as necessidades. Nós conseguimos, em dois dias, estar interconectados e começar a trabalhar. Nestes núcleos que falei não chegávamos a 20 pessoas, os outros membros serviram como elementos de ligação nas estruturas da saúde. Tínhamos um elemento para cada ARS, que contactava o seu presidente, tínhamos um elemento para os sistemas de informação que falava com a SPMS e tínhamos um elemento para falar só com a DGS. Tínhamos, portanto, vários interlocutores em que a única preocupação era manter o fluxo de informação com os diversos organismos e garantir que não havia perdas de informação nos dois sentidos. Três vezes por semana haviam reuniões com as ARS e com os principais interlocutores – a DGS e o Infarmed – e, uma vez por semana, eu mesmo, reunia com os diretores dos ACeS. Posteriormente, fazia reuniões com a Senhora Ministra e o Senhor Secretário de Estado, quando era necessário. Uma vez por semana submetia o meu plano ao poder político reunindo com o senhor Primeiro-Ministro onde estabelecia qual era o plano e o Governo ajudava com as suas impressões e orientações.

> Eram nessas primeiras reuniões matinais que se iniciava o fluxo de informação que passava para as suas equipas?

Exatamente. Portanto, eu recebia a informação do terreno e decidia em assembleia, com todos presentes, numa discussão que era muito viva, as opções a tomar. Quando decidia, a equipa excetuava e, no dia seguinte, voltaríamos a fazer o mesmo processo. Às vezes este fluxo era interrompido porque precisavam de um *update* ou tinha acontecido alguma coisa.

> Até porque foi uma situação muito dinâmica, que exigiu uma estrutura muito sólida, mas também flexível, certamente...

Muito, muito! Ambas. A interação às vezes era constante porque aconteciam coisas que mereciam

reação imediata. Depois reagíamos e acontecia outra coisa e havia a reação da reação. Era uma coisa muito dinâmica. Posso dizer-lhe que trabalhávamos, em média, das 8 da manhã até às 20:30 da noite, algumas vezes pela noite dentro e aos fins-de-semana, trabalhávamos todos os dias. Eu só tinha descanso, como coordenador, na tarde de sábado.

> De que forma é que a sua experiência militar, “com mais de 28 mil horas de navegação em submarino”, foram decisivas para esta coordenação?

Cheguei a esta missão com 59 anos de idade e com muitas coisas no currículo. Tinha experiência na área operacional que me ajudou a lidar com o stress e com a incerteza. Nós vamos apurando as nossas qualidades ao longo do tempo. Essa experiência ajudou-me a perceber como é que devíamos interagir com o exterior, perceber que o poder não é só dar ordens, tem muito mais por trás. Dar ordens é fácil... dar a

Todas as mudanças de regras que a DGS fazia tinham implicações tremendas em toda a logística.

ordem certa no tempo certo e conseguir congregar as vontades das pessoas é que é difícil e isso é que é liderança. Quando cheguei a essa função já tinha esse *background*. Já tinha feito operações mais complexas, como, por exemplo, arrasar uma esquadrilha de submarinos e reergue-la com ela em funcionamento, sem parar. Enquanto estava em funcionamento tivemos que fazer cursos, integrar conhecimentos, escrever novos manuais, fazer novos treinos e começar com novos submarinos, tudo ao mesmo tempo... Julgo que foi esse conjunto de coisas, e outras tantas, que me deram a experiência necessária.

> Nesta missão na task-force, foi complexo o planeamento na distribuição das primeiras vacinas?

Havia uma equação em três fatores: 1º) eram as vacinas que estavam a chegar em território nacional e que



Costumava dizer que a sensação que tinha era estar a andar num veículo a 100 km/h, rebentava-me o pneu, mas tinha de continuar a andar e tinha de o ir trocar com o carro em andamento porque não podia parar!

nós não dominávamos, às vezes prometiam-nos umas quantidades e depois apareciam outras... havia muita incerteza nessa parte; 2º) foi a gestão do stock e dos agendamentos, uma vez que queríamos ter o mínimo de stock possível e garantir que agendávamos um conjunto de pessoas suficientes para que aquelas vacinas fossem todas utilizadas de acordo com determinado critério; 3º) foi exatamente o estabelecimento de critérios, tendo em atenção a dispersão geográfica das vacinas, quantas vacinas é que tinham de ir para cada local e como é que elas podiam ser distribuídas. Tudo isto com quatro marcas de vacinas diferentes, com quatro regras logísticas diferentes e cada uma com a sua temperatura, prazos de validade, etc. Todas essas regras tinham de estar integradas! Simultaneamente, passado algum tempo, tínhamos as segundas doses, ou seja, não só tínhamos de planear as primeiras doses como ter a certeza de não nos termos esquecido das pessoas da segunda. Isto resolveu-se com matrizes, com matemática pura e esse foi o grande segredo da logística. O segredo foi conseguirmos montar um sistema de matrizes que de forma interativa conseguiam

oscilar com toda esta programação para nós, com 15 dias de antecedência, dizermos a todas as pessoas do sistema o que é que lhes ia acontecer até lá. Claro que entre o que é planeado e o que é feito não há uma sobreposição completa, nós tínhamos depois de reagir às faltas de sobreposição.

> Nessas matrizes que construíram, como é que lidaram com a incerteza e com o panorama que referiu em que por vezes vinham menos vacinas do que aquilo que estavam à espera?

Criei uma reserva de vacinas suficiente para que o fluxo fosse constante independentemente das variações a que estávamos sujeitos. Essa reserva aumentava ou diminuía em função precisamente dessas variações de fluxo. Havia ainda o fator das idades e nem todas as vacinas serviam para todas as pessoas. Havia vacinas só para sexo masculino e não para o sexo feminino...

> Que depois mudaram também...

Exato! Todas as mudanças de regras que a DGS fazia tinham implicações tremendas em

toda a logística. Tudo isto além de eu ter de definir e negociar com o Governo as prioridades para que depois seguíssemos por uma determinada ordem hierárquica. Já para não falar de termos criado um sistema [de agendamento] do zero. Costumava dizer que a sensação que tinha era estar a andar num veículo a 100 km/h, rebentava-me o pneu, mas tinha de continuar a andar e tinha de o ir trocar com o carro em andamento porque não podia parar! Nós estivemos permanentemente a improvisar e a reagir a situações que não eram as ideais. Isso tem muito a ver com a nossa flexibilidade e a forma como os militares lidam com a incerteza.

> Falou muitas vezes de uma organização e logística que colocasse a máquina a “funcionar sem ruído”. Quer explicar essa expressão?

Posso-lhe dizer que no processo todo, diria que improvisei 10 a 15%, mas planeei 85 ou 90%. Chegámos a vacinar mais de 100 mil pessoas por dia durante um período muito longo. Numa semana vacinamos um milhão de pessoas! Mais uma vez, tenho de elogiar os profissionais de saúde. Foram fantásticos a todos os



níveis! Os médicos, os enfermeiros... todos. Alias, uma das coisas importantes na organização e logística foi a necessidade de estabelecer uma boa relação com a Ordem dos Médicos e com as outras ordens da Saúde, incluindo as próprias associações de doentes. Estabelecer essa relação de confiança foi essencial para o processo. Estávamos todos focados num objetivo comum e se há alguma coisa que nós conseguimos enquanto sociedade foi esse foco. Houve ali um pequeno descarrilamento devido a meia dúzia de negacionistas... mas foram epifenómenos. Não foi algo que tivesse um significado muito grande.

> A taxa de vacinação fala por si...

Certamente. Quando começámos tínhamos a convicção que se atingíssemos os 70% da vacinação, podíamos tranquilamente descansar porque a pandemia iria erodir-se. Mas quando chegámos por volta dos 50% apareceu a variante delta, muito mais agressiva, e chegámos à conclusão que tínhamos de passar a barreira dos 70%. Na altura chamei a atenção para que se vacinassem as crianças até aos 12 anos, porque era a única forma de atingirmos os 85% [da população total, o número é superior se falarmos da população elegível]. Os nossos

dados estatísticos militares não eram os que vinham da DGS. Nós fazíamos o nosso tratamento próprio... muitas vezes discutíamos até com a Ordem dos Médicos os modelos. Os nossos dados davam-nos indicações que se tivéssemos ficado nos 70% não tínhamos conseguido parar a pandemia, pelo menos a sua gravidade e a expansão. Quando ultrapassámos os 75% começamos a ver uma queda fortíssima nas infeções e na gravidade da doença... eu saio do processo com 84,6% com a pandemia a cair, com um R_t na altura de 0.81. Duas semanas depois aparece uma nova variante, a ómicron. O que se nota é que aqueles 15% que não estavam vacinados, os mais jovens, passaram a ser o grande fator de infeção dos restantes. Ainda assim, se comparar dezembro/janeiro de 2020 com dezembro/janeiro de 2021 são cenários muito distintos. Para a mesma ordem de grandeza de infetados tem 10 vezes menos mortes. Na realidade a vacina provou que é eficaz na proteção da gravidade da doença, onde não provou ser tão eficaz foi na prevenção da transmissão da doença devido às variantes. Disse uma coisa em setembro que recordo aqui: "nós vencemos a batalha, não vencemos a guerra". Mas passámos pela 5ª vaga de uma forma extraordinária comparativamente com outros países. Porquê? Porque já tínhamos 85% da vacinação completa. Termos feito muito rapidamente a vacinação foi importante. Fiz a vacinação o mais rápido que podia, com as vacinas que chegaram.

> Que importância dá ao facto de ouvir as pessoas que estão no terreno e de que forma isso moldou a sua tomada de decisão?

...uma das coisas importantes na organização e logística foi a necessidade de estabelecer uma boa relação com a Ordem dos Médicos e com as outras ordens da Saúde, incluindo as próprias associações de doentes. Estabelecer essa relação de confiança foi essencial para o processo.

Não ouvir é como um carro a alta velocidade, com o vidro pintado de preto numa autoestrada: mais tarde ou mais cedo sai de estrada. Ouvir e estar atento ao ambiente é essencial para conseguirmos conduzir a operação. Mas às vezes as pessoas confundem: ouvir não significa que a minha decisão seja o somatório do que ouvi. Não. A minha decisão deve ser a mais informada possível, mas eu devo acreditar que os conhecimentos que tenho e a experiência que tenho são de ter em conta. É importante não nos deixarmos confundir com o ruído que ouvimos. Ouvir é muito importante, mas é preciso ouvir tendo um plano por trás e ter ideias. Não o contrário. Não tentar criar um plano do que ouvimos.

> Internamente, que instrumentos utilizou para motivar as equipas que liderou durante os tempos mais exigentes da pandemia?

O primeiro passo para a motivação é o exemplo. Apresentarmo-nos sempre cedo no serviço, sermos os últimos a sair do serviço, e trabalharmos que nem uns “cães danados” (risos). Estarmos permanentemente disponíveis... dar o exemplo de esforço. Isso coloca toda a gente à nossa volta com outra vontade de trabalhar. É também importante ser camarada, colaborativo, mas perceber que a responsabilidade é nossa e vamos ter mesmo de decidir. Não deixar a responsabilidade em cima de quem não a tem. Nós temos de ser totalmente responsabilizados por aquilo que o nosso grupo faz. Isso cria graus de confiança. Depois, também é preciso haver alguma alegria no trabalho, saber descontraír. Nós almoçávamos juntos muitas vezes, brincávamos um pouco e a seguir estávamos sérios a trabalhar. Momentos de descontração são importantes, cria proximidade, entrega e empatia.

Não ouvir é como
um carro a alta
velocidade, com o
vidro pintado de preto
numa autoestrada:
mais tarde ou mais
cedo sai de estrada.

Ouvir é muito importante,
mas é preciso ouvir tendo
um plano por trás e ter
ideias. Não o contrário.
Não tentar criar um plano
do que ouvimos.

> Portugal beneficiaria de construir condições para a existência de um estado de prontidão, com respostas e planos de ação previamente delineados, para responder a futuras pandemias ou crises em saúde?

Eu acho que faz sentido. O que é que esta pandemia nos ensinou? É que num evento de determinada magnitude é muito difícil de combater com as ferramentas normais. Nós devemos ter preparada e planeada, a capacidade de sacar de ferramentas não normais para rapidamente respondermos às necessidades. A pandemia, apesar de tudo foi suficientemente lenta para nos deixar ir adaptando e encontrando soluções, mas se tivesse sido muito mais rápida poderíamos não ter tido a capacidade para o fazer. Ninguém sabe o que é o futuro, mas devíamos organizar para, periodicamente, planearmos como é que congregamos um conjunto de entidades que no seu dia-a-dia estão a fa-



O que é que esta pandemia nos ensinou? É que um evento numa determinada magnitude é muito difícil de combater com as ferramentas normais.

zer as suas coisas normais, mas que de repente podem ter que reagir em emergência. Aliás, isso é treinado em pequenos nichos... nos médicos, nos bombeiros, nos hospitais, mas depois como sociedade só temos os planos militares... O que a pandemia nos ensinou é que os assuntos de saúde podem deitar abaixo uma sociedade. A saúde pública pode ajoelhar uma sociedade rapidamente e é preciso ter cuidado para não ficarmos de tal maneira fragilizados que destruímos o próprio tecido social.

> Ainda assim, os portugueses, enquanto população, reagiram bem a esta crise. Concorda?

Reagimos muito bem! Não comprometemos a democracia, soubemos dar respostas proporcionais, soubemos convocar as pessoas necessárias nos momentos necessários, não convocamos em excesso capacidades ou certos modelos que poderiam ser mais diretivos, mas menos democráticos. Julgo que nós portugueses fizemos uma coisa muito boa. Nós ganhamos de vez em quando um campeonato de futebol e de outras modalidades desportivas, mas às vezes passa-nos despercebido que talvez tenhamos ganho o campeonato mais difícil: um que salvou vidas humanas e que fez com que nós, portugueses, hoje estejamos numa situação relativamente confortável face aos desafios.

O que a pandemia nos ensinou é que os assuntos de saúde podem deitar abaixo uma sociedade.

> Que motivos o levaram a aceitar a proposta da Ordem dos Médicos para vacinar alguns dos profissionais que estavam, a certa altura, a ficar para trás por não trabalharem no setor público?

Conjugaram-se duas coisas. Uma é reconhecer que havia um problema que devia ser resolvido. Os médicos deviam ter prioridade e não estavam a tê-la.

Depois de reconhecer o problema, faltava reconhecer as possíveis soluções. Quais eram? 1) a task-force vai organizar os médicos?; 2) os médicos conseguem auto-organizar-se, ou não?; 3) se lhes dermos as ferramentas eles ajudam nesse processo? Ajudam.; 4) Nós temos outras tarefas para fazer? Temos. Então vamos juntar da melhor forma possível a necessidade que existe dentro do respeito pelas linhas de prioridades definidas e a vontade dos próprios médicos em resolver a sua situação que os deixava de alguma forma em instabilidade psicológica e até em risco de saúde. A Ordem dos Médicos organizou muito bem esse processo e conseguiu ir buscar essa franja de médicos que não tinham sido vacinados, ou porque não estavam a trabalhar no Estado ou porque não tinham sido identificados.

> Nessa altura estaríamos a proteger médicos, mas também todos os seus doentes. Esse fator entrou na sua decisão?

Claro! Em termos de diretivas e prioridades, a necessidade existia! Não tem a ver só com a proteção dos próprios médicos. Os médicos são agentes de saúde e tinham duas funções essenciais: garantir a saúde dos outros e, ao fazerem-no, não servir de agentes de contaminação ou ficarem inutilizados, porque estiveram em contacto com pacientes infectados. Se ficassem inutilizados perdíamos capacidade de reagir no auxílio à população. Eu não consigo fornecer médicos... não consigo carregar num botão e fazer sair mais mil médicos. Era um recurso escasso que tinha de ser protegido face a uma evolução pandémica imprevisível. A primeira prioridade de vacinação foi sempre o sistema de saúde. Sem vacinar o sistema de saúde não o tenho e, sem ele, ficamos todos fragilizados.

> Ficou satisfeito com esse processo conduzido pela OM?

Fiquei bastante satisfeito. Resolveu um problema a favor da população e a favor do processo. Mais do que isso: também resolveu um problema de conectividade relativamente ao processo. Ou seja, os médicos e



os enfermeiros, com o esforço que fizeram e com o risco que correram, precisavam também de sentir que da parte do Estado havia um tratamento dirigido a essas pessoas tirando-as do risco. Não podia exigir que estivessem a combater desprotegidos. É como mandar combatentes para a guerra sem coletes à prova de bala ou sem capacetes.

> Disse uma vez que “falta de rigor é falta de disciplina e falta de disciplina é descontrolo”. Como é que lidou com alguns desvios nas prioridades das vacinas que aconteceram inicialmente?

A partir do momento em que fui responsável pelo processo de vacinação cortei imediatamente os desvios. Lidei com isso sendo coerente.

> Mas era uma prioridade sua terminar com esses desvios?

Sim. Se for ver a primeira declaração que faço em televisão tem a ver com isso, para dizer que a partir dali eu ia andar atrás dos desvios até à exaustão. No grupo que organizei havia uma cédula de *intel* que a única coisa que fazia era recolher dados sobre desvios, reportava à PJ e pedia que fosse ao terreno. Era dissuasor. No espaço de uma semana e meia deixou de haver atropelos. Disse uma vez numa entrevista que não gostava de malandros e é mesmo assim, não gosto de malandros. Tenho compreensão por pessoas que fazem o melhor mesmo que não consigam atingir os resultados, mas dão tudo o que têm... mas quando vejo um indivíduo falso a fazer coisas que não deve fazer, utilizando vantagens que pode obter porque o sistema não o controla, isso deixa-me muito aborrecido.

> Classificou várias vezes o combate à pandemia como uma “guerra”. Com dois lados bem definidos: o dos que estavam do lado do vírus porque não queriam ser vacinados e os que estavam do lado da comunidade e faziam o que era suposto para o bem

A Ordem dos Médicos organizou muito bem esse processo [de vacinação aos médicos que trabalham fora do SNS] e conseguiu ir buscar essa franja de médicos que não tinham sido vacinados, ou porque não estavam a trabalhar no Estado ou porque não tinham sido identificados.

comum. Como é que se combatem alguns movimentos negacionistas que estavam do lado do vírus? Eles podem ser poucos, mas fazem muito barulho...

Combate-se com informação credível e informação veiculada por gente credível. A Ordem dos Médicos, por exemplo, teve um papel importantíssimo. Combate-se também mostrando a irracionalidade do lado contrário. Há graus de irracionalidade de tal maneira fortes que raiam quase a loucura. Mas esses são uma minoria que é muito vocal e agressiva, e que enfrentei num centro de vacinação, mas não é a que faz mais massa. A que faz mais massa é aquela informação pseudocientífica que é escrita de tal forma que permite lançar a dúvida e alimentá-la. Essa é que tem de ser também combatida por gente que percebe e esse combate tem de ser permanente. A minha posição no centro de vacinação, quando enfrentei esse grupo mais radical de negacionistas, foi com a noção exata da dimensão desse enfrentamento no sentido de separar as águas entre o que era a racionalidade e o que era a irracionalidade. Acho que isso ajudou.

Não podia exigir que [os médicos] estivessem a combater desprotegidos. É como mandar combatentes para a guerra sem coletes à prova de bala ou sem capacetes.

> Deu sempre muita importância ao processo comunicativo, com uma retórica de “guerra”. Surgir sempre com o camuflado, a sua “farda de trabalho”, foi um símbolo que contribuiu para a transmissão das mensagens?

Sim. O fato de trabalhar além da união entre os militares, tinha dois significados: a importância e a urgência. O que estava ali era realmente importante, porque era um combate. E o que estava ali era realmente urgente porque tínhamos de ser rápidos.

> Essa farda acabou por se tornar quase num símbolo, até à semelhança do que acontece hoje com o presidente da Ucrânia, Volodymyr Zelensky.

Sim, há vários fatores em comum. A comunicação nestes momentos tem de ser clara e forte. As palavras não podem ser dúbias, as frases têm de ser simples e as explicações facilmente compreensíveis sem serem excessivamente complexas. Nós estamos a falar para uma grande massa da população, não estamos a falar só para uma elite.

> O facto de ser uma personalidade despolitizada ajudou-o nesta missão?

Sim. Aliás, tive muito cuidado ao longo do processo de referir a necessidade de despolitizar. Porque a politização de uma figura, numa campanha destas, pode gerar tentativas de desvio do que é a essência da missão para outros assuntos que nada tinham a ver. Tentei despolitizar ao máximo o processo e realmente sendo militar isso facilitou.

> Portugal foi descrito como um caso de sucesso no que à vacinação diz respeito e, como já falamos, a taxa de população vacinada fala por si. Se tivesse de escolher três, quais seriam os principais fatores para que tal situação tivesse ocorrido?

A forma como organizamos o processo, a forma como comunicamos o processo e a disponibilidade do povo português para ser vacinado. Como o organizamos porque tivemos a visão de o fazer em centros de vacinação relativamente grandes, mas não gigantescos, com capacidade para vacinar entre as 800 e 1200 pessoas, e funcionou perfeitamente. Em termos de comunicação, porque na task-force fizemos todos uma campanha de vacinação muito positiva, no sentido de aumentar a adesão das pessoas. Por fim, e não menos importante, a população portuguesa foi realmente fantástica e tem uma cultura onde olha para a vacinação como uma coisa equilibrada, enquanto outras populações já não se lembram da pólio e de outras doenças infecciosas que os portugueses ainda se lembram e sabem qual foi a diferença na vida deles ao ter familiares vacinados, ou não vacinados, porque muita gente morreu até existirem vacinas.

> E dentro desse primeiro ponto, relativo à organização, quais foram as medidas que implementou que considera que mais contribuíram?

A mais importante de todas foram os centros de vacinação distribuídos de acordo com a densidade populacional, depois foram os sistemas de informação que tive de improvisar. Sem eles não se conseguia organizar o processo de vacinação massivo. Primeiro fizemos uma convocação de proximidade, através dos próprios centros de saúde com telefonemas, depois através da internet e das SMS, depois seguimos para a modalidade casa aberta, posteriormente já com senhas para toda a gente, mas continuando a ser minimamente organizada... todos esses proces-

Combate-se [o negacionismo] com informação credível e informação veiculada por gente credível. A Ordem dos Médicos, por exemplo, teve um papel importantíssimo.



os elencados foram importantes. Nós tivemos, em comparação aos outros países, muito poucas filas. O processo foi generoso e muito expedito. Conseguimos fazer uma coisa bem feita. Portugal é tão bom ou melhor que os outros.

> Enquanto militar como é que foi a sua interação com processos da sociedade civil?

Foi facilíma. As pessoas querem ordem e querem funcionar num sistema que lhes confira alguma ordem, no bom sentido da palavra, não no sentido tirânico, claro. As pessoas às vezes confundem disciplina com autoritarismo. Dou um exemplo: estamos 30 pessoas nesta sala e há um incêndio. Se nos precipitarmos todos ao mesmo tempo para a porta, se for estreita, morremos espezinhados. Vão morrer pessoas, vão-se queimar pessoas e não saímos todos a tempo. Se tivermos disciplina e nos organizarmos saímos todos a tempo, ninguém é espezinhado, ninguém é queimado e saímos muito mais rapidamente. A ordem é, neste sentido, algo facilitador do pro-

O processo foi generoso e muito expedito.

Conseguimos fazer uma coisa bem feita. Portugal é tão bom ou melhor que os outros.

cesso. Penso que as pessoas perceberam imediatamente que eu não estava ali para me impor, estava a explicar que aqueles processos têm de ser muito organizados.

> Que lições devemos todos tirar, enquanto sociedade destes últimos dois anos?

Nós passamos por muitas dificuldades. Não foi só nos últimos dois anos, foram nos últimos dez, enquanto sociedade. Recuperamos da troika e logo a seguir aparece-nos a pandemia e os incêndios. A grande lição que eu tiro disto é que, nós, portugueses, se acreditarmos, somos capazes de coisas fantásticas. Mas temos que verdadeiramente acreditar em nós, sem críticas espúrias, sem tricas. Tínhamos um objetivo comum, esforçarmo-nos para atingir esse objetivo comum e felizmente fomos bem-sucedidos, mesmo sem ter feito tudo bem. A nossa sociedade é muito diferente do que era há 40 anos. Hoje temos verdadeiramente capacidade interna para fazer coisas bem feitas, portanto é acreditar. Esperança! Porque conseguimos vencer desafios muito complexos.

A grande lição que eu tiro disto é que, nós, portugueses, se acreditarmos, somos capazes de coisas fantásticas. Mas temos que verdadeiramente acreditar em nós, sem críticas espúrias, sem tricas.



Guerra na Ucrânia: o apelo da Ordem dos Médicos à solidariedade e defesa dos Direitos Humanos

TEXTO: FILIPE PARDAL

A guerra e os seus horrores voltaram à Europa no dia 24 de fevereiro de 2022 quando o regime russo, liderado por Vladimir Putin, deu “luz verde” à invasão da Ucrânia. Apesar de todos estarmos mais ou menos preparados para as piores notícias possíveis, devido ao escalar das relações russo/ocidentais nas semanas que antecederam esta decisão, ninguém queria verdadeiramente acreditar que seria possível o começo de uma guerra desta tipologia em pleno século XXI. O exército russo iniciou a ofensiva agredindo várias cidades com mísseis de longo alcance e promovendo ataques aéreos à capital Kiev e à cidade portuária de Odessa, entre outras. Iniciava-se uma incursão contra os direitos humanos com danos para milhões de cidadãos inocentes que iriam necessitar, urgentemente, de toda a ajuda possível da comunidade internacional. Em Portugal, a Ordem dos Médicos foi expedita em lançar várias iniciativas que, na sua área de atuação, pudessem proteger quem viria a necessitar de cuidados de saúde.

No mesmo dia em que se iniciava a invasão, chegavam relatos à comunicação social de que um bombardeamento na cidade de Donetsk teria atingido um hospital, provocando 4 mortos imediatos e dezenas de feridos, entre eles médicos e doentes internados ou em observação. Em Dnipro, recém-nascidos de uma unidade de cuidados intensivos neonatais eram transferidos para abrigos subterrâneos. Os ataques a instituições de saúde foram-se repetindo desde as primeiras semanas [pelo menos 43 foram reportados até ao dia 16 de março], incluindo um hospital pediátrico em Mariupol. Um cenário que levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a afirmar publicamente que temia uma “catástrofe humanitária”. “O direito à saúde e o acesso aos serviços devem ser sempre protegidos, inclusive em tempos de crise. Profissionais de saúde, hospitais e outras instalações nunca devem ser um alvo e devem poder continuar a responder às necessidades de saúde das comunidades”, sublinhou a OMS em nota oficial, acrescentando que “a proteção dos civis é uma obrigação do direito internacional humanitário”.

A crise humanitária não foi travada. De acordo com a Unicef, nas duas primeiras semanas do conflito, a cada segundo, uma criança tornava-se refugiada. Mais de 1.5 milhões de crianças saíram da Ucrânia durante esse período. Números impressionantes e que apenas contam uma parte da história, mas que já seriam mais do que suficientes para que a comunidade internacional se mo-

bilizasse tendo em vista o apoio humanitário tão necessário. Em Portugal, multiplicaram-se iniciativas solidárias – originárias da própria sociedade civil, do poder local, de associações e de organismos não governamentais – que se materializaram no envio de alimentos, na recolha de medicamentos e outros bens essenciais e, ainda, no acolhimento de refugiados de guerra.

A Ordem dos Médicos (OM), através do seu bastonário, reagiu imediatamente, solidarizando-se com o povo ucraniano e mobilizando todos os médicos que estivessem em condições de poder prestar auxílio na área da saúde, nomeadamente para participar, articuladamente com as entidades oficiais, em missões de apoio humanitário. “Este é o momento para mulheres e homens de coragem. Que saibam associar a prudência e a sabedoria ao sentido humanista e solidário. Nesta guerra ninguém ganha. Existe sempre risco e prejuízo para todos os países. Mas é essencial que prevaleçam os princípios éticos essenciais que suportam a defesa dos direitos humanos e, em especial, da liberdade e da vida”, escreveu Miguel Guimarães, em carta dirigida a todos os médicos. Em pouco mais do que 72 horas, eram mais de 800 os médicos portugueses que se disponibilizaram para ajudar, respondendo positivamente ao apelo que lhes fora lançado, corroborando as palavras do seu representante: “ser médico é estar na linha da frente nos momentos difíceis, é ser resiliente quando combatemos pandemias, é não deixar ninguém para trás em contexto de guerra e também em tempo de paz, ou é simplesmente podermos fazer a diferença na vida de quem mais precisa”. Ainda na mesma missiva, o bastonário lamentou os ataques efetuados contra instituições médicas. “De acordo com informações relatadas pela Associação Médica Mundial, os direitos humanos não estão a ser respeitados, nem mesmo o princípio internacional da neutralidade médica. (...) Impedir a assistência médica dos doentes viola o direito internacional e as regras básicas da vida humana. Garantir que os doentes e vítimas tenham total acesso a cuidados de saúde é uma obrigação dos países em conflito e de toda a comunidade global”, afirmou.

A mobilização e a criação do Gabinete Humanitário da Ordem dos Médicos

Nos primeiros dias de março, o bastonário da Ordem dos Médicos reuniu com os médicos ucranianos e russos que exercem medicina em Portugal. O obje-

tivo passou por ouvir as suas reflexões e preocupações sobre os mais recentes acontecimentos relativos à guerra, bem como encontrar sinergias institucionais que permitam uma atuação concreta e benéfica nesta matéria. Ao todo, em Portugal, há 468 médicos destas duas nacionalidades inscritos na OM. A comunidade ucraniana é maior, congregando 319 médicos, que se encontram dispersos pelo país e por múltiplas áreas, tais como Saúde Pública, Medicina Geral e Familiar ou Medicina do Trabalho.

Na reunião, o bastonário manifestou “total solidariedade com os colegas” e tomou a iniciativa da criação de um gabinete de apoio humanitário em estreita colaboração com os referidos médicos, “no sentido de promover a organização e logística que encontre as melhores soluções para ajudar quem mais precisa”. Estava assim lançada a “primeira pedra” do Gabinete de Apoio Humanitário da Ordem dos Médicos (GAHOM). Porque, tal como explicou o bastonário aos jornalistas, “esta é a altura de agir”. “Não podemos ficar parados a assistir pela televisão a uma guerra desigual, injusta e brutal. Com este grupo, a OM vai estreitar parcerias com entidades oficiais e devidamente certificadas e creditadas, garantindo que a ajuda chegará efetivamente a quem mais precisa e no momento certo”, esclareceu.



Logo nestas primeiras reuniões, os médicos transmitiram que a ajuda podia ser feita a vários níveis, “nomeadamente através do envio de alimentos, medicamentos e outro material médico e cirúrgico que será decisivo para cuidar dos feridos entre a população civil e militar e dos refugiados”. Além disso,

seria prioritário preparar o acesso aos cuidados de saúde dos refugiados que chegariam a Portugal nas próximas semanas. Neste sentido, todo o grupo se demonstrou prontamente disponível para colaborar em prol de uma situação crítica que se poderá prolongar no tempo, carecendo de uma coordenação estruturada e organizada, com listas objetivas das necessidades e organização dos médicos disponíveis por sub-regiões médicas e locais de trabalho.

No caso concreto do apoio na área da saúde aos refugiados foi sublinhada “a vantagem da existência

de equipas médicas com conhecimento de tradução para português de dossiers clínicos, com capacidade para consolidar diagnósticos e identificar doenças crónicas, e de garantir acesso a cuidados de saúde a todos os refugiados”, afirmava a Ordem dos Médicos em nota divulgada à imprensa. Recorde-se que na Ucrânia multiplicavam-se as vozes - desde cidadãos a políticos - a pedir a criação de corredores humanitários nas várias cidades ocupadas por soldados russos para que medicamentos e outro material de prestação de cuidados de saúde chegassem efetivamente aos hospitais.

Numa conversa breve, a ROM falou com Vítor Almeida, coordenador do Gabinete de Apoio Humanitário da Ordem dos Médicos, para percebermos melhor a motivação, atuação e principais objetivos deste grupo de trabalho criado pelo bastonário.

O que motivou a criação deste gabinete?

O senhor bastonário criou um gabinete que analisasse e pudesse acompanhar a situação da Ucrânia mais detalhadamente depois da invasão russa. Isto porque percebeu de imediato o impacto que esta guerra poderá vir a ter na Europa. Evidentemente que estamos a falar de um gabinete de apoio humanitário, que está dentro da atuação dos médicos e da própria Ordem. Apesar desta situação mais recente ter espoletado o GAHOM, a nossa visão de futuro não será só centrada na Ucrânia, mas sim em outras crises que poderão vir a acontecer e que de certa forma podem carecer de uma resposta médica coordenada.

Quais foram os primeiros passos no início do GAHOM?

O primeiro foco foi a receção e o acompanhamento dos refugiados ucranianos em Portugal, bem como o estreitamento da ligação com as organizações governamentais portuguesas. Trabalhámos desde a primeira hora no sentido de apoiar, através de uma rede de tradutores e médicos ucranianos residentes em Portugal, todos os que chegassem ao nosso país, tendo em vista o seu bom acolhimento. Nesse âmbito, a Ordem dos Médicos acompanhou missões de transporte de refugiados em países que fazem fronteira com a Ucrânia, nomeadamente na Polónia. Foram iniciativas em que a sociedade civil pediu ajuda à Ordem no sentido de ter o apoio de equipas médicas no processo. Fizemos também a ligação com os serviços hospitalares e de Medicina Geral e Familiar na receção desses refugiados, através da tradução de documentos e criação de uma rede de apoio. Por último, tentámos de alguma forma ajudar os colegas ucranianos que chegaram a Portugal e que precisam de ser integrados no mercado laboral de forma a sentirem-se úteis e a poderem efetivamente continuar a exercer a sua profissão.

Sendo um médico já experiente na prestação de cuidados em cenários de guerra, como é que olha para os ataques aos direitos humanos que se estão a assistir na Ucrânia?

Antes de mais, devo dizer que em Portugal há médicos com muito mais experiência do que eu no terreno. Há médicos que trabalham a tempo inteiro no Comité Internacional da Cruz Vermelha, por exemplo, ou que colaboram com a própria Organização Mundial da Saúde. Aquilo que está a acontecer na Ucrânia não é diferente do que se viu na Síria... esta guerra é mais perto, portanto acaba por de alguma forma nos tocar mais. A atrocidade, a violação de direitos humanos e aquilo que é a perda total da dignidade humana das guerras, tanto se vê neste momento no Donbass como se viu em Aleppo. As imagens de Bucha não são diferentes de Aleppo. Estamos a ver na Ucrânia uma barbárie que tem uma assinatura clara e que nós sabemos qual é. São crimes de guerra. Como tal, devem ser objeto de análise dos tribunais internacionais.

O GAHOM incluiu, numa primeira fase, o contributo de todos os disponíveis para prestar assistência médica aos refugiados que chegam a Portugal, bem como os que estão disponíveis para incorporar equipas de evacuação de doentes e/ou feridos de guerra, cujo transporte deve ser acompanhado por médicos. A coordenação do gabinete ficou a cargo de Vítor Almeida, presidente do Colégio da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos e médico com experiência em atuação humanitária em cenários de guerra, como por exemplo no Iraque, em 2003.



VEJA AQUI: Médicos ucranianos em Portugal organizam-se para ajudar compatriotas.

Mais de 10 mil médicos assinaram Carta Aberta do bastonário pelo fim do conflito bélico na Ucrânia e pela criação de corredor humanitário independente e livre

“Nós, médicos a exercer em Portugal, opomo-nos ao conflito que se trava neste momento em território ucraniano e apelamos urgentemente ao cessar-fogo, bem como à existência imediata de um corredor humanitário independente e livre que permita que a ajuda chegue efetivamente a quem precisa”, lia-se na Carta Aberta, promovida pela Ordem dos Médicos, através do bastonário, e que contou com mais de 10 mil assinaturas.

O desafio para os médicos que trabalham em Portugal assinarem esta carta foi lançado no sentido solidário e simbólico de tudo fazer para tentar “salvar as pessoas feridas em combate, que estão a sofrer, sejam ucranianas ou russas”, mas também fazer chegar à Ucrânia alimentos, água, medicamentos e material médico, disse em declarações à Lusa, Miguel Guimarães. “Independentemente da guerra, os feridos têm direito a ser tratados. É uma questão de direitos humanos e é nessa perspetiva que lançamos este grito de alerta que vai ser replicado um pouco por todo o mundo”, salientou.

Os milhares de médicos que assinaram a carta são de várias nacionalidades: portugueses, russos, ucranianos, ingleses, cubanos, brasileiros, espanhóis, entre outras. “Felizmente em Portugal temos uma diversidade de nacionalidades, no âmbito da medicina, que é importante e uma mais-valia para nós”, referiu o bastonário que considera que os médicos têm obrigação de tomar uma atitude como esta “na defesa da neutralidade médica e na defesa daquilo que é o acesso aos cuidados de saúde por parte dos doentes, neste caso dos feridos de guerra”.

Na carta, os médicos subscritores realçam que juraram consagrar a vida ao serviço da humanidade, um imperativo ético que não conhece fronteiras. “A nossa missão é salvar vidas humanas. Queremos um mundo sem medo. Onde ninguém tenha de sofrer sem acesso a cuidados médicos. Queremos a ciência ao serviço da vida e não da destruição”, afirmam, reforçando que estão “juntos pela paz e pela vida, com humanismo e solidariedade”.

“Ser médico é estar na linha da frente, na liderança, sem deixar ninguém sozinho, em tempo de paz e de guerra. Existimos para servir os nossos doentes”, continuam, frisando que “impedir a assistência médica dos doentes viola o direito internacional e as regras básicas da vida humana”. “Falamos todos a mesma linguagem através do olhar das crianças que choram, do ranger determinado dos dentes de quem tudo faz para salvar a sua família em busca de um porto seguro, da testa enrugada de quem assiste, a cada tiro, a cada bomba, a mais uma morte. E os doentes entregam ao médico a sua vida”, enfatiza-se na carta.

VEJA AQUI: As declarações de Miguel Guimarães no programa da TV Record, “Fala Portugal”.



LEIA AQUI:
Carta Aberta.



GAHOM em missão no terreno

O Gabinete de Apoio Humanitário da Ordem dos Médicos enviou, no dia 15 de março, uma comitiva de quatro elementos médicos para a cidade de Cracóvia, na Polónia. A missão deu apoio a uma iniciativa organizada pela sociedade civil, com o nome de "Missão Ucrânia", que atuou com o objetivo de acolher cerca de 400 refugiados em Portugal. Este "comboio" humanitário saiu de Portugal dois dias antes, no dia 13 de março, e teve o apoio da União das Misericórdias Portuguesas no que diz respeito ao acolhimento posterior dos refugiados.



Direitos reservados.

Os quatro elementos que compuseram a equipa da Ordem dos Médicos foram: Vítor Almeida, coordenador do GAHOM; Marta Rodrigues; Sofia Carneiro (todos já com experiência prévia neste tipo de trabalho) e Kristina Hundarova, médica ucraniana que exerce em Portugal e que foi vital para facilitar a comunicação entre os profissionais e os cidadãos ucranianos. Após a missão, em declarações exclusivas ao Diário de Notícias, Kristina explicou que o grupo apoiou a vinda de 400 pessoas, "sobretudo mães com filhos menores, grávidas e alguns idosos". "A maior parte da população era saudável e não houve nenhuma situação de risco maior que fosse necessária ser referenciada para um hospital. Apenas constipações, alguns enjoos, gastroenterites e casos de ansiedade, o que também já era expectável. As situações foram resolvidas, mas o facto de haver médicos ucranianos na equipa ajudou muito, tranquilizou todas as pessoas", elucidou.

Mesmo sem nenhuma situação de risco, a médica

ressaltou que "foi muito importante poder prestar-se apoio físico e emocional durante a viagem". Até porque "as situações que foram detetadas foram avaliadas e medicadas. O facto de ser bilingue permitiu explicar às pessoas que havia uma equipa médica com conhecimento que não iria deixar para trás nenhuma situação de risco, e isso deu-lhes confiança".

"Assim que chegámos começámos a falar com todos e a distribuir um inquérito nas duas línguas para perceber se haveria algumas situações graves de saúde, que impedissem as pessoas de fazerem uma viagem de três dias, que tem alguns riscos associados", mas todas puderam integrar o comboio humanitário até Portugal. E mesmo durante os mais de três mil quilómetros percorridos, nada houve que tivesse de ser referenciado de imediato para um serviço hospitalar", concluiu Kristina Hundarova.

Já Miguel Guimarães, orgulhoso do trabalho dos elementos do GAHOM, explicou que grande parte da missão foi de "triagem no terreno, organização e produção de registos clínicos essenciais e de acompanhamento ao longo de todo o percurso para Portugal". O bastonário enalteceu sempre o espírito solidário e humanista da sociedade civil que, considera, "continua a ser decisivo em momentos de crise". "Este contributo da OM é impulsionado por profissionais de excelência que não hesitam em ajudar e em colocar o seu conhecimento ao serviço da humanidade". "Tenho orgulho em representar uma classe profissional que não hesita em ajudar e que está sempre pronta para cumprir o seu Juramento", frisou.

Para o GAHOM, a coordenação e a organização logística são as principais formas de conseguir ajudar efetivamente. Foi executado o reconhecimento das condições encontradas no terreno, compreendendo a dinâmica do processo para que todas as informações sejam fidedignas e ajudem



Créditos: Vítor Almeida

futuras intervenções humanitárias. Quanto ao material traduzido já supracitado, o GAHOM encetou desde logo contactos com a tutela para que seja possível a integração dos dados recolhidos no Serviço Nacional de Saúde. Um destes contactos foi concretizado inclusivamente através de uma reunião no Ministério da Saúde, no dia 11 de março, onde esteve presente António Lacerda Sales, secretário de Estado Adjunto e da Saúde, e Graça Freitas, diretora-geral de Saúde. Da parte da Ordem dos Médicos, participaram na reunião Miguel Guimarães, Vítor Almeida e António Marques, membro do GAHOM e presidente da Comissão Nacional de Trauma. Foram debatidos temas como a aprovação de uma ficha de triagem clínica a elaborar pela Ordem dos Médicos, a aprovação de um panfleto informativo sobre o acesso ao SNS em português e em ucraniano, o mapeamento de refugiados no âmbito do SNS e a referência de doentes que necessitam de apoio e continuidade de cuidados de saúde, entre outros assuntos prementes.

Médicos da missão humanitária portuguesa dão apoio a ucranianos na fronteira. **VEJA AQUI:**



Créditos: Vítor Almeida

Da Polónia até Portugal, a atividade do GAHOM foi intensa no mês de março. Além do trabalho organizacional que, por maioria de razão, não possui

visibilidade pública, foi criada, no Hospital Dona Estefânia, a Consulta de Apoio Pediátrico a Refugiados Ucranianos. A iniciativa teve a missão de acolher – sempre na perspetiva sanitária – crianças que fugiram da zona de guerra. A consulta foi estabelecida com a ajuda do GAHOM que teve atuação ao nível da tradução, com a participação ativa de médicos ucranianos que exercem medicina em Portugal.

O projeto iniciou-se no dia 21 de março, com funcionamento de segunda a sexta-feira e com a realização de 3 a 4 consultas por dia, efetivadas por dois médicos (um assistente hospitalar e um interno de Pediatria), em regime de voluntariado.

Preparar para acolher, travar a burocracia

Alguns atrasos verificados em Portugal no acesso à medicação de refugiados, incluindo pessoas com necessidade de tratamentos oncológicos, levaram a que o bastonário da Ordem dos Médicos alertasse publicamente para esta situação. “Muitos destes ucranianos não estão a fazer a medicação. Um dos maiores problemas, e temos recebido apelos nesse sentido, é que há milhares de doentes oncológicos que deixaram de fazer os tratamentos por esses não existirem. Portugal, à sua dimensão, terá de ter uma atenção muito grande a isso”, referiu o bastonário, em declarações aos jornalistas no dia 18 de março.

Na mesma ocasião, Miguel Guimarães avançou como necessidade “provável” estender a rede de diagnóstico e rastreio de doenças oncológicas de forma a levar “para dentro do sistema cada vez mais pessoas”, articulando quem está em lista de espera e quem chega agora ao país. “Dentro do sistema, há lista de espera, mas a situação está mais ou menos controlada, o problema é quem ainda não entrou no sistema. É uma resposta que vamos ter de dar com a melhor articulação possível porque temos os refugiados e os nossos doentes de sempre”, observou.

Dias depois, foi relatado, através da associação Acreditar, que disponibilizou instalações para receber crianças ucranianas com cancro, que os procedimentos burocráticos estavam a inviabilizar a

chegada dessas crianças ao nosso país.

A tutela disponibilizou 12 camas pediátricas de oncologia, solicitadas pelo Mecanismo Europeu de Proteção Civil, para receber crianças ucranianas com cancro, mas segundo Margarida Cruz, diretora-geral da Acreditar, "o sistema de vinda de crianças doentes, ou qualquer doente, não foi alterado do ponto de vista burocrático". "É um procedimento normal e necessário" na área da saúde quando se trata de "uma situação de normalidade", mas que neste momento "não é compatível com uma situação de guerra e de emergência", lamentou.

Confrontado com a situação, o Ministério da Saúde disse apenas que a DGS e a ACSS estavam em articulação com as autoridades polacas "para identificar os doentes a transferir em regime de ambulatório para os hospitais portugueses, ao abrigo do mecanismo europeu de proteção temporária para cidadãos oriundos da Ucrânia".

OM propõe que médicos refugiados ucranianos que não falem português possam exercer no SNS com tutor

Centrada em ser parte da solução, a Ordem dos Médicos mostrou disponibilidade à tutela para adiar a prova de comunicação em português aos médicos ucranianos que estão a chegar a Portugal, facilitando a sua integração em equipas de trabalho, sempre sob orientação de um tutor. Importa realçar que estes médicos não ficariam dispensados do reconhecimento prévio dos cursos de me-

dicina, que cabe às universidades portuguesas. Só após esse reconhecimento, a Ordem poderia inscrever estes profissionais como "médicos não autónomos, situação que se manteria enquanto não demonstrassem o domínio da língua portuguesa" através da aprovação "numa prova de comunicação médica".

O bastonário, Miguel Guimarães, adiantou que a proposta, já apresentada ao Ministério da Saúde, surge ao abrigo do estatuto equivalente a refugiado que está a ser dado aos ucranianos e visa "facilitar a inscrição na Ordem" para poderem integrar-se no mercado de trabalho. Será usada a "figura do médico sem autonomia". "Para não prejudicar a integração destes médicos, tendo o curso de medicina já reconhecido, o que podemos fazer é aceitar que trabalhem em equipa no Serviço Nacional de Saúde, tendo um médico tutor", que deverá falar em simultâneo português e ucraniano ou inglês, se houver bom domínio desta outra língua estrangeira, especificou Miguel Guimarães.

"Assim, vão-se integrando, aprendendo a nossa forma de trabalhar e auferindo um rendimento". Passados "três ou seis meses, consoante as circunstâncias, submetem-se à prova de português e, aí sim, se passarem, ficam como qualquer médico normal com autonomia", acrescentou, sublinhando que este sistema tem em conta a "proteção da qualidade da medicina e da segurança das pessoas [doentes]".

Depois desta proposta, o bastonário voltou a explicar, na sequência de algumas dúvidas lançadas na comunicação social, que estes médicos refugiados ucranianos, "enquanto não tiverem o curso de Medicina reconhecido não podem inscrever-se na Ordem dos Médicos", mesmo para este regime excepcional para praticar medicina tutelada. "O reconhecimento do curso é uma competência exclusiva das faculdades médicas", disse Miguel Guimarães, referindo que, durante o mês de março, foram recebidos dois pedidos de informação de duas médicas ucranianas sobre os procedimentos a realizar para se poderem inscrever. Mas esta exceção "não terá efeitos práticos imediatos, só depois do curso reconhecido".





Créditos: APROARTE

Apelar à paz, através da música

A Ordem dos Médicos e a Câmara Municipal do Porto, juntamente com o apoio da Universidade do Porto, a Orquestra Sinfónica APROARTE e a Casa da Música, promoveram, no dia 30 de março, um concerto de apoio à Ucrânia. O espetáculo contou também com o apoio dos Laboratórios Germano de Sousa.

O valor total da venda dos bilhetes e dos donativos angariados reverteu a favor de duas organizações humanitárias com atuação na Ucrânia: Comité Internacional da Cruz Vermelha – Apoio à Crise Humanitária na Ucrânia e Cruz Vermelha Ucraniana; e Programa Alimentar Mundial da ONU – Emergência Ucraniana.

Através da música apelou-se à paz. Em cada nota musical, homenageou-se as vítimas da guerra. Uma resistência simbólica “perante a terrível situação que a Ucrânia vive e à qual o mundo assiste como a maior crise europeia e humanitária do séc. XXI”, sublinhou a organização do evento.

A Sala Suggia da Casa da Música estava esgotada para prestar solidariedade ao povo ucraniano e para ouvir a soprano Natalya Stepanka e a Orquestra Sinfónica APROARTE, sob a direção musical do maestro alemão Ernst Schelle. Foram interpretadas obras de Ludwig van Beethoven, Piotr Ilitch Tchaikovsky, Mykola Lysenko, Myroslav Skoryk e Antonín Dvořák.

VEJA A REPORTAGEM
FOTOGRAFICA
DO EVENTO AQUI.



Saída de especialistas do SNS é “rombo incalculável” na organização dos serviços!

ENTREVISTA E FOTOS: PAULA FORTUNATO

Rejeita a visão dos médicos como deuses, mas isso não o impediu de ter total dedicação à profissão que escolheu: ser médico pode não ser o mesmo que ser um super-herói, mas Pedro Serrano defendeu a saúde dos portugueses com uma genuína preocupação. Quando, em jovem, incorporou a longa lista de médicos que asseguraram o Serviço Médico à Periferia (SMP), confessa ter sentido o peso da responsabilidade e o medo normal de quem sabe que à sua falta de experiência se soma a falta de meios e apoio no terreno. O SMP foi uma experiência desafiante, mas que ajudou a preparar melhor os médicos para as etapas seguintes das suas carreiras, defende. Este especialista acredita que se teria realizado em qualquer outra profissão desde que a ela se dedicasse com o mesmo empenho com que pugnou pela medicina e, mais especificamente, pela Saúde Pública (SP) ao longo da carreira. Pedro Serrano não esconde o desencanto sentido por quem tem visto os anos a passar sem que os responsáveis políticos valorizem o SNS e quem nele trabalha. Lamenta que esteja tudo “na mesma” e que nem a pandemia traga o milagre do devido reconhecimento. Em várias especialidades viu, demasiadas vezes, a saída de colegas que faziam falta ao SNS e lastima vê-los serem ‘empurrados’ para fora do serviço público pois esse êxodo cria, entre outros males, o que designa como “orfandade” na formação dos internos. Da abordagem à pandemia realça como pior o “negar a realidade” praticado pelos dirigentes políticos da área da Saúde.

Experiência pessoal no Serviço Médico à Periferia

> Para um médico nascido e formado no Porto, como sentiu o confronto com a realidade insular, especialmente em espaço geográfico tão reduzido como a ilha Graciosa? Podemos falar de um sentimento equivalente a uma espécie de claustrofobia?

Como é costume dizer, foi osso duro de roer mas eram 'ossos do ofício'... Claustrofobia é o termo adequado para uma estadia prolongada numa ilha, sobretudo para quem não nasceu por lá e se a ilha não é nenhuma Inglaterra. A Graciosa tem cerca de 10 km por 6, dá-se-lhe a volta em pouco mais de uma hora e, à época (1979/80), não havia aeroporto ou porto de mar. Dependendo do tempo atmosférico, chegámos a estar isolados do mundo por três semanas!

> Em que se traduzia esse isolamento? Era algo assustador?

Três semanas sem transporte, correio, sem forne-

cimento ou renovação de medicamentos e oxigénio para o hospital, e tudo o resto que vinha de fora... o que era quase tudo, até bens alimentares. O facto em si não me amedrontava nem me motivava: era assim e aquela realidade não era só a minha, mas a de toda a gente que morava na ilha. Escolhi ir para lá, a estadia fez parte do meu robustecimento profissional e humano. Foi uma preparação importante nas etapas seguintes da minha vida.

> E facilitou, provavelmente, a construção de equipas com os profissionais de saúde locais...

Os profissionais de saúde locais, para além do colega que esteve comigo esse ano, consistiam apenas em três freiras-enfermeiras, que viviam e zelavam pelo hospital; um outro enfermeiro, cedido pela Marinha e uma enfermeira da terra, a quem competia o serviço externo nas Casas do Povo e em atividades preventivas como a vacinação. Não havia como fugir à coesão profissional e ao trabalho em equipa, eramos menos que poucos para tanto trabalho, mor-

Pedro Serrano nasceu no Porto em 1953, cidade onde se formou em medicina. É especialista em Saúde Pública, detém a competência de Gestão dos Serviços de Saúde e possui uma pós-graduação em Epidemiologia. Além de uma obra literária que inclui ficção, ensaio e poesia, alguma em tom autobiográfico, é autor de *"Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos"*, manual que viu duas edições (editora Relógio d'Água) e foi adotado como texto de referência por várias instituições universitárias e de formação médica pós-graduada; Membro efetivo do Conselho Nacional do Internato Médico (1984-2014), foi Coordenador da formação pós-graduada dos médicos de Saúde Pública na Zona Sul do país; Coautor do relatório *"Um novo paradigma para a Saúde Pública"*, elaborado em 2005 por um grupo de trabalho independente e visando a reestruturação da especialidade. Eleito membro da direção do Colégio da Especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos por diversas vezes, presidiu a esse órgão técnico-científico no mandato 2012-2015. Já em 2022, editou na Gradiva o livro *"Ilha Com Vista Para o Mar"* onde narra a sua vivência durante o Serviço Médico à Periferia que fez na Graciosa, Açores.



mente um serviço de urgência aberto 24 horas e um internamento com cerca de 12 camas. O conhecimento que os profissionais permanentes, particularmente as freiras, tinham do terreno foi fundamental para enquadrar médicos transitórios, como eramos e como o eram os colegas antes de nós e os que nos sucederam.

> E amizades?

Essa transitoriedade - todos os anos os médicos mudavam - não facilitava a criação de amizades. Mesmo assim, é interessante verificar que a recente publicação do meu livro *"Ilha Com Vista Para o Mar"* provocou uma torrente de contactos de gente da qual nunca mais tivera notícias, tanto de pessoas da Graciosa como de colegas que estiveram nos Açores no SMP. Pessoas que se identificaram com o que leram ou que acharam graça ver-se retratadas no meu relato.

> De um modo geral, os jovens médicos recebiam de bom grado a missão de abraçar o SMP?

Não havia muito por onde escapar, o SMP era obrigatório. Diria que, em geral, sim, a obrigação era aceite pacificamente e o facto de termos à volta de 25/26 anos ajuda a ser curioso, benevolente, aberto a

outro tipo de experiências. É claro que havia sempre os reticentes ou com interesses já estabelecidos, que reagiram pior. Como destino, a Madeira e, sobretudo, os Açores eram casos extremos e, na generalidade, ninguém queria ir lá parar, o sorteio para essas paragens era encarado com terror e havia quem pagasse (o que podia ser um automóvel novo ou, até, um apartamento) para uma troca de vaga que permitisse ao pagante ficar no continente e, em sua vez, ir algum colega mais permeável. As regras do SMP eram lassas e possibilitavam trespasses [risos].

O SMP no contexto da saúde em Portugal

> Concorda que o SMP foi essencial à construção de um país mais democrático?

Não sei se foi essencial ou não, ou se ajudou ou não a cimentar a democracia. Não possuo elementos para afirmar tal ou o seu contrário e não desejo engrossar as fileiras daqueles que gostam de sonhar que o SMP foi o supracumulo das iniciativas ou o produto de uma conceção cuidadosamente planeada. Por vezes ouço até referir o SMP como um dos feitos mais importantes do SNS, quando, na realidade, o SNS nasceu anos depois. Em termos práticos o SMP (1975-1984) foi, entre outras coisas,

uma necessidade do Governo em escoar a avalanche de médicos que, no fim da licenciatura, se iam acumulando ano após ano nos hospitais, anos durante os quais os internatos e a especialização médica se encontraram parados. Era preciso fazer algo com esses colegas que já não cabiam nos hospitais e não lhes eram úteis. Quando regresssei do SMP, mais maduro profissionalmente, mas ainda tecnicamente indiferenciado, o hospital central onde regresssei quase agradecia se não me demorasse muito por lá, pois só atrapalhava. Resumindo, diria que o SMP terá sido, sem dúvida, útil aos médicos que o frequentaram, sobretudo por os ter forçado a um desembaraço profissional, quase sem ajuda, e também por estimular uma descoberta da realidade de saúde do país, o que foi um choque para quase todos nós.

> Então, para os jovens médicos, o SMP foi uma experiência muito positiva?

Sim. Todos os médicos dessa época reconhecem o muito que aprenderam e o quanto foi importante esse estágio sem mestre à periferia. Desse ponto de vista, penso que uma experiência formativa com estas características é sempre positiva. Aliás, as ins-

tâncias médicas europeias incentivam que durante a formação médica especializada os internos passem por vários níveis de serviços, tanto centrais como periféricos. Por cá, essa recomendação começou já há anos a ser posta em prática nos programas de formação das diversas especialidades, em estágios que obrigam a que o aprendiz de especialista rode por diversas geografias de serviços. Pessoalmente penso como essencial um médico ser capaz de desempenhar as competências que se esperam dele, independentemente do local de colocação. Se não for capaz de se adaptar à realidade médica e sanitária em que se encontra, deixa de ser útil e poderá vir a ser substituído por telemedicina, algum robot ou um programa de *software*.

> No nosso contexto acha que faria sentido voltar a ativar um SMP?

Tenho dúvidas. O atual contexto da formação e da prática médica mudou muito, designadamente a cobertura territorial e duração do treino. Aumentar o tempo de formação teria implicações várias, nacionais e internacionais.

> A Graciosa é a segunda ilha portuguesa mais



pequena. Sentiu que fez a diferença para a saúde das pessoas que aí habitavam?

Não, de todo. Tivemos (eu e o colega que esteve comigo) até medo de poder estar a 'matar' mais gente do que a que teria morrido em anos anteriores - chegámos a ir ao Registo Civil comparar números de óbitos de vários anos! As fornadas de médicos do SMP eram compostas por profissionais imaturos, que, na sua maioria, não estavam à vontade no exercício da medicina sem a retaguarda protetora dos hospitais onde foram formados. Eu era um deles, logo teria de questionar a população da ilha se fiz alguma diferença.

> E qual foi o resultado dessa comparação do número de óbitos?

A esta distância não recorro o valor exactos do número, mas eram semelhantes aos de anos anteriores. Entre outras limitações, essa comparação revela a imensa ignorância epidemiológica que tinha nesses dias: não se podem comparar pequenos números e muito menos fatias de tempo inferiores a um ano em populações tão pequenas.

> Faz uma análise modesta do impacto do SMP. Mas, se a vantagem efetiva para a população pode não ter sido medida no imediato, a melhoria dos indicadores é uma realidade...

Não se pode fazer corresponder diretamente uma melhoria nos indicadores de saúde com a atividade médica, essa relação não é linear pois os fatores determinantes da saúde/doença dependentes da intervenção dos serviços de saúde (onde se inclui a prática médica) são apenas uma das peças coadjuvantes na engrenagem cujo peso varia entre 11 e 15%; tendo outros determinantes até um maior peso: os fatores ligados ao comportamento individual, por exemplo, pesam 36%; as circunstâncias sociais 24%; a genética e a biologia 22%. Assim, a melhoria dos indicadores de saúde deve-se a uma constelação de diversos fatores e não somente ao facto de haver médicos e estruturas de saúde.

> Mas sem médicos seria, com certeza, bem pior...

Sim, mas nunca poderíamos tirar conclusões, cientificamente credíveis, sobre uma relação causal entre SMP e melhoria nos indicadores de saúde. O país foi melhorando no seu todo e mau era se isso não viesse a acontecer no último quartel do século XX, com ou



sem SNS, com ou sem SMP.

Ser especialista em Saúde Pública

> Falou do “choque” da descoberta da realidade sanitária do país. Os jovens médicos não tinham essa consciência do real distanciamento que existia entre a população e os serviços de saúde?

Terá sido um choque para quem se deu conta ou era sensível a isso, pois restam sempre aqueles que praticam uma medicina estrita e supõem que se eliminam parasitoses intestinais e diarreias unicamente pela receita de medicamentos e que acham que essas condições mórbidas nada têm a ver com abastecimento de água potável e com uma rede de esgotos decente. Como médico de SP não tive alternativa a aperceber-me disso com brutalidade, designadamente desse imenso distanciamento entre a população e os serviços de saúde. No Norte interiorizado onde trabalhei na primeira metade dos anos 80, apesar de serviços de saúde grátis, novos em folha e disponíveis 24 horas por dia, as pessoas não apareciam, foi preciso ‘catá-los’ um a um. As mulheres não procuravam o planeamento familiar porque os maridos não deixavam e as grávidas preferiam recorrer a curandeiros e parteiras tradicionais.

> Eram tempos de muitas carências nomeadamente estruturais. Apesar disso, concorda que profissionalmente havia uma satisfação implícita em ser médico nesse tempo?

Falo por mim, mas penso que tem toda a razão. Era mais satisfatório e tinha-se a sensação de fazer



parte de algo, do nosso contributo ser útil e visível, quer para a população quer para os dirigentes. Essa pertença e préstimo parece ter desertado e, na última quinzena de anos, assisti à debandada de colegas para o setor privado, alguns deles com longos anos de profissão, abandono que nada teve a ver com um súbito desejo de enriquecer! Em alguns deles era nítido o embaraço por estar a desistir de hospitais onde tinham formado seguidores e deixando dinâmicas exemplares de organização. Que rombo incalculável essa saída provoca num serviço, que orfandade para a formação de novos colegas. Mas a cegueira de quem manda é feita de indiferença e os pratos da balança foram-se tornando demasiado desiguais: num deles, como chumbo, pesava o ordenado miserável (quase igual ao fim de 20 anos de trabalho), a burocracia asfixiante, a obsolescência das condições técnicas de trabalho, idênticas às de um país em guerra ou subdesenvolvido.

> Há um desfasamento entre a narrativa da tutela e o que os profissionais encontram no dia a dia, no terreno. Há uma degradação das condições do exercício que é a verdadeira causa desse abandono do SNS...

De facto. Apesar da cosmética televisiva da narrativa oficial, para muitos destes profissionais já não era mais possível aguentar assistir ao lastimoso e lastimável estado a que chegou o nosso SNS, que se foi esclerosando num SNC (serviço nacional da contingência), dado que hoje o *acesso universal a cuidados* (que, na lógica do utilizador, pressupõe facilidade e rapidez em obter cuidados) só se consegue realmente em serviços privados, pagando, é claro. Hoje, tentar aceder a serviços públicos de saúde é pesado equivalente a aceder às Finanças ou à Justiça e representa esbarrar na barreira kafkiana das listas de espera, na dilação da referência e os próprios médicos de família foram forçados a travestir-se em amanuenses, o que os faz, sempre que podem e tal como aos colegas hospitalares, desejar escapar ao sistema, mesmo que tal signifique abandonar a via estruturante de uma carreira.

> Quando se fala em Saúde Pública é impossível não pensar na pandemia que atravessamos... Como especialista de SP, com pós-graduação em epidemiologia, qual considera ter sido o pior erro neste combate e qual a maior aprendizagem a retirar destes últimos 2 anos?

Na minha opinião, os erros mais crassos derivaram do que parece integrar o nosso ADN como país: começa por negar-se a realidade ou a evidência ("nunca chegará cá"; "não se transmite de pessoa a pessoa", "as máscaras não servem para nada", etc.); seguido do dourar da pílula associado (que passa por ocultar, atrasar ou manipular a informação sobre o assunto, pelo montar uma narrativa cuja principal função é isentar de responsabilidades os dirigentes). Este navegar à vista leva a que andemos sempre a reboque dos acontecimentos, por vezes para espanto de quem nos observa do exterior e não desconhece o que se passa de facto por cá. Acresce que não se perde nunca uma oportunidade para embandeirar em arco perante qualquer fugaz melhoria da situação, mesmo que não consolidada. O resultado de toda esta prosápia pode traduzir-se em que, na semana seguinte, voltemos a ser o país com mais casos na Europa, com mais óbitos... Mas até isso pode ser sujeito a contrafação e o problema endossado a outros, aqueles que não distinguem a *nuance* entre "morrer com COVID" e "morrer de COVID". Está-se bem!...

> Ou seja...

Resumindo: o pior erro germinou ao nível do detalhe mais ridículo, na contaminação permanente da técnica pela política, o que por si só pode ter levado a atrasos, erros ou precipitação nas medidas tomadas. Visto de outra perspetiva: foi recorrentemente deficiente o comportamento dos dirigentes da saúde do nível central, e adequado o desempenho da generalidade das autarquias e das instituições de saúde, com destaque para os grandes hospitais, concretizado na forma como se organizaram e adaptaram à situação, no modo como veicularam a informação essencial: direta, atempada, clara e simples, sem medo.

> Em 2005 foi coautor de um relatório feito por um grupo externo ao Ministério da Saúde, tendo em vista um novo paradigma na SP, onde se referiam linhas de ação prioritárias para a área. Quase 20 anos depois, em que ponto ficou a reestruturação que propuseram?

Desse relatório, e já no âmbito do Ministério da Saúde, nasceu um grupo que reviu de alto a baixo o que existia, em termos de leis, estruturas, pessoal e organização da SP e, desse trabalho, resultou um

conjunto de propostas legislativas aprovadas. Mas o que se conseguiu transpor em lei (criação de Unidades de SP locais, departamentos de nível regional, reorganização e trabalho em rede a todos os níveis de serviços) nunca foi implementado seriamente, embrulhou-se na teia dos pequenos interesses locais e nacionais, de modo que, em 2022, estamos na mesma como a lesma...

> Acredita que a pandemia pode ser o momento em que a importância da SP se torna tão evidente que lhe será permitido assumir o papel central na prevenção da doença e promoção da saúde que lhe devia estar atribuído?

Não acredito nesse milagre pós-pandémico: o tempo do impulso regenerador já chegou e já passou. Uma das coisas que a pandemia pôs a nu, em diversos setores da atividade, e mais cruamente na saúde, foi a imensa fragilidade de todo o sistema nervoso da rede de serviços do Estado, o esfarrapado SNS que hoje é o nosso. Fez-me grande impressão, falando apenas da casa da SP, ver o posicionamento distante assumido por quem tem a tradição e a responsabilidade máxima na matéria (Direção-Geral de Saúde), estrutura que se colocou à margem na liderança do processo da vacinação anti-COVID e reduziu o seu contributo ao acessório. Dizer isto não é, de todo, dizer que fui contra o papel que as Forças Armadas tiveram em todo o processo, pelo contrário, não sei onde estaríamos sem elas e sem o seu trabalho impecável! Mas presenciar a paralisia da DGS foi penoso, tendo em vista a sua missão estatutária e o currículo anterior na matéria (a DGS é responsável pelo Programa Nacional de Vacinação, desde a sua criação em 1965).

Os próprios serviços locais de SP, por ausente ou deficiente estratégia central, passaram grande parte da pandemia afundados em tarefas inglórias: insistir, como forma de identificar fontes de transmissão, que queimassem os dias em inquéritos epidemiológicos numa altura em que a infeção grassava já em toda a comunidade foi uma total perda de tempo e energia. Dito isto e conhecendo o que a casa gasta, não acredito que as 'lições da pandemia' vão modificar seja o que for em Portugal, seja uma reforma da SP, o teletrabalho ou a manutenção da dispensa domiciliária de medicamentos.

Uma “ilha com vista para o mar” e outras histórias

> Que tipo de relato pode o leitor esperar da sua mais recente obra literária, *Ilha Com Vista Para o Mar*?

Sempre achei a Graciosa chão fértil do ponto de vista literário. Aquela concentração de gente em espaço tão exíguo e isolado do exterior - de manhã via um doente na consulta e à noite encontrava-o no baile, ele e eu agora na pele do candidato a dançarino, por vezes competindo pelo mesmo par. Esse microcosmos gera um contexto de possibilidades narrativas. Mas, estando lá, não tinha distância, perspectiva em relação ao que se passava. Décadas depois, ao ouvir relatos sobre o SMP — alguns hiperbólicos, tornando-nos em super-heróis que salvaram a pátria —, ao ver todo esse exagero, pensei chegado o momento de contar a minha história e, através dela, a minha visão do SMP. Assim, o que o leitor pode esperar ao abrir essa *Ilha Com Vista Para o Mar* é a perspectiva, íntima, de um tipo com 25 anos, em fase da vida própria a quem tem aquela idade, e a quem sucedeu ser o médico 24 horas por dia de 7.500 almas, à espera numa ilha remota do Atlântico. Uma narrativa contada de dentro para fora, sempre em tom pessoal e nunca um relato institucional ou apologético. No fundo é uma história real, contada como uma novela. No entanto, permite, creio, uma panorâmica do que era o SMP, as condições em que decorria, como era gerido ou praticamente não gerido; a falta de enquadramento e apoio que, como médicos, tínhamos. Tudo isto vai sendo corolário da leitura e, acessoriamente, assiste-se ao esboço de uma fotografia do Portugal do final dos anos 70 e, obviamente, das circunstâncias próprias dos Açores, enquistado no seu isolamento e ainda mais adiado do que o continente.

> A certa altura, conta o momento em que o médico passa a ser o doente. Essa experiência ajudou-o a perceber melhor o que é precisar de cuidados de saúde que não estão disponíveis ou, quando



aconteceu o episódio do abscesso dentário, já sabia bem em que se traduzia a insularidade?

Já o sabia bem, pois contava meses de experiência do que era não ter acesso a meios auxiliares de diagnóstico ou a cuidados especializados. E, ao invés do que sucedia no continente, ali era forçoso esperar que o tempo estivesse bom, que o helicóptero viesse, que na ilha Terceira (onde ficava o hospital de referência) recebessem o doente. A minha infeção dentária mostrou-me sobretudo a faceta logística: saindo da ilha só teria transporte de volta uma semana mais tarde, por simples que fosse a consulta ou o exame a fazer! Esse constrangimento traduzia-se em desconforto e despesa para a pessoa visada e em enorme desperdício para a sociedade.

> Entre os seus livros há um (“Coração Independente” de 2001) que conta a experiência pessoal com uma doença grave. Concorda que a empatia é essencial, ou seja: é importante para o médico ser capaz de se colocar no lugar do doente e tocar a sua fragilidade? Para cuidar é preciso compreender?

Absolutamente. Durante a minha aprendizagem como doente (um cancro, de onde resultou um enfarte devido à radioterapia) apercebi-me de que os melhores médicos que me cuidaram tinham, eles próprios, sofrido uma doença pesada. Faz toda a diferença conseguirmos pôr-nos na pele do outro, compreendermos como está frágil e despersonalizada a pessoa sentada à nossa frente no estatuto de doente. Metade do bem cuidar é observação cuidada e empatia, não há máquina, protocolo ou algoritmo que substitua isso.

> Há momentos da sua carreira que o façam sentir um profundo orgulho em ser médico?

Muito recentemente conversava com um amigo, otorrinolaringologista, e perguntávamo-nos se, podendo a vida recomeçar, voltaríamos a cursar medicina. Ambos chegámos à conclusão que não, que optaríamos por outra coisa; não porque ser médico nos tivesse corrido mal, mas pela vontade em experimentar outro caminho. Isto para lhe dizer que não sinto orgulho especial em ser médico e penso que poderia sentir igual brio exercendo outra profissão, fosse músico, carpinteiro ou jardineiro. O essencial é praticar o mister que nos coube com rigor e qualidade - o orgulho ou a satisfação virão daí.

O homem. O médico. As artes

> Escreveu quatro romances, crônicas de viagem, trabalhos de tradução e adaptação de obras de outros autores nomeadamente na área da música. Considera-se mais um médico que escreve ou um escritor que pratica medicina?

Seria condição necessária, para que me considerasse escritor, ter praticado a escrita em tempo completo, porventura viver disso. Assim, considero-me antes um tipo que escreve umas coisas e, no meu caso, desconfio que a medicina pouco tem a ver com isso, é algo que terá a ver com um certo tipo de sensibilidade que me é intrínseco.

> De Bob Dylan, prémio Nobel da literatura em 2016, de quem traduziu as letras de praticamente todas as canções, qual seria a sua citação preferida?

Não lhe consigo responder! Traduzi mais de 300 canções do homem, é fácil perdermo-nos na evocação de tanto verso e difícil escolher um em particular. Aliás, em colaboração com a amiga com quem traduzi os *Lyrics*, estou a meio da tradução de um novo livro dele (*A Filosofia da Canção Moderna*), que sairá em todo o mundo - incluindo Portugal - no próximo mês de novembro. Dylan tem-me perseguido e nunca imaginei que tal fosse acontecer deste modo quando o ouvi pela primeira vez aos 13 anos.

> Já escrevia em jovem?

Escrevo desde os 8 ou 9 anos; é hábito que se pode traçar na minha família desde o século XIX! O meu bisavô materno era escritor, o meu avô idem, a minha mãe escrevia poesia... Quando era miúdo escrevinhava histórias de aventuras e construía bandas-desenhadas.

> E mais tarde, a escrita ajudava-o a lidar com a realidade do jovem médico na pequena ilha, nomeadamente com as saudades do Porto, dos amigos e da família?

Quase tudo o que escrevi (que fosse não-técnico) não teve a ver diretamente com a medicina, nem o escrevi por catarse direta do que sucedia à minha volta. Como suponho acontecer com muitos que escrevem, é-me necessário um tempo (rondando dez ou mais anos) entre o momento em que as coisas acontecem e a altura em que estou apto a escrever sobre elas: preciso de distância e perspetiva, digamos.

> Considera importante que os médicos tenham uma escapatória ligada a prazeres da vida?

Creio que todos os seres humanos necessitam, como diz, de uma escapatória, seja ela a escrita, a leitura, o tocar um instrumento, o ginásio ou a filatelia, ou mesmo o maduro-tinto ou o whisky. No meu caso, os gostos distribuem-se pela música (infelizmente só como ouvinte), pela leitura e pelas viagens. Quanto ao maduro-tinto, também tive os meus dias, mas não foi escapatória que tenha perdurado.



Graciosa, 1979

Bastonário reforça o contributo notável e decisivo dos médicos no combate à pandemia

Dois anos após o surgimento do primeiro caso diagnosticado de COVID-19 em Portugal, num momento em que a pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 está controlada e prestes a entrar numa nova fase, o bastonário da Ordem dos Médicos destaca o notável e decisivo trabalho e resiliência dos médicos no combate à pandemia, o que permitiu a Portugal responder da melhor forma a esta emergência de saúde pública internacional.

O bastonário da Ordem dos Médicos agradece publicamente a todos os seus colegas o excelente contributo que deram aos portugueses ao longo destes dois anos. “Os médicos especialistas e os internos em formação, juntamente com os outros profissionais de saúde, conseguiram, desde a primeira hora, planear e organizar a resposta adequada às necessidades impostas pela pandemia, mesmo quando ainda não eram conhecidos todos os contornos deste vírus” recorda Miguel Guimarães. “O conhecimento, as competências, a responsabilidade, a ética e o trabalho em equipa foram aliados sólidos das qualidades humanistas e solidárias demonstradas pelos médicos durante os períodos mais críticos da pandemia”, reforça.

Os médicos dignificaram a medicina portuguesa e honraram a posição de Portugal no combate à pandemia a nível internacional, especialmente nos indicadores que mais dependiam diretamente da excelência do seu trabalho. Estas mulheres e homens de coragem e resistência invulgares deram um exemplo ao país no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de saúde privado e social. Um exemplo que merece da parte da Ordem dos Médicos um reconhecimento especial que ocorrerá durante este ano, através de uma homenagem pública centrada nos médicos que deram a sua vida para salvar vidas e em todos os médicos que nunca desistiram de lutar pelos seus doentes.

Neste momento, com a pandemia a entrar numa nova fase – graças ao trabalho dos médicos, dos restantes profissionais de saúde e da adesão da população à vacinação – “a Ordem dos Médicos mantém-se atenta aos principais desafios da saúde estando em estado de prontidão para defender os doentes e a qualidade da medicina portuguesa” conclui o bastonário.





Aumento de atividade pandémica continua a pôr em risco os mais frágeis

TEXTO: PAULA FORTUNATO

O aviso foi feito a 18 de março pelo bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, e pelo diretor de serviço de doenças infecciosas do Centro Hospitalar Universitário de São João, António Sarmento, que manifestaram a sua apreensão perante os riscos do aumento da atividade pandémica para as franjas mais frágeis da população, nomeadamente os doentes transplantados. Se a comunicação não for feita de forma correta as consequências poderão ser nefastas pois quando se fala de “libertação” transmite-se uma potencial falsa ideia de segurança.

Em declarações aos jornalistas, Miguel Guimarães falou sobre o aumento da atividade pandémica e apelou ao cumprimento das regras para que se possa almejar à “libertação total” quanto às medidas de combate à pandemia. Com a atualidade dominada pelos assuntos referentes à guerra entre a Rússia e a Ucrânia, o bastonário fez questão de alertar que continua a ser importante comunicar bem e de forma eficaz no que se refere à pandemia pois, conforme frisou, “há muitas pessoas que já não estão a cumprir as regras que ainda existem e que devem

ser cumpridas” por causa da COVID-19.

Só com esse cumprimento se poderá atingir os objetivos propostos pelas autoridades de Saúde. “A mensagem tem que ser forte e realista”. É verdade que “a gravidade da doença está a diminuir, mas a incidência é alta. Se as pessoas cumprirem, poderemos regressar à dita normalidade, mas a nossa normalidade vai incluir procedimentos novos”, defendeu, numa opinião que foi corroborada pelo infeciologista António Sarmento, diretor de serviço de doenças infecciosas do Hospital de São João, no Porto, que tem preocupações semelhantes: “Com esta preocupação da guerra, que é perfeitamente legítima, infelizmente começamos a esquecer-nos um bocadinho que a pandemia ainda cá está. Discordo completamente dos dias da libertação. Parece que no dia anterior estava tudo mal e no dia seguinte à libertação está tudo bem”, explicou, fazendo a apologia de que “as pessoas podem manter comportamentos por iniciativa própria mesmo que não sejam impostos”, o que traduz a compreensão de que “a transmissão na comunidade ainda é muito significativa”. Numa clara preocupação com “a franja de populações vulneráveis”, António Sarmento defendeu uma “libertação gradual”, em que impere “o sentido de bem comum na sociedade” pois, por exemplo, nos doentes transplantados, “a doença continua a matar”.

Um ACES, 25 médicos em idade de aposentação



Com uma população de 225 mil utentes inscritos e mais de 40 mil sem médico de família atribuído, o ACES Médio Tejo é um exemplo paradigmático da falta de planeamento de recursos humanos: a 1 de março este ACES – onde faltam 29 médicos – viu agravar-se a lista de utentes sem médico de família, com a aposentação de cinco profissionais. O futuro não perspectiva melhorias pois ao longo deste ano haverá 17 médicos em idade da aposentação. O bastonário da Ordem dos Médicos tem defendido que sejam melhoradas as condições no SNS para que se consiga atrair e fixar médicos especialistas.

Em 2022, só no ACES Médio Tejo, 25 médicos de Medicina Geral e Familiar atingiram ou ultrapassaram a idade de aposentação, 8 dos quais já se aposentaram nos primeiros três meses do ano. “O ACES Médio Tejo debate-se com uma grave carência de médicos de família, que se tem vindo a agravar com o elevado número de aposentações. Este ano, de 2022, entraram dois médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar em janeiro, através do concurso de ingresso na carreira médica da época especial, mas registaram-se 4 saídas por aposentação. No dia 1 de março estão já confirmadas mais 5 aposentações, pelo que o número de utentes sem médico de família atribuído irá inevitavelmente aumentar. Para garantir a atribuição de médico de família aos utentes inscritos e frequentadores necessitaríamos de 29 médicos de família”, disse fonte da ARSLVT (ao mediotejo.net). Para fazer

face a estes números e dar resposta às necessidades da população, a ARSLVT tem recorrido à contratação de médicos aposentados ou à prestação de serviços médicos, minimizando as dificuldades de acesso.

Esta é uma problemática para a qual o bastonário da Ordem dos Médicos tem alertado sistematicamente, propondo soluções concretas. É que este ACES é apenas um exemplo de um retrato tenebroso para o qual Miguel Guimarães tem chamado à atenção: há mais de 1,2 milhões de utentes sem médico de família e “nada é feito para resolver este problema”, apesar de promessas que se arrastam ao longo dos anos. O representante de todos os médicos frisou bem que esta é uma tendência crescente e tem apresentado os números que consubstanciam as suas afirmações: em fevereiro de 2019 havia 688 mil utentes sem médico de família, em junho de 2021 o número subiu para 850 mil, no mês seguinte já rondava 1.1 milhão de pessoas e, em janeiro deste ano, já ascendia a mais de 1.2 milhões de portugueses aos quais é sonhado o direito tantas vezes usado como arma política eleitoral de que teriam um médico de família atribuído.

“Para termos a cobertura deste mais de um milhão e cem mil [utentes] que está em falta, bastavam-nos 600 médicos de família”, tem explicado o bastonário da Ordem dos Médicos, frisando que, neste momento, existem mais de 1.500 médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar que trabalham exclusivamente para o setor privado ou social. Não será complexo perceber que seria um número mais do que suficiente para atribuir um médico de família aos portugueses que não têm, se o SNS conseguisse ter condições de atratividade para manter ou recuperar esses médicos para o setor público.

Vigília pela paz na **Ucrânia**

TEXTO: PAULA FORTUNATO

Decorreu no dia 7 de março uma vigília pela paz na Ucrânia, uma ideia que teve o intuito de apelar ao término das hostilidades bélicas na Ucrânia. O encontro simbólico, essencialmente dirigido à comunidade do setor da saúde, foi aberto à participação da sociedade civil.

A Igreja de Santiago, no Castelo de Palmela, recebeu esta vigília ecuménica em prol da paz e pelo fim imediato da guerra na Ucrânia, uma ideia promovida pelo internista e infeciologista José Poças, tendo como ponto de partida um texto que este médico escreveu e que pode ser lido no site da OM (intitulado *“um assalto e um ringue, ou a história de duas iniciativas em favor da paz num mundo perigoso e da devida homenagem a um homem de bem”*). Em apenas dois dias foram mobilizados para esta vigília representantes de cargos políticos, elementos das representações diplomáticas creditadas no nosso país, líderes das principais religiões que se professam na Ucrânia e elementos de ONGs que atuam nos domínios da imigração e dos refugiados. A ideia teve essa origem, mas é o próprio médico que realça *“a ajuda empenhada”* de várias entidades sem as quais *“não teria sido possível levar a bom porto esta realização em tão curto espaço de tempo”*, frisa, referindo-se à Ordem dos Médicos, ao Município de Palmela, ao Centro Hospitalar de Setúbal e à Liga dos Amigos dessa unidade. O objetivo era simples: *“dar um contributo para mudar o*

curso dos trágicos acontecimentos” que se traduzem na guerra na Ucrânia.

O evento simbólico de índole abrangente teve como *“principais convidados (...) os médicos ucranianos e russos”*, e foi marcado pelo lamento partilhado em face da *“tragédia humana fortemente amplificada porque os cidadãos russos que pretendem manifestar-se contra esta guerra sem razão nem sentido, mas que corajosamente o fazem na praça pública, como sinal de assinalável lucidez, coragem e espírito solidário, ou são presos, ou enviados para a frente de batalha, ou, quiçá, mortos sem que se saiba ao certo onde, como, quando e por quem, pois tal passou a ser, subitamente, segredo de Estado”*.

“Num mundo globalizado, temos que, pois, mostrarmos-nos solidários com todos os povos que lutam por garantir a integridade territorial das suas nações ou que exigem o devido respeito pela autonomia do que pretenderem fazer acerca do seu futuro, desde que reconheçam idêntico direito aos seus países vizinhos. Ser político com responsabilidades a nível internacional, nacional ou regional, ou, mesmo, mero cidadão consciente dos verdadeiros valores civilizacionais deste século, é, certamente, estar à altura destes nobres desafios” – palavras de José Poças, que explicou ainda que esta vigília pretendia gerar um *“clamor coletivo protagonizado pelas associações médicas de todos os países”* pois, considera, *“temos a obrigação de prestar auxílio humanitário”*.



Dia Europeu da Sensibilização para a violência contra os médicos e outros profissionais de saúde

Conscientes de que o respeito é vital para uma relação médico-doente profícua e que um ato de violência quebra essa relação, as organizações médicas europeias, juntas no *working group* sobre violência, que tem coordenação do CEOM – Conselho Europeu das Ordens dos Médicos, instituíram o “Dia Europeu da Sensibilização para a violência contra médicos e outros profissionais de saúde”. O dia 12 de março foi a data escolhida para reforçar o apelo à ação urgente e consistente para proteção dos profissionais de saúde, entre eles os médicos, no desempenho das suas funções. O objetivo das ações que propõem (legislação mais eficaz, maior apoio às vítimas, aumento da segurança física no local de trabalho e mais formação em comunicação pró-ativa, por exemplo) é consciencializar para que não haja qualquer tolerância perante nenhuma forma de violência, seja ela física, psicológica ou moral.

Reconhecendo que os profissionais de saúde são cada vez mais confrontados com situações de violência, por vezes extremas, na sua prática diária, mesmo fora de qualquer contexto de conflito, e como isso os afeta, nomeadamente por gerar maiores níveis de *burnout*, pondo em causa a segurança do doente e a qualidade dos cuidados que lhe são prestados, as organizações médicas europeias (EMOs) assinalam o “Dia Europeu da Sensibilização para a violência contra os médicos e outros profissionais de saúde”, enaltecendo alguma evolução que está a acontecer nesta área, nomeadamente na sequência dos apelos que têm feito. Estes apelos à ação urgente para proteger os profissionais de saúde, entre eles os médicos, no desempenho das suas nobres funções. Além da prioridade de aplicação das leis que já existem para combater esse tipo de violência, os apelos têm sido no sentido de melhorar o normativo legal, estabele-

cendo mecanismos nacionais de denúncia em toda a Europa, além da implementação de programas mais eficazes de prevenção e assistência às vítimas. Em termos legais, as EMOs congratulam-se por se ter conseguido que se realizem alterações legislativas que aumentem a segurança no trabalho dos profissionais de saúde, base da qualidade e eficiência dos cuidados prestados. Uma das áreas que merece ser realçada é a alteração que permite que os crimes que incluam este tipo de violência tenham uma pena agravada, tanto para quem trabalha no setor público como no privado. De notar que em Portugal, até agora, os médicos do setor privado estavam mais desprotegidos quando eram vítimas de violência, diferença totalmente inaceitável num sistema de saúde que se quer moderno e no qual se integram todos os setores, ao serviço da saúde dos cidadãos.

O Dia Europeu de Sensibilização sobre a violência contra médicos e outros profissionais de saúde celebrou-se pela primeira vez há três anos, a 12 de março de 2020. A preparar esta efeméride, o CEOM promoveu no passado 25 de fevereiro uma reunião do *working group* das EMOs sobre violência no qual se debateu não só a necessidade de reconhecer essas situações como um importante problema de Saúde Pública, mas também o facto de ser um dos fatores externos que condiciona a qualidade da atuação dos profissionais de saúde no desempenho das suas funções. As condições do exercício da profissão, incluindo a falta de segurança nas instituições de saúde, a falta de descanso e a pressão diária sobre os recursos humanos, acarretam consequências psicológicas e *burnout*. O CEOM e as restantes organizações europeias, defendem que, independentemente de considerarmos que estas são questões prioritárias, é essencial abordar os danos irreparáveis que violência e *burnout* acarretam para a saúde e futuro dos profissionais, o que só será evitado se promovermos uma boa relação médico/ doente, a par de uma série de medidas para proteger o pessoal médico. As EMO's consideram que não deve haver lugar a qualquer

tipo de condescendência e que não se podem tolerar quaisquer obstáculos à denúncia.

Áreas de intervenção na luta contra a violência

Alertando para o aumento do *burnout* e para a crescente violência a nível mundial, e numa atitude proativa no combate a essas duas vertentes, o *working group* – no qual estão representadas as seguintes associações europeias: AEMH, EMSA, UEMO, UEMS, CEOM, FEMS, EJD e CPME – tem continuado com iniciativas que visam chamar à atenção das determinantes que contribuem para o aumento dessas situações, bem como para a definição de estratégias que possam combater o aumento da incidência. Foi precisamente isso que foi realçado, numa entrevista recente, pelo presidente do CEOM, o médico português José Santos, ao frisar que o “agravamento das condições económicas e sociais durante a pandemia” originou um recrudescimento “de novas formas de violência” e da “incidência de *burnout* entre os profissionais de saúde”, áreas em que é essencial medidas de prevenção e proteção “que permitam levar ajuda e tratamento” aos médicos afetados.

O grupo de trabalho das EMOs debateu as diversas formas de pressão que afetam o dia a dia de todos os profissionais de saúde e que são, simultaneamente, consequência e fonte de situações de violência por parte dos doentes, gerando mais *burnout* nos médicos. É preciso alertar tanto para essas situações de pressão psicológica, como para as gravíssimas situações com consequências físicas, sendo necessário que se delineiem estratégias para minimizar ambas. Esse é o trabalho que o CEOM tem levado a cabo, sempre em consonância com outras instituições representativas dos médicos europeus.

É essencial envolver governos, associações médicas nacionais, serviços de saúde hospitalar, formadores, polícia e autoridades jurídicas, nomeadamente a nível da União Europeia e das Comissões de Saúde, para que sejam tomadas medidas efetivas. Para servir de base a essa sensibilização, as EMOs aprofundaram o seu trabalho e – após descrição da realidade e da análise à necessidade de medidas de prevenção – apresentaram um conjunto de soluções práticas para proteger os médicos e os seus familiares, mas também para aumentar a segurança dos pacientes, através da criação de códigos futuros e protocolos

inovadores de atuação, investindo em estratégias nas áreas referidas (legislação, segurança, formação e comunicação) sempre com o objetivo de se ter um real impacto para diminuir os números atuais de violência.

Os temas que o grupo de trabalho propõe para discussão e implementação são:

- Legislação:

- Política de tolerância zero em relação à violência no local de trabalho (com agravamento de penas).
- Sistema de notificação de atos de violência, medidas legais de apoio e proteção às vítimas (criando medidas para que nenhum profissional de saúde seja sujeito a ter medo no seu local de trabalho).

- Segurança:

- Exigência um plano predeterminado para manter a segurança no local de trabalho (o que pode incluir a redefinição do espaço físico das instituições de saúde ou a existência de um “botão de pânico”, por exemplo).

- Formação:

- O grupo de trabalho preconiza a implementação de ações de formação para os profissionais de saúde em áreas como a comunicação em situação de conflito e a gestão de uma situação de violência.

- Manter e cultivar uma melhoria da relação médico-paciente que indiretamente pode diminuir o nível de violência.

- Comunicação:

- Facilitar e incentivar a denúncia de atos de violência com sistemas de notificação que sejam fáceis de usar e que não impliquem maior sofrimento para a vítima de violência.

- Apoiar as vítimas medicamente, psicologicamente, legalmente e até financeiramente quando necessário – através da criação de gabinetes locais no contexto das associações médicas nacionais, por exemplo.

Estas são algumas das medidas que o CEOM – enquanto associação coordenadora do grupo de trabalho sobre violência/ *burnout* – procurou enfatizar no dia 12 de março, data em que se assinalou oficialmente, pela terceira vez, o “Dia Europeu da Sensibilização para a violência contra médicos e outros profissionais de saúde”.

A bioética é um espaço de diálogo mesmo quando não há consenso

TEXTO: PAULA FORTUNATO

Em março, o Porto recebeu especialistas de todo o mundo num evento de bioética onde se debateram alguns dos temas da atualidade, nomeadamente a conciliação entre a lei e os direitos das mulheres. A '14th World Conference on Bioethics, Medical Ethics & Health Law' contou com a presença do bastonário da Ordem dos Médicos que referiu a importância da defesa da ética médica e da bioética em contexto de guerra. Os direitos das mulheres e as questões éticas em fim de vida foram alguns dos outros temas que marcaram este encontro mundial que juntou representantes de mais de 70 países.

Entre 7 e 10 de março, a cidade do Porto acolheu representantes de instituições de mais de sete dezenas de países que juntos debateram alguns dos temas mais controversos da atualidade, da revisão do Código de Ética Médica Internacional às limitações à objeção de consciência dos médicos, por exemplo, no caso da interrupção voluntária da gravidez.



A '14th World Conference on Bioethics, Medical Ethics & Health Law' teve o apoio da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e da Associação Portuguesa de Bioética (APB) e copresidência de Amnon Carmi e de Rui Nunes. Trata-se do maior evento mundial na área da bioética, ética médica e direito da saúde, o que só por si explica que mais de mil especialistas de todo o mundo

se juntem neste espaço de debate para partilhar as suas experiências e reflexões em relação a mais de 60 tópicos e subtópicos nessas áreas, em discussões que continuam a ganhar relevância nos anos mais recentes em face das inovações em tecnologia, medicina ou gestão que trazem implícitos novos desafios éticos.

Representantes da MSOE, uma universidade de Milwaukee (EUA), frisaram precisamente a importância de debater a ética médica na era digital e a inteligência artificial aplicada aos cuidados de saúde. Charles Tritt, professor associado de engenharia biomédica do Departamento de Engenharia Elétrica e Ciência da Computação da MSOE e um dos membros da delegação que esteve no Porto, apresentou como tema a integração da Declaração de Bioética da UNESCO no currículo para a Engenharia Biomédica. A vulnerabilidade de informações de saúde protegidas em telemedicina e a ética das missões humanitárias internacionais de curto prazo, foram alguns dos temas levados por esta delegação. Este último tema foi afluído pelo bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, que esteve presente na sessão de abertura. O representante má-

ximo dos médicos realçou que o mundo muda todos os dias, mas que a base dos princípios da ética médica inerente aos médicos nunca vai mudar. "Porque antes da tecnologia, existe a humanidade em si mesma", instou. Lamentan-

do o conflito bélico que se trava na Ucrânia, Miguel Guimarães apelou para que "ninguém seja deixado para trás" nesta crise humanitária, enaltecendo o papel dos médicos no terreno e frisando princípios subjacentes à ética médica em contexto de missão humanitária. "Nenhum conflito, por mais violento que seja, pode ser uma desculpa para não salvar vidas humanas. Não há valor mais alto do que a vida

humana. Temos de permanecer fiéis a esse princípio”, afirmou.

Nesse contexto, num comentário à margem da conferência relativamente ao profícuo debate destes três dias, Rui Nunes frisou que “quer a bioética quer a ética médica têm um papel importantíssimo” no contexto destas missões, reafirmando a essencialidade “dos valores da ética e do respeito que deve existir pelo doente”, e assumindo ser este um território que nos traz “ferramentas para conseguirmos dialogar entre diferentes países e culturas”, como aconteceu neste encontro. “O mundo está muito fraturado e a bioética é um espaço de reflexão em que se consegue que as pessoas dialoguem mesmo que tenham pontos de vista divergentes”, disse, lembrando que o ‘14th World Conference on Bioethics, Medical Ethics & Health Law’ proporcionou esse tipo de diálogo entre pessoas de países representativos de conceitos diferentes quanto à análise que fazem deste conflito armado.

Ao longo da conferência foram discutidos outros temas sensíveis como sejam os aspetos éticos da e-medicina, os direitos dos imigrantes, a “medicina de guetto”, os abusos sexuais de crianças, a ética ambiental, os desafios da reprodução medicamente assistida e dos direitos das mulheres em geral e as questões relacionadas com o início e o fim de vida, incluindo a eutanásia. Uma das questões abordadas foi que existem relatos de países onde a pressão para que os médicos sejam objetores de consciência põe em causa os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

A participação de uma equipa de bioética da Faculdade de Medicina da Universidade Muçulmana da Indonésia (UMI) foi um dos múltiplos momentos enriquecedores de troca de experiências onde se debateram dilemas éticos médicos, nomeadamente no contexto dos direitos das mulheres em face dos valores instituídos. Os intervenientes partilharam as suas experiências e o desejo de que a bioética seja incorporada em todas as decisões e reflexões da medicina. Já após a conferência, a equipa de bioética da UMI valorizou esta troca ideias para a compreensão das questões éticas de todas as disciplinas médicas, tanto na vertente da ciência médica quanto da educação médica, entre os vários países.

Rui Nunes, que é também fundador e presidente da Associação Portuguesa de Bioética, explica-nos que “este fórum de partilha internacional de bioética tem essa enorme consequência positiva que é o facto de ser um espaço em que se pode refletir de forma plural e aberta, respeitando a diversidade cultural e/ou religiosa, mas pensando em conjunto os problemas mais profundos com que a sociedade e a bioética se preocupam no dia a dia”. O encontro teve “mais de 75 países incluindo do mundo islâmico”, referiu, explicando que “a bioética também tem esta capacidade de se desenvolver nas diversas culturas”, frisando que se “fala numa bioética muçulmana” que é, enquadra, “impulsionada por mulheres”. “É possível encontrar o mínimo denominador comum, tendo naturalmente em atenção os direitos humanos de todos e das mulheres em particular.

“O mundo está muito fraturado e a bioética é um espaço de reflexão em que se consegue que as pessoas dialoguem mesmo que tenham pontos de vista divergentes”

Tomada de posse do “novo” executivo SNS precisa que reformas avancem!

TEXTO: PAULA FORTUNATO

A propósito da tomada de posse do Governo, em entrevista à RTP 1, Miguel Guimarães resumiu as suas expectativas quanto à nova legislatura: reforma hospitalar tem que avançar e englobar articulação com os cuidados de saúde primários, mas também a modernização tecnológica e implementação do processo clínico único, elemento que irá poupar milhões de euros e evitar a realização de exames desnecessários. Em resumo, o SNS precisa as que reformas avancem! Da nova legislatura espera-se que se foque nas pessoas, pois o SNS tem que ser mais atrativo para captar profissionais e mais eficiente para cuidar bem dos doentes. Sobre as reformas, de que se fala há anos, o bastonário espera que se passe das palavras aos atos e lembra que a existência de um processo clínico único é fundamental, processo que só será possível se existir uma verdadeira transformação digital e organizacional.

O bastonário da Ordem dos Médicos foi entrevistado no dia 31 de março para o “Bom Dia Portugal”, programa da RTP 1 que quis conhecer as expectativas do representante dos médicos quanto a esta nova legislatura. No essencial o que Miguel Guimarães pede é ação, e que as reformas eternamente prometidas avancem, pois só com investimento na reestruturação e reorganização será possível assegurar cuidados de saúde de qualidade como é direito de todos.

Não havendo grandes mudanças nos detentores da pasta da Saúde, espera-se – ou pelo menos deseja-se – que a política da saúde e o discurso político “se centre mais nas pessoas e nas suas necessidades e aspirações”, pois “o SNS é feito de pessoas, sejam os doentes sejam os profissionais de saúde” um foco que, realça, se perdeu muitas vezes na

anterior legislatura. Isso é algo que “nem sempre aconteceu durante este último mandato”. Esta centralidade nas pessoas é particularmente relevante numa altura em que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) está a perder recursos humanos essenciais ao seu bom desempenho. “Muitos profissionais de saúde estão a tomar outras opções”, lembrou Miguel Guimarães, justificando assim a essencialidade do que designou como “o primeiro passo” que se quer que seja dado. E é apenas isso mesmo: “um primeiro passo” para enfrentar o futuro, conforme explicou. “Vamos ter que fazer uma transformação do Serviço Nacional de Saúde para que consigamos dar resposta aos desafios que temos pela frente”. Uma mudança que tem que começar pela “capacidade competitiva do próprio SNS” para conseguir competir quer com o setor privado quer com os sistemas de saúde dos outros países que estão a captar os nossos profissionais, defendeu.

E como se consegue ser competitivo e efetivamente captar os melhores profissionais em tempo útil? O bastonário tem transmitido nas mais diversas ocasiões a sua visão para um futuro em que o SNS tenha reais condições de atratividade: “se não tivermos um SNS com autonomia no funcionamento das unidades de saúde, flexibilidade de gestão, possibilidade de contratação rápida seja de médicos, enfermeiros ou outros profissionais” de que necessite não será possível fixar os recursos humanos necessários. “Não podemos esperar um ano até concretizar uma contratação!” Se a administração pública não agilizar processos o SNS “vai estar sempre em perda”, alertou. “São 42 anos a funcionar da mesma maneira. Temos que alterar procedimentos, (...) temos que mudar!”.

Outra área abordada pelo bastonário como relevante para o trabalho desta nova legislatura, e na qual se fala muito, há anos, mas sem se frisar e sem trabalhar o fundamental, é a implementação de “ferramentas essenciais para a transformação digital” como é o caso do “processo clínico único”



Miguel Guimarães tem transmitido nas mais

diversas ocasiões a sua visão para um futuro em que o SNS tenha reais condições de atratividade: “se não tivermos um SNS com autonomia no funcionamento das unidades de saúde, flexibilidade de gestão, possibilidade de contratação rápida seja de médicos, enfermeiros ou outros profissionais” de que necessite não será possível fixar os recursos humanos necessários.

que acompanhe o doente em todo o seu percurso, independentemente da unidade a que se desloque pois “se tivéssemos um processo clínico único estaríamos a poupar muitos milhões de euros e muitos exames desnecessários que as pessoas acabam por fazer”, asseverou.

Miguel Guimarães fez questão de colocar na sua “lista de expectativas para a nova legislatura” as mudanças estratégicas que traduzem verdadeiras reformas e que têm sido eternamente adiadas, sejam da urgência sejam dos cuidados de saúde primários, lembrando a importância de estabelecer “vias verdes para doenças mais graves, proporcionando um acesso mais rápido aos cuidados de saúde [mais adequados]” para os doentes com essa necessidade. Esse será um passo importante em direção à tão necessária reforma hospitalar, nomeadamente nos aspetos tantas vezes referidos pelo bastonário e que são a “autonomia, a gestão, a governação clínica”, mas também “a questão do serviço de urgência”. O responsável máximo pela Ordem dos Médicos lamentou que nunca se tenha avançado com reformas tão essenciais e há tanto tempo identificadas como necessárias e das quais se fala há várias legislaturas.



“Sou ucraniano e tive de gerir

O “R” é ucraniano, tem 38 anos e tem diabetes tipo 1 desde 1991. Conhecemo-nos em 2013, no programa de formação de Jovens Líderes em Diabetes da Federação Internacional de Diabetes. Foi convidado para relatar o seu testemunho no Encontro NJA de dia 30 de março de 2022, organizado pelo Núcleo Jovem da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Estes Encontros visam a partilha entre pares com diabetes tipo 1 e ocorrem na última 4.ª feira de cada mês, às 21h00, em formato online.

Segundo registos oficiais, até ao início da guerra viviam na Ucrânia 220 mil pessoas dependentes de insulina. Contudo, “R” explica que atualmente “é difícil estimar, porque muitas pessoas com diabetes deixaram a Ucrânia, além das vítimas mortais e pessoas desaparecidas sobre as quais não temos dados”.

O maior medo inicial foi a falta de insulina, refere “R”, adiantando que as duas primeiras semanas de guerra foram as mais difíceis, pois as farmácias estavam em adaptação a esta difícil realidade e a suprimir os problemas de logística. O Governo informou que havia 12.000 farmácias em todo o país a garantir o acesso à medicação. “R” acrescenta que teoricamente é possível ir a qualquer farmácia do país, mas, ao mudar de cidade, devido à escassez de insulina, há prioridade para os locais, ficando os recém-chegados no fim da fila, o que pode significar vários dias sem insulina.

“R” viveu sempre em Kiev, de onde teve de fugir a meio de março deste ano. Encontra-se atualmente num país da Europa em que não se fala a mesma língua. Teve autorização para sair de uma Ucrânia em guerra, porque tem uma doença crónica, caso contrário, teria de respeitar a Lei Marcial, que determina que os homens entre os 18 e os 60 anos não podem abandonar o seu país.

Sentia-se obviamente inseguro em Kiev, mas o que ditou a sua decisão de abandonar o país natal foi a dificuldade que começou a sentir para adquirir insulina e restante medicação, da qual depende para sobreviver.



ALEXANDRA COSTA

Coordenadora do Núcleo Jovem APDP | Young Leader in Diabetes
– Alumni (Federação Internacional de Diabetes);
Licenciada em Ciências da Educação

O “R” tem uma bomba de insulina há 13 anos, um dispositivo que as pessoas com diabetes tipo 1 usam 24 horas por dia para substituir as injeções de insulina e com evidentes melhorias no controlo metabólico ao longo da vida. Usa também um sensor para controlo glicémico.

O “R” partilhou que “foi criada uma linha de consultas por telefone ou videochamada com endocrinologistas do país que se disponibilizaram, mas claramente insuficientes para o número de pessoas com diabetes a precisar de ajuda”. Ele foi uma das pessoas que conseguiu uma consulta com o seu endocrinologista nestes moldes, pois o stress afetou

a diabetes em plena guerra”

bastante os seus níveis de glicemia e estava com dificuldade em gerir sozinho a doença.

Para uso da bomba são necessários consumíveis, tais como reservatórios para inserção da insulina e cânulas, que se devem mudar de três em três dias. Referiu que, antes da guerra, conseguiu juntar consumíveis para alguns meses e, atualmente, tem assegurados os dois próximos meses.

Perante a pergunta de como se preparou para viver em guerra e o que levaria se tivesse de fugir rapidamente, respondeu: “Eu estava a preparar-me antes de a guerra começar. Tenho uma mochila (*emergency bag*) com as coisas mais importantes. Coloquei alguns consumíveis da bomba, insulina, glucómetro, sensores, doces (açúcar), documentos pessoais (como, por exemplo, a certidão de nascimento), alguma roupa e dinheiro. Se fosse necessário, poderia pegar rapidamente naquela mochila e estar pronto para a evacuação. Na verdade, cada vez que saía de casa para ir à mercearia, por exemplo, levava-a comigo. Quando saí de Kiev, também levei uma pequena mala com roupa e sapatos”.

Apesar de já ter tido uma consulta com o médico no país onde se encontra, ainda não sabe como é a logística para obter medicação. No entanto, referiu que continua a poder contactar o seu endocrinologista de Kiev, se necessário.

Perguntámos-lhe como se tem sentido e como tem dormido. “R” respondeu: “Agora consigo dormir quase sempre bem. Às vezes, tenho pesadelos, mas na maioria das vezes sinto-me mais seguro. A minha diabetes está mais controlada. Ainda tenho episódios de hiperglicemia, mas estou muito melhor do que há algumas semanas. Acho que isto acontece porque o meu estilo de vida aqui é diferente e ainda não estou habituado a esta nova vida”.

Com mais relutância, quisemos saber o que deixou em Kiev, e as notícias são boas. “Estou num grupo do Messenger com os meus vizinhos, de onde recebo informações todos os dias, e sei que o meu apartamen-

to está seguro. A casa dos meus pais também está a salvo e a minha avó está a viver lá agora, estamos em contacto com ela várias vezes ao dia”.

Refere que o que o ajudou a ultrapassar o medo foi dedicar-se a ajudar outras pessoas com diabetes. Esteve envolvido na criação do site <https://udiabetesf.wordpress.com/>, cujos objetivos são recolher e analisar informações sobre as necessidades de cuidados de pessoas com diabetes ou unidades de saúde que prestam cuidados às mesmas; fornecer informações sobre o local mais próximo onde as pessoas podem obter ajuda mais facilmente e o tipo de ajuda de que necessitam.

“R” trabalha para o Governo, mantendo-se em funções à distância, embora lhe tenha sido reduzido o salário. Em Kiev, morava sozinho, agora está com os pais, são e salvos algures na Europa.

Perguntámos-lhe o que fará quando não tiver mais consumíveis para a bomba, ao que nos responde “eu espero poder estar de volta a casa e conseguir obter consumíveis lá antes de os meus acabarem”.

Na mensagem de despedida, sereno, sublinhou que só tem a agradecer as palavras e a preocupação de todos nós desde o primeiro dia de guerra. O apoio dos amigos de todo o mundo dá-lhe muita força. Gratidão e esperança refletem o que vai no coração do nosso herói “R”.

140 anos: Descoberta

TEXTO: FILIPE PARDAL e MÁRCIA MENDONÇA

Também conhecida como peste branca, a tuberculose é uma doença infecciosa documentada há muitos anos pelo Homem. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, é estimado que a bactéria que causa a doença exista há cerca de 3 milhões de anos. As evidências de tuberculose já foram encontradas em esqueletos da antiguidade e as descrições sobre as manifestações da doença existem desde a Antiguidade Clássica, principalmente, por parte dos gregos. Foi Hipócrates que concedeu a designação de tísica à doença, do grego *phthisis*, que significa consumpção, pelos seus efeitos no desgaste físico dos pacientes, recusando a teoria dos demais que acreditavam que a doença se tratava de um castigo divino.

A tuberculose viria a ter o seu pico de propagação entre o século XIX e o início do século XX, ceifando milhares de milhões de vida na Europa e noutros continentes. Nesta altura, a tuberculose era vista como uma “doença social” que atingia sobretudo as classes mais pobres da sociedade. A medicina associava a doença às condições miseráveis em que vivia a população mais desfavorecida, principalmente nos grandes centros urbanos. Os tratamentos baseavam-se no isolamento dos infetados, bem como dos seus pertences de forma a controlar a disseminação da doença.

Porém, tudo viria a mudar com o nascimento do brilhante médico Robert Koch em 11 de dezembro de 1843, em Clausthal-Zellerfeld. Formado em medicina na Universidade de Gottingen em 1866, Koch viria a exercer como assistente no Hospital Geral de Hamburgo. Em 1870 exerceu como médico voluntário na guerra franco-prussiana. Entre 1872 e 1880



foi médico de Wolsztyn e mais tarde em Wollstein, zonas infestadas pela tuberculose que chacinava homens e animais e onde iniciou os seus estudos científicos, num pequeno laboratório dentro do seu próprio apartamento.

A 24 de Março de 1882, depois de muitos anos de pesquisa, Robert Koch descobriu o microrganismo responsável pela tuberculose [*Mycobacterium tuberculosis*], que posteriormente viria a ser batizado de bacilo de Koch. A partir de então, a data passou a ser assinalada como Dia Mundial da Tuberculose. Baseado no seu conhecimento sobre biologia Koch formulou regras para o controle, bem como a base para métodos de controle os quais são ainda usados atualmente. Durante anos sucessivos publicou várias monografias sobre a tuberculose. Focando-se depois em descobrir meios de imunizar contra a doença e curar os doentes.

Num texto do professor de física, Carlos Fiolhais¹,

¹ Fiolhais, C. (2022). Uma Breve História da Tuberculose em Portugal. *Revista Multidisciplinar*, 4(2), 41–55. <https://doi.org/10.23882/rmd.22098>

da causa da tuberculose

percebemos que a descoberta de Koch teve uma rápida difusão nas revistas médicas portuguesas da época. A primeira referência na imprensa médica portuguesa à descoberta surgiu no dia 30 de Abril de 1882 na *Gazeta dos Hospitais Militares*². Ainda assim, o assunto não foi devidamente desenvolvido pelas instâncias oficiais, o que nos conduziu a algum atraso que só viria a ser recuperado mais tarde. A declaração obrigatória da tuberculose foi instituída em Portugal por diploma legal de 1894, inspirando-se no modelo francês que tinha sido produzido um ano antes.

Koch recebeu diversos prémios e medalhas, entre eles o Prémio Nobel da Medicina, em dezembro de 1903, pelas suas pesquisas e descobertas neste domínio. Tendo sido também distinguido pelos seus estudos sobre a cólera, lepra, peste bovina, praga bubónica e a malária.

Embora o bacilo tenha sido identificado no século XIX, só no século seguinte é que viria a ser descoberto um microrganismo capaz de resistir e prevenir a doença. Em 1913, Albert Calmette e Camille Guérin identificaram o BCG (abreviatura de bacilo de Calmette e Guérin), dando um importante passo para a prevenção da tuberculose.

Infelizmente, a tuberculose continua, mesmo nos dias de hoje, a ser um dos agentes infecciosos mais mortais do mundo. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os dias mais de 4.100 pessoas perdem a vida devido à doença. A este número impressionante, juntam-se 28 mil pessoas que, também por dia, adoecem com tuberculose. Se é certo – também de acordo com dados da

OMS – que os esforços globais de combate à doença salvaram cerca de 66 milhões de vidas desde 2000, também é facto que em 2020, pela primeira vez, em mais de uma década, as mortes por tuberculose aumentaram.



O **Dia Mundial da Tuberculose** assinala-se anualmente no dia 24 de março, exatamente com o objetivo de sensibilizar para um problema de saúde pública que ainda merece a atenção, e preocupação, da humanidade. O tema da efeméride em 2022 foi o de “investir para acabar com a tuberculose”, assinalando necessidade urgente de investir em recursos que permitam acelerar o combate à doença.

² Vieira, Ismael Cerqueira (2015), *Conhecer, tratar e combater a «peste branca»*. A *Tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853-1975)*, Porto, Afrontamento.

Acta Médica Portuguesa

Maio 2022

data de publicação online: 02 de maio

PERSPECTIVA:

Comunicação em Cuidados Intensivos Neonatais: Abordagem de 10 Passos

Acta Med Port 2022 May;35(5):316-319

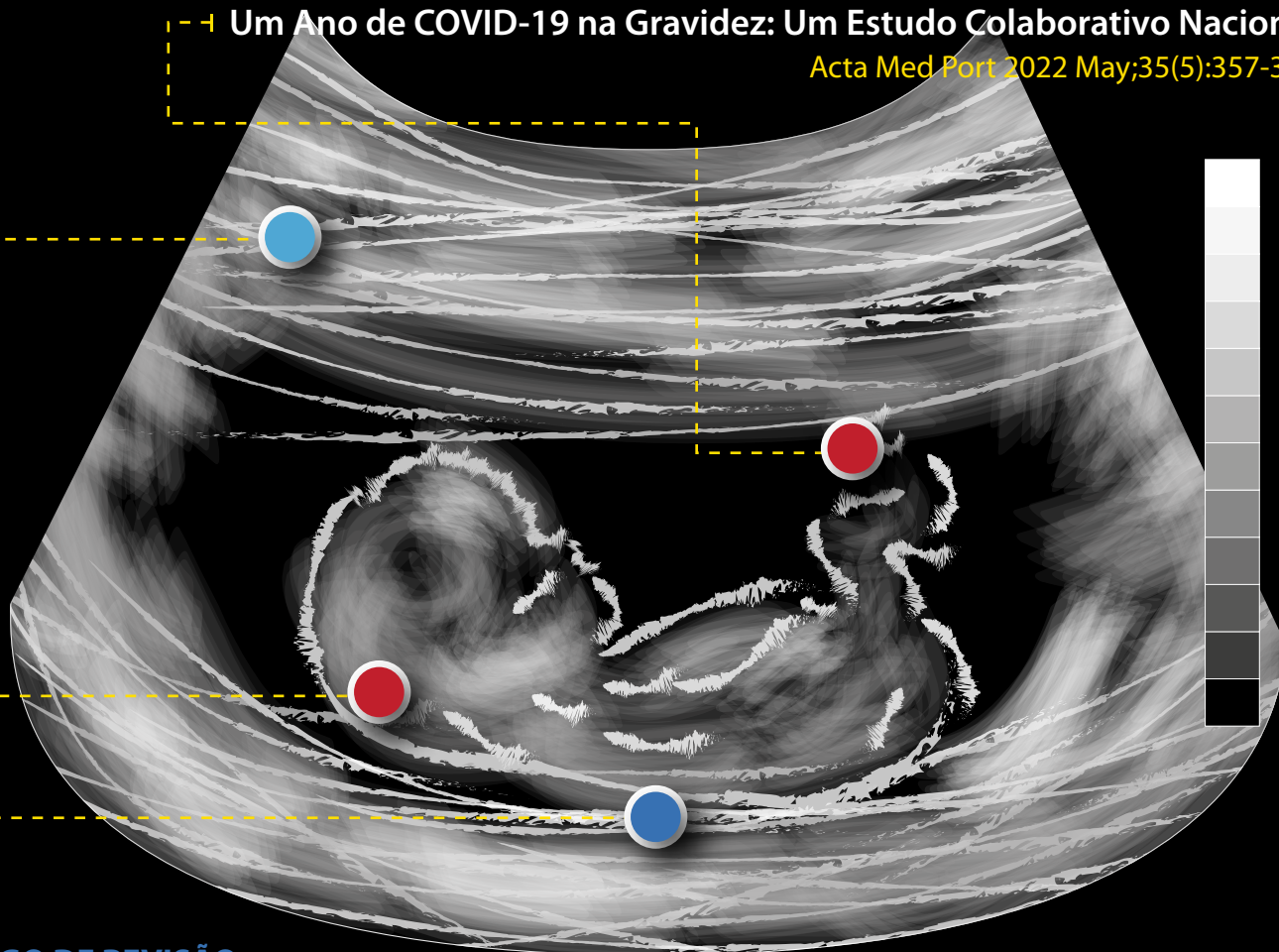
ARTIGOS ORIGINAIS:

Características Demográficas e Profissionais dos Especialistas em Ginecologia-Obstetrícia Registrados em Portugal: Necessidades, Recursos e Desafios

Acta Med Port 2022 May;35(5):343-356

Um Ano de COVID-19 na Gravidez: Um Estudo Colaborativo Nacional

Acta Med Port 2022 May;35(5):357-366



ARTIGO DE REVISÃO

Manifestações Dermatológicas na Gravidez

Acta Med Port 2022 May;35(5):376-383

PubMed

f t @ LinkedIn



AMP

ACTA
MÉDICA
PORTUGUESA

A Revista Científica da Ordem dos Médicos





ANABELA LOPES

Colégio da Especialidade de Imunoalergologia

01

Quais são as prioridades da Especialidade de Imunoalergologia para este novo triénio?

Uma das prioridades para a imunoalergologia é a revisão e publicação do novo programa de formação, atendendo à evolução constante do conhecimento na área de diferenciação da especialidade.

Um outro objetivo é clarificar as especificidades da imunoalergologia, e garantir o direito ao acesso a cuidados diferenciados de imunoalergologia, tanto em crianças como em adultos.

02

A pandemia de Covid-19 desafiou toda a prática médica e a imunoalergologia não é exceção. Concorda que um dos principais desafios tem sido combater o medo que se instalou quanto às alergias associadas a esta vacina e que tem sido preciso desmistificar?

Sim, tem sido um desafio relevante na prática diária da imunoalergologia, já que todos os serviços tiveram um acréscimo substancial de consultas para esclarecer o real risco de reação à vacina e necessidade de cumprir a vacinação em ambiente hospitalar.

Mas o maior desafio foi manter o seguimento dos nossos doentes, nomeadamente os asmáticos, dificultado pela realização de consultas não presenciais.

03

Considera que a especialidade conseguiu acompanhar os doentes que sofrem de alergias durante esta pandemia ou houve doentes que saíram do sistema (ou não chegaram a entrar) e podem ter deixado de tratar devidamente as suas alergias?

Inicialmente, um vasto conjunto de procedimentos específicos da especialidade foram suspensos, designadamente provas de provocação a alimentos e fármacos e função respiratória. Consequentemente, o diagnóstico e tratamento destes doentes foi adiado. Alguns serviços ainda não recuperaram a realização destes MCDT. Admitimos também, que houve menor referência dos cuidados de saúde primários.

04

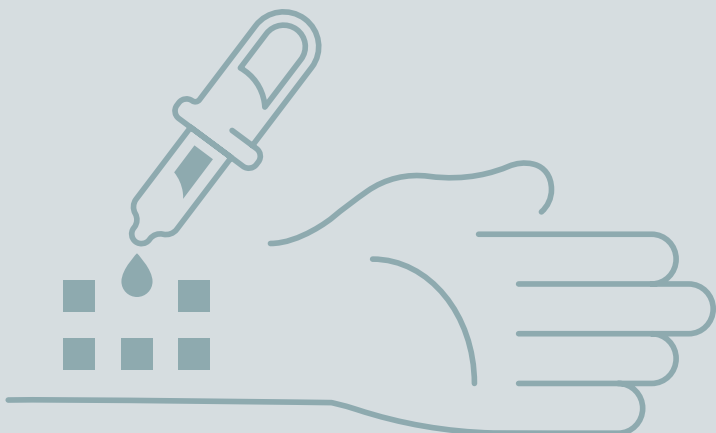
Quais são as maiores preocupações que um médico especialista em Imunoalergologia enfrentará nos próximos anos?

Num futuro próximo, uma das preocupações do especialista em imunoalergologia é garantir que todos os doentes tenham acesso a centros diferenciados para usufruir dos novos fármacos que têm vindo a ser introduzidos. Por outro lado, preocupa-nos que todos os especialistas que trabalham em hospitais de menor nível de diferenciação tenham as condições mínimas exigíveis para o exercício da especialidade.

05

Temos médicos especialistas suficientes?

Nos últimos anos, verificou-se a formação de um número crescente de imunoalergologistas, no entanto não se tem constatado a sua colocação no SNS. Assim, os imunoalergologistas existentes não são suficientes para consolidar a rede de cuidados de saúde de imunoalergologia de proximidade e garantir a equidade na acessibilidade das populações.



Técnica não invasiva

para caracterizar cancro do pulmão

TEXTO: MÁRCIA MENDONÇA

Um grupo de investigadores do Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência (INESC TEC), no Porto, juntamente com especialistas da Faculdade de Medicina do Porto (FMUP), do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) e do Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (Ipatimup), desenvolveram uma técnica não invasiva para o diagnóstico do cancro do pulmão, recorrendo a análises tridimensionais da imagem médica.

A técnica foi desenvolvida no âmbito do projeto “LuCaS - Rastreio do cancro do pulmão - uma metodologia não invasiva para o diagnóstico precoce”, cujo objetivo se centra em tornar os sistemas de apoio à decisão da caracterização do cancro do pulmão mais objetivos e quantitativos.

O cancro do pulmão é o tipo de cancro mais frequente e mortífero no mundo e em Portugal essa tendência também se verifica ao nível da morta-

lidade, sendo a primeira causa de morte entre os homens e a segunda entre as mulheres. No nosso país foram diagnosticados, só em 2020, 5415 novos casos, 65% deles em estágio avançado e, anualmente, cerca de 4600 pessoas perdem a batalha contra a doença. Em termos globais, o número sobe para 1,8 milhões. De acordo com dados recentes do Eurostat, o cancro do pulmão representa cerca de 25% das mortes por doença oncológica na população masculina da União Europeia. Em cada 18 segundos, morre uma pessoa com esta doença no mundo inteiro. Além desta, o top 3 de doenças oncológicas mais comuns é composto pelo cancro da mama e o cancro colorretal. A experiência tem vindo a mostrar que o diagnóstico em estádios iniciais aumenta de forma significativa a taxa de cura, seja um cancro de pulmão, mama ou colorretal. O diagnóstico em fase avançada representa um dos mais importantes fatores responsáveis pela elevada taxa de mortalidade. O caminho para aumentar a taxa de sobrevivência passa por direcionar o paciente para um tratamento específico, que se

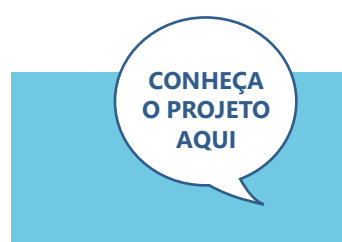
enquadre no seu perfil genético para que seja possível controlar a progressão do cancro o mais cedo possível.

Apesar de a biópsia ser o método utilizado para caracterizar o cancro, com capacidade para obter informação valiosa, é também uma abordagem que levanta inúmeros problemas clínicos e, em alguns casos, pode não ser apta para granjear uma caracterização completa devido à heterogeneidade espacial do tumor. Hélder Oliveira, investigador do INESC TEC e líder do projeto, explica que a biópsia “não é capaz de caracterizar globalmente o cancro, pois apenas é retirada uma porção de tecido”. Assim sendo, a aposta na imagiologia médica, que tem vindo a crescer analogamente ao desenvolvimento de tecnologia mais sofisticada e, simultaneamente, mais acessível, oferece um conjunto de informação útil a partir de uma perspetiva que engloba uma caracterização completa, abrindo oportunidades para investigar a relação entre as manifestações visuais presentes numa imagem médica e o perfil genético do cancro, usando uma abordagem não-invasiva. Prestando apoio a quase todas as outras especialidades médicas e cirúrgicas, facilitando o diagnóstico e a localização de inúmeras lesões e permitindo monitorizar os resultados do tratamento.

O método desenvolvido recorre, então, à análise tridimensional da imagem médica – tomografia computadorizada – para “descrever e criar modelos matemáticos capazes de identificar padrões e oferecer uma previsão do diagnóstico”, relacionando características de imagens com a análise dos genes recolhidos durante a biópsia. “A tecnologia que estamos a utilizar terá uma abrangência maior do que a própria biópsia, pois é baseada em informação tridimensional e é não invasiva”, explicou Hélder Oliveira, que destacou ainda que o método reduz “fortemente os custos”.

O projeto teve o seu início em 2018 e integra ainda, uma componente prospetiva, onde um modelo será desenvolvido para avaliar contribuições de biópsia líquida na caracterização do cancro de pulmão. “Esta abordagem será de grande valor como meio para obter dados molecular de forma minimamente invasiva e compatível com a rotina clínica”, acrescenta o líder do projeto.

A investigação foi cofinanciada pelo programa Compete 2020 no âmbito do Sistema de Apoio à Investigação Científica e Tecnológica (SAICT), num investimento elegível de 239 mil euros. Segundo Hélder Oliveira, “o apoio do COMPETE 2020 para financiamento do LuCaS, tem sido fundamental para o desenvolvimento científico nesta área, permitindo colocar a investigação feita em Portugal na área do cancro ao mais alto nível”.





Português montou plataforma de ajuda aos ucranianos

Um professor universitário português mobilizou mais de 100 pessoas para criar a www.wehelpukraine.org, um dos muitos projetos de ajuda que estão a mobilizar o nosso país. "Não tenho qualquer ligação afetiva com a Ucrânia. Estava a almoçar e a ver pessoas a morrer pela televisão e não me senti bem. Pensei 'tenho conhecimentos em inovação e tecnologia, uma rede de contactos interessante, vou unir esforços para salvar nem que seja uma vida', explica o professor Hugo Sousa. Para quem quer ajudar os desalojados e refugiados da Ucrânia e não sabe como, a plataforma www.wehelpukraine.org explica o que pode fazer, como fazer e que auxílio é mais urgente, seja para ajudar a encontrar um quarto ou um emprego, por exemplo.



APCOI lança aplicação para combater obesidade infantil

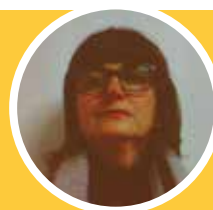
A Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil (APCOI) lançou no dia 4 de março, Dia Mundial da Obesidade, a app Heróis da Fruta para telemóveis, inspirada no projeto educativo que esta associação promove nas escolas há 10 anos. O aplicativo, desenvolvido em parceria com os estúdios ONTOP, com financiamento da Novo Nordisk Portugal e o apoio da Associação Europeia para o Estudo da Obesidade e da Coligação Europeia de Pacientes com Obesidade, pretende contribuir para a prevenção da obesidade infantil. Mário Silva, presidente da APCOI, destaca: "depois do sucesso da iniciativa 'Heróis da Fruta' nas escolas, e do recente lançamento da nossa série infantil com o mesmo nome, foi fundamental (...) montar um projeto diferenciador e capaz de envolver ao mesmo tempo crianças e respetivas famílias numa maior consciencialização da sociedade para a obesidade infantil e, consequentemente, na adoção de hábitos de vida que contribuam para a prevenção desta doença, que afeta atualmente uma em cada três crianças".

Empresas doam toneladas de medicamentos para a Ucrânia

Segundo informação divulgada pela Associação Portuguesa de Importadores e Exportadores de Medicamentos (APIEM) em março, empresas de distribuição doaram cerca de duas toneladas de fármacos e outros materiais médicos à Ucrânia, no âmbito de uma iniciativa europeia. A lista de produtos doados pelas empresas associadas da APIEM inclui antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos e outros materiais consumíveis hospitalares. A iniciativa foi coordenada a nível europeu pela Affordable Medicines Europe, associação que representa o setor da distribuição paralela de medicamentos na União Europeia, e visa contribuir para "mitigar a carência de medicamentos que se vive atualmente na Ucrânia devido à guerra, surgindo na sequência de um pedido do Ministério da Saúde daquele país", lia-se em comunicado da APIEM.



QUAL É A SUA OPINIÃO SOBRE A CRIAÇÃO DO GABINETE DE APOIO HUMANITÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS?



O Gabinete de Apoio Humanitário da Ordem dos Médicos será com toda a certeza de uma utilidade extrema no cenário de guerra em que nos vemos envolvidos como Europeus responsáveis e solidários com todos os desprotegidos por força das armas. Uma iniciativa Nobre e de louvar.

Ana Paula Alves, Gestão de Recursos Humanos

Bastonário alerta: refugiados não estão a fazer medicação crónica

Em declarações aos jornalistas, o bastonário da OM, Miguel Guimarães, pôs em evidência os desafios da chegada de refugiados ao nosso país, pedindo que o setor da saúde esteja “preparado” e lembrou que os “médicos ucranianos a trabalhar em Portugal estão mobilizados e disponíveis para fazer a tradução de documentos e fazer a primeira avaliação. Temos equipa para isso”. Miguel Guimarães alertou que “muitos ucranianos não estão a fazer a medicação de que necessitam. Um dos maiores problemas, e temos recebido apelos nesse sentido, é que há milhares de doentes oncológicos que deixaram de fazer os tratamentos”.



Quatro agressões por dia a profissionais de saúde

Em Portugal estão a ocorrer pelo menos quatro agressões por dia a profissionais de saúde mas, na maioria dos casos, as vítimas não apresentam queixa por medo de represálias. O bastonário da Ordem dos Médicos tem defendido que este tipo de violência seja tipificado como um crime público para que não fique dependente da queixa da própria vítima. “Apesar de ser na prática um crime público – pois é cometido contra um funcionário da Administração Pública – não é tratado como tal”, lamentou Miguel Guimarães que exige que os hospitais (e a tutela) tomem medidas para proteger os profissionais.

Burocracia atrasa chegada de crianças com cancro

A Acreditar disponibilizou instalações para receber crianças ucranianas com cancro, mas em março as notícias davam conta que os procedimentos burocráticos estão a inviabilizar a sua chegada a Portugal. O próprio Ministério da Saúde disponibilizou 12 camas pediátricas de Oncologia para receber essas crianças, mas Margarida Cruz, diretora geral da Acreditar, explicou à imprensa que mesmo perante esta crise humanitária “o sistema de vinda de crianças doentes, ou qualquer doente, não foi alterado do ponto de vista burocrático”, situação incompatível “com uma situação de guerra e de emergência”, lamentou, frisando a frustração de todos os intervenientes pois foram mobilizados recursos e “existe uma enorme vontade da parte dos médicos e dos hospitais” mas “não estamos a conseguir contornar esta questão burocrática”.

Pandemia provoca aumento de 25% na ansiedade e depressão



No primeiro ano da pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão

aumentou em 25%, segundo relato da OMS. Uma das principais explicações é o stress sem precedentes causado pelo isolamento social.



Creio que é uma iniciativa excelente porque é mais uma forma de ajudar o povo ucraniano que está a sofrer com esta guerra, para além de facilitar o auxílio aos refugiados que venham para o nosso país ao serem recebidos por alguém que fale a sua língua e também demonstrar que o povo russo está solidário com a Ucrânia, que eles não são o inimigo, mas sim o regime de Putin.

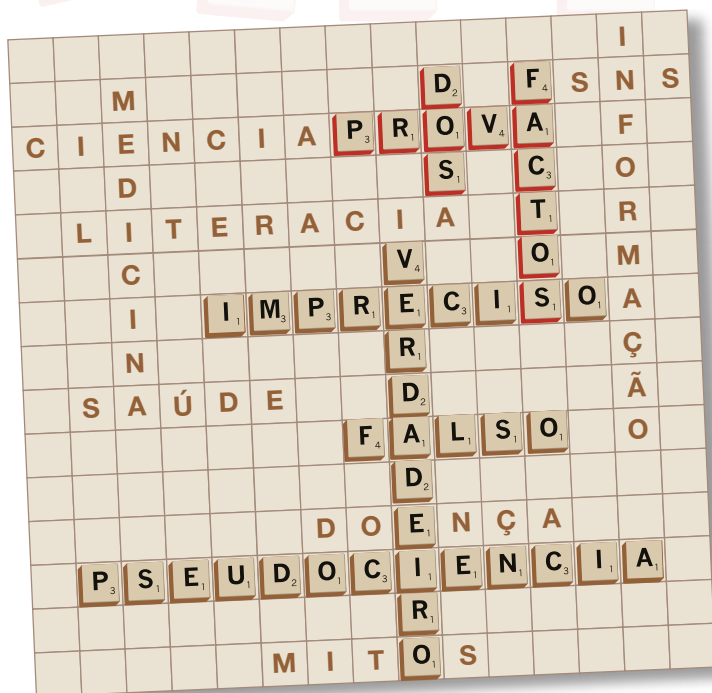
Bruno Matos, Estudante de mestrado em Ciências Policiais

Este gabinete é uma forma útil e extremamente eficaz de ajudar a população que está a ser afetada pela guerra e necessita mais do que nunca de cuidados médicos, medicamentos, material cirúrgico e alimentos. É essencial ajudar os refugiados e os hospitais na Ucrânia.

Liliana Monteiro, Assessora de Comunicação



PROVA DOS FACTOS



PESQUISA: MÁRCIA MENDONÇA

Governo da Ucrânia só concede ajuda financeira aos vacinados contra a COVID-19?

Num vídeo de 52 segundos partilhado na internet, Denys Shmyhal, primeiro-ministro da Ucrânia, terá anunciado um plano de apoio para os cidadãos afetados pela guerra, mas que seria dirigido através de uma aplicação chamada "Diia", apenas para quem estivesse vacinado contra a COVID-19 e tivesse certificado digital.

Contudo, na versão completa do discurso, com cinco minutos de duração, é possível perceber que o primeiro-ministro estava apenas a explicar como o apoio poderia ser pedido e recebido. A aplicação Diia, foi lançada em 2020 para ajudar os cidadãos a ter documentos importantes disponíveis no telemóvel. Em dezembro de 2021, também usada pelo Governo para incentivar a vacinação.

Assim, apenas foi explicado que o apoio agora conferido às vítimas da guerra será pago através da mesma aplicação, não havendo referência à obrigatoriedade da vacinação ou ao certificado digital.



Portugal tem o pior resultado no envelhecimento saudável em estudo com cinco países europeus?

Um estudo contou com a participação de mais de 2 mil idosos sem doenças crónicas incapacitantes e sem grandes limitações físicas para avaliar e comparar o envelhecimento saudável em cinco países. Os resultados demonstraram que os idosos mais saudáveis se encontram na Áustria e na Suíça, enquanto os menos saudáveis se encontram em Portugal. O estudo atribui a Portugal uma prevalência de envelhecimento saudável na ordem dos 8,8%, em comparação com os 51,2% da Suíça e 58,3% da Áustria. Independentemente do país de origem, os indicadores de envelhecimento saudável estão associados à idade, a menores índices de massa corporal, ao sexo feminino e a uma melhor condição física.



■ Bill Gates disse que as vacinas contra a COVID-19 vão servir para “controlar” a humanidade?

Circula nas redes sociais uma imagem que associa a Bill Gates, fundador da Microsoft, e a Klaus Schwab, economista alemão, a citações que correlacionam as vacinas de DNA contra a Covid-19 a uma tentativa de controlo da humanidade. Porém, a publicação nunca revela a fonte, nem a data das alegadas declarações. A publicação associa ainda as citações ao Fórum Económico Mundial (WEF), fundado pelo economista, e onde Bill Gates também tem presença assídua. De acordo com o Observador, Yann Zopf, o responsável pela comunicação do WEF, já tinha desmentido as alegações, tal como fez uma fonte da Fundação Bill e Melinda Gates. As declarações são falsas e contraditórias aos posicionamentos públicos que Bill Gates e Klaus Schwab têm vindo a tomar durante a pandemia.



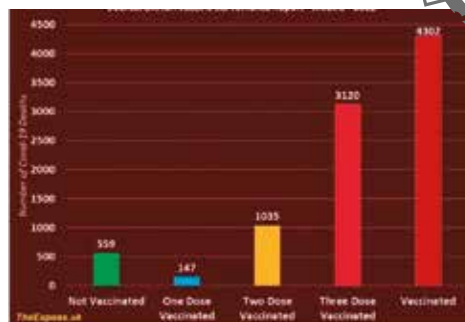
■ Situações de violência em hospitais e centros de saúde aumentaram 16% desde 2020?

A PSP divulgou 961 situações de violência em hospitais e centros de saúde em 2021, mais 16% do que em 2020, no qual foram registadas 825 situações. Segundo a PSP, a violência psicológica representa a principal tipologia de agressão, seguindo-se a violência física e o assédio moral. Cerca de 65% da violência é praticada por utentes, 21% pelos familiares ou acompanhantes dos doentes, 13% por profissionais de saúde e 1% por visitantes ou outras pessoas. A PSP encontra-se na primeira fase programa “Saúde em Segurança”, um programa de policiamento de proximidade orientado para a Saúde e cuja criação foi preconizada no Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde.



■ Os vacinados “agora representam 9 em cada 10 mortes por COVID-19” no Reino Unido?

Nas redes sociais foi partilhado um gráfico que demonstra o número de mortes por COVID-19 no Reino Unido, divididas pela fase da vacinação em que os falecidos se encontravam. O *post* tem como fonte o relatório de monitorização da vacina contra a COVID-19, publicado pela Agência de Segurança de Saúde britânica a 24 de fevereiro de 2022. Analisando o documento observamos que os dados do gráfico estão descontextualizados. O número de mortes de pessoas com vacinação completa e as restantes não é comparável uma vez que existe uma proporção muito maior de população vacinada do que a não vacinada. Assim sendo, é expectável que uma larga proporção de casos, hospitalizações e mortes ocorra em indivíduos vacinados (em números absolutos).



Dados estatísticos oficiais divulgados pelo governo do Reino Unido apontam que a grande maioria dos óbitos entre 24/01 a 20/02/2022 eram de pessoas vacinadas.

■ Universidade Johns Hopkins confirma que uma pessoa pode ser vacinada através de um teste PCR?

Uma publicação viral alegava que Universidade Johns Hopkins tinha confirmado que era possível vacinar uma pessoa através de um teste PCR. A publicação baseada numa notícia de um site holandês de notícias falsas, afirmava que o instituto tinha descoberto que as zaragatoas utilizadas contêm uma nanotecnologia que permitiria injetar vacinas em seres humanos. Esse estudo foi feito, sim, em outubro de 2020, e diz respeito a uma nanotecnologia testada, em fase experimental, e não realizada em seres humanos, que permite injetar medicamentos através dos intestinos. A mesma instituição confirmou que não há qualquer correlação entre os dois.





ORQUESTRA MÉDICA IBÉRICA

*“Mostrar que a música
está viva entre os médicos.”*

TEXTO: FILIPE PARDAL e MÁRCIA MENDONÇA

A Orquestra Médica Ibérica é composta por médicos e estudantes de medicina de Portugal e Espanha, que partilham a sua paixão pela música e medicina. Todos os anos reúnem-se para ensaiar e apresentar um concerto solidário cujos fundos revertem para instituições de solidariedade social que trabalham na área da saúde em prol de grupos mais desfavorecidos ou vulneráveis. A sua principal missão é criar pontes entre os profissionais de saúde da península ibérica, contribuindo através da ciência e da arte para a construção de um mundo mais justo e solidário. “O papel da orquestra é também ser um farol na criação de médicos mais plurais, demonstrando que hoje, mais do que nunca, para se poder cuidar dos outros da melhor forma, temos que cuidar de nós”, conta-nos o diretor e maestro Sebastião Castanheira Martins.

O diretor da Orquestra Médica Ibérica, revela que aliada à sua formação médica, manteve sempre uma intensa atividade música. Estudou violino no conservatório, dos 4 aos 18 anos e iniciou em janeiro o seu internato de formação específica em Psiquiatria, no Hospital Fernando Fonseca. Em 2013, quando entrou na Faculdade de Medicina, teve a ideia de

formar uma orquestra médica. “Depois de conversar com vários colegas e na sequência do espetáculo musical da faculdade, apercebi-me que há de facto muitos médicos e estudantes de medicina que mantêm uma atividade musical com alguma frequência e com bastante qualidade.” Em 2014 fundou a Orquestra Médica de Lisboa. “Apercebi-me que havia muita gente na Faculdade de Medicina de Lisboa, onde me formei, que tocava um instrumento e gostava de ter um espaço semanal onde pudesse desenvolver essa sua arte. Ao longo da faculdade, foi crescendo a ideia de que era possível não deixar de tocar um instrumento, não deixar de promover a atividade artística ou musical.”

Inspirado nas inúmeras orquestras médicas que promovem a música como mecanismo de algum escape e evasão à vida profissional principal e também como forma de apoiar instituições que trabalham na área da saúde, surgiu a ideia de juntar médicos de Portugal e Espanha num concerto solidário anual. “Promovendo a atividade musical na comunidade médica, incutindo em todos nós o sentido humanista e social da nossa profissão, por acreditarmos que enquanto médicos temos um papel essencial na pro-

moção da igualdade, da justiça social e da luta pelo acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, apoiando as populações mais desfavorecidas e vulneráveis.” Com o primeiro concerto marcado para Lisboa, ambicionam fazer, durante os próximos anos, pelo menos um concerto nas várias cidades da Península Ibérica.

O diretor do projeto acredita que a medicina e a música em conjunto trazem um pouco mais de humanismo à própria sociedade civil. “Historicamente sempre aconteceu, desde o renascimento até aos grandes médicos e humanistas que marcaram o último século, foram sempre pessoas muito apaixonadas pela arte, seja pela música, pela escrita e até pela pintura. Em Portugal temos vários exemplos disso, desde o Professor Abel Salazar, ao Miguel

Torga, ao Fernando Namora, entre tantos outros. A Medicina aproxima-se da arte por tentar compreender e empatizar com o outro, compreendendo o sofrimento humano, e esta sensibilidade que nos é exigida na profissão, transportamo-la para um instrumento, para uma tela ou para um livro.”

No que toca ao impacto da Orquestra Médica Ibérica na vida dos médicos que fazem parte do projeto, Sebastião defende que a junção dos dois mundos potencia médicos muito mais felizes, completos, humanos e mais tranquilos no seu dia-a-dia. “Entristece-me um pouco que em Portugal, dada a exigência do trabalho e daquilo que se pede aos médicos hoje em dia, seja em termos de carga de trabalho, como de exigência científica, que esta dinâmica de atividade e vida extralaboral não seja promovida tanto como noutros países, como Reino Unido, ou na Alemanha, ou em França. É essencial que haja uma vida fora do hospital e, no fundo, também é isso que queremos semear na comunidade médica.”

Sobre as participações neste projeto, o diretor da orquestra tranquiliza os interessados e explica: “o es-

sencial é que os médicos interessados se inscrevam mesmo, que não tenham receio de já não tocar há muito tempo. A entrada na orquestra não está sujeita a audições. Há sempre alguma seleção que terá de ser feita para existir um balanço na qualidade dos músicos, mas a ideia é que qualquer pessoa se possa juntar, desde que tenha o mínimo de estudos musicais.”



O primeiro concerto da Orquestra Médica Portuguesa vai realizar-se no dia 11 de setembro, na Aula Magna da Reitoria da Universidade de Lisboa, onde serão tocadas obras de Dvorak (Sinfonia novo mundo), Eurico Carrapatoso e Manuel de Falla. O concerto reverte a favor da Associação Portuguesa contra a Leucemia, uma associação que está a inaugurar uma casa em Lisboa para os familiares dos doentes que estão em tratamento, princi-

palmente no IPO, e para os próprios doentes entre tratamentos, promovendo também a literacia na área das doenças oncológicas e hematológicas.

Para os médicos que não tocam nenhum instrumento, Sebastião Castanheira Martins deixa o apelo: “venham ver os nossos concertos! Teremos todo o gosto em ter a sala cheia e mostrar que a música está viva entre os médicos, e recomenda-se!”

Saiba mais em www.orquestramedicaiberica.com



LUÍS MENDES CABRAL

Anestesiologista com competência
em emergência médica

Especialidade de medicina de urgência porquê o impasse?



Até agora, a criação da especialidade de medicina de urgência tem sido anunciada como algo transformista e revolucionário, o que apenas tem alimentado o medo e a revolta de quem tem o poder passivo da resistência à mudança, sem resultados concretos. Muito longe de uma revolução, o nascimento da especialidade de medicina de urgência no nosso país, deve ser visto e explicado, como uma simples evolução natural do atendimento no serviço de urgência, na senda da excelência e diferenciação, que tem caracterizado a história recente da medicina em Portugal.

Os esforços devem ser reorientados no sentido de demonstrar a mais-valia de um médico especialista no serviço de urgência, em contraponto com o atual modelo. Deve ser explicado que continuar num sistema que não é, nem deixa ser, pode satisfazer muita gente, menos os doentes. É preciso ter a coragem de admitir publicamente que equipas de tarefas indiferenciados, não enquadrados em qualquer especialidade, prestam um mau serviço à Medicina, mesmo quando os SO's estão carregados de especialistas, prontos para os apoiar.

Um dos maiores erros tem sido a designação da especialidade. A tradução do inglês poderia levar a pensar que se chamaria medicina de emergência, no entanto, a "emergency room" do "ER doctor" é apenas uma pequena parte da atividade do "emergency department" por nós conhecido como serviço de urgência. Se duvidas houvesse, o termo francês "Médecine d'Urgence" é esclarecedor, apesar de

concordar que "emergencista" soa melhor que "urgencista". A urgência resolve problemas de uma forma mais generalista e autónoma que a emergência. Alias, sempre foi a necessidade de uma abordagem multidisciplinar ao doente crítico, o principal motivo, com algum fundamento, para a enorme oposição à criação da especialidade de medicina de emergência em Portugal.

Então o que é a especialidade de medicina de urgência?

Para começar não é uma competência em emergência médica. Como já se provou, urgência e emergência são duas palavras distintas e assim se devem manter. A especialidade deve nascer de forma independente e a competência em emergência médica deve ser reformulada e continuar. É fundamental diferenciar pequenos grupos de especialistas em anestesiologia, medicina interna, cirurgia geral, medicina intensiva e medicina de urgência em emergência médica, quer na sua vertente intra-hospitalar, quer na vertente extra-hospitalar. As salas de emergência, por exemplo, carecem de médicos competentes em emergência médica, num modelo de funcionamento multidisciplinar. Há uma diferença enorme entre executar competentemente o ABCDE e fazer a abordagem inicial ao doente crítico.

Também não deve aparecer como uma subespecialidade da medicina interna. Seria uma limitação do potencial do urgencista e não resolveria o problema do atendimento urgente dos doentes cirúrgicos,

ortopédicos, pediátricos, ginecológicos/ obstétricos, oftalmológicos, etc... O especialista em medicina de urgência não é um internista dedicado ao serviço de urgência, mas um médico com formação em diferentes especialidades, capaz de identificar patologia aguda. Não lhe é exigido que faça um diagnóstico, mas que interne o que é urgente e que encaminhe o que não o é.



Na realidade, num exercício meramente teórico, se alguma especialidade poderia advogar para si a paternidade da medicina de urgência seria a medicina geral e familiar. Se formos coerentes com a tipologia dos doentes que recorrem aos serviços de urgência, a atuação de um especialista em medicina de urgência mais facilmente se aproximaria da medicina geral e familiar do que da medicina interna. Além disso, será seguramente a especialidade que terá maior interação com os urgentistas, quando, um dia, o sistema de saúde funcionar corretamente.

O escopo de ação de um especialista em medicina de urgência está internacionalmente bem delineado e deve ser respeitado. Da mesma forma que ninguém questiona a atuação do internista no âmbito do Harrison's, do intensivista no âmbito do Marino's ou do cirurgião geral no âmbito do Fischer's, o Tintinalli's define um especialista de medicina de urgência. Percorrer esse livro de texto clarificará as mentes mais reticentes. Não é preciso por isso inventar comissões e grupos de trabalho para implementar o que já foi definido pela União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS).

Quem deve começar a especialidade não são os intensivistas, os anestesiólogos, os internistas ou, so-

bretudo os emergencistas. Devem ser aqueles que, tal como outrora, na história das diferentes especialidades, abandonaram as suas carreiras e abraçaram com paixão o serviço de urgência e dele fizeram o seu local de trabalho. Naturalmente deve ser dada primazia aos serviços de urgência dos hospitais universitários. É aí que devem nascer as escolas que servirão de modelo para formação de especialistas em todo o país.

Sem conflitos, pudores ou protagonismos, não deve ser difícil encontrar um grupo de médicos, nos serviços de urgência dos grandes hospitais centrais, que cumpram os standards europeus para o ensino pós-graduado do especialista em medicina de urgência. Com o apoio da Ordem dos Médicos, outros serviços irão gradualmente ganhando idoneidade formativa e em pouco mais de uma década, o país terá o número de especialistas de que precisa. Isto porque quem já tem uma especialidade e não está disposto a abandoná-la para ir atrás deste sonho, dificilmente vai conseguir transformá-lo numa realidade.

Quem deve começar a especialidade não são os intensivistas, os anestesiólogos, os internistas ou, sobretudo os emergencistas. Devem ser aqueles que, tal como outrora, na história das diferentes especialidades, abandonaram as suas carreiras e abraçaram com paixão o serviço de urgência e dele fizeram o seu local de trabalho.

FÁTIMA MONTEZINHO

Médica Radioncologista no Instituto Português
de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil



Recuperação da articulação: Prótese ou não, se exequível...

A autora explica o objetivo desta poesia da seguinte forma: “procurei em poucas e simples palavras pensar e propor uma alternativa para recuperar as articulações comprometidas de forma patológica, com ou sem défice funcional. Quanto à viabilidade da proposta, a sua concretização é, na era atual, viável e biológica, gerável, compatível com o self, considera. Sobre o âmbito de ação exequível, frisa que é “em qualquer idade e em qualquer articulação, até com recurso a amplificação de imagem, guiada por profissionais, recorrendo aos conhecimentos do foro da medicina, química e farmacologia, à inovação tecnológica, informática e de imagem”.

Na articulação: evitemos rejeição – visemos o self com o self:

*Analisemos com objetivo e rigor
Cartilagem, osso, líquido sinovial e dor
Onde faltam nas quadrículas da matriz da imagem
U ou v, m ou n, com razão, terás coragem.*

*Artroscopia indubitável do joelho?
Anca, ombro, cotovelo e dedos também!
Ágeis, firmes em equilíbrio como os do coelho
Seja com self, no Avô, na Criança ou na Mãe*

*Com sistemas operativos equilibrados
E aparelhos de leitura otimizados de densidades
Com espectroscopia e sistemas de dosagens adequados
Lês registas e aplicas ossos e cartilagens articulares, em quais idades?*

*Irregularidades patológicas, por anticorpos, por uso ou abuso, por desgaste...
Facilmente equilibradas por coalescência*

De massas e cartilagem e/ou osso self em "pó", que ligaste
Conjuntivo que em cartilagem e cutis, flexibilidade trazem com anuência

Osso com osteoblastos, osteófito, cálcio e rede proteica
Cartilagem com hialuronato, glucosamina e condroitina
Tornar acessível a saúde, satisfeita em boa colheita
E fazer a articulação, articular em graça Divina

Com avaliação anatomo-funcional estudar
Densidades e materiais articulares em desequilíbrio
Para os podermos reiteradamente balancear
Num assomo de valoroso e sadio brio

Chegar lá com pontaria fiducial ab initio in loci e com informática
Densidades que com fotão, registo de som, spin do eletrão alvitra sapientemente "ler"
Chegar lá com arte de dose unidade-medida e peso de catedrática
Sabes dosear o grão que tomba na seringa, para o bom "café" concretizar e fazer?

Coalesce ao depositar deslizando guiada entre cápsula, ligamentos e no líquido sinovial
Precisão milimétrica, primeiro de "pó de osso" self se for necessário
Onde? Com Ressonância, Ecografia ou CT, escasseie ou haja excesso de % cor e sinal...
E logo cartilagem não em simetria, nem ao contrário

Mas para fortalecer rigorosa e sapientemente com arte e mestria
Qual pasta de dentes a depositar por cada peça dentária, com a escova
Na exata quantidade que em devida direção e sentido aos dentes, respeito lhe dizia
Bem necessária em conformidade com a escova assim o ponteiro das massas inova

Que a articulação, bastas vezes, nem tem simetria
Por vezes edificar exige primum arquitetura
Não desequilibre nem distorcer a cinética do alicerce da alegoria
Para não corromper a excelência e pragmatismo da Partitura

Líquido sinovial depurar e otimizar para cicatrizar
Evitar o santuário farmacológico e o seu líquido contaminar
Assepsia e excelsa dinâmica no seu exemplar equilíbrio
Estabilizar e remover o gatilho, com magnífico brio.

Recuperação da articulação!

PAULO ALMEIDA

Interno de Medicina Geral e Familiar
- USF Norton de Matos



A Saúde que desejamos

A saúde que desejamos é uma saúde em que os doentes façam parte de todas as decisões que lhe dizem respeito, visto que são os principais protagonistas deste sistema, junto com os profissionais de saúde, que desempenham uma tarefa digna de destaque.

A saúde que perseguimos é aquela em que a inovação forma parte de maneira inequívoca do sistema, e na qual os avanços científicos sejam rapidamente incorporados, chegando ao mesmo tempo a todo o território, em condições de equidade.

A saúde que necessitamos é aquela em que a voz dos especialistas é ouvida sempre, especialmente em momentos de crise na saúde como a que vivenciamos atualmente.

A saúde que precisamos é aquela, em que o indivíduo é visto como um todo, onde as pessoas mais frágeis e vulneráveis, encontrem no Sistema Nacional de Saúde, a resposta a todas as suas necessidades, relacionadas com o seu processo ou situação pessoal.

A saúde da qual todos estaríamos mais orgulhosos, é aquela em que os profissionais de saúde são reconhecidos pelo seu trabalho, pelo seu compromisso, e pelos seus resultados.

A saúde ideal é aquela em que colocamos o peso do Serviço Nacional de Saúde, onde ele tem de estar, na prevenção, na saúde pública, e na educação para a saúde, desde os cuidados de saúde primários, que são onde reside grande parte do desafio atual.

A saúde do futuro incorpora a tecnologia e a saúde digital, podendo os médicos aumentar a sua

capacidade de resposta, oferecendo soluções mais potentes, holísticas e personalizadas, tudo isto sem desumanizar a medicina. Será um futuro em que a medicina será mais personalizada, e daremos maior relevo aos resultados em saúde, e menos ao número de tratamentos, intervenções, ou volume de consultas.

A saúde não tem fronteiras, e num mundo sem fronteiras os problemas de saúde viajam de forma tão rápida, que é necessária uma visão conjunta, para além de ver os doentes e os problemas isoladamente nos seus países. Numa altura em que todos somos vizinhos, e todos dependemos de todos, a saúde também tem de fazer parte deste futuro partilhado.

A saúde pós-COVID-19, necessita de uma reformulação integral, na qual participem tanto profissionais de saúde como agentes políticos, já que a pandemia demonstrou que perante uma situação de stress, o Serviço Nacional de Saúde fica em risco, e as suas carências ficam visíveis aos olhos de todos.

Ciclo "A Mulher e Medicina"

55% das inscrições na Ordem dos Médicos do Centro são mulheres

Medicina Geral e Familiar é a especialidade predominante, logo seguida pelas especialidades de Medicina Interna, Pediatria, Anestesiologia e Ginecologia-Obstetrícia.

Perto de 27% das médicas da região têm entre 51 e 70 anos.

No Dia Internacional da Mulher, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos comemorou o papel pioneiro de Carolina Beatriz Ângelo na Medicina e no exercício de cidadania, relembrando esta personalidade de causas, com uma exposição temática e um debate. Ao assinalar este dia, na Guarda, precisamente a cidade onde nasceu Carolina Beatriz Ângelo, a Ordem dos Médicos do Centro pretendeu homenagear não só o pioneirismo desta cirurgiã mas também elogiar todas as mulheres que seguem atualmente a vocação médica. E são cada vez mais.

De acordo com os dados mais recentes elaborados a partir do número de inscritos da Ordem dos Médicos na região Centro, 55% dos inscritos são mulheres. No retrato estatístico que visa perceber

a demografia médica, é interessante constatar a progressão da presença das mulheres na Medicina. "Cada vez mais, o papel da mulher é preponderante na Medicina. Carolina Beatriz Ângelo, a primeira cirurgiã portuguesa, formou-se em 1902 na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Passaram 120 anos e hoje o papel das mulheres é notável, destacando-se a cada ano que passa", afirmou o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM).

E há especialidades onde, atualmente, essa tendência é significativa. Reportando à Região Centro, vejamos os dados estatísticos:

Das 5569 médicas inscritas na região, 970 possuem a especialidade de Medicina Geral e Familiar. Nesta especialidade médica, 56,82% são mulheres.

Olhando para os números da especialidade de Medicina Interna, estão inscritas 289 médicas, sendo a prevalência feminina de 57,46%.

É bastante significativa a prevalência de mulheres médicas na especialidade de Pediatria. São 240, o que significa uma percentagem de 71,43%. Com 232 médicas especialistas em Anestesiologia, o que significa que são 65,54% desta especialidade. Já em Ginecologia-Obstetrícia são 62,28%, com 213 médicas desta especialidade.

Na distribuição por faixa etária, a maioria tem entre 30 a 40 anos, ou seja 1968 médicas (35,3%), logo



De acordo com os dados mais recentes elaborados a partir do número de inscritos da Ordem dos Médicos na região Centro, 55% dos inscritos são mulheres. No retrato estatístico que visa perceber a demografia médica, é interessante constatar a progressão da presença das mulheres na Medicina.

seguida de 1004 médicas na faixa dos 61 e 70 anos (18,02%). "A caracterização demográfica dos médicos na região Centro revela uma classe profissional envelhecida, não é exclusivo do género feminino, o que trará dificuldades a curto prazo ao sistema de saúde na sua globalidade", assume Carlos Cortes.

A sessão evocativa no dia 8 de março, que teve lugar na sede da sub-região da Guarda da Ordem dos Médicos, contemplou a inauguração da exposição temática, reafirmando o contributo ímpar de Carolina Beatriz Ângelo na história da Medicina em Portugal, e, ainda, uma conferência/debate sobre o atual papel das mulheres na Medicina. Este foi o primeiro evento do ciclo "A Mulher na Medicina" a levar a cabo pela SRCOM.



Protagonismo feminino na Medicina

"As mulheres têm tido um papel absolutamente notável na Medicina. Não distingo homens nem mulheres, vejo sim, profissionais dedicados e com vocação. Obviamente, houve um percurso longo com barreiras difíceis de ultrapassar. A Carolina Beatriz Ângelo foi um marco muito importante nesse caminho", assumiu Carlos Cortes.

O presidente da SRCOM assumiu ainda que "o importante são os ideais de humanismo e de solidariedade, sobretudo nos dias de hoje, não só porque temos pessoas a precisar de cuidados de saúde, mas porque na Europa vivemos tempos muito difíceis de uma guerra".

Na conferência/ debate com o tema "Ser Médi-

ca Hoje", foram oradores: Isabel Coelho, Médica de família da USF Ribeirinha – Guarda; Sara Campos, Médica de família da UCSP de Seia; e Sara Cruz, Presidente do Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior. Este debate contou com a moderação de Carlos Santos Pereira, Diretor Clínico do Hospital Beatriz Ângelo – Loures, que afirmou, logo no início da sua intervenção, que a cirurgia "conseguiu corporizar aquilo que à entrada deste novo tempo - difícil e de sofrimento pela guerra - serve de exemplo e força para continuar". A marcar o início desta conferência, a pergunta que Carlos Santos Pereira lançou a Sara Cruz: "O que leva uma jovem mulher portuguesa a considerar a escolha da carreira médica?". Assumindo que a per-

guntas tem uma resposta multifatorial, a jovem estudante sente que está numa "posição privilegiada para observar", não só com o apoio da família mas também com a ajuda dos mestres "muitos exemplos inspiradores", e que vive "num período com alguns desafios, nomeadamente que se levantam por causa da barreira do género mas acredito que caminhamos num sentido positivo".

Lembrando que desde 2010 há mais mulheres médicas do que homens médicos, Carlos Pereira dirigiu nova pergunta a Sara Campos, Médica de família da UCSP de Seia,

tentando obter a sua opinião e perspetiva sobre a harmonização das funções familiares, profissionais e pessoais. "Muitos anos passaram desde a Carolina Beatriz Ângelo, num tempo em que não havia igualdade nem papel nem na realidade, eu já sou da geração pós-25 de abril e a não discriminação está garantida por lei", mas, apesar dessa garantia, "existem desigualdades mas não será a área da Medicina que apresenta mais dificuldades às mulheres", não se coibindo de assinalar "pequenos pormenores", tais como na escolha da especialidade e como se equaciona a maternidade durante o internato médico. "Os direitos e a liberdade de acesso têm de ser iguais mas, na verdade, ser mulher e ser homem não é a mesma coisa. Há carreiras em que a maternidade pode ser uma dificuldade". Lançando o debate para Isabel Coelho, médica de família da USF Ribeirinha, o moderador questio-

"As mulheres têm tido um papel absolutamente notável na Medicina. Não distingo homens nem mulheres, vejo sim, profissionais dedicados e com vocação. Obviamente, houve um percurso longo com barreiras difíceis de ultrapassar. A Carolina Beatriz Ângelo foi um marco muito importante nesse caminho" - Carlos Cortes



nou-a sobre até que ponto a visão feminina pode modificar o nosso sistema de saúde. "As mulheres atingem cada vez mais as chefias", destacou, lembrando que ao longo de mais de quatro décadas de profissão nunca se deixou intimidar, "sendo médica de família durante 25 anos numa aldeia, nunca deixei de ter o percurso de gestão", acrescentando que conciliou sempre a Medicina Geral e Familiar com a direção do centro de saúde, com a coordenação da sub-região de saúde e também quando foi presidente do Conselho de Administração da ULS da Guarda. "A sociedade foi-se preparando para ter a Mulher na globalidade, em todas as áreas", acentuou. "Estou convencida que não há diferenças entre homem ou mulher, seja na medicina ou noutra

profissão qualquer. Temos de reconhecer o mérito. Vou para a minha aposentação muito feliz, fiz a minha carreira para ser feliz". No período de debate, Sara Campos, Médica de família da UCSP de Seia, aludiu às diferenças que ainda existem no mundo laboral, designadamente no que toca à licença de redução de horário. "As leis protegem a maternidade mas como não são igualitárias, continuam a penalizar as mulheres", pois a entidade patronal não é recompensada pela ausência da mulher jovem pela questão do cuidar. "Uma mulher jovem continua a ser preterida se a diferença da qualidade não for estrondosa. O caminho iniciado pela Dr.^a Carolina ainda não terminou".

"Carolina é um tesouro nacional"

Maria do Sameiro Barroso

Ao abordar o contexto histórico do percurso uma das primeiras mulheres a concluir o Curso de Medicina em Portugal, a presidente do Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos, Maria do Sameiro Barroso, traçou o perfil da "figura inspiradora" que nasceu na Guarda e "conseguiu estudar", considerando-a "um tesouro nacional". Recordou ainda que "ao casar com um primo que também era médico, ambos constituíram um dos primeiros casais de médicos da nossa História". Após uma viagem pelas circunstâncias das mulheres pioneiras nos Estados Unidos da América e na Europa, e recuando até aos primórdios da Antiguidade Clássica, Maria do Sameiro Barroso lembrou que "houve sempre homens que apoiaram as mulheres" nesta senda". Maria do Sameiro Barroso tem vários trabalhos publicados sobre a vida de Carolina Beatriz Ângelo, que viria a ser a primeira mulher a exercer cirurgia e que se dedicou à ginecologia e à obstetria. A presidente do NHMOM tem destacado a luta desta médica pela dignificação feminina quer a nível institucional quer político, lembrando que Carolina Beatriz Ângelo foi a primeira mulher a votar, em Portugal e na Europa.



"Carolina representa objetividade e determinação"

Maria de Fátima Cabral

Falando sobre o pioneirismo de Carolina Beatriz Ângelo, a atual diretora clínica da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda assumiu que a cirurgiã "representa a objetividade, a determinação e a concretização de um projeto de vida. É uma vida que passou rápida de mais mas que marcou definitivamente o futuro de muitas mulheres". Mas tal como Maria do Sameiro Barroso, também a diretora da ULS da Guarda referiu "um homem que foi fundamental nesse determinismo da Carolina e na possibilidade que ela teve de votar pela primeira vez na Europa". Tratou-se de um juiz "que considerou que excluir uma mulher só por ser mulher é simplesmente absurdo e iníquo em oposição com as próprias ideias da Democracia e da Justiça".





Quem é Carolina Beatriz Ângelo? Exposição mostra

Abriu caminhos para a liberdade, desafiando o 'status quo' do seu tempo. É um exemplo inspirador na Medicina e na Sociedade e é mesmo esse o contexto da exposição temática "Carolina Beatriz Ângelo / 1878 – 1911 – Uma Mulher na Medicina dos Homens" que esteve patente na Sede da Sub-região da Guarda da Ordem dos Médicos.

Carolina Beatriz Ângelo nasceu na Guarda, licenciou-se em Medicina em 1902 e nesse mesmo ano casou com o primo Januário Barreto com quem partilhou a profissão e os ideais republicanos. Foi pioneira na prática cirúrgica em Portugal e dedicou-se à ginecologia. A 28 de Maio de 1911 foi a primeira mulher portuguesa a votar nas eleições para a Assembleia Nacional Constituinte, facto noticiado nos jornais de toda a Europa, admirados pela sua coragem e pelo suposto rumo progressista da República Portuguesa. Faleceu poucos meses depois, a 3 de Outubro, e nunca chegou a assistir às mudanças na lei eleitoral que paulatinamente foram permitindo o voto às mulheres até à abolição de todas as restrições, só conseguida após o 25 de Abril de 1974.

Na inauguração da exposição marcaram presença todos os médicos intervenientes no debate/conferência, bem como a vice-presidente da Câmara Municipal da Guarda, Amélia Fernandes, e o Presidente da Mesa da Assembleia Municipal da Guarda, José Relvas. A mostra tem vários núcleos: Infância e Instrução; o Voto no Feminino; Liberdade, Igualdade e Fraternidade; A Ação Pelos Ideais Republicanos; A Primeira Cirurgiã Portuguesa; As Médicas no Início do Século XX - Intervenção na Sociedade; a Morte.

Newsletter nº 12 do Gabinete de Investigação e Divulgação Científica da SRCOM

“Violência Familiar no Contexto da Pandemia COVID-19” é o estudo plasmado na newsletter número 12 do Gabinete de Investigação e Divulgação Científica da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Recorde-se que, desde março de 2021, o Gabinete de Investigação e Divulgação Científica iniciou a disponibilização de informação sobre áreas relevantes para a prática clínica. Esta ferramenta conta com o apoio da rede Cochrane Portugal, que inclui as duas escolas médicas da região Centro.



LEIA AQUI A
NEWSLETTER



Uma gota pode fazer a diferença



Alexandre Valentin Lourenço sublinhou que se tratou “sem dúvida de um momento gratificante” e fez um agradecimento especial a toda a equipa do IPST que tornou possível o sucesso desta sessão.

Foi a segunda vez que o Conselho Regional do Sul realizou uma sessão de

O Conselho Regional do Sul promoveu uma sessão de colheita de sangue, a 27 de março – **Dia do Dador de Sangue** –, em colaboração com o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST).

Foi uma manhã especial, no Salão de Eventos da Região Sul da OM, com muitos médicos e outros dadores a responderem ao desafio de doar sangue, contribuindo assim para uma causa nobre e altruísta, a de salvar vidas.

O presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos esteve presente na sessão, com a presidente do Conselho Diretivo do IPST, Maria Antónia Escoval e outros elementos da estrutura dirigente.

colheita de sangue na Ordem dos Médicos, repetindo o evento de 2021, também no Dia do Dador de Sangue.

O Conselho Regional do Sul agradece a todos os que responderam ao seu desafio, porque uma gota pode fazer a diferença!



Seminários "10 Reflexões"

envolveram centenas de médicos no debate

Na semana que antecedeu o 24.º Congresso Nacional da Ordem dos Médicos decorreu no auditório da Região do Sul o ciclo de seminários «10 Reflexões», que reuniu, presencialmente ou online, centenas de médicos que debateram dez temas diferentes, dois por dia, durante cinco dias.

Como moderadores e oradores, ao todo estiveram envolvidos nas mesas 71 médicos, entre dirigentes das Ordem, particularmente dos colégios, e também especialistas convidados – médicos que têm trabalho meritório e reconhecido no âmbito dos diferentes temas debatidos.

No final de cada sessão de debate, os moderadores produziram um documento de conclusões, que foi depois sintetizado e apresentado no Congresso pelo presidente executivo, Alexandre Valentim Lourenço.

Estes debates tiveram forte participação dos médicos que abordaram temas como doenças emergentes, o atendimento ao doente urgente, novas abordagens das doenças oncológicas, o ambulatório, as doenças crónicas, a longevidade, o nascimento e o crescimento do ponto de vista estratégico para o país, a promoção da saúde, as cirurgias minimamente invasivas e a inteligência artificial.

Tudo temáticas que estarão no centro do pensamento sobre as respostas da Medicina e da Saúde a uma população cada vez mais exigente e com média de idades cada vez mais alta.

Os seminários «10 reflexões» visaram discutir as várias possibilidades da Medicina nesta década e na próxima, no sentido de preparar os médicos para um futuro próximo que pode ser muito diferente do tempo atual e mudar em poucos anos.

«O atendimento ao doente urgente. O que temos de mudar?»

O primeiro tema discutido nos seminários «10 Reflexões» foi «O atendimento ao doente urgente. O que temos de mudar?», numa mesa em que os moderadores foram António Martins Baptista e Lurdes Gandra, com mais 4 palestrantes: Luís Varandas, Luz Brazão, Nuno Jacinto e Fernando Moura.

Depois de todas as participações e do debate, os moderadores consideraram que “o atendimento ao doente urgente será cada vez mais efetuado onde o doente precisa” e que isso fará com que nesta década e na próxima se abram “portas de entrada múltiplas no sistema, fora do Serviço de Urgência, adequadas às necessidades de cada doente”.

Outra das conclusões deste debate é que, “em 2040, a literacia informática e a saúde dos doentes, juntamente com a evolução tecnológica, permitirão que uma enorme panóplia de sistemas facilite os cuidados de saúde ao doente urgente. Estes incluirão a auto avaliação e monitorização, a rápida resposta médica a um evento detetado pela tecnologia e a aplicação de algoritmos de inteligência artificial, tanto ao nível do diagnóstico como da terapêutica”.



António Martins Baptista (a falar) e Lurdes Gandra (à sua direita), com os 4 palestrantes: Luís Varandas, Nuno Jacinto, Luz Brazão e Fernando Moura

«O caminho do ambulatório. O que temos de fazer?»

O debate «O caminho do ambulatório. O que temos de fazer?» reuniu uma mesa cujos moderadores foram Raquel Baptista Leite e João Figueira, com os palestrantes Francisca Delerue, Carlos Magalhães, Paulo Santos e Edna Gonçalves.

De todas as participações, os moderadores destacaram a previsão de que “os doentes submetidos a cuidados de ambulatório cirúrgicos e médicos, apresentem cada vez maior nível de complexidade e necessitem de equipas multidisciplinares cada vez mais diferenciadas e especializadas”.

E ainda que “é importante que existam protocolos que assegurem a qualidade dos procedimentos e a segurança dos doentes”.



Raquel Baptista Leite (a falar) e João Figueira (à sua direita), com os palestrantes Carlos Magalhães, Edna Gonçalves, Paulo Santos e Francisca Delerue



Aníbal Ferreira, Alexandra Bayão Horta, Carlos Robalo Cordeiro, Francisco Sampaio, Helena Canhão e João Raposo

«O futuro das doenças crónicas. O que vai mudar?»

Francisco Sampaio e Carlos Robalo Cordeiro moderaram a mesa «O futuro das doenças crónicas. O que vai mudar?», que contou com os seguintes palestrantes: Ricardo Fontes de Carvalho, Alexandra Bayão Horta, Helena Canhão, João Raposo e Aníbal Ferreira.

Os moderadores destacaram no final que “o perfil e a complexidade das doenças crónicas tem-se modificado, sobretudo no contexto do envelhecimento da população e da multimorbilidade associada”, advertindo que “a gestão da doença crónica não tem merecido uma abordagem abrangente e compreensiva pelo nosso sistema de saúde”.

Nesse sentido consideraram que “devem ser estabelecidas políticas de saúde, dotadas de adequados financiamentos, nos diversos níveis”.

«O impacto da longevidade - Na saúde e na doença»

A mesa do debate «O impacto da longevidade - Na saúde e na doença» teve como coordenadores Edson Oliveira e Manuel Caldas de Almeida, com os palestrantes Miguel Coelho, Manuel Gonçalves Pereira, Carlos Seça Cardoso e Manuel Teixeira Veríssimo.

Entre as conclusões figuram a perspetiva de “descentralização dos cuidados de saúde em relação ao médico, com maior envolvimento da Comunidade e de todos os envolvidos na sua prestação”. Mas também a necessidade de “reformular o atual sistema de saúde para responder à demanda futura de modo a capacitar-se relativamente ao aumento da longevidade e garantir a continuidade de cuidados”.



Edson Oliveira (a falar) e Manuel Caldas de Almeida (à sua direita), com os palestrantes Miguel Coelho, Manuel Gonçalves Pereira, Carlos Seça Cardoso e Manuel Teixeira Veríssimo



Rubina Correia (a falar) e Nuno Fradinho (à sua direita), com os palestrantes Francisco Goiana da Silva, Bruno Heleno, Rui Portugal e Pedro Cunha

«Promoção da Saúde. Onde investir?»

O debate «Promoção da Saúde. Onde investir?» reuniu uma mesa com Rui Portugal, Bruno Heleno, Pedro Cunha e Francisco Goiana da Silva. Os moderadores foram Nuno Fradinho e Rubina Correia.

Nas diversas intervenções, foram definidas áreas estratégicas estruturantes da gestão do sistema de saúde: a digitalização de cuidados, a desospitalização de cuidados e a prevenção da doença/promoção da saúde”.

Foi também recomendado “o aumento do investimento do Estado alocado às áreas da prevenção da doença e promoção da saúde, atingindo os 4-5% do orçamento da saúde”.

“A aposta em medidas que visam ganhos em saúde”, quer no curto prazo quer no médio/longo, foi também entendida como uma necessidade.

«Inteligência Artificial na Medicina. O que vai mudar?»

Alexandre Valentim Lourenço e Mário Figueiredo moderaram a mesa «Inteligência Artificial na Medicina. O que vai mudar?», que teve como palestrantes Maria José Rego de Sousa, Hugo Monteiro, Diana Felizardo, João Abrantes e José Carlos Ferreira.

Nas suas conclusões, os moderadores assinalaram que “a Inteligência Artificial não substituirá o médico”, mas advertiram que “os médicos que usam IA é que vão substituir os que não usam”. E consideraram ainda que, nesta matéria, “um desafio fundamental para a generalização da IA na medicina é a criação de uma relação de confiança para com as suas decisões e mecanismos” e que a IA “pode facilitar os processos de aprendizagem na educação médica”.



Alexandre Valentim Lourenço (a falar) e Mário Figueiredo (à sua direita), com Hugo Monteiro, João Abrantes, Diana Felizardo, Maria José Rego de Sousa e José Carlos Ferreira

«Nascer e crescer até 2040. Um investimento estratégico»

A mesa do debate «Nascer e crescer até 2040. Um investimento estratégico» teve como coordenadores João Falcão Estrada e Pedro Tiago Silva, com os palestrantes João Henriques, Gonçalo Cordeiro Ferreira, Diogo Ayres de Campos, Maria José Guimarães e Henrique Barros.

Os participantes deram ênfase à necessidade de “a experiência da gravidez e do parto”, que deve “ser ainda mais segura e gratificante”, no sentido de facilitar a natalidade.

Mas é necessário também “promover a adaptação das estruturas de saúde às mudanças sociais, permitindo uma melhor integração das novas realidades. Uma boa integração dos migrantes na sua multiculturalidade representará seguramente um ganho para a comunidade”.



João Henriques, Gonçalo Cordeiro Ferreira, Maria José Guimarães, João Falcão Estrada, Pedro Tiago Silva, Diogo Ayres de Campos e Henrique Barros



Jorge Penedo (a falar), com Nuno Freitas, Henrique Nabais, Luís Campos Pinheiro, John Preto e Ricardo Arruda Pereira

«A cirurgia minimamente invasiva, a robótica e a simulação - Os cirurgiões do futuro»

Jorge Penedo foi o moderador do debate «A cirurgia minimamente invasiva, a robótica e a simulação - Os cirurgiões do futuro», que contou com Luís Campos Pinheiro, Nuno Freitas, Henrique Nabais, John Preto e Ricardo Arruda Pereira como palestrantes.

Para os participantes, segundo os moderadores, “é imperativo o desenvolvimento e uma política de simulação e um investimento real em programas a nível local” e há uma forte possibilidade de “a cirurgia em 2040 ser mais multidisciplinar, mais tecnológica, menos invasiva, mas sempre dependente do cirurgião”.

Contudo, “é necessário que o treino em novas formas de abordagem não faça descurar o treino das vias mais clássicas”.

«Novas abordagens das doenças oncológicas»

A mesa do debate «Novas abordagens das doenças oncológicas» teve como moderadores Fernando Leal da Costa e José Dinis. Os palestrantes foram Miguel Abreu, Paula Alves, Ana Forjaz Lacerda e Lucília Salgado.

Entre os assuntos discutidos, os moderadores deram ênfase à necessidade imperiosa “de maior comunicação entre os profissionais” e sublinharam que “os médicos que tratam os doentes oncológicos têm de ser libertados de tarefas que podem ser feitas por outros profissionais”.

“Repensar a rede de unidades oncológicas em Portugal para manter o triângulo efetividade, proximidade, e especialização” é também uma prioridade para garantir os melhores cuidados no futuro próximo para este tipo de doenças.

«As doenças emergentes»

Guilherme Duarte e Lara Subtil foram os moderadores da mesa «As doenças emergentes», que contou com as participações de Kamal Mansinho, Ricardo Mexia, Filomeno Fortes e Miguel Viveiros como palestrantes.

Uma das mais importantes conclusões do debate foi a importância de “ter a capacidade de aprender com as últimas duas décadas e com os fenómenos pandémicos vivenciados, para ultrapassar o ciclo de pânico e negligência”.

O debate apontou ainda para a necessidade “de criar alterações sistémicas, reconfigurando o pensamento dicotómico e abordagens clínicas para incluir novas componentes incluindo abordagens holísticas, trans setoriais e que abranjam o conceito uma só saúde”, apontando também para a aposta “na diplomacia em saúde e promover a multidisciplinaridade”.



Lara Subtil (a falar) Guilherme Duarte (à sua direita), com Miguel Viveiros, Filomeno Fortes, Ricardo Mexia e Kamal Mansinho



Ao centro, Fernando Leal da Costa e José Dinis (a falar), com os palestrantes Ana Forjaz Lacerda, Miguel Abreu, Paula Alves e Lucília Salgado

Relatório e Contas de 2021 aprovados por unanimidade

A Assembleia Regional do Sul da Ordem dos Médicos aprovou por unanimidade o Relatório e Contas relativo a 2021. Foi no dia 25 de março, que o órgão máximo da Região Sul se reuniu, sob a presidência de Luís Campos Pinheiro, coadjuvado por Paula Caldeira, com médicos presentes no auditório da Ordem dos Médicos e outros em ligação online.

O Relatório de Atividades foi apresentado pelo presidente do Conselho Regional do Sul, Alexandre Valentim Lourenço, e as Contas foram apresentadas por Francisco Sampaio, tesoureiro da Região Sul, que por estar em isolamento participou também ele online.

Alexandre Valentim Lourenço sublinhou na sua apresentação que “o ano de 2021 foi o segundo ano pandémico e, como o ano anterior, teve um impacto significativo na atividade dos médicos, das instituições de saúde e da própria sociedade”.

De facto, mais uma vez, houve “um conjunto de atividades penalizadas e outras mesmo canceladas, mas também teve que assumir ações e planos de contingência necessários para a prossecução dos seus fins”.

“As atividades presenciais foram diminutas no primeiro semestre”, disse o presidente do Conselho Regional do Sul, mas no segundo semestre boa parte das atividades foi retomada “em pleno” e, nalgumas cerimónias, foram recuperados “momentos marcantes para alguns colegas, anulados no ano anterior, como as entregas das meda-

lhas de 25 e 50 anos de inscrição na OM”, referiu.

Um aspeto importante da atividade do Conselho Regional do Sul é o contacto com os médicos nas suas unidades de saúde. Em relação a isso, Alexandre Valentim Lourenço referiu que “as visitas aos hospitais e centros de saúde foram mantidas, mas sem a programação e planeamento desejados”, sublinhando que foi “a todas as solicitações de “urgência”, tendo-se verificado que, após a melhoria do estado da pandemia, tudo estava como, ou até pior, do que em 2019.

O dirigente recordou que “as saídas de médicos do SNS aumentaram e os serviços não iniciaram processos compensatórios adequados na maioria dos casos, o que foi particularmente evidente na Região do Sul”. A situação “agravou-se ainda mais, e desta vez com um potente alibi, a inação de muitas instituições de saúde, nomeadamente os órgãos de cúpula do Ministério da Saúde, onde se verificou “uma maior estagnação, desresponsabilização dos dirigentes, agravamento das condições de exercício da Medicina”.

O Relatório apresentado está dividido em quatro grandes áreas: Representação e defesa dos interesses da Medicina; Serviços de apoio a médicos; Eventos, Cultura e Comunicação e Gestão operacional.

O tesoureiro, Francisco Sampaio, sublinhou na apresentação das Contas que o orçamento de 2021 foi cumprido ao pormenor.



Luís Campos Pinheiro, presidente da Mesa da Assembleia Regional do Sul e Paula Caldeira, vice-presidente, com Alexandre Valentim Lourenço a apresentar o Relatório de Atividades de 2021

Edifício-sede renovado

Obras na SRNOM

CRNOM decidiu levar a cabo obras de restauro e conservação No edifício-sede, com uma grande intervenção no telhado e renovação dos espaços sociais.



Se a Casa do Médico era já um local não apenas de trabalho mas também de convívio e partilha, agora tem ainda mais motivos para a visitar. A pensar no bem-estar e segurança de todos, o CRNOM apostou na renovação de alguns espaços e fez profundas obras de restauro e conservação no edifício-sede. Venha comprovar como todos os espaços estão mais acolhedores e sinta-se em casa.

Durante os últimos meses, o edifício-sede da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos sofreu profundas obras de restauro e conservação, com renovação de alguns dos seus espaços, para os tornar ainda mais aprazíveis. Consciente da importância de conservar o seu património e infraestruturas, o CRNOM apostou numa intervenção profunda a nível do telhado do edifício, de modo a corrigir deficiências que se agravaram ao longo dos anos. Atualmente o edifício assegura todas as condições de isolamento, segurança e conforto. Mas não só. O CRNOM apostou também na renovação dos espaços comuns e sociais, como o restaurante, o bar e a Sala de Conferências. Tudo está agora mais moderno e confortável.

“Voltar” como se fosse a primeira vez

Localizado no centro da cidade do Porto, rodeado de amplos jardins e dispondo de um parque de estacionamento privativo, o restaurante da SRNOM é um espaço destinado a servir não só os médicos como também o público em geral.

Agora, após uma moderna remodelação está ainda mais preparado para surpreender os mais variados paladares. À entrada do piso térreo aprecie o ambiente acolhedor e confortável preparado especialmente para si. Os tons claros e pasteis contrastam com as cores da madeira que ornamentam este espaço. Aproveite para descansar, ter uma reunião informal ou conviver enquanto desfruta de uma bebida no Bar da casa de todos os médicos, com uma vista privilegiada para o jardim. Respeitando a traça



original, de modo a preservar a identidade da Casa do Médico, a nova decoração, escolhida de forma cuidada, confere-lhe agora um ar mais sofisticado e moderno, sem no entanto romper com o passado e a história deste espaço. A iluminação é também um

Informação REGIÃO NORTE

aspecto chave, e a SRNOM apostou em apontamentos de luz, em locais estratégicos, para realçar a beleza e harmonia do espaço de convívio.

Nessa mesma linha harmônica, encontra-se o Restaurante, que merece uma visita especial. Além do requinte que caracteriza a sala de refeições, a esplanada constitui um dos locais mais atrativos, pela sua generosa área e vistas amplas para os espaços verdes. Atualmente dispõe de uma cobertura, o que convida à sua utilização em qualquer altura do dia ou do ano, sempre com grande conforto.

Depois de usufruir de uma agradável refeição, percorra os corredores desta zona e descubra a nova Sala de Conferências. Um espaço requintado e acolhedor, de traça clássica, que comunga com os jardins exteriores. Dotada de grande versatilidade, a Sala de Conferências é um espaço com condições únicas para a realização de palestras, colóquios, reuniões, rece-

ções e eventos da mais variada índole. Pela proximidade com o restaurante reúne também as condições perfeitas para refeições de grupo ou de celebração. A aposta num design elegante, garantindo a preservação das linhas clássicas, tornaram este espaço ainda mais atrativo. Tudo à sua espera!



"What else"

Responsabilidade Social e Profissional – Papel da OM

Desempenhar um papel ativo para fazer a diferença

"Responsabilidade Social e Profissional – Papel da OM" foi o tema do workshop conduzido por Cristina Gavina, em representação do CRNOM, no dia 10 de outubro. Inserido no congresso "What Else – A World of Opportunities", organizado pela Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, o debate alertou para a importância de os futuros jovens médicos envolverem-se nas atividades da Ordem dos Médicos e desempenharem um papel ativo nas organizações da classe e na sociedade em geral.

Nos dias 9 e 10 de outubro, a Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (AEFMUP) promoveu a terceira edição do "What Else – A World of Opportunities". Um congresso "com bases delineadas pela multidisciplinariedade", "a pensar nas tendências do futuro", de acordo com os seus organizadores. "Com foco nas áreas da política, gestão, indústria farmacêutica e tecnologia", o evento visa a "criação de espaços de aprendizagem, reflexão e discussão" entre os jovens sobre o papel do médico não apenas como clínico, mas também como interveniente ímpar na sociedade.



Do programa, que incluiu Sessões Plenárias sobre "Responsabilidade Social na Comunicação em Saúde", "Inovação e Competitividade Empresarial em Saúde" e "Gestão Hospitalar", destacou-se em particular a abordagem de "carreiras alternativas" à prática clínica convencional: da formação e investigação, à criação de negócios e a carreira na indústria farmacêutica, nas instituições militares, em entidades nacionais, como o Infarmed, ou internacionais, como a OMS.

"RESPONSABILIDADE SOCIAL E PROFISSIONAL - PAPEL DA OM"

No segundo dia do evento, a 10 de outubro, em representação do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM), Cristina Galvina conduziu um workshop sobre o tema "Responsabilidade Social e Profissional - Papel da OM". "Preparei este workshop a pensar naquilo que eu gostaria que me tivessem ensinado quando eu era estudante de Medicina em relação ao funcionamento da Ordem dos Médicos e à importância que ela pode ter na representação não só dos médicos, mas também dos doentes", começou por explicar Cristina Gavina. Para depois destacar a relevância do evento: "Normalmente os alunos não têm consciência de que o seu papel como médicos pode ir muito além daquilo que é o ato médico. Muitas vezes nem sabem o que pode englobar o próprio ato médico, que outras estratégias e outras atuações do médico podem ir para além daquela que é a atividade clínica pura e dura. Que passa pela atividade formativa, pelo ensino, entre outras vertentes que podem igualmente contribuir para o tratamento das doenças e para promoção da saúde dos cidadãos", completou Cristina Gavina.

RESPONSABILIDADE SOCIAL

No início do workshop, a vogal do CRNOM chamou a atenção dos jovens médicos para a importância de se envolverem nas mais variadas estruturas académicas e profissionais, desde as associações de estudantes à própria Ordem dos Médicos. “Vocês podem fazer a diferença. É importante que tenham espírito crítico, que desempenhem um papel ativo na sociedade e tenham uma voz em representação da nossa classe e dos cidadãos”, alertou.

Em declarações à Nortemédico, a oradora frisou algumas mensagens que transmitiu aos participantes. “A Ordem dos Médicos é um motor de mudança, desenvolve propostas concretas para melhorar a saúde em Portugal. É uma voz ouvida não só pela opinião pública, que muitas vezes olha para nós como o referencial daquilo que é a boa prática, mas também porque é preciso efetivamente chegar à tutela e explicar porque algumas coisas são necessárias e porque temos que ajustar a nossa postura de acordo com as necessidades de cada momento da nossa comunidade. Isto vai muito para além de qualquer luta política ou de interesse sindical, estamos muito acima desse plano, a lutar pela defesa de uma classe e da população. Queremos que os mais jovens tenham um papel ativo e percebam que a inscrição na Ordem dos Médicos não é só uma questão de obrigatoriedade. Devem participar e fazer parte desta estrutura dinâmica, constituída por pessoas muito diferentes mas com interesses comuns, para que possamos ter mais força”, reforçou Cristina Gavina.



RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

O que se pode esperar de uma ordem profissional, de que forma é que a Ordem dos Médicos se encontra estruturada para poder servir e dar apoio aos seus as-

sociados, as responsabilidades do médico, a legislação e regulamentos mais relevantes e o Estatuto da Ordem dos Médicos foram alguns dos assuntos tratados.

“Ser médico é muito mais do que tratar e diagnosticar doenças. É promover saúde, educar a população, defender os interesses e direitos dos doentes e as melhores terapêuticas, junto da tutela, como parte integrante de uma estrutura organizada”, rematou Cristina Gavina.



O PAPEL DA OM

Garantir a qualidade formativa, regular a formação pós-graduada, promover um acesso igualitário aos cuidados de saúde, defender as boas práticas médicas e a relação médico-doente, “baseada na confiança”, foram alguns exemplos apresentados aos estudantes sobre as responsabilidades e preocupações da Ordem dos Médicos. A oradora esclareceu ainda a “reconhecida autonomia das ordens profissionais para tomar decisões em relação aos seus associados e promover a autorregulação”, e o principal objetivo, que passa por “defender os direitos fundamentais dos cidadãos”. “Regular o acesso e o exercício da profissão, representar e defender os interesses dos médicos e contribuir para a defesa da saúde dos cidadãos e dos direitos dos doentes faz parte da missão da Ordem dos Médicos. Temos que dignificar o ato médico e defender uma medicina de qualidade, para que todos fiquem a ganhar”, realçou a especialista em Cardiologia, acrescentando que “atividades como a investigação, a formação e a gestão também são atos médicos”.

Cristina Gavina terminou expondo ainda como se encontra organizada a Ordem dos Médicos em termos de estruturas nacionais e regionais, bem como os principais serviços que presta e, em particular, de que forma os médicos podem utilizar e usufruir da Casa do Médico, das instalações e dos serviços da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

Sessão Temática Segurança Social

A Sala Braga da SRNOM foi palco de uma sessão temática sobre Segurança Social, um evento organizado pelo CRNOM que serviu não apenas para debater o futuro da Segurança Social em Portugal, mas também para estimular a reflexão na comunidade médica sobre quais os seus direitos e deveres, enquanto cidadãos.

A sessão temática sobre Segurança Social realizou-se no dia 7 de outubro, na Sala Braga do Centro de Cultura e Congressos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) e contou com a presença de António Araújo, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) e Alfredo Oliveira, jurista e responsável da Consultores Especializados em Segurança Social (CESS).

O tema da sessão atraiu à SRNOM muitos médicos de diferentes gerações que tiveram oportunidade de refletir sobre a Segurança Social, quais os direitos e como os exercemos, o seu futuro e ainda os sistemas de reforma que estão em vigor.

António Araújo realçou a importância de a Ordem dos Médicos realizar este tipo de sessões, prometendo a futura abordagem de outros temas. "A Ordem dos Médicos pretende garantir a qualidade dos atos médicos, dos seus profissionais, ter uma ação interveniente na atuação disciplinar, mas pretende também fornecer serviços aos seus associados. Aqui, a Casa do Médico e as instalações da Secção Regional do Norte, são o paradigma disso", afirmou. Salientando que a Ordem dos Médicos sempre tem trabalhado "de forma consistente" em temas relacionados com a área jurídica, em que conta com o apoio de Inês Folhadela, consultora jurídica da SRNOM, António Araújo destacou que "é fundamental prestar assistência, esclarecimento e apoio em questões tão importantes como a Segurança Social."



Sustentabilidade da Segurança Social

Lembrando que a Segurança Social foi a sua "casa" durante 48 anos, Alfredo Oliveira dedicou a sua apresentação a explicar aos presentes tudo o que está relacionado com a Segurança Social, desde os regimes contributivos, passando pela pré-reforma, prestações sociais e reforma, "temas que fazem ou

farão parte da vida de todos os cidadãos". Nessa perspetiva, salientou que o convite endereçado por António Araújo para estar presente nesta sessão "não foi por acaso". "Numa conversa informal que tivemos, eu comecei a falar sobre Segurança Social e dizia-lhe que fui procurado bastantes vezes por profissionais da área da saúde", explicou, referindo que a comunidade médica se queixava de não ter

oportunidade de ver abordados estes assuntos em fóruns próprios.

Questionado sobre se a Segurança Social é sustentável, o consultor da CESS recordou as palavras do primeiro-ministro António Costa, que garantiu que “a Segurança Social era sustentável até 2041 só com o dinheiro das contribuições”.

PPR da Ordem dos Médicos

Aníbal Justiniano, membro do Conselho Nacional da Segurança Social da OM, também presente na sessão, lembrou que já desde a década de 1970 que a Ordem dos Médicos se preocupa com o tema da Segurança Social. “Eu continuo nestas lides, o nosso Bastonário quis que continuasse no Conselho, a que gosto muito de pertencer. Um dos problemas que colocámos logo de início foi o que nos vai acontecer se não houver Segurança Social na altura de nos reformarmos. Uma das soluções que equacionámos logo foi criar um fundo complementar de reforma, que corresponderia a um PPR”, explicou Aníbal Justiniano. “As contribuições para esse fundo complementar viriam de quatro rubricas. Uma seria o Fundo de Solidariedade na Ordem dos Médicos, que tem efetivamente um capital muito razoável. Outra resultaria de uma percentagem sobre a quota do médico. Depois, uma outra corresponderia à receita da emissão de documentos, já que a Ordem dos Médicos é o único organismo que não cobra nada pelos documentos pedidos



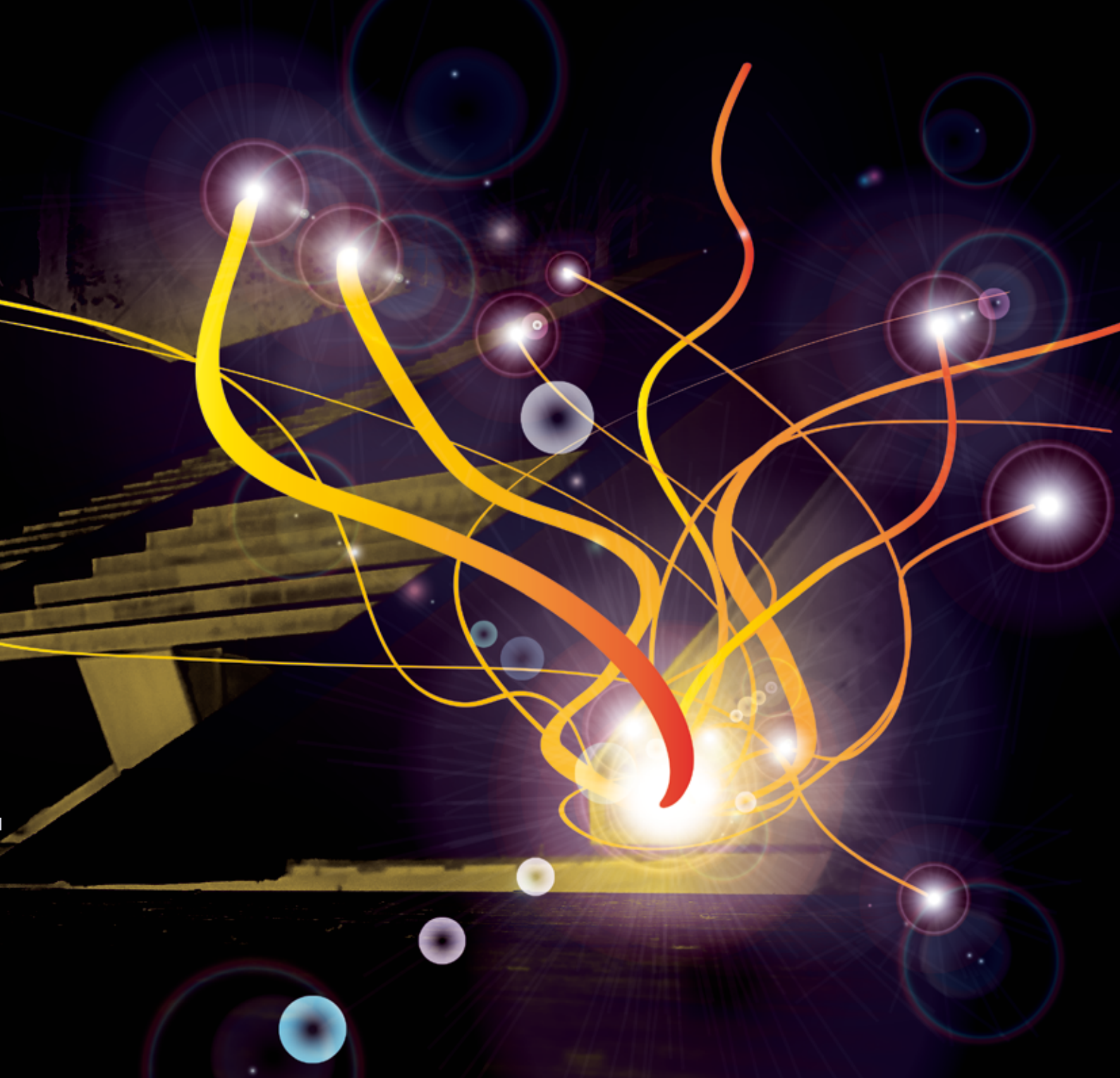
pelos médicos, mesmo aqueles que não pagam as quotas. Finalmente havia uma quarta verba, que era de cada um, no montante que entendesse contribuir”, detalhou Aníbal Justiniano.



“Existem obstáculos que nos têm impedido de avançar”

Durante o debate, António Araújo lamentou que existam impedimentos a que o CRNOM possa levar adiante os seus planos para o futuro. “Neste momento, existem alguns obstáculos legais que nos têm impedido de avançar muito mais na questão da criação dos fundos PPR”, explicou.

A finalizar, Aníbal Justiniano salientou a importância de, apesar de tudo, se discutir esta temática, já que denota “uma preocupação sobre o futuro”, deixando uma mensagem aos seus pares: “Estamos agora a discutir uma coisa com medo de a perdermos no futuro. Nunca descurem a atenção aos problemas que se levantam, não os deixem passar ao lado”, rematou o cirurgião.



13 de Julho de 2022

VI **SIMPÓSIO** AMP

Ordem dos Médicos, Lisboa

AMP

ACTA
MÉDICA
PORTUGUESA

A Revista Científica da Ordem dos Médicos



NOVO LEXUS UX 300e **100% ELÉTRICO**

SINTA A EMOÇÃO DE SER O PRIMEIRO

PROTOCOLO LEXUS COM A ORDEM DOS MÉDICOS

Com o novo Lexus UX 300e tem tudo para ser o primeiro a desfrutar da independência dos 400 km de autonomia em ciclo urbano, da agilidade com os 7.5 segundos dos 0-100 km/h e da energia dos 240 CV no motor elétrico. Aproveite as condições exclusivas para associados e sinta a emoção de conduzir o primeiro Lexus 100% elétrico.

- > 1 milhão de km ou 10 anos de garantia de bateria
- > 7 anos de garantia geral

Faça a pré-reserva online em ux300e.lexus.pt



Condições de garantia: Garantia Legal (2 anos sem limite de quilómetros)
Garantia do Fabricante (3º ano ou até aos 100.000 km)
Extensão de Garantia (do 4º ano até 7º ano até aos 160.000 km)

