



REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS
www.ordendosmedicos.pt

226

JULHO/AGOSTO
2022

CAOS NAS URGÊNCIAS



Já conhece o instagram da sua Ordem?

Acompanhe-nos no perfil @ordemdosmedicospt



Toda a informação relevante à distância de um clique.



SUMÁRIO

ROM 226 - JULHO/AGOSTO 2022

04	EDITORIAL Saúde em mudança
06	BREVES
08	ENTREVISTA - Juan Gervas Os números – à semelhança das ideias – são manipuláveis!
16	TEMA DE CAPA Serviço Nacional de Saúde: Mais que a <i>silly season</i> , este é o verão do nosso descontentamento...
28	ENTREVISTA - Tiago Villanueva AMP: revista científica da OM quer influenciar decisores da área da saúde
34	ATUALIDADE VI Simpósio AMP: levar Portugal mais longe no mundo científico
37	"Diplomacia e Saúde Global": um contributo para a Saúde de todos os povos
38	De luto pelo SNS e em luta pela MGF APMGF convoca protesto à porta do Ministério
41	Bastonário diz que nada foi feito para evitar saída de médicos do SNS
42	Ordem dos Médicos ao lado dos médicos internos, em defesa do SNS
46	Estatuto do SNS: Política de saúde carece de fio condutor
47	Declarações que não ajudam a salvar o SNS e os doentes
49	Falhas nas escalas e demissões Segurança clínica prejudicada no hospital S. Francisco Xavier



8

16



34

Revista da Ordem dos Médicos: Ano 38 - N° 226 - JULHO/AGOSTO 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: Jorge Fernandes, Lda | 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

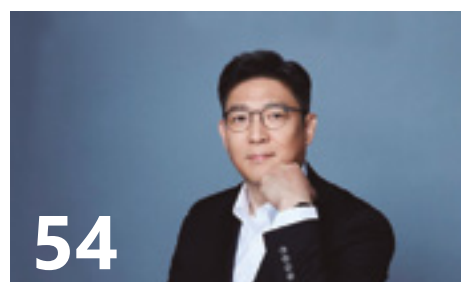
ROM 226 - JULHO/AGOSTO 2022

50	Fórum de Medicina Geral e Familiar A saúde não é um privilégio: é um direito!
52	Substituir médicos de família por médicos sem especialidade é "inaceitável"
53	Ordem não tem nenhuma barreira no acesso à profissão médica
	FORA DE ORDEM
54	Compreender a nossa saúde através da tecnologia
	BAÚ DE MEMÓRIAS
56	Breves memórias para o Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação
	5 PERGUNTAS AOS COLÉGIOS
58	Estomatologia
59	Medicina Legal
	LEGES ARTIS
60	"Siri" portuguesa: uma assistente virtual para monitorizar a saúde dos doentes
62	ALTOS E BAIXOS
64	PROVA DOS FACTOS
	CULTURA
66	"Há prazer na planificação, mas viver é outra coisa!"
	OPINIÃO
68	Chegámos ao fundo do poço?
70	Medicina Familiar, ainda Geral?
72	A Sinfonia do Adeus e o desconcerto da saúde
74	A morte da resiliência neste triste mês de agosto
76	O colapso do SNS
	INFORMAÇÃO
79	Informação SRN
85	Informação SRC
91	Informação SRS

50



54



60



66



Acta Médica Portuguesa

Julho-Agosto 2022

data de publicação online: 01 de julho

PERSPECTIVA:

- **Sustentabilidade Ambiental nos Sistemas de Saúde:
O Papel da Anestesiologia**
Acta Med Port 2022 Jul-Aug;35(7-8):519-521

ARTIGOS ORIGINAIS:

- **Caracterização da População Portuguesa com VIH
que Iniciou um Regime Baseado em Raltegravir:
O Estudo REALITY**
Acta Med Port 2022 Jul-Aug;35(7-8):529-539

- **Tratamento Médico Anti-Aterosclerótico e
Controlo de Fatores de Risco numa
Coorte de Doentes Vasculares em Portugal**
Acta Med Port 2022 Jul-Aug;35(7-8):558-565

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

Pub-Med

f t i Linked in



AMP

ACTA
MÉDICA
PORTUGUESA

A Revista Científica da Ordem dos Médicos





Saúde em mudança

MIGUEL GUIMARÃES

Bastonário da Ordem dos Médicos

Os tempos são de mudança, com novos desafios e novas oportunidades. A pandemia por SARS-CoV-2 está numa fase diferente, a guerra na Europa, que envolve diretamente a Rússia e a Ucrânia e indiretamente o resto do mundo, constitui uma ameaça global com consequências devastadoras a todos os níveis, e na saúde em Portugal temos uma equipa ministerial renovada. O novo ministro da Saúde, Manuel Pizarro, tem grandes desafios pela frente. Por um lado, corresponder às expectativas dos médicos e profissionais de saúde de que é possível defender, priorizar e concretizar melhores condições de trabalho no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Por outro lado, criar as condições necessárias para melhorar o acesso aos cuidados, promover a prevenção da doença, desenvolver a literacia/educação em saúde e centrar a saúde nos cidadãos/doentes e na qualidade dos serviços prestados. Os nossos doentes, os médicos e os profissionais de saúde, que todos os dias, no terreno, fazem o SNS acontecer, desejam e merecem que a mudança aconteça. Não podemos continuar a fazer o mesmo e esperar que os resultados sejam diferentes. De estruturas físicas adequadas à prática da medicina, a salários mais justos, passando por verdadeiros incenti-

vos à captação de médicos para o SNS até à outorga de uma verdadeira autonomia na gestão, desburocratizando o sistema, as necessidades são concretas.

O ministro da Saúde tem de conseguir libertar-se da tutela das finanças. Adaptar o programa da saúde do Governo às reais necessidades dos cidadãos. E deve ter coragem para modernizar o SNS e torná-lo mais competitivo, com um novo modelo de gestão em que a liderança clínica e gestionária dos médicos tem um papel determinante, sem esquecer as potencialidades de cooperação com os setores social e privado. Só assim, será possível implementar uma política de Saúde que recupere o tempo perdido e esteja mais preparada para responder aos grandes desafios que temos pela frente: planeamento, organização e capital humano. É verdade que “a inversão da pirâmide demográfica” dos médicos e da população em geral não é fácil de resolver. Nem tão pouco a elevada carga de doença crónica, sobretudo a partir dos 65 anos, que temos no nosso país. Mas este é o momento. O momento de fazer diferente e melhor, de implementar novas soluções (que existem e estão guardadas na gaveta), de apostar na modernização e valorização da carreira médica e das outras car-

reiras profissionais, de expressar respeito pelos médicos e por todas as profissões da saúde, de demonstrar que sem saúde a economia fica mais fraca (os estudos que já existem são conclusivos). É o momento de priorizar a saúde dos cidadãos no Conselho de Ministros. A liberdade e coragem para defender os doentes pode ser a diferença entre ficar, ou não ficar, refém das finanças. É o momento de fazer acontecer.

Ao novo ministro em funções, junta-se o diretor executivo do SNS, com Fernando Araújo a abraçar este desafio. Uma equipa que se conhece bem. Dois médicos que conhecem bem o sistema de saúde e, em especial, o SNS. Que têm uma visão da saúde mais próxima das pessoas. Que conhecem a relevância de ampliar horizontes tendo em vista a melhoria da equidade no acesso a cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, a necessidade imperiosa de reforçar as condições qualitativas e quantitativas do capital humano da saúde. Queremos ser otimistas, mas sobretudo construtivos na procura das soluções. É, aliás, esse o tom e o papel em que a Ordem se tem focado, cumprindo a sua responsabilidade perante os médicos e os doentes. No entanto, há várias questões que nesta altura se colocam. Será possível melhorar a forma como cuidamos os nossos doentes, sem respeitar e valorizar o trabalho dos médicos e profissionais de saúde? O orçamento e financiamento da direção executiva do SNS vão ser independentes e adequados às necessidades do país? A autonomia para gerir e coordenar a resposta assistencial vai ser real ou fictícia? O desejado “novo modelo de gestão” tão necessário para a eficiência do SNS será desta vez implementado? A descentralização de competências com adaptação às realidades locais e regionais irão conviver de forma saudável com a centralização executiva do órgão coordenador? E a nova carreira médica, essencial para a modernização e competitividade do SNS, terá espaço para renascer mais forte no seio do Ministério da Saúde? Novos perfis já temos, resta agora aguardar pela célere concretização das medidas essenciais para uma política de saúde renovada que Portugal precisa com urgência, sabendo de antemão que são necessárias reformas estruturais para sair da estagnação e do retrocesso.

O Primeiro-Ministro, António Costa, tem a missão, a responsabilidade e o dever de garantir as condições necessárias para resolver alguns dos principais problemas com que nos confrontamos. Seja no planeamento, organização, gestão e cooperação. Seja na

urgente necessidade de criar os requisitos necessários para atrair os médicos e profissionais de saúde para o SNS. Seja valorizando as carreiras profissionais e, em especial, a carreira médica. Sem médicos e sem profissionais de saúde suficientes não há sistema de saúde que resista de forma estável. Perto de 50% dos médicos registados na Ordem trabalham fora do SNS. Já não conseguem resistir à pressão excessiva que se vive no serviço público de saúde, nem ao sofrimento ético, burnout e violência física e psíquica. E o círculo vicioso tem-se agravado de forma acelerada. À medida que saem mais médicos, aumenta a pressão para os que ficam. É fundamental minimizar esta tendência negativa. Sem essa base, não podemos construir qualquer alicerce nem adorno.

Os médicos querem ser respeitados e ter todas as condições necessárias para exercer medicina com qualidade e inovação, com acesso a investigação e respeitando as boas práticas e a ética, de acordo com a formação de excelência que tiveram e que continua a ser a joia da coroa da nossa saúde. No início foram os médicos que construíram o SNS e que levaram cuidados às zonas mais periféricas de um país que andava a duas velocidades. Neste momento, continuam a ser os médicos o principal garante de uma população saudável e que possa recorrer a cuidados quando deles necessitam. Essa garantia faz-se através da formação. A formação que está em causa pela saída de massa crítica e de especialistas com longos anos de experiência do SNS. Reverter este ciclo está nas mãos dos gestores e dos decisores. Amanhã será tarde, pois só acompanharemos a mudança se estivermos preparados para ela. Da parte da Ordem e dos médicos, continuamos a defender os padrões de qualidade pelos quais trabalhamos. Com especialização, competência, humanismo, solidariedade, resiliência e espírito de equipa assente numa liderança clínica incontornável na procura dos melhores resultados em saúde, sem colocar entraves à entrada na profissão, apesar das constantes narrativas que teimam em passar a mensagem errada, com vista à desresponsabilização política.

Ao longo destes últimos anos tivemos a certeza de que quem não gosta de médicos, não gosta de doentes. Agora, numa saúde em mudança, com novos protagonistas, o futuro terá necessariamente de ser trilhado ao lado dos profissionais. Estamos disponíveis para isso, ansiosos para que os sinais objetivos de esperança aconteçam brevemente.

“TEMOS UM DÉFICE MUITO GRANDE DE POLÍTICOS QUE FAÇAM ACONTECER”

Numa entrevista publicada a 29 de julho, no Semanário NOVO, o bastonário da Ordem dos Médicos não poupou críticas à falta de estratégia política para o setor da saúde. Miguel Guimarães analisou o SNS identificando dois problemas de fundo que precisam de intervenção rápida: “O SNS tem de ser modernizado” e o “capital humano, que é a alma e o motor do SNS, tem de ser valorizado”, diz, lembrando à tutela que “as guerras na saúde ganham-se por antecipação”. Também por isso, a Ordem admite interpor uma ação, a nível nacional e europeu, que trave a contratação de médicos sem especialidade para os centros de saúde. Na entrevista comentou ainda o novo regime remuneratório do trabalho suplementar dos médicos, o novo Estatuto do SNS, a possibilidade de criação da especialidade de medicina de urgência, a falta de médicos e a incapacidade dos políticos portugueses fazerem acontecer, frisando que “os políticos dividem-se em dois tipos: os que gostam muito de falar mas não conseguem concretizar nada e os fazedores. Temos um défice muito



grande de políticos que façam acontecer”, lamentou.

Leia [aqui](#) a notícia completa.

COVID-19 – VACINA À BASE DE PROTEÍNAS DO VÍRUS

No âmbito da vacinação contra a COVID-19 em curso, com o objetivo de incentivar a melhor utilização das vacinas existentes de acordo com as necessidades da população, foi disponibilizada a vacina à base de proteínas do vírus (vacina de subunidade proteica, adjuvada) para utilização nas seguintes situações, de acordo com a Norma 004/2022 da Direção-Geral da Saúde:

- contraindicação a uma vacina de outra marca;
- Outro motivo impeditivo da utilização de uma vacina de outra marca, através de declaração médica ao abrigo do ponto 14 da Norma 002/2021 da DGS.

Deverão ser identificadas as pessoas que cumpram estes critérios de elegibilidade de forma a garantir a sua proteção contra a COVID-19.

ASSOCIAÇÕES EUROPEIAS DEFENDEM AMBIENTES DE TRABALHO SEGUROS

As organizações médicas europeias (EMO's), conscientes das consequências nefastas da guerra, alertaram mais uma vez que os médicos – e outros profissionais de saúde – só poderão prestar cuidados de qualidade se estiverem inseridos em ambientes de trabalho seguros e livres de violência. Esta é uma matéria em que as EMO's têm trabalhado mesmo fora do contexto atual de guerra na Europa por considerarem fundamental que se combata a violência, fator que está intimamente ligado com o burnout nos profissionais. AEMH, ENSA, UEMO, UEMS, CEOM, FEMS, EJD e CPME assinam esta declaração onde se pode ler que sujeitar os médicos e os outros profissionais a ambientes onde impera a violência (seja física, psicológica, verbal ou até mesmo institucional) é um atentado aos direitos humanos, ao humanismo e à ética médica. Na defesa do direito ao exercício da profissão em ambientes de trabalho livres de violência, as organizações médicas europeias propuseram medidas específicas de prevenção (como a formação nestas matérias) e o combate à violência (nomeadamente através do reforço e aplicação efetiva das leis que já



regulam este tipo de crime).

Leia [aqui](#) a notícia completa.

AUDIÇÃO DO BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

(Em Comissão Parlamentar de Saúde sobre ordens profissionais e mortalidade)



<https://canal.parlamento.pt/?cid=60498&title=audicao-do-bastonario-da-ordem-dos-medicos-miguel-guimaraes>

VOZ POPULISTA

(Artigo de Miguel Guimarães no CM de 21 de julho)



<https://www.cmjornal.pt/opinioao/coronistas/miguel-guimaraes/detalhe/voz-populista>

PORTUGUESES CONFIAM MAIS NO PÚBLICO DO QUE NO PRIVADO

(Sondagem TVI/CNN refere que, apesar disso, deram má nota ao SNS)



<https://cnnportugal.iol.pt/saude/sns/sondagem-tvi-cnn-portugueses-dao-ma-nota-ao-sns-mas-confiam-mais-no-publico-do-que-no-privado/20220719/62d6db750cf26256cd2e0abf>

PRESCRIÇÃO EM PAPEL

Foi publicada a 12 de julho a Portaria 178/2022 que veio alterar as regras relativas à prescrição eletrónica de medicamentos sendo determinado – a pedido da Ordem dos Médicos – que, enquanto não se conseguir alcançar a plena adaptação dos profissionais aos sistemas de informação, se manterá a possibilidade de prescrição manual. Assim, para estes médicos é determinado que desde que se encontrem devidamente referenciados pela Ordem dos Médicos, e confirmados pela SPMS, E.P.E., como inadaptados aos sistemas de informação e prescrição eletrónica, não têm a obrigação de prescrever através da utilização destes sistemas, podendo fazê-lo manualmente, através da “receita em papel”. Para efeito de identificação destes médicos inadaptados aos sistemas de informação, a Ordem dos Médicos prestará à SPMS até 30 dias após a publicação da portaria. A SPMS deve, anualmente, proceder à verificação da elegibilidade dos mesmos médicos.

ORDEM PEDE PLANO DE CONTINGÊNCIA NA SAÚDE

A meio de julho, a Ordem dos Médicos defendeu que já devia ter sido anunciado um plano de contingência para a área da Saúde, para fazer face às temperaturas muito elevadas que se faziam prever. No entender do bastonário, os serviços de urgência deviam ser reforçados tendo em conta a previsão de haver uma maior afluência de doentes às urgências. “Nós vamos ter uma afluência obviamente maior aos cuidados de Saúde porque há muitos doentes, sobretudo com doenças respiratórias, que com temperaturas a rondar os 40 graus vão acabar por recorrer ao serviço de urgência. O que significa que os serviços de urgência deviam ser reforçados. Isto é uma medida importante para evitar males maiores”, referiu Miguel Guimarães. “O Ministério da Saúde, a ministra da Saúde e a própria Direção-Geral da Saúde já deviam ter falado nessas coisas. Isto é, neste momento já devia haver vários anúncios às pessoas para evitarem estar ao sol, para estar em sítios mais refrescados, para beberem quantidades de água muito maiores que aquelas que fazem habitualmente ou para quem tem doenças associadas, sobretudo doenças do foro respiratório, cardíaco, do foro neurológico, etc., já que são pessoas mais frágeis e que precisam de facto de ter alguma orientação.” De acordo com Miguel Guimarães, as medidas de prevenção e de combate a estas condições climáticas devem ser feitas por antecipação.

FALTA RESPOSTA RÁPIDA DA DGS PARA MORTALIDADE EXCESSIVA

São já vários meses consecutivos em que o excesso de mortalidade em Portugal regista um aumento, contrariando a tendência decrescente do resto da UE. Para o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, as recentes vagas de calor podem ser parte da explicação, mas não chegam pois é uma situação que se está a prolongar. Miguel Guimarães recorda que “muitos doentes ficaram por diagnosticar durante a pandemia, designadamente em 2020 e 2021, e que ainda não tiveram acesso a cuidados de saúde”. Por isso, e tendo em conta a situação “preocupante” que se vive, Miguel Guimarães avisa que “o excesso de mortalidade em Portugal tem de ser estudado. Já são demasiados meses com os números sempre a aumentar. Exige-se da Direção-Geral da Saúde uma resposta rápida sobre esta matéria”. É necessário “dar um acesso mais rápido e mais fácil aos cuidados de saúde de uma forma geral”, defende o representante dos médicos, porque “continuamos com um número muito elevado de pessoas sem médico de família e com tempos de espera muito elevados nas consultas e cirurgias”. Com a chegada do inverno, Miguel Guimarães acredita que “se nada for feito e se continuarmos a ter a mesma atitude, a situação pode piorar”.

CRISE NA SAÚDE: ORDEM DOS MÉDICOS É PARTE DA SOLUÇÃO

(Bastonário responde à CNN)



<https://cnnportugal.iol.pt/videos/crise-na-saude-ordem-dos-medicos-e-parte-da-solucao-ou-parte-do-problema-bastonario-responde/62ddc6a60cf2ea367d46fcc>

RECOMENDAÇÃO DO CNECV

(Sobre prontidão em emergências de saúde pública)



<https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2022/07/recomendacao-sobre-o-estado-de-prontidao-na-saude-em-emergencias.pdf>

PORTUGAL INVESTE POUCO EM INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

(País está entre os que menos investem na União europeia)



<https://expresso.pt/economia/2022-08-03-Portugal-entre-os-paises-europeus-que-menos-investem-em-investigacao-e-desenvolvimento-6d1f0fd>

Os números – à semelhança das ideias – são manipuláveis!

ENTREVISTA E FOTOS: PAULA FORTUNATO

Considerando que há ataques constantes aos cuidados de saúde primários, a nível mundial, ataques esses que têm o objetivo de dismantelar os serviços públicos de saúde, com todas as consequências negativas que daí adviriam, Juan Gervas fez questão de marcar presença na manifestação que a APMGF promoveu em julho, à porta do Ministério da Saúde. A revista da Ordem dos Médicos entrevistou este especialista espanhol jubilado que, depois de anos de trabalho na capital espanhola, optou por dedicar os últimos anos da sua prática clínica a ser médico de família de uma população rural na Serra de Madrid onde sempre procurou evitar, por um lado, o recurso a exames desnecessários, por outro que a relação médico/doente se degradasse e desumanizasse. Voz extremamente crítica da ditadura das estatísticas, dos indicadores e dos números, do sobrediagnóstico e do sobretratamento, defensor da ciência, mas sem esquecer que medicina é também arte e humanismo, Juan Gervas explicou-nos por que motivo considera que é tão importante ensinar o que não fazer. Falou-nos ainda da razão por que se intitula “praticante de uma medicina com limites, científica e humana”, que se esforçou sempre por exercer com arte, ciência e técnica, mas também com compaixão e ternura. Recordou-nos igualmente o valor da história clínica e da promoção da relação médico/paciente como formas de prevenção da iatrogenia. Porque, o primeiro dos princípios hipocráticos a respeitar é *primum non nocere*, o que, na modernidade, está bem presente em programas como o *Choosing Wisely* e outras iniciativas semelhantes.

> Para um serviço nacional de saúde funcionar é importante que haja uma cultura democrática?

Em democracia é fundamental o respeito e a liberdade de expressão que na Grécia clássica se baseava em dois pilares: 1/ isegoria (1), que dava igual direito de falar a todos os cidadãos, sendo analisados pelo conteúdo dos seus contributos e não pela forma como os expressavam e 2/ parrhesia (2) que dava o direito de defender as suas ideias com audácia, por mais extravagantes que parecessem, mesmo contra os poderosos, até ridicularizando-os. Por outras palavras, dava-se a oportunidade de falar e simultaneamente de o fazer com toda a franqueza. Os serviços de saúde são ser-

viços pessoais, sendo fundamental promover, ouvir e modificar intervenções e rotinas de acordo com a opinião de quem oferece esses serviços, ou seja, ouvindo os profissionais de saúde. São os profissionais de saúde que estão ao lado das pessoas que sofrem e, portanto, são testemunhas e intérpretes da sua dor e preocupação. É preciso ouvir e dar liberdade de expressão, por mais que a hierarquia se ressinta ou que acredite que tudo se resolve com um sistema de “escada”, de cima para baixo com muitos intermediários... Quando, na verdade, o que é preciso é um sistema de “pente”, que transporte as ideias diretamente de baixo para cima e com poucos intermediários...

Notas da redação:

(1) Isegoria - é um conceito oriundo da democracia grega que consiste no princípio de igualdade de oportunidades e direito à manifestação na eclesia (assembleia dos cidadãos), onde se discutiam os assuntos da pólis. A todos os participantes era dado o mesmo tempo para falar sem serem interrompidos.

(2) Parrhesia é uma palavra que aparece pela primeira vez na literatura grega em Eurípedes (ca. 484-407 a.C.) e que traduz o conceito de franqueza, sinceridade, isto é a liberdade para qualquer cidadão criticar e dizer a sua verdade.

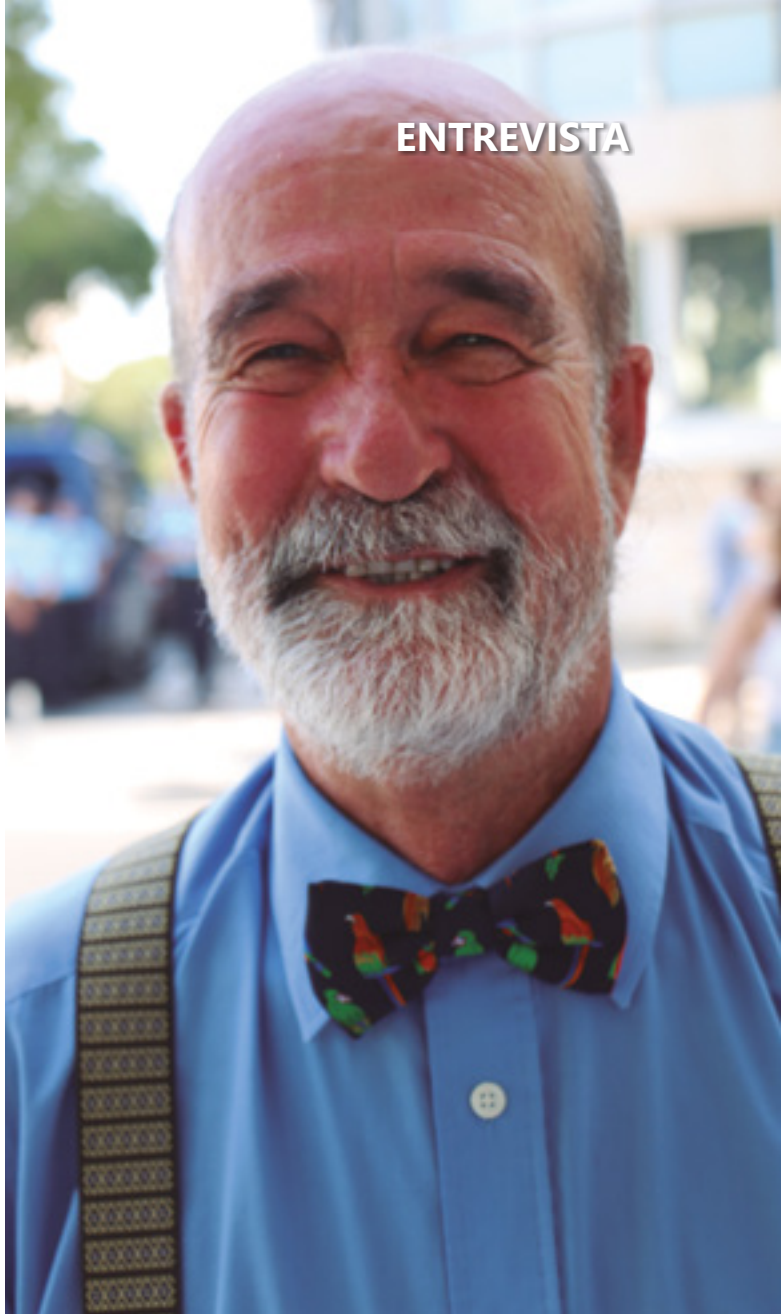
> As tarefas burocráticas sobrecarregam os especialistas nos cuidados de saúde primários. Que consequências acarreta essa sobrecarga?

A burocracia ocupa-nos de forma desproporcional porque reflete a desconfiança sobre os médicos e obriga-nos, portanto, ao registo de toda atividade (indicadores de atividade). Sendo serviços pessoais, os atos médicos deviam ter a confiança dos gestores que deviam apenas controlar alguns processos de forma indireta, sem modificar a prática clínica. Por exemplo, avaliar o nível de resistência aos antibióticos como indicador da qualidade global dos cuidados médicos prestados; ou, com o mesmo intuito, registar como indicador as amputações no caso dos doentes diabéticos. O tempo é o bem mais precioso na prática clínica e devia ser reservado para a interação médico-paciente, quase sem perda de preciosos minutos em cada ato clínico em registos que alteram essa interação e que “roubam” o tempo que doentes e familiares necessitam.

> O que é que contribui mais para a degradação da relação médico/doente: a falta de tempo na consulta ou a não implementação de decisão médica partilhada?

Como referi, o tempo é um fator chave na consulta, mas temos que o saber gerir. Tem que haver formação em gestão de tempo, algo que não é costume ensinar-se nem aos alunos de medicina nem aos médicos internos. Por exemplo, muitos médicos acreditam que os pacientes devem ser interrompidos porque, sem essa contenção, fariam durante horas; A verdade é que os médicos interrompem os doentes cerca de 20 segundos após eles começarem a falar mas, se não fossem interrompidos, os doentes fariam em média apenas 2 minutos. Esse mau uso do tempo gera falta de consideração pelas expectativas e valores dos pacientes e dificulta a adesão às terapêuticas ou outras sugestões propostas pelos médicos. Na consulta, o médico traz arte, ciência, equilíbrio, simplicidade, serenidade e técnica e o paciente (e os seus familiares) trazem inquietude, insegurança, fragilidade, medo e vulnerabilidade. O tempo deve ser bem utilizado, sendo que a sua análise não depende apenas da “quantidade”, pois a “qualidade” é fundamental.

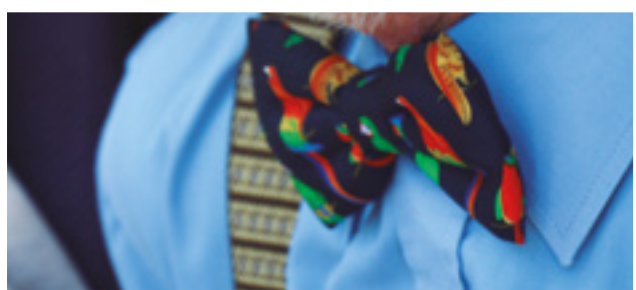
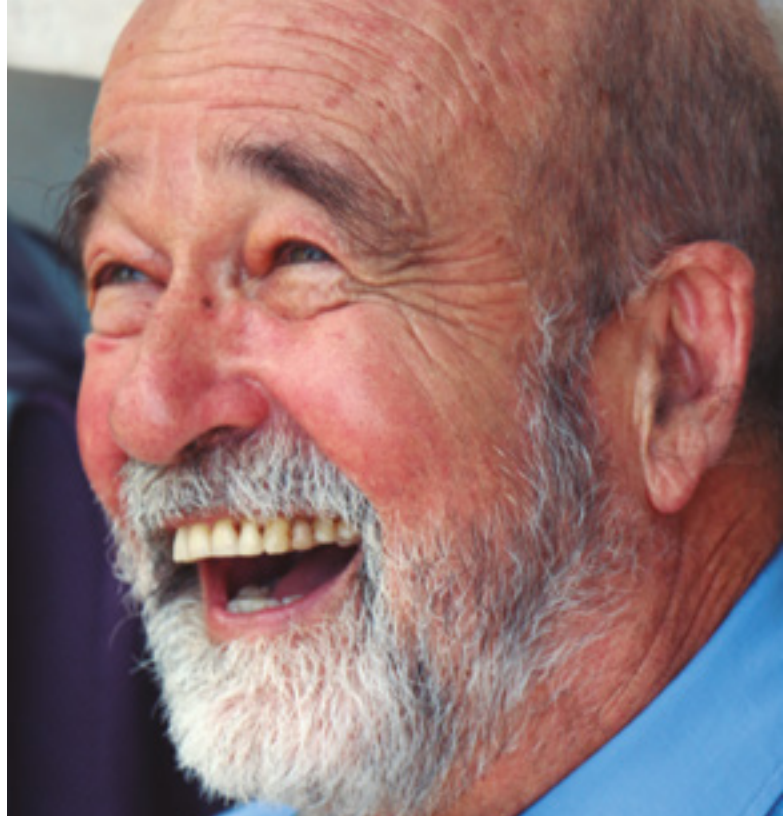
> Quais são os principais obstáculos à decisão médica partilhada?



Juan Gérvas é um conceituado e heterodoxo médico espanhol, especialista em Medicina Geral e Familiar, nascido em 1948. Investigador emérito na área dos cuidados de saúde primários e sistemas de saúde, tem uma vasta investigação publicada em mais de 400 artigos. É autor da obra “Sano y salvo y libre de intervenciones médicas innecesarias”. É considerado uma das personalidades maiores da Medicina Geral e Familiar a nível mundial, tendo lecionado em várias escolas e universidades das quais destacamos a Universidade de Valladolid, a Escola Nacional de Saúde de Madrid e a Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins nos EUA. Entre 1986 e 2017 foi membro do Comité Internacional de Classificações da Organização Mundial dos Médicos de Medicina Geral e Familiar (WONCA).

ENTREVISTA

São os profissionais de saúde que estão ao lado das pessoas que sofrem e, portanto, são testemunhas e intérpretes da sua dor e preocupação. É preciso ouvir e dar liberdade de expressão, por mais que a hierarquia se ressinta ou que acredite que tudo se resolve com um sistema de "escada", de cima para baixo com muitos intermediários...



O principal obstáculo é que o médico não se coloque "nos sapatos do paciente". Claro que a burocracia – e a consequente falta de tempo – também contribuem, mas é fundamental que o médico seja o "agente" do paciente. Ou seja: que decida e proponha alternativas como se fosse o próprio paciente, assumindo o seu sofrimento e as suas circunstâncias, mas visto através do conhecimento profissional que possui. Essa "relação de agente" tem sido estudada por economistas, mas pouco usada na prática médica quotidiana. Outro obstáculo é que a "medicina centrada no doente" é, por vezes, a "medicina centrada no doente que está de acordo com o seu médico", de modo que é subtilmente imposta novamente uma visão paternalista e a confiança do paciente não é alcançada. Infelizmente, alguns médicos sabem falar, mas não sabem ouvir. Como resumiu um paciente:

- O que é que conversou com o médico?
- Nós não conversámos.
- Não?!
- Não. O médico fez perguntas e eu respondi."

Nestas condições é difícil gerar uma relação de confiança. Insisto, em teoria, nas tomadas de decisão compartilhadas que evitam o paternalismo e respeitam a dignidade do paciente, o profissional contribui com os seus conhecimentos, assim como com as informações sobre os riscos e benefícios das possíveis intervenções alternativas, enquanto que o paciente contribui com que os seus valores, preferências, preocupações e experiência quanto ao seu problema de saúde.

> Acha que a profissão médica ainda é cativante para quem está a escolher uma profissão?

Sim, desde que seja um desafio exercê-la no sentido intelectual e "humano". Isto é, desde que o estudo da medicina e os internatos deixem de ser "escolas de cumprimento de protocolos" (muitas vezes de baixa qualidade científica). Trata-se de promovermos uma medicina que continue a traduzir-se no desafio de enfrentar a incerteza clínica, dando respostas científicas, dignas e personalizadas ao sofrimento humano, analisado nas suas circunstâncias

concretas; Isso requer valorizar o médico como um “curador” por oposição ao papel de um mero “cumpridor de protocolos e normas clínicas”. No sentido humano, pretende-se que, com dignidade e respeito na prática clínica diária, criemos relações pessoais de qualidade que se entrelacem na continuidade dos cuidados prestados e que permitam o cumprimento da longitudinalidade da relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo.

> Essa relação terapêutica que se estende no tempo é uma questão muito importante...

Claro! Uma maior longitudinalidade, isto é, ter uma relação duradoura com o mesmo médico de família, é um fator que está associado a uma menor mortalidade, portanto, a precariedade laboral dos especialistas em Medicina Geral e Familiar e/ou a falta de médicos de família mata pacientes.

> O que é que gostaria que lhe tivessem dito antes de escolher a profissão de médico?

Gostaria que me tivessem dito o mesmo que eu incluí numa palestra que dei há algum tempo para estudantes do primeiro ano de medicina da Universidade Autónoma de Madrid, onde fui professor emérito de Saúde Pública. Fiz a palestra como se fosse uma carta aberta aos alunos, usando como mote estes conceitos: “Os médicos têm um poder limitado e finito. Há quase magia nas nossas consultas: por exemplo, na minha quando um creme anestésico local me permite remover um nevo sem dor, ou quando uma cola permite “suturar” uma ferida sem recorrer ao uso de pontos, ou quando um remédio consegue eliminar a dor de um paciente terminal, ou quando faço rir uma criança que entra no meu

gabinete a chorar com um dente partido depois de uma queda.

> É quase magia, mas os médicos não são mágicos...

Claro que não. Não somos feiticeiros nem mágicos. Somos simples curadores. Também não somos cientistas stricto sensu, mas usamos a ciência para discernir o verdadeiro do falso; não somos filósofos, mas usamos a filosofia para distinguir o importante do irrelevante. Como eu dizia nessa carta: não sejam mágicos, queridos estudantes, mas também não sejam falsos cientistas. Por exemplo: nunca acreditem que a estatística é uma ciência que salva vidas. E não acreditem em “ressuscitação cardiopulmonar” (é simplesmente “reanimação”). A estatística é apenas uma ferramenta que não deve cegar as pessoas com a sua aparente neutralidade científica, pois os números – à semelhança das ideias – são manipuláveis. Por exemplo, a definição de saúde está a transformar o sentir-se saudável em “biometria” ao delimitar, com falsa precisão estatística, os cada vez mais estreitos limites da “normalidade”. Regra geral, caros alunos, prefiram estar certos por aproximação em vez de estarem errados com toda a precisão e não temam decidir por “inferência probabilística” (cálculo aproximado de probabilidades que se vão refinando de forma quase inconsciente no nosso cérebro)”.

> “Ser bom médico significa fazer 100% do que há para fazer e fazer 0% do que não há que fazer” – pode explicar este conceito?

O paciente está seguro se o profissional fizer 100% do que tem que fazer bem e se não fizer nada (0%) do que não tem que fazer. Nesta frase resume-se a

Nas tomadas de decisão compartilhadas que evitam o paternalismo e respeitam a dignidade do paciente, o profissional contribui com os seus conhecimentos, assim como com as informações sobre os riscos e benefícios das possíveis intervenções alternativas, enquanto que o paciente contribui com que os seus valores, preferências, preocupações e experiência quanto ao seu problema de saúde.

essência da medicina! Podemos exercer a profissão durante 50 anos sabendo que tal perfeição nunca será alcançada, mas vale a pena que nos aposentemos com a certeza de que sempre a buscamos. Os economistas dizem que não há nada pior do que fazer bem aquilo que não deve ser feito. Por exemplo, não é necessário remover "preventivamente" os dentes do siso, portanto, não é necessário fazê-lo bem. Muito simplesmente, não há necessidade de remover preventivamente os terceiros molares. Infelizmente, o "não fazer" raramente é ensinado e leva muito tempo a aprender: demoramos 3 meses a aprender a fazer uma operação, 3 anos para saber quando a fazer e 30 anos para saber quando não a devemos fazer!

> Então quais são para si as principais qualidades de um bom médico?

Um bom médico é um profissional de saúde altamente qualificado que necessita de atualização permanente e que, na prática clínica diária, com limitações de tempo e recursos, é capaz de tomar decisões rápidas e geralmente corretas em condições de grande incerteza. Em sentido lato, o bom médico: "legitima" o sofrimento, contextualiza-o e propõe alternativas para o aliviar. Procedendo dessa forma, o médico é simultaneamente curador e cientista e cumpre com as expectativas sociais e profissionais que dão dignidade à sua profissão.

> E como enquadra o humanismo e a ética nessa definição?

Das muitas características que defini a chave de tudo é que o bom médico pratica uma medicina harmónica, o que se traduz em exercer medicina com arte, ciência e técnica, mas também com compaixão, cortesia, piedade e ternura. A medicina harmónica procura a concordância entre médico e paciente, para que juntos analisem as vantagens e as desvantagens das alternativas terapêuticas possíveis (eficácia), e escolham a mais adequada ao paciente e às suas circunstâncias concretas e que seja a solução que cause menos dano (efetividade), sem nunca esquecer o ponto de vista da sociedade (eficiência). O bom médico entende e aceita que o objetivo da saúde não é reduzir a morbilidade e as mortes em geral, mas sim reduzir a morbilidade e a mortalidade

A estatística é apenas uma ferramenta que não deve cegar as pessoas com a sua aparente neutralidade científica, pois os números – à semelhança das ideias – são manipuláveis.

desnecessariamente prematuras e evitáveis através da promoção da saúde (MIPSE 3), sendo fundamental que o exercício clínico inclua as éticas sociais fundamentais e que na prática clínica exista compaixão, cortesia, piedade e ternura para com os pacientes e os seus familiares, mas também para com os colegas, com os superiores hierárquicos, com os outros profissionais e consigo mesmo.

> Considera-se praticante de uma medicina com limites, científica e humana. Pode comentar essas três características, dando exemplos de como se incluem na prática clínica?

Sim. De facto, esse foi o horizonte profissional que defini para mim. Uma medicina com limites oferece sempre conforto e alívio e às vezes cura, mas não faz promessas precipitadas ou imprudentes; por exemplo, é muito comum hoje em dia propor o doseamento e suplementação de vitamina D sem que haja qualquer base científica quanto ao benefício dessa prática, antes pelo contrário. Há casos de arrogância médica com fundamentos de ignorância que devem ser evitados. Temos um poder imenso para enfrentar o sofrimento humano, mas é fundamental que não sejamos arrogantes e que pratiquemos uma medicina com limites. No que diz respeito à ciência, a medicina é mais arte na relação com as pessoas, mas a ciência é fundamental, tal como a tecnologia, para conhecer exatamente as nossas possibilidades clínicas, para estabelecer limites bem fundamentados ao que devemos fazer e quais as expectativas que podemos ter.

Notas da redação:

(3) MIPSE é a sigla usada para a mortalidade desnecessariamente prematura e evitável em termos de saúde (em espanhol mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable)

> É fundamental que seja uma prática clínica com ciência.

Claro. Uma prática clínica com ciência é prudente e não exibicionista, não oferece magia, é modesta. Nesse enquadramento, considero que é uma prática médica sem ciência quando se cumprem protocolos que levam ao uso excessivo de meios de prevenção, como acontece por vezes no caso da osteoporose ou do Alzheimer.

> Pode explicar melhor, o exemplo do Alzheimer?

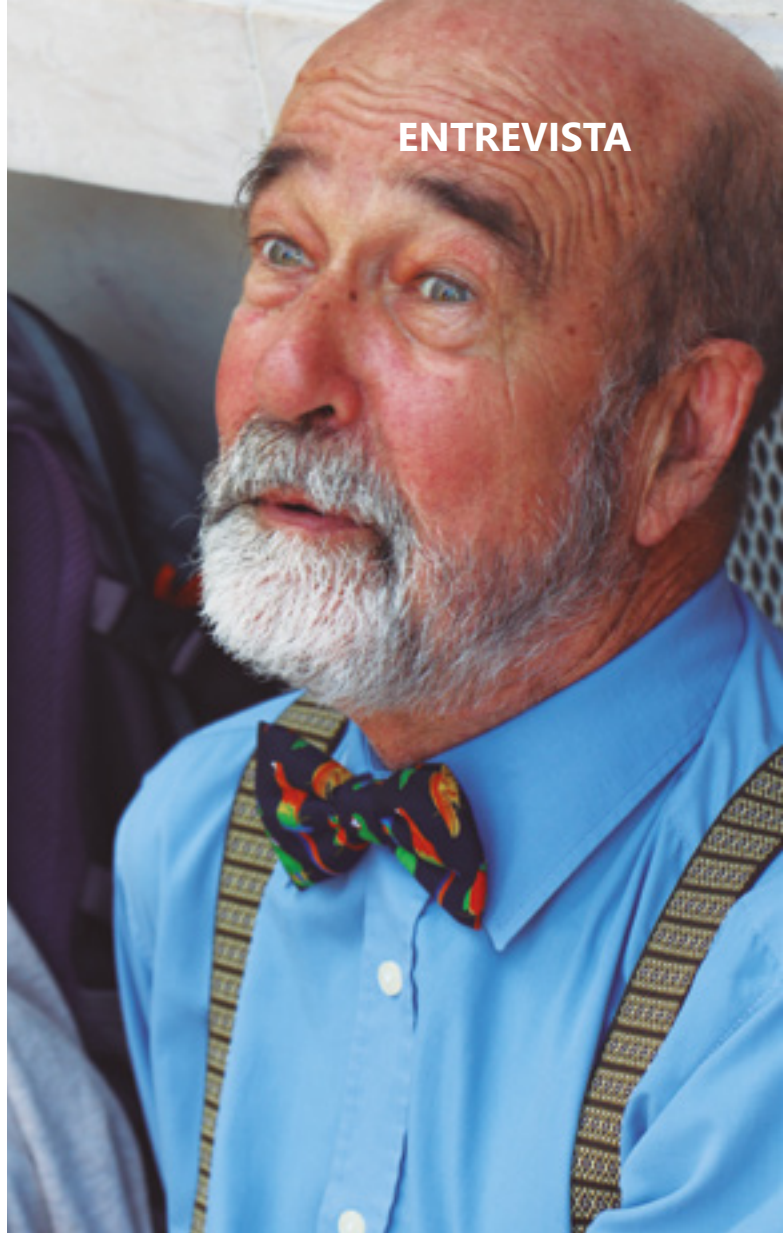
Em resumo: há tratamento para o Alzheimer, mas não é farmacológico. “Então?”, perguntam os familiares e a sociedade. Então, a resposta é alegria, atividade física adequada, apoio familiar, boa alimentação, carinho, companhia, contacto de pele a pele com toque, cortesia, estimulação cognitiva, higiene, massagem, música, otimismo, paciência, misericórdia, reabilitação, apoio e ajuda para os cuidadores e muita ternura. É por isso que em França o sistema público não financia nenhum medicamento para o Alzheimer.

> Devemos pedir que o sistema de saúde – mais que ser humanista – tenha humanidade?

Em relação à humanidade, o sistema público de saúde com cobertura universal é a melhor demonstração da solidariedade humana. Na prestação dos serviços de saúde nesse sistema público é apropriada a aplicação da filosofia Ubuntu (4) no dia a dia: humanidade, empatia, compromisso, aprendizagem, mudança, renovação, justiça restaurativa, amor, espiritualidade e esperança. Praticar medicina é um privilégio imenso que nos permite ir além das fronteiras da pele e da mente, mas sem ignorar que um médico não deve parecer um deus. Não devemos esquecer que os “milagres laicos de todos os dias” são essenciais para os pacientes e para suas famílias, para a comunidade e para a sociedade. São igualmente importantes para o profissionalismo, a dedicação à tarefa sagrada que é o trabalho de um médico. Sejamos médicos, então. Vamos agir e exercer a nossa prática como tal; somos necessários.

Notas da redação:

(4) Ubuntu é uma palavra africana que, segundo alguns autores, deveria ter guiado os líderes mundiais durante o combate à pandemia, conforme se pode ler no artigo COVID-19 pandemic, R&D, vaccines, and the urgent need of UBUNTU practice, publicado na revista The Lancet Regional Health – Americas, na sua primeira edição. Trata-se de um termo africano derivado da língua Bantu que reflete a humanidade e a interconexão entre os seres humanos. Como exemplo de uma prática no espírito “ubuntu”, o artigo da Lancet refere a urgência em estabelecer modelos alternativos para pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas, de forma a garantir um acesso equitativo, independentemente da condição económica ou da localização geográfica.



> É autor da obra “São e salvo e livre de intervenções médicas desnecessárias” onde faz a crítica do sobrediagnóstico e o sobretratamento. Nesse contexto pode comentar a importância de programas como o Choosing Wisely (que em Portugal está a ser desenvolvido pela Ordem dos Médicos)?

Aos estudantes, médicos internos e especialistas reforça-se continuamente a capacidade de fazer diagnósticos “bonitos” (precoces e de doenças raras). E é na procura desse diagnóstico “bonito” que se justifica qualquer intervenção, até cair na tirania do recurso a meios complementares de diagnóstico. O mesmo acontece com o tratamento, temos de dar “tudo por tudo”. Consequentemente, os tratamentos de quimioterapia, por exemplo, são por vezes

Em relação à humanidade, o sistema público de saúde com cobertura universal é a melhor demonstração da solidariedade humana.

aplicados “até à sepultura” e não estou a usar nenhuma hipérbole. É por isso que é aconselhável desenvolver iniciativas como o Choosing Wisely (Portugal) – Escolhas criteriosas em Saúde, iniciativas que, em última análise, não são mais do que uma atualização do antigo e básico *primum non nocere*.

> Que análise faz do atual paradigma do que é ser saudável?

Ser saudável já não é sentir-se saudável. A saúde já não é a capacidade de superar os inconvenientes da vida e aproveitá-la (embora, de facto, em latim *salus* seja uma alusão a “ser capaz de superar um obstáculo”). Agora a saúde é definida por médicos com normas e medidas, e se o humano não se enquadra nessas normas e medidas, então está doente, mesmo que não o saiba e ainda que consiga superar os obstáculos da vida quotidiana. Ficamos surpreendidos ao refletir sobre a ignorância que transforma pessoas saudáveis (ou ignorantes dos seus males) em doentes dependentes das artes médicas. Artes por vezes perigosas, porque trazem cascatas diagnósticas e terapêuticas com um desfecho incerto, de tal modo que, em muitos casos, o remédio é pior que a doença. Vamos preservar e atualizar o princípio hipocrático de *primum non nocere* com programas como o Choosing Wisely e outras iniciativas semelhantes.

> Por que razão se juntou à manifestação dos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar portugueses?

Em todos os países do mundo se está a enfraque-



cer os serviços públicos, numa clara aplicação final das teorias da Escola de Chicago que atribui – falsamente – maior eficiência ao setor privado. Da minha experiência e análise, o serviço público de saúde com cobertura universal é, reitero, a melhor expressão de solidariedade humana, sendo a sua base mais sólida a existência de cuidados de saúde primários de qualidade. Se olharmos para a destruição do NHS, o serviço nacional de saúde do Reino Unido, percebemos facilmente que o desmantelamento desse serviço público começou nos cuidados de saúde primários. Sabendo isso, claro que considero fundamental apoiar os especialistas em Medicina Geral e Familiar/médicos de família em Portugal ou em qualquer outro país.

> A opção por médicos sem especialidade seria um retrocesso civilizacional?

A especialidade de “medicina da família”, com este nome, vem dos Estados Unidos e o que necessitamos, independentemente do nome que se lhe dê, é de uma especialidade em medicina geral e familiar, que lide com a incerteza, que saiba ver ‘com dois olhos’ (Ulisses), por oposição à especialização que vê apenas com ‘um olho’ (Polifemo). Mas, se um médico não tem nenhuma especialidade, ele não tem olhos, nem um, nem dois. E sem olhos não se pode trabalhar, é um perigo imenso ser atendido por um médico sem especialidade!

> Que características de liderança se deve ter quando se assumem cargos de gestão na saúde?

A característica chave é saber ouvir e acreditar nos pacientes/famíliares e profissionais: ser recetivo às suas palavras e ações, não ter medo deles, ter confiança na sua honestidade. A segunda coisa essencial é ter como objetivo central facilitar a prática clínica diária, eliminando todos os obstáculos à sua atividade, sem abrir mão do compromisso com o que é importante, por mais difícil que seja. A liderança deve oferecer, aos profissionais, condições para que o seu trabalho seja satisfatório e desenvolvido com dignidade. E a terceira característica fundamental deste tipo de gestor é que seja capaz de manter um amplo interesse em saúde, não só em termos médi-

cos, mas também globais: um interesse antropológico, económico, político e social, pois, muitas vezes, as melhores soluções para problemas de saúde traduzem-se em respostas que não podem ser apenas sanitárias, mas que têm que proporcionar equidade e intervir nos determinantes sociais.

Mas, se um médico não tem nenhuma especialidade, ele não tem olhos, nem um, nem dois. E sem olhos não se pode trabalhar, é um perigo imenso ser atendido por um médico sem especialidade!

Leituras propostas pelo entrevistado:

<http://equipocesca.org/gestion-de-la-consulta/>

<http://equipocesca.org/por-que-ser-medico-si-ya-hay-internet-carta-abierta-a-una-estudiante-de-primer-de-medicina/>

https://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/contrasenas-del-buen-medico_1257604_102.html

<http://saludinerioap.blogspot.com/2019/02/torres-de-arrogancia-sobre-cimientos-de.html>

<https://saludinerioap.blogspot.com/2019/09/reflexiones-y-propuestas-sobre-como-ser.html>

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00207314221114540>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2169307/>

https://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/sea-prudente-evite-al-medico-si-lo-precisa-elija-bien-primer-al-de-dos-ojos-ulis-1495361_102.html

Notas da redação:

(5) Polifemo, filho de Poseidon, é mais famoso ciclope da Odisseia de Homero. De acordo com esta epopeia – que relata as aventuras de uma década da vida de Ulisses, deambulando pelos mares até conseguir chegar a Ítaca –, Polifemo é o mais terrível e selvagem dos gigantes de um só olho. Quando se cruza com Ulisses, que vindo de Troia vai parar à ilha dos ciclopes, o cruel Polifemo faz dele prisioneiro. Mas o gigante de um só olho será derrotado graças à astúcia e coragem do herói.

Serviço Nacional de Saúde:



Mais que a *silly season*, este é o verão do nosso descontentamento...

TEXTO: PAULA FORTUNATO

A falta de médicos e outros profissionais no Serviço Nacional de Saúde (SNS) instalou, mais uma vez, o caos nos hospitais e urgências de todo o país, sem que o plano de contingência, proposto pelo Governo, tenha conseguido trazer reforço das escalas médicas. Essa falta de recursos humanos originou ainda maior sobrecarga de trabalho, médicos em *burnout* e sofrimento ético, mas também doentes com dificuldades no acesso a cuidados de saúde. Julho e agosto foram – à semelhança dos anos anteriores – meses marcados pelo agravamento da crise na saúde, com pior acesso a cuidados, com serviços de urgência fechados, cirurgias e consultas adiadas, quase 1 milhão e meio de portugueses sem médico de família, com o SNS a ser o espelho da falta de articulação e de recursos humanos, mas, mais grave, falta de uma política eficaz de gestão dos recursos existentes, etc. As soluções para um SNS mais atrativo existem e têm sido apresentadas por várias entidades que representam os médicos e podem ser resumidas, essencialmente, à valorização constante e transversal da carreira. Valorização que deve também incluir remunerações dignas, que correspondam ao elevado nível de responsabilidade dos médicos, não apenas de forma pontual, mas com um reconhecimento permanente. Desorganização, subfinanciamento e caos são, infelizmente, palavras incontornáveis que marcam o tema de capa desta edição. Um contexto do qual o SNS só vai sair se os responsáveis políticos conseguirem motivar o capital humano de grande qualidade que têm no serviço público, pondo, finalmente, termo aos círculos (mais do que viciosos) em que, ano após ano, assistimos ao (quase) colapso do SNS. Uma mudança que tem que começar já, se quisermos salvaguardar o futuro do SNS.

Em junho refletimos sobre a necessidade de cuidar de quem cuida, recordando as motivações que levam a optar por uma carreira profissional tão exigente como é a medicina, partilhando alguns exemplos do que sentem médicos e utentes em relação a essa motivação. Palavras como esforço, dedicação e até sacrifício – mas também honra e orgulho em ser médico – foram mencionadas por quem sabe bem as muitas horas dedicadas à formação e ao exercício da profissão, horas tantas vezes roubadas à família, aos amigos ou ao descanso. Mas, não se falou de “escravatura no trabalho”, palavra que tem marcado várias intervenções do representante máximo dos médicos que, em declarações à RTP sobre a recusa por parte de 526 internos em fazer mais de 150 horas extraordinárias por ano (ver pág. 47), deixou claro que “os médicos não podem continuar a ser escravos do sistema”. Miguel Guimarães não quer ver a continuidade de políticas de “remendos” na Saúde, pois essa falta de estratégia só contribui para agravar as carências do setor e tem conduzido ao descontentamento e desmotivação de quem constrói o SNS, diariamente, com o seu trabalho, há mais de quatro décadas: os médicos e restantes profissionais de saúde.

No Relatório de Primavera deste ano do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) lia-se, a dado passo: “A compra de equipamentos para os centros de saúde é promissora, permitindo uma resposta mais completa ao desafio do acesso de proximidade. Mas não passará de uma boa intenção sem uma reforma profunda dos cuidados de saúde primários que permita atrair, reter e motivar os profissionais de saúde”. A nota era de esperança, ainda que receosa do confronto com a realidade. E, ao analisar a criação da dedicação plena prevista na nova Lei de Bases da Saúde, o relatório frisava que essa solução “pode constituir uma resposta adequada à dificuldade em reter e motivar os profissionais do SNS”, necessidade que se considera premente.

Lamentavelmente, à primavera sucedeu-se um verão caótico na saúde, facto tão previsível como a sucessão das estações do ano, num cenário que se repete há anos. As razões invocadas para as dificuldades são várias: ora porque chegou o inverno e há um pico de gripe, ora porque chegou o verão e, a par das merecidas férias dos profissionais, há aumentos de procura de cuidados de saúde geograficamente previsíveis, como é o caso do algarve que, na época estival, vê triplicar a sua população.

O tempo passa, mas o questionamento transversal que percorria o relatório de primavera do OPSS – quanto aos meios para implementar as políticas e qual o desenho concreto que as medidas preconizadas em teoria terão na prática – mantém-se sem resposta. Aliás, a questão de meios é uma das indagações colocadas pelo bastonário da Ordem dos Médicos que já alertou – a propósito do novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde – que, mesmo que permita em teoria novas formas de gestão, o que é um sinal positivo, é preciso confirmar se, na prática, aumenta a autonomia e se reduz o excesso de burocracia. O responsável máximo da OM alertou ainda que nenhuma reforma se concretiza “com um papel” e que a ação é uma questão central para a mudança: não é a simples definição de um estatuto do SNS que resolve os problemas desse serviço público. O que é preciso é “valorizar a carreira dos profissionais, para os motivar” e parar a saída dos médicos que deixam o serviço público, seja para outros setores, seja para o estrangeiro.



23 de agosto 2022

SAÚDE

Há médicos que já fizeram "650 horas extra" este ano. É "quase escravatura".

Bastonário da Ordem dos Médicos reuniu-se com internos da especialidade de ginecologia e obstetrícia esta terça-feira.



23 de agosto 2022

SOCIEDADE

"Quase escravatura". Ordem denuncia excesso de horas extra dos médicos.

TEMA DE CAPA



28 de julho 2022

SAÚDE

**Calendário do caos no SNS:
as urgências obstétricas que
fecham nos próximos dias.**



26 de julho 2022

OPINIÃO

**Aumentar a despesa não
significa melhorar os cuidados.**



8 de junho 2022

SOCIEDADE

**Médicos das urgências do Hospital de
Almada pedem escusa de responsabi-
lidade.**



4 de agosto 2019

SOCIEDADE

**Como o Serviço Nacional de Saúde
está a cair aos bocados.**

Um problema que começa logo nos Cuidados de Saúde Primários: com o avolumar de saídas do SNS – por os especialistas de Medicina Geral e Familiar atingirem a idade da reforma – e a falta de ação eficaz da tutela, corremos o risco de chegar aos 2 milhões de portugueses sem médico de família. Se nada for feito na prática, para aumentar a contratação de novos especialistas, estamos a falar de 20% dos portugueses sem essa ligação essencial ao Serviço Nacional de Saúde. As consequências em termos de promoção da saúde e prevenção da doença, rastreios e referenciação a outras especialidades podem pôr em causa a saúde desses 20% de portugueses. Um problema que tem décadas e que, se não for solucionado, terá custos, a médio prazo, maiores que o investimento necessário para o resolver. Mas, infelizmente, não é só na especialidade que deve servir de ‘porta de entrada’ do serviço público de saúde que se sente a degradação de condições. Medicina Interna, Saúde Pública, Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria são mais alguns exemplos bem visíveis nas notícias. Contudo, não são as únicas especialidades com falta de recursos: nos corredores dos hospitais, centros de saúde e outras instituições, as dificuldades multiplicam-se pelas diversas áreas médicas com o problema a ser resumido numa palavra: atratividade. Ou a falta dela. A falta de atratividade é o diagnóstico que resulta de uma série de sintomas: falta de planeamento e organização, falta de políticas de saúde consequentes e que sejam pensadas em períodos temporais adequados a esse mesmo planeamento, falta de investimento, falta de política de recursos humanos, falta de perspetivas de progressão na carreira, etc.

A caminho do outono, a falta de atratividade, “problema sério” que põe em causa o direito à saúde dos portugueses e primeira medida que tem de ser concretizada para se resolverem os problemas do SNS, não foi minimamente solucionada. Como referiu, recentemente, à imprensa o bastonário da OM: “Se 80% dos médicos de família ou dos obstetras escolhessem o SNS quando acabam a sua formação da especialidade – e se os colegas com mais experiência não estivessem a sair do SNS – teríamos os especialistas que precisamos” no setor público. “Não tendo especialistas suficientes, os hospitais contratam serviços médicos através de empresas prestadoras de serviços, o que ainda dá mais entropia ao sistema. Isto porque, depois, estes médicos são remunerados em cerca de 40 ou 50 euros à hora por aquilo que são as horas

extraordinárias que fazem, enquanto os médicos que vestem permanentemente a camisola do SNS e que estão no hospital todos os dias, são remunerados, por essas horas extraordinárias, a cerca de 17 ou 18 euros à hora, para além das 50 horas que já têm de fazer. É uma diferença totalmente injusta e que não motiva quem está no SNS. E, portanto, cada vez mais as pessoas acabam por sair” – explicava Miguel Guimarães, em junho, numa entrevista, referindo-se a mais uma situação crítica que se arrasta no tempo e que “é válida para a Pediatria, para a Anestesiologia, para a Cirurgia Geral. (...) Esta situação não é propriamente nova, mas é cada vez mais grave”. Com a publicação do diploma que viria valorizar as horas extraordinárias dos médicos realizadas no serviço de urgência, embora sendo uma medida temporária, parecia que a injustiça tinha sido reconhecida e que estava a ser resolvida.

Num comentário que publicou no JN de 26 de julho, feito a propósito desse mesmo diploma, Fernando Araújo, presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de S. João considerou que, por ser meramente conjuntural, a medida poderia fragilizar ainda mais o sistema de saúde. Com “profissionais cansados e pouco disponíveis para horários insanos”, “a disponibilidade está limitada para a realização de mais horas”, o que significa que não é solução a médio/ longo prazo. Não basta “aumentar a despesa” pois isso “não significa [necessariamente] melhorar os cuidados”, explicou Fernando Araújo.



Saúde precisa de planeamento estratégico

Considerando que há uma “falta de vontade política no sentido de resolver um problema que se arrasta há demasiado tempo”, Miguel Guimarães almeja maior atratividade no SNS. A pensar no que deveria estar a ser feito há anos, para que não chegássemos a este ponto, no final de julho, a ROM questionou Maria de Belém Roseira (ministra da Saúde de 1995 a 1999), no sentido de sabermos o que – em sua opinião – poderia ter sido acautelado nestas últimas duas décadas. Começámos por questionar que medidas preconizaria para resolver as carências de recursos humanos nos cuidados de saúde primários. A nossa interlocutora recorda que o seu grande investimento foi nos projetos Alfa, que viriam a dar origem às unidades de saúde familiar e aos centros de responsabilidade integrados, mas que “depois foram desvirtuados”, lamenta.

O problema mais complexo do SNS é, sem dúvida, a gestão dos recursos humanos, por isso defende que se inove nas soluções para fixar e motivar os médicos e outros profissionais, recordando, aliás, as “experiências-piloto que trouxeram maior satisfação para os profissionais e doentes com redução da prescrição, cuidados mais personalizados, mais empatia com intersubstituição entre os profissionais”. Recusando-se



a fazer promessas, ainda assim tinha compromissos assumidos, sendo um deles “pôr as pessoas no centro do sistema”, razão pela qual desenvolveu um projeto de humanização coordenado pelo Prof. Walter Osswald. Recorda que “tinha um planeamento estratégico”, do qual fez parte um plano de recursos humanos feito com indicação de previsíveis estrangulamentos. E lamenta ver agora a ausência de política de Saúde e a falta de soluções estruturais com “medidas que são tomadas de forma isolada” e sem que constituam parte do “conjunto harmonioso” que traria benefícios à organização e planeamento da Saúde. “Há 20 anos já sabíamos que íamos ter um envelhecimento populacional e que iríamos precisar de mais médicos ‘aqui e ali’ mas também que a própria classe médica iria envelhecer”. A seu ver, era preciso mais autonomia de gestão, defendendo a implementação de novos modelos para essa mesma gestão. Referindo-se à análise – que considerou muito lúcida – de Fernando Araújo, também a ex-ministra da Saúde lamentou as limitações do diploma que deveria valorizar as horas extraordinárias dos médicos realizadas no serviço de urgência, tal como lamenta que se tenham destruído as carreiras por motivos que pouco tiveram a ver com a Saúde.

Reformas eternamente adiadas e carreiras congeladas não melhoram atratividade...



Como é que se melhora a atratividade? Não é com reformas eternamente adiadas, carreiras congeladas, desmotivação e desvalorização sistemática dos recursos humanos, nivelando a qualidade do sistema por baixo ou “sugando” a energia dos recursos huma-

nos até os colocar em estado de exaustão. O caos propaga-se com medi-

das conjunturais precipitadas que visam gerar ilusões de capacidade instalada, fazendo muitas vezes apelo a esforços sobre-humanos por parte dos profissionais. Como tem sido referido por Carlos Mendonça, presidente do Conselho Nacional do Médico Interno, as exigências são excessivas para todos, e em particular para as novas gerações. “Os médicos já têm que cumprir um horário de 40 horas semanais, o que não acontece noutras profissões da Função Pública. (...) A nova geração quer ter mais tempo para outras atividades, para estar em casa com a família, não quer ter que conciliar atividade pública com privada, não quer andar a correr de um sítio para outro. Quer conseguir gerir a vida com equilíbrio”. Além de gerações exaustas – por anos de ‘vestir a camisola’ sem reconhecimento ou contrapartida e também desmotivadas pelo adiamento eterno das reformas estruturais –, há, portanto, toda uma nova geração de médicos que rejeita esses horários potenciadores de *burnout* e que são destruidores da vida social e familiar.

Enquanto o sistema não aprende a respeitar aqueles que o fazem existir – os profissionais – o que acontece é a manutenção do êxodo... Os relatos são muitos e enchem as páginas da imprensa, dos programas noticiosos da rádio e da televisão. Em dezembro do ano passado, o *Observador* apresentava uma entrevista à médica interna Laura Teixeira que, com alguns colegas de curso, escolheu fazer o internato da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia (G/O) na Alemanha. Note-se que escolhemos o exemplo desta médica, precisamente, por ser de uma área em que o SNS está carenciado: apenas 897 dos 1871 médicos especialistas inscritos na Ordem nesta especialidade estão a exercer no setor público, situação que se irá

agregar, como alertou o presidente do Colégio de Obstetrícia da Ordem dos Médicos. João Bernardes falou, na sequência do estudo publicado na revista científica da Ordem dos Médicos (Acta Médica Portuguesa) que revela um crescente número de médicos a avançar para a idade de reforma. 46% dos especialistas têm idade igual ou superior a 55 anos, o que lhes permite recusar fazer escalas de urgência de G/O. Laura Teixeira, que fez o curso em Portugal assim como o ano de formação geral que a levou do Porto a Faro, infelizmente, concluiu que o Serviço Nacional de Saúde não trata bem os internos e que não consegue dar aos profissionais aquilo a que ambicionam (uma carreira aliciante com garantia de qualidade de vida). “As condições não eram o que eu queria. Há falta de pessoas, os internos fazem muito mais do que as 40 horas semanais, a maior parte delas em horas extras que não são pagas. (...) Eu não quero passar os meus próximos seis anos a trabalhar 80 horas por semana. Quero ter vida pessoal e familiar. (...) Vi o que era a vida dos meus colegas em Faro e vi o que se passa no Hospital de São João, no Porto. É igual. Não quero isso para mim”, relatou ao *Observador*.

Em 2021, pela primeira vez desde que há mais candidatos do que vagas de internato, nem todas foram preenchidas, com especial incidência em Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar. “Este número de vagas por ocupar é inédito, desolador e revela a gravidade da situação que o SNS atravessa. A Ordem dos Médicos identificou um número de capacidades formativas histórico, num grande esforço para ajudar o SNS a manter a sua joia da coroa: a formação. Mas o que fazemos não compensa a falta de condições de carreira, de projeto profissional e o desrespeito com que a tutela trata os médicos e os outros profissionais de saúde, empurrando-nos para fora do SNS”, afirmaram o bastonário e o presidente do Conselho Nacional do Médico Interno em comentário às vagas por preencher. “Esta é uma realidade muito triste e temo que, se o Ministério da Saúde nada fizer, entremos numa espiral negativa impossível de reverter. É urgente que a tutela vá ao encontro da expectativa dos médicos e dos



portugueses que pedem um SNS mais forte, com efetivas condições técnicas e humanas para uma medicina de qualidade”, reforçava Miguel Guimarães.

O trabalho em excesso, com sucessivas escalas de urgência, noites, e prolongamentos de horário – para fazer face quer à falta de recursos humanos quer às tarefas administrativas que deveriam ser asseguradas por outros grupos profissionais – aliados à ausência de uma política de Saúde, à falta de planeamento a médio/ longo prazo e à degradação das condições de exercício da medicina, têm conduzido os médicos à exaustão e à desmotivação. Uma desmotivação que se agrava perante medidas avulsas que se revelam inadequadas para resolver problemas estruturais.

Como referimos, a publicação do diploma que valoriza as horas extraordinárias dos médicos, que entrou em vigor a 26 de julho, para dar resposta a três necessidades que foram sinalizadas ao Governo (criar condições para ter mais profissionais de forma estável no Serviço Nacional de Saúde, remunerá-los adequadamente no serviço de urgência e diminuir a dependência dos prestadores de serviços), parecia querer trazer justiça ao pagamento de horas extraordinárias. Contudo, a leitura do diploma publicado parece sugerir uma realidade diferente... “O diploma consagra que os custos com o trabalho suplementar e aquisição de serviços médicos não podem exceder, em cada serviço ou estabelecimento de saúde, os montantes pagos no último semestre de 2019, corrigidos dos encargos decorrentes das atualizações salariais anuais. Ou seja, mantendo o total da despesa com o *plafond* de há 3 anos, se o número de horas prestadas no segundo

semestre de 2022 for, pelo menos, semelhante ao de 2019 (porventura até será superior, com a necessidade de aumentar a produção para dar resposta às listas de espera), facilmente se percebe que não será possível aumentar o valor-hora. (...) Isto é, a expectativa que foi gerada aos médicos, como o grande instrumento para permitir evitar problemas nos serviços de urgência, será genericamente impossível de implementar. Não se percebe” – lia-se em nova análise de Fernando Araújo ao diploma. De facto, não se percebe, nem a publicação de um diploma que não venha valorizar devidamente o trabalho médico, como era aparentemente o objetivo, nem, num olhar mais abrangente, como é que continuamos a assistir, ano após ano, a dificuldades sempre que há um aumento de procura previsível, seja inverno seja verão. Como não se percebe que se ignorem alertas e sugestões das instituições que representam os médicos.



18 de junho 2022

SAÚDE

Três antigos ministros da Saúde falam sobre o problema atual (e antigo) das urgências. O que mudou desde que foram ministros? E o que falhou?



15 de junho 2022

SAÚDE

“SNS não está preparado para dar resposta a 10 milhões de portugueses”, alerta Miguel Guimarães



14 de junho 2022

SAÚDE

O que defendem os partidos para resolver o caos nas urgências hospitalares?



15 de junho 2022

PAÍS

É ou não é? O caos nas urgências hospitalares esteve em debate.

No debate de terça-feira ficou a certeza de que há um problema estrutural no SNS, é preciso dar mais autonomia aos hospitais na contratação de médicos e melhorar as condições de trabalho.

Progressão na carreira é sinónimo de qualidade e motivação

A Ordem dos Médicos tem dado o seu contributo, mesmo perante decisores que não têm reunido ou ouvido as diversas estruturas representativas. Recordamos apenas três exemplos de proatividade da OM, no diagnóstico dos problemas e apresentação de potenciais soluções, concretizados em momentos e contextos diferentes: em primeiro lugar, o estudo de âmbito nacional que a Ordem financiou e concretizou através de uma parceria com o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, com o objetivo de analisar os níveis de *burnout* e consequências nos médicos portugueses, do qual se retiram conclusões alarmantes (66% dos médicos participantes referiram um nível elevado de exaustão emocional, 39% de despersonalização e cerca de 30% a diminuição acentuada da realização profissional - [veja-se a edição de abril de 2019 da ROM](#)).



#SaúdeEmDia

Mais recentemente e no contexto da pandemia, entre tantas iniciativas para ajudar no combate à COVID-19, a Ordem dos Médicos lançou o Movimento "Saúde em Dia - Não Mascare a sua Saúde", numa parceria com a Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, com o apoio da Roche e com a colaboração da consultora MOAI. Aqui o objetivo foi alertar para a urgência de recuperar os doentes que estavam a ficar sem tratamento. O bastonário classificou como particularmente "brutais" os milhões de exames, análises e outros meios de diagnóstico e terapêutica, consultas presenciais dos cuidados de saúde primários e hospitalares, e cirurgias que o SNS não realizou nos anos iniciais da pandemia.

Terceiro exemplo: atualmente, a Ordem dos Médicos está, por iniciativa do bastonário, a trabalhar na construção de um novo relatório das carreiras médicas, honrando a herança que foi deixada durante o mandato do bastonário Jorge da Silva Horta (1956 a 1961) por um grupo de médicos que esteve na base do relatório original (Albertino da Costa Barros, Albino Aroso Ramos, António Galhordas, Mário Luís Mendes e João Miller Guerra, relator e posterior bastonário da OM de 1968 a 1975). Mais de 20

Devolver a motivação e confiança aos médicos

Na entrevista ao Notícias ao Minuto o bastonário reiterou, uma vez mais, algumas iniciativas que podem evitar a saída de profissionais do SNS: "Para resolvermos o problema de fundo temos de ter como prioridade central recuperar e transformar o SNS. Temos de devolver a motivação e confiança aos médicos e aos outros profissionais de saúde. Isto significa respeitar e dignificar os médicos e a profissão médica; envolver os médicos nas decisões sobre o sistema de saúde; reforçar a importância da liderança médica e do trabalho em equipa; valorizar o trabalho, a formação e a investigação dos médicos, através da carreira médica. É preciso salários justos, de acordo com a intensa formação no ensino superior, com o conhecimento, a responsabilidade e as competências".

anos depois, a 3 de agosto de 1982, foi publicado o Decreto-Lei 310/82 que definia as carreiras médicas, documento que trazia a assinatura do então secretário de Estado, Paulo Mendo. Mais uma década passada sobre esse diploma, reconhecendo como o documento de 1961 continuava a ser de importância ímpar e "uma referência do papel da Ordem dos Médicos na sociedade portuguesa", há uma tentativa de elaborar um novo relatório das carreiras médicas, iniciativa que acontece durante o mandato do bastonário Santana Maia (1993 a 1995), mas não chega a bom porto. Seis décadas depois do original ser publicado, a discussão das carreiras é sem dúvida uma renovada reivindicação dos médicos. Esta é mais uma área que tem o consenso de quem está no terreno: sem perspetivas de evolução na carreira não há motivação e a qualidade da medicina é posta em causa.

Com estas e centenas de outras intervenções, a Ordem quis sempre ser parte da solução, alertando para as dificuldades mas, simultaneamente, propondo a estruturação de projetos de intervenção adequados às insuficiências e deficiências identificadas.

À voz da Ordem juntam-se, não raras vezes, as vozes das restantes instituições representativas dos

médicos e vice-versa, sempre que a qualidade da medicina esteja em causa. Tal como aconteceu no protesto organizado pela Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), em que todas as instituições apoiaram a iniciativa desta associação que organizou, no dia 16 de julho, um protesto em frente ao Ministério da Saúde (ver página 38). Esta manifestação surgiu contra a potencial incorporação de médicos não especialistas em MGF nos centros de saúde, para assumir a responsabilidade de gestão de listas de utentes, uma medida que o Governo integrou no Orçamento do Estado para 2022. Perante esta medida que “ameaça a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população”, a OM e outras entidades fizeram questão de estar ao lado da APMGF porque, como frisou Miguel Guimarães, “não reconhecer a importância da qualidade de formação dos especialistas portugueses, da carreira médica e do SNS, significa recuar no tempo 40 anos».



Para o bastonário, “a questão da Medicina Geral e Familiar é absolutamente essencial” e “tem um impacto muito grande e uma força eleitoral muito forte”: “se virmos o programa dos partidos políticos, todos eles prometem médico de família para todos os portugueses”, mas depois de

ganharem as eleições as promessas não são cumpridas. Neste momento “em vez de diminuir, o número de portugueses sem médico de família está a aumentar. E isto tem repercussões extraordinariamente graves”. Mas resolver o problema da Medicina Geral e Familiar é, para Miguel Guimarães, apenas uma questão de vontade política. A solução depende apenas de investimento para contratar os especialistas de MGF que estão fora do setor público e, simultaneamente, da criação de condições para que os médicos em idade de reforma optem por continuar no ativo. Já no caso de Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria ou Anestesiologia, apenas para dar alguns exemplos, o bastonário considera que por ser uma falha estrutural “vai demorar mais tempo”, sendo um problema “transversal a todo o SNS” e a todas as áreas médicas. “Tornar o SNS mais

competitivo implica um grande investimento. Mas é um investimento que rapidamente vai ter retorno. Um estudo recente da Universidade Nova de Lisboa – publicado em 2022 e referente aos tempos de pandemia – veio dar conta de que o facto de os portugueses terem tido acesso a cuidados de saúde significou, só por regressarem ao trabalho e voltarem a contribuir para as economias familiares e do Estado, através dos impostos, a recuperação de mais de sete mil milhões de euros. Ou seja, recuperou-se mais de metade daquilo que é o Orçamento do Estado destinado à Saúde. O que significa que a mesma deve ser olhada como um investimento e não só como um gasto”, instava Miguel Guimarães numa entrevista ao site *Notícias ao Minuto*.

Liderar é motivar!

Liderar equipas no setor da saúde sempre teve como requisito o humanismo para com os doentes, mas, cada vez mais, também exige características diferentes na forma como se lida com os membros da equipa. Abordámos este tema na edição de junho, ao referir a importância de desenvolver a compaixão, a humildade e a empatia, entre outras características. Nos jovens médicos vemos cada vez mais preocupações sociais, que os levam a querer ter flexibilidade de horário para poderem, por exemplo, fazer voluntariado. Mas gostam também de ser desafiados, e sentem-se aliciados com a possibilidade de mudar de nível, isto é, de evoluir na carreira, de dar largas à imaginação e aos conhecimentos que vão adquirindo no seu exigente percurso formativo. Não basta dizer que é assim que se faz determinado procedimento, é preciso dar espaço para que os mais jovens assumam responsabilidades e conduzam a mudança, porque eles querem “fazer diferente”. São precisos líderes que tenham capacidade para dar esse espaço aos mais jovens, motivando-os a ir mais além, ouvindo as suas ideias. Aos líderes modernos compete serem facilitadores também desses processos de evolução dos mais jovens, inspirando-os a inovar, e aprendendo também com eles.

Uma gestão diferente para um SNS diferente

Embora o número de profissionais no SNS tenha aumentado de 120 mil para 148 mil entre 2015 e 2021, os relatos de falta de recursos humanos são permanentes, nomeadamente porque as necessidades de cuidados aumentaram e porque a tutela não tem conseguido implementar soluções que parem a saída massiva de médicos (e outros profissionais) para o estrangeiro e para o setor privado. “É indiscutível que nós temos mais médicos hoje do que tínhamos há dez anos, mas também é evidente que as necessidades dos portugueses são muito maiores hoje do que eram nessa altura. Há cada vez mais doentes com doenças crónicas. A nossa esperança de vida aumentou de forma muito significativa. Neste momento, temos pessoas que conhecem muito melhor os seus direitos e que sabem que podem utilizar o SNS. As condições globais mudaram e nós [serviços de saúde] não conseguimos acompanhar essa mudança”, referiu o bastonário à imprensa. Esta é outra área em que Miguel Guimarães, enquanto representante máximo da OM, tem feito alertas claros aos decisores: com mais de uma dúzia de anos sem revisão da carreira médica, era inevitável que os problemas se mantivessem e até que se agravassem. Esse foi um dos alertas que fez ao Governo logo no seu primeiro mandato, ainda decorria o ano de 2017, como recordou recentemente numa entrevista à agência Lusa a propósito da situação de crise que se vive no SNS este verão. Miguel Guimarães lamentou que “o Estado nada tenha feito para tentar evitar esta hemorragia”, nomeadamente pela valori-

zação dos profissionais e da sua carreira. Este é um problema muitas vezes escamoteado com referência a números que são apresentados de forma manipuladora. “Apesar de termos de facto muitos médicos quando comparados com a maior parte dos países, a verdade é que muitos dos médicos que poderiam estar no Serviço Nacional de Saúde – até porque a maioria forma-se no SNS – acabam por tomar outras opções”, como sair para os setores privado ou social ou emigrar, esclareceu o bastonário que ainda acrescentou: hoje há “muitos mais médicos” a sair do SNS do que havia há cinco ou 10 anos.

A Ordem dos Médicos lamenta que continuem a ser negados os benefícios da autonomia na gestão, com exceções recentes durante a pandemia em que houve momentos em que essa autonomia foi concedida a instituições que, por isso mesmo, conseguiram apresentar melhores resultados no combate à COVID-19. A transformação do SNS implica, necessariamente, que se torne mais competitivo e que os modelos de gestão adotados permitam flexibilidade e decisões baseadas em orçamentos reais, adaptados às necessidades da população da área de influência de cada unidade hospitalar. A esta falta de visão para encontrar formas de gestão com maior eficácia, junta-se (e vem agravar) a já mencionada falta de progressão nas carreiras, a ausência de condições no local de trabalho (com ares condicionados avariados em gabinetes de consulta, mas também em blocos operatórios, apenas para exemplificar), serviços que deviam ter mais de duas dezenas de

Há médicos a comprar material com o próprio dinheiro

Se pedirmos a qualquer profissional que imagine que chega ao trabalho e tem que comprar uma caneta, um caderno ou um gravador para poder trabalhar, com certeza que as reações serão de incredulidade. No entanto, ao longo dos anos, esta é uma realidade que temos encontrado no Serviço Nacional de Saúde, nas centenas de entrevistas que temos realizado. Recentemente vieram novamente a público informações de falta de material básico essencial ao apoio à consulta – especialmente nos Cuidados de Saúde Primários – acabando os profissionais por comprar com o seu próprio dinheiro para evitarem as interrupções nas consultas para irem buscar o material partilhado por vários gabinetes (balanças, estetoscópios, etc.). São situações que roubam tempo ao já insuficiente tempo de consulta e que têm piorado drasticamente como foi denunciado pela Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar: “A crise no SNS não passa apenas pela falta de médicos. Um dos outros problemas que o serviço enfrenta é a escassez de equipamentos havendo médicos a comprar material com o próprio dinheiro”.



20 de junho 2022

PAÍS

Caos nas urgências: “Não é uma situação de hoje, é uma situação que dura anos”.

VISÃO

4 de agosto 2019

SOCIEDADE

O SNS está mesmo em risco de colapsar?

OBSERVADOR

11 de janeiro 2018

ATUALIDADE

Caos nas urgências. O que se está a passar nos hospitais portugueses?



11 de janeiro 2018

SOCIEDADE

Caos nas urgências: “Isto é como o problema dos incêndios quando se contrata bombeiros depois de o fogo estar extinto”



7 de janeiro 2018

ATUALIDADE

Enfermeiros denunciam caos nas urgências de Faro.



4 de janeiro 2017

PAÍS

Casos de gripe provocam caos em vários serviços de urgência.



30 de novembro 2016

SOCIEDADE

Caos nas Urgências esgota camas e macas nos hospitais.



3 de agosto 2010

SAÚDE

No Verão a população algarvia triplica e quem quer rapidez na saúde tem que pagar.

TEMA DE CAPA



especialistas e que têm apenas 10, mas em que metade desses profissionais já têm mais de 55 anos e a outra metade é composta por médicos com pouca experiência, quebrando-se a tradição de ensino e partilha que é apanágio da medicina, etc.

Sugestões, propostas e evidência

Num artigo de opinião publicado no dia 9 de julho, Miguel Guimarães questionava “o que falta ao SNS para honrar a memória de quem o construiu?”. “Perto dos 43 anos de existência o Serviço Nacional de Saúde (SNS) está a atravessar um momento de crise particularmente grave, sustentada na negação da evidência científica que tem como principal pilar a falta de clarividência estratégica, política, social e analítica. Infelizmente, muitos dos seus principais responsáveis, que ultrapassam o ser meramente político, insistem em tentar encontrar ‘bodes expiatórios’ para justificar a falência de um sistema, cujo código genético está, desde o seu início, associado a três dimensões éticas que teoricamente permitem proteger a saúde das pessoas e, em particular, das mais frágeis: respeito pela dignidade humana, solidariedade e equidade no acesso a cuidados de saúde”. Da leitura desse artigo publicado no *Observador*, obtêm-se algumas das sugestões que o representante máximo da Ordem dos Médicos considera fundamentais. Da estratégia política à necessidade de envolver os médicos nas decisões sobre o sistema de saúde, com reforço da liderança médica e do trabalho em equipa, do combate ao desperdício à implementação de lei de meios e orçamentos plurianuais, das reformas da Saúde Pública, hospitalar, do serviço de urgência e dos cuidados de saúde primários à autonomia e flexibilidade de gestão, da dignificação à implementação de salários justos,

dos incentivos para trabalhar em zonas mais carenciadas à aposta na proximidade, com duplicação do investimento nos pilares do sistema de saúde (literacia, educação em saúde e prevenção da doença) e muitas outras que podem ser lidas neste artigo e que “constituem

Miguel Guimarães quer “uma gestão diferente do SNS”, com um novo modelo de carreira médica que traga estabilidade a este serviço público e que motive os colegas de todas as especialidades a permanecer no SNS.

apenas algumas das medidas que podem dar mais vida e saúde ao SNS e aos portugueses, e contribuir para resolver a prioridade nacional de recuperar e transformar o SNS”, frisa Miguel Guimarães.

OBSERVADOR

Ver o artigo [aqui](#).



Depois de reunir com Marta Temido ([ver edição nº 225 da ROM](#)) para discutir os constrangimentos que se registaram nos últimos meses nas urgências hospitalares devido à falta de profissionais de saúde, Miguel Guimarães explicou que teriam ficado definidas “algumas medidas de curto e médio prazo que a ministra se comprometeu a implementar. Porém, o problema maior continua a ser a resolução de questões relacionadas com capital humano e autonomia na gestão no SNS. “Temos de ter em linha de conta que o SNS, para sobreviver, precisa de ser transformado, precisa de ser mais competitivo e de um novo modelo de gestão, que permita que as



SIC
NOTÍCIAS

27 de março 2022

GOVERNO

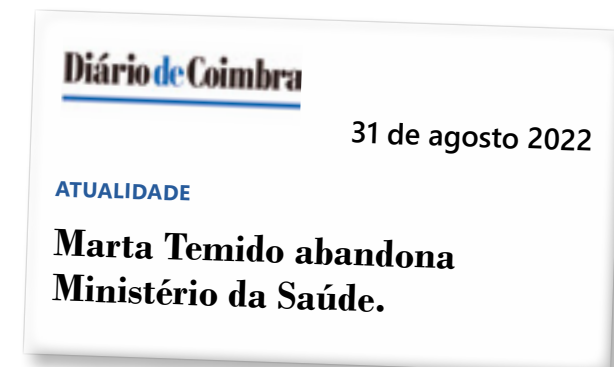
Desafios para a Saúde: Ordem dos Médicos diz que setor atravessa “situação crítica” e SNS precisa de ser “transformado”.

unidades de saúde e os hospitais tenham autonomia, tenham flexibilidade na gestão, possam tomar decisões com base em orçamentos reais e não orçamentos fictícios. Ou seja, orçamentos adaptados àquilo que são as necessidades da população que os hospitais servem. Se nós não fizermos esta mudança nos modelos de gestão, adotando muitas daquelas regras que já são utilizadas no setor privado, é evidente que o SNS vai continuar a definhir e isso é extremamente penalizante para todos os portugueses. E, sobretudo, para as pessoas que têm mais dificuldades, porque o SNS é um grande fator de coesão social, pois permite combater as desigualdades em saúde. Eu diria que esta é uma prioridade nacional, devia ser um objetivo de todos os partidos políticos e devia ser exigido ao Governo que tornasse esta a prioridade das prioridades”.

Agosto parece ser, este ano como em outros que o antecederam, sinónimo de desesperança e descontentamento. Mas, se os profissionais deixarem de acreditar, quem olhará pela saúde dos portugueses?

No horizonte, com a demissão da ministra da Saúde Marta Temido – que foi tornada pública numa nota enviada à imprensa na madrugada de dia 30 de agosto –, os profissionais esperam ver soprar ‘ventos de mudança’, mas isso não acontecerá se o/a próximo/a detentor/a dessa pasta ficar de tal forma limitado na ação que não possa dar o seu contributo para a política de Saúde que terá que implementar.

A política é o Governo eleito que define, mas, a que tem sido implementada nos últimos sete anos, e até nos anos que os antecederam, a avaliar pelos resultados, não está a ser eficaz. É do senso comum que teimar em fazer o mesmo e esperar resultados diferentes dificilmente será o caminho, como



tantas vezes tem realçado o representante máximo dos médicos e como se demonstra nos ilustrativos recortes de imprensa de vários anos que aqui incluímos...

Temos de deixar de questionar o que o SNS pode ser, para realmente o fazer ser, e inventar o futuro para lhe sentir saudades, como nos ensinava o filósofo Agostinho da Silva: “O português vai ser o que tiver que ser! Nem tem que perguntar se pode. Essa história de perguntarem se eu acho que Portugal pode ser alguma coisa, não tem sentido. Eu quero lá saber se pode ou não pode! Sei que tem de fazer. É uma questão de inventarmos o futuro. Se quiser: sonhar o futuro, como se costuma dizer. Mas eu gosto mais de falar como o Frei Luís de Sousa diz do Bartolomeu de Mártires: ter saudades do futuro. Em lugar de andar a ter saudades do passado - que só serve para fazer o fado e outras coisas semelhantes que não me interessam para nada – é preciso passar a ter saudades do futuro, e ver de que futuro é que tem que se ter saudades.”

E temos de começar já. Porque o SNS vai ter de ser presente se quiser chegar a ser futuro.

Bibliografia

Ana Filipa Camacho da Costa. Liderança transformacional e geração millennial. Mestrado de Ciências Empresariais, ISEG.
<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/16503/1/DM-AFCC-2018.pdf>

Características Demográficas e Profissionais dos Especialistas em Ginecologia-Obstetrícia Registados em Portugal: Necessidades, Recursos e Desafios. Acta Med Port 2022 May;35(5):343-356. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/16282/6524>

E AGORA? - Relatório de Primavera 2022 - OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DO SISTEMAS DE SAÚDE
<https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>

Zózimo, N., Barreira, D.P., Frasquilho, M.A., Magalhães, J., Teixeira, J.M., Silva, J.M., & Quakinin, S. (2019). Burnout nos médicos em Portugal: Um estudo nacional. ROM Revista da Ordem dos Médicos, 197, 43-51.

AMP: revista científica da OM quer influenciar decisores da área da saúde

ENTREVISTA E FOTOS: PAULA FORTUNATO

Tiago Villanueva lamenta que só paulatinamente se vá percorrendo o caminho do reconhecimento da Medicina Geral e Familiar (MGF) pelo seu papel central em qualquer sistema de saúde do mundo. Sobre as eventuais intenções de colocar médicos sem especialidade a gerir listas de utentes, considera um profundo retrocesso e questiona mesmo se “alguém aceitaria ser operado ao coração por um médico não especialista em cirurgia cardiotorácica?”, naquilo que define como “um precedente perigoso” para todas as especialidades médicas e, claro, para os doentes. Como parte de uma geração que quer mais e melhor para a medicina que pratica, mas também para os seus níveis de realização pessoal e profissional, Tiago Villanueva já emigrou e passou uma temporada dedicado a aprender práticas de excelência no que toca à edição científica. Regressado a Portugal, além de ter (re)ingressado nas fileiras de médicos que diariamente cuidam dos portugueses, entrando no Serviço Nacional de Saúde (SNS) como médico de família, aceitou o desafio lançado pela Ordem dos Médicos: a partir de 2017, este jovem clínico assumiu o cargo de editor-chefe da Acta Médica Portuguesa (AMP). A flexibilidade que lhe permitiu conjugar a prática clínica com este trabalho científico é, frisa, fator de grande motivação para os médicos e deve, portanto, ser mais e melhor implementada no SNS, como fator de atratividade. Cinco anos depois, além do sucesso alcançado na AMP até ao momento, Tiago Villanueva continua a sonhar ir mais longe, desejando aumentar o impacto social, através da garantia de qualidade e relevância dos artigos publicados, nomeadamente para os decisores políticos. Assumindo a sua dupla paixão – edição científica e prática clínica de MGF – o nosso entrevistado considera a profissão muito aliciante e garante que gosta de ir todos os dias para o centro de saúde ver doentes e formar médicos internos. Só lamenta que condições exógenas – como a falta de condições físicas nos gabinetes de consulta – gerem entropias que limitam o prazer de estar no local de trabalho.

> Optou por reduzir o tempo de trabalho no centro de saúde para poder ser editor-chefe da AMP. Pode explicar-nos o que pesou nessa escolha?

Antes de assumir o cargo de editor-chefe da AMP estive a trabalhar vários anos em Inglaterra como editor na BMJ. A maior parte dos editores e que também eram médicos trabalhavam a tempo inteiro na edição ou tinham a possibilidade, se quisessem, de fazer medicina, por exemplo, um dia por semana para se manterem ligados à prática clínica. Mas também havia publicações que não permitiam que os médicos exercessem de todo, exigindo-lhes que se dedicassem a tempo inteiro à revista.

> Então alguns são editores profissionais?

Sim, os médicos que trabalham na BMJ são acima de tudo editores profissionais, porque a edição de revistas científicas médicas é uma profissão completamente diferente da medicina clínica e exige também um elevado grau de dedicação e profissionalização de forma a atingir-se um desempenho qualitativo elevado. Aliás, a minha porta de entrada na revista The BMJ foi um *fellowship* de um ano de edição médica em que tinha de trabalhar presencialmente a tempo inteiro – uma espécie de internato de edição médica – de forma a poder adquirir todo o conjunto de competências necessárias. O atual editor-chefe da



Tiago Villanueva é licenciado em medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa. Em 2004 fez um estágio na BMJ (Clegg Scholarship) e, em 2005, logo após acabar o curso de medicina, assumiu o cargo de editor-chefe da BMJ student. O internato de Medicina Geral e Familiar é concluído em 2011 e, durante esse período de formação, realiza um estágio no centro de Saúde de Buitrago del Lozoya, em Madrid, Espanha, em 2009, tendo como tutor o médico Juan Gervas (ver página 8). Findo o Internato, trabalhou até 2013 no ACES Lisboa Norte e no ACES Amadora. Decidiu, entretanto, emigrar para perseguir o sonho de trabalhar na edição científica de uma das revistas mais conceituadas do mundo na área da publicação médica. Mudou-se para Londres onde foi parte da equipa editorial da BMJ, tendo exercido vários cargos (editorial registrar em 2013 e assistant editor em 2014). Regressado a Portugal, começou a trabalhar como médico de família na USF Reynaldo dos Santos na Póvoa de Santa Iria e é editor-chefe da Acta Médica Portuguesa, a revista científica da Ordem dos Médicos. Tiago Villanueva é também o atual vice-presidente da União Europeia dos Médicos de Família (UEMO).

BMJ e alguns editores de algumas das mais proeminentes revistas científicas médicas generalistas a nível mundial são o produto desse *fellowship*.

> Tal como na Acta Médica Portuguesa, a mais proeminente revista científica médica generalista a nível nacional...

Certo [sorriso]. Depois de ter vivido esta experiência de grande profissionalização, senti que não iria conseguir fazer um bom trabalho se não tivesse também tempo protegido para desempenhar as funções de editor-chefe da AMP.

> E se tivesse que optar entre a edição científica e a medicina, qual seria a opção?

Tenho dificuldade em responder a essa questão porque acho que uma coisa complementa a outra. A atividade de editor torna-nos muito atualizados do ponto de vista científico, aguça o nosso espírito crítico, e isso pode beneficiar a nossa atividade clínica. Por outro lado, o contacto com a clínica permite termos uma noção mais concreta de quais é que são as lacunas e as necessidades mais prioritárias em termos de informação para os leitores de uma revista científica.

E, como referi, testemunhei um ambiente onde os editores que eram médicos eram encorajados a man-

ter-se ligados à prática clínica, havia uma enorme flexibilidade. Acho que – se nos dedicarmos inteiramente à edição científica – há o perigo de perdermos a noção de quais são os conteúdos clinicamente mais relevantes para a audiência-alvo. Por outro lado, também é mais difícil manter a competência enquanto clínico se só trabalharmos umas horas por semana ou nem isso.

> Estar entre as 4 revistas nacionais com fator de impacto é motivo de orgulho, especialmente com o aumento que aconteceu este ano, mas também é sinónimo de muito trabalho...

Sem dúvida, sabemos que o fator de impacto (FI) continua a pesar muito nas decisões dos autores em relação a onde submeter os trabalhos. Este ano o FI voltou a subir consideravelmente e, pela primeira vez na história da AMP, estamos no terceiro quartil do *ranking* do FI das revistas generalistas em vez de estarmos no quarto. Ou seja, até é mais importante a posição relativa da revista no *ranking* do que o próprio valor numérico do FI, pois se o nosso FI sobe, mas o das outras revistas todas sobe mais, a nossa posição relativa na “cadeia alimentar” não melhora. A subida deste ano tem muito a ver com os artigos que publicámos e que estão relacionados com a pandemia



A maior parte dos editores e que também eram médicos trabalhavam a tempo inteiro na edição ou tinham a possibilidade, se quisessem, de fazer medicina, por exemplo, um dia por semana para se manterem ligados à prática clínica. Mas também havia publicações que não permitiam que os médicos exercessem de todo, exigindo-lhes que se dedicassem a tempo inteiro à revista.

de COVID-19, alguns dos quais foram muito citados. Aliás, isso reflete o que aconteceu globalmente: uma subida muito expressiva dos FI das revistas generalistas, precisamente por causa dos artigos COVID-19.

> A pandemia trouxe desafios à publicação científica?

Sim, trouxe grandes desafios também para as revistas científicas pois o número de submissões disparou em 2020. No nosso caso, esse número tem-se mantido desde então muito elevado, o que aumentou muito a nossa carga de trabalho. Por outro lado, também temos de estar atentos às métricas alternativas sem ser o FI, pois o FI só mede o impacto académico de um artigo e não o impacto, digamos, "social".

> Pode explicar a questão do impacto social?

Dou-lhe um exemplo: um artigo pode nem ser citado, mas ser muito lido ou muito circulado nas redes sociais e por isso ter muito impacto na prática clínica, nos decisores, ou até mesmo no ensino da medicina (pois os alunos leem, mas não citam). Outros artigos são inclusivamente mencionados pela imprensa o que também se traduz em impacto social junto dos *Media* mas também dos doentes. É por isso que temos que monitorizar indicadores que traduzem outro tipo de impacto não menos importante. Só no mês de junho a imprensa portuguesa mencionou vários artigos da *Acta Médica Portuguesa*. Estou, portanto, muito orgulhoso de toda a equipa, que tem feito um excelente trabalho, e dos resultados que temos alcançado.

> Editar uma revista científica é “apenas” mais uma forma de um médico cumprir uma das suas mais nobres tarefas: partilhar conhecimento?

Em primeiro lugar é um grande privilégio por nos permitir estar na vanguarda do conhecimento científico e pelo contacto que se acaba por ter com a comunidade clínica e académica e mesmo com alguns decisores da saúde. A AMP, como todas as suas congéneres internacionais (como a BMJ no Reino Unido ou a JAMA nos Estados Unidos) acaba por ser um fórum que permite aproximar toda essa comunidade, estimulando o debate científico e traçando as novas tendências do conhecimento.

> Então como definiria o contributo do editor de uma revista científica?

Vejo o papel de um editor como de um curador. Procuramos seleccionar os melhores trabalhos e dar-lhes visibilidade. E, na maior parte dos casos, conseguimos pegar no trabalho de alguém e melhorá-lo muito, como se estivéssemos a lapidar um diamante em bruto, graças ao trabalho editorial e aos contributos dos revisores. Sentimos que cumprimos a nossa missão quando os autores nos agradecem por termos contribuído para essa melhoria do trabalho.

As decisões editoriais que tomamos têm sempre em conta a relevância de um determinado conteúdo para a prática clínica, porque no fim do dia o que importa é publicar conteúdos que possam ajudar a melhorar a prática clínica dos médicos, independentemente da fase da carreira e da vida em que se encontram, da especialidade que exercem ou do contexto em que trabalham.

Por outro lado, uma revista generalista tem também a ambição de ser capaz de influenciar os decisores da área da saúde, daí ser importante os artigos que publicamos versarem os temas da atualidade e assim acabar por mexer com a agenda mediática e gerar debate.

> Que balanço faz de mais um simpósio AMP?

O Simpósio foi adiado várias vezes por causa da pandemia e acabou por ter lugar numa altura em que muitas pessoas estão de férias. Contudo, tivemos um elevado número de participantes, sobretudo online, e tivemos sessões com palestrantes de grande gabarito nacional e internacional. Houve muito debate, tivemos muito *feedback* positivo e fiquei com a sensação que os participantes ficaram já ansiosos pelo próximo simpósio. Por isso o balanço é muito positivo.

> Quais são os desafios futuros da edição científica?

Está a haver uma revolução discreta no mundo da edição científica no sentido de acompanhar o crescimento imparável da “ciência aberta”. Tivemos até uma sessão sobre isso no Simpósio AMP. E isso implica, por exemplo, tornar o conhecimento mais acessível através das práticas de *open access*, em que o custo da publicação passa dos leitores para os autores, tornando-se assim gratuito para os primeiros. Nesse aspeto estamos bem posicionados porque a AMP sempre foi uma revista de *open access*. O Dr. Eloy Rodrigues, na palestra que deu no nosso Simpósio, aludiu muito à mudança de paradigma em curso em que se passa de rever primeiro e publicar depois para publicar primeiro e rever depois, graças à emergência das plataformas de *preprint* como o Medrxiv. Essas plataformas tiveram um crescimento explosivo com a pandemia porque a necessidade de informação em tempo real não era compatível com os *timings* dos processos editoriais (que implicam, mesmo nas melhores revistas, dois ou três meses em média, desde a submissão até à publicação). O *preprint* permite que a informação se torne acessível imediatamente e que comece a gerar discussão, ao mesmo tempo que decorre o processo editorial numa revista.

> Como é que visualiza a AMP daqui a 10 anos?

Como uma referência incontornável e de grande prestígio no mundo das revistas científicas médicas a nível nacional e internacional, uma revista que surge logo nas primeiras opções dos autores em Portugal quando chega a altura de escolher uma revista a onde submeter os seus artigos. E uma revista que é amplamente lida pela comunidade de médicos e profissionais de saúde em Portugal.

> Falando um pouco da prática clínica, quais são as principais dificuldades que sente?

As dificuldades que sinto são comuns aos médicos de MGF (e talvez mesmo a outras especialidades) que trabalham no SNS na atual conjuntura: por um lado, estamos muito sobrecarregados de tarefas burocráticas, o que acaba por ocupar grande parte do nosso tempo e tirar tempo ao trabalho clínico com os utentes. Esta situação é agravada por problemas recorrentes com os sistemas informáticos. Por outro lado, são bem conhecidas as condições adversas em que trabalhamos: só para dar um exemplo, no início

de agosto estiveram 37 graus nos gabinetes médicos na minha unidade e não temos ar condicionado! Alguns médicos sentiram-se mal. A outra questão fulcral é a falta de recursos humanos e a dificuldade de atrair e reter médicos de família e outros profissionais de saúde (enfermeiros, secretários clínicos, etc.), com consequente sobrecarga de quem continua no SNS. Tudo isto gera um grande desgaste, uma grande desmotivação e uma sensação de grande impotência.

> E quais são os desafios da MGF?

Há – como referi – o grande desafio de atrair e reter recursos humanos. Este é um desafio não só nacional, mas também europeu e mesmo global. Mesmo em países onde os médicos de família são muito bem pagos continua a haver falta de profissionais, o que mostra que também tem que se ter em conta as condições de trabalho e as perspetivas de desenvolvimento profissional. A carreira tem que ser atrativa e flexível: não se pode dar apenas a oportunidade de fazer clínica a tempo inteiro pois as novas gerações querem ter mais flexibilidade de horário para poderem conciliar vários interesses. Por exemplo, a clínica com a possibilidade de fazer investigação, formação ou outras atividades. Há também o grande desafio do reconhecimento do papel central da MGF a nível da sociedade civil e junto dos decisores.

> Pode explicar melhor essa falta de reconhecimento que sentem?

Dou-lhe um exemplo bem ilustrativo: a União Europeia dos Médicos de Família (UEMO) conseguiu em 2019 tornar-se membro pleno do Comité de Profissionais de Saúde da Agência Europeia do Medicamento (*Healthcare Professionals Working Party*). Mas esta Agência tem quase 30 anos de existência e só recentemente começou a pedir pareceres e a envolver os médicos de família nas suas atividades! Isto é desconcertante especialmente se tivermos em conta que somos o maior grupo de médicos prescritores na Europa! O reconhecimento vai surgindo, devagar, e este ano já estamos a colaborar ativamente com a HERA (*Health Emergency Preparedness and Response Authority*), a nova agência da União Europeia que surgiu no rescaldo da pandemia.

> Ainda há, portanto, essa falta de reconhecimento generalizado da importância da especialidade...

Infelizmente. Mantém-se o grande desafio de obter o reconhecimento europeu da especialidade (pois a

Mesmo em países onde os médicos de família são muito bem pagos continua a haver falta de profissionais, o que mostra que também tem que se ter em conta as condições de trabalho e as perspetivas de desenvolvimento profissional. A carreira tem que ser atrativa e flexível: não se pode dar apenas a oportunidade de fazer clínica a tempo inteiro pois as novas gerações querem ter mais flexibilidade de horário para poderem conciliar vários interesses. Por exemplo, a clínica com a possibilidade de fazer investigação, formação ou outras atividades.

MGF não é reconhecida como especialidade em alguns países europeus), o que é muito difícil porque implica que os decisores em Bruxelas se apercebam da importância que tem esta especialidade, e apesar de estarmos a começar a ter mais visibilidade, as mudanças são lentas. Por outro lado, há dezenas de *stakeholders* na área da saúde e não é fácil atrair a atenção dos decisores de Bruxelas, que têm uma



quantidade infindável de solicitações.

> Como especialista em MGF, que análise faz da recente polémica sobre a contratação de médicos sem especialidade para os CSP?

Acho que se está a enveredar pela estratégia errada. Isto seria impensável no norte da Europa, onde também há falta de médicos de família. Ainda antes do Brexit, um médico de família português (ou de outro país da União Europeia) para trabalhar no *National Health Service* em Inglaterra tinha de passar uma série de exames teóricos e práticos e fazer um estágio antes sequer de poder exercer, pois – apesar das credenciais profissionais serem reconhecidas – o acesso ao mercado de trabalho é dificultado. Na Grã-Bretanha não comprometem a segurança do doente mesmo tendo, se calhar, até mais falta de médicos de família que nós. No nosso país assume-se que um médico sem especialidade poderá trabalhar nos cuidados de saúde primários com a mesma destreza, abrangência e competência de alguém que fez um internato de quatro anos muito exigente, mas isso não é verdade! Ser médico de família no SNS em 2022 é de uma exigência extrema e obriga a ter uma grande preparação técnica e científica e uma enorme capacidade de comunicação. Além disso, esta estratégia passa a ideia de que os cuidados primários são uma área “fácil”, que qualquer médico pode desempenhar, quando na realidade é exatamente o oposto. É um profundo retrocesso depois de várias décadas de desenvolvimento da especialidade e a criar novas

gerações de médicos de família muito bem preparados. Alguém aceitaria ser operado ao coração por um médico não especialista em cirurgia cardiotorácica? Então porque é que aceitamos que os utentes sejam vistos por médicos não especialistas em MGF? Isto também abre um precedente perigoso para as outras especialidades a que temos de estar atentos.

> O que gostaria de ter sabido sobre a medicina antes de ter optado por este curso?

Recordo-me que quando comecei o curso de medicina, ainda nos anos 90, foi quando surgiu a série “ER” (Serviço de Urgência) na televisão, que via religiosamente e que dava uma boa ideia das exigências técnicas e humanas da profissão. No entanto, estava longe de entender nessa altura o impacto que a carreira ia ter na vida pessoal e familiar e como conciliar as coisas, a questão do *burnout*, e as perspetivas de desenvolvimento profissional, quer em Portugal quer noutros países. Gostava também de ter sabido que a mobilidade profissional em medicina, por se tratar de uma profissão altamente regulada, não é tão simples comparativamente com grande parte das profissões. Quando trabalhei em Inglaterra na BMJ, percebi que quem tem o curso e especialidade feitos no Reino Unido tem muito mais facilidade em ir trabalhar para determinados países extracomunitários muito cobichados como o Canadá, a Austrália, a Nova Zelândia ou Singapura do que quem faz toda a formação pré e pós-graduada em Portugal. Essa é uma informação muito útil pois, para quem quer fazer uma carreira internacional, o país onde se fez a formação importa e tem influência. Finalmente, gostava de ter sabido de antemão quais são as saídas profissionais que o curso de medicina oferece para além da medicina clínica, pois nem todas as pessoas acabam por seguir uma carreira clínica. Como expliquei no início da entrevista, no Reino Unido existe a carreira profissional de editor de revistas científicas médicas e o mercado laboral para isso é muito vasto.

> Ainda considera aliciante ser médico?

Acho que continua a ser aliciante ser médico desde que haja boas condições de trabalho e de valorização e desenvolvimento profissional. Eu continuo a gostar de ir trabalhar todos os dias. Há sempre momentos muito gratificantes, mas que, infelizmente, acabam por ser eclipsados por toda a instabilidade e entropia que vivemos no dia a dia.



VI Simpósio AMP: levar Portugal mais longe no mundo científico

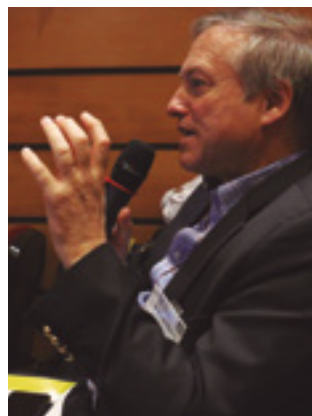
TEXTO E FOTOS: **PAULA FORTUNATO**

Qualidade das publicações, melhoria de processos, redução dos prazos editoriais, formação e divulgação científica são aspetos comuns em que todas as revistas especializadas querem melhorar. Foram precisamente esses desafios que as revistas portuguesas com fator de impacto partilharam no VI Simpósio AMP que se realizou a 13 de julho na Ordem dos Médicos, em Lisboa. Fomento do trabalho de equipa e motivação especialmente dos revisores, peça chave da cidadania científica sem a qual as publicações não subsistem, foram algumas das dificuldades sentidas e debatidas num encontro no qual o bastonário Miguel Guimarães fez questão de falar da aposta desta direção na sua revista científica e de deixar um agradecimento aos profissionais que escolhem a Acta Médica Portuguesa (AMP) para publicar.

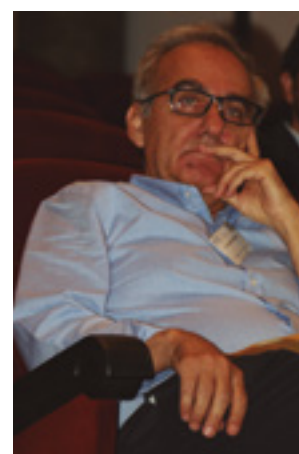
"Acreditamos que vale a pena dar o nosso contributo a quem faz publicações e investigação", frisou o bastonário na sessão de abertura do VI Simpósio AMP, manifestando o desejo de que a Acta Médica Portuguesa possa crescer e que agregue ciência tornando-se cada vez mais "uma revista de referência a nível internacional", levando o nome de Portugal ainda mais longe no que ao mundo científico diz respeito. Miguel Guimarães agradeceu com especial enfoque ao editor-chefe, o especialista em Medicina Geral e Familiar, Tiago Villanueva (ver entrevista na página 28), a quem asseverou que "este foi um dos projetos mais importantes" do seu mandato enquanto bastonário, a par do desenvolvimento da nova prova nacional de acesso e do fundo de apoio à formação médica, aos quais o representante máximo dos médicos também fez referência.

Tiago Villanueva começou por explicar o conceito de partilha de informação deste simpósio e a forma como o encontro pretende prestar informação aos médicos que querem publicar, esclarecendo dúvidas e melhorando processos editoriais. Um dos principais objetivos é fomentar a informação relativa à qualidade das revistas científicas portuguesas, nomeadamente as quatro com fator de impacto e evidenciar como vale a pena publicar nessas revistas, das quais a AMP é a única generalista. Tiago Villanueva agradeceu à equipa editorial que permite que "a magia aconteça" e que faz com que a revista saia a tempo e horas, 11 edições por ano.

A sessão de abertura contou ainda com a intervenção de Rui Tato Marinho, anterior editor-chefe da publicação e que dirigiu a revista científica da OM durante 6 anos. O anterior editor recordou a construção da revista à qual carinhosamente designa como "a amarelinha". Além de editor chefe da AMP, Rui Tato Marinho foi responsável pela revista da sociedade de Gastroenterologia, que também acredita que terá fator de impacto em breve. E como "são as pessoas que fazem as instituições", começou por cumprimentar os bastonários presentes, começando por Miguel Guimarães, mas também o decano Gentil Martins. "Há um caminho para trás a não ser esquecido", frisou lembrando quem fez um trabalho notável na construção do conhecimento científico numa altura em que ninguém dava relevância à publicação científica. A importância de quem antecedeu o trabalho atual ficou patente na sua referência a todos os editores eméritos: Alberto Galvão Teles (1978-1987), F. Veiga Fernandes (1987 - 1993), A. Sales Luis (1993 - 1996), Carlos Ribeiro (1996 - 1998), J. Germano Sousa (1999 - 2004), Pedro Nunes (2005-2010), o próprio Rui Tato Marinho (2011 - 2016) e José Manuel Silva (2017), são os editores sem os quais a revista não teria chegado onde chegou. O anterior editor da AMP evidenciou assim o papel essencial de médicos como Alberto Galvão Teles que foram os primeiros a persistir em falar e editar ciência, nesse passado mais longínquo em que ninguém o fazia. Referiu ainda a equipa que com ele trabalhou, desde os funcionários da Ordem dos Médicos aos editores atuais, sem esquecer o professor de farmácia Fernando Fernández Llimos que, durante vários anos, assegurou – de forma completamente altruísta, por amor à divulgação e partilha da ciência – um apoio fundamental para que a revista científica da Ordem dos Médicos continuasse a manter as suas indexações e fosse sempre melhorando os processos editoriais.



Seguiu-se a primeira sessão científica do dia, na qual os representantes das revistas portuguesas indexadas falaram de desafios e vitórias, partilhando experiências numa sessão com moderação da editora da AMP Helena Donato. Pela Acta Médica Portuguesa (FI 1,698) Tiago Villanueva, pela Revista Portuguesa de Cardiologia (FI 1,651) Nuno Cardim,



pela Acta Reumatológica Portuguesa (FI 1,375) Ricardo Ferreira e pela Pulmonology (FI 9,216) António Morais, falaram dos valores de fator de impacto alcançados este ano, das circunstâncias que influenciaram a subida que se verificou a nível mundial (e que corresponde ao aumento das citações fruto dos artigos sobre COVID-19).

Helena Donato transmitiu algumas notas entre as quais a importância da diversidade geográfica (relevante tanto para autores, como corpo editorial, revisores ou leitores), a defesa da celeridade da publicação (porque alargar muito o tempo de resposta para *peer review* não ajuda no processo editorial), a relevância de ter uma boa equipa editorial, motivada, sem a qual nenhuma revista consegue progredir, ser muito lida e ter impacto (afirmou referindo-se não apenas à comunidade científica mas também ao impacto social, área em que se aposta menos mas para a qual Helena Donato considera que as revistas científicas devem estar despostas).

Tiago Villanueva enquadrou o trabalho realizado na AMP explicando que “todos os artigos estão a ser publicados *ahead of print*” o que significa que ficam logo indexados mesmo que só sejam incluídos numa edição daqui a 9 meses. A AMP publica em português ou inglês, mas a esmagadora maioria dos artigos submetidos é já em inglês. Com 1500 submissões em 2021 vs. 1069 em 2017, ano em que assumiu o cargo de editor-chefe, demonstra-se bem o crescimento da revista científica da OM, o que foi necessariamente acompanhado pelo aumento da taxa de rejeição (que é atualmente de 90%). Este ano a AMP apresentou ainda um novo site.

Tiago Villanueva deu um bom exemplo da globalização do conhecimento ao explicar que, após publi-

car um artigo na AMP, foi recebida em 24 horas uma carta ao editor de um autor japonês. Atento às métricas de impacto, o editor-chefe da AMP frisou a visualização como elemento a ter em conta e explicou os artigos mais visualizados – que são os de revisão – serão

provavelmente os que “têm maior utilidade para a prática clínica”. O impacto social foi, aliás, um elemento analisado ao longo de todo o simpósio, tendo este orador realçado quão “gratificante” é ver a repercussão social dos artigos que saem na AMP.



Os representantes das 4 revistas analisaram os anos de pandemia como atípicos o que originou uma subida do fator de impacto em todas as revistas (a Lancet, por exemplo, passou de um FI de 70 para 200), o que tem a ver com os artigos relacionados com a COVID-19. Todas as revistas abordaram o desafio que é a redução de tempos de decisão editorial e os problemas dos prazos, a importância da independência editorial das revistas científicas, do espírito de equipa, mas também da sua motivação e profissionalização, dos contactos formais e informais feitos, o impacto da inclusão de artigos de líderes de opinião mundiais, a opção pela língua inglesa como fator facilitador da partilha científica, a revisão por pares como contributo ético e prova de cidadania científica, relevância desse trabalho como garante da qualidade dos artigos publicados e as soluções que cada revista encontrou para incentivar e reconhecer o trabalho dos revisores, importância de dar formação aos revisores, o papel das revistas científicas na educação, formação e cooperação, a modernização das revistas para facilitar a utilização, nomeadamente por recurso aos mais modernos meios de comunicação, confiabilidade da ciência, dicotomia questões éticas versus sustentabilidade financeira e a importância de reportar os conflitos de interesse de forma transparente.



“Diplomacia e Saúde Global”: um contributo para a Saúde de todos os povos



Por iniciativa da Ordem dos Médicos (OM), da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) e do Instituto Diplomático, foi apresentado, no dia 6 de julho, em Lisboa, o livro *“Diplomacia e Saúde Global”* que contou com a coordenação de Delfim Rodrigues e Francisco Pavão. Na sessão, Miguel Guimarães elogiou os autores dos textos que compõem a obra e relembrou as palavras de Ursula von der Leyen: “Nenhum de nós estará seguro enquanto todos nós não estivermos seguros”.

TEXTO: FILIPE PARDAL

FOTO: MÁRCIA MENDONÇA

Miguel Guimarães relembrou ainda que não há igualdade de oportunidades, diplomacia, política e nem sequer haverá sociedades dignas sem saúde. “É também essa noção que materializa a importância vital deste livro”, considerou, já que a obra é um debate multidisciplinar que procura estratégias conjuntas que visam colocar a saúde em todas as políticas. Esse é o primeiro passo para uma globalização mais estável, justa e igual.

Partilhando a sessão de encerramento com o bas-

tonário, o recém-eleito presidente da APAH, Xavier Barreto, congratulou a iniciativa e fez uma breve contextualização histórica de alguns marcos em saúde global.

“Diplomacia e Saúde Global” contou com a coordenação de Delfim Rodrigues, Presidente do Conselho Fiscal e Disciplina da APAH, e de Francisco Pavão, Coordenador do Gabinete de Diplomacia da Saúde da OM, através da apresentação de oportunidades, soluções e estratégias perante os desafios, bem como de orientações programáticas para o país.

Delfim Rodrigues relembrou na apresentação que a sociedade - e os decisores políticos - têm de perceber que o mundo está em constante transformação e que as respostas aos desafios de hoje não serão as mesmas de amanhã, nem tão pouco podem ser as mesmas do que ontem. Já Francisco Pavão mostrou entusiasmo na obra que agora foi apresentada “ao mundo” e lançou o desafio para uma eventual segunda edição, precisamente para responder à necessidade de constante atualização em temas de saúde.

Com edição e publicação da Editora Almedina o livro conta com o prefácio de Augusto Santos Silva, presidente da Assembleia da República. O livro encontra-se à venda na loja online da editora.

De luto pelo SNS e em luta pela MGF

APMGF convoca protesto à porta do Ministério



No dia em que a Medicina Geral e Familiar (MGF) fez quarenta anos em Portugal, centenas de médicos de família responderam ao apelo da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) e juntaram-se à porta do Ministério da Saúde para protestar contra a contratação de médicos não especialistas para centros de saúde, numa “censura à tutela por uma estratégia que apenas defrauda as expectativas de muitos portugueses”, ao simular que lhes está a ser atribuído um médico de família.

TEXTO E FOTOS: PAULA FORTUNATO

Naquele que foi um protesto “inédito” – organizado pela Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar mas que teve o apoio da Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN) e a presença de representantes da Ordem dos Médicos (o bastonário, Miguel Guimarães, o presidente do Colégio da Especialidade, Paulo Santos, Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos e Alexandre Valentim Lourenço, presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos) e de várias associações e sindicatos médicos, além da líder do Bloco de Esquerda, Catarina Martins – centenas de médicos de família vindos de norte a sul do país e até de outros países europeus (ver entrevista na página 8), manifestaram-se à frente do Ministério da Saúde. O protesto aconteceu no dia 16 de julho e foi contra a medida do Governo que admite a contratação de

médicos sem especialidade para desempenhar funções específicas da especialidade de Medicina Geral e Familiar, ficando responsáveis por uma lista de utentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Num movimento em defesa da saúde dos portugueses e da qualidade dos cuidados de saúde primários que lhes são prestados, além dos médicos especialistas e internos de Medicina Geral e Familiar também marcaram presença médicos de outras especialidades e outros profissionais de saúde, bem como representantes de associações de doentes. As palavras de ordem que se fizeram ouvir não deixavam dúvidas quanto ao que os unia: “Sem MGF não há SNS”, “MGF unida jamais será vencida” ou “clínico geral não é especialista não, respeito à população”.

A razão desta manifestação de desagrado foi a publicação da Lei nº 12/2022 (Orçamento do Estado 2022), de 28 de junho, que abre a porta à entrega de listas de utentes a médicos sem especialidade de MGF no âmbito dos cuidados de saúde primários. No artigo 206º ponto 9 desta lei, estatui-se que “enquanto não houver condições para assegurar médico





de família a todos os utentes dos ACES identificados no despacho a que se refere o n.º 6, os órgãos máximos de gestão dos serviços e estabelecimentos de saúde do SNS podem, a título excecional, celebrar contratos de trabalho em funções públicas a termo resolutivo incerto, ou contratos de trabalho a termo resolutivo incerto, consoante o caso, na proporção de um médico por cada 1900 utentes sem médico de família, incluindo os que a ele não tenham direito por sua própria opção, com médicos habilitados ao exercício autónomo da profissão, aos quais compete assegurar consulta médica, especialmente em caso de doença aguda, aos utentes inscritos numa lista pela qual ficam responsáveis.”



Esta possibilidade de contratação de médicos sem especialidade para assumirem listas de utentes gerou natural oposição por proporcionar um tratamento desigual em que passaria a haver utentes

dos CSP de 1ª (com acesso a um verdadeiro médico de família, isto é um médico com a especialidade de MGF) e utentes dos CSP de 2ª (que entrariam nas listas de médicos sem especialidade ou, pelo menos, sem a especialidade de MGF).

Presente na manifestação, o bastonário da Ordem dos Médicos afirmou que essa possibilidade é “totalmente inaceitável”, exigindo melhores condições para fixar os especialistas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Aos jornalistas disse ainda que não é por falta de propostas da OM, e das restantes estruturas representativas dos médicos, que estamos nesta situação e recordou que se formam mais de 500 especialistas em MGF por ano e que fora do SNS há cerca de 1700 médicos com esta especialidade, sendo que bastavam mais 700 especialistas no SNS para que todos os portugueses tivessem direito ao seu médico de família. “Existem várias alternativas sem desvirtuar 40 anos de evolução da medicina”, frisou. Nas posições transmitidas aos jornalistas, durante a concentração junto ao Ministério da Saúde, Miguel Guimarães deu exemplos de medidas que resolveriam esta situação: “criar condições objetivas para que os jovens especialistas

optem por escolher o SNS em vez de irem para o privado ou para o estrangeiro”, disse, recordando que “no último concurso, mais uma vez, cerca de 40% das vagas ficaram por ocupar”; “É preciso estimular a grande reforma que foi feita nos Cuidados de Saúde Primários há uns anos atrás”. Neste ponto, Miguel Guimarães reforçou que esse estímulo passa pela “criação de mais unidades modelo B”, mas também pela melhoria das condições de trabalho nas UCSPs. Por último, o bastonário referiu que, se mesmo assim ainda for necessário reforço de recursos humanos, o Estado pode optar pelas USF modelo C que na prática correspondem à contratação de especialistas em Medicina Geral e Familiar do setor privado para gerirem listas de utentes. Uma outra medida que preconiza “é contratar os médicos que estão na iminência de se reformarem ou que já se reformaram e oferecer-lhes uma valorização do seu trabalho para que eles não saiam do SNS”. A par da natural preocupação com a qualidade da medicina, Miguel Guimarães realçou a preocupação com os doentes: “esta situação é totalmente inaceitável, mas estou aqui, sobretudo, para apoiar os doentes. Os cidadãos, os utentes, não merecem que o Ministério da Saúde lhes indique o caminho de um médico sem especialidade, quando existem médicos com especialidade em Portugal”.



família sem especialidade”, uma afirmação que demonstra “desconhecimento” do que é a excelência formativa de um médico de família – uma das melhores do mundo. Declarações que mereceram o forte aplauso dos presentes.

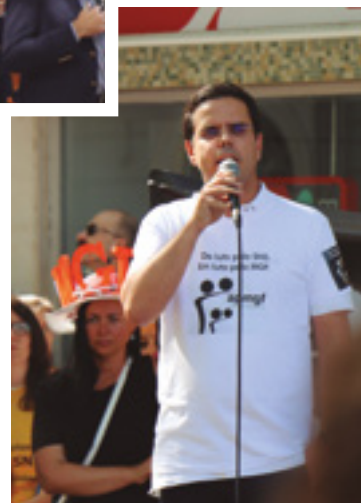
Aos colegas que se manifestavam, o bastonário fez um breve discurso no qual criticou as recentes declarações do secretário de Estado da Saúde, António Lacerda Sales, sobre a suposta existência em Portugal de “médicos de

João Rodrigues, fundador e presidente da mesa da assembleia da USF-AN, exigiu que se criem condições para captar todos os profissionais que se reformam e lamentou que no concurso mais recente



110 médicos especialistas tenham desistido por não ter uma vaga disponível – “é inaceitável que as vagas não sejam todas abertas”, frisou.

Nuno Jacinto, que garante que a associação a que preside não abdicará dos seus princípios e valores e que continuará a defender a especialidade de MGF, foi, pouco depois de ter discursa-



do aos manifestantes, recebido por Marta Temido, reunião essa em que a detentora da pasta da saúde deu conhecimento do esclarecimento feito pelo presidente da ACSS em resposta direta às pretensões da APMGF e que esclarecem que aos médicos não especialistas contratados nos termos do artigo 206º da Lei do Orçamento do Estado 2022 não poderá ser atribuída uma lista de utentes. Um esclarecimento que considera que “peca por escasso” e que “não responde à totalidade das questões”, mas que, mesmo assim, “representa uma conquista no sentido de garantir que apenas especialistas em Medicina Geral e Familiar terão a seu cargo a responsabilidade de acompanhar uma lista de utentes”. A APMGF tem-se manifestado naturalmente disponível para “colaborar na construção de verdadeiras soluções para os graves problemas que afetam os Cuidados de Saúde Primários portugueses”.



Bastonário diz que nada foi feito para evitar saída de médicos do SNS

Em entrevista à agência Lusa, Miguel Guimarães destacou o agravamento do número de saídas de médicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), considerando que se trata de uma “hemorragia” sobre a qual nada está a ser (ou foi) feito para evitá-la, lembrando que a carreira médica não é revista há 13 anos.

TEXTO: MÁRCIA MENDONÇA

A propósito da situação de crise que se vive no SNS, o bastonário apontou a inação de múltiplos Governos nestes últimos anos. “O Estado nada fez para tentar evitar esta hemorragia”, fosse pela via da valorização dos profissionais, mas sobretudo pela carreira médica, “que não é revista desde, pelo menos, 2009 em termos daquilo que é o ganho mensal médio dos médicos”.

Miguel Guimarães afirmou que já em 2017 a Ordem dos Médicos tinha alertado de “forma clara” o Governo para a falta de médicos no SNS. “Apesar de termos de facto muitos médicos comparados com a maior parte dos países europeus, a verdade é que muitos que poderiam estar no Serviço Nacional de Saúde — até porque a maioria forma-se no SNS — acabam por tomar outras opções”, quer estejam a sair para o setor privado, social ou para o estrangeiro.

Atualmente existem muitos mais médicos a sair do SNS do que havia há cinco ou 10 anos, uma situação que “tem impacto” na organização do SNS e à qual vai ser “muito difícil” dar a volta. “A partir do momento em que os médicos já não acreditam em quem está a gerir

a saúde em Portugal, abandonam o Serviço Nacional de Saúde e escolhem ter outra vida e isto é um sinal vermelho”, vinco.

Neste momento, não há um dia em que não exista pelo menos um especialista com vários anos de profissão a abandonar o SNS, uma situação que Miguel Guimarães disse ser grave e que revela “a incompetência de quem gere a saúde em Portugal” e “a incapacidade que o Governo tem demonstrado em ter uma gestão diferente do SNS”. “Este é um caminho desastroso para o país”, defendeu o representante máximo dos médicos, explicitando que é preciso adaptar o SNS, através de uma “nova dinâmica” para que seja possível voltar a servir bem as pessoas, respondendo, em tempo clinicamente adequado, à totalidade das suas necessidades. Esta dinâmica deve incluir um novo modelo de carreira médica que permita dar resposta a um conjunto de situações, apostando, nomeadamente, na valorização do capital humano e na modernização do Serviço Nacional de Saúde.

“Se mudarmos a carreira médica, mudamos o paradigma todo. Mudamos o paradigma da formação, porque aumentamos a capacidade de formação, atraímos mais os médicos para ficarem no Serviço Nacional de Saúde e conseguimos resolver vários dos problemas que existem neste momento”.

Por outro lado, é necessário um novo modelo de gestão que dê autonomia aos hospitais, mais flexibilidade, e que permita tomar decisões de contratação ou de compras de equipamentos, tendo em conta as necessidades reais que vão ocorrendo a nível da área que um hospital serve.

Ordem dos Médicos ao lado dos médicos internos, em defesa do SNS

A Ordem dos Médicos (OM), através do bastonário, dinamizou duas reuniões fulcrais com médicos internos de duas especialidades que viveram (e vivem), especialmente durante os meses de verão, situações críticas que colocam em causa o bom funcionamento dos serviços, a formação dos médicos internos e a segurança clínica dos cuidados prestados. No dia 23 de agosto, em Lisboa, o bastonário recebeu internos de Ginecologia/Obstetrícia e, no dia 29, no Porto, foi a vez da especialidade de Medicina Interna. Em ambos os encontros discutiram-se possíveis soluções para a crise atual do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e foram identificados problemas comuns: excesso de horas extraordinárias, programas de formação em risco, dificuldade em completar escalas de urgência e desmotivação generalizada dos médicos que não têm as condições necessárias para prestar os melhores cuidados possíveis aos seus doentes.

TEXTO: FILIPE PARDAL

FOTOS: MÁRCIA MENDONÇA E PAULA CARMO

No dia 23 de agosto, a Ordem dos Médicos, por iniciativa do seu bastonário, recebeu – presencialmente e através de meios telemáticos – cerca de 20 médicos internos de Ginecologia/Obstetrícia (G/O) de todo o país, na sequência de uma carta subscrita por 110 médicos internos daquela especialidade que fora enviada à ministra da Saúde a 2 de agosto. Na missiva, os médicos internos de G/O revelavam que entregaram “minutas de escusa de responsabilidade” para sempre que estiverem “destacados para trabalho em urgência e as escalas não estiverem de acordo com Regulamento nº 915/2021 de 15.10.2021”.

Já a nível individual e junto das respetivas administrações hospitalares, foram também entregues minutas de recusa de realização de mais de 150 horas extra por ano, em conformidade com o regulamento do internato médico.

A decisão foi sustentada pelo entendimento que “as medidas até hoje aprovadas são insuficientes para a resolução das dificuldades sentidas diariamente na prestação de cuidados”, explicam na carta. Estes médicos salientam ainda que a baixa remuneração auferida é reveladora “de uma falta de reconhecimento pela diferenciação e responsabilidade que o médico interno detém”, tornando também difícil “o investimento na sua formação contínua, que se não for cumprida, diminui a qualidade dos cuidados médicos até então bastante prestigiada do nosso país”.

A atual falta de perspetiva futura na carreira no SNS leva “à saída dos colegas mais diferenciados e experientes, deixando os serviços de saúde depauperados e sobrecarregando os profissionais que se mantêm a exercer as suas funções”, destacam também.



Leia [aqui](#) a notícia "Médicos Internos de Ginecologia/Obstetrícia de todo o país escrevem à Ministra da Saúde".

No hiato temporal entre o envio da carta e a reunião supracitada não existiu qualquer resposta da parte da tutela, nem mesmo um aviso de receção, facto que levou a Ordem dos Médicos a tomar uma atitude depois de ter dado o espaço e o tempo necessário para que o Ministério da Saúde cumprisse o seu papel e mostrasse intenção de ouvir estes médicos.

Na reunião com o bastonário, onde também estiveram presentes o presidente da região centro da



OM, Carlos Cortes, e o presidente do conselho nacional do médico interno, Carlos Mendonça, foram reconhecidas como questões principais a falta de reconhecimento e de respeito devido aos médicos internos, a carência de médicos generalizada no SNS, a defesa da qualidade da formação e a inegociável manutenção da qualidade dos cuidados de saúde.

“Quando os médicos mostram preocupação em identificar as questões que estão menos bem e é necessário corrigir com urgência, não terem sequer uma sinalização da receção da carta ou, mais grave ainda, não existir uma reunião [com a tutela], é lamentável”, disse o bastonário já em declarações posteriores aos jornalistas.

Sublinhando que desde junho que se assiste a constrangimentos nos serviços Ginecologia e Obstetrícia de alguns hospitais do SNS e que desde o início do ano os médicos alertavam para essa situação, Miguel Guimarães considerou que o problema vai agravar-se “se nada for feito” com consequências a diferentes níveis. “A própria formação está a começar a ser prejudicada nesta matéria”, referiu, explicando que em muitos casos os médicos internos “estão a ser desviados para fazerem serviço de urgência em detrimento de fazerem a sua formação em áreas específicas”. O problema, acrescentou, não é exclusivo da Obstetrícia e Ginecologia, a crise já alastrou a várias especialidades, e tem resultado, nos últimos anos, na saída de profissionais do SNS.

“Eles [os médicos internos] são constantemente ‘desviados’ para fazerem cada vez mais serviço de urgência, seja o normal, mais as horas extraordinárias, o que significa que a formação que têm que fazer sobre um conjunto de exames e formação específica, seja no âmbito da consulta externa ou até do bloco operatório fica por fazer”. Estas “são situações complexas, uma vez que podem chegar ao fim do internato sem fazer a formação que realmente queriam fazer”, denuncia o bastonário.

“Os médicos, em vez de estarem a protestar, a fazer manifestações e greves, estão a sair do SNS e o facto de haver muitos médicos especialistas a sair é o sinal de alerta mais forte que existe”, disse, afirmando que não se trata de falta de médicos, mas antes da dificuldade em captá-los e mantê-los a trabalhar no setor público.

Os médicos internos tomaram a palavra durante a reunião, partilhando as suas principais preocupações e angústias, apresentando também algumas potenciais soluções para melhorar o funcionamento dos serviços. Foi relatado, por exemplo, que existem blocos operatórios a funcionar a uma temperatura



Bastonário critica falta de plano de contingência para urgências de Ginecologia e Obstetrícia

Miguel Guimarães, em declarações à rádio Renascença, disse que o Governo devia ter anunciado um plano de contingência com o horizonte de uma semana para as urgências de Ginecologia e Obstetrícia.

“Eu esperava do secretário de Estado [Adjunto e da Saúde] que, durante este mês de agosto em que não era possível manter os serviços de urgência de Ginecologia e Obstetrícia todos abertos, anunciasse um plano de contingência para uma semana. Isto é: de dia 1 a dia 7, as urgências A, B e C vão estar encerradas por falta de recursos humanos e as urgências que vão dar suporte a estas vão estar reforçadas. (...) Dava mais tranquilidade às grávidas, saber-se-ia o que esperar e seria muito melhor para elas”, defendeu o bastonário. Para o representante dos médicos, a tutela deve dar “uma atenção às regiões mais frágeis, no interior, porque aí as maternidades ficam muito longe umas das outras” e, como tal, a concentração de serviços não funciona da mesma forma e com a mesma eficácia.



Veja [aqui](#) a intervenção do bastonário na CNN.



“Quando os médicos mostram preocupação em identificar as questões que estão menos bem e é necessário corrigir com urgência, não terem sequer uma sinalização da receção da carta ou, mais grave ainda, não existir uma reunião [com a tutela], é lamentável” - Miguel Guimarães [em declarações aos jornalistas]

de 28º C, o que coloca em causa a segurança dos doentes e não se coaduna com as condições necessárias para proceder a uma cirurgia, fomentando, inclusivamente, um maior risco de desenvolvimento de infeções.

Por estes, e por mais motivos, a Ordem dos Médicos apelou uma vez mais à tutela para que ouça os médicos e, de uma vez por todas, tome as ações necessárias

para valorizar o trabalho destes profissionais. Ignorar os problemas nunca foi método para os resolver.

No dia 29 de agosto foi a vez do bastonário ouvir de viva voz os médicos internos de Medicina Interna, numa reunião que aconteceu no Porto e que também contou com a presença de Carlos Cortes e do presidente da região sul da OM, Alexandre Valentim Lourenço. Também este encontro surgiu na sequência de uma carta aberta subscrita por 416 médicos que fora enviada à Senhora Ministra da Saúde a 16 de agosto.

Na missiva, os signatários alertaram para as principais razões do seu mal-estar e insatisfação profissional, e comunicaram que irão apresentar as competentes escusas de responsabilidade e indisponibilidade para realizar mais 150 horas extraordinárias por ano.



Leia [aqui](#) a carta à Ministra da Saúde.

Esta é mais uma manifestação genuína de jovens médicos que alertam para as graves dificuldades sentidas no SNS - que continuam a avolumar-se com graves consequências para os profissionais e para os doentes.

À semelhança do que aconteceu com a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, a Ordem dos Médicos deu algum tempo para que a tutela mostrasse intenção de ouvir estes médicos. Como tal acabou por não acontecer, o bastonário decidiu reunir com estes colegas para se inteirar do que está a ocorrer concretamente no terreno e para colaborar na procura de soluções efetivas.

Enfermarias com 120 ou 150 doentes entregues a um só médico, “ingratidão por parte de quem manda” e casos de *burnout* estão entre as queixas dos internos de Medicina Interna que escreveram à tutela a exigir melhores condições de trabalho.

Foi relatado pelos jovens médicos a existência de “um crescente sentimento de desilusão e pâni-

co” pelo facto de estarem a ser usados como “carne para canhão” para tapar deficiências nas escalas de urgência. Há, por exemplo, hospitais do país onde, sistematicamente, um interno de 2º ano fica sozinho com 150 doentes à sua responsabilidade. Consequência destas e de outras deficiências identificadas, o “cansaço extremo” começa a ter largo impacto nos serviços. Isto é válido tanto entre os especialistas, como para os internos.

Após a reunião com os colegas, já em declarações à comunicação social, o bastonário salientou que “temos de dar outras condições de trabalho às pessoas”. “Não se pode olhar para os médicos internos como se fossem os escravos do sistema. Isto não é possível nem aceitável num país democrático e têm de existir soluções”, frisou.

Sara Pereira, interna de quinto ano do Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, afirmou que falta à tutela perceber “que é preciso gente para trabalhar e que nós sozinhos não estamos a conseguir. Nem especialistas nem internos. Nós não conseguimos segurar os serviços de urgência, o internamento, a investigação...”, descreveu, acrescentando que “muitos dos médicos internos já atingiram [o número de] horas extra [expresso na lei] há muito tempo. O que queremos fazer é um ponto de situação muito cla-

ro: não estamos disponíveis para compactuar com isto. Precisamos de medidas sérias”, referiu. É o caso de Catarina Camarneiro, interna de segundo ano do Hospital Central da Figueira da Foz: “já ultrapassei as 150 horas extraordinárias há alguns meses. Estou quase nas 300”, respondeu, na ocasião, aos jornalistas. Catarina Camarneiro diz conhecer casos de colegas que já abandonaram a medicina e outros que nem ponderam, tirada a especialidade, enveredar pelo Serviço Nacional de Saúde e junta-se a Sara Pereira na reivindicação do acesso à formação e a outras tarefas que não “tapar buracos no serviço de urgência”. Pedro Maia Neves, interno do terceiro ano no Hospital de Santo António, no Porto, vai ainda mais longe e denuncia: “Estamos a fazer tarefas que não deviam ser nossas. Estamos a ser equiparados a especialistas sem o sermos”. Para Pedro Maia Neves, o “sim por amor à camisola” dito “com muito orgulho” nos anos de pandemia da COVID-19 “não é aceitável eternamente”.

Estes foram apenas alguns dos tópicos abordados num encontro que demonstra, uma vez mais, a urgência de salvar o Serviço Nacional de Saúde. Se existe uma prioridade é a de investir, respeitar e valorizar o capital humano. Valorizar e também ouvir os médicos internos e os médicos especialistas que todos os dias dão o seu melhor em condições que estão cada vez mais longe das ideais. A Ordem dos Médicos continua disponível, como sempre esteve, para colaborar com o Ministério da Saúde na aplicação efetiva das soluções para os diagnósticos que já foram feitos e refeitos.



Estatuto do SNS: Política de saúde carece de fio condutor



Já foi publicado no Diário da República o decreto-lei que cria o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este novo estatuto pretende, aparentemente, dar mais autonomia aos hospitais e centros de saúde, não só nas contratações, mas também no investimento. Contudo o próprio Presidente da República apela a que não se perca uma oportunidade, manifestando dúvidas e pedindo esclarecimentos ao Governo. O bastonário lamenta que talvez já se esteja a perder essa oportunidade pois o Governo deixou muito por regulamentar, naquilo que define como uma “falta de fio condutor” nas políticas de saúde preconizadas por este Executivo. Ainda assim, Miguel Guimarães deseja que o diploma possa trazer soluções positivas para o SNS.

TEXTO: PAULA FORTUNATO

Enquanto o bastonário da Ordem dos Médicos alerta que reformas estruturais não podem ser apenas “papéis”, num apelo à ação consequente e efetiva, já o Presidente da República promulgou o estatuto, que foi, entretanto, publicado no dia 4 de agosto, apesar de ter manifestado “dúvidas”. Perante as suas próprias questões, o Chefe de Estado pediu, inclusivamente, clarificações ao Governo, “para que se ganhe, ou, pelo menos, não se perca uma oportunidade única” com a implementação deste novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

A expectativa perante um diploma que deveria conter alguns princípios promotores de agilização de processos parece esmorecer, segundo a análise do bastonário da Ordem dos Médicos e do próprio Presidente da República pela convicção de que poderão faltar os meios de concretização efetivos, com algumas potenciais contradições a serem identificadas.

“O diploma levanta dúvidas em três domínios fundamentais que importa ter em atenção: tempo, a ideia da direção executiva e a conjugação entre a centralização nessa direção e as promessas de descentralização da saúde”, afirmou Marcelo Rebelo de Sousa. Por seu lado, o bastonário da Ordem dos Médicos lamentou que o diploma deixe “quase tudo o que é importante por regulamentar. “Dá a ideia de que o Governo não

tem um fio condutor. Quer concentrar os serviços e dar mais autonomia às regiões, a nível local, quer que as Câmaras [Municipais] participem, mas, por outro lado, quer que exista alguém, centralmente, a controlar estas questões. Não bate a letra com a careta”, apontou o responsável máximo da OM.

Continuando a analisar a figura criada da direção executiva do SNS – com este novo diploma o SNS passa a ser “dirigido, a nível central, por uma direção executiva, designada Direção Executiva do SNS” – Miguel Guimarães lamentou que esta direção executiva seja “uma forma de dizer que se vai fazer alguma coisa sem se ter feito nada” e lembrou que “o SNS, o que está a precisar, é que se faça acontecer”. Isto porque há reformas que “podem ser feitas” e decisões “que podem ser tomadas” e que nunca dependeram da existência de um novo estatuto”, clarificou.

Perante tantas dúvidas que o diploma origina, o representante dos médicos alertou ainda que a direção executiva do SNS é “obviamente” um órgão centralizador. Uma característica que “vai contra tudo o que as pessoas têm andado a defender [para o serviço público de saúde], nomeadamente a descentralização de competências e a autonomia que todos defendemos para as unidades de saúde”.

Se, por um lado, estatui-se alguma autonomia em áreas como a contratação de trabalhadores (sempre que esteja em causa o recrutamento para postos de trabalho previstos no mapa de pessoal ou quando a insuficiência de profissionais possa comprometer a prestação de cuidados de saúde) e o investimento (com as Finanças a passarem a ter de aprovar apenas valores acima de 2,5 milhões de euros desde que sejam projetos previstos nos Planos de Atividade e Orçamentos previamente submetidos à tutela), por outro parece estar a centralizar-se o poder de decisão.

“Nós queremos um SNS com mais capacidade de resposta, que sirva realmente os portugueses e que não tenha estes abalos que tem tido”, concluiu Miguel Guimarães, desejando que o diploma possa trazer algo de positivo e inovador ao SNS, mas garantindo que a Ordem dos Médicos estará atenta na defesa da qualidade da medicina e da garantia do direito à saúde de todos os portugueses.

Declarações que não ajudam a salvar o SNS e os doentes



A Ordem dos Médicos lamentou – em nota à imprensa datada de 12 de agosto que publicamos em seguida – que as declarações do Presidente da República, ao desencorajarem a utilização do mecanismo jurídico “escusas de responsabilidade” previsto na Constituição da República Portuguesa, não contribuam para a defesa do SNS, nem dos doentes. A instituição alertou que as mesmas poderiam “agravar a atual crise que se vive na saúde, levando os médicos a abandonar o SNS como única forma de se salvaguardarem das condições de exercício da sua atividade”.

Em declarações à imprensa, o Senhor Presidente da República sugeriu, que, em regra, a lei não permite o uso de escusas de responsabilidade. Para o bastonário da Ordem dos Médicos, as declarações do Senhor Presidente da República, ao desencorajarem a utilização de um mecanismo jurídico previsto no próprio texto da Constituição da República Portuguesa, não contribuem para a defesa do SNS, nem defendem os doentes. “Na verdade, estas afirmações, que lamentamos, podem contribuir para agravar a atual crise que se vive na saúde, levando os médicos a abandonar o SNS como única forma de se salvaguardarem das condições de exercício da sua atividade”.

“Respeitamos o Senhor Presidente da República e a sua atuação, mas não podemos deixar de estranhar que faça declarações menos claras sobre matérias que estão protegidas pela lei e pelo artigo 271.º da Constituição, provocando um evitável alarme junto dos médicos e confundindo a população portuguesa pela suposta ausência de suporte jurídico do que é, e do que implica, uma escusa de responsabilidade de um médico”, considera o bastonário.

Miguel Guimarães explicita que existem motivos essenciais que podem levar os médicos a apresentar escusas de responsabilidade. Motivos que se interligam na maior parte das vezes. “Proteger os doentes

denunciando às hierarquias e às autoridades competentes, de forma objetiva, as condições inadequadas à prática da medicina que podem colocar em causa a segurança clínica, seja por insuficiência de recursos materiais ou por escassez de recursos humanos, entre outras situações”.

“Em nenhuma circunstância um médico deixa de observar as boas práticas médicas pelo facto de ter apresentado uma escusa de responsabilidade”, frisa o bastonário. No entanto, é um dever profissional, ético e deontológico do médico alertar quando não estão reunidas as condições necessárias para o exercício da sua profissão, no sentido de proteger os doentes.

De resto, os médicos quando tomam a decisão de apresentar uma escusa de responsabilidade estão a dar um “grito de alerta” à tutela através das administrações das unidades de saúde. Nestas ocasiões, os médicos explicitam, de forma clara e concreta, quais são os motivos da escusa, não sendo, de todo, circunstâncias abstratas que as justificam. “E se, por causa dos motivos invocados, ocorrerem danos, a responsabilidade disciplinar, penal e civil dos médicos pode ser mitigada ou até excluída conforme refere a lei”.

**“Em nenhuma circunstância um médico deixa de observar as boas práticas médicas pelo facto de ter apresentado uma escusa de responsabilidade”
– Miguel Guimarães**

O representante dos médicos lamenta que continuam a faltar condições básicas essenciais e estruturais no Serviço Nacional de Saúde e que existam cada vez mais médicos a ter de recorrer a esta forma de salvaguarda da sua atuação. "Os médicos continuam a trabalhar, mesmo em condições que não são adequadas, porque não querem que os doentes fiquem sem acesso aos cuidados de saúde de que necessitam". "Isso é de louvar!", destacou, antes de sublinhar que a alternativa seria os médicos recorrerem aos tribunais obtendo sentenças que os desonerassem, por exemplo, da prestação de serviço de urgência assim que atingissem o limite definido por lei das 150 horas extraordinárias anuais, como sucede com qualquer outro trabalhador em Portugal. "Se tal acontecesse de forma massiva, os problemas atuais do SNS tornar-se-iam incontroláveis".

"Neste momento, os médicos e os profissionais de saúde suportam todo o sistema público de saúde às costas", afirma o bastonário. A falta de condições de trabalho destes profissionais deveria gerar um grande nível de preocupação e de solidariedade de todos os nossos decisores políticos e não o contrário.

"A missão dos médicos é salvar vidas e é isso que fazemos todos os dias", reforçou Miguel Guimarães. A denúncia de más condições de trabalho visa melhorar a saúde de todos nós. "Deixo, assim, o apelo ao Senhor Presidente da República para que ajude a reforçar e transformar o SNS. Que ajude a construir pontes que possam reforçar a motivação e grau de satisfação de quem todos os dias faz acontecer o SNS. O número de médicos especialistas que tem optado por trabalhar fora do SNS nunca foi tão elevado. E neste momento crítico é necessária prudência. Nunca devemos esquecer que a pressão brutal e desmedida exercida sobre os médicos origina a sua saída do SNS."



"Neste momento, os médicos e os profissionais de saúde suportam todo o sistema público de saúde às costas", afirma o bastonário. A falta de condições de trabalho destes profissionais deveria gerar um grande nível de preocupação e de solidariedade de todos os nossos decisores políticos e não o contrário.

Falhas nas escalas e demissões

Segurança clínica prejudicada no hospital S. Francisco Xavier

Em resultado de um planeamento da escala do mês de agosto, que previa que a constituição das equipas do serviço de urgência geral (SUG) fosse assegurada apenas por um assistente hospitalar (com função de chefia) e um interno de formação geral, no Hospital São Francisco Xavier assistiu-se à demissão de chefes de equipa do serviço de urgência. Perante a situação que afetaria o normal funcionamento do serviço de urgência geral desse hospital, a Ordem dos Médicos, em comunicado, informou o seu apoio ao grupo de Assistentes Hospitalares de Medicina Interna, na defesa dos doentes e nomeadamente da sua segurança e qualidade clínica.

No dia 29 de julho, 19 chefes de equipa do serviço de urgência do Hospital São Francisco Xavier demitiram-se em bloco da função de chefia, decisão anunciada numa carta enviada ao conselho de administração e à direção do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO). “Não estarão garantidas a capacidade de assistência e cuidados às pessoas que recorrem ao serviço de urgência geral do CHLO nem a segurança destas e dos profissionais que as assistem”, lia-se na carta. “Nesse sentido, concretizando-se este planeamento e a constituição das equipas nele proposta, o grupo apresentará a sua demissão em bloco da função de chefia do serviço de urgência geral, a aplicar a partir do mês de agosto”.

Tendo tido conhecimento desta carta a Ordem dos Médicos, e perante o risco efetivo de encerramento das urgências durante a noite e fins de semana, e em face do perigar das “condições mínimas” de trabalho o que afetaria não só o normal funcionamento do serviço de urgência geral do hospital S. Francisco Xavier mas também a segurança e qualidade clínica para os doentes que se dirigissem a essa unidade a

partir do dia 1 de agosto, o bastonário da Ordem dos Médicos pediu informações e esclarecimentos ao Conselho de Administração (CA) sobre a situação em causa e as medidas adotadas com vista a assegurar o bom funcionamento do SUG daquele hospital, evitando a demissão em bloco de todos os seus chefes de equipa.

“Com base na informação de que dispomos, reiteramos o nosso total apoio ao grupo de Assistentes Hospitalares de Medicina Interna, na defesa dos doentes e nomeadamente da sua segurança e qualidade clínica”, sublinhou a Ordem em comunicado. A decisão do conselho de administração de não cumprir as equipas-tipo e escalas adequadas às necessidades dos doentes, significa estar de “forma voluntária a diminuir a segurança e qualidade clínica dos serviços prestados, a aumentar os níveis de *burnout* e sofrimento ético dos médicos, e a prejudicar de forma substantiva a formação médica”.

Todas estas situações preocupam a Ordem dos Médicos e irão ser alvo de intervenção especial, caso o CA do referido hospital mantenha a decisão já contestada pelos médicos. Não é aceitável que, numa especialidade como a Medicina Interna, o SUG fique fragilizado, nomeadamente sem um especialista na escala (o cargo e funções de chefe de equipa é diferente do exercício em pleno da função de especialista).





Fórum de Medicina Geral e Familiar

A saúde não é um privilégio: é um direito!

Foi durante o Fórum de Medicina Geral e Familiar (MGF) que se realizou no início de julho, que Miguel Guimarães recordou que a saúde não é um privilégio, é um direito, um direito que tem, constitucionalmente, que ser igual para todos os cidadãos, competindo ao Estado assegurar o acesso em condições de equidade. Todas as estruturas presentes concordaram que não se pode permitir retrocessos na evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que ponham em causa a equidade de acesso e as garantias de qualidade dos cuidados prestados. No final deste fórum foram prestadas declarações à imprensa com o intuito de esclarecer, nomeadamente a população, sobre as implicações negativas que a atribuição de listas de utentes a médicos sem a especialidade de MGF teria na sua saúde.

TEXTO: PAULA FORTUNATO

Realizou-se no dia 4 de julho o Fórum de Medicina Geral e Familiar no qual participaram Nuno Jacinto, presidente da APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Rosa Ribeiro, Teresa Palminha e Teresa Correia da FNAM, Roque da Cunha, Fernando Augusto Severino, Maria João Tiago e Hermínia Isabel Ferreira Teixeira do SIM e, pela Ordem dos Médicos, o bastonário Miguel Guimarães, o presidente do Colégio da Especialidade de MGF Paulo

Santos, Susana Vargas e Rubina Correia, ambas do Conselho Nacional, Carlos Cortes, presidente da Região Centro, Alexandre Valentim Lourenço e Jorge Penedo, presidente e vice-presidente da Região Sul, respetivamente. Todos os intervenientes frisaram a não aceitação de redução da qualidade dos cuidados que são prestados aos doentes e lamentaram que não estejam a ser implementadas soluções que ajudem a fixar os profissionais necessários no SNS. Se os especialistas não ficam é porque falta tudo: de gabinetes adequados a computadores que funcionem, o que só é agora agravado por medidas que desrespeitam a carreira e a formação dos especialistas.

O bastonário tomou da palavra para enquadrar o momento de crise que se vive nos cuidados de saúde primários, lamentando que “nunca tenham sido criadas condições para que os médicos quisessem ficar no SNS”, o que culminou, quase de forma fatalista, na falta de recursos humanos no serviço público de saúde. Dando ainda nota de que não podemos ter doentes aos quais oferecemos médico com a especialidade de MGF e outros doentes que só terão acesso a médicos sem especialidade, criando condições para que se gerem disparidades na qualidade dos cuidados prestados. Para Miguel Guimarães “há alternativas, mas o Governo não quer gastar o dinheiro necessário para dar um médico de família a todos os portugueses” (publicamos no final deste artigo o comunicado do Fórum onde se pode ler algumas dessas alternativas que as estruturas representativas dos

médicos têm proposto por diversas vezes).

Também Jorge Roque da Cunha defendeu os utentes, referindo a não aceitação de tal retrocesso no SNS, frisando a falta de consideração ética naquilo que considera ser uma forma de “nivelar por baixo”. Um desrespeito pela formação e especialização médicas que podem ter consequências na saúde dos portugueses frisou igualmente Teresa Palminha ao questionar, exemplificando, se algum utente gostaria de ser operado ao coração por um estomatologista.

Já o presidente da APMGF, Nuno Jacinto, lamentou que se esteja a desrespeitar quem investe na sua formação, escolhendo a especialidade de MGF, enquanto o presidente do Colégio da Especialidade, Paulo Santos, recordou a importância da MGF como porta de entrada e ligação com os cuidados hospitalares, fator essencial da proteção da saúde dos cidadãos, sem o qual não teremos um SNS que resolva os problemas de saúde da população.

Durante a reunião foram recordados princípios amplamente comprovados: sistemas em que os especialistas de MGF são de facto a porta de entrada têm melhores cuidados e, como tal, geram menos despesas em saúde. O contrário – que se traduz em desinvestimento nos cuidados de saúde primários especializados – irá levar ao aumento da morte evitável por doenças tratáveis, visto que é nos CSP que se faz grande parte do trabalho de promoção da saúde e prevenção da doença. O desinvestimento na qualidade, ao colocar médicos sem especialidade a fazer o trabalho dos especialistas tem ainda reflexos quanto às capacidades formativas que irão, naturalmente, diminuir, pois, os não especialistas não têm como ensinar os futuros especialistas... Naquilo que foi definido como um mecanismo perverso que poderá ter como consequência que os não especialistas não queiram ocupar as vagas de MGF.

Alexandre Valentim Lourenço considerou que “estamos na presença de medidas avulsas que são pensos rápidos que inviabilizam a reforma estrutural”, defendendo “novos modelos de gestão que resolvam os problemas de acesso à MGF”.

Já Carlos Cortes alertou para a “caixa de pandora” que está a ser aberta, questionando: “se qualquer médico pode substituir um médico de família, tendo ou não especialidade (...) o que se seguirá? Quando houver falta de obstetras quem é que os vai substituir? Os cirurgiões? E quando não houver patologistas clínicos?!” , alertando que a desqualificação do

trabalho e o desrespeito pela diferenciação médica não são o caminho certo para cuidar da população.

Foi este sentimento que transmitiram aos jornalistas no final da reunião, em conferência de imprensa: Nuno Jacinto lamentou o “desajustamento do planeamento à realidade que origina que haja zonas mais carenciadas” com assimetrias que se agravam a cada dia e que ficam mais difíceis de corrigir e enquadrar que a solução para os CSP “não passa por atribuir listas de utentes a quem não tem especialidade! O que é preciso é tornar o SNS atrativo para fixar os 500 médicos que se formam por ano: com carreiras dignas baseadas no mérito, dando autonomia às unidades para gerirem melhor as equipas e os horários”, palavras secundadas pela representante do Sindicato dos médicos da zona sul (que integra a FNAM), Teresa Palminha, ao explicitar que “resolver o problema dos médicos de família é criar condições para os fixar” e pelo representante máximo do Sindicato Independente dos Médicos, Roque da Cunha, que afirmou que: “Essa deve ser a aposta: criar condições para que os 500 especialistas que se formam todos os anos em MGF fiquem no SNS”, considerando que, com um Governo de maioria absoluta, “há a possibilidade de resolver as dificuldades através de um processo negocial” desde que haja vontade política, já que “na defesa dos doentes, as instituições representativas dos médicos querem fazer parte da solução”. Aliás, tal como foi evidenciado pelo bastonário: 35% do total de vagas da especialidade são de MGF e, sabendo que “este ano vai ser entregue o mapa de capacidades formativas [o maior de sempre] em que cerca de 550 vagas são precisamente para MGF, temos no país médicos de família em número suficiente, mas há aproximadamente 1400 especialistas fora do SNS”, sendo essa a verdadeira razão para que mais de 1,2 milhões de portugueses não tenham acesso a um médico de família. “O Estado, neste caso o Governo, não está a seguir nenhuma das propostas que foram feitas pela Ordem dos Médicos, pela sociedade civil e até em programas eleitorais dos vários partidos onde foram apresentadas soluções para resolver os problemas da falta de especialistas de MGF no SNS”, concluiu o representante de todos os médicos, Miguel Guimarães, deixando nota de que a enorme “evolução da medicina dos últimos anos se deveu a muitos fatores, sendo um deles a evolução das especialidades médicas” e da consequente diferenciação profissional.

Substituir médicos de família por médicos sem especialidade é "inaceitável"

Após a reunião de dia 4, Ordem dos Médicos, APMGF, SIM e FNAM emitiram o comunicado que transcrevemos em seguida.

Em face da nova lei do Orçamento do Estado para 2022 que prevê a contratação de médicos sem especialidade para substituir os especialistas de MGF no Serviço Nacional de Saúde, o Fórum Médico considera que:

- A situação é totalmente inaceitável e representa uma grave violação dos valores e princípios da carreira médica, da atividade médica e do ato médico.

- A Ordem dos Médicos, os Sindicatos Médicos e a APMGF não foram consultados sobre esta medida, totalmente lesiva dos interesses dos cidadãos e dos doentes.

- A especialidade de MGF é amplamente reconhecida a nível nacional e internacional, e foi a principal alavanca do desenvolvimento dos cuidados de saúde primários e da melhoria significativa dos indicadores de saúde em Portugal.

- Esta medida, que desvaloriza a especialidade de MGF, constitui um retrocesso civilizacional, um destruir de 40 anos de evolução na qualidade dos cuidados de saúde primários, colocando em causa um direito fundamental que está proclamado na Constituição da República e na Carta dos Direitos Humanos.

- Existem alternativas construtivas para assegurar Médico de Família a todos os portugueses. Na verdade, Portugal forma cerca de 500 especialistas de MGF por ano, e tem fora do SNS cerca de 1400 especialistas de MGF. O que significa que as várias propostas alternativas apresentadas por diferentes partidos políticos e por diferentes estruturas representativas dos médicos e da sociedade, são exequíveis e permitem que todos os cidadãos possam ter acesso a Médico de Família. A criação de mais USF, o não dificultar a passagem de A a B, além de promover a generalização das USF modelo B, a introdução do trabalho remunerado por objetivos aos colegas UCSP e a valorização dos médicos que trabalham em UCSP, são caminhos que decerto garantiriam Médico de Família a todos os portugueses.

- Se o Governo estivesse a conseguir captar 80% dos jovens especialistas formados anualmente em Portugal não tinha falta de Médicos de Família no SNS.

- A principal solução passa pela captação de jovens

médicos para o SNS e pela fixação de médicos mais experientes, tornando o setor público mais atrativo em condições técnicas, bem como em condições de trabalho e remuneratórias.

- A contratação de médicos sem especialidade (ou com outra especialidade) para desempenhar funções atribuídas a um especialista de MGF é ética e juridicamente questionável. Trata-se de um desrespeito total pela diferenciação e especialização médica e demonstra um desconhecimento atroz dos efeitos desta medida na saúde dos doentes por quem os deveria proteger.

- Não queremos ter em Portugal doentes/ cidadãos de primeira e segunda categoria. Uns têm direito a médico de família especialista em MGF e outros não.

- O Fórum Médico teme que caso a tutela insista nesta situação, tenhamos tempos muito difíceis à nossa frente, com mais médicos a abandonar o SNS e com os novos médicos a não escolher esta área de formação para se especializar agravando no futuro o deficit em especialistas em MGF.

- É imperativo proteger a dignidade da profissão e dos doentes. Os portugueses merecem que se apliquem soluções mais eficientes para a sua Saúde e para o seu SNS.

- Não queremos que amanhã uma grávida que não tenha acesso a um especialista em Obstetrícia lhe seja atribuído um médico especialista em Urologia, que a um doente que não tenha acesso a um Cardiologista lhe seja atribuído um médico especialista em Reumatologia, ou que a um doente que não tenha acesso a um especialista em Anestesiologista lhe seja atribuído um médico sem especialidade ...

- O Governo tem a obrigação de garantir e de concretizar o direito de acesso de todos os portugueses a um Médico de Família. Estes existem, podem e devem ser contratados. Pelo bem-estar e segurança dos nossos cidadãos, pela dignidade da profissão, não é possível desvalorizar a formação e a carreira médica, colocando médicos sem especialidade nos centros de saúde com uma lista de utentes à sua inteira e total responsabilidade.

- Finalmente, o Fórum Médico não hesitará em responsabilizar juridicamente os decisores políticos pelas opções, caso, algum doente ou cidadão seja prejudicado pela falta de acesso um médico especialista. Todos os médicos portugueses ficarão em vigilância permanente.

Ordem não tem nenhuma barreira no acesso à profissão médica

TEXTO: MÁRCIA MENDONÇA

Em entrevista à *Agência Lusa*, o bastonário da Ordem dos Médicos (OM) lembrou que a Ordem não coloca nenhuma barreira ou entrave no acesso à especialidade médica, afirmando até que nos últimos cinco anos as capacidades formativas identificadas pela OM aumentaram 23,3%. “Quando cheguei a bastonário em 2017, o número de vagas abertas para a especialidade eram cerca de 1.550. O último mapa de vagas, que ainda não é público, já tem neste momento mais de 2.020 vagas”, afirmou Miguel Guimarães.

A atribuição de vagas para o internato tem por base, todos os anos, a identificação da idoneidade e capacidade de formação dos serviços de saúde. As vagas são abertas pelo Ministério da Saúde, mas têm em conta a verificação das capacidades por parte da Ordem dos Médicos. Numa altura em que o país se debate com a falta de especialistas no Serviço Nacional de Saúde, o bastonário explicou que o papel da OM na formação médica especializada é o de ir verificar se as vagas pedidas pelos serviços têm qualidade e condições de formação especializada na respetiva área, um trabalho realizado pelos 50 Colégios da Especialidade.

Neste momento, o mapa de capacidades formativas coincide em 98,5% com as vagas que são apresentadas pelos serviços. “Ou seja, em apenas algumas das vagas pedidas, os colégios acham que os serviços não têm capacidade para garantir a qualidade da formação”. O mapa de capacidades formativas é entregue ao Conselho Nacional do Internato Médico, o órgão da formação do Ministério da Saúde, que analisa a situação. “O que acontece é que as vagas que nós damos como capacidades formativas, todos os anos têm sido mais do que as vagas que depois são abertas pelo Ministério da Saúde”, disse o representante dos médicos.

Portanto, reforçou Miguel Guimarães, “contrariamente àquilo que muitas vezes alguns políticos e até alguns deputados dizem, a OM concretamente não tem nenhuma barreira no acesso à profissão” e muito menos é responsável pela suposta falta de médi-

cos. Bem como não tem responsabilidades sobre os *numerus clausus* nos cursos de medicina, que é da competência da Direção-Geral do Ensino Superior.

Ainda no âmbito das notícias falsas que circulam a respeito da OM, o seu dirigente máximo esclareceu que a instituição não tem nenhuma barreira à entrada de médicos brasileiros ou venezuelanos em Portugal, bem como não o tem por princípio, seja qual for a nacionalidade. Os médicos estrangeiros que vêm de diferentes escolas médicas, têm de ter o curso de medicina reconhecido, unicamente, pelas universidades como acontece em todo o mundo. Nas escolas em que não existe uma equivalência direta, as faculdades fazem um exame e a taxa de reprovação dos médicos que têm tentado vir para Portugal “é bastante elevada”.

Após terem o curso de medicina reconhecido, os médicos inscrevem-se na Ordem e, no caso dos médicos brasileiros, nem têm que fazer a prova de comunicação para exercer em Portugal, ao contrário dos médicos venezuelanos (e de outras nacionalidades que não têm o português como língua oficial) que têm que fazer a prova de português no Instituto Camões, “um instituto público à prova de bala”, para demonstrar que conseguem comunicar e escrever na língua portuguesa – elemento fundamental para a segurança clínica e para a boa relação médico-doente. Assim, sendo a OM enquanto organização não tem qualquer influência neste processo.

“O papel que a Ordem dos Médicos exerce em Portugal é extremamente positivo para a formação médica, é extremamente positivo para a qualidade dos cuidados de saúde que os nossos doentes têm acesso e, é óbvio, que é um papel que muito dificilmente o Ministério da Saúde alguma vez conseguiria fazer, porque nós temos uma equipa de centenas e centenas de especialistas que fazem isto [avaliação das capacidades formativas] gratuitamente”, realçou Miguel Guimarães.

Compreender a nossa saúde através da tecnologia

TaeJong Jay Yang, vice-presidente executivo e chefe de investigação e desenvolvimento da unidade de negócios de experiência móvel (dispositivos e ecossistemas relacionados com mobilidade) da Samsung Electronics | EVP and Head of Health R&D Team at Mobile eXperience Business, Samsung Electronics.



Nestes tempos atípicos em que ainda vivemos, onde muito foge ao nosso controlo, algumas coisas têm-se tornado evidentes, nomeadamente a forma como a tecnologia nos permite encontrar soluções nas mais diversas áreas de atuação, incluindo a saúde, para manter o máximo de "normalidade" no dia a dia. A tecnologia é, sem dúvida, uma ferramenta fulcral para ajudar ao desempenho das nossas tarefas mais corriqueiras: seja no que nos traz saúde emocional (o contacto com quem nos é mais querido, por exemplo), seja na área da saúde ao dar acesso a mais e melhores dados sobre a nossa condição física ou gestão da atividade que fazemos.

Vivemos uma nova era no que toca ao bem-estar, na qual assistimos a um desejo crescente de compreensão da saúde como um todo. Falar de saúde, num passado não assim tão remoto, era um conceito generalizado com uma única definição. Hoje, para falarmos de saúde e bem-estar temos de ter em conta conceitos bastante mais vastos que têm por base inúmeras variáveis e, acima de tudo, temos que pensar no que estas variáveis significam para cada um de nós. Para responder aos objetivos de saúde de todos é fundamental estarmos empenhados em assegurar que cada pessoa tenha acesso aos recursos de que necessita, para que possa trabalhar para alcançar a melhor versão de si própria.

Os avanços consideráveis dos últimos anos da tecnologia *wearable* e a crescente procura dos consumidores por este tipo de dispositivos que lhes permitem

assumir o controlo da sua própria saúde tem vindo a influenciar a indústria da tecnologia médica e a própria medicina bem como a sua participação no desenvolvimento de novos modelos. No nosso caso, temos trabalhado diretamente com diversos centros de investigação, universidades e especialistas do setor da saúde para conseguir criar tecnologia ainda mais avançada em áreas como a capacidade de rastreio e recolha de dados através dos nossos *wearables*.

Só através de uma colaboração aberta e cada vez mais próxima com o consumidor será possível melhorar a tecnologia já existente no mercado e estabelecer elevados padrões de qualidade para a criação de novas experiências na área de saúde, seja através dos *wearables* seja a partir de um conjunto de equipamentos conectados entre si. Esta colaboração serve muitas vezes como incubadora para novas aplicações e serviços com características únicas. Um exemplo disso é o trabalho multidisciplinar que realizamos, lado a lado com a Google, em que codesenvolvemos dispositivos e aplicações como o Health Connect - soluções que a indústria tecnológica encontra para que mais utilizadores possam tirar partido de serviços inovadores que satisfaçam as suas necessidades.

Do ponto de vista do utilizador, para criar hábitos mais saudáveis e atingir objetivos, é importante que nos conheçamos melhor e, para que tal aconteça, desenvolvem-se sensores capazes de um nível de recolha e leitura de dados mais aprofundados. São equipamentos e aplicações verdadeiramente revolucionários,

como os sensores 3 em 1 que utilizam um único chip para combinar poderosos leitores que registam a pressão arterial, eletrocardiograma e análise de impedância bioelétrica. Atualmente, com o nível de exigência crescente dos utilizadores, não chega às empresas ter soluções tecnicamente adequadas. É preciso que as tecnologias sejam atraentes, razão pela qual trabalhamos para que as nossas ferramentas mais recentes sejam apresentadas em unidades em que o design não só melhore o desempenho como facilite o uso, além de assegurar a máxima precisão.

Entre as áreas específicas em que a tecnologia procura apresentar soluções capazes de fornecer dados úteis, destaco o sono e a composição corporal. O sono – preocupação que geralmente só surge depois do estabelecimento de uma sólida rotina de bem-estar – é essencial para a saúde razão pela qual as empresas que trabalham esta área estão seriamente empenhadas em ajudar a comunidade a dormir melhor, através da introdução de ferramentas de rastreio da qualidade do sono, programas de treino de sono à medida dos utilizadores e outras soluções que visam ajudar a ter noites mais descansadas.

Já quando se fala especificamente de aptidão física, os objetivos dos utilizadores também são muito diferentes entre si o que torna essencial aprofundar o conhecimento sobre o estado da sua saúde física, muito para além da mera perda de peso. Já existem soluções no mercado que enviam microssinais para medir o peso mantido, o músculo ganho, a gordura corporal perdida e os níveis de água, relativamente aos objetivos estabelecidos, ajudando os utilizadores a atingir os objetivos e a acompanhar o que é importante para eles.

Paralelamente, as empresas procuram que estes avanços sejam acompanhados de uma recolha segura de dados para dar aos utilizadores paz de espírito durante a sua jornada para uma melhor saúde e bem-estar. A proteção dos dados de saúde é essencial: têm que ser codificados, garantindo que a informação sensível permanece isolada de fontes não autorizadas.

A consciência de que é urgente envolver as pessoas no seu processo de busca de saúde, nomeadamente com a adoção de hábitos e interesses ao nível da atividade física, torna urgente que a tecnologia acompanhe as novas tendências e ajude nesses processos. Mas o nosso contributo para um futuro promissor em termos de saúde física e mental não pode parar por aí. É necessário estarmos constantemente a inovar e a investir na investigação e desenvolvimento e a explorar novas formas de trabalhar com parceiros de confiança. Só através desta colaboração e inovação focalizadas, vamos conseguir assegurar que os nossos utilizadores estejam equipados com tecnologias avançadas que os habilitam a compreender melhor as suas próprias mentes e corpos para uma experiência verdadeiramente integrada e holística de saúde e bem-estar.

Resumindo, é inegável que a tecnologia faz parte das nossas vidas de uma forma que nos pode passar despercebida. Tecnologia e ciência são cada vez mais peças fundamentais para a saúde, havendo estudos que indicam que o número de utilizadores de aplicações de saúde e fitness ultrapassará os 84 milhões até ao final deste ano. Incentivar à inovação e ao investimento em tecnologia é, assim, um serviço público importante. Acreditamos que o futuro dos cuidados de saúde passa por trabalhar de mãos dadas com a tecnologia e os *wearables* são ótimos dispositivos para nos conhecermos melhor e retomarmos o controlo sobre as nossas próprias vidas.



Breves memórias para o Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação



Triptico da autoria de Linhares Furtado

O dia 20 de julho assinala um marco muito relevante na transplantação em Portugal. Naquele dia, do ano de 1969, Linhares Furtado nos Hospitais da Universidade de Coimbra realizou o primeiro transplante de órgãos no nosso país com rim de dador vivo. Um verdadeiro desafio à época, face a todos os constrangimentos logísticos, terapêuticos e culturais. Pela coincidência da data, tratou-se de um desafio que, pela sua natureza, muitos reforçam e evocam, justamente, em paralelo ao mesmo dia em que Neil Armstrong, foi o primeiro homem a pisar solo lunar.

O dia 20 de julho começou a ser comemorado em 2009 pela Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT), como Dia Nacional do Transplante, mantendo viva aquela data, desde então, promovendo todos os dias 20 de julho, diversas atividades envolvendo profissionais e transplantados, homenageando-os

e assinalando aquela efeméride. Tratava-se de uma comemoração anual, cuja data não estava oficializada apesar do incremento registado nas atividades de doação e transplantação de órgãos em Portugal e da repercussão da sua importância na sociedade civil.

Este bom caminho da medicina da transplantação em Portugal, iniciado em 20 de julho de 1969, veio a ter um segundo ponto de partida em 30 de junho de 1980 com os primeiros transplantes com rim de dador cadáver. Nesta data, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, uma equipa liderada por Linhares Furtado realizou a primeira colheita de rins de dador cadáver em Portugal, transplantando um rim e enviando o outro rim para Lisboa que foi transplantado por Rodrigues Pena no Hospital da Cruz Vermelha.

A partir de então, sobretudo nas últimas décadas e olhando os resultados, pode afirmar-se que a atividade de transplantação de órgãos tem tido um percurso de sucesso em Portugal, permitindo que hoje o nosso país esteja em lugar de destaque na doação e na



TEXTO: **JOÃO PAULO ALMEIDA E SOUSA**
Intensivista, ex-presidente do conselho diretivo do IPST



transplantação de órgãos, a nível internacional. Nestas circunstâncias, importa realçar o contributo da legislação portuguesa sobre doação de órgãos que temos em vigor desde 1993, e as medidas organizativas complementares que potenciam e acompanham o espírito da lei. Esta podia considerar-se avançada, à época, face aos preconceitos e pretensas razões culturais, que afinal se converteram nesse direito solidário de um cidadão poder doar os seus órgãos após a morte, para que outros sobrevivam ou tenham uma vida de qualidade.

Esta história de sucesso, e o peso multifacetado da transplantação de órgãos justificava que fosse instituído oficialmente um dia que assinalasse aquela data e em que se chamasse a atenção para esta atividade. Este desiderato vinha a ser reclamado pela SPT desde 2009, inclusive com uma petição lançada em 2010 com o objetivo, não alcançado, de superar as quatro mil assinaturas para instituir o “Dia Nacional do Transplante”. Pese embora este esforço, apenas em 2019, por proposta do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) o Ministério da Saúde instituiu o dia 20 de julho como Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação (Despacho nº 5975/2019 de 28 de junho, da Ministra da Saúde). Faz sentido que seja assinalada também a atividade da doação em conjunto com a transplantação, tal como se comemora em muitos países, pois sem uma atividade de doação robusta e estável, não se consegue o incremento do número de órgãos disponíveis para atender às crescentes necessidades da transplantação.

A primeira comemoração oficial teve lugar no dia 19 de julho desse ano, em cerimónia realizada na Base Aérea do Montijo, em organização conjunta dos Ministérios da Saúde e da Defesa Nacional. Com a presença dos respetivos ministros, e sob o lema “Para que

outros vivam”, foi dado relevo à valiosa colaboração da Força Aérea Portuguesa no transporte de órgãos e equipas médicas de transplantação.

Logo no dia 20 de julho a SPT assinalou aquele dia em Coimbra com diversas iniciativas, como habitualmente, envolvendo transplantados e profissionais, mas com outra dimensão, conquanto nesse dia foram evocados os 50 anos do primeiro transplante realizado em Portugal de forma coincidente com o 1º Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação.

A cerimónia oficial constituiu uma homenagem ao cirurgião Prof. Linhares Furtado, pioneiro da transplantação em Portugal, a que se associaram o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o IPST e outras entidades. Os CTT quiseram marcar presença nesta efeméride, tornando mais densa esta cerimónia, com o lançamento, neste dia, de um postal com a reprodução de uma pintura (tríptico) de Linhares Furtado intitulado “Transplantes: da doença à recuperação”!

De desafio em desafio, olhando o futuro, há que promover a necessária e aprofundada reflexão para podermos aperfeiçoar a atual legislação sobre dadores em paragem circulatória tendo em vista alargar a colheita em circunstâncias que o atual enquadramento legal não permite, ou seja, a doação em paragem circulatória controlada. A ousadia da legislação de 1993, que então ultrapassou barreiras e preconceitos, tem de ser, *mutatis mutandis*, revisitada na elaboração desta desejável nova legislação. Face à escassez de órgãos para transplante, poderá ser mais um contributo para diminuir as listas ativas dos que precisam de um órgão.

Evocamos a História porque acreditamos no futuro, respeitando a herança dos protagonistas que a construíram!



Colégio da Especialidade de Estomatologia



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

A formação é a nossa joia da coroa e por isso a entrada em vigor do novo programa do internato é a prioridade máxima. Dada a grande dificuldade burocrática de aprovação de quaisquer alterações pela ACSS, haverá, no entanto, alterações que se revelam urgentes nas regras de avaliação dos médicos internos dada a necessidade de clarificar algumas questões e tornar mais objetiva a avaliação dos candidatos, e que, porque só dependem da OM, entrarão mais rapidamente em vigor.



Que lição principal se tirou da pandemia de COVID-19?

Sem dúvida que os profissionais de saúde ficaram muito mais consciencializados para a importância da interface oral na disseminação dos vetores infecciosos. O facto de, como nenhuma outra especialidade médica, estarmos frequentemente durante largos minutos expostos ao meio oral dos doentes e de frequentemente trabalharmos com aerossóis que são inevitavelmente gerados durante os procedimentos que realizamos, já dá uma ideia real do risco que corremos. O uso de EPI incluindo máscaras adequadas (FFP2) e a ventilação forçada nos consultórios e blocos operatórios, foram as duas principais medidas que fizeram a diferença e que nos permitiram atravessar a pandemia em maior segurança. Em face destas alterações aos procedimentos, e até porque a COVID-19 está longe de ser a única fonte das nossas preocupações, muito do que se alterou vai permanecer e felizmente nada voltará a ser como antes.



Em que áreas de formação acha que os currículos deveriam ser adaptados ou aprofundados?

A direção do Colégio da Especialidade de Estomatologia já propôs um Novo Programa de Internato de que constam alterações muito importantes que aumentam de 48 para 60 meses o tempo de duração do internato. Trata-se de adequações ao tempo destinado à Patologia do Crescimento e Desenvolvimento e à existência de estágios obrigatórios com especialidades fronteira como a Otorrinolaringologia, a Cirurgia Geral, a Dermatologia e a Patologia da Imunidade.



Quais são os maiores desafios que um médico especialista enfrentará nos próximos anos?

A adaptação e interface com as novas tecnologias e a luta para sobreviver no meio da imensa burocracia gerada em meio hospitalar.



Temos médicos especialistas suficientes?

Claramente não! Dada uma pirâmide demográfica muito envelhecida em que 371 (63,31%) dos especialistas têm mais de 65 anos, 172 (29,35%) têm entre 51 e 65 anos e apenas 43 (7,34%) têm entre 31 e 50 anos. Por isso, e desde 2012, se têm vindo a fazer um esforço muito importante para combater esta inexorável senescência. Assim, desde 2016 já formámos 60 novos especialistas o que, a prazo, permitirá atingir o desejável rácio de 1 estomatologista para 30000 habitantes (320 especialistas hospitalares) previsto no documento da Rede de Referência Hospitalar de Estomatologia de 2017.



SOFIA FRAZÃO

Colégio da Especialidade de Medicina Legal



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

Início da revisão do programa de formação específica e realização da verificação de idoneidade formativa dos vários serviços.



Em que áreas de formação acha que os currículos deveriam ser aprofundados?

Sendo que a formação específica se divide em duas grandes áreas, a da Patologia Forense e da Clínica Forense, dever-se-á aprofundar a formação em Patologia Forense com novas áreas de conhecimento e adaptá-la também às já existentes, como por exemplo com uma maior aproximação à Anatomia Patológica.



O que podemos fazer para planear melhor os recursos disponíveis na área da Medicina Legal?

A Medicina Legal não recorre a recursos do SNS visto ser tutelada pelo Ministério da Justiça e não pelo da Saúde. De qualquer das formas, uma melhor forma de planear os recursos disponíveis é melhorar as condições da carreira médica.



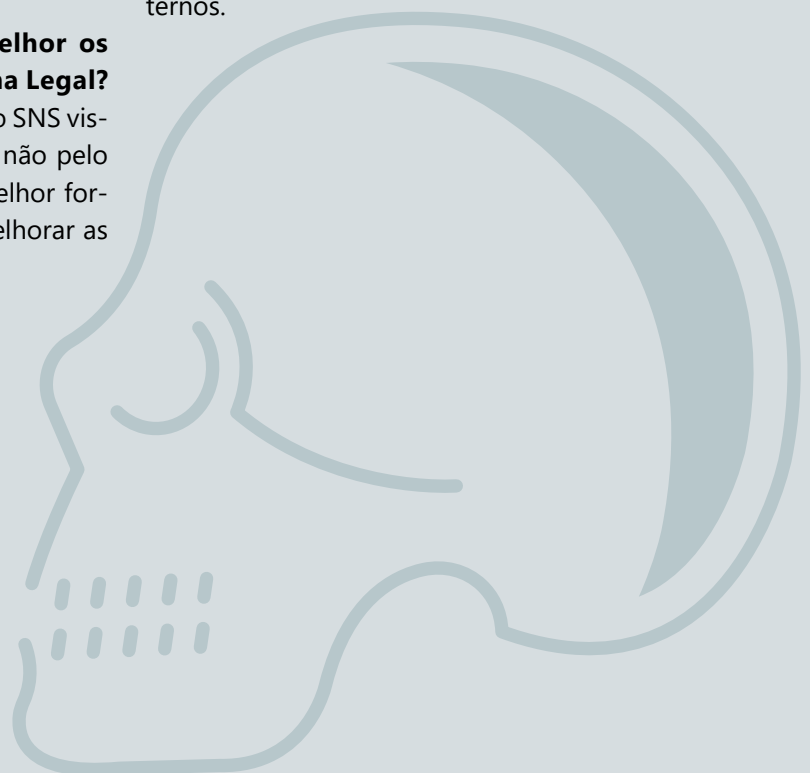
Quais são os principais desafios que um médico especialista em Medicina Legal enfrentará nos próximos anos?

Sendo poucos especialistas e não conseguindo ainda cobrir todo o território nacional sem recurso a prestadores de serviço, será essencial fomentar a entrada de médicos para esta especialidade e também manter os já existentes através da possibilidade de progressão dentro da carreira médica. Em termos da especialidade em si, será importante a adaptação a novas áreas do conhecimento como por exemplo a Imagiologia Forense.



Temos médicos especialistas suficientes?

Como já referido, não existem médicos especialistas suficientes para cobrir todo o território nacional, havendo a necessidade de recorrer a prestadores externos.





“Siri” portuguesa: uma assistente virtual para moni- torizar a saúde dos doentes

TEXTO: MÁRCIA MENDONÇA

A *start-up* portuguesa Uphill desenvolveu um projeto inovador de assistente virtual que monitoriza, à distância, o estado de saúde dos doentes. O software já está a ser utilizado em seis hospitais do país em utentes com insuficiência cardíaca.

A Uphill é uma *start-up* portuguesa que procura contribuir para que as equipas de saúde melhorem os seus resultados, agilizando o atendimento através da aplicação de conhecimento baseado na evidência científica. A *start-up* já tinha desenvolvido, anteriormente, uma plataforma digital para dar resposta às principais dúvidas sobre a COVID-19. Os principais objetivos destas ferramentas são o cuidado centrado nos pacientes, o melhor atendimento possível e uma utilização responsável da tecnologia para auxiliar a ação médica.

O mais recente projeto da Uphill possibilita que o assistente virtual avalie, todas as semanas, o estado de saúde dos doentes e alerte as equipas médicas, em caso de existirem sinais de alarme. No fundo, fortalece a comunicação entre médicos e doentes, por via do acesso imediato e permanente ao estado e progresso de saúde, acompanhando-o à distância, inclusivamente com a possibilidade de agendar consultas.

Em declarações à TSF, o cofundador e CEO da Uphill, Eduardo Freire Rodrigues, explicou que o

principal objetivo – e conquista – do projeto é evitar hospitalizações que, neste tipo de doença, tendem a ser prolongadas e dispendiosas, bem como o facilitismo associado à aplicação.

“[O doente] não precisa de ter equipamento absolutamente nenhum à exceção de um telemóvel ou um telefone. Isto é totalmente diferente daquilo que é a telemonitorização invasiva, como nós costumamos chamar, onde é preciso levar equipamentos para casa e há muitos dispositivos médicos”. Nestes casos, conta Eduardo Freire Rodrigues, “muitas vezes, os doentes esquecem-se de utilizar os próprios dispositivos”. Como tal, esta nova forma de monitorização é mais “leve para o doente, mas também para os serviços de saúde. “Nós conseguimos obter estes dados subjetivos daquilo que é a perceção do próprio sobre os seus sintomas, e dar indicações diretas às equipas em saúde sobre quais são as ações necessárias para que estes doentes deixem de ter aquela agudização, agravamento de sintomas ou mesmo da doença, que poderia repercutir-se numa hospitalização. E, tipicamente, as hospitalizações nesta patologia são longas e consumptivas de recursos», refere.

Além de evitar a deslocação dos doentes ao hospital, o objetivo passa também por libertar os médicos para o verdadeiro exercício da medicina, “livrando-os das tarefas repetitivas, burocráticas e



de baixo valor acrescentado, que são, simultaneamente, fator de frustração e exaustão”, especialmente numa altura em que os hospitais vivem num contexto dramático no que toca à falta de recursos materiais e humanos.

“É um consumo de recursos profissionais e técnicos muito significativo dos hospitais, está a ser automatizado e está a poupar, no fundo, o tempo dos profissionais de saúde”, nota Eduardo Freire Rodrigues.

Dos seis hospitais que já se encontram a participar no projeto, um deles é o Hospital da Cruz Vermelha, onde estão a ser monitorizados cerca de 200 doentes com insuficiência cardíaca. No entanto, o programa inclui outras doenças - como “cancro colorretal e o cancro da mama” - tratadas noutras unidades de saúde.

“Um doente que, tipicamente, só seria visto daí a seis meses e que iria agudizar [a doença] neste período, iria utilizar o serviço de urgência já numa fase mais grave. Assim, é detetado e identificado precocemente” com maiores hipóteses de obter bons resultados em saúde. “Os doentes prioritá-

rios são estratificados, é antecipado este risco de hospitalização, e é marcada uma consulta automaticamente após a geração de um alerta que é visto pelas equipas clínicas”, descreve Eduardo Freire Rodrigues.

Até ao momento, o assistente virtual realizou cerca de 330 ações automatizadas - ou seja, 330 tarefas que os médicos não tiveram de executar -, tendo sido identificadas agudizações e gerados pelo menos 25 alertas. A meta do projeto é crescer e chegar aos mil doentes abrangidos.



20 milhões é o número de vidas salvas em 2021 pelas vacinas contra a COVID-19.

Universidade do Minho descobre alvo terapêutico para combater a sarcoidose

Estão identificadas novas possibilidades para o tratamento da sarcoidose, uma doença inflamatória que afeta principalmente os pulmões. O trabalho foi realizado por uma equipa coordenada por Agostinho Carvalho, que inclui Relber Gonçalves como primeiro autor, e foi publicado no *"American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine"*, uma referência mundial em medicina respiratória. O estudo coordenado pelo Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde da Escola de Medicina da Universidade do Minho foi divulgado nesse artigo no qual participam cientistas de outros países (Itália, Brasil, Países Baixos, Áustria e EUA).

SPLS vai premiar projetos que promovem literacia em saúde

A Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS) vai lançar a 1.ª edição do Prémio Nacional de Literacia em Saúde (PNLS), que pretende destacar projetos e estratégias relevantes na promoção de uma literacia ativa nesta área. O PNLS tem como principal objetivo galardoar equipas de trabalho que desenvolvem a sua atividade de investigação ou no terreno, em Portugal, e que tenham implementado ou venham a implementar estratégias de literacia em saúde. Estes projetos devem focar-se em intervenções relacionadas com o melhor acesso, compreensão e uso da informação e dos recursos em saúde, conducentes a ganhos em saúde e bem-estar dos destinatários. Podem inscrever-se equipas ou entidades que exerçam atividade profissional na área da saúde, do social, da educação, na academia, em empresas de comunicação e outros organismos ligados à economia do terceiro sector, como IPSS, associações de moradores, associações de doentes, empreendedores sociais, entre outros.

Médicos são os mais confiáveis

O relatório publicado recentemente pelo Instituto Ipsos, uma empresa de investigação francesa, dá conta de que as profissões de médico e cientista são aquelas em que a grande maioria da população mais confia. Do outro lado da tabela estão os governantes e os políticos sem função executiva, respetivamente. Apesar de Portugal não estar incluído na amostra desse relatório, a verdade é que o mesmo cenário se regista no nosso país como comprova o trabalho de investigação intitulado *"COVID-19 Pandemic: Effect on Confidence Levels of Portuguese Towards People of Different Professions"*, mediu a confiança dos portugueses nas várias classes profissionais e demonstrou os níveis elevados de confiança nos médicos e noutros profissionais da área da saúde, da ciência e da educação. Já a confiança depositada na classe política é muito mais baixa. De acordo com os dados disponibilizados, os médicos são os profissionais que merecem mais confiança dos portugueses (entre 43 e 44%), seguidos pelos enfermeiros, investigadores, farmacêuticos, psicólogos, professores e educadores.

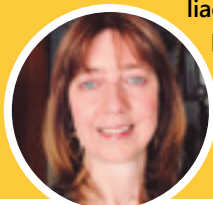


VOX POP



PREFERE SER TRATADO POR MÉDICOS ESPECIALISTAS OU NÃO SE IMPORTA DE RECORRER A NÃO ESPECIALISTAS?

Se não souber o que tenho, provavelmente, recorro a um especialista em Medicina Geral e Familiar ou Medicina Interna pois podem fazer uma avaliação abrangente e colocar várias possibilidades. Tendo um diagnóstico concreto, então recorro à especialidade mais indicada.



Sandra P. Nunes, nutricionista

Taxa de mortalidade infantil no nível mais alto desde 2018

No primeiro semestre do ano nasceram 38.580 bebés. Destes, 49 recém-nascidos não resistiram, tal como 29 bebés com menos de um mês de vida e 41 entre os 28 dias e 1 ano. Fazendo um total de 119 mortes em bebés de até um ano de idade em Portugal. São mais 29 mortes do que em igual período do ano passado, segundo dados do Portal da Vigilância da Mortalidade da DGS. É o valor mais alto desde 2018, e o terceiro maior num período de 10 anos. Em resposta ao aumento da mortalidade, a DGS afirma apenas que "mantém o acompanhamento da situação" e relembra que a taxa de mortalidade infantil por ano civil é agrupada "por períodos de 5 anos". O representante máximo dos médicos apela a que as respostas a estas questões sejam "mais rápidas" e dinâmicas por parte da DGS.

Identificado um excesso de mortalidade em Portugal

Foi essa a situação identificada na semana entre 11 e 17 de julho, em que morreram mais 523 pessoas do que seria expectável nesta altura do ano, de acordo com os dados provisórios do sistema de vigilância da mortalidade por todas as causas gerido pela Direcção-Geral da Saúde. Sabe-se que o impacto da recente onda de calor nos valores da mortalidade é elevado, mas os dados do Sistema de Informação de Certificados de Óbito não permitem perceber quantas mortes em excesso se terão ficado a dever às temperaturas extremas. Já em maio Portugal tinha registado o maior excesso de mortalidade na União Europeia (UE), com uma taxa de 19% - quase o triplo da média comunitária - que foi de 6,6%. Os dados são do *Eurostat* e salientam ainda que este é o valor mais elevado em Portugal desde fevereiro de 2021. "O que nós temos de fazer nestas alturas é rapidamente estudar, verificar e analisar esta mortalidade em excesso para tentar perceber quais são as suas causas", explicou Miguel Guimarães à imprensa, acrescentando que "só assim podemos evitar pelo menos algumas das mortes ou mesmo uma parte significativa das mesmas".



Bombeiros, médicos e enfermeiros com maior queda salarial no Estado

O site Dinheiro Vivo fez as contas à evolução do número de funcionários públicos – que em junho de 2022, se situava nos 741.698 funcionários –, bem como aos seus respetivos vencimentos e verificou que a despesa com estas remunerações se manteve praticamente inalterada nos 1,3 mil milhões de euros por mês desde abril do ano passado. Em abril deste ano, as profissões que sofreram uma maior quebra no rendimento relativamente ao primeiro trimestre do ano foram os bombeiros, com um recuo no ganho mensal de 4,8% para 1633 euros, e os enfermeiros, que registaram uma descida de 1,9% no vencimento médio para 1786 euros. Contudo, analisadas as remunerações em período homólogo do ano passado, então os médicos foram a classe profissional mais sacrificada, com uma perda salarial de 2,9%: em abril de 2021, um médico do Serviço Nacional de Saúde recebia, em média, 3.707 euros. Um ano depois, o ganho médio caiu para 3.600 euros, uma perda de mais de cem euros.



Não concebo que um não especialista possa exercer Ortopedia. MGF não é uma especialidade menos importante que as outras, antes pelo contrário porque faz todo o acompanhamento das crianças aos idosos. Implica no nosso equilíbrio, é um orientador e é a ele que temos que ir primeiro que tudo.

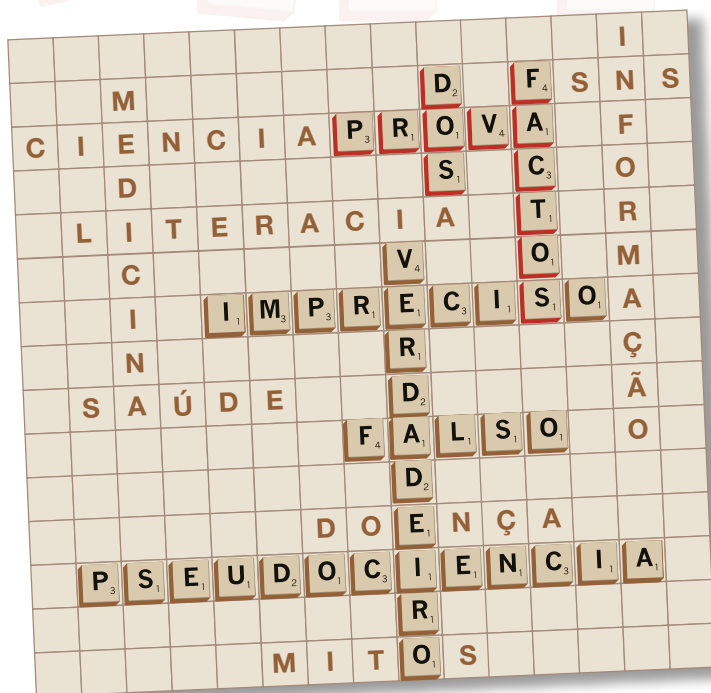
Conceição Semedo, técnica de radiologia reformada

Tenho a mesma médica de família há anos e adoro-a. Está em curso um processo de substituição, mas já conheci a especialista em MGF mais nova que vai assumir os doentes e é igualmente impecável. Para mim, escolho sempre o melhor especialista possível em cada área.



Pedro M. Martins, arquiteto

PROVA DOS FACTOS



PESQUISA: MÁRCIA MENDONÇA

Há mais pediatras e obstetras do que em 2005, mas nasceram menos crianças em 2021?

Uma publicação partilhada nas redes sociais afirma que apesar de haver mais pediatras e obstetras do que em 2005, no ano de 2021 nasceram menos quase 30 mil crianças. Analisando os dados do Instituto Nacional de Estatística, verifica-se que o número de nados-vivos em Portugal em 2005 está de acordo com os números apontados na publicação, com um total de 109.399 nados-vivos. Já em 2021 foram registados em Portugal somente 79.582 nados-vivos. De acordo com as séries estatísticas anuais disponibilizadas pela Ordem dos Médicos, contabilizava-se em 2005 um total de 1.418 médicos especialistas em Ginecologia/Obstetrícia e 1.434 em Pediatria. No ano passado, existiam 1.861 os médicos de Ginecologia/Obstetrícia e 2.297 médicos pediatras.



Portugal foi o país com maior área ardida desde 2015?

De acordo com os dados do Sistema Europeu de Informação sobre Incêndios Florestais, no período entre 2015 e 2020, Portugal acumulou o maior número de hectares de área ardida entre os países europeus, com uma média anual de 154.793 hectares, quase o dobro em comparação com Espanha. Já em 2021 houve um decréscimo na área ardida, comparando com os últimos 10 anos, registando-se menos 54% de incêndios e menos 79% de área ardida relativamente à média anual. No entanto, até ao dia 16 de julho de 2022, de acordo com os dados do Instituto da Conservação da Natureza e das Florestas já arderam mais hectares (40.521 no total) do que em todo o ano de 2021.



O CO2 não é poluente devido ao facto de ser essencial à vida no planeta?

Num texto partilhado nas redes sociais garante-se que "o CO2 não é poluente", pois "sem CO2 não há vida". Ao Polígrafo, o investigador do Centro de Estudos do Ambiente e do Mar da Universidade de Aveiro, José Castanheira, e o investigador do Instituto Dom Luiz da Universidade de Lisboa, Pedro Matos Soares, sublinham que, de facto, o dióxido de carbono é essencial para a existência de vida na Terra, nomeadamente por contribuir para manter a temperatura do planeta num nível adequado. No entanto, ressaltam que em doses de concentração excessiva, os seus efeitos são prejudiciais. Apesar de o CO2 ser um gás essencial, quando se encontra em concentrações excessivas provoca "efeitos nefastos" para o ecossistema, contribuindo para o aquecimento global. A evidência científica mostra ser também falso que as atividades humanas tenham um contributo "insignificante" nas emissões de dióxido de carbono e, por consequência, nas alterações climáticas.



É seguro concluir que o excesso de mortalidade em Portugal se verifica de forma "idêntica" no resto da Europa?

Nas redes sociais afirma-se que desde janeiro morreram mais de 10 mil portugueses todos os meses, sendo que o cenário estaria a repetir-se por toda a Europa de igual forma. Consultando os últimos dados do EuroMOMO - sistema europeu de monitorização de mortalidade - verificamos que no global dos 26 países participantes, a linha referente a 2022 tem vindo a subir nas últimas semanas, mas permanece abaixo dos índices de excesso de mortalidade de 2020. Analisando cada país individualmente, apenas Espanha tem, a par de Portugal, registado níveis bastante elevados de excesso de mortalidade. Com base nestes dados do EuroMOMO é seguro concluir que o excesso de mortalidade em Portugal não se verifica de forma "idêntica" no resto da Europa, com a maior parte dos países a apresentar níveis moderados ou baixos.



Os ataques cardíacos ocorrem com maior frequência no banho?

É uma publicação nas redes sociais que afirma que ao molhar primeiro a cabeça no banho, o sangue aumentaria a sua velocidade para chegar à cabeça de forma a compensar a diferença de temperatura, o que poderia causar, eventualmente, um rompimento de vasos capilares e artérias e, consequentemente, um enfarte. No entanto, tal como indica a informação disponibilizada na página do SNS24, o enfarte agudo do miocárdio, vulgarmente conhecido como ataque cardíaco, ocorre quando uma das artérias do coração fica obstruída por um coágulo, o que faz com que uma parte do músculo cardíaco deixe de funcionar por falta de oxigénio e nutrientes". Na referida página são aludidos vários "factores de risco", sendo que o banho ou forma de tomar banho nunca são mencionados.



Cerca de metade do valor orçamentado para investimento na Saúde não tem sido executado, é verdade?

Foi divulgado um gráfico que dá conta de que, em 2021, o Governo terá executado apenas 42% do orçamento previsto para a Saúde, sendo que o ponto de partida para estas conclusões é um gráfico do Instituto +Liberdade. A Unidade Técnica de Apoio Orçamental (UTAO) já afirmou publicamente que o gráfico em questão, "usa sistemas contabilísticos diferentes, definições de variáveis diferentes e conjuntos de informação diferentes para elaboração de previsões" que impedem a divulgação de dados fidedignos. No entanto, forneceu, ao Polígrafo, "um quadro metodologicamente correto para permitir aferir a evolução, entre 2015 e 2020, das três variáveis acima mencionadas". Apesar da nota preliminar, a verdade é que a principal premissa do gráfico é verdadeira: cerca de metade do valor orçamentado para investimento na saúde não tem sido executado.

Quadro 3- Investimento do Ministério da Saúde, orçamento aprovado e CGE

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2.ºOI/2020
Orçamento aprovado na Lei do OE	382	211	259	301	322	360	436
Execução	363	117	111	140	159	265	265
Grau de execução do OE	90	55	43	47	49	74	61

Fontes: Orçamentos do Estado e Contas Gerais do Estado. Os dados encontram-se na oficina da contabilidade pública orçamental. Para o ano 2020, apresenta-se o valor do orçamento aprovado, bem como o valor aprovado após a 2.ª Alteração à Lei do OE/2020.



José Poças

*“Há prazer na planificação,
mas viver é outra coisa!”*

O diretor do Serviço de Infeciologia do Centro Hospitalar de Setúbal é irreverente por natureza, característica que transparece em muitas das suas histórias de viagem e não só. Apaixonado por diversas artes, José Poças valoriza muito as relações humanas e, nelas, o respeito e a confiança. Possui um sentido de família e de amizade que marcam as suas atividades e que facilmente descobrimos, ao virar as páginas da sua vida, nos relatos que partilha. Se, no jazz, que adora, o improviso exige muito planeamento e conhecimento, acontece o mesmo na sua forma preferida de viajar: planear, planear, planear... Mas, depois, é preciso dar espaço a que a vida nos surpreenda.



TEXTO: PAULA FORTUNATO

Em criança era astrónomo que José Poças pensou querer vir a ser com o advento da chegada do primeiro Homem à Lua mas, depois de adquirir alguma maturidade, viu nascer “uma vontade inexplicável de ser médico”. “Não me arrependi até hoje: a medicina nunca perdeu o seu encanto inicial. O que perde o encanto é o absurdo da prática que nos querem impor, mas à qual nunca me renderei. (...) Na prática da medicina tal como a entendo o que interessa é esse encontro entre duas pessoas. Por isso voltei, depois de tantos anos, à atividade privada, para me reaproximar daquilo que o médico deve ser através de um retorno à Medicina Interna e à abordagem do enigma diagnóstico”. “O gosto de acolher o outro sem grandes constrangimentos burocráticos é um traço de união entre coisas que não têm nada a ver: o turismo e a medicina”, explica-nos, numa referência a uma casa da família da esposa, colega de profissão, que precisava de reabilitação e na qual o casal Mendes Poças investiu poupanças, tempo, trabalho e muito amor. “Foi algo que nos motivou muito e que fez nascer a Carmo’s Residence, um projeto familiar em Homenagem à D.ª Maria do Carmo, mãe da esposa e que ali nasceu”, um alojamento local com ambiente acolhedor no coração de Setúbal.

Se um médico que só sabe de medicina, nem de medicina sabe, José Poças é o oposto: viagens, música, livros, pintura e muita conversa, fazem deste profis-

sional um ser humano culturalmente eclético. Se fosse outro, que não médico, poderia ser advogado “para defender causas, esgrimindo argumentos”. Visão excessivamente romântica, provocamos, mas a resposta não se faz esperar: “o que nos leva a escolher é sempre a visão romântica!” “Também podia ser historiador, ou, se tivesse jeito, pintor ou músico!”.

O gosto cultural “foi-se desenvolvendo”, enquadra, referindo-se à abrangência dos gostos. Embora não fosse propriamente uma tradição familiar, a mãe foi atriz e, ainda adolescente, o próprio participou “num grupo amador de teatro composto por familiares sob a orientação de um primo que pertencera a um grupo revolucionário em Coimbra”. O gosto cultural surgiu desse ambiente propício e recorda como a família “cultivava o prazer de conversar à mesa, sobre cultura, política, etc.”, tradição que mantém com os filhos. “A herança do meu pai – que começou por ser engenheiro eletrotécnico numa barragem na Serra da Estrela – foi sobretudo valores, enquanto a da minha mãe foi mais a cultura”. A mãe “cantava, tinha muito jeito para a música e para o teatro, tendo sempre lido muito”, o que contribuiu para torná-lo “um leitor compulsivo”. A leitura só não absorve mais tempo porque a medicina é muito exigente mas, mesmo assim, não o impediu de escrever e coordenar a edição de várias obras coletivas (uma das quais a que a Ordem dos Médicos fez para promover a relação médico-doente a Património Ima-



terial da Humanidade). Foi autor de "Ode ou Requiem", onde aborda a natureza do ato médico, e "Reflexões em Tempos de Pandemia", sobre histórias pungentes de vida, prazer, sofrimento e morte, ambos da editora *BytheBook*. Mas o primeiro livro que editou foi uma monografia sobre o espólio de Águas de Moura, que recorda num misto de orgulho e lamentação: para o levantamento do que seria um museu da Malária em Portugal, resultado do trabalho que fez com Armindo Filipe (diretor do Centro de Estudos de Vetores e Doenças Infeciosas entre 1987 e 2002), José Poças contou com o apoio do médico - e seu doente - Irineu Cruz e de duas especialistas em história, uma das quais sua cunhada, irmã da esposa. Mas esse espólio documental "de tão grande qualidade" que originou uma exposição itinerante e que até foi "emprestado para o Congresso Europeu de Medicina Tropical", está agora, em grande parte, "encerrado em caixotes"...

Vem à conversa, o poema de Nietzsche que fala do "inimigo como sendo o nosso maior amigo, aquele que nos é mais leal, porque não usa de subterfúgios, afronta-nos cara a cara e sem hipocrisia". Reconhecemos aqui a tal "herança de valores" paternos.

Marcado também por um "Admirável Mundo Novo" de Aldous Huxley, José Poças realça os seus alertas éticos tão atuais. "No limite, o homem subconscientemente, quer apoderar-se dos poderes das divindades", considera, enquadrando aqui a simbologia de "A Criação de Adão": o fresco pintado por Michelangelo no teto da Capela Sistina significa, para si, precisamente esse momento em que há uma quase transmissão do poder divino. "Note-se que os dedos não se tocam", deixando espaço entre deus e o homem e também para a imaginação de quem interpretar qual a história contada na pintura. Para José Poças, apesar do seu ateísmo, "há coisas que devem ficar reservadas às divindades".



José Poças e a esposa Ana, colega de profissão, numa viagem ao Brasil em 2005.

Tal como Duke Ellington, explica-nos, gosta de ouvir todo o tipo de música boa, do jazz à música clássica e até aprendeu piano entre os três e os quatro anos de idade, quando viveu em Alcácer do Sal, mas considera que não tem nenhum jeito. Na pintura também se considera "um inapto", o que lhe desperta enorme admiração pelos grandes artistas que descobriu na infância, nas coleções de cromos de pinturas do mundo. Quando viaja esses são dois dos seus principais interesses: visitar exposições e ouvir música. Recentemente visitou uma "fantástica e inovadora" mostra sobre Frida Khalo, no Canadá. Fascinado por esta artista, já visitou, no México, uma das suas casas-museu onde ela viveu com o grande muralista Diego Rivera.

E que tipo de viagem prefere? "O planeamento é fundamental, mas, depois gosto de subverter e ter espaço para improviso". Recorda um exemplo paradigmático, numa viagem que o levou de Vilnius a São Petersburgo, quando, em Riga, resolveu entrar num clube de jazz. Deliciado com o improviso e com a aprendizagem de como se faz a preparação desse mesmo improviso, fala-nos dos vários elementos da banda jazz, destacando o trompetista Ted Curson e um dueto inusitado entre ele e um músico americano de soul que entrou por acaso no bar. "No intervalo um dos músicos, o guitarrista, veio ter comigo, abraçou-me e começou a falar em turco! Tinha-me confundido com alguém que não consegui perceber. Expliquei-lhe que era um engano e continuei a ouvi-los". Por gostar tanto de jazz, acaba por ficar mais um dia do que o planeado, pelo que teve que alterar as reservas de hotel que tinha na cidade seguinte, nas imediações de Kaliningrado. Um ano depois, de visita a Istambul, descobre um clube de jazz fantástico onde vai quase todas as noites e onde reencontra, por mera coincidência, o mesmo guitarrista turco, que o reconhece, abraça e ainda autografa dois CDs que comprara. As histórias são muitas e facilmente se ficaria horas a conversar. Falamos, por exemplo, de um interrogatório a que foi submetido, durante 6 horas sem interrupções, com a polícia russa, numa fronteira interior da Letónia, a mostrar papéis em cirílico e a gritar em russo, situação da qual só saiu graças à intervenção de dois estudantes... Mas essa será uma das muitas histórias que um dia talvez conte na sua autobiografia, como tantas vezes lhe é pedido.

Ver mais aqui:



NUNO JACINTO

Médico de família, presidente da APMGF



Chegámos ao fundo do poço?

Sou Médico de Família porque o escolhi ser. Foi uma escolha convicta e plena de certeza, por acreditar que a Medicina Geral e Familiar é a melhor especialidade do mundo. Ainda acredito em tal. Este é o meu conflito de interesses, que obviamente se reflete em tudo o que escreverei de seguida.

Nos últimos anos os médicos em Portugal têm vivido tempos difíceis e os Médicos de Família sentiram-no de forma particular.

A pandemia COVID-19 atingiu-nos de um modo avassalador mas, após o impacto inicial, demorámos a adaptar-nos a esta nova realidade.

Durante meses a fio fomos obrigados a deixar para segundo plano a nossa atividade normal, substituindo-a por uma miríade de tarefas, muitas das quais meramente burocráticas e sem qualquer utilidade clínica. Quando não havia mais ninguém e a falta de preparação era colocada a nu, lá foram os Médicos de Família dar a cara e tentar resolver os problemas: surtos em lares, ADR-C, EAR's, Centros de Vacinação.

As palmas iniciais rapidamente deram lugar ao habitual desrespeito. Fomos apelidados de cobardes e obviamente estivemos incluídos no grupo dos médicos pouco resilientes. Como se ainda não estivesse claro o que pensavam de nós, um Ministro em funções (mas sem qualquer responsabilidade sobre a formação médica pós-graduada) veio a público dizer que um Médico de Família não necessitaria do mesmo nível de formação das outras especialidades médicas.

A cereja no topo do bolo foi a publicação da Lei do Orçamento de Estado (LOE) de 2022, onde se pode ler, preto no branco, que poderão ser contratados médicos sem a especialidade de Medicina Geral e Fa-

miliar para, em determinados Centros de Saúde, “assegurar consulta médica, especialmente em caso de doença aguda, aos utentes inscritos numa lista pela qual ficam responsáveis.”

Perante a justificada e expectável indignação, o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, médico, defendeu que “médicos são médicos” e que temos “Médicos de Medicina Geral e Familiar com especialidade e Médicos de Medicina Geral e Familiar sem especialidade”.

São erros de interpretação, dizem-nos. Percebemos mal, argumentam. O que foi dito não é o queriam dizer, explicam. Mas disseram. E escreveram.

Não aceitamos que, ignorando a nossa inteligência, nos digam que não somos capazes de compreender o que dizem ou escrevem.

Um Médico de Família é um especialista em Medicina Geral e Familiar. Não há equívocos, não há dúvidas. Não toleramos vias alternativas nem permitimos que se tente lançar a confusão, numa lógica de “dividir para reinar”.

Para que não restem dúvidas, cito o que se encontra disponível no site do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos, a propósito da nossa especialidade:

“A Medicina Geral e Familiar é uma especialidade médica que promove cuidados de saúde a todos os que procuram o médico de família, independentemente da idade, género, etnia ou estado de saúde, de forma personalizada (a cada um o que precisa), global (abarcando todos os problemas de saúde), acessível (está junto das pessoas) e em continuidade (ao longo do tempo).

A Medicina Geral e Familiar assenta no modelo biopsicossocial, que inclui os dados da pessoa, o seu

passado, a sua estrutura familiar e o contexto da sua comunidade, e entende que a interação com a pessoa pode ser, por si só, terapêutica.

O médico de família cuida da pessoa, em termos de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A Medicina Geral e Familiar trabalha em conjunto com outros profissionais, médicos e não médicos, promovendo a coordenação dos cuidados de saúde prestados, através da articulação entre os seus diferentes níveis.

A Medicina Geral e Familiar é, pois, uma medicina personalizada que proporciona a cada um os cuidados que mais necessita, contribuindo para que todos possam desenvolver ao máximo as suas capacidades.”

Parece simples, não é? Diria até que é óbvio. Um médico sem esta formação específica não desenvolveu nem adquiriu as competências necessárias para assumir a responsabilidade de acompanhar uma lista de utentes, ou seja, para ser Médico de Família. Perante esta certeza, apenas é possível concluir que ocorrerá uma diminuição da qualidade dos cuidados de saúde prestados nos locais onde for aplicado o artigo 206º da mais recente LOE. Da mesma forma que tal ocorreria se colocássemos Médicos de Família a substituir Obstetras, Cirurgiões a substituir Pediatras ou Urologistas a substituir Ortopedistas, só para citar alguns exemplos (por mais ridículos que nos possam parecer).

Dizem-nos então que esta é uma solução temporária, limitada no espaço e no tempo, apenas aplicável “em UCSP de ACES, cuja taxa de cobertura de médico de família seja inferior à média nacional”.

Infelizmente em Portugal temos já uma conhecida tradição de perpetuar no tempo (más) soluções temporárias e não duvido que neste caso existe o sério risco de tal acontecer.

Além disso, a tutela parece não perceber (ou não querer perceber) que o SNS está cada vez menos atrativo para os Médicos de Família, em especial para os mais novos especialistas, pelo que é mais do que previsível que a curto prazo aumente exponencialmente o número das tais unidades “cuja taxa de cobertura de médico de família seja inferior à média nacional”, o que levará a que esta solução de substituir Médicos de Família por médicos não especialistas seja passível de ser adotada num universo cada vez maior de unidades funcionais, até ocorrer a sua generalização por todo o território nacional.

Do mesmo modo, a tutela parece não perceber (ou não querer perceber) que a solução passar por con-

seguir reter e captar cada vez mais especialistas de Medicina Geral e Familiar. Surpreendentemente, surge o argumento de que os Médicos de Família só não ficam no SNS se não quiserem, numa espécie de fuga para a frente em que se ignora a realidade e, teimosamente, se insiste nas mesmas soluções que, ano após ano, têm tido resultados cada vez mais desastrosos.

Analisando os números dos últimos concursos para colocação de recém-especialistas de MGF no SNS, facilmente constamos que a respetiva taxa de retenção nunca foi tão baixa.

Em vez de elaborar teorias pouco fundamentadas, seria bom que o Governo fosse capaz de perguntar a estes colegas as razões que os levaram a sair do SNS e o que seria necessário para que nele permanecessem. Se tal tivesse sido feito e se tivessem ouvido verdadeiramente estes colegas, agora e nos últimos anos, acredito que já teria sido possível corrigir (pelo menos em parte) esta cada vez menor atratividade do SNS.

Chegados a este ponto, surge o estafado argumento de que “afinal é tudo uma questão salarial”, numa nova tentativa de arranjar uma solução simplista para um problema demasiado complexo. Obviamente que não podemos ser hipócritas: as questões remuneratórias são fundamentais e urge rever a tabela salarial dos médicos. Mas não basta atirar dinheiro para cima do problema. A falência recorrente das várias políticas de incentivos financeiros (mais uma vez, ver a mais recente LOE) é disso a mais evidente prova.

É preciso adotar soluções integradas, que também envolvam a revitalização das carreiras médicas, a flexibilidade de horários, a desburocratização de procedimentos, a autonomia das equipas, a adequação de sistemas de informação, a contratação de todos os recursos humanos necessários (os médicos não trabalham sozinhos), a existência de instalações condignas e do equipamento essencial para o seu funcionamento.

Temos de adaptar as soluções à realidade em que vivemos: pensar e fazer o contrário é apenas uma teimosia estéril que nada resolverá.

Continuo a acreditar que é possível fazer melhor. Contudo, quando pensamos que chegámos ao fundo do poço, cada nova medida anunciada vem mostrar que afinal é possível escavar um pouco mais.

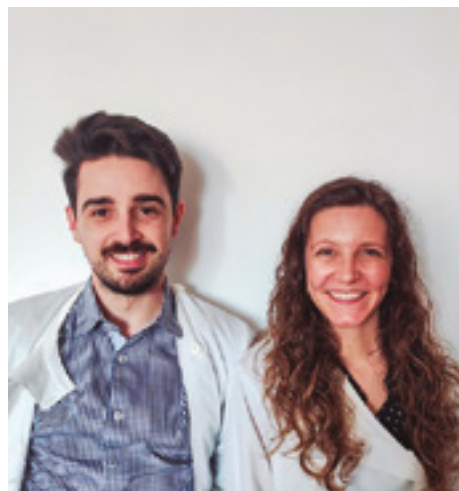
Há que inverter esta tendência de forma urgente, sob pena de, daqui a pouco, estarmos irremediavelmente afundados e já nem conseguirmos ver a luz do dia.

DAVID MAGALHÃES

Interno de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Íris

MARGARIDA GLÓRIAS FERREIRA

Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Rodrigues Miguéis



Medicina Familiar, ainda Geral?

É preciso recuar mais de meio século, à fase final do estado novo, para encontrar os vestígios da criação dos primeiros centros de saúde, com o propósito de construir um caminho para a descentralização dos cuidados de saúde na população. Apenas 11 anos mais tarde, em 1982, é criada a especialidade do clínico generalista, visando promover a continuidade dos cuidados junto das populações, reformulando-se para Medicina Geral e Familiar (MGF) em 1992, denominação que se mantém inalterada. Será que esta terminologia reflete a prática e a carreira médica do especialista em cuidados de saúde primários de hoje?

Muitos países têm vindo a abandonar esta nomenclatura para se referir ao especialista em Medicina Familiar e não precisamos de ir longe, já que em Espanha a especialidade é denominada “Medicina Familiar y Comunitaria”. O termo “médico geral” remete para a ideia de um médico não especializado, que pratica cuidados médicos indiferenciados.

Será justo qualificarmos um médico que opta por seguir a carreira da especialidade, com uma competitividade entre pares como nunca existiu, que se diferencia em áreas basais como a Hipertensão Arterial, a Diabetes ou o Planeamento Familiar, apenas para nomear algumas, de médico geral?

Esta discussão não pretende depreciar os colegas que optam por não seguir a carreira da especialidade, sendo que muitos deles não o farão por incapacidade do sistema em os receber, já que os alunos formados têm aumentado acima das vagas potenciais a cada ano. Nem sempre esta opção de carreira é forçada, uma vez que no ano transato não foram

preenchidas todas as vagas para a escolha da especialidade, o que demonstra como atualmente pode ser mais atraente uma carreira fora da mesma, um sinal patognomónico de como o sistema é visto com novos olhos.

Não obstante tudo isto, continuamos a chamar de especialistas em medicina geral os nossos Médicos de Família e de clínicos gerais os que não realizam especialidade. Não admira que a semântica confunda desde utentes a médicos, incluindo responsáveis dos mais altos cargos da tutela que recentemente fez referência a especialistas de Medicina Geral

Se identificamos facilmente, um médico que se dedica ao estudo do coração como Cardiologista ou um que se dedica às doenças do sangue como Hematologista, a um médico diferenciado na medicina preventiva e ao estudo das famílias deve ser referido como especialista em Medicina Familiar



e Familiar...sem especialidade. Este triste episódio está relacionado com a mais recente polémica de pretender delegar listas de utentes a médicos sem especialidade como forma de mitigar as carências do sistema. Como é fácil substituir os especialistas em Medicina Geral e Familiar, apesar de quaisquer paralelismos entre uns e outros serem um exercício fantasioso.

"Mas é só o nome, que diferença é que faz?"

Já pensamos, Médicos de Família, se os utentes que conhecemos tão bem, sabem, na verdade, que somos especialistas, tão especialistas como os nossos colegas hospitalares? A maioria não saberá dar uma resposta, mas os mesmos utentes estarão seguros para identificar o colega que o segue na consulta hospitalar como sendo diferenciado e especialista na sua área.

Se identificamos facilmente, um médico que se dedica ao estudo do coração como Cardiologista ou um que se dedica às doenças do sangue como Hematologista, a um médico diferenciado na medicina preventiva e ao estudo das famílias deve ser referido como especialista em Medicina Familiar.

A mudança do nome da especialidade já está a acontecer em muitos países e um dia chegará também a Portugal e não é só relevante simplesmente pela semântica, mas pela mensagem que clarifica a diferenciação do especialista em Medicina Familiar, com particularidades próprias, que previne, diagnostica e trata doenças da sua especialidade como qualquer outra.

Referências

1. Ministério da Saúde, Governo de Portugal. "História do Serviço Nacional de Saúde". Disponível em: <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/os-ministerios/ms/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx>. Acesso: 25 de janeiro de 2022.
2. Wonca Europe "A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar)"
3. Onion, Daniel K. and Robert M Berrington. "Comparisons of UK General Practice and US Family Practice." The Journal of the American Board of Family Medicine 12 (1999): 162 - 172. <https://doi.org/10.3122/jabfm.12.2.162>
4. Thomas V, Puig B, Llobera J, Pareja A.. El residente de medicina familiar y comunitaria ante su especialización (II). Revista de Sanidad e Higiene Pública, 65 (1991), pp. 77-85.

ISABEL ALMASQUÉ

Médica oftalmologista



A Sinfonia do Adeus e o desconcerto da saúde*

Sinfonia do Adeus – foi com este nome que ficou conhecida a Sinfonia N° 45 em fá sustenido que Haydn compôs em 1772 para tentar convencer o príncipe Nicolas Esterházy, seu patrono, a libertar mais cedo os músicos da orquestra que o acompanhavam durante a sua longa estadia de verão no longínquo palácio Esterházy (Hungria) e que, já cansados e saturados, ansiavam regressar a casa, para junto das suas famílias (em Viena, Áustria). Haydn teve então a astuciosa ideia de compor uma sinfonia em que os músicos, após tocarem a parte que lhes cabia, iam sucessivamente abandonando o palco. No final, apenas Haydn e o último músico ficavam em cena para tocar a parte final do concerto. O príncipe captou a mensagem e ordenou prontamente o regresso a Viena de toda a orquestra.

Recordei-me desta história a propósito dos últimos acontecimentos que têm marcado a área da saúde em Portugal, com a debandada generalizada dos médicos especialistas dos hospitais públicos. Tal como os músicos de Haydn, anestesistas, obstetras, pediatras, internistas, cirurgiões gerais, ortopedistas, cardiologistas, médicos de família, para não citar outras especialidades, têm vindo sucessivamente a abandonar o Serviço Nacional de Saúde. Mas, ao contrário do príncipe Esterházy, que rapidamente percebeu a situação e tomou a decisão certa para assegurar a fidelidade e a motivação daqueles que estavam ao seu serviço, as nossas autoridades ligadas à saúde continuam a querer colmatar os buracos com contratos pontuais e avulsos de tarefeiros e, mais grave, de médicos não qualificados para a função. É como se num concerto os vários naipes da orquestra viessem tocar a horas desencontradas, durante o tempo que tivessem disponível, todos desirmanados e sem maestro

para os dirigir. O resultado não seria certamente um concerto musical, mas uma cacofonia digna dum teatro de robertos.

Fui médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa durante 33 anos. Foi lá que fiz toda a minha carreira profissional, aprendi tudo o que sei, ensinei tudo o que sabia, apliquei os meus conhecimentos em benefício dos doentes e fiz grandes amizades. Apesar de todas as insuficiências relacionadas com as condições de trabalho, das múltiplas dificuldades diárias, do peso excessivo do serviço de urgência e dos baixos salários, era lá que gostava de trabalhar e que tencionava ficar até à idade da reforma. Porque abandonei então o SNS onze anos antes do que tinha previsto?

Quando iniciei a minha actividade, não existiam contratos individuais de trabalho. Os serviços hospitalares tinham um quadro clínico constituído por chefes de serviço, especialistas e internos da especialidade. Todos funcionavam em equipa, sob a batuta do Director, integrados numa hierarquia de antiguidade e competência aceite por todos e com o mesmo objectivo: tratar os doentes o melhor possível, segundo o estado da arte. Havia tempo para as consultas, para as cirurgias, para aprender e para ensinar; tempo para discutir os casos mais complexos e tomar as decisões terapêuticas mais adequadas; em suma, tempo para pensar. Havia coisas a melhorar? Com certeza, nomeadamente no que diz respeito à organização, à produtividade e à gestão dos recursos, já que os médicos têm fama de ser maus gestores. Mas essas medidas tinham que ser tomadas para servir o sistema e não contra ele. A progressiva transformação dos hospitais públicos em empresas e a aplicação cega do espírito empresarial e dos critérios

puramente economicistas ao conjunto das actividades hospitalares, em vez de melhorar o sistema, veio destruí-lo. Com o pretexto da falta de recursos financeiros e o propósito de aumentar a produtividade a qualquer preço, começou-se a poupar nos equipamentos, nos materiais consumíveis, nos tempos de consulta e, por fim, nos recursos humanos. Ao mesmo tempo, exigiu-se maior número de consultas, maior número de cirurgias e mais turnos de urgência. Os médicos foram tendo menos peso na escolha dos equipamentos e dos materiais mais adequados às suas funções. Deixaram de

Com o pretexto da falta de recursos financeiros e o propósito de aumentar a produtividade a qualquer preço, começou-se a poupar nos equipamentos, nos materiais consumíveis, nos tempos de consulta e, por fim, nos recursos humanos.

O dia-a-dia passou a ser uma luta constante contra um sistema hostil à essência da profissão médica e à qualidade dos serviços prestados. A desmotivação foi-se instalando, o “amor à camisola” foi-se perdendo e num contexto de baixos salários, face à existência de outras alternativas, estavam criadas as condições para a debandada geral. Só não viu quem não quis ver.

poder controlar a marcação e distribuição de consultas e cirurgias cuja prioridade passou a ser burocrática em vez de clínica. Viram-se assoberbados com um número cada vez maior de doentes pelos quais eram responsáveis, com cada vez menos meios ao seu dispor. A pressão dos números exigidos pelas administrações foram progressivamente atropelando o tempo dedicado à discussão de casos, ao ensino e à aprendizagem. O tempo gasto em absurdas tarefas burocráticas foi aumentando à custa das funções assistenciais. Um clima de stress e de irritabilidade permanentes substituiu um ambiente de colaboração e camaradagem. O dia-a-dia passou a ser uma luta constante contra um sistema hostil à essência da profissão médica e à qualidade dos serviços prestados. A desmotivação foi-se instalando, o “amor à camisola” foi-se perdendo e num contexto de baixos salários, face à existência de outras alternativas, estavam criadas as condições para a debandada geral. Só não viu quem não quis ver. E acabou por se deitar fora o bebé com a água do banho.

A consequente falta progressiva de recursos humanos no sector público abriu caminho quer aos contratos individuais de trabalho quer aos tão falados tarefeiros. Os primeiros previam um determinado número de horas semanais, em horário variável, com ou sem urgência, consoante as necessidades do serviço em causa e as disponibilidades do médico. Embora fosse uma colaboração com alguma regularidade, não pressupunha, nem exigia uma integração plena nas actividades diárias do serviço. O caso dos tarefeiros foi pior porque a inexistência contratual de qualquer ligação a determinado hospital e a permanente descontinuidade dos serviços prestados favoreceu a desresponsabilização em relação aos doentes, o que é a negação da ética médica.

E é aqui que voltamos à nossa orquestra. Pelos vistos, há ainda quem teime em convencer-nos que, com músicos arrebanhados a esmo, que aparecem quando lhes convém, que nunca se viram nem ensaiaram juntos e não conhecem a partitura, se pode tocar uma “sinfonia do novo mundo”.

*Artigo originalmente publicado no jornal Público de 18-07-2022 na secção “Espaço público”, publicado nesta edição com as devidas autorizações.

NÍDIA ZÓZIMO

Especialista em Medicina Interna



A morte da resiliência neste triste mês de agosto

Neste Verão a *silly season* foi substituída por *silly people*. Da proibição do bacalhau à Brás e não proibição das sardinhas e outras queimadas em tempo útil, parte do país ardeu, com o espanto da raridade dos fogos no tempo quente, os mortos a lamentar como em outros anos e as mesmas promessas de reorganizar a floresta e reforçar a prevenção. A crise das urgências, mais acentuada na Obstetrícia, levou a mais uma comissão de peritos. Como a crise se mantém, os peritos devem ter ido a banhos, local onde a ministra estava quando a crise começou e donde foi obrigada a regressar pelo primeiro-ministro. E percebe-se. A melhor estratégia para uma comissão é copiar quem manda. Mais estranho é o destino das várias comissões da Reforma Hospitalar, entre outras, que devem ter sido enviadas para um limbo e perderam chave da porta. Os limbos sempre me perturbaram, é um local de não vivos cujo enterro é impossível.

A mortalidade excessiva, em números que são muito preocupantes, também rapidamente serão remetidos para uma normalidade. Para a Sra. Ministra, este e outros problemas existem, mas a vida tem problemas. E como é normal a vida ter problemas, banalizam-se os problemas. A morte dos idosos faz parte da vida, não? Sim e não. Se todos morreremos um dia, as mortes evitáveis não são responsabilidade da sociedade, e nesta o ministério da Saúde tem de procurar perceber e corrigir os factores que levam a esta morte excessiva. Nem todas as soluções passam pela Saúde, mas o diagnóstico das causas e as propostas, passam.

Esquecendo que a responsabilidade do ministério é resolver os problemas. Ter uma visão estratégica e

definir a tática para os resolver. Neste Verão do nosso descontentamento a ministra vestiu a farda de bombeiro. Apaga fogos na comunicação social. Mas é uma farda que rapidamente se despe, porque nenhum dos fogos é extinto. Como diz a Sra. Ministra, não podemos perder a fé. E eu peço-lhe desculpa, porque prefiro a esperança à fé. A fé é uma dádiva dos deuses, a esperança uma força que pode levar a acção. O que estou a escrever é ditado pela esperança. E pela responsabilidade que assumi como médica. Quem somos nós médicos? Imhotep terá sido o primeiro médico da História da humanidade. Foi também filósofo e arquitecto, e é nessa função que é mais recordado, como idealizador da primeira pirâmide do Egipto. Não foi a ele que fomos beber na fonte original, mas a Hipócrates. As nossas raízes são gregas, como parte da civilização ocidental. A Medicina baseada na evidência e não nas artes divinas, começou aí. As nossa ética e juramento, também. Com orgulho, somos todos os médicos portugueses, descendentes de Hipócrates. Da esperança que leva à acção.

Muito caminho percorrido, a Medicina associou a ciência à arte. Ninguém é médico só pelos livros ou pela ciência, necessita dos mestres mais velhos que lhe transmite a arte. E cada um de nós é responsável por essa passagem de testemunho. E cada um de nós é responsável pelo juramento que fez. Por isso, cada um de nós e todos juntos, somos responsáveis na luta que se avizinha na defesa da qualidade, da formação, da valorização do nosso trabalho, na autorregulação e na cidadania. Nenhum médico é médico se não estiver inserido na defesa duma sociedade que permita a boa prática e os cuidados aos seus doentes. Por isso

declaro que devemos matar uma das nossas qualidades, que se tornou um dos nossos inimigos, a resiliência. E teremos de o fazer em agosto.

Da Grécia, onde bebemos a esperança e a persistência, a curiosidade, o trabalho e a ética de Hipócrates, estamos atirados para uma arena romana. Culpa nossa muita, também. Perfídia de quem nos usa, muita. Numa arena, somos todos escravos. Lutamos pela sobrevivência, muitas vezes não matando só feras, mas também os adversários, para termos as palmas e a aprovação de quem nos escraviza. E são muitos. Dos senhores do império, aos subalternos que nos gerem, são muitos. Decidem, muitas vezes arbitrariamente, quem protegem e quem, com o polegar para baixo, abatem. Reduzem a base com que nos alimentam para posteriormente nos batermos por mais e mais trabalho de modo a sobrevivermos. Os que se revoltam, são abatidos. Os fracos, são abatidos, os muito bons, são abatidos, porque podem usara a sua capacidade para liderar e questionar as regras, e muitos são abatidos apenas porque na arena é necessário manter o povo contente com o espectáculo. Fomos chamados de heróis durante a pandemia, cobardes quando algo falhava, esforçámo-nos para manter alguma racionalidade e visão científica, quando as declarações de responsáveis da tutela por vezes nos envergonhavam, demos 2 anos de vida a uma luta

O tempo da luta é agora, com união entre os médicos e as estruturas médicas. Por condições dignas para exercício da profissão, sem estarmos dependentes de arenas onde nos matamos diariamente, sem vida pessoal ou familiar, onde a nossa dignidade é anulada.

que ganhámos, com baixas sim, mas sem nós teria sido uma hecatombe e não foi. Contribuímos com isso, com muitas horas que não nos foram pagas, para os prémios dos gestores.

Apesar de tudo mantivemos a resiliência. E eu digo BASTA: A nossa resiliência habituou quem manda a tornar a escravatura normal. E não existe Medicina sem liberdade, não existe médico escravo, se é escravo, não pode ser médico. Porque o seu compromisso implica liberdade para fazer o melhor que sabe, com autonomia técnica, com confiança interpares, com tempo e dedicação aos mais novos, com disponibilidade para que cumpramos a nossa finalidade, o outro ser humano que sofre e espera de nós com esperança. O tempo da luta é agora, com união entre os médicos e as estruturas médicas. Por condições dignas para exercício da profissão, sem estarmos dependentes de arenas onde nos matamos diariamente, sem vida pessoal ou familiar, onde a nossa dignidade é anulada. A resiliência é para os tempos de pandemias, para tempos excepcionais. Agora, seja o tempo da esperança activa, de unir todos os médicos, do SNS ou do sector social ou privado, porque a privação dos direitos começa nuns, mas rapidamente atingirá todos. Estamos numa época histórica onde o valor do trabalho e a dignidade da diferenciação profissional são progressivamente esmagados. E onde o nosso poder de intervenção nas decisões que são decisões de saúde, ou médicas, é pequeno ou nulo. Teremos um triste mês de agosto para a Medicina. Com o controlo dos media, com a legislação a ser publicada em que a escravatura de que falei é normalizada, em que a cenoura que oferecem ao cavalo tem também prazo, o passo seguinte será não haver cenoura se o cavalo já se habituou ao ritmo, nada será fácil. Depois é só destruir os poderes da OM e dos contractos colectivos. A seguir serão os privados, é a lei do mercado. Somos médicos. Provemos que merecemos ser descendentes de Hipócrates e cumpramos a nossa função. Defender o legado. Unidos na defesa do bem maior chamado Medicina. E regressar ao tempo em que os médicos tinham peso e respeito na sociedade portuguesa, porque participavam na vida cívica. Temos um longo legado. Fomos resilientes. Não sejamos cobardes, como nos chamaram sem razão. Provemos que juntos a população e cada um de nós médicos, podemos confiar na nossa capacidade intelectual e de resistência. Um por todos, e todos por um. Abaixo a resiliência, viva a resistência. É a hora!

ÁLVARO CARVALHO

Especialista de Medicina Interna



O colapso do SNS

As televisões estão inundadas por debates e comentadores para todos os gostos. Alguns também são colunistas de jornais e discorrem, com grande à-vontade, sobre diversos temas – política, saúde, pandemia, guerra e incêndios. Consta que são pagos a peso de ouro!

Há um programa semanal que dura há décadas e embora já nascesse com barbas permanece no cartaz, com mudança de canal e de nome, pelo meio.

Nesta tribuna pontifica um teórico afamado, que namorou várias áreas políticas, sem nunca ultrapassar a barreira do político falhado – passa por ser um estudioso do movimento operário.

Normalmente não acompanho estes programas. Porém, há dias, tropecei neste e segui-o porque se abordava a temática da Saúde e contava com a participação do Bastonário da OM.

O referido intelectual falava sobre a postura nefasta que a OM assumia na discussão e implementação das políticas de saúde. Não poupava outras ordens profissionais, mas aquele era o momento de ajustar contas com os médicos e o seu Organismo. Discorria sobre várias questões como o *numerus clausus* e a atribuição de idoneidades formativas pelos serviços hospitalares, com a leviandade que a ignorância permite. O seu discurso remeteu-me para a máxima de Hipócrates: «*A ciência cria conhecimento; a opinião ignorância*».

Miguel Guimarães assistia à dissertação com um sorriso benevolente, imbuído do espírito de compaixão que os médicos têm perante certas situações. Chamado a expor os seus pontos de vista fê-lo de forma calma, concisa e convincente, explicando que os assuntos em causa tinham a ver com o Ministério da Saúde e não com a OM. Outro dos comentadores

residentes corroborou as suas afirmações, enquanto o comparsa se remetia ao silêncio, confrontado com o contraditório que repunha a verdade dos factos.

Estes programas detêm-se na espuma dos dias e quase nunca permitem a discussão aprofundada dos temas em debate. Mesmo sabendo que os detractores dos médicos não lerão o que escrevo, faço um breve resumo do que foi a evolução da Medicina em Portugal nos últimos 60 anos.

No final da década de 1950, a OM liderou um movimento dos seus associados tendente a constituir-se como parceira na discussão da política de saúde. Este debate durou três anos e culminou com a publicação, em 1961, do Relatório das Carreiras Médicas, onde se propunha um conjunto de reformas e passava a ideia da criação de um Serviço Nacional de Saúde com duas carreiras: uma Hospitalar e outra de Saúde Pública.

A implementação dos princípios inerentes às Carreiras Médicas melhorou, significativamente, a actividade assistencial nos hospitais, pois obrigou os médicos à formação contínua para nelas poderem progredir. Foi desta forma que se criou uma elite de especialistas de excelência.

Este documento e a frustrada tentativa de reforma levada a cabo por Gonçalves Ferreira em 1971, acabaram por ajudar António Arnaut a conceber o processo legislativo necessário à edificação do SNS universal e gratuito. Estava-se perante uma viragem histórica na prestação de cuidados de saúde aos portugueses.

Em 1982, este edifício assistencial foi completado com a criação da carreira de Clínica Geral, mais tarde chamada Medicina Geral e Familiar (MGF). Os cuidados primários tinham em vista não só a vertente curativa, mas também a promoção da saúde.



A partir das duas últimas décadas do séc. XX, a medicina modificou-se muito. Vários factores terão contribuído para essa mudança, o mais importante dos quais foi a explosão das inovadoras técnicas de diagnóstico e de terapêutica, que vieram alterar por completo o exercício da medicina e da vida interna dos hospitais.

A Imunologia, a Biologia Molecular e a Genética também fizeram progressos espantosos. Entretanto, surgiram novas doenças (SIDA), novos medicamentos (citostáticos, antirretrovirais, terapêuticas biológicas e para a hepatite C), generalizou-se a hemodiálise, os cuidados intensivos, a cardiologia de intervenção, a cirurgia cardíaca, o transplante de órgãos, as próteses, a endoscopia terapêutica e a cirurgia laparoscópica, etc.). Tudo isto contribuiu para um espectacular aumento da esperança de vida, mas criou uma população idosa, carente de cuidados de saúde.

Com todas estas ferramentas nada podia ficar como dantes na actividade clínica e no comportamento dos profissionais. Os médicos adaptaram-se a esta nova realidade e as especialidades utilizadas dessas tecnologias passaram a ser disputadas pelos mais bem classificados - o domínio de técnicas dá notoriedade e proveitos materiais que não estão ao alcance de quem usa apenas o estetoscópio, como é o caso da Medicina Interna, da Pediatria e da MGF. Estas valências básicas, antes escolhidas pelos melhores, tornaram-se pouco apelativas e assim perderam espaço e importância na avaliação crítica e na racionalização do exercício clínico. O aforismo dum internista expressa bem a situação: o internista compara-se ao queijo: *«há serra e tipo serra»*.

Estas técnicas também tiveram efeitos perversos,

como a superespecialização exagerada, que criou peritos de técnicas e não só de áreas do conhecimento, e o afastamento da especialidade-mãe.

A partir daqui passaram a requisitar-se exames em catadupa para esclarecer a patologia, dispensando-se a história clínica. Assim se degradou a relação médico/doente.

Há quem acredite cegamente nas técnicas, mas é necessário ter em conta que são falíveis,

dependentes de quem as faz e interpreta e têm de ser equacionadas no contexto clínico. Além disso, algumas são invasivas e podem provocar iatrogenia.

Deparamo-nos frequentemente com achados imagiológicos que nada têm a ver com a doença investigada. O executor não pode deixar de os relatar, mesmo admitindo que são inofensivos. Porém, cria problemas ao clínico que, na dúvida, requisita mais exames para o seu esclarecimento e para o doente que suspeita ter um somatório de doenças complicadas. Entramos num carrossel de investigação que tem custos...

Alguns Ministros da Saúde tiveram um papel importante na regulamentação e estruturação do SNS. O sucesso da sua missão também se deve à percepção que tiveram de que os médicos eram absolutamente necessários para construir um SNS de excelência. Por isso, além das inerentes funções de direcção clínica, destinaram-lhe cargos de topo em unidades hospitalares, mesmo sabendo que estas eram cada vez mais difíceis de gerir (Quem, melhor do que eles, conhecia a realidade assistencial?). Não se terão arrependido das opções feitas, porque na grande maioria dos casos o seu desempenho foi notável.

Estas instituições tornaram-se fontes de importantes negócios (equipamentos, medicamentos, informática, obras) e começaram a despertar apetites diversos. Criou-se e sedimentou-se a ideia de que os médicos não eram talhados para a sua gestão, abrindo a porta à entrada de outros actores.

Os administradores hospitalares, contando com fortes apoios na esfera política e partidária, foram ocupando esses lugares, sem que a situação melhorasse. Muitos deles não conhecem as Instituições que dirigem ou a realidade dos serviços (urgências,

Alguns Ministros da Saúde tiveram um papel importante na regulamentação e estruturação do SNS. O sucesso da sua missão também se deve à percepção que tiveram de que os médicos eram absolutamente necessários para construir um SNS de excelência. Por isso, além das inerentes funções de direcção clínica, destinaram-lhe cargos de topo em unidades hospitalares, mesmo sabendo que estas eram cada vez mais difíceis de gerir (Quem, melhor do que eles, conhecia a realidade assistencial?). Não se terão arrependido das opções feitas, porque na grande maioria dos casos o seu desempenho foi notável.

bloco operatório e consulta externa), porque passam a maior parte do tempo nos seus gabinetes a olhar para os computadores, que lhes apresentam números

e estatística, mas não a qualidade assistencial.

Se foram escolhidos para endireitar as contas tal objectivo não foi atingido, porque todos os anos derrapam um pouco mais. Aliás, há muito gente idónea a dizer que o problema das Unidades de Saúde é mais a má organização e a deficiente gestão do que a falta de dinheiro.

Em todas as campanhas eleitorais assistimos ao espectáculo dos políticos a prometer um médico de MGF a cada cidadão. Quanto mais pregam, mais a realidade se afasta das promessas. Além disso, são desviados da clínica para tarefas administrativas.

Sem a coordenação dum médico assistente, os doentes percorrem trajectos erráticos (urgências, privados, especialistas diversos) onde são medicados e lhe são pedidos exames, quantas vezes desnecessários. A relação médico/doente degrada-se e a desumanização instala-se.

Os médicos hospitalares passam a maior parte do tempo nos Serviços de Urgência, sem integrarem uma equipa coerente. Acumulam horas de trabalho e ficam imersos entre macas, com doentes graves deitados ao lado de múltiplos casos sociais. Uma verdadeira medicina de guerra! As redes de referência e a concentração de certas urgências nunca foram concretizadas.

Como não podia deixar de ser, toda esta irracionalidade leva ao aumento dos tempos de espera para consultas, exames e cirurgias.

Os médicos, desvalorizados, maltratados, esgotados e mal remunerados tentam fugir deste inferno. Uns emigram, outros são cativados por operadores privados.

O que fazem os governantes perante esta realidade? Reagem quando os sinos tocam a rebate e vão aventando algumas soluções caricatas: inflacionar o número de médicos, entregar algumas das suas tarefas a enfermeiros, criar um bacharelato, colocar clínicos indiferenciados nos Centros de Saúde e acarinhar as medicinas alternativas. Entretanto, tivemos um Presidente da República que vetou a lei do acto médico. Há quem alimente o sonho de que a inteligência artificial vá substituir o médico no diagnóstico e na terapêutica!

Com a derrocada instalada, precisaríamos de um Marquês de Pombal para empreender a reconstrução. Mas alguém competente aceitará funcionar como «gerente de falências»?

SNS - Ministra que não entende o problema, não tem soluções*

O que se passa com o SNS? Temos cerca de 1,4 milhões de cidadãos sem médico de família. Temos serviços a extinguir-se nos hospitais e especialidades que não conseguem assegurar os serviços de urgência - obstetria, ortopedia, cirurgia torácica, cirurgia plástica, radiologia, entre outras. Existem listas de espera que ultrapassam os tempos máximos recomendados para consultas, meios complementares de diagnóstico e cirurgias. Os profissionais de saúde estão exaustos, decepcionados e descontentes, começando a cumprir apenas o que lhes é legalmente exigido, recusando-se a trabalhar além dos seus horários e não querendo prestar serviço extraordinário. As unidades de saúde estão depauperadas em recursos humanos, envelhecidas e deficientemente equipadas. O dia-a-dia é uma luta constante para proteger a saúde dos cidadãos e, assim, extremamente desgastante.

Como chegamos a esta situação? Principalmente, por este governo e esta Ministra da Saúde (MS) não terem reconhecido e continuarem a não reconhecer o verdadeiro problema. Sem isso, não conseguem delinear qualquer plano de curto, médio e longo prazo, com soluções de fundo, limitando-se a criar mais comissões que sobrepõem às ARS e aos órgãos de gestão das unidades de saúde e propondo medidas pontuais que, além de poderem agudizar, não resolverão a crise vivente. Porque este quadro não é apenas motivado por férias dos médicos, não é pontual. Há muito que vimos alertando para o depauperamento e envelhecimento dos recursos humanos do SNS, para a falta de autonomia das unidades de saúde para decidirem quem e quando contratar e que lhes permitam desenvolverem projectos que envolvam os profissionais de saúde, para que estes consigam cumprir as suas expectativas e ambições. Mais de metade dos hospitais encontra-se em falência técnica, nos anos de pandemia dispararam as aposentações de médicos e a média de idades dos que estão no activo, em algumas especialidades, é superior aos 50 anos, a forma de contratação não satisfaz ninguém pelo que o número de vagas que não é preenchida é elevada, o número de médicos que só trabalha no sector privado já é equivalente ao que está no público e

é muito mais jovem, o número de horas extraordinárias que se exigem no público é elevadíssimo ultrapassando largamente o limite legal. A escassez de médicos tem uma importância fulcral no número de capacidades para formar especialistas, pois sem mestres não se consegue garantir qualidade na formação. Tudo isto é da responsabilidade única e directa da MS.

Que medidas a curto prazo? Como resolver a falta de especialistas para os serviços de urgência, quando estes não existem disponíveis no mercado de trabalho e será uma realidade em várias áreas? Criando urgências regionais, convergindo para um mesmo local equipas de vários hospitais, concentrando.

Que medidas a médio e longo prazo? Dar autonomia aos hospitais e um orçamento adequado, para que se possam desenvolver segundo as suas necessidades, simplificando e flexibilizando os procedimentos para a contratação e para o desenvolvimento de projectos. Tornar, rapidamente, o modelo B das Unidades de Saúde Familiar como a base dos cuidados primários de saúde. Tudo isto a par de uma responsabilização de todos os níveis de decisão, flexibilizando também a sua substituição ou penalizações, quando não cumprirem o contratualizado. Promover uma reforma das carreiras de todos os profissionais de saúde, dignificando os seus salários, demonstrando o orgulho que todos temos nelles e nas suas actividades. Recorrer ao sector privado e social, sempre que as actividades em saúde sejam mais rentáveis naqueles e permitam dar uma resposta adequada às necessidades das populações.

Portugal já forma médicos em número muito superior ao necessário, são criadas vagas para formar especialistas de acordo com critérios de qualidade, forneça a MS as condições apropriadas para que os profissionais desejem ficar no SNS, sem ameaças ocas e completamente desajustadas da realidade, rapidamente esquecendo-se da abnegação que houve durante a pandemia.

António Araújo, Presidente do CRNOM

*Artigo publicado no Jornal de Notícias, 21 junho 2022



Médicos distinguidos pela Câmara Municipal do Porto



No passado dia 9 de julho, o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, António Araújo, recebeu a Medalha Municipal de Mérito – Grau Ouro da Câmara Municipal do Porto. A sua postura e dedicação pelo bem comum e pela área da saúde na Invicta foram reconhecidas nesta sessão solene que distinguiu ainda outras entidades e personalidades, entre eles os médicos Jaime Milheiro, Rui Sarmento e Castro e José Eduardo Pinto da Costa, a título póstumo.

Todos os anos, a Câmara Municipal do Porto distingue “pessoas singulares ou coletivas, nacionais ou estrangeiras, que se notabilizam pelos seus méritos pessoais ou feitos cívicos e ainda funcionários do município, pelo desempenho das suas funções”. A cerimónia de imposição das medalhas da cidade aconteceu no dia 9 de julho, nos jardins da Casa do Roseiral, no Palácio de Cristal e contou com cerca de 46 homenageados. Num dia carregado de simbolismo para os portuenses – 9 de julho de 1832, em que o exército libertador de D. Pedro entrou na cidade e aqui viveu, com os portuenses, o Cerco do Porto –, o presidente da Câmara do Porto não deixou de evocar a “estrutura social e a proverbial resistência” dos seus habitantes, que impede que “Portugal seja uma soma de duas parcelas desiguais: a capital e a província”. “Não podemos aceitar que o centralismo dominante subjugu a nossa voz. Não seremos cigarras, mas não queremos ser formigas ao serviço de uma voz de comando que não escolhemos, que não nos reconhece, que nos abafe”, sublinhou Rui Moreira, durante a sessão solene. Citando um dos medalhados – o Presidente da Assembleia da República, Augusto Santos Silva –, acrescentou: “O Porto também tem de entrar na equação de Portugal. O Porto que não quer ser capital de nada, mas que exigirá sempre o seu justo quinhão”.

Referindo-se aos homenageados, bem como às instituições agraciadas com as medalhas municipais, o autarca lembrou que “não é vulgar que cada uma das escolhas, e a plenitude da lista, tenham sido aprovadas por unanimidade”, por todas as forças políticas com representação nos órgãos autárquicos. “Isto não resulta de nenhum poder hegemónico: é uma concordância invulgar mas, para os portuenses, natural. Porque esta cidade tem essa característica invulgar, resulta do reconhecimento comum, da afirmação irresoluta da sua cidadania”. “A cidade quer-vos agradecer. E isso não resulta da amizade de um ou de outro, de uma teimosia, de um qualquer



proteccionismo, de uma paga de outro favor. E quem está verdadeiramente de parabéns é o Porto, por ter tantas e tantos em que se revê”, frisou Rui Moreira.

Homenagem

Este ano, e sob a presença do Executivo Municipal, o Presidente da Assembleia da República, Augusto Santos Silva, e a ex-ministra da Cultura, Isabel Pires de Lima, receberam a Medalha de Honra da Cidade das mãos do presidente da Câmara do Porto, Rui Moreira, e do presidente da Assembleia Municipal do Porto, Sebastião Feyo de Azevedo. Entre várias personalidades, os médicos Jaime Milheiro, Rui Sarmento e Castro e António Araújo foram distinguidos com a Medalha Municipal de Mérito, Grau Ouro. “É um orgulho e uma grande honra receber este reconhecimento por parte da Câmara Municipal do Porto pelo nosso percurso pessoal e profissional em prol da cidade. Foi um gosto comprovar o número de médicos e instituições de saúde que foram agraciadas nesta sessão. Isto revela que a classe médica e as entidades médicas compõem uma parte fundamental na sociedade e contribuem para melhorar o dia-a-dia dos cidadãos do Porto”, destacou o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM).



Dedicação exemplar

Desde que tomou posse da presidência da SRNOM, em 2017, António Araújo sempre assumiu o compromisso de “afirmar a medicina em que acredita”, bem como “dignificar os médicos e o ato médico”. Ao longo destes anos, a sua ação e trabalho tem-se pautado por uma dedicação exemplar, reconhecida por todos os colegas e dirigentes. Sempre com o objetivo de contribuir para o bem comum e zelar pela saúde dos cidadãos, que tanto confiam nos médicos, o presidente do CRNOM manteve uma postura de preocupação e humanismo sem medida. Desde o seu percurso profissional, enquanto médico e especialista em Medicina Interna e Oncologia, António Araújo alcançou uma posição de relevo e prestígio, atualmente dirige o serviço de Oncologia Médica do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) e é professor auxiliar convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), também no Porto.

A sua ligação à cidade Invicta intensificou-se ainda mais nos últimos anos através de algumas iniciativas que desenvolveu, em nome do CRNOM, em parceria com a Câmara Municipal do Porto. O projeto “Hospital de Campanha Porto.”, que nasceu em 2020, no Pavilhão Rosa Mota, com o objetivo de prestar cuidados de saúde aos doentes infetados com COVID-19, foi reconhecido pela sua capacidade de sucesso. António Araújo assumiu a direção clínica deste hospital pioneiro, que contribuiu para a diminuição da pressão nos restantes hospitais da cidade, e liderou equipas de médicos, enfermeiros e auxiliares de saúde, que de forma totalmente voluntária se envolveram nesta iniciativa, sempre pelo bem dos doentes. Depois da pandemia, António Araújo voltou a abraçar um novo desafio em prol da humanidade e bem comum. Com o conflito armado que se instalou na Europa em 2022 e consequente chegada de refugiados ucranianos a Portugal, o presidente do CRNOM estabeleceu um protocolo



de cooperação com a Diocese do Porto e a Ordem dos Enfermeiros. Assim, com o objetivo de acolher e prestar cuidados de saúde aos refugiados ucranianos que procuraram apoio no nosso país, cerca de 250 médicos integraram a campanha de voluntariado e avaliaram estas pessoas no Seminário do Bom Pastor, em Ermesinde. Desta forma, dirigido por António Araújo, o CRNOM integrou mais uma "missão especial" para ajudar quem mais precisa e assegurou respostas clínicas aos deslocados acolhidos no norte do país, realizando uma primeira avaliação médica da condição dos refugiados após vários dias a viverem em situações precárias.

Além destas iniciativas, António Araújo mantém ainda uma postura atenta e ativa em relação aos problemas que o Serviço Nacional de Saúde enfrenta atualmente, bem como as consequências que estes constrangimentos podem provocar neste setor. Nesse sentido, tem reforçado a sua posição na defesa da formação médica, do papel dos profissionais de saúde e ainda apontado "caminhos alternativos e soluções" para prevenir e melhorar o funcionamento do sistema de saúde. Médico, professor, dirigente e humanista, António Araújo é uma figura reconhecida na saúde em Portugal e foi agora agraciado pelo órgão máximo da sua cidade nesta cerimónia de imposição de medalhas.





A Associação das Escolas de Jesus, Maria e José, a CASO – Consumidores Associados Sobrevivem Organizados, o Centro Comunitário Cirilo, o Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), o Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), o Colégio de Nossa Senhora do Rosário, a Confeitaria Petúlia, o Ramaldense Futebol Clube, a Relojoaria Mendonça e a tasca “Da Badalhoca” foram as entidades que receberam idêntico galardão. A título póstumo foi atribuída também a Medalha Municipal de Mérito, Grau Ouro, a Ernesto Santos, Eugénio dos Santos, José Eduardo Pinto da Costa e Raúl Castro. Já a Medalha Municipal de Bons Serviços foi entre-

gue à funcionária municipal Maria do Céu Moreira, secretária da Presidência da Câmara Municipal do Porto desde 2003, e a Raul Matos Fernandes.

A cerimónia contou com dois momentos musicais, interpretados por alunos da Academia de Música de Costa Cabral. Já a leitura dos resumos curriculares dos homenageados foi feita por dois ex-alunos da Academia Contemporânea do Espetáculo.

Medalha Municipal de Honra da Cidade – Augusto Santos Silva e Isabel Pires de Lima

Medalha Municipal de Mérito (Grau Ouro) – Alexis Tam, Álvaro Domingues, Ana Cristina Pereira, António Alberto Xavier Guimarães, António Roquette, António Araújo, Carlos Prata, Francisco Ribeiro da Silva, Jaime Milheiro, Max Oliveira, João Paulo, Jorge Constante Pereira, José Leite Pereira, Julieta Guimarães, Lydia Silva, Manuel Dias Pinheiro, Manuel Monteiro, Manuel Ulisses, Fátima Campos Ferreira, Maria José Ribeiro, Maria Teresa Lago, Mário Barbosa, Nuno Botelho, Nuno Ferrand, Paulo Magalhães, Rui Sarmiento e Castro, Tomás Jervell, Wilson Faria

Medalha Municipal de Mérito – Grau Ouro (Entidades) – Associação das Escolas de Jesus, Maria e José, CASO, Centro Comunitário Cirilo, Centro Hospitalar Universitário de São João, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Colégio de Nossa Senhora do Rosário, Confeitaria Petúlia, Ramaldense Futebol Clube, Relojoaria Mendonça, Tasca “Da Badalhoca”

Medalha Municipal de Mérito – Grau Ouro (a título póstumo) – Ernesto Santos, Eugénio dos Santos, José Eduardo Pinto da Costa, Raúl Castro

Medalha Municipal de Bons Serviços (Grau Prata) – Maria do Céu Moreira, Raul Matos Fernandes

centro de cultura e congressos

eventos à medida

espaços > serviços > exclusividade

No centro da cidade do Porto encontra um espaço privilegiado para organizar o seu evento. A Ordem dos Médicos - Secção Regional do Norte tem à sua disposição um moderno Centro de Cultura e Congressos, composto por espaços multifuncionais, equipamentos de última geração e serviços premium diversificados, que garantem total cobertura das suas necessidades.

Rodeado por uma atmosfera bucólica e singular, o Centro de Cultura e Congressos garante uma rara tranquilidade e privacidade a quem o visita. Situada junto ao Jardim d'Água, a infraestrutura reúne ótimas

condições para acolher os mais variados tipos de eventos: congressos, conferências, exposições, ações de formação, jantares ou espetáculos. Para as diferentes valências dispõe de um auditório com capacidade para 300 lugares, de um vasto conjunto de pequenos auditórios e salas de reunião, de uma galeria polivalente, de um bar e área lounge e de um complexo residencial. No exterior, além dos belíssimos espaços verdes, piscina e dois campos de ténis, dispõe de parque de estacionamento, zonas de lazer e um bar/restaurante no edifício sede. Mais do que um espaço físico de excelência, o Centro de Cultura e Congressos distingue-se como um equipamento multifacetado e apto a acolher o seu evento. Venha conhecê-lo.



Declarações de responsabilidade médica e a liberdade*

“É excluída a responsabilidade do funcionário ou agente que atue no cumprimento de ordens ou instruções emanadas de legítimo superior hierárquico e em matéria de serviço, se previamente delas tiver reclamado ou tiver exigido a sua transmissão ou confirmação por escrito.”

Esta é alínea 2 do Art.º 271.º da Constituição da República Portuguesa, trave-mestra da nossa Democracia. O enunciado é muito claro acerca da responsabilidade dos funcionários do Estado no desempenho das suas funções. Mas, também é explícito sobre a necessidade de reportar por escrito as deficiências, carências, disfunções que possam impedir a execução adequada das suas tarefas e excluindo a sua responsabilidade direta.

Através de declarações de responsabilidade (também designadas como excusas de responsabilidade), os médicos têm comunicado aos seus superiores hierárquicos, por escrito - nos seus serviços, hospitais, unidades funcionais e agrupamentos de centros de saúde - situações que dificultam ou impedem um exercício pleno da sua profissão, em consonância com as *leges artis* da Medicina enquanto garantes da prestação de cuidados de saúde com qualidade e dignidade. Trata-se de um ato elementar de liberdade e responsabilidade cívica inscrito na lei fundamental do nosso país.

Muito recentemente, e apesar desta prática existir há vários anos, têm-se levantado vozes discordantes sobre a utilização desta prerrogativa constitucional. Algumas delas, aliás, querendo desvalorizar a exposição dos factos ou até silenciá-la, como se abafar os problemas fosse a solução para os resolver.

Estas tentativas de sonegar a realidade, de querer tornar os médicos cúmplices da degradação dos cuidados de saúde, não ajudam o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Bem pelo contrário. Não precisamos de *blackouts* informativos e mutismos. Precisamos de maior transparência, mais escrutínio e mais exigência para melhorar profundamente todo o sistema de saúde.

É preciso ter em conta que nenhum médico, por ter tido a consciência moral de informar superiormente sobre as dificuldades que enfrenta, colocou de parte a dedicação e o empenho para tratar os seus doentes.



Carlos Cortes, Presidente da SRCOM

A escusa de responsabilidade não é uma escusa de trabalho. É um sinal de alerta para que as condições de prestação de cuidados de saúde sejam melhoradas e adequadas às necessidades dos doentes e da prática clínica.

“Sem prejuízo do dever de assegurar a sua prestação clínica de forma consentânea com os seus conhecimentos e experiência profissional, a situação supra reportada é suscetível de fazer incorrer os doentes em risco” é uma das asserções que acompanha as declarações de responsabilidade. O médico, apesar das dificuldades que relata, mantém eticamente e moralmente todo o seu cuidado e esforço para melhorar as condições de saúde dos seus doentes.

A comunicação das deficiências existentes nos serviços de saúde feita pelos médicos aos seus superiores é uma manifestação de civismo.

Qual a vantagem de a impedir? Nenhuma! Qualquer tentativa de a coartar prejudica a democracia e, daí, prejudica diretamente o SNS, um dos pilares da construção democrática.

É nosso dever defender os doentes, a qualidade da prática clínica e preservar a liberdade de expressão, seja qual for a sua forma de manifestação e circunstância.

*Artigo publicado no jornal *Público* no dia 18 de agosto de 2022



Concursos para recém-especialistas merecem forte oposição por parte da SRCOM

É preciso conhecer as necessidades do País e planear as necessidades dos recursos humanos

Urge encontrar soluções para salvaguardar os cuidados de saúde, respeitando os doentes e o trabalho dos médicos, sublinha a o presidente da Ordem dos Médicos do Centro que tem vindo a acompanhar com preocupação a realidade na região. Reunião de médicos ajuda a avaliar a dimensão dos problemas

A degradação da capacidade de resposta dos cuidados de saúde na região Centro, no que ao Serviço Nacional de Saúde diz respeito, tem vindo a merecer uma atenção particular por parte da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) e, assim que foi publicado o mapa de vagas para a contratação de médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar (em junho) e para as unidades hospitalares (julho), foram tornadas públicas as reações de discordância perante as opções tomadas pela tutela. Se por um lado, a falta de médicos de família continua a causar graves problemas de forma direta devido a ficheiros a descoberto e à aposentação de médicos (identificados em devido tempo ao Ministério da Saúde), por outro, esta falta de resposta “acabará por ter impacto sobre as urgências hospitalares já que estes utentes sem médicos de família irão recorrer aos hospitais”, refere Carlos Cortes.

Para se avaliar a dimensão do problema, o presi-

dente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos alertara - quer em maio quer em junho deste ano - para o facto da região enfrentar uma “carência de 90 médicos de família” e que “a breve prazo”, assumiu depois em comunicado, iriam “faltar 300 médicos de família”. Problemas a que se juntam outros, tais como o excesso de burocratização dos cuidados de saúde primários e o facto de existirem 200 mil utentes na região Centro seguidos por médicos de família com mais de 65 anos.

Entretanto, tudo se tornaria mais complicado após a publicação do mapa de vagas para a contratação de médicos recém-especialistas para os hospitais do Serviço Nacional de Saúde ao arrepio do trabalho das direcções clínicas dos hospitais da Região Centro que fizeram chegar as necessidades em devido tempo ao Ministério da Saúde. Em suma: ambos os mapas são desajustados. De imediato, Carlos Cortes analisou o contexto deste mapa afirmando que ele é “penalizador para as unidades hospitalares da região Centro, para a formação médica pós-graduada e, sobretudo, para os doentes. Nalguns casos, a falta de médicos tem um impacto devastador na prestação de cuidados de saúde no serviço de Urgência”. Esta análise é praticamente transversal a todos os hospitais da região Centro mas o presidente deu alguns exemplos em nota enviada à imprensa: No Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFF) “não abriram as vagas solicitadas pela direcção clínica nas especialidades de Urologia, Ginecologia, Psiquiatria, Cardiologia e Oncologia”. Naquela unidade hospitalar, a resposta em Oncologia, alertou Carlos Cortes,





“corre o risco de encerramento pois depende de médicos prestadores de serviço”. No HDFF são, aliás, os prestadores de serviço que estão a responder às solicitações nas especialidades de Urologia, Ginecologia e Cardiologia (esta última com dois médicos em horário parcial). Outros exemplos ainda: No Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) foram referenciadas para o Ministério da Saúde algumas importantes carências, designadamente nas especialidades de Anestesiologia, Ortopedia, Oftalmologia, Pediatria.

“A resposta dada pelo Ministério da Saúde para o CHUC foi manifestamente insuficiente. Se sabemos que a falta de médicos de família acaba por ter um forte impacto nos cuidados de saúde hospitalares, nomeadamente nas urgências, estamos a constatar, mais uma vez, que o ministério é incapaz de resolver os problemas, não cumpre a sua missão ao planear os recursos humanos necessários”, aludiu na mesma nota, acrescentando a crítica ao Ministério da Saúde que ignorou as graves carências de várias especialidades fundamentais para assegurarem os Serviços de Urgência, tais como Medicina Interna, Cirurgia ou Ortopedia, designadamente nos hospitais da Guarda, Covilhã e Castelo Branco que, assim, são fortemente penalizados. Em junho, aliás, a Ordem dos Médicos do Centro chamou a atenção para a inoperacionalidade da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) da Guarda e Covilhã, levando Carlos Cortes a alertar para o “altíssimo risco para toda a região do Interior Centro”

Entretanto, nos meses de junho e de julho decorreram reuniões plenárias de médicos (promovidas pela Ordem dos Médicos em Aveiro e em Leiria, com a presença de dirigentes sindicais), uma vez que a SRCOM acompanhava com preocupação a situação delicada dos serviços de urgência das respetivas unidades hospitalares. Reuniões que, diga-se, foram convocadas em face das numerosas solicitações de apoio e intervenção à Ordem dos Médicos.

Relativamente a Leiria, a falta de médicos de família também era apontada como um dos fatores de pressão das urgências do hospital de Leiria, unidade dimensionada para 200 mil habitantes mas que, atualmente, tem uma área de influência que abarca 400 mil habitantes.

Relativamente ao hospital de Aveiro, Carlos Cortes enfatizou, em comunicado divulgado a 20 de julho, que “a situação da falta de médicos continua a manter-se nos cuidados primários e, consequentemente, também nos hospitalares”, apontando para a inexistência de planeamento. Disse: “Não há planeamento, não há resposta do Ministério da Saúde às carências que são conhecidas no Centro Hospitalar e no Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga. Os médicos que existem no hospital são alocados ao serviço de urgência, que é prioritário, mas prejudicando a importante atividade assistencial do dia a dia, não permitindo oferecer aos doentes uma resposta adequada.”, exortando, na mesma nota, que “o Ministério tem de reagir e apoiar um distrito que está a atravessar uma fase delicada e com consequências negativas para a saúde da população”. Logo no início de julho, o serviço de obstetrícia começou a enfrentar uma grave crise de recursos humanos ao ponto de iniciar uma fase de encerramentos em mais de 13 turnos deste mês.

Neste contexto tão difícil, o presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos sempre destacou a capacidade de trabalho, a incansável dedicação e a entrega dos médicos aos seus utentes. Intervenções públicas que tiveram ampla divulgação na comunicação social, quer em entrevistas em direto na rádio e televisão quer em reportagens de rádio, televisão e nos jornais impressos e digitais.

Notícias da atualidade, ver [aqui](#):



Ordem dos Médicos do Centro assinala o "Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação"



Em comunicado enviado à comunicação social, a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos destaca o percurso notável da transplantação em Portugal em 53 anos. O primeiro transplante de órgãos no País foi realizado com um rim de dador vivo, em 20 de julho de 1969, em Coimbra.

A Ordem Dos Médicos do Centro associou-se às comemorações do "Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação" que se assinala no dia 20 de julho, em todo o país, com o objetivo de relembrar a importância da doação de órgãos para a sobrevivência e qualidade de vida dos cidadãos com doença.

Os condicionamentos que a falta de profissionais na área da saúde, a nível nacional, estão a causar na doação de órgãos e transplantação preocupa a Ordem Dos Médicos do Centro e, associando-se ao alerta lançado no dia anterior pela Sociedade Portuguesa da Transplantação, a OMC vem relembrar a extraordinária importância dos profissionais que se dedicam à identificação de todos os potenciais dadores de órgãos e tecidos e também de todos os profissionais de saúde envolvidos na transplantação.

"O percurso da Transplantação em Portugal tem sido notável, tem contribuído para salvar vida e melhorar a vida de milhares de doentes. É um marco do

SNS e dos cuidados de saúde que tem de ser valorizado e apoiado", afirmou Carlos Cortes, Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Recorde-se que o "Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação" foi instituído em 28 de junho de 2019, para homenagear a generosidade e altruísmo dos cidadãos que doaram os seus órgãos, após a morte ou ainda em vida, os seus familiares e também os profissionais de saúde que contribuem diariamente para o sucesso de um processo de transplantação.

O primeiro transplante de órgãos em Portugal foi realizado com um rim de dador vivo, em 20 de julho de 1969, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, por uma equipa médica liderada pelo Professor Doutor Linhares Furtado.

Cerimónia de entrega das medalhas de 25 anos de inscrição na Ordem dos Médicos

Presidente do Conselho Regional sublinhou a importância do sentido de missão e destacou o papel social e cívico dos médicos.

Emília Alexandra Gaspar Lima da Silva, Jorge Alberto Barreto Lemos e Nelson dos Santos Tavares foram os três médicos homenageados no dia 21 de julho, em Aveiro, com a medalha de 25 anos de inscrição na Ordem dos Médicos, pela dedicação de mais de duas décadas aos cidadãos e à saúde, no combate e prevenção da doença.

A cerimónia contou com a participação da Presidente da Mesa da Assembleia Sub-Regional de Aveiro, Beatriz Gusmão Pinheiro, da Presidente do Conselho Sub-Regional de Aveiro, Sandra de Almeida, da Vice-Presidente Conselho Sub-Regional de Aveiro, Lúcia Borges, e do Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, que, em final de mandato, sublinhou a importância do sentido de missão e do papel social e cívico dos médicos.

Para Carlos Cortes, o simbolismo das medalhas é tão importante como o Juramento de Hipócrates.

Este ano, já foram entregues as medalhas que assinalam as "bodas de prata" e as "bodas de ouro" de inscrição na Ordem dos Médicos em cerimónias realizadas em Coimbra, em Leiria e em Castelo Branco. "A entrega destas medalhas constitui um reconhecimento da dedicação destes três médicos, mas também de toda uma classe profissional que, em tempos tão conturbados como aqueles que acabámos de viver, arriscou a sua própria vida em prol dos seus doentes", afirmou o Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos.

Orgulhoso e, principalmente, agradecido, pelo trabalho desenvolvido à frente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes aproveitou a cerimónia para se despedir da equipa de Aveiro, "com quem tanto gostei de trabalhar", e recordou ainda que foram os médicos que implementaram o Serviço Nacional de Saúde. Por fim, deixou um apelo, em jeito de conclusão: "os médicos têm também uma função social e devem colocar-se na defesa da saúde e dos seus doentes". A cerimónia festiva decorreu num restaurante aveirense que honra as tradições ligadas à produção de sal marinho, aos moliceiros e a memória gastronómica ligada ao mar.



Ordem dos Médicos do Centro enaltece ato de coragem

Desde 2018 até meados de agosto, a SRCOM recebeu 902 declarações de responsabilidade, 90 por cento das quais provenientes de médicos no âmbito do serviço de urgência

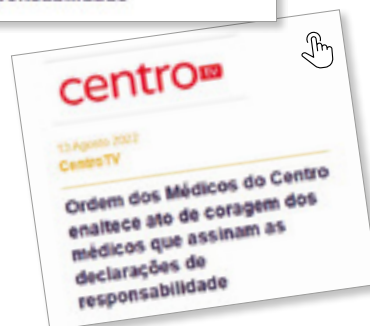
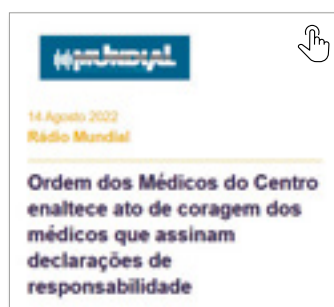
O presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), Carlos Cortes, enalteceu “a capacidade dos médicos em salvaguardar os cuidados de saúde à população mesmo enfrentando a penúria na resposta às necessidades dos doentes”, revelando que as condições dos cuidados de saúde nos hospitais e centros de saúde da região Centro continuam a motivar o envio de declarações de responsabilidade para a Ordem dos Médicos, como forma de alerta para os graves problemas que o Serviço Nacional de Saúde tem atravessado e que, nesta altura, têm tido maior impacto público.

Contabilizadas as declarações de responsabilidade, desde 2018 até ao dia 13 de agosto, a Ordem dos Médicos do Centro recebeu 902 declarações de responsabilidade, 90 por cento das quais provenientes de médicos no âmbito do serviço de urgência, sendo a Medicina Interna a especialidade médica com maior expressão. De acordo com os dados da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), este ano foram recebidas 233 declarações de responsabilidade, 94% das quais de médicos no serviço de urgência.

“Desvalorizar estas declarações de responsabilidade é uma irresponsabilidade” critica Carlos Cortes, pois “estamos perante uma realidade desoladora das urgências nos hospitais da região Centro”. “Estas declarações são alertas, não podemos omitir a coragem de quem continua a cuidar e a tratar dos

doentes apesar de todas as dificuldades que são reportadas nesses documentos”, afirma em comunicado o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, que vem alertando para a escassez de recursos daquelas unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

“Não recebemos apenas (e já é muito grave) queixas dos especialistas em Ginecologia/ Obstetrícia. São de um conjunto vasto de médicos especialistas. Os relatos são de quem está em sofrimento ético e frequentemente em exaustão”. Neste enquadramento, Carlos Cortes apela a uma intervenção do Ministério da Saúde para fazer face à penúria de recursos, quer humanos, quer técnicos quer de equipamentos”.



「NAS CER」

UMA CRIANÇA
UMA IDEIA
UM PROJECTO



REJUVENESCER, ADAPTAR, E RECRIAR-SE,
MAIS DINÂMICA E MAIS INICIATIVAS.
PORQUE NASCENDO AJUDAMOS
A CRIAR UM MELHOR FUTURO.



CONCURSO FOTOGRAFIA

PRÉMIO PARA MÉDICOS - 2.500€
PRÉMIO PARA NÃO MÉDICOS - 2.500€

 Santander

 LEXUS
EXPERIENCE AMAZING

CANDIDATURAS ATÉ 17/10/2022

REGULAMENTO: WWW.OMSUL.PT



Alexandre Valentim Lourenço, Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos

Por que aumentaram os processos disciplinares?*

Reclamações contra clínicos aumentaram 36% em 4 anos. Este foi um número chamado à primeira página do Expresso.

Um número que faz pensar. Quais as causas deste aumento? O indesmentível incremento de conflitualidade social e no SNS, associado a uma insatisfação crescente dos nossos doentes, são evidentes. Com reflexo imediato nas queixas para os Conselhos Disciplinares (CD) da Ordem dos Médicos.

Entre 2017 e 2019 esse aumento foi mais notório. O número de novos processos subiu 30%. Somava-se a um acumulado que na nossa avaliação era inaceitável.

O tema dos processos acumulados e com tramitação lenta no CD tinha de ter uma resposta efetiva. O Conselho Regional do Sul (CRS) decidiu atuar de forma a compreender as razões e quais as medidas corretivas a adotar. Assumimos as nossas obrigações, garantindo a independência do CD.

Realizámos uma auditoria externa, por uma empresa internacional, ao processo de funcionamento do CD, da qual resultaram recomendações e medidas a adotar.

Procedeu-se à simplificação de procedimentos, à completa digitalização do papel, à informatização de todo o processo.

Reestruturámos os recursos humanos. Reforçámos e qualificámos. O Conselho passou a dispor de 4 assistentes jurídicas licenciadas em Direito. Ao trabalho permanente de dois advogados externos, que elaboravam a totalidade dos pareceres, acrescentámos a contratação pública de dois escritórios especializados que resolveram em bloco centenas de casos, reduzindo significativamente o número de processos com mais de dois anos.

Aumentámos o orçamento anual do departamento. Em 80%. Um aumento justificado e que implicou um enorme esforço financeiro.

O nosso caminho é da melhoria contínua. Do diminuir o tempo de análise e decisão dos processos em sede de departamento disciplinar. Da melhoria da qualificação técnica dos recursos humanos e da nossa contribuição para o modelo de funcionamento.

Passados 3 anos, qual o nosso balanço?

O número de novos processos estabilizou, entrando 730-740 processos/ano.

O número de processos resolvidos (arquivamento ou sanção disciplinar) passaram de 400 para 900/ano.

A triagem passou a resolver liminarmente cerca de 200 processos que estão fora do âmbito disciplinar, sendo que permitiu agilizar a investigação, análise e deliberação dos restantes 530 pelos 17 membros médicos do Conselho Disciplinar.

O CD produz atualmente relatórios trimestrais, integrando os resultados da sua atividade e sugestões de melhoria, que permitem um acompanhamento mais rigoroso e eficaz.

Aguardamos a materialização de um dashboard público para acompanhar o movimento disciplinar do Departamento Disciplinar do Sul e para o qual já existem condições de construção. Uma peça essencial, na garantia da política de transparência que defendemos.

Importa ainda realçar que o nosso trabalho está dependente dos tempos da avaliação em tribunal nos processos mais complexos, que muitas vezes suspendem as nossas decisões.

Estamos dependentes das informações das instituições de saúde e das respostas aos quesitos por nós formulados.

Estamos dependentes da resposta aos inquéritos e peritagens realizadas pelos Colégios de especialidade ou por instituições externas à Ordem dos Médicos.

Apesar do recente percurso positivo, a manter-se a desorganização do SNS, o afluxo desajustado à urgência hospitalar, mais de 1 milhão de utentes sem médico de família e atrasos na resposta hospitalar com listas de espera para consultas, exames e cirurgias, a litigância e o erro não dependentes da ação médica serão mais frequentes.

Estamos satisfeitos? Claro que não.

A avaliação inter pares é uma função diária menos visível. Apostamos com seriedade e empenho nas várias atribuições que dignificam o nosso Serviço Público.

O nosso caminho é da melhoria contínua. Do diminuir o tempo de análise e decisão dos processos em sede de departamento disciplinar. Da melhoria da qualificação técnica dos recursos humanos e da nossa contribuição para o modelo de funcionamento.

A terminar uma merecida palavra de público reconhecimento a todos os 17 médicos que constituem o painel do CD. Todos o fazem a par da sua importante atividade profissional, sem remuneração e prescindindo do seu tempo livre em nome de uma causa maior.

Estamos cientes que mudámos muito e de que este é um dos nossos imperativos de atuação. Para que todos os portugueses tenham a certeza que a qualidade e segurança de prestação de cuidados tem na Ordem dos Médicos um garante permanente.

*Artigo de opinião publicado na edição do *Expresso* de 29 de julho de 2022

A Saúde e o Houdini dos tempos modernos*

Nada foi feito nos últimos anos para alinhar os destinos da Saúde com os desafios das sociedades modernas e a evolução dos diferentes condicionantes da saúde e da doença.

António Costa e Marta Temido descobriram, em Junho de 2022, que existe um problema estrutural na Saúde em Portugal. Consultei o mapa de visitas de António Costa e verifiquei se tinha tido alguma visita recente ao célebre Oráculo de Delfos. Nada. A sua última visita à Grécia ocorreu já há alguns anos. É pois um mistério como chegou a esta sua recente descoberta.

António Costa é primeiro-ministro desde 26 de novembro de 2015. Marta Temido é ministra desde 15 de outubro de 2018. Revisitando as declarações sucessivas de ambos, verifica-se que o otimismo tem sido uma constante no que se refere ao setor da Saúde.

Agora, descubrem que existe uma crise estrutural. Como se uma crise estrutural fosse descoberta de um dia para o outro.

Mas os passes de mágica não ficam por aqui. Tal como uma encarnação moderna do célebre Houdini, ambos continuam a exercitar verdadeiros passes de mágica.

Todos os problemas que sempre negaram passaram agora a ser uma verdade insofismável. Todas as propostas que lhes foram apontadas pelos diferentes stakeholders do sistema e, sempre recusadas, passaram agora a constituir o “Manual de como resolver a crise estrutural da Saúde em 7 dias”.

O Conselho de Ministros aprova a 7 de Julho uma proposta de Estatuto do SNS e mais um conjunto de legislação. Que ninguém conhece para além do mostrado num power point, produto de uma moderna estratégia comunicacional. São anunciadas negociações com os sindicatos. O Ministério convo-



ca reuniões sucessivas num frenesim assinalável. O PS inquieta-se.

É anunciado que os médicos vão ganhar mais, que vamos todos progredir na carreira. As horas extraordinárias vão mais do que triplicar, os problemas dos contratos acabaram, a autonomia das instituições vai ser uma realidade, os gestores vão ter prémios de desempenho. E por aí fora.

Alguns mais crentes poderão acreditar que tudo vai mudar. Alguns mais cautelosos vão olhar com ar cético e esperar para ver o que se vai passar.

Mas há que perceber que o actual estado da Saúde em Portugal é grave. E é grave, não porque tenha acontecido algo de especial ou imprevisto, mas por-

De Norte a Sul, do interior ao litoral, os problemas repetem-se e aumentam. Falta de recursos, disfunções gestionárias, défice de financiamento, investimentos inexistentes, equipamentos avariados, desajustes entre necessidade em recurso humanos e físicos. Sem que nada aconteça.

que nada foi feito nos últimos anos para alinhar os destinos da Saúde com os desafios das sociedades modernas e a evolução dos diferentes condicionantes da saúde e da doença.

A Ordem dos Médicos vem, desde há anos, repetidamente, alertando para a necessidade de encarar os problemas do SNS com o propósito de os resolver. De Norte a Sul, do interior ao litoral, os problemas repetem-se e aumentam. Falta de recursos, disfunções gestionárias, défice de financiamento, investimentos inexistentes, equipamentos avariados, desajustes entre necessidade em recurso humanos e físicos. Sem que nada aconteça.

O tema dos discursos inflamados e dos passes de mágica não são mais aceitáveis. Continuar a ignorar o que se passa e nada resolver levará a um pesado custo na saúde dos portugueses.

Há que perceber que, se os profissionais de saúde, médicos e outros, saem do SNS, não é por opção ideológica, mas porque não mais encontram condições para lá trabalhar.

Há que perceber que, se os doentes preferem ser atendidos fora do SNS, com um aumento gigante de seguros de saúde e dos custos para a sua carteira, não é por opção ideológica, mas porque não conseguem encontrar soluções para a resolução dos seus problemas no tão propalado SNS.

O mundo mudou, as realidades mudaram e as pessoas e as suas expectativas mudaram. O sistema de saúde também de adaptar e transformar.

Temos de ter um sistema de saúde mais ágil. Mais consciente e responsivo às diferenças das populações que serve. Recompensado o desempenho e a diferenciação. Assumindo que o desafio do sistema está na obtenção de ganhos em saúde e satisfação dos doentes mais do que em simples contabilidades de produção e de atos.

Com instituições mais autónomas. Com maior respeito pelos médicos e outros profissionais de saúde, com maior agilização no desenvolvimento de carreiras modernas e justamente remuneradas.

Com uma verdadeira articulação entre sector público, privado e social, assumindo que, ao Estado cabe mais uma função de regulador do que de prestador.

A verdadeira missão do Estado é garantir que todos os portugueses tenham acesso igual a cuidados de saúde. Com a mesma qualidade e a mesma diferenciação.

Recorde-se, nem Houdini conseguiu enganar a morte. Por isso, os atuais passes de mágica de António Costa e Marta Temido podem também não conseguir evitar a morte do SNS.

Acredito que o sistema vai sobreviver e modificar-se. Porque assim é a dinâmica das sociedades. Mas irá demorar mais, com mais custo para a saúde dos portugueses. Por isso há que mudar de rumo e acreditar verdadeiramente que a mudança depende de atos e não de promessas. Para que todos os portugueses tenham a saúde que tanto merecem.

*Artigo de opinião publicado na página online do *Público* a 13 de julho de 2022



JOS* - gastronomia e arte

Uma performance gastronómica de JOS*, com uma exposição simultânea das suas obras, foi mais um dos eventos inseridos no ciclo Symposium da Loucura e levou a animação e o convívio ao jardim da Ordem dos Médicos, ao final da tarde de 30 de junho.

Uma grande variedade de legumes, carne e peixe, tudo preparado especialmente por JOS*, em peças de finger food, que alimentaram uma centena de convivas, com o serviço assegurado pelo Restaurante Pátio Velho.

O jardim foi decorado especialmente para receber os convidados do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos e do Manicómio, que degustaram a gastronomia preparada por JOS* e apreciaram a sua arte, com música de fundo especialmente selecionada pelo artista para o efeito.



JOS* é o pseudónimo do artista e chef de cozinha mexicano Jose Fernando Rodriguez Garrido, cujo mundo é à volta da pintura, desenho, viagens e fotografia de rua, para além da sua atividade como chef de cozinha.

Alguma da pintura que expôs no jardim figurou já em exposições coletivas no Museu do Brinquedo Antigo na Cidade do México (2011), no Festival de Arte Urbana de Setúbal (2012) e no Festival de Arte latino-americana de Newcastle, Reino Unido (2014), na galeria GivLowe em Lisboa (2016) e no Poster Mostra Lisboa (2019).

Mas JOS* já fez duas exposições individuais, na La Petite Mort Gallery em Ottawa, Canadá (2009) e no projeto Despacio, Lisboa (2020).

Neste momento, o artista e performer vive entre Lisboa e Toulouse e é representado pelo Manicómio desde 2019.



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).



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. 4075, 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.

Média - 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